

# Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.

zum Referentenentwurf

eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals

(Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz – PpSG)

vom 25. Juni 2018

Sozialverband VdK Deutschland e. V.  
Abteilung Gesundheits- und Pflegepolitik  
Linienstraße 131  
10115 Berlin

Telefon: 030 9210580-307  
Telefax: 030 9210580-310  
E-Mail: [gesundheitspolitik@vdk.de](mailto:gesundheitspolitik@vdk.de)

Berlin, den 06. Juli 2018

## 1. Vorbemerkung

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf sollen spürbare Verbesserungen im Alltag der Pflegekräfte durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege erreicht werden, um die Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten sowie der Pflegebedürftigen zu verbessern. Der Sozialverband VdK begrüßt die Initiative des Gesetzgebers ausdrücklich. Nach Auffassung des VdK wird die Versorgungslücke in der Pflege bis zum Jahr 2030 vor allem in den Kommunen für große Herausforderungen sorgen. Während die Zahl der Pflegebedürftigen um rund 50 Prozent zunehmen wird, werden nach heutigen Berechnungen ohne grundlegende Weichenstellungen rund eine halbe Million Stellen für Vollzeitkräfte in der Pflege unbesetzt bleiben. Ursache hierfür ist u. a. auch, dass die Pflege und die Pflegeberufe in der Konkurrenz der Berufe und Branchen dramatisch benachteiligt sind. Sie sind aufgrund physisch wie psychisch höchst belastender Arbeitsbedingungen, unzureichender Vergütung, hohen Anforderungen und schlechtem Image äußerst unattraktiv.

Deshalb ist schnellstens eine Offensive nötig, welche diese Defizite nachhaltig korrigiert. Pflege- und Versorgungsstandards müssen die Personalsituation in den pflegenden Einrichtungen verbessern. Nach Auffassung des Sozialverbands VdK ist ein Bündel von Maßnahmen erforderlich, das u. a. eine der verantwortungsvollen Tätigkeit angemessene Bezahlung, akzeptable Arbeitsmodelle, eine am Pflegebedarf orientierte Personalausstattung sowie Karriere- und Qualifizierungschancen umfasst. Von daher sehen wir den vorliegenden Referentenentwurf als einen ersten Schritt in die richtige Richtung.

In diesem Zusammenhang fordert der Sozialverband VdK auch eine grundlegende Neustrukturierung der Finanzierung bei Pflegebedürftigkeit in der Pflegeversicherung. Es muss dabei sichergestellt werden, dass nicht die Pflegehaushalte die notwendigen Verbesserungen für das Pflegepersonal bezahlen müssen. Nach derzeitiger Rechtslage – dies haben die letzten Monate nachdrücklich gezeigt – führen höhere Vergütungen der Pflegekräfte in der vollstationären Pflege zu wahrhaften Kostenexplosionen für die Pflegehaushalte, in der ambulanten Pflege ggf. zu einer Unterversorgung bzw. zu weniger Leistungen. Der Anstieg der Eigenanteile muss schnellstens gestoppt und zurückgeführt werden. Hierfür bedarf es eines nachhaltigen Finanzierungskonzeptes.

Unabhängig davon, weist der Sozialverband VdK darauf hin, dass die unterschiedlichen Arbeitsbereiche der Pflege nicht gegeneinander ausgespielt werden dürfen. So hält der VdK es für notwendig zu prüfen, ob die finanziellen Verbesserungen für den Einsatz von Pflegekräften in Krankenhäusern, die Teil des Referentenentwurfs sind und vom Sozialverband VdK begrüßt werden, ggf. zu einer Verschlechterung der Versorgung kranker und pflegebedürftiger Menschen in der häuslichen Pflege führen. Gerade in der häuslichen Pflege existieren in zahlreichen Regionen schon heute Versorgungsengpässe. Diese gilt es abzubauen und nicht zu verstärken.

Die Einführung der diagnosebezogenen Fallgruppen (Diagnosis related groups – DRGs) führte nicht nur zu Personalabbau in der Pflege, sondern auch zu einer deutlich kürzeren Verweildauer. Insbesondere ältere und alleinstehende Menschen werden zu früh entlassen. Das führt zu Komplikationen, beispielsweise bei der Heilung von Nähten, weil zu früh wieder Belastungen einsetzen. Der Gesetzgeber hat das Problem bereits erkannt und mit der Unterstützungspflege nach § 37 Abs. 1a SGB V versucht, die Pflege in der Häuslichkeit fortzuführen. Die Einführung des Pflegebudgets bietet die Möglichkeit, das Problem der „blutigen Entlassungen“ mit zu lösen. Diese Chance sollte nicht vertan werden. Der Sozialverband VdK fordert, die Mengenbegrenzung anzuheben.

