

**Bundesverband privater Anbieter
sozialer Dienste e.V.
(bpa)**

Stellungnahme zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung

**Entwurf eines Gesetzes zur
Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung
(Gesundheitsversorgungsentwicklungsgesetz – GVWG)
Bundestags-Drucksache 19/26822
sowie zum**

**1. Paket Änderungsanträge
Ausschussdrucksache 19(14)310**

Berlin, 8. April 2020

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	3
Zusammenfassung	3
Förderung der Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken durch einen Netzwerkkoordinator – § 39d SGB V	6
- Artikel 1, Nr. 13	
Häusliche Krankenpflege – § 132a Abs. 4 Satz 6 SGB V	9
- Artikel 1, Nr. 38 GVWG	
- Änderungsantrag Nr. 5	
Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege – § 132 I SGB V	11
- Änderungsantrag Nr. 5	
Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst und Verordnungsermächtigung – § 275b Absatz 4 SGB V	12
- Artikel 1, Nr. 64	
Gesetz zur Qualität und Förderung der Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland	14
- Änderungsantrag Nr. 18	
§ 1 Qualität der Gewinnung von Pflegekräften im Ausland	15
§ 2 Förderung der Anwerbung von Pflegekräften aus dem Ausland (Förderzuschuss Pflegekräfteanwerbung)	17
§ 3 Fördervoraussetzungen	18
§ 4 Antragsverfahren	22
§ 66a PflIBG (zusätzlicher Änderungsvorschlag)	23

Stellungnahme zum Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG)

Vorbemerkung

Der **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)** bildet mit mehr als 12.000 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Einrichtungen der ambulanten und (teil-)stationären Pflege, der Behindertenhilfe sowie der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft sind systemrelevanter Teil der Daseinsvorsorge. Als gutes Beispiel für Public-private-Partnership tragen die Mitglieder des bpa die Verantwortung für rund 365.000 Arbeitsplätze und circa 27.000 Ausbildungsplätze. Die Investitionen in die pflegerische Infrastruktur liegen bei etwa 29 Milliarden Euro. Mit rund 6.200 Pflegediensten, die circa 280.000 Patienten betreuen, und 5.800 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 350.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung bundesweit. Vor diesem Hintergrund nimmt der bpa wie folgt Stellung.

Zusammenfassung

Gesetz zur Qualität und Förderung der Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland

Der bpa begrüßt ausdrücklich das Gesetz zur Qualität und Förderung der Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland. Der gravierende Mangel an Pflegekräften kann trotz aller sonstigen Anstrengungen nicht alleine mit inländischen Arbeitskräften gedeckt werden. Als ein Baustein braucht Deutschland auch ausländische Pflegekräfte. Durch das beabsichtigte Gesetz wird sowohl ein Gütesiegel für private Vermittlungsagenturen und anwerbende Pflegeeinrichtungen als auch eine dringend notwendige finanzielle Förderung für die anwerbenden Pflegeunternehmen eingeführt.

Gleichwohl sieht der bpa bei der Umsetzung der Förderung **starke administrative Hürden, insbesondere für das Erfordernis der Einbindung einer öffentlich-rechtlichen Einrichtung** wie der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) oder der Deutschen Fachkräfteagentur für Gesundheits- und Pflegeberufe (DeFa), welche zum weiteren „Flaschenhals“ im Anwerbeverfahren insbesondere auch im Wettbewerb mit anderen europäischen Ländern werden. Zudem könnte dies wettbewerbsrechtlich zu Quasi-Monopolstrukturen der staatlichen Akteure auch bei der privaten Anwerbung führen – dieses sollte jedoch vermieden werden. Daher plädiert der bpa für mehr Flexibilität sowie eine Förderung für alle anwerbenden Pflegeeinrichtungen. Diese sollten in die Lage versetzt werden, selbst das

Gütesiegel zu erwerben oder sich einer privaten Vermittlungsagentur mit Gütesiegel zu bedienen. Auch eine Erstreckung des Gütesiegels und der Förderung auf die Anwerbung von ausländischen Auszubildenden in der deutschen Pflege wäre aus Sicht des bpa sinnvoll. Die für die Förderung vorausgesetzte Mindestentfernung von 3 500 Kilometern erscheint dagegen nicht sachgerecht, stattdessen sollte auf die WHO-konforme Liste der ausgeschlossenen Herkunftsländer nach der Anlage zu § 38 der Beschäftigungsverordnung Bezug genommen werden. Zusätzlich möchte der bpa dringend eine Klarstellung im § 66a PflBG anregen, um eine erhebliche Hürde bei der derzeitigen Anerkennung von ausländischen Fachkraftqualifikationen zu beheben. Diese Vorschrift verhindert in einigen Bundesländern Kenntnisprüfungen für ausländische Pflegefachkräfte in Pflegeschulen und in SGB XI-Pflegeeinrichtungen.

Häusliche Krankenpflege

Verträge zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege sollen künftig nur noch mit „zuverlässigen“ Leistungserbringern abgeschlossen werden. Das lehnt der bpa entschieden ab. Es besteht dafür keine Notwendigkeit, weil Pflegedienste bereits jetzt umfangreiche rechtliche Voraussetzungen nach § 132a SGB V erfüllen müssen. Diese werden in jährlichen Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen geprüft und enthalten Sanktionsmechanismen bis zum Entzug des Versorgungsvertrages. Darüber hinaus ist „zuverlässig“ ein unbestimmter Rechtsbegriff, dessen Auslegung einseitig in das Ermessen der Krankenkassen gelegt wird. Die beabsichtigte Neuregelung gefährdet den Rechtsanspruch des Pflegedienstes auf Vertragsabschluss. Pflegedienste brauchen aber – auch und besonders in Zeiten der Pandemie – Rechtssicherheit, um die pflegerische Versorgung aufnehmen oder aufrecht erhalten zu können. Die beabsichtigte Ergänzung in § 132a Abs. 4 Satz 6 SGB V ist kontraproduktiv und daher zu unterlassen.

