

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0036(19)
gel. VB zur öAnh am 10.10.2018 -
PpSG
4.10.2018



Stellungnahme des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK)

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals
(Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)
Stand 24.09.2018

Berlin, den 04.10.2018

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V.
Bundesverband
Alt-Moabit 91
10559 Berlin

Vorbemerkung

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) bedankt sich für die Möglichkeit der Stellungnahme.

Aus Sicht des DBfK Bundesverbands werden im Gesetzentwurf die Bemühungen deutlich, die Pflegepersonalkosten für den Krankenhausbereich besser und unabhängig von Fallpauschalen abzubilden. Für den Bereich der vollstationären Pflegeeinrichtungen sollen 13.000 zusätzliche Stellen für die medizinische Behandlungspflege geschaffen werden und dazu werden die Grundlagen einer Refinanzierung über den SGB V Bereich geschaffen. Insgesamt sollen Pflegepersonal (inkl. der betrieblichen Gesundheitsförderung und Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf), Ausstattung (Investitionen in Digitalisierung zur Entlastung) und in Konsequenz die Versorgungsqualität gestärkt werden. Zu begrüßende Maßnahmen sind die vollständige Finanzierung der Tarifsteigerungen der Pflege, die zusätzliche Schaffung und Finanzierung von Ausbildungskapazitäten, die Weiterführung des Pflegestellenförderprogramms unter veränderten Bedingungen sowie die Etablierung eines einrichtungsindividuellen Pflegebudgets zu nennen.

Wir vermissen eine Bestimmung eines krankenhausindividuellen Pflegepersonalbedarfs auf der Grundlage eines analytischen Personalbemessungsverfahrens, dass sich am Pflegebedarf der Patienten ausrichtet. 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, um ein Pflegebudget losgelöst vom DRG System einrichtungsindividuell zu definieren. Damit wäre ein Mangel des Gesetzesentwurfs behoben, den Maßstab für eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Personalbesetzung zu setzen.

Zudem bleibt das System zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten Teil des DRG-Systems, da die Instrumente Pflegeerlöskatalog, Pflegeentgelt und Pflegeentgeltwert, die auf die krankenhausindividuell zu kalkulierenden zu vereinbarenden Pflegebudgets einwirken, auf der Grundlage von DRG-Fallpauschalen und DRG-Bewertungssystematiken beruhen. Sollte das nicht in geeigneter Weise geregelt werden steht zu befürchten, dass der Status quo fortgeschrieben wird.

Der DBfK als Mitglied des Deutschen Pflegerates e. V. (DPR) trägt dessen Stellungnahme - auch zu den Anträgen der Abgeordneten und der Fraktion DIE LINKE - in allen Teilen mit und nimmt hier zu einigen Punkten ergänzend bzw. gesondert Stellung.

Pflegepersonal- Stärkungs- Gesetz (PpSG)

Artikel 7 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 1b (§ 20 Absatz 6)

Der DBfK befürwortet uneingeschränkt die Anhebung der Beträge für Leistungen nach den §§ 20a und 20b. Jedoch sehen wir hier einen dringenden Nachsteuerungsbedarf. Wir möchten darauf hinweisen, dass vor allem das Pflegepersonal in der häuslichen (Kranken-)Pflege oftmals durch fehlende Hilfsmittel und die individuellen Versorgungssituationen in den Häuslichkeiten in physischer und psychischer Hinsicht mehrfach stark belastet ist. Zudem zeigen die Zahlen des statistischen Bundesamts, dass vor allem die Mitarbeiter in den ambulanten Pflegeeinrichtungen höheren Altersgruppen angehören und daher besonderer Aufmerksamkeit hinsichtlich der betrieblichen Gesundheitsförderung bedürfen um diese Arbeitskräfte noch möglichst lange im Beruf halten zu können.

