
Stellungnahme
des Bundesverbandes Geriatrie zum Entwurf der Bundesregierung zum Gesetz zur
Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz – PpSG)

22. August 2018

Die Versorgung betagter und hochbetagter Patienten wird in den kommenden Jahren noch stärker in den Fokus des deutschen Gesundheitssystems rücken, als dies in den letzten Jahren der Fall war. Die demografische Entwicklung und die damit verbundenen Herausforderungen der Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung erfordern unter anderem eine Verbesserung der Pflegepersonalausstattung.

Mit dem Entwurf eines „Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz – PpSG)“ hat auch die Bundesregierung die Gefahren eines sich verschärfenden Mangels an qualifizierten Pflegekräften offensichtlich erkannt und will unter anderem „spürbare Entlastungen im Alltag der Pflegekräfte durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege...[schaffen], um die Pflege und Betreuung der Patientinnen und Patienten sowie der Pflegebedürftigen weiter zu verbessern.“

Den vom Bundesministerium für Gesundheit am 25. Juni 2018 veröffentlichten Referentenentwurf des PpSG hat der Bundesverband Geriatrie e.V. in seiner Stellungnahme mit Datum vom 6. Juli 2018 bewertet. Ergänzend nimmt der Bundesverband Geriatrie e.V. zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung mit Datum vom 1. August 2018 wie folgt Stellung.

Artikel 7 Nr. 12, Artikel 9 Nr. 4

Einfügung des § 137j SGB V (Pflegepersonalquotienten)

Eine zentrale Änderung des Entwurfs der Bundesregierung gegenüber dem Referentenentwurf besteht in der Einfügung des § 137j SGB V (Art. 7 Nr. 12 PpSG). Demnach soll zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung der Krankenhäuser auf Gesamthausebene ein Pflegepersonalquotient das Verhältnis zwischen den Vollzeitkräften im Pflegedienst eines Krankenhauses und dem im jeweiligen Krankenhaus anfallenden Pflegeaufwand erfassen.

Der Bundesverband Geriatrie e.V. begrüßt die beabsichtigte Einführung eines krankenhausesweiten Pflegepersonalquotienten und die Intention, einer unzureichenden Ausstattung mit

Pflegepersonal nicht nur in pflegesensitiven Bereichen, sondern in allen Krankenhausbereichen entgegenwirken zu wollen.

Fraglich bleibt dabei, wie die geplanten Sanktionierungsmechanismen für solche Krankenhäuser, die die festzulegenden Pflegepersonaluntergrenzen unterschreiten (§ 137j Abs. 2), sinnvoll auszugestalten und rechtsgültig umzusetzen sind. Zu bedenken ist, dass Sanktionen finanzieller Art kaum geeignet sind, um finanziell bedingte Nichteinhaltungen von Pflegepersonaluntergrenzen zu beheben.

§ 137i SGB V: „pflegesensitive“ Bereiche

Die beabsichtigte Einfügung des § 137j SGB V führt zu einer Kombination aus Pflegepersonaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche in Kliniken (§ 137i SGBV) und einer Verhältniszahl von Pflegepersonalausstattung und Pflegeaufwand (Pflegepersonalquotient). Die von den Koalitionsparteien im Koalitionsvertrag 2018 vereinbarte Erweiterung von Pflegepersonaluntergrenzen für alle bettenführenden Abteilungen, nicht nur für pflegeintensive Bereiche, geht damit über die mit dem PpSG bisher beabsichtigten Neuregelungen hinaus. Der Bundesverband Geriatrie e.V. lehnt die Einführung von Personaluntergrenzen in der Geriatrie ausschließlich mit der Intention einer „Schadensvermeidung“ weiterhin ab: Insbesondere mit Blick auf die Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie (ATP-G) ist anzunehmen, dass die überdurchschnittlich hohen Zeit- und Pflegeaufwände des geriatricspezifischen Pflegekonzeptes unter diesem Aspekt nicht angemessen Berücksichtigung finden werden. Die grundsätzliche Notwendigkeit zur Identifizierung fachabteilungsindividueller und aufwands- und bedarfsangemessener Pflegepersonalausstattungen bleibt damit unbestritten. Der Bundesverband Geriatrie e.V. hat sich vor diesem Hintergrund wiederholt für die Einführung eines Instruments zur Messung des Pflegepersonalbedarfs ausgesprochen, etwa auf Grundlage einer modernisierten Variante der etablierten Pflegepersonalregelung (PPR).