Zusammenarbeit bei Qualitätsprüfungen – § 275b SGB V

Grundsätzlich betreffen die Änderungen vorrangig die Übertragung der bereits nach dem SGB IX und SGB XI geltenden Regelungen einer Zusammenarbeit zwischen den die Regelprüfung veranlassenden und durchführenden Stellen und den Heimaufsichtsbehörden. Neu ist die Einbeziehung der Eingliederungshilfeeinrichtungen in die Abstimmung der Heimaufsichtsbehörden auf der Grundlage des § 275b Absatz 4 SGB V. Die dem zugrunde liegende Zielsetzung, Doppelprüfungen auszuschließen, begrüßt der bpa ausdrücklich. Allerdings ist darüberhinausgehend sicherzustellen, dass Doppelprüfungen auch in den Fällen vermieden werden, in denen die Intensivpflege nach § 37c SGB V in vollstationären Pflegeeinrichtungen (§ 43 SGB XI) erbracht wird.

Ausbau von Hospiz- und Palliativnetzwerken

Die vorgesehene Förderung zur Koordination der Hospiz- und Palliativnetzwerke ist ein wichtiges Instrument zur Verbesserung der Vernetzung der einzelnen Leistungsangebote für schwerstkranke und sterbende

Menschen. Es wäre wünschenswert, dass der Gesetzgeber neben dem Aspekt der Koordination und Vernetzung auch die hospizliche und palliative Versorgung selbst noch einmal in den Fokus nimmt. Die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV), welche im Jahr 2015 durch das Hospiz- und Palliativgesetz als eigenständiger Leistungsanspruch der Versicherten eingeführt wurde, konnte in der überwiegenden Anzahl der Bundesländer bis heute nicht umgesetzt werden. Vereinbarungen zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung gemäß der Positionsnummer 24a der Richtlinie zur Verordnung häuslicher Krankenpflege des Gemeinsamen Bundesausschusses gibt es lediglich in Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg, Sachsen und Schleswig-Holstein. Hier wurden entsprechende Vereinbarungen im Rahmen der Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen im SGB V vereinbart. Allerdings kann die Leistung trotz der getroffenen Vereinbarungen nicht umgesetzt werden. Als Hinderungsgründe werden genannt:

- die AAPV wird von den Hausärzten nicht verordnet. Dies ist zum einen darauf zurückzuführen, dass die Positionsnummer 24a zur Symptomkontrolle bei Palliativpatienten den Hausärzten nicht bekannt ist und vielfach ein Unverständnis bei den Ärzten besteht, wozu die Leistung verordnet werden sollte,
- die fehlende Abgrenzung zwischen der allgemeinen und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (AAPV / SAPV),
- in den Vereinbarungen wurden – auf massives Drängen der Krankenkassen(verbände) – zahlreiche Fort- und Weiterbildungsvoraussetzungen vorgesehen. Um die Leistung der AAPV erbringen zu können, muss das entsprechend qualifizierte Personal vorhanden sein bzw. muss die Qualifizierung des Personals begonnen haben. Aufgrund der Corona-Epidemie können die geforderten Qualifizierungsmaßnahmen jedoch nicht begonnen / fortgesetzt werden, so dass die Leistung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung aufgrund des fehlenden qualifizierten Personals nicht umgesetzt werden kann.

Der gesetzliche Leistungsanspruch kommt damit in der Praxis nicht bei den Versicherten an.

Auch im Bereich der ambulanten Pflege nach dem SGB XI fehlt es an entsprechenden Regelungen. Einzig in Hamburg konnte ein Leistungskomplex zur Sterbebegleitung im Rahmen der häuslichen Pflege geschaffen werden. Hier wäre eine gesetzliche Nachbesserung, die die Krankenkassen stärker in die Pflicht von entsprechenden Vertragsabschlüssen nimmt, sinnvoll. Derzeit stehen die hospizlichen und palliativen Angebote nur einem kleinen Teil der Betroffenen zur Verfügung und konzentrieren sich insbesondere auf spezialisierte Angebote (SAPV). Der Ausbau der allgemeinen Palliativversorgung muss gesetzgeberisch stärker in den Vordergrund gerückt werden.

Zu den Vorschriften im Einzelnen:

Artikel 1, Nr. 13

Förderung der Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken durch einen Netzwerkkoordinator – § 39d SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Koordination von Hospiz- und Palliativnetzwerken soll durch die Krankenkassen gefördert werden. Die Förderung setzt voraus, dass sich die Kommunen an der Finanzierung in gleicher Höhe beteiligen.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt, dass der Gesetzentwurf die Förderung eines Netzwerkkoordinators durch die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen vorsieht.