Um die Gesundheitsförderung in den Pflegeeinrichtungen zu verbessern, bedarf es aus Sicht des DBfK zudem konkreter Strategien, die auf die individuellen Belange der Einrichtungen fokussieren. Diese müssen über die reine Schaffung von strukturellen Rahmenbedingungen hinausgehen. Aus Sicht des DBfK sind jedoch Angebote von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 SGB V nicht ausreichend ausgebaut und auf die individuellen Belange von Pflegeeinrichtungen ausgerichtet. Hierzu gehören beispielsweise Kinästhetikkurse, die direkt am Patienten stattfinden. Zwar werden die verhältnispräventiven Maßnahmen, die dadurch angesprochen sind, durch den DBfK als wichtig erachtet. Für die beruflich Pflegenden bedarf es jedoch vor allem auch Unterstützung in verhaltenspräventiven Maßnahmen, um lange im Beruf verbleiben zu können.

Änderungsvorschlag

„Von diesem Betrag wenden die Krankenkassen für jeden ihrer Versicherten mindestens 2,15 Euro für Leistungen nach § 20a und mindestens 3,15 Euro für Leistungen nach § 20b auf. Von dem Betrag für Leistungen nach § 20b wenden die Krankenkassen für Leistungen nach § 20b, die in Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 und in Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 und 2 des Elften Buches erbracht werden, für jeden ihrer Versicherten mindestens 1 Euro auf.“ Neben dem Aufbau und der Stärkung von gesundheitsförderlichen Strukturen sollen insbesondere Leistungen der verhaltensbezogenen Prävention mit Fokus auf die Besonderheit von Einrichtungen nach Satz 3 durch diese Aufwendung refinanziert werden.

Zu Nummer 9 (§ 119 b Absatz 1)

Aus Sicht des DBfK liegt der Sicherstellungsauftrag für die ambulante ärztliche Versorgung bei den Kassen(-zahn)ärztlichen Vereinigungen und nicht bei den stationären Pflegeeinrichtungen. Die Verantwortlichen der stationären Pflegeeinrichtungen können Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten anstreben, sie haben aber keine Möglichkeit diese durchzusetzen. Von daher sehen wir die bisherige „Soll-Regelung“ als angemessen und lehnen die Aufnahme einer „Muss-Regelung“ ab.

Wir begrüßen die Aufnahme der Drei-Monats-Frist, in der die Kassen(-zahn)ärztlichen Vereinigungen entsprechende Kooperationsverträge zu vermitteln haben.

Änderungsvorschlag

In Satz 1 wird das Wort „**sollen**“ beibehalten.

Zu Nummer 10 (§ 132a Absatz 1)

Der DBfK befürwortet die Ausweitung des Wirkungsbereichs auf das SGB XI uneingeschränkt. Es ist zwingend erforderlich, die Versorgung im ländlichen Raum zu stärken. Jedoch möchten wir an dieser Stelle nochmals darauf hinweisen, dass die Wegevergütung auch im städtischen Bereich unabdingbar ist, um die Versorgung der Versicherten aufrechtzuerhalten.

Wir möchten betonen, dass zwar die reine Fahrzeit innerorts kürzer sein kann, dennoch die Verkehrssituation in Städten berücksichtigt werden muss (das zeigt auch das Thünen-Erreichbarkeitsmodell, welches Erreichbarkeiten von Pflegediensten ermittelt hat). So ist eine Erreichbarkeit des nächsten Patienten bezogen auf die Distanz zwar schnell gegeben, die Suche nach Parkmöglichkeit sowie das hohe Verkehrsaufkommen lassen die Wegezeit jedoch drastisch steigen.

Vor allem Dienste mit spezialisierten Ausrichtungen (bspw. SAPV, psychiatrische Hauskrankenpflege, intensivpflegerische Versorgungen) sind in den vergangenen Monaten immer wieder zur Ablehnung von Versicherten gezwungen, da diese sich nicht im näheren Einzugsbereich des städtischen Pflegedienstes befinden und eine Versorgung damit wirtschaftlich nicht tragbar ist. Dies führt auch im städtischen Bereich dazu, dass immer mehr Versicherte, die einen akuten Versorgungsbedarf mit häuslicher Krankenpflege haben, unversorgt bleiben müssen. Vor diesem Hintergrund bedarf es bei einer Honorierung von Wegezeiten einer expliziten Festlegung des Gesetzgebers, welche Kosten hier zu inkludieren sind. Aus Sicht des DBfK müssen nicht nur die Arbeitszeit des Mitarbeiters und Kosten für Unterhalt und Kauf des Autos berücksichtigt werden, so wie es bisher in den Verhandlungen kassenseitig dargestellt wird. Dringend sehen wir auch die Berücksichtigung von steigenden Benzinkosten und Wartungskosten der Fahrzeuge. Diese bleiben bisher unberücksichtigt.

