

AMBULANTE DIENSTE

Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz

Bundestag beschließt Regeln für Beratung und Hilfsmittel

Der Bundestag hat am 26. November das Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) beschlossen. Was bedeutet es für die ambulante Pflege? Unternehmensberater Andreas Heiber fasst die Neuerungen zusammen.



Bis Ende März auch telefonisch: 37.3er-Beratungen. Foto: bilderstoeckchen/Adobe Fotostock

Von Andreas Heiber

Berlin // Beim Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) geht es zwar vor allem um einen Bundeszuschuss für die gesetzlichen Krankenversicherungen, Verbesserungen in der Krankenhausfinanzierung sowie um ein Förderprogramm für Hebammen in Kliniken, aber auch in der ambulanten Pflege wird einiges verbessert: Es werden unter anderem weitere

20 000 Stellen im vollstationären Bereich geschaffen, die außerhalb der vereinbarten Pflegesätze finanziert werden und damit den Heimbewohner nicht belasten.

Die in § 150 SGB XI zusammengefassten Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung in der Coronazeit, insbesondere der Schutzschirm, die verlängerte Nutzung der Entlastungsleistungen aus 2019 sowie die zusätzlichen Tage des Pflegeunterstützungsgeldes nach § 44a werden

bis zum 31. März 2020 verlängert. Damit ist über den Schutzschirm weiterhin die Finanzierung der erhöhten Sachkosten für Schutzmaterial, insbesondere auch mit der Aufnahme von Reihentestungen nach der Testverordnung sowie anderes gesichert.

Beratung bis Ende März digital oder telefonisch möglich

Die Beratungsbesuche nach § 37.3 mussten von den Pflegegeldbeziehern bekanntermaßen bis Ende September nicht nachgewiesen werden, auch wenn sie weiterhin abgerufen werden konnten. Gerade in der Hochzeit der Pandemie hat es mit einzelnen Kassen bzw. in einigen Bundesländern auch pragmatische Regelungen zur Durchführung dieser Beratungen per Telefon gegeben. Mit dem GPVG hat der Gesetzgeber nun beschlossen, dass die Beratungsbesuche wieder nachgewiesen werden müssen. Unklar ist dabei jedoch, ob alle Besuche für das zweite Halbjahr nachgewiesen werden müssen, selbst wenn in den ersten drei Monaten diese Pflicht nicht bestand.

Neu ist im § 148 geregelt, dass auf Wunsch der Pflegebedürftigen die Beratung bis zum 31. März 2021 auch

telefonisch, digital oder per Videokonferenz erfolgen kann.

In der Begründung schreibt hier der federführende Gesundheitsausschuss, dass gerade in diesen Pandemiezeiten der Beratungsbedarf viel höher ist und sie deshalb durchgeführt werden sollen. Um auch die Pflegebedürftigen zu erreichen, die aus Angst vor Infektionen lieber eine fernmündliche oder digitale Beratung wünschen, hat der Gesetzgeber diese befristeten Möglichkeiten eröffnet.

Was jetzt praktisch nur im jeweiligen Bundesland geklärt werden muss ist die Finanzierung dieser Leistungen. Da die Fernberatung den gleichen Qualitätsstandards unterliegt wie die Beratung in der Häuslichkeit und auch das identische Formular genutzt werden wird (es sei denn, der Spitzenverband der Pflegekassen regelt hier kurzfristig noch abweichendes), sollte die Fernberatung genauso systematisch und konkret erfolgen wie die Beratung vor Ort. Vor allem benötigt man hierfür eine konkretere Checkliste, auch weil bei der vermutlich weitgehend am Telefon durchgeführten Beratung der Blickkontakt etc. fehlt.

Zu klären bzw. zumindest zu dokumentieren wäre sicherlich, mit wem die Beratung durchgeführt wird. Dies sollte immer (auch) der Pflegebedürftige sein und nicht nur allein die Pflegeperson, soweit dies

aufgrund der Krankheitssituation (Stichwort Demenz) möglich ist.

Die Beratung vor Ort hat aber den tatsächlichen Vorteil, dass man viel mehr wahrnehmen und entsprechend reagieren kann als bei einer Fernberatung. Und die Infektionsgefahr durch Pflegekräfte, die die ganze Zeit eine Maske tragen, dürfte in jedem Fall geringer sein als die Ansteckungsgefahr durch die eigenen Pflegepersonen.

Vereinfachung bei Gewährung von Hilfsmitteln

Im Bereich der Pflegehilfsmittel § 40 wird der Prüfvorbehalt in eine Kannvorschrift umgewandelt und die Bearbeitungsfrist für Anträge zu Pflegehilfsmitteln und Wohnumfeldverbessernden Maßnahmen vergleichbar dem § 13, 3a der Krankenversicherung ausformuliert: die Pflegekassen müssen innerhalb von drei Wochen bzw. bei Beauftragung einer fachlichen Stellungnahme durch eine Pflegefachkraft oder den MDK innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang bearbeiten, ansonsten gilt die beantragte Leistung als bewilligt. So soll die schnelle Hilfsmittelversorgung, unabhängig vom Kostenträger (SGB V oder SGB XI) sichergestellt werden.

■ **Kontakt zum Autor:**
Heiber@syspra.de