Die Koordination ist ein wesentlicher Bestandteil hospizlicher und palliativer Angebote – sowohl in der allgemeinen Palliativversorgung als auch in der spezialisierten Palliativversorgung. Für eine ganzheitliche Begleitung und Versorgung am Lebensende ist das abgestimmte Handeln und die Einbeziehung unterschiedlicher Leistungserbringer und Unterstützungsangebote erforderlich. Um Schnittstellen zu überbrücken und eine gemeinschaftliche Versorgung zu gewährleisten, kommt den Netzwerken eine besondere Bedeutung zu. Bislang ist die Koordinationsfunktion jedoch oftmals an deren Finanzierung gescheitert. Im Rahmen der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland wurde dies deshalb – in einem breiten Konzertierungsprozess mit den wesentlichen Akteuren der Gesundheitsversorgung – in den Blick genommen und die Stärkung der Koordinationsfunktion als Handlungsempfehlung im Rahmen der Nationalen Strategie formuliert. Der bpa begrüßt, dass die Forderung vom Gesetzgeber aufgegriffen und eine finanzielle Förderung der Koordinationskräfte durch die kommunalen Träger der Daseinsvorsorge und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vorgesehen ist. Die (Weiter-) Entwicklung der Netzwerkstrukturen mit einer Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbands gegenüber dem Bundesgesundheitsministerium zu begleiten, erachtet der bpa als sinnvoll, um nachvollziehen zu können, ob sich mit der vorgesehenen Förderung weitere Netzwerke bilden.

Keinesfalls darf die Voraussetzung – dass sich die Kommunen in gleicher finanzieller Höhe wie die Krankenkassen an der Förderung beteiligen

müssen – dazu führen, dass die Beschäftigung von Netzwerkkoordinatoren verhindert bzw. blockiert wird.

C) Änderungsvorschläge

Zur Förderung

§ 39d Abs. 1 SGB V wird wie folgt gefasst:

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen fördern gemeinsam und einheitlich in jedem Kreis und jeder kreisfreien Stadt die Koordination der Aktivitäten in einem regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerk durch einen Netzwerkkoordinator. **Die Kreise und kreisfreien Städte fördern die Koordination mit einem entsprechenden Betrag; die Förderung nach Satz 1 ist davon unabhängig.** Bedarfsgerecht kann insbesondere in Ballungsräumen auf Grundlage von in den Förderrichtlinien nach Absatz 3 festzulegenden Kriterien die Koordination eines Netzwerkes durch einen Netzwerkkoordinator in mehreren regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerken für verschiedene Teile des Kreises oder der kreisfreien Stadt gefördert werden. ~~Die Förderung setzt voraus, dass der Kreis oder die kreisfreie Stadt an der Finanzierung der Netzwerkkoordination in jeweils gleicher wie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen beteiligt ist.~~ Die Fördersumme für die entsprechende ~~Teil-~~**finanzierung Finanzierung** der Netzwerkkoordination nach Satz 1 **und 2** beträgt maximal 15 000 Euro je Kalenderjahr und Netzwerk für Personal- und Sachkosten des Netzwerkkoordinators. Die Fördermittel werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und von den Ersatzkassen durch eine Umlage gemäß dem Anteil ihrer eigenen Mitglieder gemessen an der Gesamtzahl der Mitglieder aller Krankenkassen im jeweiligen Bundesland erhoben und im Benehmen mit den für Gesundheit und Pflege jeweils zuständigen obersten Landesbehörden verausgabt. Im Fall einer finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungen an der Förderung erhöht sich das Fördervolumen um den Betrag der Beteiligung.

Begründung:

Diese Regelung stellt sicher, dass die Förderung der Netzwerkkoordinatoren durch die gesetzliche Krankenversicherung, in der die Mittel hierfür bereitgestellt sind, nicht dadurch blockiert wird, dass ein kommunaler Träger der Daseinsvorsorge sich nicht bzw. nicht zu gleichen Teilen an der finanziellen Förderung beteiligt.

Zur Unabhängigkeit und Neutralität der Netzwerkkoordinatoren

In § 39d SGB V wird folgender Absatz 2a eingefügt:

(2a) Der Netzwerkkoordinator übt seine Aufgabe neutral und unabhängig aus. Er bezieht alle Akteure und Angebote vor Ort gleichberechtigt mit ein.

Begründung:

Im Rahmen der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland wurde im Zuge der Handlungsempfehlungen darauf hingewiesen, dass es für das Funktionieren und Ausüben der Koordinierungsfunktion einer neutralen und unabhängigen Person bedarf. Bestehende Netzwerkstrukturen in der Hospiz- und Palliativversorgung zeigen, dass die Neutralität und Unabhängigkeit der Koordinatoren Voraussetzung für eine gelingende Umsetzung sind.

Artikel 1, Nr. 38 und Änderungsantrag Nr. 5 Versorgung mit häuslicher Krankenpflege – § 132a Abs. 4 Satz 6 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Für die häusliche Krankenpflege sind Änderungen durch das GVWG und den Änderungsantrag Nr. 5 vorgesehen.

Artikel 1, Nr. 38:

Verträge zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege sollen künftig nur noch mit „zuverlässigen“ Leistungserbringern abgeschlossen werden, die die Gewähr für eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung bieten.

Änderungsantrag Nr. 5:

Soweit bei einer Prüfung Qualitätsmängel festgestellt werden, können Leistungserbringer, die ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege erbringen, zu einer Nachbesserung aufgefordert werden.

B) Stellungnahme

Artikel 1, Nr. 38:

Die vorgesehene Änderung wird damit begründet, dass gemäß § 132a Absatz 4 Satz 6 SGB V die Krankenkassen Verträge über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege nur mit Leistungserbringern abschließen dürfen, die die Gewähr für eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung bieten. Entsprechend der Regelung zur Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege nach § 132l Absatz 5 Satz 1 SGB V soll ergänzend bestimmt werden, dass die Verträge künftig nur noch mit zuverlässigen Leistungserbringern abgeschlossen werden dürfen, da ein Fehlverhalten nicht nur bei Pflegediensten vorkommen kann, die Leistungen zur außerklinischen Intensivpflege erbringen, sondern auch bei Leistungserbringern der häuslichen Krankenpflege.

