

**Bundesverband privater Anbieter
sozialer Dienste e.V.
(bpa)**

Stellungnahme

**zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Professionelle Pflegekräfte wertschätzen und entlasten – Nicht nur
in der Corona-Krise**
Bundestags-Drucksache 19/19136

**und zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Pflegerische Angehörige unterstützen – Nicht nur in der Corona-Krise**
Bundestags-Drucksache 19/18957

Berlin, 03. September 2020

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	3
I.) Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	3
Professionelle Pflegekräfte wertschätzen und entlasten – Nicht nur in der Corona-Krise	
Ausgewählte Forderungen des Antrags	3
Stellungnahme	5
II.) Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	15
Pflegende Angehörige unterstützen – Nicht nur in der Corona-Krise	
Ausgewählte Forderungen des Antrags	15
Stellungnahme	16

Vorbemerkung

Der **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)** bildet mit mehr als 11.000 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Einrichtungen der ambulanten und (teil-) stationären Pflege, der Behindertenhilfe und der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft sind systemrelevanter Teil der Daseinsvorsorge. Als gutes Beispiel für Public-private-Partnership tragen die Mitglieder des bpa die Verantwortung für rund 335.000 Arbeitsplätze und ca. 25.000 Ausbildungsplätze. Mit rund 5.600 Pflegediensten, die ca. 255.000 Patienten betreuen, und 5.400 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 330.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung bundesweit. Vor diesem Hintergrund nimmt der bpa wie folgt Stellung.

I.) Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Professionelle Pflegekräfte wertschätzen und entlasten – Nicht nur in der Corona-Krise

A) Ausgewählte Forderungen des Antrags

Die Bundesregierung soll kurzfristige Maßnahmen zum Schutz und zur Wertschätzung von Pflegekräften in der Corona-Krise umsetzen.

1. Beschäftigte im Gesundheits-, Pflege- und Assistenzbereich, die besonderen Risiken durch die Corona-Pandemie ausgesetzt sind, sollen eine Corona-Prämie erhalten, die aus Steuermitteln finanziert wird.
2. Durch das Einsetzen einer Task Force, die sowohl die Beschaffung als auch die heimische bzw. europäische Produktion von Schutzausrüstung koordiniert und stärkt, ist die Versorgung mit solcher zügig in allen Sektoren zu verbessern.
3. Mit den Ländern ist sicherzustellen, dass Pflege-, Assistenz- und Betreuungskräfte Zugang zu regelmäßiger Testung auf COVID-19 erhalten und Testkapazitäten prioritär für sie eingesetzt werden.
4. Die Ausweitung der Arbeitszeit auf bis zu zwölf Stunden und die Verkürzung der Ruhezeiten auf bis zu neun Stunden durch die COVID-19-Arbeitszeitverordnung ist unverzüglich zurückzunehmen.
5. In Zusammenarbeit mit dem Robert-Koch-Institut, den zuständigen Landesbehörden sowie medizinisch-wissenschaftlichen

Fachgesellschaften sollen bundeseinheitliche Standards zur Krisenintervention in gesundheitlichen und pflegerischen Einrichtungen sowie Einrichtungen der Behindertenhilfe mit COVID-19-Ausbruch entwickeln werden, die Beschäftigte und Leitungskräfte unterstützen; bei Bedarf auch personell.

6. Im Dialog der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Arbeitgeberverbänden in der Pflege und der Behindertenhilfe ist sicherzustellen, dass die Beschäftigten Zugang zu Schulungen im Umgang mit COVID-19 haben. Bei Bedarf soll zudem psychologische Betreuung zur Verfügung stehen. Mehrkosten für diese müssen erstattungsfähig sein.

Zur grundlegenden Verbesserung der Arbeitssituation von professionellen Pflegekräften sollen zudem weitere Maßnahmen ergriffen werden:

7. Eine Einigung der Tarifpartner für eine tarifgebundene Bezahlung in der Altenpflege ist zu unterstützen und ein entsprechender Tarifvertrag schnellstmöglich für allgemeinverbindlich zu erklären.

8. Es sollen umgehend die Voraussetzungen für geschaffen werden, dass wissenschaftlich basierte Personalbemessungsinstrumente eingesetzt werden, die sich am tatsächlichen Pflegebedarf der Menschen orientieren.

9. Die Bemühungen um höhere Ausbildungszahlen sind zu intensivieren. Bei der Weiterentwicklung der Ausbildung ist dafür Sorge zu tragen, dass Pflegekräften kontinuierlich wissenschaftliche, technologische und soziologische Kenntnisse und Fähigkeiten vermittelt werden.

10. Die Möglichkeit heilkundliche Tätigkeiten auszuüben (§ 5a IfSG), ist dauerhaft zu verankern.

11. Zur Stärkung der Berufsgruppe ist der Aufbau einer Bundespflegekammer zu unterstützen. Diese soll Mitsprache in Gremien wie dem Gemeinsamen Bundesausschuss, dem Qualitätsausschuss Pflege, der gematik und anderen Entscheidungs- und Organisationsprozessen erhalten.

12. Der Fachkräftemangel soll entschiedener bekämpft werden. Hierzu sind die Hürden für die Zuwanderung ausländischer Fachkräfte weiter abzubauen, patientenorientierte Pflegeprozessorganisation zu schaffen, eine vollständige Einbeziehung in die Digitalisierung des Gesundheitswesens anzustreben, eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu ermöglichen sowie alters- und geschlechtersensible Personalkonzepte und umfassende Gesundheitsförderung zu etablieren.

