

Eckpunktepapier

Sofortprogramm Kranken- und Altenpflege

In den letzten Jahren ist es zu einer enormen Arbeitsverdichtung und damit -belastung für hunderte-tausende Beschäftigte in der Alten- und Krankenpflege gekommen. In einer gefährlichen Spirale aus zunehmender Belastung, in der Folge davon nicht selten einem Ausstieg von Pflegekräften aus dem Beruf, damit weiter steigenden Belastungen für die verbliebenen Kräfte, hat sich die Situation immer weiter zugespitzt. Im ganzen Berufsstand ist eine tiefe Vertrauenskrise zu spüren. Wir wollen dies umdrehen und Schritt für Schritt eine spürbare Verbesserung im Alltag der Pflegekräfte erreichen. Dazu ist dieses Sofortprogramm für eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege der erste wichtige Schritt. Es soll zum 1. Januar 2019 in Kraft treten. Mit einfachen, klaren und finanziell unterlegten Sofortmaßnahmen wollen wir das klare Signal setzen: Wir haben verstanden.

In weiteren Schritten wollen wir in der Pflege im Krankenhaus Pflegepersonaluntergrenzen für alle bettenführenden Abteilungen einführen. In der ambulanten und stationären Langzeitpflege wollen wir verbindliche Personalbemessungsinstrumente einführen und mit einer Konzierten Aktion Pflege die Situation in der Altenpflege bedarfsgerecht weiterentwickeln.

A. Pflege im Krankenhaus

1. Jede zusätzliche Pflegekraft wird finanziert

Um die Personalausstattung in der Pflege im Krankenhaus zu verbessern, wird zukünftig jede zusätzliche und jede aufgestockte Pflegestelle am Bett vollständig von den Kostenträgern refinanziert. Das mit dem Krankenhausstrukturgesetz eingeführte Pflegestellen-Förderprogramm wird damit über das Jahr 2018 hinaus weiterentwickelt und ausgebaut. Für die zusätzlichen Mittel gilt anders als bisher keine Obergrenze und der Eigenanteil der Krankenhäuser von zehn Prozent entfällt. Die zusätzlichen Mittel sind zweckgebunden für zusätzliche und aufgestockte Pflegestellen am Bett. Die Mittel des laufenden Pflegestellen-Förderprogramms verbleiben dem einzelnen Krankenhaus, so dass auf die vorgesehene Mittelüberführung in den Pflegezuschlag zum Jahr 2019 verzichtet wird. Nicht für zusätzliches Pflegepersonal verwendete Mittel sind zurückzuzahlen. Diese Neuregelung gilt bis zum Inkrafttreten einer grundsätzlichen Neuregelung zur Pflegepersonalkostenfinanzierung.

2. Tarifsteigerungen voll refinanziert statt Sparen zu Lasten der Pflege

Bereits für das Jahr 2018 werden anstelle der bisherigen hälftigen Refinanzierung die linearen und strukturellen Tarifsteigerungen für die Pflegekräfte vollständig von den Kostenträgern refinanziert. In der Vergangenheit wurde der Teil der Tarifsteigerungen, der nicht ausgeglichen wurde, teilweise durch Einsparungen zu Lasten der Pflege kompensiert. Dies wollen wir beenden. Die zusätzlichen Finanzmittel sind für Pflegepersonal einzusetzen. Dies ist durch einen Nachweis zu belegen.

3. Mehr Ausbildungsplätze in der Pflege

Ausbildungsvergütungen von Auszubildenden in der (Kinder-)Krankenpflege sowie in der Krankenpflegehilfe werden bislang nur anteilig refinanziert, weil sie im Rahmen ihrer praktischen Ausbildung voll ausgebildete Pflegekräfte entlasten. Eine solche Entlastung ergibt sich im ersten Ausbildungsjahr jedoch nicht im gleichen Umfang. Daher werden die Ausbildungsvergütungen von Auszubildenden in der (Kinder-)Krankenpflege und in der Krankenpflegehilfe im ersten Ausbildungsjahr ab 2019 vollständig von den Kostenträgern refinanziert. Die Verbesserung schafft einen deutlichen Anreiz, mehr auszubilden.

