

**Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) zum  
Gesetzentwurf der Bundesregierung  
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals  
(Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)**

Stand: 24.09.2018

und zu den

**Anträgen der Abgeordneten und der Fraktion DIE LINKE**

**„Ausreichend Krankenhauspersonal dauerhaft sichern“**

Drs. 19/4523, 26.09.2018

**„Pflegepersonal in der Altenpflege nachhaltig stärken“**

Drs. 19/4524, 26.09.2018

Der Deutsche Pflegerat (DPR) vertritt als Dachverband der bedeutendsten Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens die Positionen der Pflegeorganisationen und ist primärer Ansprechpartner für die Politik. Im Nachfolgenden bezieht der DPR Stellung zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG).

Der Pflegepersonal-mangel besteht seit Jahrzehnten. Bereits Anfang der 1990er Jahre bestand gesellschaftlicher Konsens darüber, dass Pflegenotstand herrscht. Die Bundesregierung setzte daraufhin die Pflege-Personalregelung (PPR) ein, um den Personalbedarf zu ermitteln. Die Erhebung ergab 1993 einen Personalmehrbedarf von 20% in den Krankenhäusern.

In den Jahren 1997 bis 2007 wurden in den Krankenhäusern fast 50.000 Stellen abgebaut. Zwar gab es ab 2008 wieder einen leichten Zuwachs an Personal, dennoch lag die Zahl der Vollzeitstellen in der Pflege in den Krankenhäusern 2013 immer noch um ca. 35.000 unter dem Wert des Jahres 1996 und um ca. 83.000 Vollzeitstellen unter der Soll-Besetzung des Jahres 1993.

Durch eine deutliche Ausweitung des Leistungsumfangs und Leistungsspektrums in den darauffolgenden Jahren, geht eine Schätzung von einer gegenwärtigen Unterbesetzung im Krankenhaus von 100.000 Vollzeitstellen in der Pflege aus<sup>1</sup>. Da diese Jahrzehnte währende Fehlentwicklung nicht kurzfristig umgekehrt werden kann, schlägt der DPR vor, einen 10-Jahres-Master-Plan mit weiteren Maßnahmen zu entwickeln.

---

<sup>1</sup> Simon, M. (2015) Unterbesetzung und Personalmehrbedarf im Pflegedienst der allgemeinen Krankenhäuser. Eine Schätzung auf Grundlage verfügbarer Daten. Hochschule Hannover [https://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon\\_michael/Simon\\_\\_2015\\_\\_Unterbesetzung\\_im\\_Pflegedienst\\_\\_2.\\_Auflage\\_.pdf](https://f5.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/f5/personen/simon_michael/Simon__2015__Unterbesetzung_im_Pflegedienst__2._Auflage_.pdf)

Der DPR begrüßt grundsätzlich den vorgelegten Gesetzentwurf zum Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz – PpSG. Der Entwurf zeigt, dass die Bundesregierung das bereits gravierende Problem des Mangels der Fachpersonen in den Pflegeberufen und die damit verbundene mangelnde Zukunftssicherung der Bevölkerung hinsichtlich der pflegerischen Versorgung erkannt hat und nun auch angehen möchte. Die geplanten Regelungen und Maßnahmen sollen die Rahmenbedingungen der Pflege und damit die pflegerische Versorgung im Krankenhausbereich wie auch in der Langzeitpflege hinsichtlich Qualität und Patientensicherheit deutlich und spürbar verbessern.

In diesem Sinne hält der DPR die im PpSG verankerte Rückkehr zum Prinzip der Selbstkostendeckung mit dem vollständigen Mehr- und Mindererlösausgleich für eine positive Entwicklung und den richtigen Weg. Weitere positive Aspekte sehen wir in der beabsichtigten Budgetfestschreibung, der vollständigen Refinanzierung der Tariferhöhungen, der Förderung des Aufbaus zusätzlicher Stellen, der Erhöhung des Ausbildungsbudgets incl. hochschulischer Qualifikation sowie der Förderung von Entlastungen für Pflegenden durch Maßnahmen der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf. Dies hat der DPR langjährig mit entsprechenden Lösungsvorschlägen in die Diskussion eingebracht.

Einige Aspekte bedürfen aus Sicht des DPR noch der Konkretisierung, insbesondere im Krankenhausbereich. So lässt sich bisher nur vermuten, dass mit Pflegeerlöskatalog der Pflegelastkatalog gemeint ist. Bei der Umsetzung bittet der DPR um Einbeziehung. Der Mehr- und Mindererlösausgleich sind entscheidende Neuregelungen. Es fehlt ergänzend der Einsatz eines verbindlichen Instrumentes zur Ermittlung des Pflege- und Personalbedarfes, welches die Abweichungen von der Planung durch die veränderte Patientenstruktur erklärt und nachweist. Eine aktualisierte Form der Pflegepersonal-Regelung (PPR) wird vom DPR als geeignete und notwendige Lösung gesehen, die auch zeitnah zur Verfügung stehen könnte.