Aus dem Begründungszusammenhang des Gesetzestextes des PpSG-Entwurfs (S. 86) ergibt sich, dass die geplanten Untergrenzen für Verhältniszahlen der Krankenhäuser nach § 137j durch das Bundesministerium für Gesundheit nach drei Jahren einer Prüfung zu unterziehen sind, die im Ergebnis zu einer Aufhebung der Untergrenzen durch eine Rechtsverordnung füh-

ren kann. Da „die Verteilung und Entwicklung der Pflegepersonalquotienten derzeit nicht absehbar ist“ schließt sich der Bundesverband Geriatrie e.V. diesem Vorbehalt ausdrücklich an und fordert vor diesem Hintergrund eine ergebnisoffene Prüfung nach Ablauf der genannten Frist auch sich ergebender Konsequenzen aus der Kombination von Pflegepersonaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche und ganzhausgültigen Pflegepersonalquotienten und hinsichtlich des Fortbestands des § 137i SGB V in der derzeitigen Form.

Im Zuge der Verhandlungen zur Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen nach § 137i SGB V wurde – aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e.V. berechtigt – wiederholt Kritik an der Methodik und fehlenden empirischen Grundlagen zur Identifizierung der betroffenen Fachabteilungen und ihrer Patientenklientel geäußert. Diese Kritik richtete sich etwa gegen die willkürliche Festlegung statistischer Grenzwerte als Marker einer patientengefährdenden Versorgung. In diesem Zusammenhang verweist der Bundesverband Geriatrie e.V. auf Leitlinien, Studien und Publikationen von einschlägigen Verbänden und medizinischen Fachgesellschaften zur bedarfsgerechten Pflegepersonalausstattung von Krankenhäusern¹, die regelmäßig in ihrer Methodik und den zugrundeliegenden Annahmen variieren. Der Bundesverband Geriatrie e.V. hat vor diesem Hintergrund im Jahr 2016 ein verbandsinternes Projekt mit dem Ziel der Ermittlung einer patientenbedarfsgenauen und aufwandsangemessenen Pflegepersonalausstattung initiiert. Die Ergebnisse dieses Projekts lassen unter besonderer Berücksichtigung der geriatricspezifischen Pflege- und Zeitaufwände auf einen Korridor einer „nurse-to-patient-ratio“ von 1:6 bis 1:8 (im Tagdienst) und 1:25 (im Nachtdienst) schließen.

¹ vgl. u.a. Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) (2010): Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen: <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/intensivmedizin>.

Holtmann, Sebastian/Wittrich, Anke (2018): Pflegepersonalausstattung. Es darf etwas mehr sein. In: f&w März 2018: 212-214.

Einführung eines Pflegebudgets/Abgrenzung von „Pflegerlös“ und „Pflegeaufwand“

Artikel 9 Nr. 4 des PpSG sieht die Einführung eines Pflegebudgets zur Finanzierung von Kosten, die dem Krankenhaus bei der Erbringung der Patientenversorgung entstehen, vor. Im Zusammenhang mit dem Pflegebudget soll das InEK beauftragt werden, neben der Weiterentwicklung des DRG-Systems den damit in Verbindung stehenden neuen Pflegeterlöskatalog zu entwickeln. Aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e.V. ist es erforderlich, darauf hinzuweisen, dass der „Pflegeterlös“ nicht dem „Pflegeaufwand“ gleichzusetzen ist. Dies muss sich im „Pflegeterlöskatalog“ sowie dem „Pflegeaufwandskatalog“ widerspiegeln. So wird der „Pflegeterlöskatalog“ maßgeblich durch die Kostenstruktur wie vereinbarte Tarifgehälter, die Anzahl vorhandener Pflegekräfte oder den krankenhausindividuellen Qualifikationsmix bestimmt. Somit sind für die Ausgestaltung des „Pflegeaufwandskatalogs“ nicht die fallbezogenen Kosten in Form einer Bewertungsrelation auszuweisen, vielmehr ist der fallbezogene Pflegeaufwand und -bedarf darzustellen. Dies wäre beispielsweise über die Angabe der PPR-/LEP-Minuten ohne zusätzlichen Aufwand für die Kalkulationshäuser möglich, da diese beiden Instrumente für die fallbezogene Kostenkalkulation in den Kalkulationshäusern verwendet wird.

Ferner muss die Nachweispflicht für die Mittelverwendung des vereinbarten Pflegebudgets und der Ausstattung mit Pflegepersonal aufwandsarm gestaltet sein.

