



Bundesinteressenvertretung für alte  
und pflegebetroffene Menschen e.V.

## **Stellungnahme**

**der Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetroffene  
Menschen e.V. (BIVA-Pflegeschatzbund)**

**zum**

**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals  
(Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz – PpSG)**

BIVA-Pflegeschatzbund e.V.  
Siebenmorgenweg 6-8  
53229 Bonn  
Tel.: 0228-909048-0  
E-Mail: [info@biva.de](mailto:info@biva.de)

Bonn, den 06.07.18

Wir danken für die Möglichkeit der Stellungnahme, die wir gern wahrnehmen.

## Vorbemerkungen

Die Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen (BIVA-Pflegeschutzbund) e.V. ist ein gemeinnütziger Verein, der sich seit über 40 Jahren bundesweit für die Rechte und Interessen von Menschen einsetzt, die aufgrund eines Hilfebedarfs in einer betreuten Wohnform leben. Unser Hauptaugenmerk liegt dabei auf Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen und ambulant betreuten Wohnformen. Unsere nachstehenden Anmerkungen erfolgen vornehmlich aus Sicht der von uns vertretenen Menschen und beschränken sich im Wesentlichen auf die Regelungen, die sich auf diese Personengruppen unmittelbar auswirken. Allgemeine Anmerkungen werden dort gemacht, wo Konkretisierungen erforderlich erscheinen.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird weitgehend nur die männliche Form verwendet, die weibliche Form ist dabei jeweils mit eingeschlossen.

## Allgemeines

Der BIVA-Pflegeschutzbund begrüßt die im Gesetzentwurf vorgenommenen Änderungen grundsätzlich. Allerdings halten wir sie nicht für ausreichend bzw. im Hinblick auf den Sektor der Altenpflege im Gegensatz zum Krankenhaussektor für nicht gleichwertig. So fehlt es insbesondere an einer Gleichstellung der Finanzierung und der Arbeitsbedingungen der Beschäftigten für die geplanten Maßnahmen. Dies dürfte den grundsätzlichen System- und Finanzierungsunterschieden geschuldet sein. Noch immer sind in der Altenpflege die Betroffenen selbst die Träger der Hauptkostenlast, sodass sich Verbesserungen in der Personalausstattung, Bezahlung und Ausstattung der Einrichtungen mittel- und unmittelbar zu ihren Lasten niederschlagen werden. Dies auch vor dem Hintergrund der finanziell schlechter ausgestatteten Pflegeversicherung im Gegensatz zur Krankenversicherung. Darüber hinaus gibt es systemimmanente Probleme, wie z.B. die Finanzierung der Ausbildung, die sich entsprechend negativ auswirken. Insgesamt wird als langfristige Maßnahme angeregt, statt mit dem Referentenentwurf vorhandene Lücken temporär zu schließen, das gesamte Pflegeversicherungssystem in Richtung Vollversicherung aufzubauen und so auszugestalten, dass das Kostenrisiko für Pflegebedürftige kalkulierbar wird.

Grundsätzlich: Der Gesetzesentwurf enthält mehrere Maßnahmen, die zusätzliche Zahlungen an die Leistungserbringer von Pflege zur Folge haben. Die dafür notwendigen Mittel zahlen die Pflegebedürftigen entweder direkt oder über ihre Versicherung. Zum Schutz der Pflegebedürftigen sehen wir die Notwendigkeit, Kontrollen mit einzuplanen, um die korrekte Mittelverwendung sicherzustellen.

## Im Einzelnen

### Begründung – II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs Nr. 4

Die Verbesserung der Rahmenbedingungen für mehr Ausbildungsplätze in der Pflege ist ein Ziel, das auch der BIVA-Pflegeschatzbund verfolgt. Hinsichtlich der Frage der Finanzierung muss jedoch ausdrücklich klargestellt werden, dass diese in keinem Bereich der Pflege allein auf den Schultern der Betroffenen liegen darf.

Nach Nr. 4 Teil II der Begründung wird die Ausbildungsvergütung von Auszubildenden in der Krankenpflege, der Kinderkrankenpflege und in der Krankenpflegehilfe zukünftig im ersten Ausbildungsjahr vollständig von den Kostenträgern refinanziert. Hinsichtlich der Altenpflege finden sich leider keine entsprechenden Regelungen in dem Entwurf. Die Ausbildungskosten werden hier nach wie vor vollumfänglich von den Pflegebedürftigen selbst getragen, die ohnehin schon hohen Belastungen durch Eigenanteile ausgesetzt sind, zumal die Pflegeversicherung lediglich ein Teilleistungsprinzip vorsieht. Die Ausbildung von Pflegepersonal dient aber nicht nur, wenn auch in erster Linie, den Pflegebedürftigen in der derzeitigen Pflegesituation selbst, sondern auch künftigen Leistungsempfängern und den Unternehmern. Eine solidarische Finanzierung, z.B. über die Pflegeversicherung, würde die Kostenlast daher weiter streuen und zu gerechteren Ergebnissen führen.