B) Stellungnahme

Zu Ziffer 1, Corona-Prämie

Die Zahlung einer Prämie an die Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen als Zeichen der Wertschätzung für die besonderen Anforderungen während der Corona-Pandemie gemäß § 150a SGB XI wurde vom bpa ausdrücklich begrüßt. Dass alle Beschäftigten, von der Verwaltungs-, über die Reinigungs- bis zur Pflegekraft, anteilig erfasst wurden, war folgerichtig. Hier wurde unbürokratisch etwa eine Milliarde Euro zur Verfügung gestellt, was uneingeschränkt anerkennenswert ist. Dass sich schlussendlich alle Bundesländer für die Aufstockung der Prämie entschieden haben, findet ebenfalls die deutliche Anerkennung des bpa.

Der erste Auszahlungstermin der Prämie ist unterdessen vorüber. Viele Beschäftigte haben die Prämie bereits in vollem Umfang erhalten. Andere werden im Dezember den ihnen zustehenden Anteil ausgezahlt bekommen. Aktuell gibt es noch einige Probleme in der Umsetzung. Dies betrifft in erster Linie diejenigen, die bei Servicegesellschaften beschäftigt sind. Hier sind die Festlegungen des GKV-Spitzenverbands und die Umsetzungen der Aufstockung durch die Bundesländer häufig nicht kompatibel. Einige Bundesländer haben zudem noch nicht die nötigen Schritte zur Umsetzung der Aufstockung für diese Beschäftigtengruppe vorgenommen. Der bpa appelliert an die Landesregierungen, hier für schnelle und unbürokratische Lösungen zu sorgen, damit auch Beschäftigte von Servicegesellschaften die komplette Prämie beziehen können.

Zu Ziffer 2, Schutzausrüstung

Die Pflegeeinrichtungen müssen sich insbesondere während einer Pandemie auf das Wesentliche konzentrieren können: die Versorgung ihrer Bewohner und pflegebedürftigen Kunden. Absolute Priorität hat der Schutz der pflegebedürftigen Menschen und der Beschäftigten. Um die Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung zu gewährleisten, ist die Versorgung mit Schutzausrüstung existenziell.

Zu Beginn der Pandemie waren die Bestände an Schutzausrüstung der Pflegeheime und Pflegedienste jedoch innerhalb weniger Wochen aufgebraucht. Neues Material war so gut wie nicht zu bekommen und wenn dann zu Preisen die bis zum zehnfachen über den bisherigen Kosten lagen. Die Landesministerien und Gesundheitsämter trafen zwar Anordnungen, welche hygienischen Anforderungen zu beachten seien, konnten jedoch zunächst keine oder nur unzureichende Schutzausrüstung stellen.

Der bpa hat deshalb ein eigenes Selbsthilfeprogramm zur Beschaffung von Schutzausrüstung für seine Mitglieder aufgelegt. Deutlich über 20 Millionen Schutzmasken wurden gekauft und bundesweit verteilt. Mehr als jede dritte

Pflegeeinrichtung in Deutschland konnte davon profitieren. Die Mitgliedsunternehmen des bpa sind ein exzellentes Beispiel für Public-private-partnership. Sie sind diejenigen, die flächendeckend Dienstleistungen von allgemeinem Interesse erbringen. Private Anbieter stellen die Hälfte der pflegerischen Grundversorgung in Deutschland sicher. Unsere Mitgliedsbetriebe sind systemrelevant für ein funktionierendes pflegerisches Versorgungsangebot. Nicht nur die sichere Versorgung mit Strom, Gas oder Wasser gehört zur Daseinsvorsorge. Die Mitgliedsunternehmen des bpa sind elementarer Teil der Daseinsvorsorge in Deutschland, auch wenn das offenbar noch nicht jeder begriffen hat. Teil der Daseinsvorsorge zu sein ist Verpflichtung, aber begründet auch den Anspruch auf die Anerkennung unserer Leistung.

Unterdessen hat sich Markt für Schutzausrüstung weitestgehend normalisiert. Für die meisten Produkte ist es wieder möglich, über die etablierten Lieferketten das nötige Material, offensichtlich mit Ausnahme von Handschuhen, zu besorgen.

Wichtiger als der Produktionsstandort der Materialien ist für die Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit, gesichert über Vorräte verfügen zu können. Die teils hohen Lagerbestände der Bundesländer dürfen nicht zu einem Problem, sondern müssen Teil einer zukunftsfesten Lösung werden. Der bpa hält es für sinnvoll, sowohl allen Pflegeheimen und -diensten als auch den Einrichtungen der Behindertenhilfe eine nach Einrichtungsgröße gestaffelte Ausstattung mit persönlicher Schutzausrüstung (PSA) zur Verfügung zu stellen und damit einen dauerhaften Mindestbestand zu sichern. Den Pflegeheimen und -diensten wäre zu erlauben, Ware aus diesem Mindestbestand einzusetzen mit der verpflichtenden Auflage, den Bestand umgehend wieder aufzufüllen. Damit wären gleich mehrere Vorteile verbunden. So stünde dauerhaft eine verlässliche zusätzliche Reserve zur Verfügung, zentrale Lagerkapazitäten würden durch dezentrale Bevorratung entlastet und der Warenbestand könnte fortlaufend aktualisiert werden, um eventuelle Schäden durch zu langer Lagerung erst gar nicht entstehen zu lassen. Insbesondere mit Blick auf eine hoffentlich ausbleibende zweite Welle könnte ein entscheidender Puffer geschaffen werden.

Eine Lehre aus der Pandemie muss zudem die sichere Finanzierung der jederzeitigen Vorhaltung zusätzlicher Schutzausrüstung sein.