## **2. Zu einzelnen Maßnahmen des Referentenentwurfs**

### **2.1. Pflegestellenförderprogramm fortführen (§§ 4, 8ff. KHEntgG)**

Um die Personalausstattung in der Pflege im Krankenhaus zu verbessern, soll zukünftig jede zusätzliche und jede aufgestockte Pflegestelle am Bett vollständig von den Kostenträgern refinanziert werden. Das mit dem Krankenhausstrukturgesetz eingeführte Pflegestellen-Förderprogramm soll über das Jahr 2018 hinaus bedarfsgerecht weiterentwickelt und ausgebaut werden. Für die zusätzlichen Mittel gilt anders als bisher keine Obergrenze. Zudem entfällt der bisherige Eigenanteil der Krankenhäuser von zehn Prozent. Die zusätzlichen Mittel sind zweckgebunden für Pflegestellen am Bett sowohl für zusätzliche Pflegestellen als auch für die Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen zu verwenden. Die Mittel des laufenden Pflegestellen-Förderprogramms sollen dem einzelnen Krankenhaus verbleiben, auf die bisher vorgesehene Mittelüberführung in den Pflegezuschlag zum Jahr 2019 wird verzichtet. Diese Regelung gilt bis zum Inkrafttreten der neuen Pflegepersonalkostenfinanzierung ab dem Jahr 2020.

#### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Der Sozialverband VdK begrüßt die Verlängerung des Pflegestellen-Förderprogramms. So wird die Lücke zwischen dem alten Programm und dem neuen Pflegebudget geschlossen, ohne dass es zu Personalabbau kommt. Es muss allerdings sichergestellt werden, dass jetzt nicht Krankenhäuser, die in der Vergangenheit ihre Pflegestellen besonders drastisch gekürzt haben, finanziell belohnt werden, während andere Krankenhäuser ihre Pflegestellen weiterhin aus den DRGs bezahlen.

Der Sozialverband VdK geht davon aus, dass das Pflegestellen-Förderprogramm wahrscheinlich auch über das Jahr 2020 hinaus verlängert werden muss. Die Erfahrungen mit der Selbstverwaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) lassen Zweifel an dem ambitionierten Zeitplan aufkommen.

## 2.2. Vollständige Finanzierung von Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal (§ 6 KHEntgG, § 11 BPfIV)

Bereits ab dem Jahr 2018 sollen anstelle der bisherigen hälftigen Refinanzierung die linearen und strukturellen Tarifsteigerungen für die Pflegekräfte vollständig von den Kostenträgern refinanziert werden. Die zusätzlichen Finanzmittel sind ausschließlich für Pflegepersonal einzusetzen. Dies ist durch einen Nachweis zu belegen. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind zurückzuzahlen.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

In der Vergangenheit wurde der Teil der Tarifsteigerungen, der oberhalb der maßgeblichen Obergrenze lag, soweit er nicht ausgeglichen wurde, teilweise durch Einsparungen zu Lasten der Pflege kompensiert. Der Sozialverband VdK begrüßt von daher die vollständige Übernahme der Tarifsteigerungen. Tarifsteigerungen müssen möglich sein, ohne dass im Gegenzug Personal abgebaut wird.

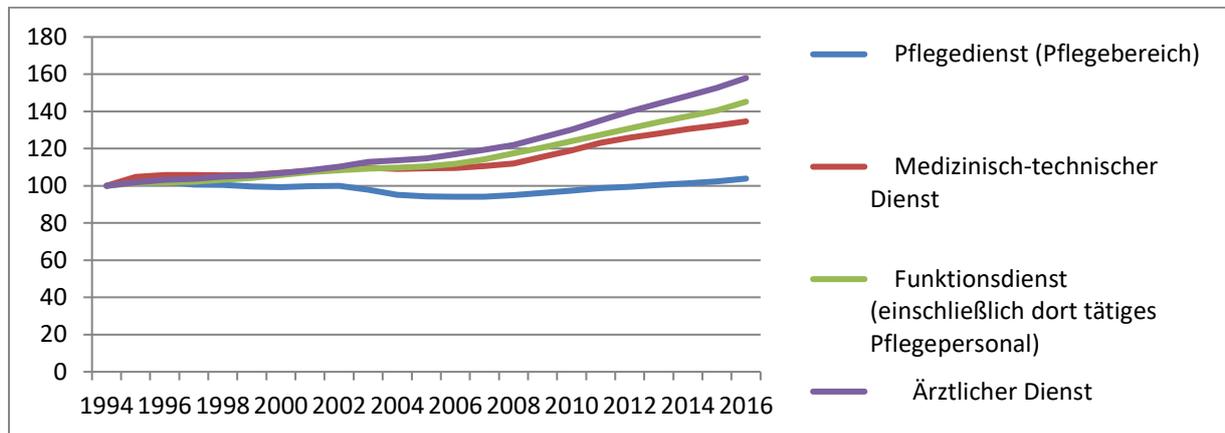
## 2.3. Krankenhausindividuelle Vergütung von Pflegepersonalkosten, Pflegebudget (§ 17b KHG, § 6a neu ff. KHEntgG)