Für künftige Vergütungsverfahren ist es dringend erforderlich, dass der DPR als die Interessensvertretung der Pflegeberufe als Vertragspartei auf Bundesebene neben der DKG und dem GKV-Spitzenverband sowie dem Verband der privaten Krankenversicherung gesetzlich aufgenommen wird. Denn es ist nicht mehr zeitgemäß, dass die bisherigen Vertragspartner weiterhin allein rechtsverbindliche Vereinbarungen für die Interessenvertretung der Pflegeberufe treffen.

Zu den einzelnen Regelungen des PpSG nimmt der DPR wie folgt Stellung:

### **Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung – KHSFV), vom 17. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2350)**

#### **Tarifsteigerung/ Pflegestellenförderprogramm/ Pflegepersonalbudget/ Ausgliederung Pflegepersonalkosten**

Der DPR begrüßt ausdrücklich die umfänglichen Maßnahmen zur Stärkung des Pflegepersonals, welche auf eine verbesserte Ausstattung der Krankenhäuser mit Pflegepersonal abzielen und somit unmittelbar zu einer sichereren Patientenversorgung beitragen. Hier sind insbesondere die vollständige Finanzierung der Tarifsteigerungen der Pflege, die Weiterführung des Pflegestellenförderprogramms unter veränderten Bedingungen, die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System sowie auch die Etablierung eines einrichtungsindividuellen Pflegebudgets zu nennen. Allerdings sollte sich die Refinanzierung von Pflegefachpersonen ausschließlich auf neu fest angestellte Mitarbeiter/innen beziehen, um die Arbeitnehmerüberlassung zu begrenzen, die

in einigen Ballungszentren stark zugenommen hat und enorme Nebenkosten zu Lasten der Sozialversicherung verursacht.

Aus Sicht des DPR bedarf es für die geforderte eindeutige bundeseinheitliche Definition der Pflegepersonalkosten der Patientenversorgung einheitlicher und fachlich anerkannter Maßstäbe. Solche Maßstäbe bieten die fachlich anerkannten Instrumente der Pflegepersonalregelung (PPR) und Psychiatrie Personalverordnung (Psych-PV). Die PPR könnte - in modernisierter Form im Sinne eines lernenden Systems - zeitnah eingeführt werden. Dieses Instrument der Pflegepersonalbedarfsermittlung ist ebenso für die Festlegung des einrichtungsindividuellen Pflegebudgets einsetzbar. Darüber hinaus bestünde eine Kontinuität sowohl auf Seiten der Kalkulation als auch auf Seiten der Anwendung des avisierten Pflegeerlöskatalogs. Bei der Entwicklung eines solchen Instrumentes ist der DPR einzubinden.

Die Einführung des Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrumentes zur Vereinbarung eines einrichtungsindividuellen Pflegebudgets geht weit über den bisherigen Ansatz der Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen unter dem Aspekt der „Schadensvermeidung“ für Patienten/innen hinaus und stellt eine bessere Alternative dar.

Für Fort- und Weiterbildung gibt es in den Krankenhäusern keine gesonderten Mittel, sodass die Finanzierung aus den Pflegeleistungen, die vergütet werden, bestritten werden muss. Der DPR schlägt daher vor, dass Qualifizierungserfordernisse wie Fort- und Weiterbildung in die Ermittlung des zukünftigen Pflegebudgets eingehen. Auch die Qualifizierungserfordernisse für Führungskräfte sollten in besonderem Maß Berücksichtigung finden. Zur Bedarfsermittlung und -definition von Qualifizierungserfordernissen auf der Führungsebene in stationären Einrichtungen nach SGB V und XI sollte der DPR mitwirkend eingebunden werden.

Positiv bewertet der DPR die konsequente Umsetzung der Pflegebudgetfestschreibung. Damit wird sichergestellt, dass die finanziellen Mittel für die Pflegeleistungen auch für die Pflege eingesetzt werden. Zusätzliche Stellen werden zudem bis 2020 über das Pflegestellenförderprogramm gesondert vergütet.

Alle Lösungen im Zusammenhang mit der Herauslösung des DRG Kostenanteils für die Pflege dürfen nicht zu unverhältnismäßigem bürokratischem Mehraufwand bzw. Dokumentations- und Nachweispflichten führen. Hier sind insbesondere die Abrechnungsbestimmungen für den Pflegeerlöskatalog zu nennen.

Die Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung dürfen zudem nicht zu dem unerwünschten Nebeneffekt führen, dass sich die Liegezeit der Patienten/innen verlängert, moderne Behandlungsmethoden wie z.B. minimalinvasive Operationen eingeschränkt oder pflegefremde Tätigkeiten in den Bereich der Pflege (zurück)verschoben werden.

