

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0036(22)
gel. VB zur öAnh am 10.10.2018 -
PpSG
5.10.2018



Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft

Stellungnahme

der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals

(Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)

BT-Drucksache 19/4453

Antrag der Fraktion DIE LINKE.

Krankenhauspersonal in dauerhaft bedarfsgerechter Anzahl

BT-Drucksache 19/4523

Antrag der Fraktion DIE LINKE.

Pflegepersonal in der Altenpflege nachhaltig stärken

BT-Drucksache 19/4524

zur öffentlichen Anhörung am 10. Oktober 2018

Berlin, 04. Oktober 2018

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di
Bundesvorstand – Bereich Gesundheitspolitik,
Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

Vorbemerkung

Professionell Pflegende wollen gute Arbeit leisten und für die Sicherheit der Patient/innen und Bewohner/innen sorgen und wissen doch, dass sie das unter den gegebenen Umständen immer weniger einlösen können. Der Handlungsbedarf für die Pflegeberufe und die pflegerische Versorgung ist enorm. Alle Beteiligten leiden infolge des Personalmangels unter Zeitdruck und Arbeitsverdichtung. Es braucht zusätzliches gut qualifiziertes Personal, um den Arbeitsdruck zu verringern, die Ausbildungsqualität zu verbessern und gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen zu schaffen. Aufgrund der oft miserablen Arbeitsbedingungen bleiben immer mehr Stellen in der Alten- und Krankenpflege unbesetzt.¹ Um den Teufelskreis aus schlechten Arbeitsbedingungen, fehlenden Fachkräften und steigender Belastung zu durchbrechen, sind kurzfristig wirkende Maßnahmen erforderlich. Gleichzeitig müssen jetzt die Weichen für nachhaltig wirkende Verbesserungen für das Pflegepersonal gestellt werden.

Die im September d. J. veröffentlichten Ergebnisse einer repräsentativen Beschäftigtenbefragung im Rahmen des DGB-Index Gute Arbeit zeigen deutlich, dass die Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege weitaus stärker von Zeitdruck und überbordender Arbeitsmenge geprägt sind als im Durchschnitt aller Berufsgruppen. So liegt der Anteil der Krankenpflegerinnen und -pfleger, die sich bei der Arbeit oft gehetzt fühlen, bei 80 Prozent (alle Berufsgruppen: 55%). Der Anteil der Beschäftigten in der Krankenpflege, die „häufig Abstriche bei der Qualität ihrer Arbeit machen, um die Arbeitsmenge bewältigen zu können“, liegt bei 49 Prozent (alle Berufsgruppen: 22%). Dass sich unter diesen Bedingungen nur rund ein Fünftel der Beschäftigten vorstellen kann, bis zur Rente so zu arbeiten, liegt auf der Hand (alle Berufsgruppen: 48 Prozent). Nur 22 Prozent der Pflegebeschäftigten gehen davon aus, unter ihren derzeitigen Arbeitsbedingungen bis zur Rente durchhalten zu können. Steht es um die Arbeitsbedingungen gut, ist der Anteil allerdings fünf Mal größer als bei schlechten Bedingungen.² Die Ergebnisse der Befragung beschreiben klar das große Potential an Pflegekräften, die bei deutlich verbesserten Arbeitsbedingungen den steigenden Fachkräftebedarf sicherstellen könnten.

Den Arbeitsbedingungen von Pflegekräften kommt damit eine zentrale Bedeutung zu, um eine hohe Versorgungsqualität zu gewährleisten und den Fachkräftebedarf jetzt und auch in Zukunft zu sichern. Gemeinsames Ziel muss es sein, kranken und pflegebedürftigen Menschen die

¹ Kleine Anfrage der BT-Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, BT-Drs. 19/1550

² Vgl. <https://gesundheit-soziales.verdi.de/themen/entlastung/++co++327bf5de-b29f-11e8-8d7b-525400f67940>

individuelle Versorgung und Unterstützung zukommen zu lassen, die sie benötigen. Die Gesundheitsversorgung ist ein elementarer Teil der Daseinsvorsorge. Der Gesetzgeber trägt die Verantwortung, mit entsprechenden Rahmenbedingungen für eine qualitativ hochwertige und sichere Versorgung der Patienten und pflegebedürftigen Menschen sowie für gute Arbeits- und Ausbildungsbedingungen zu sorgen.

Der Gesetzentwurf des Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetzes enthält aus Sicht der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) eine Reihe von Maßnahmen, die sehr anerkennenswert sind und in die richtige Richtung weisen. Für spürbare und nachhaltige Verbesserungen der pflegerischen Versorgung in der Kranken- und Altenpflege sind Nachbesserungen und Ergänzungen erforderlich.

Bedarfsgerechte Personalbemessung im Krankenhaus erforderlich

Die Versorgungsqualität in den Krankenhäusern hängt ganz entscheidend davon ab, ob ausreichend Pflegefachkräfte vorhanden sind. Die Patientensicherheit ist gefährdet, da nicht genug Zeit für die Pflege bleibt. Komplikationen wie Stürze und Wundinfektionen treten häufiger auf und die Mortalitätsrate steigt, weil die Ausstattung mit Pflegefachkräften unzureichend ist.³ Patient/innen dürfen zu Recht erwarten, dass Pflegekräfte Zeit für ihre Fragen und Ängste haben, dass sie Zuspruch geben und einen guten Rahmen für den Genesungsprozess setzen können. Eine gute Versorgung setzt eine angemessene Personalausstattung voraus.

Auch die Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern hängen von der Personalausstattung ab. Der dramatische Personalnotstand führt zu einem überdurchschnittlich hohen Krankenstand und lässt das Risiko der Frühverrentung steigen. Die Versorgung von immer mehr Patienten in immer kürzerer Zeit lässt oft keine Zeit für Pausen, die Ausbildungsqualität leidet und ein ständiges Einspringen aus dem Frei belastet zusätzlich. Gerade die Menschen, die sich um die Gesundheit anderer kümmern, werden selbst krank durch die dramatisch schlechten Arbeitsbedingungen.

Erforderlich sind kurzfristig wirkende Maßnahmen, die die Fehlanreize der unzureichenden Pflegepersonalausstattung im DRG-System beseitigen. ver.di begrüßt ausdrücklich die vollständige Refinanzierung jeder zusätzlichen und jeder aufgestockten Pflegestelle im Krankenhaus. Damit entfällt der bisherige ökonomische Fehlanreiz, bei der Ausstattung mit Pflegepersonal im Krankenhaus zu sparen. Es muss sichergestellt sein, dass die Mittel, die für das

³ Vgl. <http://www.m4cast.eu/about1.html>

Pflegepersonalstellen vorgesehen sind, zweckentsprechend eingesetzt werden. Für die Nachweisführung hat sich die Vereinbarung mit der betrieblichen Interessenvertretung im Zusammenhang mit den Pflegestellen-Förderprogrammen bewährt. Die Betriebs- bzw. Dienstvereinbarung ist zur verbesserten Nachweisführung über das Jahr 2019 hinaus vorzulegen.

In Kombination mit der Vereinbarung der krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten ab 2020 neben dem DRG-Erlösbudget ist die vollständige Refinanzierung der Pflegestellen von zentraler Bedeutung für die Verbesserung der pflegerischen Versorgung und der Arbeitsbedingungen der Krankenpflege. ver.di begrüßt sehr, dass auf der Grundlage der krankenhausindividuellen Personalbesetzung und –kosten das Pflegebudget berechnet werden soll, die neue Finanzierungslogik birgt große Chancen für eine deutliche und nachhaltige Verbesserung der Situation.

Eine Regelungslücke besteht darin, dass kein einheitlicher und fachlich anerkannter Maßstab für eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Personalbesetzung vorgesehen wird, der im Rahmen der Verhandlung des Pflegebudgets die Grundlage bietet. Fachlich anerkannte Instrumente der Personalbedarfsermittlung sind beispielsweise die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) oder die Pflegepersonal-Regelung (PPR). Obwohl die PPR nur von 1993 bis 1996 als verbindliches Personalbemessungsinstrument eingesetzt wurde, wird sie noch immer in vielen Krankenhäusern zur Kalkulation der Entgelte verwendet und ist entsprechend breit bekannt. Sie bietet eine gute Grundlage zur Weiterentwicklung und kann als Maßstab für die bedarfsgerechte und wirtschaftliche Personalbesetzung bei Verhandlungen zum Pflegebudget implementiert werden. Mit validen und bedarfsgerechten Personalvorgaben, deren Einhaltung nachzuweisen und die vollständig zu finanzieren sind, kann verlässlich Transparenz darüber hergestellt werden, dass die Pflege im Krankenhaus auf einem qualitativ hochwertigen Niveau gesichert ist.

In einem breiten Bündnis von Patientenorganisationen, Berufsverbänden und Gewerkschaften wendet sich ver.di gegen die Umsetzung von Pflegepersonaluntergrenzen auf niedrigstem Niveau und für wenige Bereiche.⁴ Mit dem Vorgehen werden keine spürbaren Verbesserungen der Personalausstattung in den Krankenhäusern erreicht werden können. Es wird sogar als wahrscheinlich angesehen, dass mit der Rechtsverordnung zu Pflegepersonaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche weitere Verschlechterungen auftreten. Pflegepersonaluntergrenzen auf niedrigstem Niveau erfüllen nicht den sozial- und krankenhausrechtlichem Anspruch auf eine bedarfsgerechte Versorgung im Krankenhaus.

