

Stellungnahme von Isabell Halletz, Geschäftsführerin des Arbeitgeberverbandes Pflege e.V., zum Gesetzentwurf der Bundesregierung (Drs.: 19/4453) zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz – PpSG)

Zu obigem Entwurf nimmt Isabell Halletz zu den einzelnen Paragraphen wie folgt Stellung:

Artikel 7 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu den Punkten 1. bis 3.

Isabell Halletz begrüßt die Aufnahme finanzieller Unterstützung für das betriebliche Gesundheitsmanagement in der Pflege und die damit verbundene Förderung der Beschäftigungsfähigkeit. Der Erhalt und die Förderung der Beschäftigungsfähigkeit können die tatsächliche Verweildauer im Beruf erhöhen, was vor allem in der aktuellen Fachkräftebedarfslage sehr wichtig ist.

Mit Blick auf den Abbau der Sektorengrenzen empfiehlt Frau Halletz, auch den Rentenversicherungsträger mit in die betriebliche Gesundheitsförderung mit einzubeziehen. Damit ein Arbeitgeber nicht mit verschiedenen Krankenkassen Kontakt aufnehmen muss, übernehmen einige Servicestellen der DRV in Deutschland, wie z.B. in Baden-Württemberg, die Lotsenfunktion. Diese Servicestellen bieten kostenlose Beratung und Information zur betrieblichen Gesundheitsförderung an und unterstützen bei der Kontaktaufnahme mit der gewünschten Krankenkasse. Des Weiteren gibt es den bundesweiten Firmenservice der DRV, welcher firmenbezogene Beratungsleistungen aus einer Hand anbietet. Die DRV beschreibt den Firmenservice wie folgt:

Mit dem Firmenservice offeriert die Deutsche Rentenversicherung ein kostenloses Beratungs- und Lotsenangebot, um die Unternehmen mittels aufsuchender und telefonischer Beratung oder Beratung per E-Mail passgenau und individuell zu unterstützen. Eine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit stellt hierbei eine wesentliche Grundlage für ein frühzeitiges Erkennen möglicher Rehabilitationsbedarfe und eine bedarfsgerechte Umsetzung von präventiven und rehabilitativen Leistungen dar.¹

Verfahrensvorschlag:

Frau Halletz empfiehlt, die gewachsenen Strukturen und alle Akteure in die Leistungserbringung und den Leistungsempfang zur sowie die Finanzierung der betrieblichen Gesundheitsförderung einzubeziehen.

Zu Punkt 7.

Die Verpflichtung zum Schließen von Kooperationsverträgen für die Erbringung vertragsärztlicher Leistungen ist einerseits zu begrüßen, um die ärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen zukunftsfähig sicherstellen zu können. Bereits einige Projekte auf Landesebene, z.B. „Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus“ oder auch „care^{plus}“ in Brandenburg zeigen, dass Krankenhauseinweisungen und Krankentransporte deutlich reduziert werden können, wenn eine regelmäßige ärztliche Versorgung der Pflegebedürftigen sichergestellt wird. Auch Arzneimittelverordnungen können durch die kontinuierliche ärztliche Begleitung optimiert und häufig sogar reduziert werden. Diese enge und regelmäßige Verzahnung von Pflege und ärztlicher Versorgung kommt den Pflegebedürftigen zugute und ermöglicht Kosteneinsparungen. Allerdings sind solche Kooperationsverträge sehr komplex und möglicherweise nicht in allen Regionen Deutschlands umsetzbar. Seit Jahren beschäftigen sich die Länder, aber auch die Bundes- und Länderärztekammern mit der

¹ Informationen der Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung Bayern: Der Firmenservice der Deutschen Rentenversicherung – ein Beratungsangebot für Arbeitgeber und Betriebe, Nummer 05/2014, vom 26.11.2014

