



Stellungnahme der Bundespflegekammer zu Änderungsanträgen für einen Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG)

Bundespflegekammer
Alt-Moabit 91
10559 Berlin
jens.kaffenberger@bundespflegekammer.de

Die Bundespflegekammer begrüßt, dass mit den vorliegenden Änderungsanträgen zum GPVG Teile der im Herbst angekündigten Pflegereform und die im Strategieprozess im Rahmen der Konzertierten Aktion Pflege vereinbarten ersten Schritte für eine Ausweitung der Entscheidungs- und Gestaltungsspielräume für Pflegefachpersonen umgesetzt werden sollen. Die Bundespflegekammer bedauert allerdings, dass wichtige Elemente wie die Dynamisierung der Leistungsbeträge in der ambulanten Pflege und Regelungen zur Investitionskostenfinanzierung fehlen. Die Stellungnahme legt den Schwerpunkt nachfolgend auf die für die Bundespflegekammer zentralen Aspekte der Änderungsanträge.

Die Verbesserung der Personalsituation in der Pflege ist aus Sicht der Bundespflegekammer von entscheidender Bedeutung, um die pflegerische Versorgung jetzt und in Zukunft sicherzustellen. Sowohl in der Langzeitpflege als auch im Krankenhaus arbeiten Pflegenden zu großen Teilen in Unterbesetzung. Die Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Versorgung der Patient*innen und Bewohner*innen können häufig aufgrund einer unzureichenden qualitativen und quantitativen Personalausstattung nicht erfüllt werden. Es fehlt in beiden Bereichen eine wissenschaftlich fundierte gesetzliche Grundlage für eine bedarfsgerechte Personalbemessung.

Personalbemessung und -finanzierung im Krankenhaus

Es ist eine langjährige Forderung der Pflegekammern, dass für das Krankenhaus ein valides, pflegewissenschaftlich fundiertes Instrument zur Personalbedarfsbemessung entwickelt wird. Insofern begrüßt die Bundespflegekammer ausdrücklich, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene den gesetzlichen Auftrag erhalten, im Einvernehmen mit dem BMG die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus bis zum Ende des Jahres 2024 sicherzustellen. Die Vertragsparteien haben zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit des Verfahrens fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige zu beauftragen. Wir bitten allerdings dringend darum, die **Bundespflegekammer bei der Durchführung des Auftrags zu beteiligen**. Sie wird bislang nicht als zu beteiligende Organisation genannt.

Das nach oben nicht gedeckelte **Pflegebudget im Krankenhaus muss bis zur verbindlichen Einführung des zu entwickelnden wissenschaftlichen Personalbemessungsverfahrens beibehalten und auf alle Bereiche und Tätigkeiten ausgeweitet werden**, die typischerweise von Pflegefachpersonen übernommen werden. Dazu zählen die Tätigkeiten in den Zentralen Notaufnahmen, die Pflege im OP und in der Anästhesie sowie in der Endoskopie und anderen diagnostischen und ambulanten Abteilungen ebenso wie die administrativen und konzeptionellen Tätigkeiten der Pflegefachpersonen in der Leitung sowie in der Pflegeentwicklung und Pflegewissenschaft im Krankenhaus. Dadurch könnte vermieden werden, dass jedes Jahr weitere Änderungen und Konkretisierungen an der Definition der ausgliedernden Pflegepersonalkosten in den Abgrenzungsvereinbarungen der Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 vorgenommen werden müssen.

Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege

Für die stationäre Langzeitpflege liegt seit dem 30. Juni 2020 bereits ein von den Pflegekassen und Einrichtungsträgern in Auftrag gegebenes Personalbemessungsinstrument vor. Als ersten Schritt der Einführung hat der Bundestag ein Sofortprogramm für bis zu 20.000 Assistenzkräfte verabschiedet, das am 1. Januar 2021 in Kraft getreten ist. Mit den Änderungsanträgen soll das Personalbemessungsverfahren nun gesetzlich verankert werden, die 2023 einen zweiten Einführungsschritt mit weiteren zusätzlichen 20.000 Pflegefach- und Assistenzpersonen vorsieht. Im Jahr 2025 sollen weitere Einführungsschritte geprüft werden, abhängig von der begleitenden Evaluation und der Lage am Arbeits- und Ausbildungsmarkt.