Die Krankenhausvergütung soll auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt werden mit dem Ziel, Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung besser und unabhängig von Fallpauschalen zu vergüten. Über ein neu einzuführendes Pflegebudget sollen die Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung unter Berücksichtigung des krankenspezifischen Pflegepersonalbedarfs finanziert werden. Dazu vereinbaren die Vertragsparteien auf der Ortsebene ab dem Jahr 2020 das Pflegebudget auf Basis der von den Krankenhäusern geplanten und nachgewiesenen Pflegepersonalausstattung und der krankenspezifischen Kosten. Die vereinbarten Mittel sind zweckentsprechend zu verwenden. Sofern auf der Grundlage eines Nachweises festgestellt wird, dass Mittel nicht zweckentsprechend eingesetzt werden, sind diese zurückzuzahlen. Zur Umsetzung der krankenspezifischen Pflegebudgets sollen die DRG-Berechnungen um die entsprechenden Pflegepersonalkosten bereinigt werden.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Der Sozialverband VdK begrüßt die Ausgliederung der Pflegekosten aus den DRGs. Bisher waren nur Operationen und Behandlungen vergütungsauslösend, wodurch die falschen Anreize gesetzt wurden, Personal einzustellen, das diese Operationen durchführt, und dafür Personal in der Pflege abzubauen. Da es keine Mindestvorgaben für die Pflege am Bett gab und

diese auch nicht erlösrelevant war, sank die Zahl der Pflegekräfte. Die Entwicklung wurde durch die Privatisierung von Krankenhäusern der öffentlichen Hand weiter verschärft<sup>1</sup>.



Quelle: Berechnung des VdK auf Grundlage der Krankenhausstatistik

Durch das eigene Pflegebudget ist nun auch die Pflege wieder pro Belegungstag vergütungsauslösend. Durch kostendeckende Tagessätze könnten sich die Entlassungen wieder am Bedarf der Patienten orientieren. Insbesondere Patienten, die über keine Unterstützung in der Häuslichkeit verfügen, könnten im Krankenhaus bleiben, bis sie alleine zurechtkommen, oder die Anschlussversorgung über § 37 Abs. 1a SGB V sichergestellt werden kann. „Blutige Entlassungen“ könnten reduziert werden. Allerdings sieht § 6a Abs. 5 KHEntgG vor, die Mehrerlöse im Folgejahr vollständig auszugleichen. Der VdK fordert, diese Regelung zu streichen.

Bei der Festlegung des krankenhausespezifischen Pflegebudgets werden die aus den DRGs ausgegliederten Pflegekosten des Vorjahres, die Kosten des verlängerten Pflegestellenfortprogramms und die Pflegekosten des Hygieneförderprogramms zugrunde gelegt. Das ist ein pragmatischer Ansatz, der auch dem engen Zeitplan Rechnung trägt. Damit wird allerdings die Chance vertan, eine bedarfsgerechte Ausstattung mit Pflegepersonal festzusetzen. Deutschland hat im internationalen Vergleich eine sehr niedrige Pflegepersonalausstattung. Studien zeigen, dass diese zu vermeidbaren Komplikationen und lebensbedrohlichen Ereignissen führt. Insbesondere durch „failure to rescue“ kommt es zu vermeidbaren Todesfällen<sup>2</sup>.

Der Sozialverband VdK fordert neben einer Personalmindestbemessung auch eine Personalsollbemessung für alle bettenführenden Stationen, an der sich das Pflegebudget orientiert. Diese sollte nach Vorlage des § 113c SGB XI auf einer wissenschaftlichen Entwicklung basieren. Die Patientenverbände nach § 140f SGB V müssen selbstverständlich an dieser Festle-

<sup>1</sup> Verspohl 2012: Health Care Reforms in Europe - Convergence towards a Market Model? Nomos.

<sup>2</sup> vgl. u. a. Blegen 2006; Griffiths et al. 2014; Heinz 2004; Kane et al. 2007; Kravitz et al. 2002; Lang et al. 2004; Lanksbear/Sheldon/Maynard 2005; Numata et al. 2006; Penoyer 2010; Stone et al. 2008; Tourangeau/Cranley 2006

gung beteiligt werden. Die Grundlage dürfen nicht nur Indikatoren zu vermeidbaren Ereignissen (Lungenentzündung, Sepsis, Medikationsfehler) bilden, sondern auch pflegfachliche Leitlinien zu einer bedarfsgerechten Pflege, welche die Förderung des Gesundheitszustandes und die Anleitung im Umgang mit der Erkrankung, auch für die Zeit nach der Entlassung, beinhalten. Die Grundlage muss dabei eine „nurse-to-patient-ratio“ darstellen, die geplante Festlegung von Vollzeitäquivalenten pro Krankenhaus würde bei einer Anpassung der Belegungstage an den Bedarf der Patienten zu einer schlechteren Patientenversorgung führen.

## **2.4. Verbesserung der Rahmenbedingungen für mehr Ausbildungsplätze in der Pflege (§ 17a KHG)**

Die finanziellen Rahmenbedingungen für die Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen in den Krankenhäusern sollen durch folgende Maßnahmen verbessert werden:

- Ausbildungsvergütungen von Auszubildenden in der Krankenpflege, der Kinderkrankenpflege und in der Krankenpflegehilfe sollen zukünftig im ersten Ausbildungsjahr vollständig von den Kostenträgern refinanziert werden. Damit soll dem Sachverhalt Rechnung getragen werden, dass Auszubildende im ersten Ausbildungsjahr nicht im gleichen Umfang zur Entlastung ausgebildeter Pflegekräfte beitragen, wie Auszubildende im zweiten und dritten Jahr der Ausbildung.
- Ausbildungsvergütungen sollen für alle im Krankenhausfinanzierungsgesetz genannten Ausbildungsberufe refinanziert, wenn mit dem Krankenhaus eine Ausbildungsvergütung vereinbart wurde.
- Es wird die Möglichkeit eröffnet, Ausbildungsbudgets entsprechend den tatsächlichen Kostenzuwächsen zu vereinbaren. Der Anstieg der Ausbildungsbudgets soll keiner Obergrenze unterliegen.
- Im Rahmen des verlängerten Krankenhausstrukturfonds sollen künftig auch Investitionen in Ausbildungsstätten gefördert werden können.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Bislang werden Ausbildungsvergütungen von Auszubildenden in der Krankenpflege, der Kinderkrankenpflege sowie in der Krankenpflegehilfe für die gesamte Dauer der Ausbildung von den Kostenträgern nur anteilig refinanziert. Der VdK begrüßt die Stärkung der Ausbildung. Als weiterer Anreiz könnte auch überlegt werden, die Auszubildenden gar nicht auf das Pflegepersonal anzurechnen.