Bereits im Gesetzgebungsverfahren zur außerklinischen Intensivpflege (IPREG) war die vorgesehene Voraussetzung, der „zuverlässigen Leistungserbringer“ umstritten. Sowohl die Betroffenenverbände als auch die Trägerverbände haben die Einführung aufgrund der Unbestimmtheit des Begriffes und der Gefahr des steuernden Einsatzes durch die Kostenträger zu Lasten der Pflegedienste und Patienten abgelehnt.

Die bisherige Regelung zur Zulassung ambulanter Pflegedienste zur Erbringung häuslicher Krankenpflege, erfordert die Erfüllung umfangreicher rechtlicher Voraussetzungen nach § 132a SGB V. Die Ausgestaltung der gesetzlichen Anforderungen erfolgt zwischen den Vertragsparteien auf Bundesebene als auch vor Ort. Die Anforderungen werden unter anderem in verpflichtenden jährlichen Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen geprüft und enthalten Sanktionsmechanismen bis zum Entzug des Versorgungsvertrages. Erst wenn diese gesetzlichen und vertraglichen Regelungen erfüllt sind, besteht ein Rechtsanspruch auf einen Versorgungsvertrag. Sanktionsmechanismen sind vereinbart, erprobt und vorhanden – im Gegensatz zu der neuen Leistung nach § 132l SGB V. Die Einführung des unbestimmten Rechtsbegriffes der sogenannten Zuverlässigkeit entbehrt damit jeglicher Legitimation und gefährdet den Rechtsanspruch des Pflegedienstes auf Vertragsabschluss. Damit werden die Existenzen der Pflegedienste gefährdet und die Zulassung zur Marktteilnahme an einen nicht definierten Begriff – dessen Auslegung in das Ermessen der Krankenkassen gelegt wird – gebunden. Die Definition von „zuverlässig“ wird mangels gesetzlicher Vorgaben in die Beliebigkeit der einzelnen Krankenkasse gestellt. Einerseits wird den Pflegediensten und Einrichtungen Systemrelevanz zugesprochen und andererseits werden diese einer offensichtlich unbegründeten, zügellosen Misstrauenskultur ausgesetzt und von Verhandlungen auf Augenhöhe mit den Krankenkassen abgeschnitten.

Auch ist nicht nachvollziehbar, warum der Gesetzgeber – so ihm denn an einer Einschränkung der vertraglichen Leistungserbringer gelegen ist – selbst keine Definition zur Zuverlässigkeit vorgibt, sondern die Entscheidungshoheit hierzu den Krankenkassen(verbänden) überlässt. Hierdurch entsteht eine nicht gerechtfertigte Marktsteuerung und -verzerrung, die nicht auf objektiven Maßstäben und Festlegungen, sondern auf dem Gutdünken einzelner Krankenkassen beruht.

Änderungsantrag Nr. 5:

Die Möglichkeit bei Qualitätsdefiziten über einen Bescheid Nachbesserungen zu verlangen, ist nachvollziehbar und wird in der Praxis gegenwärtig bereits so gehandhabt.

C) Änderungsvorschlag

Die Einfügung des Wortes „zuverlässig“ in § 132a Abs. 4 Satz 6 SGB V wird gestrichen. (In Artikel 1 wird Nr. 38 gestrichen.)

Änderungsantrag Nr. 5
Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege
§ 132 I SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelungen

Soweit bei einer Prüfung Qualitätsmängel festgestellt werden, können Leistungserbringer der außerklinischen Intensivpflege zu einer Nachbesserung aufgefordert werden.

B) Stellungnahme

Die Möglichkeit bei Qualitätsdefiziten über einen Bescheid Nachbesserungen zu verlangen, ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1, Nr.64

Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst und Verordnungsermächtigung – § 275b Absatz 4 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Krankenkassen(verbände) und der Medizinische Dienst mit den nach den heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden und den Trägern der Eingliederungshilfe bei Prüfungen nach § 275b Abs. 1 und 2 SGB V zusammenarbeiten. Im Vordergrund stehen die regelmäßige gegenseitige Information und Beratung, die Absprache für Termine und arbeitsteilige Prüfungen von Leistungserbringern sowie die Verständigung über die jeweils erforderlichen Maßnahmen. Doppelprüfungen sollen vermieden werden.

B) Stellungnahme

Mit der Neuregelung wird der Vorschlag des Bundesrates im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz umgesetzt und gewährleistet, dass sich die Krankenkassen(verbände) und der Medizinische Dienst bei Regel- und Anlassprüfungen nach § 275b Abs. 1 und 2 SGB V mit den für die heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden abstimmen, wie dies bereits für Prüfungen nach § 114 SGB XI vorgegeben ist. Die im SGB XI und SGB IX bestehenden Regelungen zur Abstimmung mit den Heimaufsichtsbehörden werden somit für den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung übertragen.

Zur Vermeidung von Doppelprüfungen hat seitens der Krankenkassen(verbände) und des Medizinischen Dienstes bei Prüfungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe mit deren Trägern eine Abstimmung zu erfolgen. Vermieden werden sollen Prüfungen, deren Inhalte sich weitgehend überschneiden, wie zum Beispiel bei Prüfungen der medizinischen Qualität der erbrachten Leistungen in der Intensivpflege.