⁴ Vgl. <https://gesundheit-soziales.verdi.de/themen/entlastung/++co++a51051c2-657d-11e8-8d5c-525400423e78>

Im Koalitionsvertrag für die 19. Legislaturperiode wurde vereinbart, die Pflegepersonaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche auf alle bettenführenden Bereiche auszuweiten. Angesagt ist deshalb jetzt, die Ausweitung der Pflegepersonaluntergrenzen auf alle bettenführenden Bereiche jetzt gesetzlich auf den Weg zu bringen. Damit einhergehend muss die schrittweise Anhebung der Pflegepersonaluntergrenzen auf ein bedarfsgerechtes Niveau erfolgen.

Gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften, dem Aktionsbündnis Patientensicherheit, der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft, dem Deutschen Gewerkschaftsbund, dem Deutschen Pflegeerrat, dem Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung sowie verschiedenen Organisationen der Patientenvertretung fordert ver.di verpflichtende Personalvorgaben. Die beteiligten Organisationen erwarten in einer veröffentlichten Stellungnahme, dass "ein am individuellen Pflegebedarf ausgerichtetes und pflegewissenschaftlich fundiertes Personalbemessungstool (weiter-)entwickelt wird und anschließend verpflichtend flächendeckend in deutschen Krankenhäusern anzuwenden ist".⁵

Tarifsteigerungen vollständig refinanzieren – Tarifflicht verhindern

Die vollständige Finanzierung der Tarifsteigerungen wird von ver.di seit langem gefordert, daher wird die Umsetzung der Maßnahme für das Pflegepersonal sehr begrüßt. Personalabbau und noch mehr Druck auf die verbleibenden Beschäftigten waren in der Vergangenheit oft die Folge davon, dass Tarifierhöhungen nicht vollständig ausgeglichen wurden. Konsequenterweise muss die vollständige Refinanzierung von linearen und strukturellen Steigerungen auch für die übrigen Beschäftigtengruppen im Krankenhaus erfolgen. Schließlich tragen alle Beschäftigten zu einer guten Versorgung der Patient/innen bei. Um die Tarifbindung für Krankenhäuser zu fördern, müssen Fehlanreize zur Tarifflicht verhindert werden. Mit der vorgesehenen Weiterführung der Berechnung einer Tarifraten profitieren nicht tarifgebundene Krankenhäuser, hingegen könnte es für tarifgebundene Träger weiterhin zu einer Unterfinanzierung kommen. Nicht tarifgebundene Träger dürfen nicht „belohnt“ werden, indem sie die Mittel nicht wie tarifgebundene Häuser über Tarifsteigerungen an das Pflegepersonal weitergeben müssen, sondern dafür zusätzliches Personal einstellen oder Stellen aufstocken können. Dieser Fehlanreiz kann verhindert werden, wenn mit dem Pflegebudget eine Refinanzierung der linearen und strukturellen Tarifierhöhungen für tarifgebundene Häuser 1:1 und nicht mehr über die Berechnung einer Tarifraten erfolgt. Um mindestens alle linearen und strukturellen Steigerungen für das Pflegepersonal vollständig zu refinanzieren, sind dringend Korrekturen in § 10 Abs. 5 KHEntgG erforderlich.

⁵ Vgl. https://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++5ba0ab32e58deb05bcbb44e4/download/2018_09_17_Gemeinsame%20Erkl%C3%A4rung.pdf

Wichtige Schritte in der Ausbildung

ver.di begrüßt ausdrücklich die Klarstellung, dass eine Finanzierung der Ausbildungsvergütungen für alle in § 2 Nummer 1 a KHG genannten Berufe über Ausbildungsbudgets zu erfolgen hat. Diese Klarstellung ist überfällig und bestätigt unsere Rechtsauffassung. Darüber hinaus ist die angekündigte Neuordnung und Stärkung der Ausbildungen der Gesundheitsfachberufe im Rahmen eines Gesamtkonzeptes erforderlich. Die Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen müssen an veränderte Anforderungen angepasst und die Bedingungen verbessert werden. Neben der überfälligen Schulgeldfreiheit für alle Gesundheitsfachberufe ist ein gesetzlicher Anspruch auf eine angemessene Ausbildungsvergütung zu verankern.

Die geplante Vorgabe, dass die Ausbildungsvergütungen von Auszubildenden in der Krankenpflege, in der Kinderkrankenpflege und in der Krankenpflegehilfe zukünftig im ersten Jahr der Ausbildung vollständig von den Kostenträgern zu finanzieren sind, ist ein erster Schritt. Konsequenter wäre es, diese Regelung weitergehend auf die Gesamtzeit der Ausbildung zu beziehen und eine entsprechende Regelung im Pflegeberufegesetz vorzusehen. Zugleich muss eine solche Regelung mit einer Verbesserung der Ausbildungsqualität einhergehen.

Investitionsproblem bleibt ungelöst

Mit einer Investitionssumme von 2,8 Mrd. Euro bleiben auch 2018 die notwendigen Finanzmittel der Länder für Baumaßnahmen und technischer Ausstattung um mehr als die Hälfte hinter dem bestandserhaltenden Bedarf zurück. Den Bedarf beziffert die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) in der aktuellen Bestandsaufnahme mit ca. 6 Mrd. Euro.⁶ Folge ist, dass die Krankenhäuser Mittel aus der Krankenversorgung für Investitionen abzweigen. In den Jahren 2012 bis 2014 haben die Krankenhäuser durchschnittlich 5,3 Mrd. Euro pro Jahr investiert. 44,9 Prozent, also rund 2,38 Milliarden Euro stammen aus Eigenmitteln und Krediten. Wären diese Mittel zweckentsprechend für mehr Personal eingesetzt worden, hätten davon mehr als 44.000 Stellen finanziert werden können.⁷ In einer Zeit anhaltend hoher Steuereinnahmen - nach Schätzungen Instituts für Makroökonomie und Konjunkturforschung

⁶ Vgl. https://www.dkgev.de/media/file/89001.2018-07-05_PM-Anlage_DKG_Bestandsaufnahme_KH-Planung_Investitionsfinanzierung_2018_final.pdf

⁷ BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, eigene Berechnung

(IMK) summieren sich die Mehreinnahmen bis 2022 auf 78 Mrd. Euro⁸ – muss jetzt eine Aufstockung der Fördermittel erfolgen. Dies ist besonders wichtig im Hinblick darauf, dass der zweckentsprechende Einsatz der Betriebsmittel für das Pflegepersonal über das Pflegebudget vorgesehen ist. Der Druck auf die anderen Beschäftigten darf ab 2020 nicht noch größer werden. Die Länder müssen ihren Investitionsverpflichtungen vollständig nachkommen.

Altenpflege muss schnell und nachhaltig aufgewertet werden

Die Schaffung von 13.000 Stellen in der Altenpflege sind ein erster Schritt, lösen jedoch nicht das Problem der schlechten Arbeitsbedingungen. Würde die bisher beste Personalausstattung in einem Bundesland auf das ganze Bundesgebiet ausgeweitet, wären mindestens 63.000 zusätzliche Fachkraftstellen notwendig. Zudem ist nicht sichergestellt, dass die zusätzlichen Stellen wirklich geschaffen werden, ob die Arbeitgeber das Angebot annehmen. Da die zusätzlichen Stellen voll von der GKV im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege über einen Ausgleichsfonds finanziert werden sollen, ist zwingend sicherzustellen, dass nur Pflegefachkraftstellen refinanziert werden. Die mit dem vorgelegten Gesetzentwurf eröffnete Möglichkeit, unter gewissen Voraussetzungen auch für die Beschäftigung von zusätzlichen Pflegehilfskräften den Vergütungszuschlag beantragen zu können, lehnt ver.di ausdrücklich ab. Wenn verhindert werden soll, dass aus den zusätzlichen Mitteln bestehende Stellen finanziert werden, ist zwingend ein Nachweis über die zweckentsprechende Mittelverwendung vorzusehen.

Vollzeitarbeit ermöglichen

Pflegekräfte arbeiten weitaus häufiger in Teilzeit als andere Beschäftigtengruppen. Das Bundeswirtschaftsministerium hat 2012⁹ vorgerechnet: Wäre der Anteil der Teilzeitbeschäftigten in der Altenpflege so hoch wie im Gesamtdurchschnitt (34,5 Prozent), „würde sich die Zahl der in Vollzeit beschäftigten um knapp 48.000 im ambulanten und knapp 77.500 im stationären Bereich (zusammen 125.500 Vollzeit-Äquivalente) erhöhen“. Hätten die Krankenhäuser ihre Teilzeitquote von 2005 stabil gehalten, hätten sie allein deswegen heute 9.300 Vollzeitkräfte in der Pflege mehr an Bord.¹⁰ In den Krankenhäusern steigt der Anteil der Teilzeitbeschäftigten im

⁸ Vgl. https://www.boeckler.de/pdf/pm_imk_2018_05_02.pdf

⁹ Bauer et al. 2012: Chancen zur Gewinnung von Fachkräften in der Pflegewirtschaft, Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi)

¹⁰ Stat. Bundesamt, eigene Berechnung

Pflegedienst seit Jahren und liegt mittlerweile bei ca. 50 Prozent bzw. ca. 200.000 Beschäftigten. Nur zum Teil lässt sich die überdurchschnittliche Teilzeitquote der Pflegekräfte durch familiäre Gründe etc. erklären. Zunehmend reduzieren Beschäftigte ihre Arbeitszeit, um ihre Gesundheit zu schützen. Verbesserte Arbeitsbedingungen können die Flucht in die Teilzeitarbeit stoppen.