Nicht vom Krankenhausfinanzierungsgesetz umfasst sind die Podologen. Im Sinne der Gleichheit sollten Schulgeldfreiheit und Ausbildungsvergütung für alle Auszubildenden in allen Gesundheitsberufen gelten und refinanziert werden, unabhängig davon, ob der Träger der Ausbildung ein Krankenhaus ist oder eine andere Berufsbildungsstätte.

Ungelöst bleiben die Probleme im ambulanten Bereich: Hier braucht es eine Regelung für die Finanzierung der Weiterbildung der medizinischen Fachangestellten (VERAH, Schwester Agnes). Der VdK sieht das Modell von Hausbesuchen durch medizinische Fachangestellte (MFAs) mit Videokonferenz in die Hausarztpraxis als zukunftsweisend gerade für ältere, alleinstehende Menschen, um die medizinische Versorgung sicher zu stellen. Bisher scheitert es allerdings häufig daran, dass weder der Hausarzt noch die MFA die Weiterbildung (1.600 Euro) bezahlen. Der VdK fordert, diese Kompetenzen bereits zum integralen Bestandteil der Berufsausbildung zur MFA zu machen.

## **2.5. Sicherung der Abrechenbarkeit von Zusatzentgelten für erhöhten Pflegeaufwand (§ 301 SGB V)**

Die gesetzlichen Krankenkassen und die privaten Krankenversicherungen (PKV) werden verpflichtet, den Krankenhäusern die für die Umsetzung der seit 2018 geltenden Möglichkeit, für einen bestehenden erhöhten Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten eine zusätzliche Vergütung bei den Kostenträgern auf gesicherter Basis abrechnen zu können, die erforderlichen Informationen zur Pflegebedürftigkeit der bei ihnen versicherten Patientinnen und Patienten mitzuteilen.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Nach Einschätzung des Sozialverbands VdK ist diese Regelung nur notwendig, weil die Telematikinfrastruktur immer noch nicht funktioniert. Die Pflegebedürftigkeit sollte in der elektronischen Patientenakte (eGK) gespeichert sein. Für Privatversicherte besteht kein Anspruch auf eine eGK, dieser sollte zeitnah geschaffen werden und die PKV dementsprechend an den Kosten des Auf- und Ausbaus der Telematikinfrastruktur beteiligt werden. Der Sozialverband VdK fordert, die Vernetzung des Gesundheitssystems endlich umzusetzen.

## **2.6. Fortführung des Krankenhausstrukturfonds (§§ 12a neu ff. KHG, § 11 ff. KHSFV, § 271 Abs. 2 SGB V)**

Die Rahmenbedingungen für die Durchführung des Krankenhausstrukturfonds sollen an einen neuen Förderzeitraum angepasst werden. Das bedeutet, dass die Länder ihr durchschnittliches Investitionsniveau der Jahre 2015 bis 2017 in den Jahren 2019 bis 2022 mindestens beibehalten und um die Kofinanzierung erhöhen müssen.

Die bisherigen Zwecke der Förderung von Schließungen, Konzentrationen und Umwandlungen akutstationärer Versorgungskapazitäten sollen beibehalten werden. Insgesamt wird der Krankenhausstrukturfonds stärker darauf ausgerichtet, die Struktur der akutstationären Versorgung durch die Bildung von Zentren mit besonderer medizinischer Kompetenz für seltene oder schwerwiegende Erkrankungen, von zentralisierten Notfallstrukturen und von Krankenhausverbänden, insbesondere in Form telemedizinischer Netzwerke zu verbessern. Daneben

soll es auch möglich sein, mit den Mitteln des Krankenhausstrukturfonds auch Vorhaben zur Verbesserung der IT-Sicherheit von Krankenhäusern und zur Schaffung von Ausbildungskapazitäten für Pflegeberufe zu fördern.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Der Sozialverband VdK begrüßt die Fortführung des Krankenhausstrukturfonds. Überkapazitäten gefährden die Patienten, da die Krankenhäuser einerseits überflüssige Operationen durchführen und andererseits nicht über ausreichend Pflegepersonal verfügen. Durch notwendige Konzentrationsprozesse kann es auch zu einer Konzentration von Fachkräften kommen. Dabei ist wichtig, dass die Schließungen nicht dem freien Markt überlassen werden, sondern dass die Länder ihrer Planungsverantwortung gerecht werden. Die Grund- und Regelversorgung muss auch im ländlichen Raum sichergestellt werden.

Der VdK begrüßt auch die Ausweitung der Förderzwecke. Allerdings sieht er die Umsetzung gesetzlicher Vorgaben zur informationstechnischen Sicherheit in der Verantwortung der einzelnen Krankenhäuser.

