

**Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) zum
Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals
(Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz – PpSG)**

Stand 04.07.2018

Der DPR begrüßt grundsätzlich den vorgelegten Referentenentwurf zum Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz – PpSG. Der Entwurf zeigt, dass der Gesetzgeber endlich das bereits gravierende Fachkräfteproblem in den Pflegeberufen und die damit verbundene Zukunftssicherung der Bevölkerung hinsichtlich der pflegerischen Versorgung erkannt hat und nun auch gestalten möchte. Die geplanten Regelungen und Maßnahmen sollen die Rahmenbedingungen der Pflege und damit die pflegerische Versorgung im Krankenhausbereich wie auch in der Langzeitpflege hinsichtlich Qualität und Patientensicherheit deutlich und spürbar verbessern.

In diesem Sinne hält der DPR die im PpSG verankerte Rückkehr zum Prinzip der Selbstkostendeckung mit dem vollständigen Mehr- und Mindererlösausgleich für eine positive Entwicklung und den richtigen Weg. Weitere positive Aspekte sehen wir in der beabsichtigten Budgetfestschreibung, der vollständigen Refinanzierung der Tarifierhöhungen, der Förderung des Aufbaus zusätzlicher Stellen, der Erhöhung des Ausbildungsbudgets incl. hochschulischer Qualifikation sowie der Förderung von Entlastungen für Pflegenden durch Maßnahmen der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf. Dies hat der DPR langjährig mit entsprechenden Lösungsvorschlägen in die Diskussion eingebracht.

Einige Aspekte bedürfen aus Sicht des Pflegerats noch der Konkretisierung, insbesondere im Krankenhausbereich. So lässt sich bisher nur vermuten, dass mit Pflegeerlöskatalog der Pflegelastkatalog gemeint ist. Bei der Konkretisierung bittet der DPR um Einbeziehung. Der Mehr- und Mindererlösausgleich sind eine entscheidende Neuregelung. Es fehlt ergänzend der Einsatz eines verbindlichen Instrumentes zur Ermittlung des Pflege- und Personalbedarfes, welches die Abweichungen von der Planung durch die veränderte Patientenstruktur erklärt und nachweist. Eine aktualisierte Form der PPR wird vom DPR als geeignete und notwendige Lösung gesehen, die auch zeitnah zur Verfügung stehen könnte.

Für künftige Vergütungsverfahren ist es dringend erforderlich, dass der DPR als die Interessensvertretung der Pflegeberufe als Vertragspartei auf Bundesebene neben der DKG und dem GKV-Spitzenverband sowie dem Verband der privaten Krankenversicherung gesetzlich aufgenommen wird. Denn es ist nicht mehr

zeitgemäß, dass die bisherigen Vertragspartner weiterhin allein rechtsverbindliche Vereinbarungen für die Interessenvertretung der Pflegeberufe treffen.

Zu den einzelnen Regelungen des PpSG nimmt der DPR wie folgt Stellung:

Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung – KHSFV), vom 17. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2350)

Tarifsteigerung/Pflegestellenförderprogramm/Pflegepersonalbudget/Ausgliederung Pflegepersonalkosten

Der DPR begrüßt ausdrücklich die umfänglichen Maßnahmen zur Stärkung des Pflegepersonals, welche auf eine verbesserte Ausstattung der Krankenhäuser mit Pflegepersonal abzielen und somit unmittelbar zu einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung beitragen. Hier sind insbesondere die vollständige Finanzierung der Tarifsteigerungen der Pflege, die Weiterführung des Pflegestellenförderprogramms unter veränderten Bedingungen, die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System sowie auch die Etablierung eines einrichtungsindividuellen Pflegebudgets zu nennen.