Keine Berücksichtigung findet im Entwurf, dass nach § 37c SGB V die außerklinische Intensivpflege auch in und durch vollstationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 SGB XI erbracht werden kann und auch insofern – über die Abstimmung mit Heimaufsichtsbehörden hinaus – ein Koordinierungsbedarf in Bezug auf die Prüfungen nach dem SGB V und dem SGB XI besteht. Im ambulanten Bereich wird die außerklinische Intensivpflege bei einer Leistungserbringung im Sinne des § 132l Absatz 5 Nummer 4

SGB V aufgrund der in diesen Fällen häufigen Erbringung von Leistungen nach dem SGB V und dem SGB XI in die Qualitätsprüfung nach § 114 SGB XI einbezogen. In diesen Fällen ist also sichergestellt, dass nur eine Regelprüfung stattfindet. Gleiches muss gelten, wenn die außerklinische Intensivpflege zusammen mit Leistungen nach § 43 SGB XI in und durch vollstationäre Pflegeeinrichtungen erbracht wird.

C) Änderungsvorschlag

§ 114 Absatz 2 SGB XI ist dahingehend anzupassen, dass in die Regelprüfung auch Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches einzubeziehen sind, die auf Grundlage eines Versorgungsvertrages mit den Krankenkassen gemäß § 132l Absatz 5 Nummer 2 des Fünften Buches erbracht werden.

Änderungsantrag 18 Gesetz zur Qualität und Förderung der Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland

Allgemeiner Teil:

Der bpa begrüßt ausdrücklich den mit Änderungsantrag 18 im Gesetzentwurf neu eingefügten Artikel 15b für ein „Gesetz zur Qualität und Förderung der Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland“. Damit wird einerseits dem Anliegen der Arbeitsgruppe 4 (Pflegekräfte aus dem Ausland) der sog. Konzertierte(n) Aktion Pflege des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) aus den Jahren 2019 bis 2021 und des entsprechenden Projektes beim Deutschen Kompetenzzentrum für internationale Fachkräfte in den Gesundheits- und Pflegeberufen (DKF) zur Schaffung eines Gütesiegels für die private Anwerbung von Pflegefachkräften aus dem Ausland entsprochen und andererseits auch eine dringend notwendige finanzielle Förderung für die anwerbenden Pflegeunternehmen eingeführt. Gleichwohl sieht der bpa bei der Umsetzung der Förderung starke administrative Hürden, insbesondere für das Erfordernis der Einbindung einer öffentlich-rechtlichen Einrichtung wie der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) oder der Deutschen Fachkräfteagentur für Gesundheits- und Pflegeberufe (DeFA), welche zum weiteren „Flaschenhals“ im Anwerbeverfahren insbesondere auch im Wettbewerb mit anderen europäischen Ländern werden. Zudem könnte dies wettbewerbsrechtlich zu Quasi-Monopolstrukturen der staatlichen Akteure auch bei der privaten Anwerbung führen – dieses sollte jedoch vermieden werden. Daher plädiert der bpa für mehr Flexibilität sowie eine Förderung für alle anwerbenden Pflegeeinrichtungen. Diese sollten in die Lage versetzt werden, selbst das Gütesiegel zu erwerben oder sich einer privaten Vermittlungsagentur mit Gütesiegel zu bedienen. Ebenso möchte der bpa eine Klarstellung im § 66a PflBG anregen, um eine erhebliche Hürde bei der derzeitigen Anerkennung von ausländischen Fachkraftqualifikationen zu beheben. Diese Vorschrift verhindert in einigen Bundesländern Kenntnisprüfungen für ausländische Pflegefachkräfte in Pflegeschulen und in SGB XI-Pflegeeinrichtungen.

Zu den Vorschriften im Einzelnen:

§ 1 Qualität der Gewinnung von Pflegekräften im Ausland

A) Regelungsinhalt

Nach der Regelung soll die ethisch hochwertige Anwerbung von Pflegekräften aus Drittstaaten durch ein Gütesiegel gesichert werden. Das Gütesiegel kann an anwerbende Leistungserbringer sowie an private Personalvermittlungsagenturen vergeben werden. Mit der Herausgabe des Gütesiegels soll das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) beauftragt werden. Die Vergabe des Gütesiegels kann mit Zustimmung des BMG auf eine oder mehrere sachkundige Personen des Privatrechts übertragen werden.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Schaffung eines Gütesiegels mit dem Ziel einer ethisch hochwertigen Anwerbung von Pflegekräften aus dem Ausland. Der bpa beschäftigt sich seit Langem damit. Denn bereits heute sind diese unverzichtbarer Teil der pflegerischen Versorgung in den Mitgliedseinrichtungen des bpa, ohne die eine pflegerische Sicherstellung nicht mehr denkbar wäre.

Bisher ist es für Pflegeeinrichtungen oftmals schwierig, sich über die teilweise intransparenten Vermittlungsangebote von Personalagenturen einen Überblick zu verschaffen. Einige der Akteure werben mit Versprechungen sowohl gegenüber den ausländischen Fachkräften als auch gegenüber den Pflegeeinrichtungen, die aber nicht eingehalten werden, was zu erheblichen Enttäuschungen und vergeblichen Anwerbeaufwendungen geführt hat. Ein staatliches Gütesiegel kann hierbei als leicht identifizierbares Merkmal dienen, dass wesentliche Anforderungen an einen geordneten und nachhaltigen Anwerbeprozess eingehalten werden. Der bpa hat schon 2013 eine Selbstverpflichtung seiner Mitgliedseinrichtungen beschlossen, die neben einer wertschätzenden Willkommenskultur und Unterstützung im Anwerbe- und Anerkennungsprozess auch eine Integration in das soziale Umfeld und Beachtung des Equal-Pay-Grundsatzes vorsieht. Ebenso respektiert der bpa die WHO-Vorgaben zur Nichtanwerbung aus Staaten mit eigenem Mangel an Gesundheitspersonal, die sich in der Negativ-Liste aus Anhang zu § 38 der Beschäftigungsverordnung (BeschV) widerspiegeln. Der bpa hat daher von Anfang an im Beirat des DKF beim KDA an der Erarbeitung des Gütesiegels mitgewirkt.