### Artikel 7 Änderung des SGB V - § 87 Abs. 2 a

Die Ermöglichung und Ausweitung von Videosprechstunden dürfte gerade in Gebieten mit wenigen angesiedelten Haus- und Fachärzten eine gute Möglichkeit sein, die ärztliche Versorgung sicherzustellen. Es ist aber unbedingt notwendig, diese große Veränderung detaillierter zu regeln und seine Auswirkungen zu evaluieren. Es bedarf insbesondere ausdrücklicher Regelungen dazu, für welche Patienten unter welchen Umständen eine Videovisite geeignet ist. Zwar soll die Entscheidung in das Ermessen der Ärzte gestellt werden, erfahrungsgemäß ist es aber gerade im Hinblick auf schwer pflegebedürftige Bewohner von stationären Einrichtungen notwendig, hier verbindliche Regularien aufzustellen. In der Regel reagieren Ärzte bei der Versorgung von Bewohnern stationärer Einrichtungen auf Hinweise des Pflegepersonals, da eine enge Patienten-Arzt-Beziehung gerade wegen der Pflegesituation in einer Einrichtung mit umfassendem Leistungsangebot häufig gar nicht gegeben ist (die Pflegekräfte sorgen für die Patienten). Erfahrungsgemäß reagiert ein Arzt mitunter auch ohne eigene Inaugenscheinnahme oder Überprüfung des Krankheitszustandes des Bewohners „auf Zuruf“ des Pflegepersonals. Derartige Situationen dürfen durch die Möglichkeit der Videovisitation nicht verschärft werden. Es muss daher festgelegt sein, dass ein Arzt einen Patienten persönlich kennt und mindestens einmal zuvor sowie bei starken Veränderungen des Pflegebedarfs erneut persönlich untersucht hat. Darüber hinaus muss dringend vermieden werden, dass die Bewohner einer Einrichtung, auch wenn sie regional sehr isoliert liegt, nur noch

über Videovisitationen versorgt werden und kein Arzt mehr in die Einrichtung kommt, weil die Wege zu weit und damit unwirtschaftlich sind.

### **Unsere Anregung**

Trotz des Vertrauens in eine fehlerfreie Ermessenausübung der behandelnden Ärzte sollten Mindeststandards für die Visitation über Video und damit die Abrechenbarkeit festgelegt werden, um ein Behandlungsverhältnis zu sichern.

### **Artikel 7 Änderung des SGB V - § 119 b**

Verbindliche Kooperationsverträge zwischen Pflegeheimen und niedergelassenen Ärzten werden diesseits ausdrücklich begrüßt, um die Versorgung der Bewohner sicherzustellen. Vor allem die Benennung einer verantwortlichen Pflegefachkraft ist ein Schritt in die richtige Richtung. Die Umsetzung der Kooperationsverträge gegenüber dem einzelnen Verbraucher kann aber nur ein Angebot unter mehreren sein, da andernfalls das Recht auf freie Arztwahl eingeschränkt würde. Die Möglichkeit, auch einen anderen Arzt seines Vertrauens zu wählen, muss ausdrücklich sichergestellt werden.

Fraglich und durch den Referentenentwurf unbeantwortet bleibt die Situation, dass es gerade im ländlichen Bereich wenig niedergelassene Ärzte gibt und Ärzte generell frei in ihrer Berufsausübung sind. Wenn aber die Kassenärztlichen Vereinigungen auf Antrag einer Pflegeeinrichtung innerhalb einer Frist von drei Monaten einen Versorgungsvertrag vermitteln muss, muss hinterfragt werden, was genau „vermitteln“ heißt, sowie, was geschieht, wenn dies nicht gelingt. An dieser Stelle bedarf es sicherlich noch weiterer Regularien, um die Verpflichtung der niedergelassenen Ärzte zu forcieren.

### **Artikel 10 Änderung des SGB XI - § 8 Abs. 6 (neu)**

In der Altenpflege soll künftig jede vollstationäre Pflegeeinrichtung zusätzliches Pflegepersonal erhalten, um den Aufwand im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege besser berücksichtigen zu können, das durch die Krankenkasse pauschal vollfinanziert wird. Voraussetzung dazu ist der Einsatz zusätzlichen Pflegepersonals über das vorzuhaltende Personal hinaus. Entsprechende Stellenschlüssel sind in den gesetzlichen Regelungen benannt.

Die dahinterstehende Erkenntnis ist zu begrüßen, dass vor dem Hintergrund immer hochaltriger und stärker pflegebedürftig werdender Bewohner von Pflegeeinrichtungen vermehrt Behandlungspflege notwendig werden wird und bereits ist, die nicht mehr durch die allgemeinen Pflegesätze finanziert werden können. Allerdings kann die nunmehr entworfene Lösung nur ein Zwischenschritt sein. Letztendlich fällt die Behandlungspflege als ureigene Aufgabe der Krankenversicherungen in deren Sphäre, sodass das Ziel sein muss, diese

systemkonform aus der Pflegeversicherung zu lösen und in die Krankenversicherung zu überführen, zumal auch Heimbewohner Krankenversicherungsbeiträge bezahlen. Es ist daher nicht nachvollziehbar, warum hier im Gegensatz zur ambulanten Versorgung eine Benachteiligung der Betroffenen stattfindet.

