

Stellungnahme des VDAB

**Zum Entwurf für ein Gesetz zur Stärkung
des Pflegepersonals**

(Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz – PpSG)

VDAB-Hauptstadtbüro | Reinhardtstraße 19 | 10117 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Platz der Republik 1
11011 Berlin

HAUPTSTADTBÜRO

Reinhardtstraße 19
10117 Berlin
Fon 030 / 20 05 90 79-0
Fax 030 / 20 05 90 79-19
E-Mail berlin@vdab.de
Internet www.vdab.de

Ausschließlich per E-Mail an:
Jasmin.holder@bundestag.de

Berlin, 02. Oktober 2018

Stellungnahme zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz – PpSG)

Sehr geehrte Damen und Herren,

zunächst bedanken wir uns für die Gelegenheit zur Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz – PpSG).

Der Gesetzentwurf ist Ausfluss des Sofortprogramms der Bundesregierung. Der vorliegende Gesetzentwurf nimmt in weiten Teilen lediglich nur die vollstationäre Pflege in den Blick. Um die Situation in der Pflege aber wirklich zu verbessern, muss es auch im teilstationären und ambulanten Bereich mehr Pflegekräfte geben. Denn die fehlende Berücksichtigung des ambulanten und teilstationären Bereiches wird zu einer deutlichen Anspannung auf dem bereits umkämpften Arbeitsmarkt führen. Die kurzfristige Besetzung von zusätzlichen Stellen kann angesichts des Fachkräftemangels nur durch Umverteilung auf Kosten anderer Bereiche bewerkstelligt werden. Es braucht daher auch konkrete Antworten zur Verbesserung der Situation in der teilstationären und ambulanten Pflege.

Uns ist zudem nicht verständlich, warum der Gesetzgeber zwischen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen unterschiedliche Maßstäbe anlegt und im Krankenhausbereich im Gegensatz zum Pflegebereich jede zusätzliche Stelle refinanziert werden soll. Dies ist ein weiterer Beleg für den mangelnden Stellenwert und die fehlende Wertschätzung, die Pflegeeinrichtungen, trotz aller politischer Debatten, entgegengebracht wird.

Wir appellieren nachdrücklich an den Gesetzgeber, keinen Keil zwischen die Sektoren und insbesondere keinen Keil zwischen die Versorgungsbereiche der Pflege zu treiben. Denn es sind nicht nur bestimmte Bereiche der Pflege von Arbeitsverdichtung und Personalmangel betroffen. Deshalb muss es ein Sofortprogramm für die ganze Pflege geben!

Zu den Regelungen im Einzelnen:

SGB V

§ 20b Abs. 3 SGB V

Eine Unterstützung der Einrichtungsträger bei der betrieblichen Gesundheitsförderung wird ausdrücklich befürwortet.

Wir begrüßen, dass Sie unserem Anliegen in unserer Stellungnahme vom 05.07.18 gefolgt sind und nunmehr auch die ambulanten Dienste in die Regelung einbezogen haben. Dies ist sachgerecht.

§ 37 Absatz 2a SGB V

Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass zusätzliches Personal für die behandlungspflegerische Versorgung in der vollstationären Pflege zukünftig systemkonform von der Krankenversicherung getragen werden soll. Allerdings ist damit gerade nicht das grundsätzliche Bekenntnis zur Übernahme des gesamten behandlungspflegerischen Aufwands verbunden. Vielmehr wurde die Diskussion von Anfang an nicht anhand des tatsächlichen Bedarfs geführt, sondern anhand der Frage, wie viele Vollzeitstellen über die Krankenversicherung finanziert werden sollen. Im Zentrum stehen also Budget- und nicht Versorgungsfragen. Wir halten es weiterhin für dringend geboten, den gesamten behandlungspflegerischen Aufwand systemkonform über die Krankenversicherung zu finanzieren, wie es in der ambulanten Pflege schon immer selbstverständlich ist. Die Finanzierung von 13.000 Stellen kann also nur der Einstieg in eine systemkonforme Finanzierung stationärer Pflege sein.

Die einseitige Förderung zusätzlicher Stellen in vollstationären Pflegeeinrichtungen wird zusätzlichen Druck auf dem ohnehin angespannten Arbeitsmarkt entfalten. Vor allem ambulant und teilstationäre Einrichtungen werden damit rechnen müssen, dass Krankenhäuser oder

vollstationäre Pflegeeinrichtungen versuchen werden, verstärkt weitere Fachkräfte anzuwerben, um in den Genuss der Finanzierung von Zusatzpersonal zu kommen.