Bei alledem sollte das Gütesiegel jedoch ausdrücklich ein freiwilliges bleiben, da es eine „ethisch hochwertige Anwerbung“ auszeichnet und besondere Anforderungen daran gestellt werden. Denn private Vermittlungsinitiativen durch Pflegeeinrichtungen und mithilfe privater Vermittlungsagenturen sind vielfältig und sollten nicht in Frage gestellt werden. Die Freiwilligkeit wurde in der Arbeitsgruppe 4 der Konzertierte Aktion Pflege ausdrücklich vereinbart:

„... Die Teilnahme an dem Verfahren ist freiwillig. Private Vermittler ohne Gütesiegel dürfen nicht durch beteiligte Behörden ausgeschlossen werden... Die eigene Anwerbung durch die Pflegeeinrichtungen, Rehabilitationseinrichtungen und Krankenhäuser bleibt uneingeschränkt möglich.“
(Handlungsfeld I, Nr. 2, Punkt 6 im Abschlussbericht)

Dies findet sich derzeit im Gesetzesentwurf so noch nicht ausdrücklich wieder.

Gleichzeitig sollte das Gütesiegel auch einen fairen Interessenausgleich zwischen anwerbenden Pflegeeinrichtungen und zuwandernden Pflegekräften schaffen.

Die offene Formulierung im Gesetzestext hinsichtlich des Personenkreises „Pflegekräfte aus dem Ausland“ wird ausdrücklich begrüßt. Seit Inkrafttreten des Pflegeberufgesetzes am 1. Januar 2020 und des Fachkräfteeinwanderungsgesetzes am 1. März 2020 hat die Ausbildung von ausländischen Auszubildenden in der deutschen Pflege an Bedeutung gewonnen und Vermittlungsagenturen und Pflegeeinrichtungen werben Auszubildende aus dem Ausland häufig schon im gleichen Maße an wie Fachkräfte. Daher sollte erwogen werden, das Gütesiegel und die Förderung auch auf die Anwerbung von ausländischen Auszubildenden in der Pflege zu erstrecken.

C) Änderungsvorschläge

1.) In § 1 Abs. 1 Satz 1, 2. Halbsatz wird vor dem Wort „Gütesiegel“ das Wort „freiwilliges“ eingefügt.

2.) Nach Abs. 1 Satz 2 sollte folgender Satz ergänzt werden:
„Das Gütesiegel wird auch für die ethisch hochwertige Anwerbung von ausländischen Personen weiterentwickelt, die in Deutschland eine Pflegeausbildung nach dem Pflegeberufgesetz aufnehmen wollen.“

§ 2 Förderung der Anwerbung von Pflegekräften aus dem Ausland (Förderzuschuss Pflegekräfteanwerbung)

A) Regelungsinhalt

Es ist eine Förderung aus den Mitteln des Bundesministeriums der Finanzen (BMF) in jährlicher Höhe zwischen ca. 13 bis zu ca. 30 Mio. Euro bis Ende 2025 vorgehen.

B) Stellungnahme

Die Höhe des Förderprogramms wird begrüßt. Wünschenswert wäre aufgrund der langfristigen demographischen Entwicklung in Deutschland und des bleibend hohen Fachkräftebedarfs in der Pflege als gesamtgesellschaftliche Aufgabe eine Verstetigung der Förderung in den Folgejahren.

C) Änderungsvorschlag

Es wird nach Satz 2 ein Satz 3 mit folgendem Inhalt eingefügt:

„Das Bundesamt für Finanzen prüft in Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit rechtzeitig vor Auslaufen der Förderung die Fortsetzung der Förderung auf Grundlage der Evaluation nach § 4 Abs. 1 Satz 3.“

§ 3 Fördervoraussetzungen

A) Regelungsinhalt

Die Vorschrift stellt als Fördervoraussetzung einerseits eine 3.500 Kilometer-Mindestentfernung zum Ausbildungs- und Herkunftsland der ausländischen Pflegekräfte auf und bestimmt andererseits einen Förderhöchstbetrag von 6.000 Euro pro angeworbener Pflegekraft, welche die deutsche Berufszulassung erhalten hat und in Deutschland als Pflegefachkraft beschäftigt ist. Voraussetzung soll allerdings nach Abs. 3 Satz 2 Nr. 2 sein, dass die für die Einreise, den Aufenthalt und die Anerkennung der ausländischen Berufsqualifikation erforderlichen Anträge durch eine Einrichtung in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft gestellt werden.

B) Stellungnahme

Zu Abs. 1

Die Fördermöglichkeit für zugelassene Leistungserbringer aus der Pflege in Höhe von bis zu 6.000 Euro je angeworbener Pflegekraft nach Abs. 1 der Regelung wird ausdrücklich begrüßt.