Gesund bis zur Rente

In der Krankenpflege können sich 72 Prozent, in der Altenpflege 69 Prozent der Beschäftigten nicht vorstellen, ihre Tätigkeit bis zum gesetzlichen Rentenalter auszuüben¹¹. Pflegekräfte in Krankenhäusern tragen ein überdurchschnittlich hohes Risiko für den Bezug einer Erwerbsminderungsrente und müssen deutlich früher als andere Gruppen Rehabilitationsleistungen in Anspruch nehmen¹². Durch die überdurchschnittlich hohe Zahl an Frühverrentungen verlieren Kliniken und Pflegeeinrichtungen viele Fachkräfte, die unter anderen Bedingungen im Beruf gehalten werden könnten. Dagegen helfen bessere Arbeitsbedingungen. Auch verlässliche Arbeitszeiten, der Ausgleich besonderer Belastungen (zum Beispiel zusätzliche Freizeit bei Schicht- und Nachtarbeit), Angebote zur Gesundheitsförderung, ein altersgerechter Aufgabenmix und die Möglichkeit zum Wechsel von Tätigkeiten sowie zum flexiblen Übergang in die Rente sind Wege, das Fachkräftepotenzial zu erhalten. ver.di setzt sich daher nachdrücklich für mehr und wirksame Maßnahmen zur Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und bei Pflegeeinrichtungen ein.

¹¹ Vgl. <https://gesundheit-soziales.verdi.de/themen/entlastung/++co++327bf5de-b29f-11e8-8d7b-525400f67940>

¹² Schöer 2016: Erwerbsminderungsrente in der Krankenpflege. Erklärungsansätze und Handlungsmöglichkeiten, IAT, Forschung aktuell 01/2016

Zu den Regelungen im Einzelnen

Zu Artikel 1 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu Nummer 1

(§ 17a)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

ver.di begrüßt ausdrücklich die Klarstellung, dass eine Finanzierung der Ausbildungsvergütungen für alle in § 2 Nummer 1 a KHG genannten Berufe über Ausbildungsbudgets zu erfolgen hat. Ebenso begrüßen wir die weitere Ausführung in der Begründung, dass für eine Berücksichtigung in den Ausbildungsbudgets es unerheblich ist, ob die Zahlung von Ausbildungsvergütungen durch die Krankenhäuser auf der Grundlage der jeweiligen Berufsgesetze oder tarifvertraglichen oder anderen Vereinbarungen erfolgt. Diese Klarstellung ist überfällig und bestätigt unsere Rechtsauffassung.

Darüber hinaus ist die angekündigte Neuordnung und Stärkung der Ausbildungen der Gesundheitsfachberufe im Rahmen eines Gesamtkonzeptes erforderlich. Die Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen müssen an veränderte Anforderungen angepasst und die Bedingungen verbessert werden. Die Vielzahl der unterschiedlichen Regelungen sollte vereinheitlicht werden, indem ein bundesweit einheitlicher Rechtsrahmen geschaffen wird. Neben der überfälligen Schulgeldfreiheit für alle Gesundheitsfachberufe ist ein gesetzlicher Anspruch auf eine angemessene Ausbildungsvergütung zu verankern. Während das in den Pflegeberufen und anderen Ausbildungsberufen längst selbstverständlich ist, haben beispielsweise Medizinisch-Technische Assistent/innen und Physiotherapeut/innen – trotz hoher Praxisanteile – keinen gesetzlichen Anspruch auf eine angemessene Ausbildungsvergütung. Um die Ausbildungsqualität zu sichern, ist auch der Anspruch auf eine qualifizierte Praxisanleitung gesetzlich zu verankern.

Zu Doppelbuchstabe bb

ver.di setzt sich mit Nachdruck dafür ein, dass Auszubildende nicht auf Stellen für ausgebildetes Personal angerechnet werden. Die geplante Vorgabe, dass die Ausbildungsvergütungen von Auszubildenden in der Krankenpflege, in der Kinderkrankenpflege und in der Krankenpflegehilfe

zukünftig im ersten Jahr der Ausbildung vollständig von den Kostenträgern zu finanzieren sind, ist ein erster Schritt. Allerdings müsste sich diese Regelung weitergehend auf die Gesamtzeit der Ausbildung beziehen. Eine solche Regelung wäre auch konsequent. Auch im ersten Ausbildungsjahr werden im Rahmen der Ausbildung Pflegeleistungen erbracht, die über die Fallpauschalen abgerechnet werden. Der Ausbildungs- und Anleitungsaufwand ist im zweiten und dritten Jahr nicht geringer, sodass auch hier keine Anrechnung erfolgen sollte. Im Übrigen erfolgt bei den Auszubildenden für den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers bereits jetzt schon keine Anrechnung über die gesamte Ausbildungszeit, obwohl schon seit vielen Jahren eine Ausbildungsvergütung in gleicher Höhe wie für die Auszubildenden in den Pflegeberufen gezahlt wird.

Zugleich muss eine solche Regelung mit einer Verbesserung der Ausbildungsqualität einhergehen. Die Ausbildung muss im Mittelpunkt stehen, es braucht Zeit für Ausbildung. Wie der ver.di-Ausbildungsreport Pflegeberufe 2015 aufzeigt, leidet die Ausbildung infolge des Personalmangels unter Zeitdruck und Arbeitsverdichtung. Deshalb sollte der von den Krankenhäusern infolge der geplanten Regelung eingesparte „Eigenanteil“ dem allgemeinen Budget für Pflegepersonal zu Gute kommen. Denn auch für die Ausbildungsqualität ist es entscheidend, die allgemeine Überlastung zu beseitigen. Es braucht zusätzliches gut qualifiziertes Personal, um den Arbeitsdruck zu verringern.

Darüber hinaus spricht sich ver.di für eine entsprechende Regelung im Pflegeberufegesetz aus. Hierzu ist § 27 Abs. 2 des Pflegeberufegesetzes zu streichen bzw. zumindest entsprechend der geplanten Regelung im Krankenhausfinanzierungsgesetz anzupassen.

Zu Nummer 2

(§ 17 b)

zu Buchstabe b

Die Personalkosten des Pflegedienstes sollen aus den DRG-Fallpauschalen erstmals für das Jahr 2020 ausgegliedert werden. Die Summe der Bewertungsrelationen ist um die Summe der Bewertungsrelationen der auszugliedernden Pflegepersonalkosten zu vermindern. Damit sollen ab 2020 die DRG-Fallpauschalen keinen Pflegepersonalkostenanteil mehr enthalten. Die Herauslösung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System setzt eine eindeutige Zuordnung voraus. Welche Kosten im Einzelnen zu den über das Pflegebudget zu finanzierenden Personalkosten gehören sollen, haben die Selbstverwaltungspartner in einer bundesweit geltenden Vereinbarung festzulegen. Offenbar soll mit dem Verweis auf Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung auf die Definition der Anlage 4 der Krankenhausbuchführungs-Verordnung (KHBV) zurückgegriffen werden. ver.di kritisiert, dass in dem Fall vom Pflegebudget

die Funktionsdienste nicht erfasst wären. Keinesfalls dürfen zu den Pflegepersonalkosten die Aufwendungen gerechnet werden, die als Sachkosten für den Einsatz von Leiharbeitnehmern entstehen. Das würde die falschen Anreize setzen: Der Anteil der Leiharbeit könnte weiter zunehmen, die Stammbeschäftigten zusätzlich belasten und weitere Qualitätsabstriche bei der Patientenversorgung könnten die Folge sein.

Zu Artikel 2 Weitere Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu Nummer 1

(§ 12 a)

Und zu Artikel 5 – Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung

Die Regelung beinhaltet, dass der Krankenhausstrukturfonds mit einem Volumen von einer Mrd. Euro jährlich für die Dauer von vier Jahren fortgeführt werden soll. Dafür müssten die Länder ihr durchschnittliches Investitionsniveau der letzten Förderphase von 2015 bis 2017 in den Jahren von 2019 bis 2022 mindestens beibehalten und um die Ko-Finanzierung erhöhen. ver.di begrüßt die Verlängerung grundsätzlich, sehr positiv sind die erweiterten Förderoptionen, so die Förderung der Bildung von Zentren zur Behandlung seltener, komplexer oder schwerwiegender Erkrankungen, der Bildung zentralisierter Notfallstrukturen, der Verbesserung der IT-Sicherheit von Krankenhäusern oder die Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten für Krankenpflegeberufe.

ver.di begrüßt, dass den Krankenhäusern die Möglichkeit gegeben wird, für Umstrukturierungsmaßnahmen finanzielle Mittel zu erhalten. Die Entnahme dieser Mittel aus der Liquiditätsreserve des Strukturfonds ist jedoch ordnungspolitisch verfehlt und belastet einseitig die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen. Sie müssen diese Mittel aus ihren Beiträgen aufbringen, ohne dass sie über deren Verwendung entscheiden können. Richtig wäre es hier eine ausschließliche Steuerfinanzierung vorzusehen, da die Maßnahmen der gesamten Bevölkerung zugutekommen, unabhängig davon, ob sie gesetzlich versichert sind oder nicht.

