

**Stellungnahme
des Deutschen Berufsverbands
für Pflegeberufe (DBfK)**

zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals
(Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz – PpSG)
Stand 25.06.2018

Berlin, den 05.07.2018

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V.
Bundesverband
Alt-Moabit 91
10559 Berlin

Vorbemerkung

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) bedankt sich für die Möglichkeit der Stellungnahme.

Aus Sicht des DBfK werden im Referentenentwurf die Bemühungen deutlich, die Pflegepersonalkosten für den Krankenhausbereich besser und unabhängig von Fallpauschalen abzubilden. Für die vollstationären Pflegeeinrichtungen sollen 13.000 zusätzliche Stellen für die medizinische Behandlungspflege auf der Grundlage einer Refinanzierung über den SGB V Bereich geschaffen werden. Insgesamt sollen Pflegepersonal (inkl. der betrieblichen Gesundheitsförderung und Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf), Ausstattung (Investitionen in Digitalisierung zur Entlastung) und in Konsequenz die Versorgungsqualität gestärkt werden. Zu begrüßende Maßnahmen sind die vollständige Finanzierung der Tarifsteigerungen der Pflege, die zusätzliche Schaffung und Finanzierung von Ausbildungskapazitäten, die Weiterführung des Pflegestellenförderprogramms unter veränderten Bedingungen sowie die Etablierung eines einrichtungsindividuellen Pflegebudgets zu nennen.

Im Entwurf ist nicht ersichtlich, wie das im Koalitionsvertrag angekündigte Vorhaben, die Krankenhausvergütung auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung unter Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System umgesetzt werden soll. Konzeptionell erfolgt keine Berücksichtigung einer eindeutigen und bundeseinheitlichen Definition der Pflegepersonalkosten der Patientenversorgung gemäß einheitlicher und fachlich anerkannter Maßstäbe. Insbesondere erfolgt keine Bestimmung eines krankenhausesindividuellen Pflegepersonalbedarfs auf der Grundlage eines analytischen Personalbemessungsverfahrens, das sich am Pflegebedarf der Patienten ausrichtet. Solche Maßstäbe bieten die fachlich anerkannten Instrumente der Pflegepersonalregelung (PPR) und Psychiatrie Personalverordnung (Psych-PV). Die PPR könnte - in modernisierter Form im Sinne eines lernenden Systems - zeitnah eingeführt werden, um ein Pflegebudget losgelöst vom DRG System einrichtungsindividuell zu definieren. Damit wäre ein Mangel des Gesetzesentwurfs behoben, den Maßstab für eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Personalbesetzung zu setzen.

Zudem bleibt das System zur Finanzierung der Pflegepersonalkosten Teil des DRG-Systems, da die Instrumente Pflegeerlöskatalog, Pflegeentgelt und Pflegeentgeltwert, die auf die krankenhausesindividuell zu kalkulierenden zu vereinbarenden Pflegebudgets einwirken, auf der Grundlage von DRG-Fallpauschalen und DRG-Bewertungssystematiken beruhen. Sollte ein Pflegebudget nicht in geeigneter Weise bestimmt und geregelt werden, steht zu befürchten, dass mit dem Einsatz der neuen Instrumente der Status quo fortgeschrieben wird.

Der DBfK als Mitglied des Deutschen Pflegerates e. V. (DPR) trägt dessen Stellungnahme in allen Teilen mit und nimmt hier zu einigen Punkten ergänzend bzw. gesondert Stellung.