Aus Sicht des DPR bedarf es für die geforderte eindeutige bundeseinheitliche Definition der Pflegepersonalkosten der Patientenversorgung einheitlicher und fachlich anerkannter Maßstäbe. 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. Dieses Instrument der Pflegepersonalbedarfsermittlung ist ebenso für die Festlegung des einrichtungsindividuellen Pflegebudgets einsetzbar. Darüber hinaus bestünde eine Kontinuität sowohl auf Seiten der Kalkulation als auch auf Seiten der Anwendung des avisierten Pflegeerlöskatalogs. Bei der Entwicklung eines solchen Instrumentes ist der DPR einzubinden.

Für Fort- und Weiterbildung gibt es in den Krankenhäusern keine gesonderten Mittel, sodass die Finanzierung aus den Pflegeleistungen, die vergütet werden, bestritten werden muss. Der DPR schlägt daher vor, dass Qualifizierungserfordernisse wie Fort- und Weiterbildung in die Ermittlung des zukünftigen Pflegebudgets eingehen. Auch die Qualifizierungserfordernisse für Führungskräfte sollten in besonderem Maß Berücksichtigung finden. Zur Bedarfsermittlung und -definition von Qualifizierungserfordernissen auf der Führungsebene in stationären Einrichtungen nach SGB V und XI sollte der DPR mitwirkend eingebunden werden.

Positiv bewertet der DPR die konsequente Umsetzung der Pflegebudgetfestschreibung. Damit wird sichergestellt, dass die finanziellen Mittel für

die Pflegeleistungen auch für die Pflege eingesetzt werden. Zusätzliche Stellen werden zudem bis 2020 über das Pflegestellenförderprogramm gesondert vergütet.

Alle Lösungen im Zusammenhang mit der Herauslösung des DRG Kostenanteils für die Pflege dürfen nicht zu unverhältnismäßigem bürokratischem Mehraufwand bzw. Dokumentations- und Nachweispflichten führen. Hier sind insbesondere die Abrechnungsbestimmungen für den Pflegeerlöskatalog zu nennen.

Die Einführung des Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstruments zur Vereinbarung eines einrichtungsindividuellen Pflegebudgets geht weit über den bisherigen Ansatz der Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen unter dem Aspekt der „Schadensvermeidung“ für Patienten/innen hinaus und stellt eine bessere Alternative dar.

Gemäß § 9, Absatz 1 Krankenhausentgeltgesetz, Artikel 8, Nummer 7 dd erhält das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) den Auftrag zur Streichung der Prozedurenkodes, um eine Entlastung im Dokumentationsaufwand sicher zu stellen. In diesem Sinne findet die erwartete Abschaffung des Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) unsere uneingeschränkte Zustimmung. In diesen Überarbeitungsprozess ist der DPR fachlich-inhaltlich einzubinden.

Neu eingeführt wurde die Pflicht der Kostenträger, bestehende Pflegegrade von Patienten bei Krankenhausaufnahme im Rahmen des DTA-Verfahrens gemäß §301 SGB V zu übermitteln. Diese Regelung ist ein notwendiger und lang geforderter Schritt, der nicht nur zu einer vereinfachten Leistungsabbildung führt, sondern auch einen wertvollen Beitrag im Rahmen des Entlassmanagements sowie der sektorenübergreifenden Versorgung leistet.

Ausbildung

Der DPR begrüßt, dass zusätzliche Ausbildungskapazitäten für Krankenpflegeberufe geschaffen werden können und dass die Finanzierung der Erhöhung nicht von den Kostenträgern zurückgewiesen werden kann (§ 12a, Absatz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz). Diese Regelung ist ein wichtiger Baustein für die zukünftige Entwicklung. Aus Sicht des DPR wäre eine Erhöhung der bestehenden Ausbildungskapazität um 10% pro Jahr eine empfehlenswerte Größe. Insbesondere in ländlichen Regionen fehlt es an Ausbildungsplätzen.