§119 b SGB V

Die Kooperationen mit Haus- und insbesondere Fachärzten ist fraglos ein zentraler Baustein für eine qualitative Versorgung. Bei Regelungen zur Kooperation zwischen Einrichtungen darf allerdings ein Grundsatz nicht verwässert werden: Der Sicherstellungsauftrag für die ärztliche Versorgung liegt bei den Ärzten. Einrichtungen können und sollen nur Rahmenbedingungen mitgestalten, die Ärzte in der Wahrnehmung ihrer Verpflichtung unterstützt. Nach wie vor leidet die Regelung in § 119 b SGB V an einem zentralen Webfehler. Sie erkennt den finanziellen Aufwand für die Kooperation nur auf Seiten der Ärzte an und setzt wie selbstverständlich ausreichende Ressourcen auf Seiten der Pflegeeinrichtungen ohne zusätzliche Finanzierung voraus. Die aktuelle Novellierung setzt sogar noch einen drauf, indem eine verantwortliche Pflegefachkraft in der Einrichtung benannt werden muss, die dann auch im notwendigen Ausmaß freigestellt werden müsste. Wir halten dies in der Form für unzumutbar, zumal wenn mit der verantwortlichen Pflegekraft die Pflegedienstleitung gemeint sein sollte.

Wenn es der Gesetzgeber mit der Unterstützung von Kooperationen ernst meint, kann sich sein Handeln nicht in einer immer engmaschigeren gesetzlichen Verpflichtung der Pflege erschöpfen, sondern muss die berechtigten Interessen beider potenziellen Kooperationspartner berücksichtigen.

Der VDAB fordert deshalb eine angemessene Refinanzierung des Kooperationsaufwands auch bei den Pflegeeinrichtungen, um faire Bedingungen zu schaffen, in denen die gesetzlichen Vorgaben erfüllt werden können.

§ 132a SGB V i.V.m. § 89 Abs. 3 SGB XI

Um eine flächendeckende Versorgung in der Stadt und im ländlichen Raum zu sichern, bedarf es einer grundlegenden Reform des ambulanten Vergütungssystems und Maßnahmen, die gegen den Personalmangel helfen. Denn schon heute haben Pflegebedürftige Schwierigkeiten einen Pflegedienst zu finden. Die angemessene Finanzierung der ambulanten Pflege bleibt weiterhin ein generelles Problem. Dies zeigt sich insbesondere in der häuslichen Krankenpflege. Die Restriktion von Vergütungsanpassungen auf das Maß der Grundlohnsummensteigerung nach § 71 Abs. 2 SGB V führt seit Jahren dazu, dass die Mitarbeiter der ambulanten Pflegedienste bewusst und mit

Billigung der Politik von der allgemeinen Lohnentwicklung abgekoppelt werden. Eine Reform des § 71 SGB V ist somit zwingend notwendig, um Anteil an der Lohn- und Tarifentwicklung im Land zu haben. Die Absätze 1-3 müssen in der Form angepasst werden, dass die damit verbundene Grundlohnsummenbindung in der häuslichen Krankenpflege beendet wird.

Es ist zwar durchaus anzuerkennen, dass nun die Wegezeiten besser vergütet werden sollen, aber es bleibt eine reine Ausschnittsbetrachtung, wenn es um die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung geht. Mit einem alleinigen Zuschlag für längere Wegezeiten im ländlichen Raum wird das Problem nur partiell angegangen, denn in der Stadt sind zwar in der Regel die Wege kürzer, aber die Fahrtzeiten deshalb nicht zwingend geringer. Denn Staus und die Parkplatzsuche führen zu ähnlich hohen Zeitaufwänden wie die Fahrten über längere Strecke auf dem Land.

§ 301 Abs. 2a SGB V

Eine derartige Regelung sollte auch für die stationäre Pflege an geeigneter Stelle im SGB XI eingeführt werden. Die stationären Einrichtungen erhalten nicht automatisch den Bescheid über den Pflegegrad und müssen unter Umständen mit hohem Aufwand an diese Information gelangen, bzw. erhalten diese erst erheblich zeitverzögert. Gerade bei Kurzzeitpflegegästen stellt sich dieses Problem vermehrt dar. Die Gäste erhalten eine vorläufige Einstufung nach Aktenlage. Die eigentliche Begutachtung findet jedoch oftmals erst Wochen später statt. Die Gäste befinden sich dann nicht mehr in der Einrichtung und diese erhält keine Information über die endgültige Einstufung. Diese Information wird jedoch für die Abrechnung benötigt.