Änderungsvorschlag

„In den Rahmenempfehlungen sind insbesondere zu regeln: [...]

5. Grundsätze der Vergütungen und ihrer Strukturen einschließlich der Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte und sowie erstmals bis zum 30. Juni 2019 Grundsätze für die Vergütung von längeren Wegezeiten ~~in unterversorgten ländlichen Räumen~~ durch Zuschläge unter Einbezug der ambulanten Pflege nach dem Elften Buch“. *Als Wegezeiten werden Anfahrten zur nächsten zu versorgenden Person bezeichnet. Der Weg beginnt an der Tür des letzten Standortes (Büro oder Wohnungs- bzw. Haustür einer versorgten Person) und endet an der Wohnungs- bzw. Haustür der nächsten zu versorgenden Person.*

Zu Nummer 12 (§ 137j)

Der DBfK befürwortet, die im Gesetzentwurf vorgesehene Verbesserung der Pflegepersonalausstattung in allen Krankenhausbereichen, um die Qualität der pflegerischen Patientenversorgung sicherzustellen. Jedoch vertritt der DBfK die Meinung, dass dieses Ziel nicht durch die Bildung eines Personalquotienten zu erreichen ist. Hierfür bedarf es aus unserer Sicht eines pflegewissenschaftlich fundierten Personalbemessungsverfahrens, das sich am tatsächlichen Pflegebedarf der Patienten/innen orientiert. Daher empfiehlt der DBfK die fachlich anerkannten Instrumente der Pflegepersonalregelung (PPR) und Psychiatrie Personalverordnung (Psych-PV) als Bewertungsmaßstäbe. Diese könnten - in modifizierter Form im Sinne eines lernenden Systems - zeitnah eingeführt werden, um ein Pflegebudget losgelöst vom DRG-System einrichtungsindividuell zu definieren.

Vor dem Hintergrund der vorhandenen Datenlage lehnt der DBfK die Umsetzung der geplanten Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung - PpUGV in der vorliegenden Form ab.

Artikel 11 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 3 (§ 8 Absatz 6)

Der DBfK befürwortet grundsätzlich, dass es bei der zusätzlichen Vergütung insbesondere aber nicht ausschließlich, um die medizinische Behandlungspflege geht. Allerdings ist aus Sicht des DBfK eine weitere Auslegung, nämlich der Einsatz von Hilfskräften nicht zielführend. Es sollte stattdessen auch durch die gesetzlichen Regelungen darauf hingewirkt werden, dass die zusätzliche Beschäftigung von Pflegefachpersonen befördert wird. Es sollte Ziel sein, Pflegefachpersonen zu gewinnen, um die prekäre Versorgungssituation, die sich durch deren Fehlen über die letzten Jahre ergeben hat, zu beenden. Ein weiterer Einsatz von Hilfskräften ist aus Sicht des DBfK dabei nicht zielführend, da es gerade die pflegefachlichen Kompetenzen sind, die für eine qualitativ bessere Versorgung benötigt werden.

Der DBfK kritisiert, dass die vollstationären Pflegeeinrichtungen nach drei Monaten den Vergütungszuschlag, welcher für das Pflegefachpersonal vorgesehen ist, für die Beschäftigung von zusätzlichen Pflegehilfskräften erhalten können. Wir sehen darin die Gefahr von Personalverlagerungseffekten.

Wir erkennen an, dass neben der grundsätzlichen Feststellung, dass Behandlungspflege in der stationären Langzeitpflege bisher unterfinanziert war, ein Einstieg und ein Weg der Finanzierung von neuen Stellen ohne Zusatzbelastung für Bewohner/innen gegangen wird. Diesem ersten Schritt müssen aber dringend und zeitnah weitere folgen.