Zu Ziffer 3, Testungen

Die Pflegeeinrichtungen und die von ihnen versorgten Menschen sind als besondere Risikogruppen besonders gefährdet. Trotzdem müssen die Pflegeheime wie die Pflegedienste im Alltag erleben, dass der Zugang zu Tests nach wie vor die Ausnahme darstellt. Selbst bei Verdachtsfällen ist ein Test aller Mitarbeiter und Pflegebedürftigen nicht überall gewährleistet.

Notwendig sind hingegen regelhafte und wiederholende Tests, die vorrangig und symptomunabhängig erfolgen. Nur so wird aus einer Momentaufnahme ein belastbares Bild. Außerdem könnte sehr schnell und sehr genau eingegriffen werden, aber auch begründet die Einschränkungen gelockert werden. Es ist daher sinnvoll, Tests in Pflegeeinrichtungen als reguläres Angebot auszugestalten.

Die auf Grundlage von § 20i SGB V beschlossene Verordnung zur Ermöglichung entsprechender Testungen schafft alle Voraussetzungen für die regelmäßige Durchführung solcher in Pflegeeinrichtungen. Pflegebedürftige und Beschäftigte sollen durch diese die Möglichkeit erhalten, auch bei Symptombefreiheit auf eine Infektion getestet zu werden. Allein die Umsetzung in den Bundesländern und durch die Gesundheitsämter ist mangelhaft. Die Möglichkeiten der Verordnung werden nicht annähernd in angemessenem Umfang genutzt. Der bpa unterstützt daher die Forderung ausdrücklich, Testkapazitäten prioritär für die Risikogruppen der Pflege zu nutzen.

Die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) hat in ihrer Telefonkonferenz mit dem Bundesministerium für Gesundheit am 24.08.2020 Maßnahmen beschlossen, die die Testungen in den Pflegeeinrichtungen vorantreiben sollen:

„Die Nationale Teststrategie und die Test-Verordnung werden zum 01.10.2020 so überarbeitet, dass mit dem Start in den Herbst Reihentestungen der Beschäftigten in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen leichter regelhaft möglich werden. Der Eintrag des Virus in diese Einrichtungen soll minimiert werden.“

Der bpa fordert die Landesregierungen auf, dem GMK-Beschluss Taten folgen zu lassen. Es müssen schnell und umfassend die nötigen Schritte ergriffen werden, um endlich regelhaft und regelmäßig die Bewohner, Patienten und Beschäftigten von Pflegeeinrichtungen zu testen.

Zu Ziffer 4, Arbeitszeit

Durch die COVID-19-Arbeitszeitverordnung wurde zu Beginn der Pandemie eine befristete Ausnahmeregelung zur Arbeitszeit eingeführt. Die tägliche Höchstarbeitszeit durfte vorübergehend – bis zum 30. Juni 2020 – auf bis zu 12 Stunden verlängert werden; in dringenden Ausnahmefällen sogar über 12 Stunden hinaus. Zudem durfte die Ruhezeit zwischen zwei Diensten auf bis zu neun Stunden gekürzt werden.

Anders als häufig dargestellt, war damit keine Erhöhung der maximalen wöchentlichen Arbeitszeit verbunden. Darüber hinaus bestand die Regelung zur durchschnittlichen täglichen Arbeitszeit in § 3 Satz 2 Arbeitszeitgesetz fort. Diese besagt, dass bei einer vorübergehenden Erhöhung der

täglichen Arbeitszeit über acht Stunden innerhalb von sechs Kalendermonaten oder innerhalb von 24 Wochen eine durchschnittliche tägliche Arbeitszeit von acht Stunden herzustellen ist. Unterdessen ist die COVID-19-Arbeitszeitverordnung nicht länger in Kraft.

Der bpa hat die Ausnahmeregelungen zur Arbeits- und Ruhezeit begrüßt. Sie waren eine Maßnahme zu Beginn der Pandemie, als die Auswirkungen auf die Pflegeeinrichtungen und die Personalausstattung noch nicht komplett absehbar waren. Die Verordnung hat die rechtlichen Grundlagen geschaffen, um in einer Ausnahmesituation die Versorgung aufrechterhalten zu können. Dass die Inanspruchnahme der Möglichkeiten nicht flächendeckend notwendig war, war ein Glücksfall. Gleichwohl sollte die Möglichkeit für entsprechende Ausnahmeregelungen auch weiterhin bestehen. Zudem sei der Hinweis gestattet, dass die Versorgung der pflegebedürftigen Menschen auch in Ausnahmesituationen zu gewährleisten ist. Wir sind den vielen Mitarbeitenden außerordentlich dankbar, die in dieser Zeit mit größtem Engagement die Versorgung gesichert haben.

Angemerkt sei überdies, dass auch verschiedene Bundesländer ähnliche Regelungen getroffen haben. Beispielhaft sei hier auf Berlin und Hessen verwiesen.

Zu Ziffer 5, Standards zur Krisenintervention

Klare Empfehlungen für den Umgang mit akuten Ausbruchssituationen sind eine wichtige Hilfe für die Pflegeeinrichtungen. Entscheidend ist jedoch, dass diese nicht nur den idealtypischen wissenschaftlichen Umgang skizzieren, sondern konkrete Handlungsanleitungen für die pflegerische Praxis beinhalten. Es ist wenig hilfreich den Pflegeheimen und ambulanten Diensten Empfehlungen zur Verfügung zu stellen, deren Umsetzung nicht möglich ist oder eine drastische Reduzierung der pflegerischen Versorgung bedeuten würde. Darüber hinaus muss sichergestellt sein, dass auch Landesregierungen, Gesundheitsämter und Pflegekassen zur Ermöglichung des Einhaltens von entsprechenden Standards verpflichtet werden. Wenn Pflegeeinrichtungen bestimmte Maßnahmen garantieren sollen, ihnen aber dabei entstehende Kosten nicht ersetzt werden oder die Unterstützung des Gesundheitsamtes fehlt, führt dies zu neuerlichen Problemen.