Pflegepersonal- Stärkungs- Gesetz (PpSG)

Artikel 7 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Zu Nummer 1b (§ 20 Absatz 6)

Der DBfK befürwortet uneingeschränkt die Anhebung der Beträge für Leistungen nach den §§ 20a und 20b. Wir möchten an dieser Stelle jedoch darauf hinweisen, dass die Anhebung keine Leistungserbringer der häuslichen Krankenpflege oder Pflegenden in Einrichtungen nach § 71 Abs. 1 SGB XI berücksichtigt. Wir sehen hier einen dringenden Nachsteuerungsbedarf. Vor allem die Kollegen der häuslichen (Kranken-)Pflege sind durch oftmals fehlende Hilfsmittel und die individuellen Versorgungssituationen in den Häuslichkeiten in physischer und psychischer Hinsicht mehrfach stark belastet sind. Zudem zeigen die Zahlen des statistischen Bundesamts, dass vor allem die Mitarbeiter in den ambulanten Pflegeeinrichtungen höheren Altersgruppen angehören und daher besonderer Aufmerksamkeit hinsichtlich der betrieblichen Gesundheitsförderung bedürfen um diese Arbeitskräfte noch möglichst lange im Beruf halten zu können.

Um die Gesundheitsförderung in den Pflegeeinrichtungen zu verbessern, bedarf es aus Sicht des DBfK zudem konkreter Strategien die auf die individuellen Belange der Einrichtungen fokussieren. Diese müssen über die reine Schaffung von strukturellen Rahmenbedingungen hinausgehen. Aus Sicht des DBfK sind jedoch Angebote von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 SGB V nicht ausreichend ausgebaut und auf die individuellen Belange von Pflegeeinrichtungen ausgerichtet. Hierzu gehören beispielsweise Kinästhetikkurse, die direkt am Patienten stattfinden. Zwar werden die verhältnispräventiven Maßnahmen, die dadurch angesprochen sind, durch den DBfK als wichtig erachtet. Für die beruflich Pflegenden bedarf es jedoch vor allem auch Unterstützung in verhaltenspräventiven Maßnahmen um lange im Beruf verbleiben zu können.

Darüber hinaus möchten wir darauf hinweisen, dass es unserer Auffassung nach um den Betrag nach Satz 2 gehen muss, nicht um einen Betrag nach Satz 3.

Änderungsvorschlag

„Für Leistungen nach § 20b, die in Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 und in Einrichtungen nach § 71 ~~Absatz 2~~ des Elften Buches erbracht werden, wenden die Krankenkassen von dem Betrag nach Satz 3 2 für jeden ihrer Versicherten mindestens 1 Euro auf. *Neben dem Aufbau und der Stärkung von gesundheitsförderlichen Strukturen sollen insbesondere Leistungen der verhaltensbezogenen Prä-*

vention mit Fokus auf die Besonderheit von Einrichtungen nach Satz 3 durch diese Aufwendung zu refinanzieren.“

Bei einer Anpassung hinsichtlich der Einrichtungen nach § 71 SGB XI bitten wir zudem um die folgerichtige Anpassung der Ziffern 2 und 3.

Zu Nummer 7 (§ 119 b Absatz 1)

Aus Sicht des DBfK liegt der Sicherstellungsauftrag für die ambulante ärztliche Versorgung bei den Kassen(-zahn)ärztlichen Vereinigungen und nicht bei den stationären Pflegeeinrichtungen. Die Verantwortlichen der stationären Pflegeeinrichtungen können Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten anstreben, sie haben aber keine Möglichkeit diese durchzusetzen. Von daher sehen wir die bisherige „Soll-Regelung“ als angemessen und lehnen die Aufnahme einer „Muss-Regelung“ ab.

Wir begrüßen die Aufnahme der Drei-Monats-Frist, in der die Kassen(-zahn)ärztlichen Vereinigungen entsprechende Kooperationsverträge zu vermitteln haben.

Änderungsvorschlag

In Satz 1 wird das Wort „**sollen**“ beibehalten.

Zu Nummer 8 (§ 132a Absatz 1)

Der DBfK befürwortet grundsätzlich das Anliegen der Bundesregierung, in § 132a SGB V die Versorgung im ländlichen Raum zu stärken. Wir möchten an dieser Stelle jedoch auf zweierlei Dinge hinweisen. Zum einen bedarf es bei einer Honorierung von Wegezeiten einer expliziten Festlegung des Gesetzgebers, welche Kosten hier zu inkludieren sind. Aus Sicht des DBfK müssen nicht nur die Arbeitszeit des Mitarbeiters und Kosten für Unterhalt und Kauf des Auto berücksichtigt werden, so wie es bisher in den Verhandlungen kassenseitig dargestellt wird. Dringend sehen wir auch die Berücksichtigung von steigenden Benzinkosten und Wartungskosten der Fahrzeuge. Diese bleiben bisher unberücksichtigt.