Die in Abs. 1 der Vorschrift verlangten Mindestentfernung zum Ausbildungs- und Herkunftsland von 3.500 Kilometern von der deutschen Außengrenze wird vom bpa kritisch gesehen. Dies würde dann auch zum Teil sinnvolle Anwerbeprojekte z.B. aus Nordafrika wie aus Tunesien ausschließen. Die Anforderung zur Mindestentfernung sollte entsprechend gestrichen werden. Zu dem nach der Entwurfsbegründung vor allem bezweckten Ausschluss der Westbalkanstaaten ist anzumerken, dass es dort auch Länder mit einem erheblichen Potential an Pflegefachkräften und niedrigem Altersdurchschnitt gibt, die gerne in Deutschland arbeiten würden (z.B. Kosovo). Zudem ist die kulturelle und sprachliche Nähe der von dort stammenden Pflegekräfte zu Deutschland oftmals näher als bei Pflegekräften von anderen Kontinenten und dies erleichtert den Integrationsprozess. Durch die Einbeziehung der Balkanstaaten wird den dortigen Fachkräften eine Zuwanderungsperspektive in eine Tätigkeit als Fachkraft in Deutschland eröffnet statt sie weitgehend perspektivlos im Heimatland zurückzulassen. Über die in Anlage zu § 38 der BeschV enthaltene Liste der ausgeschlossenen 57 Länder gibt es bereits eine wirksame WHO-konforme Regelung zum Schutz von Staaten mit einem eigenen Mangel an Gesundheitspersonal. Weitere Einschränkungen sollten nicht vorgenommen werden.

Zu Abs. 3

Wie schon zu § 1 angemerkt, sollte das Gütesiegel und nach Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 ebenso die Förderung auch zur Anwerbung von ausländischen Auszubildenden in der Pflege ermöglicht werden, da bei diesen auch erhebliche Kosten entstehen, z.B. für die sprachliche und kulturelle Vorbereitung sowie Projektbegleitung.

Nach den Fördervoraussetzungen in Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 und 4 muss der Pflegekraft die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach dem Pflegeberufgesetz erteilt worden sein und sie muss als Pflegefachkraft im Anwendungsbereich dieses Gesetzes beschäftigt sein. Dazu sollte jedoch aufgrund der bis Ende 2024 geltenden Übergangsregelungen des § 66a PflBG, klargestellt werden, dass auch die Berufserlaubnisse nach dem KrPflG und AltPflG dort aufgenommen werden. Denn die meisten Bundesländer erteilen für ausländische Pflegekräfte noch gar keine Berufsanerkennungen bzw. Berufserlaubnisse nach dem PflBG, sondern nur nach dem KrPflG und AltPflG.

Sehr kritisch sieht der bpa allerdings die in Abs. 3 Satz 2 Nr. 2 enthaltene zwingende Voraussetzung der Antragstellung für Einreise, Aufenthalt und Berufsanerkennung durch eine Einrichtung in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft. Denn in der Praxis stehen dafür nur die Einrichtungen der ZAV und die Anwerbung über das „Triple-Win“-Programm mit der Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ)– sowie alternativ die DeFa zur Verfügung. Beim „Triple-Win“-Programm der ZAV mit der GIZ handelt es sich jedoch um ein staatliches Vermittlungsprogramm der Bundesagentur für Arbeit, für die das Gütesiegel per Definition gar nicht gilt, weil es sich nicht um eine private Vermittlungsagentur handelt. Hier könnte sich allenfalls die anwerbende Pflegeeinrichtung selbst auf das Gütesiegel bewerben. Bei der DeFa steht zu befürchten, dass eine zügige Abwicklung der Anwerbungen und Antragstellungen nicht erfolgen wird, da seit der Gründung im Herbst 2019 bis zum heutigen Tage keine einzige Pflegefachkraft nach Deutschland effektiv vermittelt und anerkannt wurde. Bei der DeFa liegen nach ihren eigenen Darstellungen derzeit lediglich Aufträge von Pflegeeinrichtungen und privaten Vermittlungsagenturen vor. Die DeFa befindet sich nach wie vor erst im Aufbau, auch personell. Die vorgesehene Antragsbündelung, die eine Entlastung bei den am Verwaltungsverfahren beteiligten Behörden (Botschaften und Anerkennungsstellen der Bundesländer) bezwecken soll, kann hierüber nicht erreicht werden. Vielmehr ist ein weiterer „Flaschenhals“ mit staatlichen Monopolstrukturen im ohnehin schon komplizierten Anwerbeverfahren zu befürchten. Hier erscheint es auch wettbewerbs- bzw. beihilferechtlich im Sinne des Art. 107 Abs. 1 Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) bedenklich, wenn eine geförderte und damit kostengünstige Anwerbung für Pflegeeinrichtungen und Vermittlungsagenturen nur möglich ist, sofern sie dafür die staatlich finanzierten Strukturen des Triple-Win-Programms der

GIZ bzw. der DeFa nutzen. Damit erlangen diese staatlichen Vermittlungs- und Anwerbeinitiativen einen erheblichen Wettbewerbsvorteil gegenüber rein privaten Vermittlungsinitiativen, obwohl diese staatlichen Programme jedenfalls in der Vergangenheit oftmals für den Bereich der Pflegeeinrichtungen noch keine passgenauen Angebote hatten, sondern sich vielmehr auf die Fachkräfteanwerbung für den Krankenhausbereich konzentrierten. Es muss daher aus Sicht des bpa ausreichen, dass die anwerbenden privaten Vermittlungsagenturen oder Pflegeeinrichtungen selbst das Gütesiegel haben, um die Förderung beantragen zu können. Denn über das Gütesiegel wird bereits sichergestellt, dass die anwerbenden privaten Vermittlungsagenturen und Pflegeeinrichtungen auch über die Kenntnisse für eine sachgerechte Antragstellung im Einreise- und Anerkennungsverfahren verfügen. Dies gehört schon heute zum Standard bei den etablierten Vermittlungsagenturen. Das Antragserfordernis über eine Einrichtung in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft wäre daher zu streichen.