Der bpa hat bereits Mitte März Grundanforderungen zur Bewältigung der Krise formuliert und die Notwendigkeit klarer, eindeutiger und sofort umsetzbarer Regelungen verdeutlicht. Dazu gehören klare Aussagen darüber, dass die Versorgung vorgeht, notwendige Schutzausrüstung bereitgestellt wird, formale Anforderungen und langwierige Genehmigungsverfahren die Versorgungssicherstellung nicht gefährden dürfen und jegliche wirtschaftlichen Gefährdungen verbindlich ausgeschlossen werden.

Zusätzliches Personal bei Bedarf im Krisenfall kann in Situationen, in denen auch die Beschäftigten von größeren Erkrankungsausbrüchen betroffen sind, hilfreich sein. Unklar bleibt, woher die beschriebene personelle Unterstützung kommen soll.

Zu Ziffer 6. psychologische Betreuung

Die Schulungen im Umgang mit COVID-19 wurden sehr schnell notwendig in Pflegeeinrichtungen. Wichtig für künftige Situationen ist die Sicherstellung der Finanzierung. Während mittlerweile die Liste der Fragen und Antworten zur Umsetzung der Kostenerstattungs-Festlegungen des GKV-Spitzenverbands eine Kostenübernahme zumindest „im Ausnahmefall“ (Nr. 5 der Liste) vorsieht, war dies noch in den ersten Fassungen der Übersicht ausgeschlossen. Es ist gut, dass hier zumindest in Teilen ein Umdenken stattgefunden hat. Kostenersparnisse der Pflegekassen zu Lasten der Weiterbildung der Pflegekräfte in der Pandemie sind niemandem zu vermitteln.

Zu Ziffer 7. tarifgebundene Bezahlung

Die Entgeltentwicklung in der Altenpflege ist in den letzten Jahren außerordentlich dynamisch. Von 2015 bis 2019 (neueste Zahlen) stieg der Median der Entgelte für Altenpflegefachkräfte um 18,6 Prozent. Der Median für alle Beschäftigten in Deutschland stieg um „nur“ 10,3 Prozent. Von 2018 auf 2019 gab es das größte Lohnplus in der Altenpflege in den letzten fünf Jahren. Der Wettbewerb sorgt für höhere Löhne in der Altenpflege. Der bpa geht davon aus, dass sich diese Entwicklung fortsetzen wird. All das geschieht ohne die Verordnung von Zwangstarifen. Die Pflegeeinrichtungen haben ein ausgeprägtes Interesse daran ihren Beschäftigten beste Arbeitsbedingungen zu bieten. Dies umfasst wettbewerbsfähige Gehälter, aber auch viele weitere Aspekte.

Die Tarifautonomie ist grundgesetzlich geschützt. Eine Umgehung dieser durch die Allgemeinverbindlichkeitserklärung des Tarifvertrags eines Miniarbeitgeberverbands und einer Gewerkschaft, die kaum Beschäftigte in der Altenpflege vertritt, wäre verfassungsrechtlich mehr als bedenklich.

Der der bpa Arbeitgeberverband stellt seinen Mitgliedern in jedem Bundesland mit Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR) eine arbeitsvertragliche Ordnung zur Verfügung, die sowohl den wirtschaftlichen Interessen ihrer Mitglieder als auch den sozialen Interessen ihrer Arbeitnehmer entspricht. Diese ermöglichen eine attraktive Entlohnung. Die Kostensteigerungen resultieren vor allem aus der politisch gewollten besseren Bezahlung der Mitarbeiter. Entscheidend ist deshalb die Refinanzierung der allseits gewollten Lohnsteigerungen. Diese findet bisher nicht im erforderlichen Umfang statt. Es werden gesellschaftlich anerkannte und politisch gewollte Forderungen aufgestellt, ohne die Kostenträger eindeutig zu deren Refinanzierung zu verpflichten. Gleichzeitig wird den Pflegeeinrichtungen das

unternehmerische Risiko und Wagnis, im wissenschaftlich belegten und erforderlichen Umfang, vorenthalten. Wer bessere Bezahlung will und dann den höheren Eigenanteil problematisch findet, muss den Pflegekassenanteil erhöhen.

Zu Ziffer 8, Personalbemessung

Mit dem zweiten Zwischenbericht des Projekts zur Ermittlung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen gemäß § 113c SGB XI liegt eine fundierte Grundlage für die wünschenswerte Personalausstattung in Pflegeheimen vor. Ein erster Schritt zur Umsetzung der Erkenntnisse soll durch das Versorgungsverbesserungsgesetz erfolgen, welches derzeit als Referentenentwurf vorliegt.

Die Ergebnisse des Projekts offenbaren einen Personalmehrbedarf. Dieser ist jeweils abhängig von der einrichtungsindividuellen Personalausstattung und dem Bewohnermix. Im Durchschnitt wird etwa ein Drittel mehr Personal benötigt, wobei dies fast ausschließlich Assistenzkräfte betrifft. Bei Fachkräften fehlen aktuell im Schnitt lediglich 3,5 Prozent.

Auf die Bundesländer kommt nun die Herausforderung zu, mit Blick auf wachsende Versorgungslücken die wissenschaftliche Expertise zu nutzen und erste Schritte zu ermöglichen, die bei insgesamt steigender Personalausstattung zu einem an Pflegegraden ausgerichteten Verhältnis von Fachkräften zu Assistenzkräften führen. „Dynamische Ausgestaltung der Fachkraftquote“ lauten hier die Stichworte.