Positiv bewertet der DPR zudem die zusätzlichen Finanzierungsmöglichkeiten bei Vorhaben für die Ausbildung an Hochschulkliniken (§ 11, Absatz 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz, Artikel 5, Punkt 6, und § 4 Abs. 6 und 7 Krankenpflegegesetz bzw. Teil 3 (§37ff) Pflegeberufegesetz). Damit würden akademische Qualifikationen auch an den Kliniken vom Strukturfonds profitieren. Der DPR bittet um Klarstellung, dass diese Regelung auch für die hochschulische Pflegeausbildung gilt und schlägt daher vor den § 11, Absatz 2, Krankenausfinanzierungsgesetz, Artikel 5, Nummer 6 dahingehend zu spezifizieren,

dass die akademische Qualifikation gemäß Teil 3 Pflegeberufegesetz „Hochschulische Pflegeausbildung“ gefördert wird:

„(2) Die in Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe a und Nummer 6 genannten Vorhaben können auch dann gefördert werden, wenn an diesen Vorhaben Hochschulkliniken mit entsprechender hochschulischer Pflegeausbildung gemäß § 4 Abs. 6 und 7 Krankenpflegegesetz bzw. Teil 3 (§ 37ff) Pflegeberufegesetz beteiligt sind“.

Der DPR begrüßt auch die vollständige Refinanzierung der Ausbildungsvergütung der Auszubildenden im ersten Ausbildungsjahr (§ 17a, Absatz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz, Artikel 2, Nummer 1 a) bb). Auszubildende sind grundsätzlich nicht auf den Stellenplan anzurechnen.

Digitalisierung

Der Referentenentwurf beinhaltet Investitionen in die Digitalisierung in Pflegeeinrichtungen, um das Pflegepersonal zu entlasten. Aus Sicht des DPR muss diese Regelung auch für den Krankenhausbereich gelten. Digitalisierung und Entlastung des Pflegepersonals sind hier im gleichen Maße wirksam und notwendig. Dabei geht es um Strukturmaßnahmen zur Anschaffung der EDV und assistiver Technologien. Darüber hinaus muss auch das Pflegepersonal qualifiziert werden, um diese Möglichkeiten einsetzen zu können. Eine finanzielle Unterstützung der Qualifizierung zum Umgang der Auszubildenden und Pflegefachpersonen mit Digitalisierung muss ebenfalls mit einbezogen werden.

Bessere Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf

Der DPR begrüßt die Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf. Die bereit gestellten Mittel für Maßnahmen ermöglichen nicht nur die Vereinbarkeit von Beruf und der Erziehung von Kindern, sondern auch der Pflege der Eltern.

Hebammen

Der DPR weist darauf hin, dass bei der Refinanzierung von mehr Personal der Bereich der Geburtshilfe zu berücksichtigen ist, denn die Hebammenversorgung steht vor ähnlichen Problemen wie die Pflege. In Deutschland betreuen Hebammen im Vergleich zu anderen europäischen Ländern inzwischen doppelt so viele Gebärende während der Geburt. Mit dem Referentenentwurf wird vorgeschlagen, dass „jede zusätzliche und jede aufgestockte Pflegestelle am Bett vollständig finanziert wird“. Dies sollte ebenso für die Hebammenstellen ermöglicht werden, um eine dauerhaft zu hohe Arbeitsbelastung zu vermeiden. Weiterhin ermöglicht auch in der Geburtshilfe nur ein möglichst guter Betreuungsschlüssel eine nachhaltig hohe Versorgungsqualität. Unser Mitglied, der Deutsche Hebammen Verband (DHV), fordert hierzu perspektivisch eine Eins-zu-Eins-Betreuung. Wenn jede zusätzliche

Hebamme im Krankenhaus und jede Aufstockung von Teil- auf Vollzeit vollständig refinanziert wird, mindert das schnell und durchgreifend die prekäre Personalsituation. Ebenso wichtig ist, die angestellten Hebammen in die für die Pflege vorgesehene vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen einzubeziehen. Auch diese Maßnahme würde zu einer schnellen Verbesserung der Personalsituation in der Geburtshilfe beitragen.