SGB XI

§ 8 Abs. 5 bis 9 SGB XI

Zu Abs. 5:

Der VDAB begrüßt, dass die notwendigen Voraussetzungen zur Finanzierung des dauerhaften Betriebes der unabhängigen Datenauswertungsstelle geschaffen werden.

Zu Abs. 6:

Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass zusätzliches Personal behandlungspflegerischen Versorgung in der vollstationären Pflege zukünftig systemkonform von der Krankenversicherung getragen werden soll. Allerdings ist damit gerade nicht das grundsätzliche Bekenntnis zur Übernahme des gesamten behandlungspflegerischen Aufwands verbunden. Vielmehr wurde die Diskussion von Anfang an nicht anhand des tatsächlichen Bedarfs geführt, sondern anhand der Frage, wie viele Vollzeitstellen über die Krankenversicherung finanziert werden sollen. Im Zentrum stehen also Budget- und nicht Versorgungsfragen. Wir halten es weiterhin für dringend geboten, den gesamten behandlungspflegerischen Aufwand systemkonform über die Krankenversicherung zu finanzieren, wie es in der ambulanten Pflege schon immer selbstverständlich ist. Die Finanzierung von 13.000 Stellen kann also nur der Einstieg in eine systemkonforme Finanzierung stationärer Pflege sein.

Die einseitige Förderung zusätzlicher Stellen in vollstationären Pflegeeinrichtungen wird darüber zusätzlichen Druck auf dem ohnehin angespannten Arbeitsmarkt entfalten. Vor allem ambulant und teilstationäre Einrichtungen werden damit rechnen müssen, dass Krankenhäuser oder vollstationäre Pflegeeinrichtungen versuchen werden, weitere Fachkräfte anzuwerben, um in den Genuss der Finanzierung von Zusatzpersonal zu kommen.

Die avisierten Neuregelungen haben auch noch inhaltlichen Verbesserungs- und Konkretisierungsbedarf. Das zusätzliche Personal soll über einen Vergütungszuschlag finanziert werden. Offen bleibt dagegen, welchen Einfluss das zusätzliche Personal auf die Fachkraftquote einer Einrichtung hat. Darüber hinaus muss eindeutig ausgeschlossen werden, dass in Pflegesatzverhandlungen das Personal in den anderen Pflegebereichen mit der Begründung abgesenkt wird, diese Leistungen seien bisher über die Pflegesätze finanziert und fielen dann weg.

Schließlich bedarf es ebenfalls einer Klarstellung, dass über den Vergütungszuschlag auch die mit dem zusätzlichen Personal verbundenen, einrichtungsindividuellen Kosten unabhängig vom Pflegegradmix refinanziert werden müssen.

Die vorgesehene Staffelung in § 8 Abs. 6 Satz 5 SGB XI nach Einrichtungsgröße führt vor allem in den Grenzbereichen zu einer nicht zu rechtfertigenden Verzerrung und Benachteiligung. Es ist nicht zu erklären, warum eine Einrichtung mit 40 Plätzen eine halbe Stelle weniger zur Verfügung haben soll als die Einrichtung mit 41 Plätzen. Grundsätzlich ist zu unterstellen, dass im Durchschnitt die behandlungspflegerischen Herausforderungen je Bewohner gleich sind. Deshalb sollte man auf die Staffelung nach Plätzen verzichten und eine Gleichverteilung der Mittel anhand aller vollstationären Pflegeplätze aller Einrichtungen bundesweit anstreben. Dies kann beispielsweise durch einen Stellenanteil pro Platz erfolgen.

Änderungsvorschlag zu § 8 Abs. 6 Satz 5 am Beispiel der Daten aus der Pflegestatistik:

Ersetzen des bisherigen Satz 5 durch:

„Der Anspruch beläuft sich auf die Kostenerstattung für zusätzlich 0,0125 Stellen je Pflegeplatz.“

Zu Abs. 7 und 8:

Die vorgesehenen Förderungen zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf in der professionellen Pflege begrüßen wir ausdrücklich. Die Maßnahmen können einen großen Beitrag zur Attraktivitätssteigerung des Berufsbildes beitragen. Auch die mit dem Absatz 8 vorgesehenen Fördermöglichkeiten bei der Anschaffung von digitaler und technischer Ausrüstung können einen wesentlichen Beitrag zur Entlastung der Pflegekräfte beinhalten und werden begrüßt.

§ 37 Abs. 3, 4 und 5 SGB XI i.V.m. § 106a SGB XI

Zu Abs. 3 Satz 5:

Die Vergütungssätze der Beratungsbesuche künftig nicht mehr gesetzlich zu deckeln, ist konsequent. Eine angemessene Refinanzierung war längst überfällig. Mit den gestiegenen Anforderungen an die Qualität der Beratungsleistungen ist eine angemessene Refinanzierung nun zumindest möglich. Es muss dabei sichergestellt werden, dass die Vereinbarungspartner in konstruktiven Verhandlungen zu einer dem Aufwand angemessenen Vergütung gelangen.