Der VdK kritisiert, dass immer noch keine Regelung geschaffen wird, um die privaten Krankenversicherungen adäquat an der Finanzierung des Strukturwandels zu beteiligen.

Auch ist die Barrierefreiheit in den Krankenhäusern immer noch nicht vollständig gegeben. Rollstuhlfahrerinnen und -fahrer können das Krankenhaus zwar betreten, die Toiletten zum Teil jedoch nicht nutzen. Ausschilderungen in Braille fehlen. Wenn nun im Rahmen des Krankenhausstrukturfonds Neu- und Umbauten gefördert werden, sollte die Herstellung der Barrierefreiheit als Bedingung in die Krankenhausstrukturfondsverordnung aufgenommen werden.

## **2.7. Finanzierung zusätzlicher Stellen für alle vollstationären Pflegeeinrichtungen (§ 37 SGB V, § 8 Abs. 6 und 9 SGB XI)**

Die vollstationären Pflegeeinrichtungen sollen personell gestärkt werden, um insbesondere den Aufwand im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege besser abzudecken. Die Einrichtungen sollen auf Antrag schnell und unbürokratisch zusätzliche Stellen erhalten und besetzen. Eine finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen in den Pflegeeinrichtungen ist damit nicht verbunden; die Einrichtungen erhalten dafür von den Pflegekassen einen Zuschlag. Zur Finanzierung zahlen die Krankenkassen jährlich 640 Millionen Euro an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung; die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich anteilig an den Kosten.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Grundsätzlich begrüßt der Sozialverband VdK, dass im Sofortprogramm mit 13.000 Pflegekräften mehr als noch die im Koalitionsvertrag genannten 8.000 Pflegekräfte finanziert werden sollen. Zu begrüßen ist auch, dass diese Finanzierung nicht zu Lasten der pflegebedürftigen

Menschen gehen soll. Allerdings möchte der VdK an dieser Stelle noch einmal deutlich betonen, dass die 13.000 neuen Stellen nicht reichen, um den Pflegenotstand in den deutschen Pflegeeinrichtungen zu kompensieren. Allein um die adäquate Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen mit medizinischer Behandlungspflege zu gewährleisten, werden deutlich mehr Pflegekräfte benötigt. Unterschiedliche Untersuchungen gehen dabei von einem Gesamtvolumen von jährlich mehreren Milliarden Euro aus, die nur für die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege aufgebracht werden. Von daher können die im Entwurf genannten 640 Millionen Euro, die als Kompensationsbetrag aus dem GKV-System gedacht sind, tatsächlich nur ein erster Schritt sein. Das Gesamtziel – die vollständige Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen durch die gesetzlichen Krankenkassen – darf nicht aus den Augen verloren werden. Die Etablierung des Pauschalzuschlags darf entsprechend nicht dazu führen, dass das Problem als gelöst angesehen wird. Im Übrigen bleibt das Problem der Ungleichbehandlung, zu Hause oder in einem Pflegeheim wohnenden Pflegebedürftigen, auch mit einer Pauschalfinanzierung aus dem GKV-System nicht gelöst. Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen müssen weiterhin einen Teil ihrer behandlungspflegerischen Leistungen selbst bezahlen bzw. im Bedarfsfall der Sozialhilfeträger.

Unabhängig davon erfahren die in den über 13.000 ambulanten Pflegediensten arbeitenden Pflegenden keine Entlastung. Es ist seit Jahren bekannt und spitzt sich regional immer stärker zu, dass ambulante Pflegedienste mangels ausreichendem Personal und adäquater Refinanzierung der erbrachten Leistung die Versorgung von Patienten in zunehmendem Maße ablehnen müssen. Der Referentenentwurf gibt hierzu keinerlei Antworten. Für beide Bereiche gilt, dass im Referentenentwurf eine entscheidende Aussage zur notwendigen, verbindlichen Personalausstattung in der Pflege fehlt.

## **2.8. Entlastung der Pflege durch Investitionen in der Digitalisierung (§ 8 Abs. 8f. SGB XI)**

Um die Potentiale der Digitalisierung für die Entlastung der Pflegekräfte in der ambulanten und stationären Altenpflege zu nutzen, soll die Pflegeversicherung im Zeitraum von 2019 bis 2021 durch Zuschüsse anteilig entsprechende digitale Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen – z. B. in den Bereichen Entbürokratisierung der Pflegedokumentation, Abrechnung von Pflegeleistungen, Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflegeheimen, bei der Dienst- und Tourenplanung sowie beim internen Qualitätsmanagement und der Erhebung von Qualitätsindikatoren – fördern. Der maximale Förderbetrag beträgt 12.000 Euro bzw. 40 Prozent der anerkannten Maßnahme.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Die Verbesserung der digitalen und technischen Ausstattung der ambulanten Dienste und stationären Einrichtungen durch eine Kofinanzierung ist ein möglicher Schritt, damit alle Akteure

die vielen technischen Neuerungen, die es auf dem Markt bereits gibt und die Entlastung bringen, auch tatsächlich in ihren Einrichtungen und Diensten einsetzen können. Mit der Regelung wären diese Kosten nicht alleine von den Pflegebedürftigen zu tragen. Dies begrüßt der Sozialverband VdK ausdrücklich. Unabhängig davon sieht der VdK es jedoch kritisch, wenn hierfür Mittel aus der Pflegeversicherung ausgegeben werden. Dadurch finanzieren nunmehr die Versicherten die Anschaffung dieser technischen Ausrüstung. Der Sozialverband VdK würde es an dieser Stelle begrüßen, wenn statt in die Anschaffungen von digitaler und technischer Ausrüstung in erster Linie in die Fort- und Weiterbildung der Pflegekräfte investiert werden würde. Dies ist laut Referentenentwurf zwar möglich, jedoch nur ein Bestandteil und auch nur einmalig als Zuschuss vorgesehen. Fort- und Weiterbildungen für Pflegekräfte im Bereich Digitalisierung werden aber auch in den Folgejahren immer bedeutsamer werden.