Die Rahmenbedingungen für die künftige Versorgungsstruktur müssen dabei so ausgestaltet werden, dass bei einer absehbar steigenden Zahl pflegebedürftiger Menschen möglichst vielen ein verlässliches professionelles Angebot gemacht werden kann. Bereits heute müssen die Verantwortlichen der Pflegeheime bei der Aufnahme darauf achten, dass die verfügbare Personalausstattung im Einklang steht mit der nach Pflegegraden differenzierten und vereinbarten Personalmenge. Solange das versorgungspolitisch wichtige Ziel verfolgt wird, möglichst vielen pflegebedürftigen Menschen auch ein angemessenes professionelles Angebot machen zu können, wird sich hieran nur insofern etwas ändern, als künftig auch ein differenzierter Personalmix zu beachten wäre.

Während die Versorgung in der vollstationären Pflege durch die Neuregelung im Versorgungsverbesserungsgesetz gestärkt wird, fehlt eine vergleichbare Initiative für den ambulanten Sektor. Die steigende Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen der letzten Jahre ist trotz des Personalzuwachses und der Arbeitsverdichtung nicht zu decken. Folge: Die Versorgung ist gefährdet und nicht mehr sichergestellt. Dies zeigen Befragungen

des bpa und der Wohlfahrtsverbände unter seinen und ihren Mitgliedern. Zahlen und Daten des DIP Köln im Pflege-Thermometer und des Zentrums für Qualität in der Pflege bestätigen die Befragungsergebnisse. Im Bericht zum ambulanten Bereich der Studie gemäß § 113c SGB XI wurde die Gefährdung der Versorgungssicherheit ebenfalls festgestellt:

„Diese konkretisiert sich in weit verbreiteten Aufnahmestopps neuer Pflegehaushalte, weil die Kapazitäten der ambulanten Pflegedienste dafür nicht mehr ausreichen. Die gefährdete Versorgungssicherheit konkretisiert sich darüber hinaus in Verkleinerungstendenzen der ambulanten Pflegedienste hinsichtlich ihres Einzugsgebiets. Einige Dienste verkleinern ihren Radius, andere fahren einzelne Stadtteile in Großstädten oder bestimmte Dörfer in ländlichen Regionen nicht mehr an. Als dritter Indikator einer gefährdeten Versorgungssicherheit wurde die Kündigung bestehender Verträge mit Pflegehaushalten genannt.“

(Zweiter Zwischenbericht im Projekt „Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM)“, Seite 296)

Die seitens Prof. Dr. Büscher festgestellten Effekte der Verkleinerungen der Versorgungsgebiete, der Reduzierung der Anzahl der versorgten Pflegebedürftigen, bis hin zu Kündigungen von bestehenden Versorgungen werden sich durch die demographische Entwicklung absehbar weiter verstärken.

Es ist daher dringend angezeigt auch konkrete Verbesserungen für die Personalausstattung in der ambulanten Pflege vorzunehmen. Die Pflegedienste benötigen kurzfristig wirkende Maßnahmen, die einen Ausweg aus den aufgezeigten Versorgungslücken und der fehlenden Sicherstellung bieten.

Zu Ziffer 9, Ausbildung

Der bpa teilt die Einschätzung der Antragsteller, dass alles unternommen werden muss, um höhere Eintritts- wie Abschlusszahlen in den Pflegeausbildungen zu erreichen. Dabei darf nicht nur die Ausbildung zur Pflegefachkraft in den Blick genommen werden. Entscheidend ist es in allen Qualifikationsniveaus Personen zu gewinnen und sie konsequent weiterzubilden. Die Ausbildungen zur Altenpflegefachkraft sowie zur Altenpflegehilfskraft zeigen seit vielen Jahren große Beliebtheit. Diese Entwicklung darf durch die Einführung der generalistischen Pflegeausbildung nicht gefährdet werden. Es ist daher entscheidend auch zukünftig den Schwerpunktabschluss in der Altenpflege flächendeckend gleichberechtigt anzubieten und zu bewerben. Leider ist zu befürchten, dass der Rechtsanspruch auf ein Wahlrecht zur Spezialisierung in der Altenpflege durch zu geringe Schulkapazitäten droht ausgehebelt zu werden.

Anders als in der Antragsbegründung geschrieben, lautet die Vereinbarung der Konzertierten Aktion Pflege nicht die Ausbildungszahlen um jährlich durchschnittlich 10 Prozent zu steigern. Stattdessen soll nach Ende der „Ausbildungsoffensive Pflege“ im Jahr 2023 die Zahl der Auszubildenden um 10 Prozent über dem Wert von 2019 liegen. Der bpa teilt dieses Ziel, hat jedoch Bedenken, ob es aufgrund der diversen restriktiven Anforderungen erreicht werden kann.

Zu Ziffer 10, heilkundliche Tätigkeiten

Der bpa setzt sich seit langem für eine Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten auf Pflegekräfte ein. Die Regelung des § 5a Infektionsschutzgesetz wurde deshalb vom bpa begrüßt. Dass diese jedoch in der Praxis tatsächlich zur Anwendung kam, ist dem bpa nicht bekannt. Dies entspricht der Entwicklung, die bereits seit Jahren bei der Diskussion um die Frage der Vorbehaltstätigkeiten bzw. der Delegation oder Übernahme von Aufgaben beobachtet werden kann.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für eine Stärkung der Pflegeberufe im Rahmen der Delegation von Aufgaben an diese sind vorhanden. Den in § 63 Abs. 3b und 3c SGB V verankerten Modellversuchen fehlt es bis heute jedoch an der Umsetzung. Sie wurden mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz eingeführt, das im Juli 2008 in Kraft getreten ist. Rund vier weitere Jahre hat es gedauert, bis im März 2012 die notwendigen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses hierzu in Kraft getreten sind. Nach Kenntnis des bpa gibt es seither, mit einer Ausnahme in Niedersachsen, keine diesbezüglichen Modellprojekte.