Darüber hinaus weisen wir an dieser Stelle darauf hin, dass die reine Fahrzeit innerorts sicherlich kürzer ist, aber die Verkehrssituation in Städten berücksichtigt werden muss (das zeigt auch das Thünen-Erreichbarkeitsmodell, welches Erreichbarkeiten von Pflegediensten ermittelt hat). So ist eine Erreichbarkeit des nächsten Patienten bezogen auf die Distanz zwar schnell gegeben, die Suche nach Parkmöglichkeit sowie das hohe Verkehrsaufkommen lassen die Wegezeit jedoch drastisch steigen. Darüber hinaus wird dadurch nachgewiesenermaßen auch der Verschleiß der Fahrzeuge erhöht. Ein zweiter, nicht zu unterschätzender Faktor ist die Verfügbarkeit von Leistungserbringern. Zunehmend mehr Pflegedienste lehnen auch innerorts eine Versorgung von Patienten ab, da sie diese aus personellen Gründen nicht gewährleisten können. Erfolgt die Vergütung der

Wegezeiten jedoch nur im ländlichen Raum, so werden innerorts andere Pflegedienste mit längeren Anfahrtswegen die Versorgung aus wirtschaftlicher Sicht nicht übernehmen können.

Änderungsvorschlag

„In den Rahmenempfehlungen nach Satz 4 Nummer 5 ist den besonderen Anforderungen einer flächendeckenden Versorgung ~~im ländlichen Bereich~~ Rechnung zu tragen, dabei sind insbesondere angemessene Zuschläge für längere Wegezeiten vorzusehen und erstmalig bis zum 30. Juni 2019 zu vereinbaren. *Als Wegezeiten werden Anfahrten zur nächsten versorgten Person bezeichnet. Der Weg beginnt an der Tür des letzten Standortes (Büro oder Wohnungs- bzw. Haustür einer versorgten Person) und endet an der Wohnungs- bzw. Haustür der nächsten zu versorgenden Person.*“

Artikel 10 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch Zu Nummer 2 (§ 8 Absatz 6)

Der DBfK begrüßt ausdrücklich, dass nunmehr der prekären Personalsituation in der stationären Altenpflege entgegengewirkt werden soll. Dass dieser Schritt schon früher hätte erfolgen müssen, hat der DBfK in den vergangenen Jahren mehrfach deutlich gemacht. Zudem wird damit das seit Jahren thematisierte Anliegen anerkannt, den Aufwand für Behandlungspflege in der stationären Langzeitpflege gesondert zu vergüten.

Durch die Refinanzierung von 13.000 zusätzlichen Stellen für die medizinische Behandlungspflege sollen die Pflegeleistungen für die Pflegebedürftigen in den vollstationären Pflegeeinrichtungen gestärkt werden. Anhand der folgenden Beispielrechnung wird aufgezeigt, wieviel mehr Zeit für jeden Pflegebedürftigen zur Verfügung steht:

Beispielrechnung

Eine Erhöhung von 0,5 Stellen auf 40 Plätze ergibt einen Stellenschlüssel von 1:80. Bei einer Nettoarbeitszeit von 1400 Stunden sind das 1400 Stunden für 80 Bewohner pro Jahr. Das heißt für jeden der 80 Pflegebedürftigen stehen pro Jahr 17,5 Stunden Zeit für die Behandlungspflege incl. deren Dokumentation zur Verfügung.