Die für 2020 vorgesehene Bereinigung der DRG um die Pflegepersonalkosten und die Einführung neuer Pflegebudgets, mit der den Krankenhäusern die tatsächlichen Kosten der Pflege erstattet werden sollen, muss auch auf den Hebammenbereich erweitert werden. Für detailliertere Begründungen verweisen wir auf die Stellungnahme des DHV.

Artikel 2

§ 17a, Absatz 1, Krankenhausfinanzierungsgesetz Nummer 1 aa) und bb

Stellungnahme

Ergänzend zu den bisherigen Ausführungen zu den Auszubildenden soll angemerkt werden, dass im Absatz 1, Nummer 1 bb) auf „Personen der Krankenpflegehilfe“ und das „dritte Jahr der Ausbildung“ Bezug genommen wird. Da die Krankenpflegehelfer/innenausbildung keine drei Jahre umfasst, wäre hier eine Überarbeitung der Angaben hilfreich. Unverständlich bleibt zudem, weshalb Personen, die in der Krankenpflege oder Kinderkrankenpflege ausgebildet werden, im Verhältnis 9,5 zu 1 angerechnet werden und Personen, die in der Krankenpflegehilfe ausgebildet werden, im Verhältnis 6 zu 1. Aus diesem Ungleichverhältnis ergibt sich eine Wertigkeit der verschiedenen Qualifikationsstufen, die sich nicht erschließt. Gleiches gilt für die Ausbildung in der Altenhilfe. Auch hier muss ein Verhältnis von 9,5 zu 1 definiert werden. Im Übrigen wäre eine vollständige Streichung der Anrechnung von Auszubildenden ein wirkungsvoller Beitrag zur Steigerung der Ausbildungsbereitschaft.

Artikel 6

§ 36, Absatz 5a Infektionsschutzgesetz, Nummer 1, b)

Stellungnahme

Der DPR begrüßt die Regelungen zum Familiennachzug. Dass die zuständigen Behörden innerhalb einer von ihnen zu setzenden Frist nach der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland ein ärztliches Zeugnis bzw. eine Untersuchung anordnen dürfen, gewährleistet, dass der zeitliche Abstand zwischen dem möglichen Kontakt mit pathogenen Keimen und der erweiterten Untersuchung sachgerecht gesetzt werden kann, um Infektionen durch übertragbare Krankheiten zu verhindern.

Artikel 7

§ 119b, Absatz 1, SGB V, Nummer 7, a)

Stellungnahme

Gemäß dieser Regelung sind Pflegeeinrichtungen dazu verpflichtet, Kooperationsverträge abzuschließen. Der Ansprechpartner dafür ist die Kassenärztliche Vereinigung. Allerdings ist es gerade in strukturschwachen Regionen schwierig, einen Arzt/eine Ärztin zu finden, der/die die Versorgung übernimmt. Dies trifft insbesondere auf Fachärzte/innen zu. Dass diese Verpflichtung trotz dieser Schwierigkeiten besteht, könnte für Pflegeeinrichtungen zum Problem werden.

119b, Absatz 2a, SGB V, Nummer 7, b)

Stellungnahme

Ein elektronischer Datenaustausch zur Dokumentation von Pflegeleistungen ist längst überfällig und zu begrüßen. Technische Ausstattungen sind zu finanzieren und zu fördern, um den digitalen Datenaustauschprozess zu optimieren.

119b, Absatz 2b, SGB V, Nummer 7, b)

Stellungnahme

In diesem Absatz wird auf die Verwendung von Videosprechstunden hingewiesen. Der DPR begrüßt diese Möglichkeit, sieht aber Schwierigkeiten bei der praktischen Durchführung durch das Inkrafttreten der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Aus der Praxis vor Ort wird beispielsweise berichtet, dass Pflegefachpersonen von Ärzten/innen keine Auskünfte mehr über Patienten/innen bekommen und keine Rezepte mehr aus der Praxis abholen dürfen. Dies steht im klaren Widerspruch zur „integrierten Versorgung“.