Daneben wird klargestellt, dass eine Finanzierung der Ausbildungsvergütungen für alle im Krankenhausfinanzierungsgesetz genannten Ausbildungsberufe erfolgt, wenn eine Ausbildungsvergütung vereinbart wurde. Zudem wird gewährleistet, dass die Ausbildungsbudgets den tatsächlichen Kostenzuwachsen entsprechend vereinbart werden können und der Anstieg der Ausbildungsbudgets keiner Obergrenze unterliegt.

Schließlich sollen über den Krankenhausstrukturfonds künftig auch Investitionen in Ausbildungsstätten gefördert werden.

4. Erhöhter Pflegeaufwand braucht erhöhte Vergütung für mehr Pflegekräfte

Seit dem Jahr 2018 können Krankenhäuser für einen bestehenden erhöhten Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten eine zusätzliche Vergütung von den Kostenträgern erhalten. Allerdings gelingt dies häufig mangels einer validen Datengrundlage nicht. Damit die Krankenhäuser die zusätzliche Vergütung zukünftig auf einer gesicherten Basis abrechnen können, werden die Krankenkassen verpflichtet, den Krankenhäusern die hierfür erforderlichen Informationen zur Pflegebedürftigkeit der bei ihnen versicherten Patientinnen und Patienten mitzuteilen.

5. Krankenhausstrukturfonds ermöglicht effizientere Strukturen

Fehlende Investitionsmittel der Länder mussten in der Vergangenheit häufig von den Krankenhäusern aus Eigenmitteln kompensiert werden. Diese Umschichtung erfolgte nicht selten auch zu Lasten der Pflege. Wir wollen daher den in der letzten Legislaturperiode gebildeten Krankenhausstrukturfonds fortsetzen und ausbauen.

Der Fonds wird ab 2019 für vier Jahre mit einem Volumen von 1 Mrd. € jährlich fortgesetzt. Die Finanzierung erfolgt wie bisher je zu Hälfte aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und aus Mitteln der Länder. Entsprechend den Fördergrundsätzen des bisherigen Krankenhausstrukturfonds werden die Länder verpflichtet, das in den Haushaltsplänen der Jahre 2015 - 2017 durchschnittlich veranschlagte Fördervolumen mindestens in den Jahren 2019 bis 2022 aufrechtzuerhalten und um den von ihnen zu tragenden Kofinanzierungsanteil zu erhöhen. So wird gewährleistet, dass die Länder nicht ihr bisheriges Fördervolumen absenken, um aus den ersparten Fördermitteln ihren Kofinanzierungsanteil aufzubringen. Mit den Mitteln des Strukturfonds wird die Anpassung

bestehender Versorgungskapazitäten an den tatsächlichen Versorgungsbedarf sowie die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Krankenhausversorgung gefördert. Durch eine zielgenauere Umschreibung der förderungsfähigen Vorhaben wird eine möglichst durchgreifende struktur- und qualitätsverbessernde Wirkung der eingesetzten Mittel erreicht. Aus Mitteln des Krankenhausstrukturfonds wird auch der Einsatz digitaler Anwendungen gefördert, die zu strukturellen Verbesserungen der stationären Versorgung führen, wie etwa die telemedizinische Vernetzung von Krankenhäusern.

6. Krankenhausindividuelle Vergütung von Pflegepersonalkosten

Künftig sollen Pflegepersonalkosten besser und unabhängig von Fallpauschalen vergütet werden. Unser Ziel ist es, dass die Krankenhausvergütung ab dem Jahr 2020 auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt wird. Die Pflegepersonalkostenvergütung berücksichtigt die Aufwendungen für den krankenspezifischen Pflegepersonalbedarf in der Patientenversorgung. Die DRG-Berechnungen werden um diese Pflegepersonalkosten bereinigt.