Pflegezuschlag und Mittel Pflegestellenförderprogramm

Für Patientenaufnahmen ab dem 1. Januar 2020 wird der Pflegezuschlag nicht mehr bezahlt (Art. 8 Abs. 1 PpSG). Gleichzeitig entfällt die bisher vorgesehene Überführung der Mittel des laufenden Pflegestellen-Förderprogramms in den Pflegezuschlag. Diese Abschaffung des Pflegezuschlags wird sich zwar ggf. nicht unmittelbar auf die Pflegepersonalausstattung der Krankenhäuser auswirken, da bisher keine direkte Zweckbindung bestand und zukünftig die Finanzierung des Pflegepersonals über das vereinbarte Pflegebudget erfolgt, dennoch werden den Krankenhäusern Finanzmittel in Höhe von 500 Millionen Euro entzogen.

Der Bundesverband Geriatrie e.V. begrüßt, dass die Mittel des laufenden Pflegestellen-Förderprogramms dem einzelnen Krankenhaus verbleiben und die geplante Weiterentwicklung des

Pflegestellen-Förderprogramms mit der Zweckbindung zusätzlicher Mittel für Pflegestellen am Bett.

Vermeidung neuer Dokumentationsaufwände und bürokratischer Hürden

Die Streichung des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores und der OPS-Kodes Hochaufwendige Pflege ist zu begrüßen, der Bundesverband Geriatrie e.V. schließt sich dabei der Formulierung der Begründung des Gesetzestextes der mit der Streichung einhergehenden „Entlastung im Dokumentationsaufwand“ (S. 101) an. Darüber hinaus fordert der Bundesverband Geriatrie e.V. bei der Umsetzung der beabsichtigten Gesetzesneuerungen und der Formulierung der resultierenden Rechtsverordnungen, konsequent auf die Vermeidung neuer bürokratischer Vorgaben zu achten. Vielmehr sollten eine kontinuierliche Analyse und Reduzierung bereits bestehender Dokumentationsaufwände in den Fokus rücken.

Medizinische Rehabilitation für pflegende Angehörige

(Artikel 7, Nummer 6, Buchstabe a) und b))

Der Bundesverband Geriatrie e.V. begrüßt die im Kabinettsentwurf enthaltenen Ergänzungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation für pflegende Angehörige. Es ist gut, dass der besonderen Belastungssituation der pflegenden Angehörigen Rechnung getragen wird und diese von der Aufgabe entlastet werden, die eigene Rehabilitation mit der Versorgung der zu pflegenden Person zu koordinieren. Damit wird ein wichtiger Änderungsvorschlag des Bundesverbandes Geriatrie e.V. aufgegriffen.

Damit der Anspruch jedoch bedarfsgerechter als derzeit in Anspruch genommen wird, bedarf es Ergänzungen zu der jetzt im Gesetzesentwurf enthaltenen Regelung:

a) Keine Anrechnung auf die Zeiträume bzw. den Leistungsbetrag für Verhinderungspflege im Sinne des § 39 bzw. § 42 SGB XI

Die Zeit der rehabilitationsbedingten Verhinderungspflege beziehungsweise der rehabilitationsbedingten Kurzzeitpflege oder Mitaufnahme der zu pflegenden Person in der Rehabilitationseinrichtung des pflegenden Angehörigen sollte unabhängig von den in den § 39 SGB XI beziehungsweise § 42 SGB XI genannten Bezugszeiten dieser Leistungen erbracht

werden, und somit die bis zu sechs Wochen Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) beziehungsweise die acht Wochen Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) darüber hinaus zur Verfügung stehen. Gleiches gilt für die in den beiden Paragraphen genannten Leistungsbeträge zur Finanzierung dieser Leistungen. Nur so kann sichergestellt werden, dass die Rehabilitation des pflegenden Angehörigen ohne Druck hinsichtlich anderer „Entlastungszeiten“ beziehungsweise finanzieller Einschränkungen angenommen werden kann.

Auch bei Rehabilitanden ohne pflegerischen Hintergrund werden Rehabilitationszeiten zum Beispiel nicht auf Urlaubs- oder andere Erholungszeiten angerechnet. Durch die zeitlichen und finanziellen Vorgaben des SGB XI ist dies jedoch bei pflegenden Angehörigen der Fall, da die verbleibende Zeit mit Verhinderungspflege im Jahr der Rehabilitationsmaßnahme für wichtige Termine, Krankheit oder eine kleine Auszeit des pflegenden Angehörigen entsprechend verkürzt wird.