Der DPR bittet daher um eine Klarstellung zum Thema Datenschutz im Gesetz, um eine Datenweitergabe im Sinne einer durchgängigen Versorgung zu gewährleisten. Eine solche Klarstellung würde auch den Bürokratieaufwand für Pflegefachpersonen senken und damit die Arbeitsbedingungen der Pflege verbessern, die in der Regel die Versorgung der Patienten/innen koordiniert.

§ 132a, Absatz 1, SGB XI, Nummer 8

Stellungnahme

Der DPR begrüßt die Regelung in § 132a Absatz 1 grundsätzlich. Allerdings wird in diesem Paragraph wie auch in § 89 Absatz 3, SGB XI, Artikel 10, Nummer 14 nur auf die flächendeckende Versorgung im ländlichen Raum Bezug genommen. Längere Wegezeiten entstehen jedoch auch in den Ballungsräumen wie beispielsweise in der

Berliner Innenstadt. Pflegende von Pflegediensten sind täglich mit überfüllten Straßen oder mit Fahrbahnumleitungen durch große Baumaßnahmen konfrontiert. Durch die oftmals erzwungenen Routenänderungen für die Versorgung von Patienten/innen entstehen bei den Pflegenden ebenfalls längere Wegezeiten. Bei einer Vereinbarung für einen angemessenen Zuschlag für längere Wegezeiten, sollten die Kostenträger die gewünschte Tarifbindung berücksichtigen. Neben den Zuschlägen für längere Wegezeiten, wären auch Zuschläge für Sonn- und Feiertage sowie bei Nachtdiensten zu berücksichtigen. Dies wäre ein wichtiger Ansatz um die Attraktivität in der ambulanten Pflege zu steigern, denn Patienten/innen benötigen auch an Sonn- und Feiertagen die Unterstützung von Pflegenden.

Artikel 8

§ 4, Absatz 8, Krankenausentgeltgesetz, e, aa)

Stellungnahme

In dem Paragraph ist folgende redaktionelle Änderung vorgesehen:

(8) Die bei der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildetem Pflegepersonal mit einer Berufserlaubnis nach § 1 Absatz 1 des Krankenpflegegesetzes oder nach § 1 Absatz 1 des Pflegeberufgesetzes in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen zusätzlich entstehenden Personalkosten werden für die Jahre ab 2019 vollständig finanziert.

Der DPR möchte darauf hinweisen, dass die zukünftigen Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen mit einer Berufserlaubnis nach § 58 Abs. 1 nicht einbezogen wurden.

Änderungsvorschlag

Daher sollte der Satz aus Sicht des DPR folgendermaßen umformuliert werden:

(8) Die bei der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildetem Pflegepersonal mit einer Berufserlaubnis nach § 1 Absatz 1 des Krankenpflegegesetzes oder nach § 1 Absatz 1 sowie § 58 Absatz 1 des Pflegeberufgesetzes in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen zusätzlich entstehenden Personalkosten werden für die Jahre ab 2019 vollständig finanziert.

Artikel 10

§ 1, Absatz 7, SGB XI, Nummer 1

Stellungnahme

Der DPR begrüßt die Klarstellung, dass die eingetragenen Lebenspartnerschaften als Familienangehörige gelten und damit bisher bestehende Rechtsunsicherheiten ausgeräumt wurden.

§ 8, Absatz 5, SGB XI, Nummer 2

Stellungnahme

Der DPR begrüßt, dass die Finanzierung der gemäß § 113 Absatz 1b Satz 1 zu beauftragenden, fachlich unabhängigen Institution sichergestellt ist.