## **2.9. Förderung von Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern (§ 8 Abs. 7 und 9 SGB XI, § 4 Abs. 8a neu KHEntgG)**

Um den hohen Anforderungen an die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf, denen die professionellen Pflegekräfte oft gegenüberstehen (z. B. häufige Arbeitszeiten in den Randstunden des Tages, in der Nacht oder am Wochenende), besser gerecht werden zu können, sollen durch eine zielgerichtete, zeitlich auf sechs Jahre begrenzte Unterstützung Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf gefördert werden. In den Jahren 2019 bis 2024 sollen hierfür jeweils bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt werden. Förderungsfähig sind Maßnahmen stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen, z. B. individuelle oder gemeinschaftliche Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind, oder auch Schulungen und Weiterbildungen für Leitungskräfte und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Stärkung der Familienfreundlichkeit. Pflegekräften soll es dadurch ermöglicht werden, ihre berufliche Tätigkeit besser mit ihrem Familienleben, insbesondere bei der Betreuung von Kindern oder pflegebedürftigen Angehörigen, in Ausgleich zu bringen.

Zur Gewinnung von zusätzlichem Pflegepersonal sollen 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.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Auch hier ist es sicherlich grundsätzlich zu begrüßen, dass Maßnahmen in der Kranken- und Altenpflege finanziell unterstützt werden sollen, die "besondere Betreuungsbedarfe" jenseits der üblichen Öffnungszeiten von Kitas abdecken oder die Familienfreundlichkeit fördern. Aus Sicht des Sozialverbands VdK ist für eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf aber dringend erforderlich, über Impulse hinaus Maßnahmen zu verstetigen. Bei der Umsetzung in

den Einrichtungen ist aus Sicht des VdK zu berücksichtigen, dass zur Familienarbeit nicht nur Kinder gehören, sondern auch hilfe- und pflegebedürftige ältere Angehörige.

## 2.10. Weitere Verbesserungen in der Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und Pflegeheimen (§§ 87, 119b SGB V)

Um die ärztliche Versorgung in der stationären Altenpflege weiter zu verbessern und die Pflegekräfte zu entlasten, soll die Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen, Kooperationsverträge mit geeigneten vertrags(zahn)ärztlichen Leistungserbringern zu schließen, verbindlicher ausgestaltet werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden im Entwurf zudem verpflichtet, bei Vorliegen eines Antrags einer Pflegeeinrichtung zur Vermittlung eines Kooperationsvertrages einen entsprechenden Vertrag innerhalb einer Frist von drei Monaten zu vermitteln. Stationäre Pflegeeinrichtungen haben dabei eine verantwortliche Pflegefachkraft für die Zusammenarbeit zu benennen. Zudem werden Standards für die schnittstellen- und sektorübergreifende elektronische Kommunikation festgelegt. Die Evaluation der Kooperationsverträge soll künftig auch für den zahnärztlichen Bereich verpflichtend werden.

Darüber hinaus sollen für eine bessere Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und Pflegeheimen Sprechstunden und Fallkonferenzen per Video als telemedizinische Leistung umfangreich ermöglicht werden. In diesem Zusammenhang soll die Videosprechstunde sowohl für alle Versicherten als auch in der häuslichen Pflege in weitem Umfang weiterentwickelt werden. Hierzu soll der Bewertungsausschuss mit Wirkung zum 1. April 2019 entsprechende Anpassungen beschließen.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Der Sozialverband VdK hält die vorgeschlagene Regelung zu telemedizinischen Fallkonferenzen in der Häuslichkeit von Pflegebedürftigen für sehr gelungen. Hausbesuche finden immer seltener statt, obwohl sie aufgrund der demographischen und sozialen Entwicklung immer häufiger notwendig sind. Die Teilnahme an den Fallkonferenzen muss selbstverständlich auch für die Pflegekräfte entsprechend vergütet werden. Zudem braucht es Schulungen im Umgang mit der sicheren Telematikinfrastruktur. Die ambulanten Pflegedienste und die Pflegeheime müssen mit der erforderlichen Technik ausgestattet werden, da sie hier Infrastruktur der Ärzte übernehmen. Die Ausweitung der Videosprechstunde sollte für Menschen, die noch nicht pflegebedürftig sind, unter Einbeziehung von weitergebildeten MFAs (Schwester Agnes oder VERAH) ermöglicht werden.

Zur Sicherstellung der sektorübergreifenden Versorgung sollten überdies neben den Pflegeheimen auch die ambulanten Pflegedienste sowie Heil- und Hilfsmittelerbringer zwingend in die Telematikinfrastruktur mit einbezogen werden.