Umsetzungsvorschläge:

§ 39 SGB XI wird ein neuer Absatz 4 hinzugefügt: *„Sofern häusliche Pflegezeiten im Sinne der Absätze 1 bis 3 durch eine Rehabilitation des pflegenden Angehörigen entstehen, werden diese Zeiten nicht auf die in Absatz 1 bis 3 genannten Zeiträume angerechnet. Gleiches gilt für die während der Rehabilitation des pflegenden Angehörigen entstehenden Aufwände. Diese zählen nicht zu den in Absatz 1 bis 3 genannten Leistungsbeträgen.“*

§ 42 SGB XI Absatz 4 wird wie folgt ergänzt: *„²Sofern Kurzzeitpflege aufgrund einer Rehabilitation des pflegenden Angehörigen notwendig wird, werden diese Zeiten nicht auf den in Absatz 2 genannten Zeitraum angerechnet. ³Gleiches gilt für die während der Rehabilitation des pflegenden Angehörigen entstehenden Aufwände, diese zählen nicht zu den in Absatz 2 genannten Leistungsbeträgen.“*

b) Beratung

Nach § 37 Absatz 3 SGB XI haben Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, einmal halbjährlich (bei Pflegegrad 2 und 3) oder einmal vierteljährlich (bei Pflegegrad 4 und 5) eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung oder durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht angestellte Pflegefachkraft ab-

zurufen. Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegfachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden.

Diese Pflegefachkraft kennt die häusliche Situation, in der sich der Pflegebedürftige und der pflegende Angehörige als Pflegeperson befinden. Sie ist in der Lage, den Rehabilitationsbedarf der Pflegeperson einzuschätzen. Sie sollte künftig regelhaft und verpflichtend bei jedem Hausbesuch über den Anspruch auf Rehabilitation für pflegende Angehörige beraten.

Vorbild für die vorgeschlagene Regelung ist die verpflichtende Bedarfsüberprüfung hinsichtlich eines Rehabilitationsbedarfs im Rahmen der Pflegbegutachtung nach § 18 Abs. 1 SGB XI. Vor dem Hintergrund der nicht bedarfsgerechten Anwendung des Grundsatzes „Reha vor Pflege“ wurde dieses Verfahren vom MDS im Zusammenarbeit mit der Universität Bremen (Prof. Rothgang) erfolgreich entwickelt und anschließend in das SGB XI eingefügt. Die Erfahrungen in der Praxis zeigen, dass durch ein strukturiertes Verfahren die Nutzung der im Gesetz verankerten Rechtsansprüche durch die Versicherten steigt.

Vollständige Refinanzierung Tarifsteigerungen / Refinanzierung der Pflegekosten in Rehabilitationseinrichtungen

Leider wurde auch im Kabinettsentwurf des PpSG der Bereich der medizinischen Rehabilitationseinrichtungen nicht mit in die Regelungen zur vollständigen Refinanzierung von Tarifsteigerungen beziehungsweise der Refinanzierung der Pflegekosten mit aufgenommen. Hier besteht aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e.V. dringender Handlungsbedarf.

Es ist sachlich nicht erklärbar und versorgungspolitisch bedenklich, dass Rehabilitationseinrichtungen, in denen rund 28.000² Pflegekräfte tätig sind, nicht mit Krankenhäusern beziehungs-

² Destatis, Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2016

weise Pflegeeinrichtungen finanziell in diesem Bereich gleichgestellt werden. Der „Pflegerotstand“ ist im Bereich der medizinischen Rehabilitation – insbesondere im pflegeintensiven Bereich der geriatrischen Rehabilitation – vergleichbar zu den im Gesetz genannten Einrichtungsarten.

Zudem wird die Konkurrenz um Pflegekräfte durch die Maßnahmen des Gesetzgebers deutlich verschärft. Die im Gesetz genannten Einrichtungen erhalten die finanziellen Möglichkeiten, ihre Pflegestellen zu refinanzieren. Diese Einrichtungen werden daher entsprechend aktiv am Arbeitsmarkt agieren können. Dies verschärft die pflegerische Situation in den Rehabilitationseinrichtungen. Diese werden zudem gezwungen sein, die Bezahlung von Pflegekräften anzupassen, was die angespannte finanzielle Lage im Rehabilitationsbereich kaum zulässt beziehungsweise weiter verschlechtert. Es findet somit nicht nur keine Förderung der Pflege in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation statt, vielmehr kommt es zu einer personellen und finanziellen Schwächung in diesem Bereich.