§ 8, Absatz 6, SGB XI, Nummer 2

Stellungnahme

Mit dem an zusätzlichen Stellenanteilen orientierten Vergütungszuschlag aus Mitteln des SGB V wurde der erste Schritt zur Übernahme der Finanzierung der Behandlungspflege durch die Krankenkasse gemacht. Die SGB V-Leistungen sind einzeln ärztlich angeordnete Leistungen der medizinischen Behandlungspflege und werden, anders als in der ambulanten Pflege, in der stationären Langzeitpflege bisher nicht finanziert.

Sie werden bisher von ihrem Zeitaufwand her zu Lasten der Erbringung von den für die Pflegebedürftigen erforderlichen SGB XI-Leistungen sowie einer immer größeren Zeitverdichtung der pflegerischen Arbeit erbracht. Es muss daher in diesem ersten Schritt durch die gesetzliche Regelung sichergestellt werden, dass die Zusatzvergütung auch mittelfristig weder von den Leistungserbringern zur Reduzierung der Eigenanteile der Pflegebedürftigen genutzt werden kann, noch von Sozialhilfeträgern zur Reduzierung ihrer Leistungen im Rahmen von Hilfe zur Pflege.

Dem ersten Schritt folgend ist zeitnah ein Verfahren zur direkten Vergütung der ärztlich angeordneten Leistungen der medizinischen Behandlungspflege aus Mitteln der Krankenkassen zu entwickeln. Die durch diese SGB V-Leistungsvergütung finanzierten Pflegefachkraft-Personalstellen ergänzen die auf der Grundlage des wissenschaftlich fundierten Personalbemessungsverfahrens 2020 bundeseinheitlich einzuführenden Personalausstattungen für den SGB XI-Leistungsbereich. Für Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen gilt dann endlich das gleiche wie für die in der ambulanten Versorgung.

In dem Absatz findet sich der Satz: "Die Gewährung des Vergütungszuschlags setzt voraus, dass die Pflegeeinrichtung über zusätzliches Pflegepersonal verfügt, welches über das nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhaltende Personal hinausgeht". Der Gesetzestext ist dahingehend zu präzisieren, dass das zusätzliche Personal nicht schon bei der Antragstellung auf

den Vergütungszuschlag vorzuhalten ist, sondern erst, wenn die Finanzierung zugesagt ist.

Um zu gewährleisten, dass das zusätzliche Pflegepersonal auch über Aufstockungen bestehender Stellen gewonnen werden kann, schlägt der DPR vor, bei dem Verhältnis von zusätzlichen Stellen zur Platzzahl das Wort „Stelle“ durch „Vollzeitäquivalente“ zu ersetzen. Damit wäre auch sichergestellt, beim Nachweis der zusätzlichen Stellenanteile diese auf verschiedene der Organisationseinheiten direkt zugeordnete Pflegefachpersonen prozentual zu verteilen.

Weder in § 8, Absatz 6, SGB XI noch § 37, Absatz 2a, SGB V (Artikel 7, Nummer 4) wird die Qualifikation der Pflegenden benannt, die zusätzlich zur Durchführung der Behandlungspflege eingestellt werden können. Aus der Begründung zum SGB V geht hervor, dass man zur Berechnung der Kosten vom durchschnittlichen Gehalt einer „Pflegefachkraft“ ausgeht. In der Begründung zum SGB XI ist nur von „Pflegekräften“ die Rede. Die Angabe der Qualifikation als „Pflegefachkraft“ muss dingend in den Gesetzestext aufgenommen werden.

Darüber hinaus ist zu präzisieren, dass bei der Höhe des Vergütungszuschlages eine tarifvertragliche Vergütung - z. B. orientiert an den Tarifverträgen des Bundes und der Länder, wie auch denen der Freien Wohlfahrtspflege – Grundlage sein muss. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass die Erbringung der Leistungen der Medizinischen Behandlungspflege überwiegend durch erfahrene und zum Teil fachbezogen weitergebildete Pflegefachkräfte - z. B. Wundexperten/innen - erfolgen muss.