Zu Abs. 4 Satz 2:

Sachgerecht ist es, an dem Grundsatz festzuhalten, dass es einer Einwilligung des Pflegebedürftigen bedarf, wenn die Ergebnisse des Beratungsbesuches an die Pflegekasse weitergegeben werden sollen. Es ist auch richtig, dass es mitunter zu problematischen Pflegesituationen kommen kann und eine Verbesserung der Situation zum Wohle des Pflegebedürftigen angezeigt ist. Das Selbstbestimmungsrecht des Pflegebedürftigen muss aber stets Beachtung finden. Der Entwurf zum PpSG sieht nun vor, dass eine Mitteilung auch gegen den Willen des Pflegebedürftigen erfolgen kann, soweit die Beratungsperson zu der Einschätzung kommt, dass dies notwendig sei.

Wir sehen in diesem Zusammenhang zwei Problematiken: Zum einen stellt die Einschätzung eine

stets subjektive Meinung dar, welche nicht zum Nachteil der Beteiligten führen darf. Zum anderen kann dies zu haftungsrechtlichen Schwierigkeiten führen. Daher ist es erforderlich, den Beratungspersonen einheitliche Maßgaben zur Verfügung zu stellen, wann eine Mitteilung der Ergebnisse ohne die Zustimmung des Pflegebedürftigen zu erfolgen hat.

Wir schlagen daher vor, den Satz wie folgt zu ändern:

„Sofern die pflegebedürftige Person die Einwilligung nach Satz 1 nicht erteilt und nach Überzeugung der Beratungsperson Gefahr in Verzug besteht, übermittelt die Beratungsstelle diese Einschätzung der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen.“

Zu Abs. 5a:

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll mit dem Verband der privaten Krankenkassen e.V. bis zum 1. Januar 2020 Richtlinien zur Aufbereitung, Bewertung und standardisierten Dokumentation der Erkenntnisse aus dem jeweiligen Beratungsbesuch beschließen.

Wie beim Erlass vieler anderer Richtlinien auch sollten den Leistungserbringerverbänden ein Stellungnahmerecht eingeräumt und die Richtliniengeber zu einer qualifizierten Rückmeldung verpflichtet werden.

§ 45b Abs. 2 Satz 3 SGB XI

Die Einführung dieser neuen Vorschrift stellt aus unserer Sicht nur eine weitere Möglichkeit der Kassen dar, Daten über Pflegebedürftige zu sammeln, ohne den Zweck und den Umgang mit diesen Daten klar zu definieren. Wir sehen es deshalb aus Datenschutzgründen als bedenklich an, die Leistungen anzugeben, die im Rahmen des § 45 b SGB XI beansprucht werden.

Wir schlagen vor, auf § 45b Abs.2 Satz 3 SGB XI ganz zu verzichten.

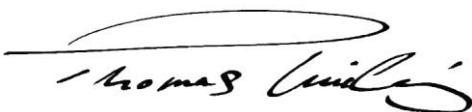
§ 6a Absatz 3

Auch im Bereich der Krankenhausfinanzierung ist mit Ernüchterung zu konstatieren, mit welchem unterschiedlichem Maß der Gesetzgeber Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen entgegentritt. Daraus wird auch das gesteigerte Misstrauen gegenüber der professionellen Pflege deutlich. Während für Krankenhäuser im Rahmen der Pflegebudgets ein Nachweissystem als Neuerung verkauft und offensichtlich auch als angemessen empfunden wird, das im Bereich von Pflegesatzverhandlungen längst gang und gäbe ist, werden die Pflegeeinrichtungen mit immer tiefer greifenden Nachweisen bis auf die Ebene der Arbeitsverträge und Lohnunterlagen überzogen. Dies macht auch vor Betriebsgeheimnissen nicht halt. Der Gesetzgeber bleibt die Begründung für eine solch eklatante Ungleichbehandlung und unterschiedliche Maßstäbe schuldig.

Der VDAB fordert deshalb, die Regelung aus dem KHEntgG inhaltsgleich auch beim Nachweis in Pflegesatzverhandlungen zur Grundlage zu machen.

Wir hoffen mit unseren Anmerkungen wichtige Hinweise für das weitere Gesetzgebungsverfahren gegeben zu haben und stehen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Thomas Knieling
Bundesgeschäftsführer