Sicherstellung der ärztlichen und fachärztlichen Versorgung, vor allem im ländlichen Raum. Wie das Handelsblatt im März dieses Jahres berichtete, ist die Zahl der niedergelassenen Ärzte um 1.361 auf insgesamt 105.934 zurückgegangen². Wie das Handelsblatt weiter berichtet, geht der Trend hin zur Anstellung, z.B. in Medizinischen Versorgungszentren, und weg von der klassischen Einzelarztpraxis. Es ist daher zu bezweifeln, dass aufgrund der Konzentration niedergelassener Ärzte in den Ballungszentren und dem Ärztemangel in ländlichen Regionen für jede Pflegeeinrichtung in Deutschland ein ärztlicher oder auch fachärztlicher Kooperationsvertrag mit niedergelassenen Ärzten geschlossen werden kann. Der § 119b SGB V ermöglicht darüber hinaus die Anstellung eines Arztes über eine Ermächtigung in der Pflegeeinrichtung, welche vom Zulassungsausschuss genehmigt werden muss. Da mit der neuen Verpflichtung zum Schließen von Kooperationsverträgen oder Einstellung ermächtigter Ärzte zusätzlicher Verwaltungsaufwand auf die Pflegeeinrichtungen zukommt, würde Frau Halletz Musterkooperationsverträge und eine Handlungsempfehlung und Begleitung zur Beantragung der Ermächtigung für die Pflegeeinrichtungen begrüßen.

Ergänzungsvorschlag zu § 119b Abs. (1):

Frau Halletz schlägt vor, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung einen Musterkooperationsvertrag für die Verpflichtung der stationären Pflegeeinrichtung, Kooperationsverträge zur Erbringung vertragsärztlicher Leistungen zu schließen, zur Verfügung stellt. Des Weiteren unterstützt die KBV in Benehmen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder im Prozess zur Erteilung einer Ermächtigung, wenn innerhalb der gesetzlichen Frist kein Kooperationsvertrag geschlossen werden konnte.

Frau Halletz begrüßt die Aufnahme der telematischen Infrastruktur und den Willen, sektorenübergreifenden Datenaustausch zu ermöglichen. Auch die Aufnahme telemedizinischer Dienste wie Videosprechstunden sind wichtig, um vor allem in ländlichen Regionen die pflegerische und ärztliche Komplexversorgung zukunftsfähig aufzustellen. Auch in der Pflege gibt es bereits Modellprojekte, welche telematische Infrastruktur nutzen, z.B. das Telepflege-Projekt³ von der Vita-Akademie, den Johannitern und GewiNet, welches aktuell in den Landkreisen Oldenburg und Wesermarsch durchgeführt wird. Pflegefachkräfte im ländlichen Raum sollen entlastet werden. Dafür wird die Fachkompetenz examinierter Pflegekräfte und Ärzt/innen über Videotelefonie Pflegeassistentenkräften orts- und zeitunabhängig und demzufolge ressourcenschonend zur Verfügung gestellt. Mit der nach ISO 27001 und TÜV zertifizierten Software eVi® (elektronische Visite) wird die pflegerische Primärversorgung in den genannten Regionen unterstützt. Zusätzlich werden die Herausforderungen der Adaption des Telepflegemodells in weiterführenden Pflegeszenarien der Versorgungskette bis hin zur Einbindung ärztlicher Expertise reflektiert und analysiert. Auf diese Weise soll ein gesamtgesellschaftlich bedeutsamer Lösungsansatz zur Sicherung der öffentlichen Daseinsvorsorge geliefert werden, der dann auch leicht auf andere Regionen und die sektorenübergreifende Zusammenarbeit zu übertragen ist.

Frau Halletz würde es begrüßen, wenn Telepflege in die Regelversorgung der pflegerischen und ärztlichen Versorgung übernommen wird und empfiehlt dem Gesetzgeber, in Abs. (2a) die Beratungsfunktion des G-BA mit aufzunehmen, sich mit bereits existierenden Projekten der Telematik zu beschäftigen und ggf. in den Leistungskatalog der G-KV mit aufzunehmen.

² Vgl. Veröffentlichung des Handelsblattes vom 29.03.2018: In Deutschland droht ein Ärztemangel – trotz Mediziner-Schwemme, <https://www.handelsblatt.com/politik/deutschland/gesundheitsystem-in-deutschland-droht-ein-aerztmangel-trotz-mediziner-schwemme/21127004.html?ticket=ST-3475297-9cHU4VudKAWxDLdXylq-ap3>

³ Weiterführende Informationen erhalten Sie auf der Projekt-Homepage: <http://projekt-telepflege.de/>

Artikel 10 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Punkt 2.