Es wird kein Zeitpunkt genannt, bis zu dem der Spitzenverband Bund der Pflegekassen das Nähere für die Antragsstellung sowie für seine Mitglieder das Zahlungsverfahren zu bestimmen hat. Eine Frist sollte dringend eingefügt werden. Der DPR schlägt dafür den 31.12.2018 vor.

§ 8, Absatz 8, SGB XI, Nummer 2

Stellungnahme

Die Investition in die Digitalisierung der ambulanten und stationären Altenpflege wird ausdrücklich begrüßt. Mit der Bereitstellung von Mitteln aus dem Ausgleichfonds der Pflegeversicherung können ambulante Pflegedienste in das Schnittstellenmanagement investieren.

Durch eine einheitliche Kommunikation zwischen den Kostenträgern (Krankenkassen, Pflegekassen sowie den Sozialhilfeträgern), den Leistungserbringern (ambulante Pflegedienste, Arztpraxen und Apotheken) und den Leistungsempfängern (Patienten/innen, Angehörige) können Parallelstrukturen abgebaut werden. Die Digitalisierung in der ambulanten Pflege kann insbesondere im Ordnungsmanagement zu einer Entlastung für Pflegedienste führen. Mit dem Verzicht auf die Urbelege (papierlose Abrechnung) und die Digitalisierung bei der Beantragung von Leistungen (Ordnungsmanagement) könnten den ambulanten

Pflegediensten sehr viel Zeit und zusätzliche Arbeit abgenommen werden. Darüber hinaus würden Pflegedienste eine große Flexibilität bei veränderten Versorgungssituationen erlangen.

Diese Mittelbereitstellung sollte aber auch über die Jahre 2018 bis 2021 hinaus gefördert werden. Gerade in Zeiten der Digitalisierung darf diese Mittelbereitstellung nicht an der ambulanten Pflege vorbeigehen. Viele Leistungserbringer sind bereit in die Digitalisierung von Schnittstellen zu investieren, der Markt bietet hierfür großes Potenzial.

Bei dem Zuschuss zu digitalen Anwendungen sollte die Pflegedokumentation als Begriff in den Gesetzestext aufgenommen werden. Bisher findet er sich nur in der Begründung. Der DPR schlägt zudem vor Fachleute (Pflegeinformatik) und/oder Fachverbände für Gesundheits-IT (z. B. bvitg) in die Entwicklung der Prozesse und Strukturen der digitalen Anwendungen einzubinden, um sicher zu stellen, dass Lösungen sowohl innovativ (wie z. B. die Einbindung elektronischer Devices in die Dokumentation) als auch technisch umsetzbar sind und dass der Nutzen solcher Anwendungen wie durch das Gesetz beabsichtigt für die Pflege gewährleistet ist.

Um das Potenzial der Digitalisierung voll auszuschöpfen müssen die Rechte der Pflegefachpersonen im Rahmen der elektronischen Patientenakte deutlich ausgeweitet werden.

Weitergehender Vorschlag

Um die Versorgungsqualität in Pflegeeinrichtungen nachhaltig zu erhöhen, müssen Kompetenzen und Position von Führungskräften (Wohnbereichsleitung, Stationsleitung und Pflegedienstleitung) in der stationären Altenhilfe und ambulanten Pflege gestärkt werden. Aus Sicht des DPR muss die Führungsebene mehr Mitspracherecht erhalten, es bedarf einer Investition in die Qualifikation, die Qualifikationsanforderungen müssen erhöht werden (Hochschulabschluss).

Berlin, 06. Juli 2018



Präsident des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR)

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR
Alt- Moabit 91
10559 Berlin
Tel.: + 49 30 / 398 77 303
Fax: + 49 30 / 398 77 304
E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de
www.deutscher-pflegerat.de