Gemäß § 9, Absatz 1 Krankenhausentgeltgesetz, Artikel 9, Nummer 7 cc) erhält das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) den Auftrag zur Streichung der Prozedurenkodes, um eine Entlastung im Dokumentationsaufwand sicher zu stellen. In diesem Sinne findet die erwartete Abschaffung des Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) unsere uneingeschränkte Zustimmung. In diesen Überarbeitungsprozess ist der DPR fachlich-inhaltlich einzubinden.

Neu eingeführt wurde die Pflicht der Kostenträger, bestehende Pflegegrade von Patienten bei Krankenhausaufnahme im Rahmen des DTA-Verfahrens gemäß § 301 SGB V zu übermitteln. Diese Regelung ist ein notwendiger und lang geforderter Schritt, der nicht nur zu

einer vereinfachten Leistungsabbildung führt, sondern auch einen wertvollen Beitrag im Rahmen des Entlassmanagements sowie der sektorenübergreifenden Versorgung leistet.

## **Ausbildung**

Der DPR begrüßt, dass zusätzliche Ausbildungskapazitäten für Krankenpflegeberufe geschaffen werden können und dass die Finanzierung der Erhöhung nicht von den Kostenträgern zurückgewiesen werden kann (§ 12a, Absatz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz). Gleiches muss für die Ausbildung durch Träger der ambulanten und stationären Langzeitpflege gelten. Diese Regelung ist ein wichtiger Baustein für die zukünftige Entwicklung. Aus Sicht des DPR wäre eine Erhöhung der bestehenden Ausbildungskapazität um 10% pro Jahr einschließlich der hochschulischen Ausbildung eine empfehlenswerte Größe. Insbesondere in ländlichen Regionen fehlt es an Ausbildungsplätzen.

Positiv bewertet der DPR zudem die zusätzlichen Finanzierungsmöglichkeiten bei Vorhaben für die Ausbildung an Hochschulkliniken (§ 11, Absatz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz, Artikel 5, Nummer 4, Punkt 6, und § 4 Abs. 6 und 7 Krankenpflegegesetz bzw. Teil 3 (§37ff) Pflegeberufegesetz). Damit würden akademische Qualifikationen auch an den Kliniken vom Strukturfonds profitieren. Der DPR bittet um Klarstellung, dass diese Regelung auch für die hochschulische Pflegeausbildung gilt und schlägt daher vor den § 11, Absatz 1, Krankenausfinanzierungsgesetz, Artikel 5, Nummer 6 dahingehend zu spezifizieren, dass die akademische Qualifikation gemäß Teil 3 Pflegeberufegesetz „Hochschulische Pflegeausbildung“ gefördert wird:

*„(2) Die in Absatz 1 Nummer 4 und Nummer 6 genannten Vorhaben können auch dann gefördert werden, wenn an diesen Vorhaben Hochschulkliniken mit entsprechender hochschulischer Pflegeausbildung gemäß § 4 Abs. 6 und 7 Krankenpflegegesetz bzw. Teil 3 (§ 37ff) Pflegeberufegesetz beteiligt sind“.*

Der DPR begrüßt auch die vollständige Refinanzierung der Auszubildenden der Auszubildenden im ersten Ausbildungsjahr (§ 17a, Absatz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz, Artikel 1, Nummer 1 a) bb). Allerdings sollten Auszubildende grundsätzlich während der gesamten Ausbildung nicht auf den Stellenplan angerechnet werden.

## **Digitalisierung**

Der Gesetzentwurf beinhaltet Investitionen in die Digitalisierung in Pflegeeinrichtungen, um das Pflegepersonal zu entlasten. Der DPR begrüßt die investive Kostenübernahme und verweist auf die Notwendigkeit, auch Folgekosten zu refinanzieren.

Aus Sicht des DPR muss diese Regelung auch für den Krankenhausbereich gelten. Digitalisierung und Entlastung des Pflegepersonals sind hier im gleichen Maße wirksam und notwendig. Dabei geht es um Strukturmaßnahmen zur Anschaffung der EDV und assistiver Technologien. Darüber hinaus muss auch das Pflegepersonal qualifiziert werden, um diese Möglichkeiten einsetzen zu können. Der Qualifizierungsaufwand zum Umgang der Auszubildenden und Pflegefachpersonen mit Digitalisierung sollte in das zukünftige Pflegebudget einbezogen werden.

## **Bessere Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf**

Der DPR begrüßt die Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf im Krankenhaus wie auch in der ambulanten und stationären Pflege. Die bereit gestellten Mittel für Maßnahmen ermöglichen nicht nur die Vereinbarkeit von Beruf und der Erziehung von Kindern, sondern auch der Pflege von pflegebedürftigen Familienangehörigen.