Zur Beschleunigung der Entwicklung der Kooperationen wird im Referentenentwurf darüber hinaus versucht, die zum größten Teil wirkungslos gebliebene Soll-Regelung im § 119b SGB V durch eine Muss-Regelung zu beleben. Ob das funktionieren kann, bleibt nach Einschätzung

des Sozialverbands VdK zweifelhaft, da die Probleme der Soll-Regelung unberührt bleiben. Zum einen ist es schwierig, den Pflegeeinrichtungen einen ärztlichen und zahnärztlichen Versorgungsauftrag zu übertragen, auf den diese letztlich wenig Einfluss haben. Zum anderen sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen zwar verpflichtet werden, auf Antrag einen entsprechenden Vertrag zu vermitteln, es bleibt jedoch offen, was passieren soll, wenn niemand da ist, der vermittelt werden kann. Das grundsätzliche Problem des Ärztemangels in vielen – speziell ländlichen – Regionen und der immense Facharztmangel – speziell im Bereich der Geriatrie – lassen sich mit dieser Maßnahme nicht beheben.

## **2.11. Stärkung der ambulanten Alten- und Krankenpflege insbesondere im ländlichen Raum (§ 132a SGB V, § 89 SGB XI)**

Die ambulante Alten- und Krankenpflege im ländlichen Raum soll durch eine bessere Honorierung der Wegezeiten gestärkt werden, wenn die Versorgung nur mit längeren Anfahrtswegen sichergestellt werden kann. Ein unbürokratisch zu gewählender Wegekostenzuschlag, der den zusätzlichen Aufwand angemessen abbildet, ist daher von den Rahmenvereinbarungspartnern nach § 132a Abs. 1 SGB V festzulegen, der auch in den Vergütungsvereinbarungen im Bereich der Pflegeversicherung zu berücksichtigen ist.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Die vorgesehenen Zuschläge für längere Wegezeiten im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege sowie in der Pflegeversicherung auf dem Land werden begrüßt. Die Mitglieder des VdK berichten immer häufiger davon, dass sie keinen Pflegedienst finden können, insbesondere kurzfristig nach einer Krankenhausentlassung. Die Verbesserungen zur Unterstützungspflege laufen damit ins Leere. Neben den Wegezeiten sollte daher auch über eine Sicherstellung durch regionale Verantwortungen nachgedacht werden. Das derzeitige Wettbewerbsmodell begünstigt eher überlange Wege.

## **2.12. Verbesserung der medizinischen Rehabilitation für pflegende Angehörige (§ 40 SGB V)**

Pflegenden Angehörigen soll es ermöglicht werden, nach ärztlicher Verordnung eine von der Krankenkasse zu genehmigende stationäre Rehabilitation in Anspruch zu nehmen, ohne dass zuvor ambulante Leistungen durchgeführt worden sind. Damit soll der Zugang dieses Personenkreises zu Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation erleichtert werden.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Es ist richtig, dass pflegende Angehörige häufig aufgrund ihrer familiären Situation keine Möglichkeit haben, ambulante Rehabilitationsleistungen in Anspruch zu nehmen. Aus der gleichen Situation heraus haben diese pflegenden Angehörigen aber auch keine Möglichkeit, stationäre

Rehabilitationsleistungen in Anspruch zu nehmen. Aus Sicht des Sozialverbands VdK stellt sich hier entsprechend die Frage, wie viele Menschen mit dieser Regelung überhaupt erreicht werden. Der Sozialverband VdK begrüßt grundsätzlich, dass stationäre Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige ermöglicht werden, auch ohne dass vorher eine ambulante Maßnahme durchgeführt wurde. Allerdings wird die weiter oben bereits angedeutete Problematik dadurch nicht aufgelöst, zumal es nur wenige Anbieter gibt, die Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige anbieten und zugleich die Versorgung des Pflegebedürftigen im Blick haben. Gleichzeitig bleibt auch der Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen erhalten. Zwar kann die Krankenkasse zukünftig nicht mehr mit der Begründung ablehnen, dass ambulante Leistungen ausreichen, dennoch bleibt der grundsätzliche Genehmigungsvorbehalt bestehen.

### **2.13. Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen (§ 20 ff. SGB V)**

Bereits heute können Krankenkassen mit ihren Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung Krankenhäuser und (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen bei der Verbesserung der gesundheitlichen Situation und der Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen ihrer Beschäftigten unterstützen. Nunmehr sollen die Krankenkassen verpflichtet werden, zusätzlich mehr als 70 Millionen Euro jährlich für diese Leistungen aufzuwenden. Mit der Festlegung eines spezifischen Mindestausgabewertes für Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung soll die betriebliche Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen einen Schub erhalten, der mit motivierten und zufriedenen Beschäftigten letztlich den Patientinnen und Patienten und den pflegebedürftigen Menschen zu Gute kommt.

Zudem soll die Nationale Präventionsstrategie um spezifische und gemeinsame Ziele der Sozialversicherungsträger und weiterer Akteure zur Förderung und Erhaltung der Beschäftigungsfähigkeit und zur Senkung des Krankenstandes der Beschäftigten in Krankenhäusern und (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen ergänzt werden.

#### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Der Sozialverband VdK begrüßt das Anliegen, die Gesundheit von Pflegekräften in Krankenhäusern und (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen zu fördern. Es ist allerdings nicht nachvollziehbar, warum nicht auch Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten von diesen Maßnahmen profitieren sollen. In der Mitgliedschaft des VdK sind Pflegekräfte unabhängig von dem Ort der Berufstätigkeit besonders häufig und besonders früh von Erwerbsunfähigkeit betroffen und erhalten eine Erwerbsminderungsrente, die nicht zum Leben reicht.

Die Förderung durch Maßnahmen einzelner Krankenkassen ist jedoch der falsche Weg. Zudem kommt es hier zu einem Präzedenzfall für andere Berufsgruppen. Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und muss auch aus Mitteln der Privatversicherten bezahlt werden.

Der VdK begrüßt, dass es im Rahmen der Nationalen Präventionsstrategie zu einer besseren Abstimmung der Sozialversicherungen kommen soll. Für einen echten Wandel reicht dieses Gremium in seiner Zusammensetzung aber nicht aus.

Gutes Betriebliches Gesundheitsmanagement in anderen Sektoren lebt davon, dass Belegschaft und Geschäftsführung gemeinsam die Arbeitsprozesse hin zu mehr Gestaltungsspielraum und Souveränität verändern. In der Pflege ist auch die mangelnde Arbeitssouveränität eine Hauptursache für Unzufriedenheit: „Eine wesentliche Ursache für die Inanspruchnahme von Erwerbsminderungsrenten in der Pflege liegt im Konflikt der Beschäftigten – zwischen individuellem Berufsanspruch und betrieblichen Rahmenbedingungen.“<sup>3</sup> Dieser Konflikt lässt sich aber nicht im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements lösen. In der Pflege sind der Übernahme von Verantwortung gesetzliche Grenzen gesetzt. Beispielsweise benötigen Pflegekräfte zur Wund- oder Dekubitusversorgung erst eine ärztliche Verordnung, bevor sie ihrem Wissen entsprechend handeln können. Die Übernahme von heilkundlichen Tätigkeiten kommt über die Planung von Modellvorhaben nicht hinaus. Der VdK fordert endlich Fortschritte hin zur Delegation ärztlicher Tätigkeiten – auch im ambulanten Bereich. Dadurch kann nicht nur die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden erhöht werden, sondern auch die Versorgung in ländlichen Gebieten gesichert werden.

## **2.14. Beratungseinsätze zur Kontrolle und Sicherung der häuslichen Pflege (§§ 37, 106a, 146 neu SGB XI)**

Der größte Teil der häuslich versorgten Pflegebedürftigen bezieht ausschließlich Pflegegeld. Um zu gewährleisten, dass auch diese Gruppe stets angemessen versorgt und betreut wird, sieht § 37 Abs. 3 einen verpflichtenden Beratungsbesuch in regelmäßigen Abständen vor, der in erster Linie von zugelassenen Pflegediensten durchgeführt wird. Die Vergütung für diese Beratungsbesuche ist bislang gesetzlich festgelegt. Vielfach wird beklagt, dass die derzeit geltenden Vergütungssätze für eine fachlich anspruchsvolle Beratung mit der Zielsetzung, die Qualität der Pflege zu sichern, nicht ausreichen. Dies gelte insbesondere auch im Lichte der nach Absatz 5 abzugebenden Empfehlungen, in denen Anforderungen an eine fachlich anspruchsvolle Beratung niedezulegen sind. Vor diesem Hintergrund sollen die Vergütungssätze nicht mehr gesetzlich festgelegt, sondern zwischen den Pflegekassen und den Pflegediensten oder von den durch Pflegekassen beauftragten Pflegefachkräften nach den Grundsätzen des ambulanten Vergütungsrechts im Achten Kapitel ausgehandelt werden.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Insgesamt begrüßt der Sozialverband VdK die Änderungen im Rahmen des Beratungsbesuches nach § 37 SGB XI. Tatsächlich ist es richtig, dass die bisher im Gesetz geregelte Höhe der Vergütung der Beratungsbesuche vielfach als nicht ausreichend angesehen wird. Dies hat sich in den letzten Jahren noch verstärkt, da der Beratungsbesuch von vielen ambulanten

---

<sup>3</sup> Schröder 2016: Erwerbsminderungsrenten in der Krankenpflege - Erklärungsansätze und Handlungsempfehlungen. In: IAT Forschung aktuell 01/2016.

Pflegediensten nicht mehr (auch) als Akquise-Instrument genutzt wird. Von daher hält der Sozialverband VdK es für sachgerecht, die Frage der Höhe der Vergütung in die Hände der Vereinbarungspartner nach § 89 SGB XI zu geben.

Die Übergangsregelung in § 146 SGB XI wird ebenfalls für notwendig erachtet. Der VdK möchte an dieser Stelle allerdings auch darauf hinweisen, dass es derzeit regional für viele Pflegehaushalte schwierig ist, einen Pflegedienst zu finden, der bereit ist, einen Beratungsbesuch durchzuführen. Da an der Durchführung des Besuches letztlich auch die Pflegegeldinanspruchnahme bzw. die Höhe des Pflegegeldes gekoppelt ist, muss – nach Auffassung des VdK – evaluiert werden, ob eine ggf. höhere Vergütung für die Beratungsbesuche diese – aus Sicht der Pflegehaushalte – schwierige Konstellation alleine auflösen kann.