Mit Einführung der Fallpauschalen im Krankenhaus und den damit verkürzten Verweildauern hat die Bedeutung der medizinischen Rehabilitation deutlich zugenommen. Dieser Effekt wird zudem noch durch die demografische Entwicklung verstärkt, die ebenfalls den Rehabilitationsbedarf ansteigen lässt. Die medizinische Rehabilitation ist somit eine wichtige Säule neben der Krankenhausversorgung. Zudem sind die Patienten in der medizinischen Rehabilitation zunehmend schwerer betroffen. Somit wäre es eine fatale Entwicklung, wenn die Pflege in der medizinischen Rehabilitation geschwächt anstelle gefördert werden würde. Dies trifft insbesondere die pflegeintensive geriatrische Rehabilitation.

In diesem Zusammenhang ist es dringend geboten, die Rehabilitationseinrichtungen mit den im Gesetz genannten Einrichtungen gleich zu stellen. Es muss die Möglichkeit zur Refinanzierung der stark steigenden Personalkosten im Bereich Pflege in den Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation geschaffen werden.

Die Vergütung von Rehabilitationsleistungen wird gemäß § 111 SGB V zwischen Krankenkassen und der Rehabilitationseinrichtung als Tagessatz verhandelt und ist durch die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 2 SGB V begrenzt. Die im PpSG für den Krankenhausesektor beziehungsweise für den Bereich der Pflegeheime niedergelegten Änderungen sind gesetzestechnisch nicht unmittelbar auf den Rehabilitationsbereich übertragbar.

Folgende Änderungen können zu einer vergleichbaren Wirkung im Rehabilitationsbereich - wie die im Entwurf des PpSG niedergelegten Regelungen im Krankenhaussektor – führen.

a) Refinanzierung Tarifsteigerung

Die Beschränkung der Vergütungssätze auf die Veränderungsrate wird hinsichtlich Tarifsteigerungen aufgehoben. Dazu wird nach § 111 Abs. 5 Satz 1 SGB V folgender Text eingefügt:

„Bei der Beurteilung hinsichtlich § 71 Abs. 2 bleiben der Unterschied zwischen dem Veränderungswert und der Tarifraterate für den Personalbereich zu 100 Prozent unberücksichtigt.“

b) Regelung zu den Pflegekosten vergleichbar dem Pflegebudget im Krankenhausbereich

Um auch im Rehabilitationsbereich die Pflegekosten zu refinanzieren, wird der Anteil der Pflegekosten im Vergütungssatz der Rehabilitationseinrichtung anhand der jahresdurchschnittlichen Stellenbesetzung festgelegt. § 111 SGB V wird um folgende Absätze ergänzt:

„(7) Zur Finanzierung der Kosten, die der einzelnen Rehabilitationseinrichtung für Pflegeleistungen entstehen, die in der Patientenversorgung erbracht werden, gilt der entsprechende Anteil im Vergütungssatz auf Grundlage der Kostenkalkulation der Rehabilitationseinrichtung zwischen den Vertragspartnern nach Absatz 2 vereinbart.

Die Rehabilitationseinrichtung legt dazu die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung im Pflegebereich in Pflegevollkräften, gegliedert nach Berufsbezeichnungen, sowie die Pflegepersonalkosten vor. Zudem hat die Rehabilitationseinrichtung für die Vereinbarung jeweils die entsprechenden Ist-Daten der Pflegepersonalkosten des laufenden Jahres sowie die Forderungsdaten für den Vereinbarungszeitraum vorzulegen.

Nach Ablauf des Kalenderjahres hat die Rehabilitationseinrichtung den anderen Vertragsparteien nach Absatz 2 zudem eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung der Pflegevollkräfte, gegliedert nach staatlich anerkannten Berufsabschlüssen, sowie über die Pflegepersonalkosten und über die zweckentsprechende Mittelverwendung vorzulegen. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind zurückzuzahlen.

(8) Die Pflegekosten sind in ihrer Entwicklung nicht durch die Vorgaben nach § 71 SGB V begrenzt. Die der einzelnen Rehabilitationseinrichtung entstehenden Pflegepersonalkosten gel-

ten als wirtschaftlich im Sinne des § 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Der Pflegekostenanteil im Vergütungssatz ist zweckgebunden für die Finanzierung der Pflegepersonalkosten zu verwenden."

Einbindung der Rehabilitationseinrichtungen in das Pflegestellenförderprogramm

Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation werden mit in das Pflegestellenförderprogramm aufgenommen. Demnach werden Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildetem Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen entsprechend ausgeglichen.