## **Hebammen**

Der DPR weist darauf hin, dass bei der Refinanzierung von mehr Personal der Bereich der Geburtshilfe zu berücksichtigen ist, denn die Hebammenversorgung steht vor ähnlichen Problemen wie die Pflege. In Deutschland betreuen Hebammen inzwischen deutlich mehr als doppelt so viele Gebärende wie in anderen europäischen Ländern während der Geburt. Mit dem Referentenentwurf wird vorgeschlagen, dass „jede zusätzliche und jede aufgestockte Pflegestelle am Bett vollständig finanziert wird“. Dies sollte ebenso für die Hebammenstellen ermöglicht werden, um eine dauerhaft zu hohe Arbeitsbelastung zu vermeiden. Weiterhin ermöglicht auch in der Geburtshilfe nur ein möglichst guter Betreuungsschlüssel eine nachhaltig hohe Versorgungsqualität.

Unser Mitglied, der Deutsche Hebammen Verband (DHV), fordert hierzu perspektivisch eine Eins-zu-Eins-Betreuung. Wenn jede zusätzliche Hebamme im Krankenhaus und jede Aufstockung von Teil- auf Vollzeit vollständig refinanziert wird, mindert das schnell und durchgreifend die prekäre Personalsituation. Ebenso wichtig ist, die angestellten Hebammen in die für die Pflege vorgesehene vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen einzubeziehen. Auch diese Maßnahme würde zu einer schnellen Verbesserung der Personalsituation in der Geburtshilfe beitragen.

Die für 2020 vorgesehene Bereinigung der DRG um die Pflegepersonalkosten und die Einführung neuer Pflegebudgets, mit denen den Krankenhäusern die tatsächlichen Kosten der Pflege erstattet werden sollen, muss auch auf den Hebammenbereich erweitert werden. Für detailliertere Begründungen verweisen wir auf die Stellungnahme des DHV.

## **Artikel 1**

### **Nummer 1, a) bb) § 17a, Absatz 1, Krankenhausfinanzierungsgesetz**

Sachlich nicht begründbar erscheint, weshalb Personen, die in der Krankenpflege oder Kinderkrankenpflege ausgebildet werden, im Verhältnis 9,5 zu 1 angerechnet werden und Personen, die in der Krankenpflegehilfe ausgebildet werden, im Verhältnis 6 zu 1. Gleiches gilt für die Ausbildung in der Altenpflegehilfe. Hier sollte eine Gleichbehandlung erfolgen.

### **Nummer 2, b) § 17b Absatz 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz**

Um die Personalkosten aus dem Vergütungssystem auszugliedern, soll eine eindeutige, bundeinheitliche Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten vereinbart werden.

Aus Sicht des DPR gibt es bei dieser Formulierung zwei Lesarten: einerseits könnte eine Definition gemeint sein, die bestimmte Kostenarten Berufsgruppen zugordnet, oder andererseits eine Definition, die Kostenarten Tätigkeiten und Aufgaben zugeordnet, die von Pflegefachpersonen mit mindestens 3-jähriger Ausbildung im Heilberuf Pflege durchgeführt werden. Letztere Einschätzung ist aus Sicht des DPR sachgerechter.

Der DPR bittet um Klarstellung welche Lesart hier gemeint ist.

## **Artikel 7**

### **Nummer 9, a), cc) § 119b, Absatz 1, SGB V**

Gemäß dieser Regelung sind Pflegeeinrichtungen dazu verpflichtet, Kooperationsverträge abzuschließen. Der/die Ansprechpartner/in dafür ist die Kassenärztliche Vereinigung. Allerdings ist es gerade in strukturschwachen Regionen schwierig, einen Arzt/eine Ärztin zu finden, der/die die Versorgung übernimmt. Dies trifft insbesondere auf Fachärzte/innen zu. Dass diese Verpflichtung trotz dieser Schwierigkeiten besteht, könnte für Pflegeeinrichtungen zum Problem werden. Hier ist die Kassenärztliche Vereinigung zur Unterstützung der Pflegeeinrichtungen beim Abschließen von Kooperationsverträgen in die Pflicht zu nehmen.

### **Nummer 9, b), 119b, Absatz 2a, SGB V**

Ein elektronischer Datenaustausch zur Dokumentation von Pflegeleistungen ist zu begrüßen. Technische Ausstattungen sind zu finanzieren und zu fördern, um den digitalen Datenaustauschprozess zu optimieren.

### **Nummer 9, b) 119b, Absatz 2b, SGB V**

In diesem Absatz wird auf die Verwendung von Videosprechstunden hingewiesen. Der DPR begrüßt diese Möglichkeit, sieht aber Schwierigkeiten bei der praktischen Durchführung durch das Inkrafttreten der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Aus der Praxis vor Ort wird beispielsweise berichtet, dass Pflegefachpersonen von Ärzten/innen keine Auskünfte mehr über Patienten/innen bekommen und keine Rezepte mehr aus der Praxis abholen dürfen. Dies steht im klaren Widerspruch zur „integrierten Versorgung“.