Frau Halletz begrüßt die Unterstützung, zusätzliche Pflegestellen für die Leistungserbringung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen zu vereinbaren. In allen Bundesländern, speziell auch in ländlichen Regionen, wird es jedoch immer schwieriger, Pflegefachkräfte zu rekrutieren. Fachkräfte sind jedoch essentiell, um die gestiegenen Bedarfe der Pflegebedürftigen, als auch die gesetzlichen Vorgaben hinsichtlich einer angemessenen pflegerischen Versorgung erfüllen und sicherstellen zu können. Wie die Bundesagentur für Arbeit in ihrer Arbeitsmarktberichterstattung darstellt, zeigt sich der Fachkräftemangel für examinierte Fachkräfte ausnahmslos in allen Bundesländern. In keinem Bundesland stehen ausreichend arbeitslose Bewerber zur Besetzung der gemeldeten Stellen zur Verfügung. Im Bundesdurchschnitt sind die gemeldeten Stellenangebote für examinierte Fachkräfte 171 Tage vakant⁴.

Die zusätzliche Vergütung der neu zu schaffenden Pflegestellen für die medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen ist ein Schritt in die richtige Richtung. Allerdings müssen die Pflegeeinrichtungen das qualifizierte Pflegepersonal erst einmal finden und vorhalten, was aufgrund der aktuellen Arbeitsmarktsituation sehr schwierig sein wird. Als eine wichtige Möglichkeit sehen wir die auch im Koalitionsvertrag verankerte Weiterqualifizierung von Hilfskräften zu Fachkräften, um die Personalsituation in der Altenpflege zu verbessern.

Der Fachkräftemangel zeichnet sich besonders dramatisch in den ländlichen Regionen ab. Die pflegerische Versorgung ist dort stark gefährdet. Dies führt zur erhöhten Belastung der verbleibenden Fachkräfte und zu steigender Belastung bei den Hilfskräften. Um dem entgegenzuwirken, hat Frau Halletz als Geschäftsführerin des Arbeitgeberverbands Pflege e.V. bereits im Jahr 2016 die Schirmherrschaft für das Projekt „Weitblick Pflege - gemeinsam als Ziel“⁵ übernommen, welches von der VITA Akademie GmbH gefördert durch die ESF-Richtlinie „Soziale Innovation“ am 01.09.2016 ins Leben gerufen wurde. Projektleiterin ist Melanie Philip, geschäftsführende Gesellschafterin der VITA Akademie GmbH für die Bereiche Strategie und Vertrieb.

Wir haben in Deutschland ein Fachkräftepotenzial von aktuell 310.5396 Altenpflegekräften und -helfer/innen, die teilweise seit vielen Jahren im Beruf tätig sind, aufgrund z.B. familiärer Verpflichtungen oder den zweiten Bildungsweg jedoch keine dreijährige Fachkraftausbildung in Vollzeit absolvieren können. Das Projekt „Weitblick Pflege“ greift genau dort und hat u.a. zum Ziel, eine geeignete Weiterqualifikation als Modulsystem für Hilfskräfte zu entwickeln. Es werden verschiedene aufeinander aufbauende Module der Weiterqualifizierung angeboten, eines davon umfasst die Weiterqualifizierung in der medizinischen Behandlungspflege, um die Hilfskräfte systematisch zu professionalisieren, damit sie entsprechende Fachkraftaufgaben samt Verantwortung übernehmen können. Hier geht es vor allem darum, dass Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste wieder handlungsfähig werden und selbstwirksam die Qualität ihrer Pflege steuern können.

Frau Halletz ist davon überzeugt, dass die Weiterqualifizierung von Hilfskräften eine wirksame und vor allem zeitnah umsetzbare Möglichkeit ist, um die im Koalitionsvertrag vereinbarten 8.000 zusätzlichen Fachkräfte in der medizinischen Behandlungspflege für den stationären Pflegebereich aus den eigenen Reihen der Pflegekräfte zu professionalisieren und einsetzen zu können.