Deutlich wird, dass diese Maßnahme nicht mehr als „ein Tropfen auf den heißen Stein“ ist. Neben dem täglichen Medikamentenmanagement (Medikamente stellen, verteilen und z.T. verabreichen), diversen Injektionen und Einreibungen sowie Kälteanwendungen sind insbesondere aufwendige Verbandwechsel und die Versorgung von Ports behandlungspflegerische Maßnahmen, für die auch bei einer mischkalkulatorischen Betrachtung 17,5 Stunden pro Pflegebedürftigen pro Jahr nicht ausreichen.

Änderungsvorschlag

In dem nach § 113c zu erstellenden wissenschaftlich fundierten Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen sind alle Pflegebedarfe, auch die der Behandlungspflege, angemessen zu berücksichtigen. Wir möchten an dieser Stelle ausdrücklich darauf hinweisen, dass es aufgrund des derzeitigen Mangels an Pflegefachpersonen bei der Durchführung aller Pflegemaßnahmen - nicht nur der Behandlungspflege - nicht zu Qualifikationsabsenkungen kommen darf. Pflegebedürftige haben einen Anspruch auf die Sicherstellung der im Einzelfall notwendigen medizinisch-pflegerischen Versorgung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft.

Zu Nummer 2 (§ 8 Absatz 7)

Um den Pflegeberuf attraktiver zu gestalten stellt die Förderung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf eine wichtige Säule dar, auch damit Frauen in der Familienphase im Beruf verbleiben bzw. wieder zurückkehren können und nicht in die Teilzeitfalle und in der Folge in Altersarmut geraten. Der DBfK begrüßt die Unterstützung von Maßnahmen, die hierauf abzielen. Bei dem derzeit in der Praxis herrschenden akuten Personalmangel liegt der Schwerpunkt der Träger ausschließlich bei der Abdeckung der Mindestbesetzung. Spielräume für eine familienfreundliche Einsatzplanung bestehen derzeit nicht. Daher regen wir an, hierzu gezielt Projekte zu fördern, die dann als best practice Modelle genutzt werden können. Die derzeitigen Projekte der Berufsgenossenschaften und einzelner Krankenkassen sind für die Heimträger kostenpflichtig und müssten über die Pflegesätze durch die Kostenträger (SGB XI, SGB XII und Bewohner) refinanziert werden.

Änderungsvorschlag

In Anlehnung an die Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI sollten zukünftig auch Projekte zur Verbesserung der Arbeitssituation von Pflegenden initiiert und gefördert sowie wissenschaftlich begleitet werden. Die Umsetzung der Projekte muss aus Präventionsmitteln der Kranken- und Pflegeversicherung finanziert werden.

Artikel 11 Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 4, Buchstabe a (§ 37 Absatz 3 Satz 1)

Beratungsbesuche können laut § 37 Absatz 3 durch zugelassene Pflegedienste, anerkannte Beratungsstellen mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz oder durch eine von der Pflegekasse beauftragten, jedoch von ihr nicht beschäftigten Pflegefachperson erbracht werden. Aufgrund der jüngsten Versorgungsengpässe in der ambulanten Pflege, bedingt durch den immer stärker ausgeprägten Mangel an Pflegefachpersonen, schwinden die Kapazitäten der Pflegedienste, diese Besuche durch erfahrene, sozialversicherungspflichtige Pflegefachpersonen sicher zu stellen. Um die Beratungsbesuche auch in Zukunft sicherzustellen, regt der DBfK an, die Durchführung der Beratungsbesuche nach

§ 37 Absatz 3 auch für freiberufliche Pflegefachpersonen mit einer entsprechenden Fort-/ Weiterbildung bzw. eines Studiums (z.B. Familiengesundheitspflege, § 7a Beraterin, Case Management) zu öffnen. Derzeit gibt es landesspezifische Unterschiede bei der Zulassung dieser Personen als anerkannte Beratungsstelle Die Anerkennung als zugelassene freiberufliche Beratungsperson ist in allen Bundesländern zu gewährleisten.