Der DPR bittet daher um eine Klarstellung zum Thema Datenschutz im Gesetz, um eine Datenweitergabe im Sinne einer durchgängigen Versorgung zu gewährleisten. Eine solche Klarstellung würde auch den Bürokratieaufwand für Pflegefachpersonen senken und damit die Arbeitsbedingungen der Pflege verbessern, die in der Regel die Versorgung der Patienten/innen koordiniert.

Im Übrigen ist zu regeln, dass auch in der pflegerischen Versorgung, zum Beispiel bei Beratungen, der Einsatz von Videosprechstunden ermöglicht und vergütet wird.

### **Nummer 10, § 132a SGB V Absatz 1 Satz 4 Nummer 5**

Der DPR begrüßt die Regelung in § 132a Absatz 1 grundsätzlich. Allerdings wird in diesem Paragraph wie auch in § 89 Absatz 3, SGB XI, Artikel 10, Nummer 14 nur auf die flächendeckende Versorgung im ländlichen Raum Bezug genommen. Längere Wegezeiten entstehen jedoch auch in den Ballungsräumen wie beispielsweise in der Berliner Innenstadt. Pflegende von Pflegediensten sind täglich mit überfüllten Straßen oder mit Fahrbahnumleitungen durch große Baumaßnahmen konfrontiert. Durch die oftmals erzwungenen Routenänderungen für die Versorgung von Patienten/innen entstehen bei den Pflegenden ebenfalls längere Wegezeiten. Bei einer Vereinbarung für einen angemessenen Zuschlag für längere Wegezeiten, sollten die Kostenträger die gesetzlich garantierte Tarifbindung berücksichtigen. Neben den Zuschlägen für längere Wegezeiten, wären auch Zuschläge für Sonn- und Feiertage sowie bei Nachtdiensten zu berücksichtigen. Da Pflegeleistungen auch an Sonn- und Feiertagen zu erbringen sind, wäre dies ein wichtiger Ansatz um die Attraktivität der ambulanten Pflege zu steigern.

## **Nummer 12 § 137j SGB V**

Der DPR begrüßt, dass sich die Regelungen zur Verbesserung der Personalausstattung auf das gesamte Krankenhaus beziehen. Dem Gesetzentwurf gemäß soll diese Verbesserung durch die Bildung des Personalquotienten erfolgen.

Aus Sicht des DPR zementiert dieser Ansatz allerdings den seit Jahren bestehenden Pflegepersonalmangel, da nicht vom Pflegebedarf der Patienten/innen ausgegangen wird, um den Personalbedarf zu ermitteln, sondern die bestehende, ungenügende IST-Personalausstattung zur SOLL-Personalausstattung erklärt wird. Daher spricht sich der DPR für ein pflegewissenschaftlich fundiertes Personalbemessungsverfahren aus, das auf dem tatsächlichen Pflegebedarf basiert. Bis ein solches Verfahren entwickelt ist, kann die PPR in aktualisierter Form eingesetzt werden.

Die geplante Umsetzung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) auf der Grundlage der vorhandenen Datenlage lehnt der DPR ab.

## **Artikel 11**

### **Nummer 2, § 1, Absatz 7, SGB XI**

Der DPR begrüßt die Klarstellung, dass die eingetragenen Lebenspartnerschaften als Familienangehörige gelten und damit bisher bestehende Rechtsunsicherheiten ausgeräumt wurden.

### **Nummer 3 § 8, Absatz 5, SGB XI**

Der DPR begrüßt, dass die Finanzierung der gemäß § 113 Absatz 1b Satz 1 zu beauftragenden, fachlich unabhängigen Institution, sichergestellt ist.

### **Nummer 3, § 8, Absatz 6, SGB XI**

Der DPR begrüßt, dass mit dem an zusätzlichen Stellenanteilen orientierten Vergütungszuschlag aus Mitteln des SGB V der erste Schritt zur Übernahme der Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege durch die Krankenkasse gemacht ist, die seit 1996 ausgesetzt wurde. Die SGB V-Leistungen sind einzeln ärztlich angeordnete Leistungen der medizinischen Behandlungspflege und werden, anders als in der ambulanten Pflege, in der stationären Langzeitpflege bisher nicht aus SGB V finanziert. Diese Entwicklung muss wieder in die ursprüngliche Regelung zurückgeführt werden, die die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege durch die Krankenkassen vorsah.