Gut ausgebildete Pflegefachkräfte verfügen über umfassendes Wissen in der Versorgung und sind in der Regel, insbesondere aufgrund der täglichen Anwesenheit bei den Pflegebedürftigen, deutlich vertrauter mit der jeweiligen Patientensituation als der durchschnittliche Arzt. Sie sind dementsprechend häufig besser in der Lage, eine Einschätzung der Notwendigkeit und des Umfangs der Versorgung zu treffen. Dementsprechend sollte den Pflegefachkräften – zumindest in Modellversuchen – die Auswahl, die Frequenz und die Dauer ausgewählter Leistungen der häuslichen Krankenpflege sowie der Leistungen nach § 63 Abs. 3b und c SGB V übertragen werden. Die Versorgungsqualität der Patienten und Pflegebedürftigen kann durch eine Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten nachdrücklich gesteigert werden.

Zu Ziffer 11, Bundespflegekammer

Kammern – egal, ob auf Landes- oder auf Bundesebene – tragen nicht zur Stärkung des Pflegeberufes bei. Ganz im Gegenteil: Sie kosten die Pflegekräfte Zwangsgebühren, verordnen Zwangsförderungen und überziehen sie mit Zwangskontrollen. Zudem wird regelhaft eine

Zweiklassengesellschaft etabliert, indem Kammern nur den Fachkräften, nicht jedoch den Pflegehelfern eine Stimme geben. Die Auseinandersetzung um Pflegekammern wird überwiegend ideologisch geführt. Immer wieder wird suggeriert, sie seien für Aspekte, wie Gehälter, Arbeitsbedingungen, Vertragsverhandlungen, Qualitätsanforderungen oder Fragen der Personalausstattung zuständig. Faktisch sind sie aber genau hierfür nicht zuständig, sondern dürfen lediglich interne Regeln für ihre Berufsgruppe aufstellen und diese sanktionieren. Die Erfahrungen in Niedersachsen und Schleswig-Holstein zeigen eindrucksvoll, dass die Kammern weniger damit beschäftigt sind, für Verbesserungen in der Pflegepolitik zu werben, sondern mehr mit dem Streit mit den eigenen Mitgliedern. Die deutliche Ablehnung der Zwangsmitgliedschaft versuchen die Landesregierungen nun mit Beitragsfreiheit zu mildern. Befragungen in Hamburg, Hessen, Brandenburg oder Mecklenburg-Vorpommern zeigten, dass es unter den dortigen Pflegekräften keine Mehrheit für eine Pflegekammer gibt.

Zwangskammern lehnt der bpa deshalb ab. Eine sinnvolle Alternative wurde in Bayern mit der „Vereinigung der Pflegenden“ gefunden. Diese ist eine schlank organisierte und auf Konsens setzende Interessenvertretung, die alle Akteure der Pflege einbindet, ohne auf einen Zwang zur kostenpflichtigen Mitgliedschaft zu setzen.

Zu Ziffer 12, Fachkräftemangel

Der Fachkräftemangel in der Altenpflege ist nicht nur die schwierigste Herausforderung für die Pflegeeinrichtungen, sondern eine zentrale gesellschaftspolitische Herausforderung dieser und kommender Legislaturperioden. Die Politik wird sich daran messen lassen müssen, ob sie die Pflegeeinrichtungen bei ihren immensen Bemühungen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung umfassend unterstützt oder durch halbherzige Maßnahmen, unnötige Regulierung und Bürokratie sowie das permanente Wiederholen unbelegter Vorurteile nachhaltig schädigt.

In den vergangenen Jahren gab es in den Pflegeheimen und ambulanten Diensten permanente Ausbildungs- und Beschäftigungsrekorde. Allein in den letzten Jahren wurden mehr als 100.000 neue Stellen besetzt. In der Ausbildung zur Altenpflegefachkraft befinden sich mehr Menschen als in der Krankenpflegeausbildung. Die Altenpflege war und ist der Jobmotor in Deutschland. Die außerordentliche hohe Zahl von Menschen, die in den vergangenen Jahren trotz andauernder medialer und politischer Negativberichte in den Beruf gefunden hat, zeigt die große Attraktivität des Altenpflegeberufes. Nichtsdestotrotz führt die demographische Entwicklung zu einem immer stärker werdenden Personalmangel. Alle bekannten Studien gehen von enormen Fachkräftelücken in den nächsten Jahren aus.

Der bpa begrüßt daher die Zielsetzung der entschiedenen Bekämpfung des Fachkräftemangels ausdrücklich. Die im Antrag diesbezüglich

vorgeschlagenen Maßnahmen sind unterschiedlich gut geeignet. Insbesondere der weitere Abbau von Hürden bei der Einwanderung ausländischer Fachkräfte sowie die umfassende Digitalisierung von Prozessen sind maßgeblich für die Linderung der Fachkräftelücke. Sie müssen gleichwohl auch konsequent betrieben werden. Dies bedeutet u.a. Prozesse bei der Anwerbung und Anerkennung weiter zu entbürokratisieren und zu beschleunigen sowie bei der Digitalisierung sicherzustellen, dass die entstehenden Kosten refinanziert werden und Prozesse tatsächlich ausschließlich digital abgebildet werden können – ohne paralleles Vorhalten von Papierunterlagen.