Es wäre absolut untragbar, wenn der Strukturfonds zu einer Schließungsprämie für Krankenhäuser verkommt. Eine Schließungsprämie kommt dem Verbrennen von Beitragsgeldern gleich. Es ist keinem Versicherten erklärbar, dass mit seinen Beiträgen der Abbau von „Überkapazitäten“ erfolgt. ver.di setzt sich nachdrücklich dafür ein, dass sowohl Beiträge als auch Steuermittel für eine patientengerechte Versorgung verwendet werden. In § 12 a, Absatz 1, Satz sind daher die Worte „der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds“ zu ersetzen durch die Worte „dem Bundeshaushalt“.

Zu Artikel 4 – Änderung Bundespflegesatzverordnung

Zu Nummer 1

(§ 3)

Diese Regelung soll durch einen erhöhten Prozentsatz (55 Prozent statt 40 Prozent) die vollständige Refinanzierung der Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern und Fachabteilungen ermöglichen. Es wird auf die weiteren Ausführungen zu den §§ 9 und 10 KHEntG verwiesen.

Zu Nummer 2

(§ 11)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der vollständigen Tarifrefinanzierung für das Pflegepersonal. Danach sind durch Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner die Rückzahlung nicht zweckentsprechend zur Finanzierung der Tarifierhöhungen verwendeten Mittel zu regeln. ver.di begrüßt die zweckentsprechende Mittelverwendung und die Rückzahlungsverpflichtung bei Nichteinhaltung ausdrücklich. Durch unmittelbar geltende Tarifverträge bei vorhandener Tarifbindung ist von einer zweckentsprechenden Mittelverwendung immer auszugehen, der Nachweis kann durch die Tarifbindung leicht erbracht werden. Einfacher und sachgerecht wäre eine vollständige Tarifrefinanzierung bei vorliegender Tarifbindung mit dem Pflegebudget ab 2020 umzusetzen. Auf die weiteren Ausführungen zu §§ 9 und 10 KHEntG wird verwiesen.

Zu Artikel 7 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 1 bis 3 und

(§ 20)

Bereits heute können Krankenkassen mit den Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen bei der Verbesserung der gesundheitlichen Situation und der Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen ihrer Beschäftigten unterstützen. Mit der neuen Regelung sollen Krankenkassen verpflichtet werden, zusätzlich 70 Millionen Euro jährlich für diese Leistungen aufzuwenden. Der bereits aktuell vorgesehene Mindestausgabenwert soll um einen Euro jährlich je Versicherten erhöht werden. ver.di begrüßt diese Regelung, da eine Verbesserung des Gesundheitsschutzes für Beschäftigte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen aufgrund der bereits beschriebenen dramatischen Arbeitsbelastung und Personalunterdeckung dringend erforderlich ist. Neben einer dringend notwendigen Verbesserung bei der Personalausstattung können solche flankierende Maßnahmen helfen, die Arbeit für Beschäftigte in diesen Bereichen attraktiver und gesundheitsfördernder zu gestalten. Insbesondere die Arbeitgeber von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen sind gehalten, die zeitlichen Ressourcen für die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) zur Verfügung zu stellen. Bisher mangelte die Umsetzung der BGF noch zu oft am stressigen Arbeitsalltag, der keine Zeit für entsprechende Maßnahmen ließ.

Zu Nummer 12

(zu § 137 j)

Es wird mit § 137 j (neu) vorgesehen, einen „Pflegepersonalquotienten“ einzuführen. Dieser wird definiert als Verhältniszahl, welche das Verhältnis der Anzahl der Vollzeitkräfte im Pflegedienst zum „Pflegeaufwand“ eines Krankenhauses beschreibt. Der Quotient soll erstmals zum 31. Mai 2020 vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) für jedes Krankenhaus berechnet werden. Die Berechnung soll auf Grundlage eines „Katalogs zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands“ bezeichnet wird. Der Quotient ist für jedes Krankenhaus so zu berechnen, dass die Summe der vom Krankenhaus auf Grundlage des Pflegelast-Kataloges abgerechneten Bewertungsrelationen pro Jahr durch die Zahl der Vollkräfte des Pflegedienstes im Jahresdurchschnitt geteilt wird. Das InEK soll eine vergleichende Übersicht aller Krankenhäuser und Quotienten erstellen, um die Quotienten aller Krankenhäuser im Internet zu veröffentlichen. Der Gesetzentwurf sieht weiter vor, dass das BMG ermächtigt wird, auf Grundlage der Pflegepersonalquotienten aller Krankenhäuser durch Rechtsverordnung eine bundesweite „Untergrenze“ festzulegen. Bei Unterschreitung des Quotienten sollen Sanktionen greifen, diese wären allerdings noch von GKV-SV und DKG zu vereinbaren. Spätestens nach drei Jahren soll das BMG den Stand der Entwicklung überprüfen und die Untergrenzen ggf. anpassen. Diese Untergrenze könne möglicherweise vorübergehend entfallen, wenn das BMG zu dem Ergebnis kommt, dass eine Untergrenze nicht mehr erforderlich sei, heißt es in der Begründung.

Das Konzept des Pflegepersonalquotienten basiert zentral auf der Verwendung des vom InEK entwickelten sog. Pflegelastkataloges. Es handelt sich damit nicht um einen am Pflegebedarf der Patienten orientierten Ansatz. Die Grundlage bildet der bisher im DRG-System enthaltene Pflegekostenanteil als Ist-Durchschnittswert. Der Pflegekostenanteil in den gegenwärtigen Fallpauschalen wird damit zum Maßstab für die Personalausstattung gemacht. Die Krankenhäuser, die danach verhältnismäßig zu wenig Pflegepersonal beschäftigen, sollen voraussichtlich ab 2020 mit Sanktionen belegt werden. Näheres wie z.B. die Festlegung von Untergrenzen, der Sanktionen soll das BMG in einer Rechtsverordnung regeln.

ver.di misst die gesetzlichen Regelungen daran, ob sie geeignet sein können, eine gute und sichere Versorgung für Patient/innen zu gewährleisten und Beschäftigten die dringend notwendige Entlastung bringen. Mit den vorliegenden Ansätzen können diese Ziele nicht erreicht werden. Die Verwendung der Begrifflichkeiten „Pflegeaufwand“ suggeriert eine Orientierung am Pflegebedarf, die in Wirklichkeit nicht stattfindet. Aufgrund der gesetzlichen Formulierung wird der Eindruck vermittelt, dass der Pflegebedarf der Patienten zu einem sehr hohen Anteil gedeckt wird, obwohl dieser gar nicht erfasst wird und de facto zu einem erheblichen Anteil weiter unberücksichtigt bleibt, denn Pflegepersonalquotient und zukünftige

Pflegepersonaluntergrenzen bemessen sich am unzureichenden Ist-Zustand. In den Vorbemerkungen wird ausführlich beschrieben, dass die Ist-Besetzung weit vom tatsächlichen Pflegebedarf entfernt ist. Die Formulierung „Pflegeaufwand“ führt deshalb in die Irre. Es muss bei Veröffentlichung der Daten für die Menschen transparent sein, in welchen Krankenhäusern eine gute Versorgung zu erwarten ist. Was in anderen Ländern üblich ist, darf auch für Deutschland erwartet werden. Die Pflegepersonaluntergrenzen sind daher in Form einer Verhältniszahl von Pflegefachkräften zu Patienten (nurse-to-patient ratios) anzugeben.

Die Methode, nach der eine Untergrenze für das Verhältnis von Personaleinsatz zum „Pflegeaufwand“ festgelegt wird, ist offen. Es kann vermutet werden, dass dazu die bereits bei der Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche (§ 137 i SGB V) gewählte Perzentillösung Anwendung finden soll. ver.di kritisiert, dass damit eine Untergrenze definiert werden soll, die den bestehenden Personalnotstand zementieren würde. Faktisch ist durch die vorgesehene Regelung die Patientensicherheit nicht gewährleistet, da die Festlegung des Niveaus der Pflegepersonalausstattung nicht am Pflegebedarf für sichere Versorgung ausgerichtet ist, Unterbesetzung auf einzelnen Stationen oder über prinzipiell unbegrenzte Zeiträume nicht verhindert wird. Indem aber hier die juristische Festlegung der „widerlegbaren Vermutung“ getroffen werden soll, würde die Beweislast für unzureichende Personalausstattung auf Patienten (im Fall resultierender Schädigungen) und Pflegepersonal (bei Gefährdungsanzeigen) verlagert.