Die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege werden bisher von ihrem Zeitaufwand her zu Lasten der Erbringung von den für die Pflegebedürftigen erforderlichen SGB XI-Leistungen erbracht wodurch die immer größere Zeitverdichtung der pflegerischen Arbeit weiter zunimmt. Es muss daher in diesem ersten Schritt durch die gesetzliche Regelung sichergestellt werden, dass die Zusatzvergütung auch mittelfristig weder von den Leistungserbringern zur Reduzierung der Eigenanteile der Pflegebedürftigen genutzt werden kann, noch von Sozialhilfeträgern zur Reduzierung ihrer Leistungen im Rahmen von Hilfe zur Pflege.

Dem ersten Schritt folgend ist zeitnah ein Verfahren zur direkten Vergütung der ärztlich angeordneten Leistungen der medizinischen Behandlungspflege aus Mitteln der Krankenkassen zu entwickeln. Die durch diese SGB V-Leistungsvergütung finanzierten

Pflegefachkraft-Personalstellen ergänzen die auf der Grundlage des wissenschaftlich fundierten Personalbemessungsverfahrens 2020 bundeseinheitlich einzuführenden Personalausstattungen für den SGB XI-Leistungsbereich. Für Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen gilt dann endlich das gleiche wie für die in der ambulanten Versorgung.

In dem Absatz findet sich der Satz: „Die Gewährung des Vergütungszuschlags setzt voraus, dass die Pflegeeinrichtung über zusätzliches Pflegepersonal verfügt, welches über das nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhaltende Personal hinausgeht“. Der Gesetzestext ist dahingehend zu präzisieren, dass das zusätzliche Personal nicht schon bei der Antragstellung auf den Vergütungszuschlag vorzuhalten ist, sondern erst, wenn die Finanzierung zugesagt ist. Um zu gewährleisten, dass das zusätzliche Pflegepersonal auch über Aufstockungen bestehender Stellen gewonnen werden kann, schlägt der DPR vor, bei dem Verhältnis von zusätzlichen Stellen zur Platzzahl das Wort „Stelle“ durch „Vollzeitäquivalente“ zu ersetzen. Damit wäre beim Nachweis der zusätzlichen Stellenanteile auch sichergestellt, diese auf verschiedene, den Organisationseinheiten direkt zugeordnete Pflegefachpersonen, prozentual zu verteilen.

Bei dem zusätzlichen Personal muss es sich um Pflegefachpersonen handeln, weil die medizinische Behandlungspflege primär Aufgabe von dreijährig qualifizierten Pflegefachpersonen ist. Eine ersatzweise Besetzung der Stellen bei Personalmangel durch Pflegeassistent/innen lehnt der DPR ab. Zudem muss sichergestellt werden, dass die tarifliche Bezahlung auch in der häuslichen Krankenpflege vollständig refinanziert wird.

Darüber hinaus ist zu präzisieren, dass bei der Höhe des Vergütungszuschlages eine tarifvertragliche Vergütung - z. B. orientiert an den Tarifverträgen des Bundes und der Länder, wie auch denen der Freien Wohlfahrtspflege - Grundlage sein muss.

### **Nummer 3, § 8, Absatz 8, SGB XI**

Die Investition in die Digitalisierung der ambulanten und stationären Altenpflege wird ausdrücklich begrüßt. Mit der Bereitstellung von Mitteln aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung können ambulante Pflegedienste in das Schnittstellenmanagement investieren.

Durch eine einheitliche Kommunikation zwischen den Kostenträgern (Krankenkassen, Pflegekassen sowie den Sozialhilfeträgern), den Leistungserbringern (ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen, Arztpraxen und Apotheken) und den Leistungsempfängern (Patienten/innen, Angehörige) können Parallelstrukturen abgebaut werden. Die Digitalisierung in der ambulanten Pflege kann insbesondere im Verordnungsmanagement zu einer Entlastung für Pflegedienste führen. Mit dem Verzicht auf die Urbelege (papierlose Abrechnung) und Nutzung der Digitalisierung bei der Beantragung von Leistungen (Verordnungsmanagement) könnte den ambulanten Pflegediensten sehr viel Zeit und zusätzliche Arbeit abgenommen werden. Darüber hinaus würden Pflegedienste eine große Flexibilität bei veränderten Versorgungssituationen erlangen.

Diese Mittelbereitstellung muss aber auch über die Jahre 2018 bis 2021 hinaus gefördert werden. Gerade in Zeiten der Digitalisierung darf diese Mittelbereitstellung nicht an der ambulanten Pflege vorbeigehen. Viele Leistungserbringer sind bereit in die Digitalisierung von Schnittstellen zu investieren, der Markt bietet hierfür großes Potenzial.