⁴ vgl. *Fachkräfteengpassanalyse der Bundesagentur für Arbeit, 12/2017*

⁵ Weitere Informationen zum Weitblick Pflege-Projekt erhalten Sie auf der Projekt-Homepage: <https://vita-akademie.de/weitblick-pflege/>

⁶ Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegekraefte/beschaefigte.html>

Verfahrensvorschlag:

Zwar existiert ein bundesweit anerkanntes Verfahren zur Teilqualifizierung in der Pflege noch nicht. Allerdings kann Frau Halletz als Geschäftsführerin des AGVP anbieten, gemeinsam mit dem BMG ein Verfahren dafür zu erarbeiten und bspw. die Erkenntnisse aus dem Projekt „Weitblick Pflege“ einzubringen. Denkbar wäre, gemeinsam mit dem BMBF im Bereich „Lebenslanges Lernen“ und dem BiBB das Potenzial der Pflegehilfskräfte zu nutzen, mit dem Ziel der Etablierung eines regelhaften Weiterbildungsweges.

Mit dem Vergütungszuschlag zur Unterstützung der Leistungserbringung der medizinischen Behandlungspflege wird jedoch der in § 3 SGB XI geregelte Grundsatz „ambulant vor stationär“ und die damit einhergehende, deutliche Benachteiligung in der stationären Pflege nicht behoben. Im ambulanten Pflegebereich werden deutlich mehr Leistungen refinanziert, welche im stationären Bereich in den vereinbarten Pflegesätzen bereits inkludiert sind. Die Refinanzierungslücke für die gleichen Leistungen ist enorm. Die Gesamtbelastung der Pflege- und Krankenkassen ist im ambulanten Bereich deutlich höher, als bei der Versorgung im stationären Bereich.

Vor allem für Pflegebedürftige mit einem hohen oder besonders hohen Pflegebedarf in stationären Pflegeeinrichtungen, die Behandlungspflegeleistungen⁷ nach § 37 SGB V benötigen, ist die Wahlfreiheit des Ortes, an dem sie versorgt werden möchten, deutlich eingeschränkt. Werden die verordneten, behandlungspflegerischen Leistungen im ambulanten und häuslichen Pflegebereich komplett von den Krankenkassen refinanziert und müssen nicht durch hohe Zuzahlungen der Pflegebedürftigen getragen werden, so sind die gleichen Leistungen in der stationären Pflege nicht gesondert abrechenbar, sondern sind mit dem Pflegesatz abgegolten (vgl. § 43 Abs. 2 SGB XI). Diese unterschiedliche Regelung der Refinanzierung führt dazu, dass stationäre Pflegeeinrichtungen deutlich weniger von den Pflegekassen für die gleichen, hochkomplexen Pflegeleistungen vergütet bekommen, als es im ambulanten und häuslichen Bereich der Fall ist.

Gleiche Finanzierungsgrundlagen für die Erbringung behandlungspflegerischer Leistungen würde zu einer spürbaren finanziellen Entlastung für die Pflegebedürftigen und den Sozialhilfeträger führen, da der Eigenanteil für Pflegebedürftige im stationären Bereich gesenkt werden könnte. Alle Pflegebedürftigen einer stationären Pflegeeinrichtung zahlen Pflegeentgelte. Sie zahlen dadurch automatisch einen Anteil für behandlungspflegerische Leistungen, unabhängig davon, ob sie die behandlungspflegerischen Leistungen in Anspruch nehmen. Für die Krankenkassen würde die Herstellung der gleichen Finanzierung für die Behandlungspflege unabhängig vom Ort der Erbringung eine Mehrbelastung bedeuten. Dr. Rothgang⁸ hatte dazu 2013 berechnet, dass es sich um ein Leistungsvolumen von 1,1 – 2,3 Mrd. Euro handelt. Der Ausgleich der Mehrbelastung könne bspw. über höhere Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erfolgen.

Frau Halletz fordert ein klares Bekenntnis zum stationären Sektor und die Einführung einer gleichen Refinanzierung behandlungspflegerischer Leistungen, um

- den Pflegebedürftigen die Wahlfreiheit des Versorgungsortes unabhängig von der Finanzierung der Pflegeleistungen zu ermöglichen. Es kann nicht sein, dass

⁷ Definition Behandlungspflegeleistungen: Die medizinische Behandlungspflege umfasst alle Tätigkeiten, die auf ärztliche Verordnung von Pflegekräften aus der Gesundheits- und Altenpflege durchgeführt werden. Darunter fallen Tätigkeiten wie die Wundversorgung, der Verbandswechsel, die Medikamentengabe, die Dekubitus-behandlung oder die Blutdruck- und Blutzuckermessung. Die Leistungen sind in § 37 SGB V geregelt.