Für eine sichere Patientenversorgung sind Vorgaben erforderlich, die sich am realen Pflegebedarf der Patientinnen und Patienten bemessen, deren Einhaltung ist wirksam zu kontrollieren, ein Unterschreiten zu sanktionieren. ver.di spricht sich dabei für eine Sanktionskaskade aus, die Bettensperrungen und Stationsschließungen einschließt, wenn wiederholt gegen die Einhaltung von Pflegepersonalvorgaben verstoßen wird.

ver.di fordert, dass mit dem vorliegenden Gesetzentwurf schnellstmöglich ein am individuellen Pflegebedarf der Patientinnen und Patienten ausgerichtetes und pflegewissenschaftlich fundiertes Personalbemessungsinstrument (weiter-)entwickelt wird und anschließend verpflichtend flächendeckend in deutschen Krankenhäusern anzuwenden ist. Beispielsweise wurde von 1993 bis 1996 die Pflege-Personalregelung (PPR) als praktikables und bürokratiearmes Instrument zur Planung des Pflegepersonaleinsatzes in Abhängigkeit vom Pflegebedarf der Patienten von allen Krankenhäusern verpflichtend eingesetzt. Die Pflegepersonal-Regelung (PPR) bietet eine gute Grundlage zur Weiterentwicklung. Sie wird in vielen Krankenhäusern als Kalkulationsinstrument eingesetzt und ist als solches weit verbreitet.

Mit der Entwicklung und Einführung eines solchen Instruments wären vielfältige positive Effekte verbunden: Es würde eine notwendige Grundlage dafür gelegt, die erforderliche Personalausstattung im Interesse eines umfassenden Verständnisses von Patientensicherheit zu ermitteln. Die Datenlage über die pflegerische Versorgung im Krankenhaus kann über das Instrument verbessert werden. Erstmals wäre dieses wichtige Feld mit angemessenem Aufwand z.B. für die Versorgungsforschung erschließbar. Für die Verhandlungen zur Festlegung der geplanten krankenhausindividuellen Pflegebudgets könnte eine validierte und an den Bedürfnissen der Patienten orientierte Datengrundlage zur Verfügung stehen. Der Erfolg der Gesetzesänderung, die das Instrument implementiert, wäre klar nachvollziehbar, eventueller Bedarf an späteren Nachsteuerungen unmittelbar erkennbar. Viele praktische Umsetzungsprobleme des § 137i SGB V, wie z.B. die sachgerechte Festlegung der Höhe der Untergrenzen oder die Anwendung bei interdisziplinären Stationsbelegungen, könnten unter Zuhilfenahme eines verpflichtend anzuwendenden bedarfsgerechten Personalbemessungsinstruments gelöst werden. Über die Veröffentlichung der Ergebnisse im Rahmen der Qualitätsberichte der Krankenhäuser könnten Patientinnen und Patienten über eine wertvolle Informationsgrundlage verfügen.

Eine gesetzliche Regelung könnte sich am § 113c SGB XI orientieren, in dem bereits die Entwicklung eines Personalbemessungsinstruments für die Altenpflege geregelt ist. Mit der Entwicklung wäre eine Expertenkommission zu beauftragen, über diesen Weg konnten bereits mit der Entwicklung der Psych-PV und der PPR guten Ergebnisse erreicht werden.

Zu Artikel 8 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Zu Nummer 1

(Zu § 8)

Zu Buchstabe a

Der Verbleib der krankenhausindividuell vereinbarten Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms über das Jahr 2018 hinaus wird von ver.di als sachgerecht bewertet, da ein zweckentsprechender Einsatz mit der Fortführung des Pflegestellen-Förderprogramms in 2019 sichergestellt ist. In der Vergangenheit war die fehlende Weiterführung der Förderung ein wichtiger Grund für die zögerliche Inanspruchnahme der Programme. Auch mit dem Pflegezuschlag war eine zweckgebundene Mittelverwendung für das Pflegepersonal nicht vorgesehen.

Zu Artikel 9 – Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Zu Nummer 2

(§ 4)

Zu Buchstabe d

Die Weiterführung des Pflegestellen-Förderprogramms mit vollständiger Refinanzierung der zusätzlichen bzw. aufgestockten Stellen und entsprechender Nachweisführung begrüßt ver.di ausdrücklich. Insbesondere der Wegfall einer Budgetobergrenze kann dazu beitragen, dass sich die Arbeitsbedingungen für vorhandene Pflegekräfte durch zusätzliche Fachkräfte deutlich verbessern. Allerdings zeigen die Erfahrungen aus den bisherigen zwei Förderprogrammen, dass Anreize zur Finanzierung zusätzlicher Stellen nicht ausreichen, wenn verbindliche Vorgaben, die eine sichere Patientenversorgung gewährleisten, ausbleiben. Hier wird auf die Ausführungen zu § 137 j SGB V verwiesen. In jedem Fall muss bei dem Übergang vom Pflegestellen-Förderprogramm auf das Pflegebudget ab 2020 sichergestellt sein, dass die aufgebauten Stellen weiterhin im erforderlichen und nachgewiesenen Umfang finanziert werden.

Zu Buchstabe e

Zur Gewinnung von zusätzlichem Pflegepersonal können Krankenhäuser Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf mit der Personalvertretung vereinbaren. Die erforderlichen Aufwendungen hierfür können Krankenhäuser hälftig für einen Zeitraum von sechs Jahren aus Mitteln der Kostenträger decken.

ver.di begrüßt die geplanten Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für Beschäftigte in Krankenhäusern grundsätzlich. Sie könnten ein entscheidender Beitrag dazu sein, dass Pflegekräfte unter gesundheitsfördernden Bedingungen arbeiten können und Arbeitsbedingungen attraktiver gestaltet werden können. Die notwendige Infrastruktur, wie z. B. die für Kindertageseinrichtungen o. ä. ist jedoch aus Steuermitteln zu finanzieren und kann nicht Aufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung sein.

Zu Nummer 4

(§ 6 a)

Der neue eingefügte § 6 a soll die Einzelheiten für die Vereinbarung des Pflegebudgets durch die Vertragsparteien vorgeben. Das Pflegebudget soll im Zentrum des neuen Finanzierungssystems stehen. Es hat daher eine große Bedeutung für die Verbesserung der pflegerischen Versorgung und der Arbeitsbedingungen der Krankenpflege. ver.di begrüßt sehr, dass auf der Grundlage der krankenhausindividuellen Personalbesetzung und –kosten das Pflegebudget berechnet werden soll, die neue Finanzierungslogik birgt große Chancen für eine deutliche und nachhaltige Verbesserung der Situation.

Positiv ist, dass das Pflegebudget in seiner jährlichen Veränderung ausdrücklich von der Anwendung der für das DRG-System geltenden Obergrenze (Veränderungswert) ausgenommen wird. Eine spürbare Verbesserung der Pflegepersonalbesetzung unter Beibehaltung der Obergrenze wäre nicht zu erreichen.

Eine Regelungslücke besteht darin, dass kein einheitlicher und fachlich anerkannter Maßstab für eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Personalbesetzung vorgesehen wird, der im Rahmen der Verhandlung des Pflegebudgets die Grundlage bietet. Die Einführung des Pflegebudgets ist deshalb um die Entwicklung und Implementierung eines Personalbemessungsinstrumentes zu ergänzen, welches eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgung sicherstellt. Im ersten Schritt sind Pflegepersonaluntergrenzen auf alle bettenführenden Bereiche zu erstrecken, die sich am Pflegebedarf der Patient/innen orientieren und dem Pflegepersonal Entlastung verschaffen. Die Pflegepersonaluntergrenzen sind schrittweise anzuheben und mit dem Ziel, validen und verbindlichen Pflegepersonalvorgaben auf einem bedarfsgerechten Niveau zu erreichen. Ein Instrument, wie es vor Jahren mit der PPR bereits eingesetzt wurde, könnte weiterentwickelt und wiedereingesetzt werden. Auf die Ausführungen zu § 137 j SGB V wird verwiesen

In § 6a Absatz 3 wird die Nachweisführung über die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung geregelt. Die Zweckbindung der Mittel ist zwingend erforderlich und wird von ver.di ausdrücklich begrüßt, eine Rückzahlungsverpflichtung ist folgerichtig.

Da die mit dem Pflegestellenförderprogramm vorgesehene Vereinbarung der betrieblichen Interessenvertretung über den zweckentsprechenden Einsatz und Besetzung des zusätzlichen Pflegepersonals zum 31.12.2019 ausläuft, ist zwingend ergänzend zu der Bestätigung des Jahresabschlussprüfers in die Regelung aufzunehmen, dass das Krankenhaus auf Grund einer schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung den zweckentsprechenden Einsatz des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen nachweist.