Änderungsvorschlag

*Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen haben (...) eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch einen zugelassenen Pflegedienst, durch eine von den Landesverbänden der Pflegekassen nach Absatz 7 anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz oder, ~~sofern dies durch einen zugelassenen Pflegedienst vor Ort oder eine von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenzen nicht gewährleistet werden kann,~~ durch eine von ihr beauftragte, jedoch von ihr nicht beschäftigte **freiberufliche** Pflegefachkraft abzurufen.*

Zu Nummer 4, Buchstabe b (§ 37 Absatz 3 Satz 5)

Der DBfK begrüßt ausdrücklich, dass die Vergütungssätze nicht mehr gesetzlich festgelegt werden, sondern nach den Grundsätzen des ambulanten Vergütungsrechts im Achten Kapitel ausgehandelt werden sollen. Die Beratungsbesuche müssen qualitätsgesichert erbracht werden – was der DBfK in den Verhandlungen zu den Empfehlungen nach § 37 Absatz 5 SGB XI zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 SGB XI immer unterstützt hat - entsprechend ist eine Anpassung der Vergütung folgerichtig und notwendig.

Es erschließt sich uns nicht, warum die Pflegekassen die Höhe der Vergütung für anerkannte Beratungsstellen oder Beratungspersonen und kommunale Gebietskörperschaften festlegen und diese nicht analog zu den Vergütungssätzen für die Pflegedienste verhandelt werden. Aus unserer Sicht darf es keine einseitige Festlegung der Vergütungssätze geben, da ansonsten die Gefahr besteht, dass Kassen ihre Monopolstellung ausnutzen, um den Preis auf bisherigen Niedrig-Niveau zu lassen. Eine Staffelung nach Pflegegraden, wie bisher ist nicht zielführend, denn der Aufwand ist unabhängig vom Pflegegrad. Es sollte hier auch eine Zeitabrechnung und das Berechnen einer Wegepauschale möglich sein.

Änderungsvorschlag

Die Höhe der Vergütung vereinbaren die Pflegekassen oder deren Arbeitsgemeinschaften in entsprechender Anwendung des § 89 mit dem Träger des zugelassenen Pflegedienstes oder mit der von der Pflegekasse beauftragten Pflegefachkraft unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach Absatz 5. Die

Vergütung kann als Pauschale oder als Zeitvergütung vereinbart werden. Die Anfahrt zu den Beratungsbesuchen ist ebenfalls zu vergüten. nach Pflegegraden gestaffelt sein. Über die Höhe der Vergütung anerkannter Beratungsstellen und von Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften entscheiden an dem Jahr 2021 die Verbände der Pflegekassen im Land verbindlich in Anlehnung an die im Land vereinbarten Vergütungssätze jeweils für die Dauer eines Jahres und veröffentlichen die Festlegung. **Die Höhe der Vergütung für anerkannte Beratungsstellen, für freiberufliche Beratungspersonen und für Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften wird analog an die im Land vereinbarten Vergütungssätze jeweils für die Dauer eines Jahres durch die Pflegekassen im Land veröffentlicht.**

Grundsätzlich sehen wir die zugehende Beratung als wichtigen Baustein einer angemessenen individuellen Versorgung von Pflegebedürftigen im ambulanten Bereich und möchten an dieser Stelle anregen, das Thema „präventiver Hausbesuch“ erneut aufzugreifen und hinsichtlich einer flächendeckenden Umsetzung zu überprüfen. Das Zentrum für Qualität in der Pflege hat bereits im Jahr 2013 deutlich gemacht, dass es sich bei präventiven Hausbesuchen nicht um eine Einzelmaßnahme handelt, sondern um einen ganzheitlichen, zumeist mehrere Interventionen umfassenden Ansatz, der darauf abzielt, die Selbstmanagementkompetenzen der Senioren zu stärken. Laut ZQP kann dies auch bei einer Pflegeberatung erfolgen, ist dort aber nicht zwingend¹.

¹ vgl. https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht_Entwicklung_Dienstleistungskonzept_Paeventive_Hausbesuche.pdf S. 14, aufgerufen am 03.07.2018