Bei dem Zuschuss zu digitalen Anwendungen sollte die Pflegedokumentation als Begriff in den Gesetzestext aufgenommen werden. Bisher findet er sich nur in der Begründung. Der DPR schlägt zudem vor Fachleute (Pflegeinformatik) und/oder Fachverbände für Gesundheits-IT (z. B. bvitg) in die Entwicklung der Prozesse und Strukturen der digitalen



Anwendungen einzubinden, um sicher zu stellen, dass Lösungen sowohl innovativ (wie z. B. die Einbindung elektronischer Devices in die Dokumentation) als auch technisch umsetzbar sind und dass der Nutzen solcher Anwendungen wie durch das Gesetz beabsichtigt für die Pflege gewährleistet ist.

Um das Potenzial der Digitalisierung voll auszuschöpfen müssen Pflegefachpersonen mit ihren Rechten (Lese- und Schreibrechte) verbindlich in die elektronische Patientenakte eingebunden werden.

### **Nummer 5, a) bb) § 37, Absatz 3 SGB XI**

Aus Sicht des DPR müssen die Vereinbarungen zwischen den Kassen und Trägern sicherstellen, dass die Vergütung der Beratung kostendeckend ist und eine Regiepauschale für die Koordination mit den zuständigen ambulanten Pflegediensten enthält.

### **Weitergehender Vorschlag**

Um die Versorgungsqualität in Pflegeeinrichtungen nachhaltig zu erhöhen, müssen Kompetenzen und Position von Führungskräften (Wohnbereichsleitung, Stationsleitung und Pflegedienstleitung) in der stationären Altenhilfe und ambulanten Pflege gestärkt werden. Aus Sicht des DPR muss die Führungsebene mehr Mitspracherecht erhalten, es bedarf einer Investition in die Qualifikation, die Qualifikationsanforderungen müssen erhöht werden (Hochschulabschluss).

## **Antrag der Abgeordneten und der Fraktion DIE LINKE,**

Dr. 19/4523, 26.09.2018

### **„Ausreichend Krankenhauspersonal dauerhaft sichern“**

Der Antrag enthält vier Forderungen an die Bundesregierung:

1. Weitere Berufe sollen aus den DRGs herausgenommen und bedarfsgerecht finanziert werden, z.B. Hebammen und Entbindungspfleger, Heilmittelberufe, Ärztinnen und Ärzte sowie Reinigungspersonal.
2. Die Regelung zu Pflegepersonalquotienten soll verworfen und stattdessen ein pflegewissenschaftlich ermitteltes und valides Instrument zur Ermittlung des Personalbedarfs entwickelt werden, das zur Berechnung des notwendigen Personals und zu den Verhandlungen der krankenhausesindividuellen Budgets zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern herangezogen werden kann.
3. Als Anreiz soll den Bundesländern für jeden zusätzlich in Krankenhäuser investierten Euro aus Bundesmitteln einen weiteren Euro für Krankenhausinvestitionen bis zu einer Gesamthöhe von 2,5 Mrd. Euro pro Jahr und auf 10 Jahre begrenzt gezahlt werden.
4. Rehabilitationskliniken sollen in die Personalregelungen mit einbezogen werden.

## *Stellungnahme*

Zu 1: Die geplante Herauslösung der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen (DRGs) hat in anderen Berufsgruppen zu der Frage geführt, ob durch eine solche Regelung eine bedarfsgerechtere Personalausstattung erreicht werden kann und soll. Durch die vollständige Refinanzierung von zusätzlichen Pflegenden besteht zudem die Gefahr, dass pflegefremde Tätigkeiten, die anderen Berufsgruppen zuzuordnen sind, in den Pflegbereich verlagert werden, um auch bei anderen Berufsgruppen eine Entlastung zu erreichen. Die Versorgungsqualität der Patienten/innen im Krankenhaus ist das Ergebnis aller an der Versorgung beteiligter Berufsgruppen. Hier gilt es weiter zu denken und zu diskutieren, wie auch andere Berufsgruppen mit einer unzureichenden Personalausstattung zu einer bedarfsgerechten Finanzierung und damit mehr Personal kommen können.

Zu 2: Wie in dieser Stellungnahme bereits dargestellt, unterstützt der DPR diese Forderung voll umfänglich. Als Übergang oder Alternative sollte die aktualisierte PPR zur Ermittlung des Personalbedarfs eingesetzt werden.

Zu 3: Die unzureichende Finanzierung der Investitionskosten durch die Bundesländer ist eine lang bekannte Ursache des Pflegepersonalmangels in Krankenhäusern. Die im Antrag formulierte Forderung sollte daher geprüft werden.

Zu 4: Der DPR begrüßt, dass die Rehabilitationskliniken in dem Antrag in den Blick genommen werden. Die Überprüfung und ggf. Einbeziehung der Rehabilitationskliniken in die Personalregelungen sollte dringend erfolgen, um die aktuell schon festzustellende Abwanderung von Pflegepersonal in Bereiche mit besseren Arbeitsbedingungen zu beenden. Perspektivisch wird auch in Rehhabilitationskliniken ein Personalbemessungsinstrument benötigt, das den Personalbedarf aus dem Pflegebedarf der Patienten/innen ableitet.