⁸ Rothgang/Müller (2013): Verlagerung der Finanzierungskompetenz für Medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen von der Pflege in die Krankenversicherung, S. 32

Pflegebedürftige im stationären Bereich finanziell benachteiligt werden und der Gesetzgeber diese Ungleichheit weiter fördert.

- die Wirtschaftlichkeit der Pflegeleistungen zu gewährleisten und damit auch die finanzielle Belastung für Pflegebedürftige, Angehörige und Sozialhilfeträger zu minimieren.
- die Finanzierbarkeit der Kranken- und Pflegekassenleistungen zukunftsfähig sicherzustellen.

Änderungsvorschlag:

Frau Halletz fordert, dass die behandlungspflegerischen Leistungen nach § 37 SGB V im stationären Bereich nicht mit dem Pflegesatz abgegolten sind, sondern künftig analog dem ambulanten Bereich vergütet werden. Der § 43 Abs. 2 SGB XI ist folgendermaßen anzupassen:

(2) Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen übernimmt die Pflegekasse im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung ~~und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.~~

Wie kann der Bedarf an Personal in der Altenpflege weiter nachhaltig und zukunftsorientiert gedeckt werden: **Durch die Erweiterung der Definition der Personalbemessung in der Altenpflege.**

Ist eine 50 %-ige Fachkraftquote in der stationären Altenpflege noch sinnvoll? Flexibilität ist gefordert! Personalschlüssel sagen nichts über die Qualität der Pflege und die Zufriedenheit der Bewohner in den Pflegeeinrichtungen aus. Sie belasten vor allem kleine und mittelständische Einrichtungen und gefährden somit die wohnortnahe Versorgung. Wird der Personalschlüssel in den Einrichtungen nicht erfüllt, drohen Belegungsstopp und Sanktionen.

Es haben sich viele verschiedene Professionen in der Pflege etabliert, die der Entlastung der Altenpflege-Fachkräfte dienen und eine hohe Qualität der Pflege ermöglichen. Hierzu zählen ausgebildete

- Heilerziehungspfleger/in,
- Logopädin/en,
- Ergotherapeut/in,
- Physiotherapeut/in,
- Masseur/r und medizinische/r Bademeister/in,

sowie die Helfer- und Assistenzberufe

- Fachkraft zur Pflegeassistenz,
- Altenpflegehelfer/in,
- Sozialassistent/in,
- Heilerziehungspflegehelfer/in.

Allerdings werden diese Berufe in fast allen Bundesländern nicht in die Fachkraftquote und somit nicht in die Berechnung der Personalschlüssel einbezogen. Die Pflegeschlüssel werden in Rahmenvereinbarungen auf Länderebene vereinbart. Bundeseinheitliche Pflegeschlüssel gibt es nicht, welche aus der Sicht von Frau Halletz aufgrund der teils sehr unterschiedlichen Bewohnerklientel, der Lage der Pflegeeinrichtung und vielen weiteren Faktoren auch schwer umsetzbar sind. Vielmehr sollte der Gesetzgeber ermöglichen, die Personalschlüssel in den landesspezifischen Heimrechten flexibler gestalten zu können, denn reine Zahlenwerte für Personalvorhaltung sagen noch nichts über die Qualität der Pflege und die Zufriedenheit der Bewohner in den Pflegeeinrichtungen aus.

Frau Halletz appelliert an den Gesetzgeber, die Pflegekassen und Sozialhilfeträger, nicht nur reine Quoten neu zu verhandeln, sondern den Faktor Mensch mit einzubeziehen. Die

Erweiterung des Fachkraftbegriffes und damit die Anerkennung weiterer in der Altenpflege tätigen Professionen kann dabei helfen, den Fachkraftmangel abzuschwächen. Das System der Personalbemessung muss sofort angepasst werden. Wir können nicht bis zum Jahre 2020 warten und die kommende Legislaturperiode zur Verbesserung der Personalsituation in der Pflege ungenutzt lassen.

Verfahrensvorschlag:

Frau Halletz schlägt vor, den § 83 Abs. 1 Punkt 4. SGB XI um eine Rechtsverordnung über die personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen zu ergänzen, welche die Flexibilisierung der Personalausstattung in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß unserer obigen Ausführung enthält.