Inwieweit eine patientenorientierte Pflegeprozessorganisation nach internationalen Standards oder alters- und geschlechtersensible Personalkonzepte über die bereits in diesem Bereich bestehenden und von den Pflegeeinrichtungen umgesetzten Maßnahmen hinaus einen positiven Effekt haben können, kann aufgrund der nicht näheren Beschreibung im Antrag nicht bewertet werden.

Die Vereinbarungen der Konzertierte Aktion Pflege bieten darüber hinaus umfangreiche Vorschläge, die zu einer Entlastung der Pflegeeinrichtungen und ihrer Beschäftigten führen können. Der Gesetzgeber ist gefordert, die hierfür notwendigen Maßnahmen umzusetzen. Zentral ist insbesondere die Garantie einer verlässlichen Finanzierung. Beispielhaft sei auf die Schaffung von Springerpools verwiesen, die dazu beitragen können Dienstpläne verlässlicher zu gestalten. Das Vorhalten dieser wird aber nur dann flächendeckend möglich sein, wenn eine reguläre Refinanzierung der Kosten gegeben ist.

II.) Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Pflegerische Angehörige unterstützen – Nicht nur in der Corona-Krise

A) Ausgewählte Forderungen des Antrags

1. Die Bundesregierung soll Maßnahmen ergreifen, mit denen der Infektionsschutz für pflegebedürftige Menschen und Pflegepersonen erhöht wird. Diese umfassen die Ausstattung mit einer ausreichenden Anzahl an geeigneter Schutzausrüstung und Desinfektionsmitteln sowie der Zugang von pflegenden Angehörigen und professionellem Pflegepersonal zu regelmäßigen Tests auf COVID-19.

2b. Zur besseren Auffindbarkeit und Erreichbarkeit von Notbetreuungsangeboten, beispielsweise in Kurzzeit- und Tagespflegeeinrichtungen, soll ein zentrales digitales Register eingerichtet werden.

8. Die Pflegehilfsmittelpauschale nach § 40 SGB XI soll mindestens für die Dauer der epidemischen Lage von nationaler Tragweite von 40 auf 80 Euro erhöht werden.

9. Noch nicht genutzte Leistungsbeträge der Kurzzeitpflege sollen zu 100 Prozent für Leistungen der Verhinderungspflege umgewidmet werden können.

10. Der Entlastungsbetrag soll flexibilisiert und erhöht werden, um so die Versorgungssituation älterer und pflegebedürftiger Menschen zu verbessern, wenn sie in der aktuellen Situation besonders auf Hol-, Bring- und Lieferdienste angewiesen sind. Konkret soll mindestens für die Dauer der epidemischen Lage von nationaler Tragweite eine Erhöhung des Leistungsbetrags auf 250 Euro erfolgen. Zudem soll die Bindung des Entlastungsbetrags an zugelassene Leistungserbringer aufgehoben werden.

13. Mit einem Beteiligungsprozess sollen quartiersnahe Angebote für Menschen mit Unterstützungsbedarf und deren Angehörige entwickelt werden, die in Zeiten besonderer Gesundheitslagen Teilhabe, Betreuung und Pflege sicherstellen. Unter anderem sollen die Kommunen, die Wohlfahrtsverbände und der öffentliche Gesundheitsdienst eingebunden werden.

B) Stellungnahme

Zu Ziffer 1, Schutzausstattung und Testungen

Zur besonderen Bedeutung von ausreichender Schutzausstattung sowie umfangreichen Testungen der Pflegekräfte und Pflegebedürftigen verweist der bpa auf die Ausführungen zum vorherigen Antrag auf den Seiten 5 (Schutzausrüstung) und 6 (Testungen).

Zu Ziffer 2b, Digitales Register

Die Schaffung eines zentralen digitalen Registers zur Übersicht über Kapazitäten in Kurzzeit- oder Tagespflegeeinrichtungen kann grundsätzlich eine sinnvolle Maßnahme für Pflegebedürftige sein. Die Teilnahme muss jedoch in jedem Fall freiwillig bleiben. Es dürfte keine Pflicht zur täglichen Aktualisierung des Angebots bedeuten. Die Erfolge bei der Entbürokratisierung würden andernfalls in Frage gestellt. Insbesondere in Zeiten der Corona-Pandemie werden zudem in einer Vielzahl von Bereichen die Verpflichtungen der Pflegeeinrichtungen temporär gelockert, damit diese sich auf die Leistungserbringung fokussieren können. Eine Meldepflicht wäre damit nicht vereinbar.

Nicht begründet wäre zudem eine ausschließliche Fokussierung auf Notbetreuungsangebote. In der Regel galten diese insbesondere in Tagespflegeeinrichtungen für Gäste, die bereits zuvor in der jeweiligen Tagespflegeeinrichtung waren. Diese werden somit auch über entsprechende Angebote Kenntnis haben.

Zu Ziffer 8, Pflegehilfsmittelpauschale

Der Betrag der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel (§ 40 Abs. 2 SGB XI) wurde durch die COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung bereits von 40 Euro auf 60 Euro erhöht.

Diese Regelung gilt für Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel ab dem 1. April 2020 und ist zunächst befristet bis zum 30.09.2020. Der bpa hat diese Erhöhung begrüßt und setzt sich für eine Verlängerung der Regelung ein. Die im Antrag geforderte Erhöhung auf 80 Euro für die Dauer der epidemischen Lage von nationaler Tragweite wird vom bpa ebenfalls begrüßt.