Dazu werden die Selbstverwaltungspartner für das DRG-System gesetzlich beauftragt, die DRG-Vergütung ohne die Pflegekostenanteile in der Patientenversorgung auszuweisen. Die Partner der Pflegesatzvereinbarung vereinbaren die krankenspezifische Pflegepersonalausstattung in der Patientenversorgung auf der Grundlage der von den Krankenhäusern geplanten und nachgewiesenen Pflegepersonalausstattung und der entsprechenden Kosten (krankenspezifische Kostenerstattung). Die zweckentsprechende Mittelverwendung ist nachzuweisen. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind zurückzuzahlen.

B. Pflege in Pflegeeinrichtungen

1. 13.000 Pflegekräfte mehr – Unterstützung für jede stationäre Pflegeeinrichtung

Jede vollstationäre Altenpflegeeinrichtung in Deutschland soll im Rahmen des Sofortprogramms profitieren. Einrichtungen bis zu 40 Bewohnern erhalten eine halbe Pflegestelle, Einrichtungen mit 41 bis 80 Bewohnern eine Pflegestelle, Einrichtungen mit 81 bis 120 Bewohnern eineinhalb und Einrichtungen mit mehr als 120 Bewohnern zwei Pflegestellen zusätzlich. Ziel ist es, insbesondere den Aufwand im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege in der stationären Altenpflege pauschal teilweise abzudecken. Die Pflegeeinrichtungen haben die Möglichkeit, auf Antrag schnell und unbürokratisch diese zusätzlichen Stellen durch einen Zuschlag finanziert zu bekommen.

Zur Finanzierung zahlt die GKV jährlich pauschal einen Betrag an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Hierzu erhebt der GKV-SV bei den Krankenkassen eine Umlage pro Versicherten. Die private Pflegeversicherung beteiligt sich anteilig entsprechend der Zahl der Pflegebedürftigen an der Finanzierung. Auf diesem Wege werden die Pflegebedürftigen zur Finanzierung dieser rund 13.000 Stellen nicht belastet.

2. Ausbildungsfinanzierung

Um die Pflegeausbildung attraktiver zu machen, wird auch bei den Altenpflegeeinrichtungen ab 2020 auf den vorgesehenen Anrechnungsschlüssel für den Einsatz der Auszubildenden im ersten Lehrjahr verzichtet. Die Pflegeeinrichtungen können mit den zusätzlichen Mitteln entsprechend ihr Personal aufstocken und mehr ausbilden.

3. Entlastung der Pflege durch Investitionen in Digitalisierung

Die Digitalisierung birgt, richtig eingesetzt, ein erhebliches Potential zur Entlastung der Pflegekräfte in der ambulanten und stationären Altenpflege. Die vorliegenden Erfahrungen zeigen, dass besonders in den Bereichen Entbürokratisierung der Pflegedokumentation, Abrechnung von Pflegeleistungen, Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflegeheimen sowie Dienst- und Tourenplanung digitale Angebote enorm entlasten können. Auch beim internen Qualitätsmanagement, bei der Erhebung von Qualitätsindikatoren und bei der Aus-, Fort- und Weiterbildung kann die Digitalisierung zur Entlastung von Pflegekräften beitragen. Mit dem Ziel, Fachkräfte in der Pflege zu entlasten, unterstützt die Pflegeversicherung daher über eine 40-prozentige Kofinanzierung einmalig die Anschaffung von entsprechender digitaler oder technischer Ausrüstung durch ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen mit bis zu 12.000 Euro. Insgesamt können somit Maßnahmen im Umfang von bis zu 30.000 Euro je Einrichtung finanziert werden.

4. Bessere Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten entlastet die Pflege

Sowohl im ärztlichen Bereich als auch im zahnärztlichen Bereich wurde in den vergangenen Jahren eine Vielzahl von Kooperationsverträgen geschlossen. Zu dieser Entwicklung haben nicht zuletzt die verbesserten Vergütungsregelungen im Rahmen der Kooperation sowohl im ärztlichen als auch im zahnärztlichen Bereich geführt.