Änderungsvorschlag

In dem nach § 113c zu erstellenden wissenschaftlich fundierten Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen sind alle Pflegebedarfe, auch die der Behandlungspflege, angemessen zu berücksichtigen. Wir möchten an dieser Stelle ausdrücklich darauf hinweisen, dass es aufgrund des derzeitigen Mangels an Pflegefachpersonen bei der Durchführung aller Pflegemaßnahmen - nicht nur der Behandlungspflege - nicht zu Qualifikationsabsenkungen kommen darf. Pflegebedürftige haben einen Anspruch auf die Sicherstellung der im Einzelfall notwendigen medizinisch-pflegerischen Versorgung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft.

Zu Nummer 3 (§ 8 Absatz 7)

Um den Pflegeberuf attraktiver zu gestalten stellt die Förderung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf eine wichtige Säule dar, auch damit Frauen in der Familienphase im Beruf verbleiben bzw. wieder zurückkehren können und nicht in die Teilzeitfalle und in der Folge in Altersarmut geraten. Der DBfK begrüßt die Unterstützung von Maßnahmen, die hierauf abzielen. Bei dem derzeit in der Praxis herrschenden akuten Personalmangel liegt der Schwerpunkt der Träger ausschließlich bei der Abdeckung der Mindestbesetzung. Spielräume für eine familienfreundliche Einsatzplanung bestehen derzeit nicht. Daher regen wir an, hierzu gezielt Projekte zu fördern, die dann als Best Practice Modelle genutzt werden können. Die derzeitigen Projekte der Berufsgenossenschaften und einzelner Krankenkassen sind für die Heimträger kostenpflichtig und müssten über die Pflegesätze durch die Kostenträger (SGB XI, SGB XII und Bewohner) refinanziert werden.

Änderungsvorschlag

In Anlehnung an die Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI sollten zukünftig auch Projekte zur Verbesserung der Arbeitssituation von Pflegenden initiiert und gefördert sowie wissenschaftlich begleitet werden. Die Umsetzung der Projekte muss aus Präventionsmitteln der Kranken- und Pflegeversicherung finanziert werden.

Zu Nummer 6, Buchstabe aa (§ 37 Absatz 3 Satz 1)

Beratungsbesuche können laut § 37 Absatz 3 durch zugelassene Pflegedienste, anerkannte Beratungsstellen mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz oder durch eine von der Pflegekasse beauftragten, jedoch von ihr nicht beschäftigten Pflegefachperson erbracht werden. Aufgrund der jüngsten Versorgungsengpässe in der ambulanten Pflege, bedingt durch den immer stärker ausgeprägten Mangel an Pflegefachpersonen, schwinden die Kapazitäten der Pflegedienste, diese Besuche durch erfahrene, sozialversicherungspflichtige Pflegefachpersonen sicherzustellen. Um die Beratungsbesuche auch in Zukunft sicherzustellen, regt der DBfK an, die Durchführung der Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 auch für freiberufliche Pflegefachpersonen mit einer entsprechenden Fort-/ Weiterbildung bzw. eines Studiums (z.B. Familiengesundheitspflege, § 7a Berater/in, Case Management) zu öffnen. Derzeit gibt es landesspezifische Unterschiede bei der Zulassung dieser Personen als anerkannte Beratungsstelle. Die Anerkennung als zugelassene freiberufliche Beratungsperson ist in allen Bundesländern zu gewährleisten.

Änderungsvorschlag

Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, haben (...) eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch einen zugelassenen Pflegedienst, durch eine von den Landesverbänden der Pflegekassen nach Absatz 7 anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz oder, ~~sofern dies durch einen zugelassenen Pflegedienst vor Ort oder eine von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenzen nicht gewährleistet werden kann,~~ durch eine von ihr beauftragte, jedoch von ihr nicht beschäftigte **freiberufliche Pflegefachkraft** abzurufen.

Zu Nummer 6, Buchstabe bb (§ 37 Absatz 3 Satz 5)

Der DBfK begrüßt ausdrücklich, dass die Vergütungssätze nicht mehr gesetzlich festgelegt werden, sondern nach den Grundsätzen des ambulanten Vergütungsrechts im Achten Kapitel ausgehandelt werden sollen. Die Beratungsbesuche müssen qualitätsgesichert erbracht werden entsprechend ist eine Anpassung der Vergütung folgerichtig und notwendig.