Davon abgesehen, muss hinterfragt werden, ob der entworfene Stellenschlüssel tatsächlich ausreichend ist und wie dieser überprüft wird. Es darf nämlich nicht passieren, dass zwar zusätzliche Kräfte zur Kompensation der Behandlungspflege eingestellt, der hinsichtlich der ansonsten einzuhaltenden Personalquote vereinbarte Personalschlüssel aber unterschritten wird. Bereits jetzt gibt es immer wieder Einrichtungen, die mit den Kostenträgern vereinbarte Personalschlüssel unterschreiten, sei es aus Gründen der Gewinnmaximierung oder weil es einfach kein Personal auf dem Markt gibt. Die Möglichkeit eigenes Personal durch fremdfinanziertes zu „ersetzen“, muss zwingend kontrolliert und entsprechende Kompetenzen dazu geregelt werden.

Darüber hinaus stellt sich vor dem allgemeinen Personalmangel die Frage, wie zusätzliches Personal zur Behandlungspflege gefunden werden soll, zumal es bereits jetzt nicht ausreichend Pflegekräfte zur allgemeinen Versorgung auf dem Arbeitsmarkt gibt. Kann kein zusätzliches Personal akquiriert werden, bleiben die Pflegebedürftigen als Kostenträger ihres Eigenanteils bzw. der Sozialhilfeträger im Rahmen von Unterstützungsleistungen letztendlich selbst für die Kostenlast verantwortlich. Dies gilt insbesondere hinsichtlich der Pflegebedürftigen, die in Einrichtungen leben, die erst kürzlich ihren Personalbestand deutlich – und zwar über den Mindestpersonalschlüssel hinaus – aufgestockt haben. Aus unserer Sicht wäre es hier gerecht, auch diesen Einrichtungen die entsprechende Finanzierung der Behandlungspflege durch die Krankenkassen mit Bestandspersonal zu ermöglichen, wodurch sich dann auch die Eigenanteile der Pflegebedürftigen entsprechend verringern müssen.

### **Unsere Anregungen**

Im PSG III sind die Kassen aufgefordert, im Rahmen der Vergütungsverhandlungen die Einhaltung des vereinbarten Personalschlüssels retrospektiv zu überprüfen. Diese Überprüfung sollte zukünftig auch beinhalten, dass a.) nur dann zusätzliches Personal zur Kompensation der Behandlungspflege eingestellt werden darf, wenn der vereinbarte Personalschlüssel bisher auch eingehalten wurde und außerdem b.) rückwirkend ausgeschlossen wird, dass das neue Personal nicht das vereinbarte Personal ersetzt, bzw. bei Neuverhandlungen der Personalschlüssel nicht um die zusätzliche Kraft abgesenkt wird. Die Personalmengenüberprüfungen sollten im Rahmen der MDK-Prüfungen erfolgen. Bislang nicht bewährt hat sich die in der Vereinbarung nach § 115 Absatz 3b des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) enthaltene Regelung über das Verfahren zur Kürzung der Pflegevergütung, wonach das Verfahren zum Personalabgleich auf Landesebene in den Verträgen nach § 75 Absatz 1 und 2 SGB XI geregelt wird. So sieht z.B. bereits der entsprechende

Rahmenvertrag zur vollstationären Dauerpflege in Niedersachsen eine Überprüfung der Soll-Ist-Besetzung vor, wobei allerdings nicht (mehr) klar ist, ob diese Aufgabe den Heimaufsichten, den Sozialhilfeträgern und/oder den Pflegekassen zukommt.

Wir regen außerdem an, die gesamte Finanzierung der Behandlungspflege in Pflegeheimen systemkonform aus der Pflegeversicherung zu lösen und in die Krankenversicherung zu überführen. Nur dann kann es zu gerechten Ergebnissen für alle Beteiligten kommen.

### **Artikel 10 Änderung des SGB XI - § 37 Abs. 5 (Ergänzung)**

Pflegeberatung ist für die Betroffenen ein elementarer Baustein, um eine möglichst passgenaue Versorgung zu organisieren und zu gewährleisten. Dass für Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche Mindestinhalte festgelegt werden sollen, wird ausdrücklich begrüßt. Da aber Pflegeberatungen immer noch nicht bei allen Berechtigten abgerufen bzw. durchgeführt werden und viele Pflegebedürftige noch immer nicht wissen, dass sie einen Anspruch darauf haben, empfehlen wir, in die Empfehlungen zusätzlich eine Evaluationspflicht nebst Zeitstrahl aufzunehmen, um zu überprüfen, ob die Beratungsleistungen überhaupt bei den Betroffenen ankommen.