Die im Gesetzentwurf der Bundesregierung neu aufgenommene Regelung, wonach „pflegeentlastende und pflegesubstituierende Maßnahmen“ bis zur Höhe von 5 Prozent auf das Pflegebudget erhöhend wirken, lehnt ver.di ab. Wenn Fachkräfte durch Hilfskräfte ersetzt werden, werden Fachkräfte zusätzlich belastet, die Versorgungsqualität leidet. Ein vermehrter Einsatz von Robotik kann Pflege entlasten, die Voraussetzung ist, dass mehr Zeit für die Pflege der Patienten bleibt. Ein Ersetzen von Fachkräften durch digitale Technik sorgt für eine weitere Arbeitsverdichtung. Diese Regelung widerspricht den Zielen, den Pflegeberuf attraktiver zu gestalten und Arbeitsbedingungen durch eine tatsächliche Entlastung zu verbessern. Im § 6 a Absatz 2 sind die Sätze 6 und 7 daher zu streichen.

ver.di kritisiert das hochkomplizierte Verfahren zur Abzahlung des Pflegebudgets über einen krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert. Das Verfahren folgt deutlich erkennbar der Grundlogik des DRG-Systems, was der Herauslösung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System widerspricht. Stattdessen schlägt ver.di die deutlich einfachere Berechnung über krankenhausindividuelle tagesgleiche Pflegesätze vor, indem das Pflegebudget durch die voraussichtliche Zahl an Pflgetagen geteilt wird. Bei Abweichungen der Summe der abgerechneten Pflegesätze könnte genauso verfahren werden, wie es der Gesetzentwurf für die Pflegepersonalkostenvergütung vorsieht.

Zu Nummer 7

(§9)

Zu Buchstabe a

Zu Buchstabe cc

Durch Ergänzungen in § 9 KHEntG werden die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragt, den Nachweis für die zweckentsprechende Verwendung der zusätzlichen Mittel für Tarifierhöhungen zu regeln. Bei nicht zweckentsprechender Verwendung sind die Mittel zurückzuzahlen. Die Zweckbindung ist sachdienlich und dann als erfüllt anzusehen, wenn die Mittel für lineare und strukturelle Tarifierhöhungen eingesetzt werden.

Zu Nummer 8

(§ 10)

Zu Buchstabe a

Zu Buchstabe cc

ver.di setzt sich bereits seit langem für die vollständige Refinanzierung der Tarifsteigerungen für das Krankenpflegepersonal ein. In der Vergangenheit führten nicht vollständig refinanzierte Tarifierhöhungen zu einer systematischen Unterdeckung der Personalkosten. Häufig wurde die

Unterdeckung durch Krankenhäuser genutzt, um Tarifierhöhungen durch Personalabbau zu kompensieren. Sehr positiv daher, dass bereits für das Jahr 2018 anstelle der bisherigen hälftigen Refinanzierung des die Obergrenze übersteigenden Betrages nun die linearen und strukturellen Tarifsteigerungen für die Pflegekräfte vollständig von den Kostenträgern bezahlt werden.

Um tatsächlich alle linearen und strukturellen Steigerungen für das Pflegepersonal vollständig zu refinanzieren, sind dringend Korrekturen in § 10 Abs. 5 KHEntgG erforderlich:

aa) ...unverändert

Neu gefasst:

bb) Die Sätze 2 und 3 werden wie folgt neu gefasst:

„Bezogen auf die Personalkosten werden für den Pflegedienst 100 Prozent sowie für den übrigen nichtärztlichen Personalbereich und für den ärztlichen Personalbereich jeweils 50 Prozent des Unterschieds zwischen dem Veränderungswert und der Tarifraten berücksichtigt. Maßstab für die Ermittlung der Tarifraten ist für

1. den Bereich des Pflegepersonals,
2. den übrigen nichtärztlichen Personalbereich und
3. den ärztlichen Personalbereich

jeweils diejenige tarifvertragliche Vereinbarung, die in dem jeweiligen Bereich für die meisten Beschäftigten maßgeblich ist; maßgeblich dabei sind für den Bereich nach Nummer 1 die durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten linearen und strukturellen Steigerungen der Vergütungen, Einmalzahlungen sowie der sonstigen durch tarifvertragliche Regelungen bewirkten Personalkostensteigerungen und für die Bereiche nach den Nummern 2 und 3 jeweils die durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten linearen Steigerungen der Tarifverträge und Einmalzahlungen.“

cc) ...unverändert

dd) ...unverändert:

Dem entsprechend ist auch die Neufassung der Begründung erforderlich:

„Nach Satz 3 umfasst die – für das Pflegepersonal vollständige und für das übrige Personal hälftige - Tarifrefinanzierung die Refinanzierung der Personalkostensteigerungen durch lineare und strukturelle Vergütungssteigerungen, von tarifvertraglich vereinbarten Einmalzahlungen sowie durch sonstige tarifvertraglich getroffene Regelungen, die eine Steigerung der Personalkosten bewirken. Bei einer linearen Tarifsteigerung werden die Entgelte um einen

prozentualen Satz erhöht. Strukturelle Tarifsteigerungen ergeben sich z. B. aus Sockel- oder Mindestbeträgen oder Änderungen in der Zuordnung von Tätigkeitsbildern zu Vergütungsgruppen. Sonstige tarifvertragliche Personalkostensteigerungen ergeben sich aus Veränderungen von weiteren Regelungen in Tarifverträgen mit monetären Wirkungen, wie z.B. Pflegezulagen, Schichtzulagen, Zeitzuschlägen oder bezahlten Pausen.“

Grundsätzlich wäre eine weitergehende Regelung sachgerecht, die für alle Beschäftigten im Krankenhaus die vollständige Tarifrefinanzierung vorsieht. Hier sind weitere Schritte erforderlich, die Berufsgruppen im Krankenhaus dürfen nicht gegeneinander ausgespielt werden.

Mit der vorgesehenen Weiterführung der Berechnung einer durchschnittlichen Tarifraten profitieren nicht tarifgebundene Krankenhäuser, hingegen könnte es für tarifgebundene Träger weiterhin zu einer Unterfinanzierung kommen. Nicht tarifgebundene Träger dürfen nicht „belohnt“ werden, indem sie die Mittel nicht wie tarifgebundene Häuser über Tarifsteigerungen an das Pflegepersonal weitergeben müssen, sondern dafür zusätzliches Personal einstellen oder Stellen aufstocken können. Dieser Fehlanreiz kann verhindert werden, wenn mit der Einführung des Pflegebudgets eine Refinanzierung der linearen und strukturellen Tarifierhöhungen für tarifgebundene Häuser 1:1 und nicht mehr über die Berechnung einer Tarifraten erfolgt.

Zu Artikel 7 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und

Artikel 10 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§§ 8, Absätze 5 bis 9 und 37 SGB V nach Absatz 2 und § 8 SGB XI

In vollstationären Pflegeeinrichtungen sollen zusätzlich 13.000 Pflegekräfte für die medizinische Behandlungspflege eingestellt werden können, die von den Krankenkassen finanziert werden. Je nach Größe der Einrichtung sollen so von einer halben Stelle bis zu zwei Stellen je Einrichtung zusätzlich über entsprechende Zuschläge finanziert werden.

Die im Gesetzentwurf angeführten zusätzlichen Pflegestellen in vollstationären Pflegeeinrichtungen im Umfang von 13.000 im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege greift das Problem des zusätzlichen Personalbedarfs grundsätzlich auf. Es ist allerdings unstrittig, dass dieser Personalaufwuchs bei weitem nicht ausreichen wird, um die steigenden Belastungen der Beschäftigten zu kompensieren und die Gefahren für die Pflegequalität für die Pflegebedürftigen abzuwenden. ver.di fordert vor diesem Hintergrund, dass es sich bei den Stellen nachweislich um zusätzliches und vor allem qualifiziertes Pflegefachpersonal, d.h. explizit um Pflegefachkräfte handeln muss. Die Regelung, nach der vollstationäre Pflegeeinrichtungen ggf. auch für zusätzliche Pflegehilfskräfte den Vergütungszuschlag erhalten können, ist ersatzlos zu streichen. ver.di hat bereits mehrfach auf wissenschaftliche Belege hingewiesen, dass mehr Pflegepersonal die Versorgung verbessert, wenn es sich ausdrücklich um qualifiziertes Personal handelt.¹³

Die Beschäftigten in der Altenpflege erwarten umgehend größere Schritte, mit denen verbindlich und wirksam die Ausstattung durch mehr Pflegepersonal die Versorgung in der Langzeitpflege verbessert. Als Sofortmaßnahme ist aus ver.di-Sicht in stationären Einrichtungen ein Personalschlüssel von mindestens 1:2, von einer Pflegekraft auf zwei Bewohner/innen, vorzusehen. Zudem müssen nachts mindestens zwei Pflegekräfte im Wohnbereich anwesend sein. Auch in der ambulanten Pflege ist eine adäquate Zwischenlösung nötig, bis ein Verfahren zur bundeseinheitlichen Personalbemessung zur Verfügung steht. Die Fachkraftquote von mindestens 50 Prozent muss als Mindeststandart erhalten bleiben.