## **Antrag der Abgeordneten und der Fraktion DIE LINKE,**

Drs. 19/4524, 26.09.2018

### **„Pflegepersonal in der Altenpflege nachhaltig stärken“**

Der Antrag enthält verschiedene Forderungen an die Bundesregierung:

1. die vollständige Refinanzierung tariflicher Bezahlung auch in der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V gesetzlich sicherzustellen;
2. eine verbindliche Personalbemessung für die stationäre Altenpflege bis zur Einführung des wissenschaftlichen Personalbemessungsverfahrens einzuführen und dabei sicherzustellen, dass nur Fachkräfte als zusätzliches Personal in stationären Pflegeeinrichtungen eingesetzt werden;
3. die vollständige Refinanzierung der Kosten der medizinischen Behandlungspflege in stationären Altenpflegeeinrichtungen sowie in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe sofort gesetzlich sicherzustellen;
4. die Finanzierung der Pflegeleistungen auf eine breitere und gleichzeitig stabilere Basis zu stellen. Dafür werden sofort der Pflegevorsorgefonds in einen Pflegepersonalfonds umgewandelt und die gesetzlichen Eigenanteile für die Menschen mit Pflegebedarf gedeckelt.

## Stellungnahme

Zu 1. Der DPR schließt sich dieser Forderung an. Die tarifliche Bezahlung der häuslichen Krankenpflege muss vollständig refinanziert werden.

Zu 2: Aus Sicht des DPR sollen bis zum Einsatz eines analytischen Personalbemessungsverfahrens in der stationären Langzeitpflege die Pflegepersonalstellen-Pläne bundeseinheitlich dem derzeit höchsten Stand eines Bundeslandes angeglichen werden. Dies würde in 15 Bundesländern zu einer besseren Personalausstattung führen.

Zu 3: Der DPR stimmt der Forderung vollumfänglich zu.

Zu 4: Um die Finanzierung der Pflegeversicherung zukunftsfest zu machen, bedarf es einer breiteren und stabileren Basis. Dazu werden verschiedene Maßnahmen benötigt wie etwa eine regelmäßige Dynamisierung der Pflegeleistungen, die sich an der tatsächlichen Kostenentwicklung orientiert. Die im Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit, Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung des Beitragssatzes in der sozialen Pflegeversicherung 2019 (Pflegeversicherungs-Beitragssatzanpassungsgesetz 2019 - BSAG) vorgenommene Anpassung des Beitragssatzes der Pflegeversicherung mit Mehreinnahmen von rund 7,6 Milliarden Euro jährlich, ist in diesem Zusammenhang zu begrüßen. Auch über Sinn und Zwecke des Pflegevorsorgefonds muss nachgedacht werden. Er wurde eingeführt, um die Beitragssätze zur Pflegeversicherung langfristig zu stabilisieren. Experten/innen zufolge bestehen allerdings Zweifel, ob dieses Ziel erreicht werden kann. Daher liegt es nahe darüber nachzudenken, ob die Mittel des Pflegevorsorgefonds für eine bedarfsgerechtere Pflege sinnvoller eingesetzt werden können.

Der Eigenanteil Pflegebedürftiger in stationären Pflegeeinrichtungen steigt seit Jahren. Aus Sicht des DPR muss dieser Eigenanteil für die Pflegekosten für Pflegebedürftige finanzierbar und bundeseinheitlich geregelt sein. Überlegungen in diese Richtung werfen die grundsätzlichen Fragen auf, welchen Anteil die Pflegeversicherung sinnvollerweise finanziert, welcher Anteil zukünftig aus Steuermitteln zu tragen sein soll und welchen Anteil Pflegebedürftige selber bezahlen sollen. Diese Fragen hängen zudem von einem gesellschaftlichen Konsens über den Wert einer bedarfsgerechten Pflege und politischen Richtungsentscheidungen ab. Sie sind unter ethischen und wirtschaftlichen Perspektiven zu diskutieren und zu beantworten. Aus Sicht des DPR ist ein Umbau der Pflegeversicherung erforderlich, um sie an die veränderten Anforderungen anzupassen.

Berlin, 04. Oktober 2018



Präsident des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR)

Adresse:  
Deutscher Pflegerat e.V. – DPR  
Alt- Moabit 91  
10559 Berlin  
Tel.: + 49 30 / 398 77 303  
Fax: + 49 30 / 398 77 304  
E-Mail: [info@deutscher-pflegerat.de](mailto:info@deutscher-pflegerat.de)  
[www.deutscher-pflegerat.de](http://www.deutscher-pflegerat.de)