Es erschließt sich uns nicht, warum die Pflegekassen die Höhe der Vergütung für anerkannte Beratungsstellen oder Beratungspersonen und kommunale Gebietskörperschaften festlegen und diese nicht anlog zu den Vergütungssätzen für die Pflegedienste verhandelt werden. Aus unserer Sicht darf es keine einseitige Festlegung der Vergütungssätze geben, da ansonsten die Gefahr besteht, dass Kassen ihre Monopolstellung ausnutzen, um den Preis auf bisherigen Niedrig-Niveau zu lassen. Eine Staffelung nach Pflegegraden, wie bisher ist nicht zielführend, denn der Aufwand ist unabhängig vom Pflegegrad. Es sollte hier auch eine Zeitabrechnung und das Berechnen einer Wegepauschale möglich sein.

Grundsätzlich sehen wir die zugehende Beratung als wichtigen Baustein einer angemessenen individuellen Versorgung von Pflegebedürftigen im ambulanten Bereich und möchten an dieser Stelle anregen, das Thema „präventiver Hausbesuch“ erneut aufzugreifen und hinsichtlich einer flächendeckenden Umsetzung zu überprüfen. Das Zentrum für Qualität in der Pflege hat bereits im Jahr 2013 deutlich gemacht, dass es sich bei präventiven Hausbesuchen nicht um eine Einzelmaßnahme handelt, sondern um einen ganzheitlichen, zumeist mehrere Interventionen umfassenden Ansatz, der darauf abzielt, die Selbstmanagementkompetenzen der Senioren zu stärken. Laut ZQP kann dies auch bei einer Pflegeberatung erfolgen, ist dort aber nicht zwingend¹. Darüber hinaus gibt es erfolgreiche Modelle zum Präventiven Hausbesuch in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz, die vom deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung evaluiert worden sind.

Änderungsvorschlag

„Die Höhe der Vergütung für die Beratung durch einen zugelassenen Pflegedienst oder durch eine von der Pflegekasse beauftragte Pflegefachkraft vereinbaren die Pflegekassen oder deren Arbeitsgemeinschaften in entsprechender Anwendung des § 89 Absatz 1 und 3 mit dem Träger des zugelassenen Pflegedienstes oder mit der von der Pflegekasse beauftragten Pflegefachkraft unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach Absatz 5. Die Vergütung kann *als Pauschale oder als Zeitvergütung vereinbart werden. Die Anfahrt zu den Beratungsbesuchen ist ebenfalls zu vergüten.* ~~nach Pflegegraden gestaffelt werden. Über die Höhe der Vergütung anerkannter Beratungsstellen und von Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften entscheiden ab dem Jahr 2020 die Landesverbände der Pflegekassen unter Zugrundelegung der im jeweiligen Land nach Satz 5 und 6 vereinbarten Vergütungssätze jeweils für die Dauer eines Jahres. Die Landesverbände haben die jeweilige Festlegung der Vergütungshöhe in geeigneter Weise zu veröffentlichen.~~ Die Höhe der Vergütung für anerkannte Beratungsstellen, für freiberufliche Beratungspersonen und für Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften wird analog an die im Land vereinbarten Vergütungssätze jeweils für die Dauer eines Jahres durch die Pflegekassen im Land veröffentlicht.

Zu Nummer 17, (§ 89 Absatz 3 Satz 2)

Der DBfK befürwortet wie oben beschrieben, die vorgesehene Vergütung von Wegezeiten. Wie auch bereits zu § 132a SGB V formuliert, möchten wir auf die Notwendigkeit dieser Vergütung für alle Pflegedienste, und nicht nur für jene in ländlichen Regionen, hinweisen.

¹ vgl. https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht_Entwicklung_Dienstleistungskonzept_Praeventive_Hausbesuche.pdf S. 14, aufgerufen am 03.07.2018

Änderungsvorschlag

„Bei der Vereinbarung der Vergütung sind die Grundsätze für die Vergütung von längeren Wegezeiten ~~in unterversorgten ländlichen Räumen~~, die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 des Fünften Buches vorzusehen sind, zu berücksichtigen.“