C) Änderungsvorschläge

1.) § 3 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

(1) Aus den Mitteln nach § 2 können die Kosten für die Anwerbung ausländischer Pflegekräfte gefördert werden, **sofern deren Ausbildungs- und Herkunftsländer nicht zu den in der Anlage zu § 38 der Beschäftigungsverordnung enthaltenen Staaten gehören.**

2.) § 3 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 wird wie folgt ergänzt:

... 1. eine Pflegekraft mit ausländischem Berufsabschluss **oder eine Person zur Pflegeausbildung in Deutschland nach dem Pflegeberufgesetz** aus dem in Absatz 1 genannten räumlichen Anwendungsbereich angeworben wurde.

3.) § 3 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 und 4 wird wie folgt geändert:

... 3. Der Pflegekraft die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach dem Pflegeberufgesetz, **oder nach § 66a dieses Gesetzes in Verbindung mit dem Krankenpflegegesetz oder Altenpflegegesetz** erteilt wurde und

4. die Pflegekraft als Pflegefachkraft im Anwendungsbereich **dieser Gesetze** beschäftigt ist.

4.) § 3 Abs. 3 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

Bei Anwerbungen nach Nummern 2 b und c wird der Zuschuss nur gewährt, wenn zusätzlich zu den weiteren in Satz 1 genannten Voraussetzungen dem Anwerbenden das Gütesiegel nach § 1 erteilt wurde.

Erläuterung:

Abs. 3 Satz 2 Nr. 2 zur nötigen Antragstellung über eine öffentlich-rechtliche Einrichtung wird ersatzlos gestrichen.

§ 4 Antragsverfahren

A) Regelungsinhalt

Die Regelung zum Antragsverfahren sieht eine Beantragung über das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) unter Vorlage entsprechender Nachweise vor.

B) Stellungnahme

Die Abwicklung des Antragsverfahrens über das BAS wird begrüßt. Auch hier sollte allerdings beachtet werden, dass durch die Übergangsregelung im § 66a PfIBG derzeit die meisten Anerkennungen für ausländische Pflegekräfte noch nach dem Krankenpflegegesetz erfolgen und nicht nach dem Pflegeberufegesetz.

C) Änderungsvorschlag

Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 wird wie folgt ergänzt:

„ ... 4. Die Erteilung der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach dem Pflegeberufegesetz **oder nach § 66a dieses Gesetzes in Verbindung mit dem Krankenpflegegesetz oder Altenpflegegesetz** sowie ...“

§ 66a PflBG (zusätzlicher Änderungsvorschlag)

A) Regelungsinhalt / Problematik

§ 66a Pflegeberufegesetz (PflBG) wurde Ende 2019 ins Gesetz nachträglich aufgenommen, weil passende Anerkennungsverfahren und Prüfungen nach dem Pflegeberufegesetz noch nicht zur Verfügung standen und den Bundesländern eine übergangsweise Fortsetzung der bisherigen Anerkennungsverfahren nach dem Krankenpflegegesetz (KrPflG) und dem Altenpflegegesetz (AltPflG) sowie den dazugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen bis Ende 2024 ermöglicht werden sollte. Von dieser Möglichkeit machen die meisten Bundesländer auch bislang Gebrauch und sprechen noch keine Anerkennungen nach den neuen Regelungen der §§ 40 ff. PflBG aus, sondern meist nur nach dem § 2 KrPflG. Aktuell besteht dadurch allerdings ein erhebliches Problem im Bereich der Kenntnisprüfungen für ausländische Fachkräfte in der Krankenpflege. Kenntnisprüfungen sind kaum zu finden. Derweil vertreten einige Bundesländer die Rechtsauffassung, dass die theoretische Kenntnisprüfungen zwingend bei ehemaligen Krankenpflegeschulen (seit 1. Januar 2020 gibt es nur noch „Pflegeschulen“) und die praktische Kenntnisprüfung in Krankenhäusern zu absolvieren sind. Kenntnisprüfungen in Pflegeschulen, die vor dem 1. Januar 2020 Altenpflegeschule waren, und in SGB XI-Pflegeeinrichtungen werden nicht zugelassen, obwohl sich die Prüfungsinhalte dort fachlich genauso gut an Patienten abprüfen lassen, wie die Erfahrungen aus anderen Bundesländern gezeigt haben. Das zuständige Fachreferat 315 im Bundesgesundheitsministerium vertritt zwar die Rechtsauffassung, dass Kenntnisprüfungen im Rahmen von § 66a PflBG nach der Gesetzesintention an allen Pflegeschulen und auch in SGB XI-Pflegeeinrichtungen möglich sein müssen, um die Anerkennung zu erleichtern. Jedoch verweigern dies einige Länder bisher und sorgen dafür, dass in diesen eine Anerkennung von ausländischen Pflegefachkräften aus Drittstaaten derzeit faktisch nicht möglich ist, da keine entsprechenden Angebote der ehemaligen Krankenpflegeschulen und Krankenhäuser mehr bestehen, trotz der Regelung im § 20d Abs. 6 Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) für mindestens halbjährliche Prüfungsangebote. Zur Behebung dieses Engpasses ist daher dringend eine gesetzliche Klarstellung notwendig.

B) Änderungsvorschlag

In § 66a PflBG wird um folgenden Abs. 3 ergänzt:

„(3) Soweit zur Anerkennung nach Abs. 1 Kenntnisprüfungen abgelegt werden müssen, können diese für den theoretischen Teil an allen Pflegeschulen nach § 9 sowie für den praktischen Teil an allen zugelassenen Einrichtungen der praktischen Ausbildung nach § 7 Absatz 1 abgelegt werden.“