Um die Entwicklung der Kooperationen zu beschleunigen, wird die Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen, Kooperationsverträge mit geeigneten vertrags(zahn)ärztlichen Leistungserbringern zu schließen, verbindlicher ausgestaltet. Die bisherige „Soll-Regelung“ wird durch eine „Muss-Regelung“ ersetzt. Die KVen werden zudem verpflichtet, bei Vorliegen eines Antrags einer Pflegeeinrichtung zur Vermittlung eines Kooperationsvertrages einen entsprechenden Vertrag innerhalb einer Frist von drei Monaten zu vermitteln. Auch diese Verpflichtung trägt dazu bei, die Entwicklung der Kooperationen verbindlicher zu gestalten und weiter voranzutreiben. Stationäre Pflegeeinrichtungen benennen eine verantwortliche Pflegefachkraft für die Zusammenarbeit. Zudem werden Standards für die schnittstellen- und sektorübergreifende elektronische Kommunikation festgelegt. Die Evaluation dieser Kooperationsverträge ist künftig auch für den zahnärztlichen Bereich verpflichtend.

5. Medizinische Rehabilitation für pflegende Angehörige

Pflegende Angehörige haben häufig aufgrund ihrer familiären Situation keine Möglichkeit, ambulante Rehabilitationsleistungen in Anspruch zu nehmen. Deshalb wird für sie der Anspruch geschaffen auf ärztliche Verordnung und mit Genehmigung der Krankenkasse auch dann stationäre Rehabilitation zu erhalten, wenn vom medizinischen Gesichtspunkt her eine ambulante Versorgung ausreichend wäre. Rehabilitationsleistungen für erwerbstätige pflegende Angehörige liegen dabei weiterhin in der Verantwortung der gesetzlichen Rentenversicherung.

C. Steigerung der Attraktivität von Kranken- und Altenpflege

1. Möglichst lange fit bleiben - betriebliche Gesundheitsförderung für Pflegekräfte

Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen brauchen Unterstützung bei der betrieblichen Gesundheitsförderung. Denn gerade hier ist die psychische und körperliche Belastung für die Beschäftigten enorm. Deshalb verpflichten wir die Krankenkassen, zusätzlich mehr als 70 Mio. Euro jährlich für Leistungen zur Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen aufzuwenden. Den heute für diese Leistungen gesetzlich vorgesehenen Mindestausgabewert in Höhe von 2,10 Euro jährlich je Versicherten erhöhen wir auf 3,10 Euro.

Zudem wird die Nationale Präventionsstrategie ergänzt um spezifische und gemeinsame Ziele der Sozialversicherungsträger und weiterer Akteure zur Förderung und Erhaltung der Beschäftigungsfähigkeit und zur Senkung des Krankenstands der Beschäftigten in der Alten- und Krankenpflege. Um sicherzustellen, dass alle Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, die sich für die Gesundheit ihrer Beschäftigten einsetzen wollen, die notwendige Unterstützung erhalten, stellen wir sicher, dass sie durch die mit dem Präventionsgesetz geschaffenen regionalen Koordinierungsstellen der Krankenkassen noch besser beraten und unterstützt werden.

2. Bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Pflegekräfte

Professionelle Pflege kennt keine Pause, sie macht auch die Arbeit am Wochenende oder in der Nacht erforderlich. Dies stellt besonders hohe Anforderungen an die Vereinbarkeit von Familie und Beruf; und das gerade in einem Bereich, in dem überwiegend Frauen arbeiten. Unterstützung an dieser Stelle kann die Attraktivität des Pflegeberufs stärken und trägt der besonderen, kritischen Beschäftigungssituation in dem Arbeitsfeld Altenpflege Rechnung. Deshalb werden als Impuls für vier Jahre zielgerichtet Maßnahmen in der Kranken- und Altenpflege finanziell unterstützt, die „besondere Betreuungsbedarfe“ jenseits der üblichen Öffnungszeiten von Kitas abdecken oder die die Familienfreundlichkeit fördern.