Zu Ziffer 9, Verhinderungs- und Kurzzeitpflege

Die Leistungen der Pflegeversicherung sind komplex. Eine Flexibilisierung und Erleichterung der Nutzung der Leistungsbudgets ist deshalb grundsätzlich eine sinnvolle Zielsetzung. Die Budgets für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege können schon heute in Teilen miteinander verrechnet

werden. Insbesondere in Anbetracht der aktuell vielfachen Schließung von Kurzzeitpflegeeinrichtung kann es deshalb attraktiv sein, das entsprechende Budget stattdessen für Leistungen der Verhinderungspflege zu nutzen. Gleichwohl muss bei einer vollständigen Verrechnung der Leistungsbeträge davor gewarnt werden, dass es zu Situationen kommen kann, in denen kurzfristig Kurzzeitpflege nötig wird, das diesbezügliche Budget aber bereits durch Leistungen der Verhinderungspflege verausgabt wurde. Von daher sollte eine tatsächliche Umsetzung nur auf das Jahr 2020 beschränkt bleiben. Keinesfalls dürfte eine Zusammenlegung der Budgets dazu führen, dass Kurzzeitpflegeplätze abgebaut werden müssen. Auch strukturell muss insofern darauf geachtet werden, dass das wichtige Entlastungsangebot der Kurzzeitpflege auch dauerhaft bestehen kann.

Um sicherzustellen, dass die Pflegebedürftigen die Ihnen zustehenden Leistungsansprüche vollständig wahrnehmen können, sollten die Pflegekassen verpflichtet werden, jeweils am Ende des dritten Quartals eines Jahres unaufgefordert ihren Versicherten eine Übersicht der verbliebenen Beträge zur Verfügung zu stellen.

Zu Ziffer 10, Entlastungsbetrag

Viele Pflegebedürftige konnten oder wollten in den vergangenen Monaten den ihnen zustehenden Entlastungsbetrag nicht in vollem Umfang in Anspruch nehmen. Dies lässt sich unter anderem auf geschlossene Tagespflegeeinrichtungen und aus Sorge vor einer Corona-Erkrankung durch die Pflegebedürftigen abgesagte Einsätze von Pflegediensten zurückführen. Der Gesetzgeber hat auf diese Entwicklung reagiert und durch das Zweite Bevölkerungsschutzgesetz die Möglichkeit eröffnet, aus 2019 angesparte Leistungsbeträge drei Monate länger bis zum 30.09.2020 zu nutzen. Der Referentenentwurf des Versorgungsverbesserungsgesetzes (GPVG) sieht eine erneute Verlängerung bis zum 31.12.2020 vor.

Davon losgelöst wäre eine Erhöhung des Entlastungsbetrags auf 250 Euro eine sinnvolle Maßnahme, um den Pflegebedürftigen noch mehr Möglichkeiten zu geben, flexibel Leistungen für ihre individuellen Bedürfnisse wahrzunehmen.

Die Aufhebung der Bindung des Entlastungsbetrags an zugelassene Leistungserbringer lehnt der bpa entschieden ab. Die nach dem SGB XI zugelassenen Leistungserbringer erfüllen umfangreiche Qualitätsvorgaben und unterliegen entsprechenden Prüfungen. Die Öffnung gegenüber Anbietern, die keinerlei vergleichbaren Standards unterliegen, würde die Versorgungsqualität eklatant verschlechtern.

Zu Ziffer 13, Quartiersnahe Angebote

Heute reden viele vom scheinbar neuen Quartiersgedanken, ohne die reale Versorgungssituation einzubeziehen. Wenn ein Betreiber vor Ort verwurzelt ist, in der Nähe wohnt, in der Nachbarschaft und im Ort bekannt ist, dann ist er ein elementarer und ganz aktiver Teil des Quartiers. Bei privaten Trägern kommt hinzu, dass sie mit ihrem Namen für ihre Arbeit einstehen müssen. Andere tauschen den Heimleiter aus, wenn es Schwierigkeiten gibt. Ein familiärer privater Träger muss seinen guten Ruf nicht nur verdienen, sondern auch jederzeit verteidigen. Handeln und haften in einer Hand ist nicht nur eine besondere Freiheit, sondern immer auch eine besondere Verpflichtung.

Die gleiche Situation finden wir auch in der ambulanten Versorgung. Mehr als 60 Prozent aller Pflegedienste in Deutschland befinden sich in privater Trägerschaft. In der Regel sind es Familienunternehmen aus der Region, deren Inhaber als Pflegekräfte vor Ort persönlich präsent sind und in der Region, dem Quartier, die Versorgung gewährleisten.

Die Notwendigkeit einer Entwicklung quartiersnaher Angebote in einem umfangreichen Beteiligungsprozess ist aus Sicht der bpa insofern überwiegend nicht nachvollziehbar. Bereits heute bestehen zudem auch umfangreiche theoretische Betrachtungen, Handreichungen sowie Modellprojekte, die aus unterschiedlichster Perspektive Angebote erarbeitet haben. Entscheidend ist die tatsächliche Umsetzung solcher Projekte. Private Anbieter nehmen hierbei seit Jahren eine Vorreiterrolle ein.

Deutschlandweit werden innovative Versorgungsmodelle etabliert, die sowohl Angebote für Menschen mit Pflegebedarf im Besonderen, wie auch die Bedarfe weiterer Bevölkerungsgruppen im Allgemeinen (Arzt- und Sanitätshäuser, KITAS, Apotheken, Supermärkte), in den Blick nehmen. Entscheidend für den Erfolg dieser Investitionen privater Anbieter sind verlässliche Rahmenbedingungen und eine Offenheit für Chancen seitens der Kommunen.

Dass im Antrag die privaten Anbieter, die für das Gros der Innovation und der Investitionsleistung stehen, nicht beteiligt werden sollen, verhindert die Erarbeitung wirksamer und umsetzbarer Ergebnisse. Eine Verbesserung der Versorgungssituation ist somit von vornherein ausgeschlossen.