Es häufen sich Berichte aus den Betrieben darüber, dass nicht nachzuvollziehen sei, ob auch wirklich das qualifizierte Personal zu jeder Zeit im Einsatz ist. Oftmals wird über „Unterbesetzung“ geklagt, das ist zahlreichen Gefährdungsmeldungen zu entnehmen. Klare und bundeseinheitliche Vorgaben stärken neben dem Verbraucherschutz in der Frage der

¹³ <https://gesundheit-soziales.verdi.de/mein-arbeitsplatz/altenpflege/++co++531b649c-be1c-11e6-9191-525400423e78>

Heimauswahl nicht zuletzt auch die Qualität der Versorgung hilfebedürftiger Menschen in der stationären Pflege. Beruflich Pflegende können ihrer Tätigkeit nur dann gut nachkommen, wenn sie die Gewissheit haben, dass sie von ausreichend Kolleginnen und Kollegen unterstützt werden. Zudem werden die Einrichtungen nicht dazu verpflichtet, zusätzliches Personal einzustellen. Selbst eine Verpflichtung für die Länder, das vorgesehene freiwillige Antragsverfahren auf einen Vergütungszuschlag durch eine entsprechende Anpassung der länderspezifischen Rahmenverträge vorzunehmen, gibt es nicht. Darüber hinaus sind keinerlei Mechanismen vorgesehen, mit denen Heimaufsicht, Beschäftigte oder Pflegebedürftige selbst auf eine Aufstockung des Personals dringen können.¹⁴

Zudem ist es nicht ausreichend erkennbar, warum das Sofortprogramm ausschließlich in der Behandlungspflege ansetzt – denn auch in den anderen Tätigkeitsbereichen besteht zusätzlicher Personalbedarf. Darüber hinaus arbeiten die Beschäftigten in der ambulanten Pflege längst an der Belastungsgrenze, hier besteht ebenso dringender Handlungsbedarf. Wenn mit dieser Regelung die Refinanzierung der Kosten der medizinischen Behandlungspflege in der stationären Pflege insgesamt systemkonform aus dem SGB V verbunden wird und folgen wird, ist dies der erste Schritt auf diesem Weg, den ver.di unterstützt. Im Rahmen der „Konzertierten Aktion Pflege“ sind weitergehende Reformschritte, die an der Struktur der Pflegeversicherung ansetzen, zeitnah vorzusehen.

Es braucht somit einen Plan für nachhaltig mehr Personal und für eine deutlich bessere Bezahlung. ver.di ist der Überzeugung, dass durch die Auflösung des Pflegevorsorgefonds zusätzlichen finanziellen Mittel in Höhe von mittlerweile mehr als 1,4 Mrd. Euro jährlich für eine bessere Versorgung in Form von zusätzlichen 43.000 Personalstellen zeitnah genutzt werden können.¹⁵ ver.di fordert darüber hinaus perspektivisch, die heutige Pfltegeteilleistungsversicherung zur Pflegevollversicherung im Sachleistungsprinzip weiterzuentwickeln. Die Pflegevollversicherung lässt sich gut mit Pflegebürgerversicherung kombinieren und auf nachhaltig auf solide Füße zu stellen.

ver.di ist der Überzeugung, dass gute Pflege nur mit der Unterstützung von qualifiziertem Personal möglich ist. Deshalb sind die Arbeitsbedingungen der beruflich Pflegenden von entscheidender Bedeutung für eine hohe Qualität der Pflege. ver.di weist seit langem darauf hin, dass viele Probleme hausgemacht sind und sich die Tätigkeit in der Pflege unattraktiv darstellt. So ist der Krankenstand im Gesundheitswesen messbar höher als im Durchschnitt aller Berufe. Würden Arbeitgeber Arbeitsbedingungen schaffen, die Frührehabilitation, den Rentenbeginn und die Teilzeitquote auf den durchschnittlichen Stand aller Erwerbstätigen senken, wäre ein

enormes Potenzial zusätzlicher Fachkräfte zu schöpfen. Es braucht dringend mehr Personal über verbindliche Vorgaben sowie Ausfallkonzepte und Personalreserven für den Krankheitsfall. Gesundheits- und Arbeitsschutz gilt es zu verbessern. Führungskräfte sind in einem guten und wertschätzenden Umgang mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu schulen. Arbeitgeber sind auch gefordert, die Arbeitsabläufe so zu gestalten, dass eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf möglich ist. Arbeitgeber müssen ihre Hausaufgaben machen, um den Fachkräftebedarf in der Zukunft zu sichern. Sie sind mitverantwortlich dafür, dass Pflegefachkräfte fehlen. Arbeitgeber klagen viel, aber sie verschleißen die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit ihrer Beschäftigten messbar und in einem Ausmaß wie in kaum einem anderen Arbeitsfeld. Mit guter Bezahlung, einer deutlich besseren Personalausstattung, attraktiven und gesunden Arbeitsbedingungen, hochwertiger Ausbildung und dem Eingehen auf individuelle Bedürfnisse von Beschäftigten können Fachkräfte gewonnen und gehalten werden.

Zu Artikel 10 - Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 89 Absatz 3 nach Satz 2

In ländlichen Gebieten sollen die Wegezeiten, die die ambulante Kranken-Pflege aufwenden muss, über einen Wegekostenzuschlag besser honoriert werden. Die Rahmenvertragspartner haben dazu entsprechende Festlegungen zu treffen.

ver.di unterstützt die bessere Honorierung der Fahrwege in ländlichen Gebieten im Rahmen der ambulanten Kranken-Pflege. Gleiches ist auch für die Grundpflege im Rahmen der SGB XI-Leistungen vorzusehen, damit auch ein Anreiz besteht, in ländlichen Gebieten auch Grundpflegeleistungen zu erbringen. Die Mehrausgaben im SGB XI-Bereich dürfen allerdings nicht dazu führen, dass die Eigenanteile der pflegebedürftigen Menschen noch weiter steigen.

Zu Artikel 10 § 8 Absatz 7 - Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Pflegeheime sollen in den Jahren 2019 bis 2021 Zuschüsse erhalten, wenn sie in Digitalisierung investieren, die die Pflegekräfte entlastet. Die Maßnahmen sollen bis zu 40 Prozent oder maximal 12.000 Euro bezuschusst werden.

ver.di unterstützt die These, dass „Technik im besten Falle zugleich die Lebensqualität der Pflegebedürftigen verbessern und die Arbeit der Pflegekräfte erleichtern soll“. Im Pflegeberuf bedarf es einer intensiven Zuwendung von Mensch-zu-Mensch. In diesem Bereich ist der Einsatz von Technik sehr sensibel zu gestalten. Wirtschaftliche Erwartungen in Form von Renditen oder als Spekulationsobjekte sind hier gänzlich fehl am Platz. Die Kolleginnen und Kollegen aus den

Betrieben berichten, dass die Multimodalität und der Leistungsumfang moderner Technik häufig dazu führe, dass die Bedienung einzelner Komponenten derart komplex und zeitintensiv wird, dass am Ende nicht mehr Zeit für das „Menschliche“ bleibe, sondern teilweise sogar ein Mehraufwand entstehe. Entscheidend wird deshalb im Bereich Pflege sein, dass die Einführung technischer Neuerungen im Sinne von Arbeitserleichterungen beim Pflegepersonal ankommen und somit zum Wohle des Patienten und pflegebedürftigen Menschen nutzbar sind. Die vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zu erlassene Richtlinien über die Voraussetzungen und zu dem Verfahren der Gewährung des Zuschusses muss die Entlastung der Beschäftigten in der Pflege insgesamt im Blick haben. Die Möglichkeit von Mitnahmeeffekten muss ausgeschlossen werden.

Zu Artikel 7 § 119b Absatz 1 bis 3 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Die Zusammenarbeit von (Zahn-)Ärzten und Pflegeeinrichtungen soll verbindlich vorgeschrieben werden. Auf Antrag sollen die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen verpflichtet werden, entsprechende Kooperationsverträge zu vermitteln und zwar innerhalb von drei Monaten. Zusätzlich sollen Impulse für den Einsatz von elektronischer Kommunikation gegeben werden, indem zum Beispiel Videosprechstunden und Fallkonferenzen ermöglicht werden. Der Bewertungsausschuss soll zum 1. April 2019 die notwendigen Anpassungen beschließen. Es sollen „Standards für die schnittstellen- und sektorübergreifende elektronische Kommunikation festgelegt“ werden. Auch für den zahnärztlichen Bereich soll die Evaluation der Kooperationsverträge verpflichtend sein.

ver.di unterstützt ausdrücklich die bessere haus-, fach- und zahnärztlichen Versorgung in Pflegeeinrichtungen. Die verlässliche ärztliche Versorgung gibt Bewohnerinnen und Bewohnen, ihren Angehörigen und den Pflegekräften Sicherheit. Die freie Arztwahl des Bewohners muss aber unberührt bleiben. ver.di weist ausdrücklich darauf hin, dass beispielsweise Videokonferenzen oder die Überwachung des Gesundheitszustands und des Verlaufs lediglich über Monitore den direkten Arzt-Patienten-Kontakt nicht ersetzen können. Die Koordinierung der Kooperation zwischen Pflegeheimen und Ärzten darf zudem für Pflegekräfte nicht noch zusätzlichen Aufwand bedeuten.

Pflegende Angehörige sollen einen Anspruch auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation erhalten. Grundlage soll eine entsprechende ärztliche Verordnung sein.

Vor dem Hintergrund, 73 Prozent¹⁶ aller pflegebedürftigen Menschen zu Hause gepflegt werden und davon der überwiegende Anteil von Angehörigen ohne professionelle Unterstützung, ist der Anspruch pflegender Angehöriger auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation aus ver.di-Sicht längst überfällig und ausdrücklich zu unterstützen.

Wie in den Krankenhäusern sollen auch in den Einrichtungen der Altenpflege Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf über die nächsten sechs Jahre anteilig gefördert werden können. In den Jahren 2019 bis 2014 sind hierfür jeweils bis zu 100 Millionen Euro bereitzustellen.

ver.di begrüßt die geplanten Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für Beschäftigte in den Einrichtungen der Altenpflege grundsätzlich. Sie könnten ein entscheidender Beitrag dazu sein, dass Pflegekräfte unter gesundheitsfördernden Bedingungen arbeiten können und Arbeitsbedingungen attraktiver gestaltet werden. Die notwendige Infrastruktur, wie z. B. die für Kindertageseinrichtungen o. ä. ist jedoch aus Steuermitteln zu finanzieren und kann nicht Aufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung sein.

Im Übrigen verweist ver.di auf die weiteren Ausführungen in der Stellungnahme des DGB-Bundesvorstandes und schließen uns diesen an.

¹⁶ Pflegestatistik 2015

Antrag der Fraktion DIE LINKE.

Krankenhauspersonal in dauerhaft bedarfsgerechter Anzahl

BT-Drucksache 19/4523

Mit dem Antrag fordert die Fraktion DIE LINKE die Bundesregierung auf, Maßnahmen zu ergreifen und einen Gesetzentwurf mit folgenden Zielen vorzulegen:

1. weitere Berufe aus den DRGs herauszunehmen und bedarfsgerecht zu finanzieren, z.B. Hebammen und Entbindungspfleger, Heilmittelberufe, Ärztinnen und Ärzte sowie Reinigungspersonal,
2. die Regelung zu Pflegepersonalquotienten zu verwerfen und stattdessen ein pflegewissenschaftlich ermitteltes und valides Instrument zur Ermittlung des Personalbedarfs zu entwickeln, das zur Berechnung des notwendigen Personals und zu den Verhandlungen der krankenhausesindividuellen Budgets zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern herangezogen werden kann,
3. als Anreiz 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 zu zahlen und
4. Rehabilitationskliniken in die Personalregelungen mit einzubeziehen.

Bewertung

ver.di ist der Überzeugung, dass alle Beschäftigten eines Krankenhauses ihren Teil zu einer guten und sicheren Versorgung der Patientinnen und Patienten beitragen. Die unterschiedlichen Berufsgruppen im Krankenhaus dürfen nicht gegeneinander ausgespielt werden, Lösungen für Teilbereiche dürfen nicht zu Lasten anderer gehen. Deshalb müssen den Maßnahmen, die mit dem Gesetzentwurf für das Pflegepersonal getroffen werden, weitere für die anderen Berufsgruppen folgen.

Der Gesetzentwurf des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes enthält mit der vollständigen Tarifrefinanzierung und der Herauslösung der Pflegepersonalkosten aus dem System der Fallpauschalen wichtige Ansätze, um die Krankenhauspflege zu stärken. Im Koalitionsvertrag sind Untergrenzen für alle bettenführenden Abteilungen angekündigt. Das ist überfällig. Der tatsächliche Pflegebedarf wird mit dem Pflegepersonalquotienten und den geplanten Untergrenzen nicht berücksichtigt. Hier muss dringend nachgebessert werden.

Schrittweise müssen Pflegepersonaluntergrenzen auf ein bedarfsgerechtes Niveau angehoben werden. Damit keine weitere wertvolle Zeit verstreicht, muss der Gesetzgeber jetzt den Auftrag erteilen, ein Personalbemessungsinstrument, das den Pflegebedarf tatsächlich berücksichtigt, zu entwickeln. Die bereits bewährte Pflegepersonal-Regelung eignet sich als gute Grundlage zur Weiterentwicklung, um zu schnellen Lösungen zu kommen. Sie kann für die krankenhausesindividuellen Budgetverhandlungen maßgebliche Grundlage sein und eine bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen.

Das Problem der mangelhaften Investitionsfinanzierung der Länder in die Krankenhausinfrastruktur bleibt ungelöst. Hier sind dringend Maßnahmen erforderlich, damit die Länder ihren Investitionsverpflichtungen vollständig nachkommen. Dies ist besonders wichtig im Hinblick darauf, dass der zweckentsprechende Einsatz der Betriebsmittel für das Pflegepersonal über das Pflegebudget vorgesehen ist. Der Druck auf die anderen Beschäftigten darf ab 2020 nicht noch größer werden.

Die aner kennenswerten Maßnahmen zur Verbesserung der Situation der Pflegekräfte in den Akuthäusern dürfen nicht dazu führen, dass eine Sogwirkung aus anderen Bereichen, wie z. B. den Reha-Kliniken entsteht. Damit der Bedarf an Pflegefachkräften jetzt und in Zukunft sichergestellt werden kann, muss der Beruf in allen Einrichtungen und Krankenhäusern mit Pflegepersonal attraktiver gestaltet werden. Anreizregelungen genügen nicht. Um Beschäftigte zu entlasten und Patienten sicher zu versorgen, sind flächendeckend bedarfsgerechte Personalvorgaben notwendig.

Antrag der Fraktion DIE LINKE.

Pflegepersonal in der Altenpflege nachhaltig stärken

BT-Drucksache 19/4524

Mit dem Antrag fordert die Fraktion DIE LINKE die Bundesregierung auf, Maßnahmen zu ergreifen und einen Gesetzentwurf mit folgenden Zielen vorzulegen:

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;
5. eine Investitionsoffensive Altenpflege zu starten, dafür als Anreiz für die Länder Bundesmittel bereitzustellen und die Höhe der Investitionskosten für die Menschen mit Pflegebedarf bundeseinheitlich zu begrenzen.

Bewertung

Ob ambulante oder stationäre Altenpflege: Gute Pflege gibt es nur mit ausreichendem und qualifiziertem Personal. Dafür muss der Pflegeberuf attraktiver werden. Sollen heute und in Zukunft genug Fachkräfte gewonnen und gehalten werden, braucht es gute Arbeitsbedingungen und eine faire tarifvertragliche Bezahlung. Daran haben ebenso die pflegebedürftigen Menschen und die Gesellschaft als Ganzes ein essenzielles Interesse. Die Beschäftigten in der Altenpflege erwarten umgehend gesetzliche Vorgaben, mit denen bundesweit verbindlich und wirksam die Ausstattung durch mehr Pflegepersonal die Versorgung in der Langzeitpflege verbessert wird.

Bis ein bundesweit einheitliches Personalbemessungssystem zur Verfügung steht, ist als Sofortmaßnahme aus ver.di-Sicht in stationären Einrichtungen ein Personalschlüssel von mindestens 1:2, von einer Pflegekraft auf zwei Bewohner/innen, vorzusehen. Zudem müssen nachts mindestens zwei Pflegekräfte im Wohnbereich anwesend sein. Auch in der ambulanten Pflege ist eine adäquate Zwischenlösung nötig, bis ein Verfahren zur bundeseinheitlichen Personalbemessung zur Verfügung steht. Die Fachkraftquote von 50 Prozent muss als Mindeststandart erhalten bleiben.

Die Verwerfungen in der Altenpflege in Form von Lohndumping, Kostendruck, Flexibilisierung und Gewinnmaximierung gilt es umgehend zu beenden. Deshalb sieht ver.di das mit dem Antrag verfolgte Ziel nur als folgerichtig an, die Refinanzierung tarifvertraglicher Bezahlung grundsätzlich gesetzlich sicherzustellen. Im Sozialgesetzbuch V (SGB V) ist eine gesetzliche Regelung festzuschreiben, mit der künftig die Bezahlung von Tarifgehältern seitens Kostenträgern analog zu den Regelungen der §§ 84 und 89 im Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) auszugestaltet ist.¹⁷

ver.di fordert seit langem, dass bessere Arbeitsbedingungen und mehr Personal nicht zu steigenden finanziellen Belastungen der Pflegebedürftigen bzw. ihrer Angehörigen führen dürfen. Pflege muss bezahlbar und erreichbar sein, deshalb ist die heutige Pflegezeitleistungsversicherung zur Pflegevollversicherung im Sachleistungsprinzip weiterzuentwickeln, denn so können zukünftig die pflegebedingten Kosten vollständig solidarisch finanziert werden. Die Pflegevollversicherung lässt sich gut mit Pflegebürgerversicherung kombinieren, womit sie nachhaltig auf solide Füße gestellt werden kann.

Auch ver.di fordert einen Plan für nachhaltig mehr Personal und drängt auf die Auflösung des Pflegevorsorgefonds, damit zusätzliche finanzielle Mittel in Höhe von mittlerweile mehr als 1,4 Mrd. Euro jährlich für eine bessere Versorgung zeitnah genutzt werden können.

ver.di ist der Auffassung, dass insbesondere die Länder in die Pflicht zu nehmen sind, die ihrer Verantwortung entsprechend § 9 SGB XI nicht ausreichend gerecht werden.

¹⁷ §§84, 89 SGB XI: Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.