Die Bundespflegekammer begrüßt, dass das Personalbemessungsverfahren in der stationären Langzeitpflege in einer zweiten Ausbaustufe verbindlich und bundeseinheitlich eingeführt werden soll. Allerdings muss aus Sicht der Bundespflegekammer auch die **letzte Ausbaustufe, die in den Änderungsanträgen für 2025 vorgesehen ist, verbindlich festgeschrieben und gesetzlich verankert werden.**

Die Bundespflegekammer weist erneut daraufhin, dass das Personalbemessungsverfahren quantitativ überzeugend ist, aber qualitativ Nachbesserungsbedarf besteht. Der Mehrbedarf soll zukünftig ganz überwiegend durch Pflegehilfs- und -assistenzpersonen gedeckt werden, aber nur zu einem geringen Teil durch Pflegefachpersonen. Bei der modellhaften Erprobung muss deshalb das Verhältnis von Fach- und Assistenzpersonal kritisch geprüft werden. Neben der Notwendigkeit einer ausreichenden Zahl von Pflegefachpersonen muss dringend für die notwendige Qualifikation der Assistenzberufe gesorgt werden. Erforderlich ist eine zügige bundeseinheitliche Ausgestaltung der landesrechtlichen Pflegehelferausbildung mit einer Dauer von zwei Jahren und eine Qualifizierungsoffensive zur Deckung des notwendigen Bedarfs.

Ebenso wichtig ist für zukunftsweisende Versorgungskonzepte der Einsatz von hochschulisch ausgebildetem Personal sowohl im fachlichen als auch organisatorischen Bereich mitzudenken ebenso wie der von Pflegefachpersonen mit einschlägiger Weiterbildung wie beispielsweise Gerontopsychiatrie und Palliativpflege. Diese Aspekte müssen angesichts des langen Einführungszeitraums berücksichtigt und integriert werden.

Es ist vorgesehen, dass das 13.000-Pflegefachkraft-stellenförderprogramm und des 20.000-Pflegehilfskraftstellenprogramms spätestens ab 1. Juli 2023 in das allgemeine Vertragsrecht überführt werden. Bisher werden diese Programme vollständig refinanziert, sodass die Eigenanteile der Pflegebedürftigen dadurch nicht steigen. Durch die Integration in das Vertragsrecht schlägt das zusätzliche Personal ab 1.1.2023 voll auf die Eigenanteile durch. Die geplante Entlastungswirkung der vorgesehenen gestaffelten Reduzierung der Eigenanteile wird damit deutlich reduziert. Im ersten Jahr der Pflegebedürftigkeit, in der keine Reduzierung vorgesehen ist, steigen die Eigenanteile deutlich an. Die Bundespflegekammer fordert deshalb, **dass die Integration der zusätzlichen Stellen nicht zu Mehrkosten für Pflegebedürftige führt.**

Tarifliche Entlohnung

Die Änderungsanträge sehen vor, dass ab dem 1. Juli 2022 nur noch solche Pflegeeinrichtungen zugelassen sein dürfen, wenn sie bezüglich der Entlohnung der Beschäftigten im Pflege- und Betreuungsbereich entweder selbst einen Tarifvertrag (oder Haustarifvertrag) abgeschlossen haben oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebunden sind. Darüber hinaus wird präzisiert, dass ab dem 1. Juli 2022 eine Entlohnung der Beschäftigten – auch der Beschäftigten außerhalb des Pflege- und Betreuungsbereichs – in tarifgebundenen oder an kirchliche Arbeitsrechtsregelungen gebundenen Pflegeeinrichtungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden darf. Die Bundespflegekammer begrüßt diese Regelung ausdrücklich, empfiehlt aber eine **Klarstellung, dass zur Entlohnung auch Jahressonderzahlungen und Arbeitgeberbeiträge zur betrieblichen Altersversorgung gehören.**

Nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit verdienen Fachpersonen in der Krankenpflege 2018 mit durchschnittlich 3.415 Euro rund 540 Euro mehr als Fachpersonen in der Altenpflege, die im Durchschnitt 2.877 Euro verdienen. Pflegefachpersonen in der verdienen 12,9 Prozent weniger als das Medianeinkommen. Die großen Unterschiede in der Bezahlung von Pflegefachpersonen in der Langzeitpflege und der Krankenpflege sind weder mit der Qualifikation, noch mit dem Grad an Verantwortung oder der Arbeitsbelastung zu rechtfertigen. Die Einführung der generalistischen Pflegeausbildung trägt vielmehr der Tatsache Rechnung, dass sich die fachlichen Anforderungen in den Versorgungsbereichen immer mehr annähern, in Pflegeeinrichtungen vertiefte medizinisch-pflegerische Kenntnisse erforderlich sind und in den Krankenhäusern der Anteil pflegebedürftiger und demenziell erkrankter Patientinnen und Patienten stark ansteigt. Bei gleicher Ausbildung stößt die gravierende Schlechterstellung der Langzeitpflege auf keinerlei Akzeptanz mehr.

Darüber hinaus weist die Bundespflegekammer darauf hin, dass diese Regelung nur der erste Schritt hin zu einer angemessenen Entlohnung der Pflegenden sein kann. Das von der Bundespflegekammer geforderte Einstiegsgehalt für Pflegefachpersonen in Höhe von 4.000 Euro, um den Pflegeberuf zukunftssicher und attraktiv zu machen, ist über die jeweiligen Tarifvertragspartner oder ersatzweise einen allgemeinverbindlichen Tarifvertrag sicherzustellen.

Umsetzung der Vereinbarungen aus dem Strategieprozess

Im Strategieprozess zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheits- und Pflegebereich wurden unter Beteiligung der Bundespflegekammer und der Pflegeberufsverbände Vorschläge entwickelt, Pflegefachpersonen mehr Gestaltungs- und Entscheidungsverantwortung zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung und Entbürokratisierung einzuräumen. Zu diesen Maßnahmen wird hier zusammenhängend Stellung genommen. Ausdrücklich sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass im Expertengremium zum Strategieprozess Einigkeit herrschte, dass dies nur erste Schritt sind, denen weitere insbesondere im Bereich der Heilkundeübertragung folgen müssen.

Verordnungsbefugnisse für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel

Die Bundespflegekammer begrüßt ausdrücklich, dass Pflegefachpersonen im Rahmen ihrer Leistungserbringung nach § 36 SGB XI, der §§ 37 und 37c SGB V sowie der Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 SGB XI konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abgeben können, für die die Erforderlichkeit vermutet wird. Damit ist eine weitergehende fachliche Überprüfung durch die Kranken- oder Pflegekasse nicht mehr geboten, es sei denn, die Kranken- oder Pflegekasse stellt die offensichtliche Unrichtigkeit der Empfehlung fest. Diese Regelung hat das Potential, die Hilfsmittel und Pflegehilfsmittelversorgung schneller, unbürokratischer und zielgenauer zu machen.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen/Krankenkassen wird beauftragt, in Richtlinien bis zum 31. Dezember 2021 die Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, die sich für das Verfahren eignen, und die hierfür erforderliche Qualifikation der Pflegefachkraft sowie das Nähere zur Empfehlung bei Antragstellung festzulegen. **Bei der Umsetzung durch den GKV Spitzenverband ist dafür Sorge zu tragen, dass nicht durch überhöhte Qualifikationshürden die Regelung praktisch ins Leere läuft.**

Aus Sicht der Bundespflegekammer erwerben Pflegefachpersonen, die eine Qualifikation nach dem Pflegeberufegesetz absolviert haben, im Rahmen ihrer Ausbildung die Kompetenz zur Beratung zu Hilfs- und Pflegehilfsmitteln und verfügen daher über eine geeignete Qualifikation. In diesem Zusammenhang wird auch auf die Gesetzesbegründung verwiesen.

Aus Sicht der Bundespflegekammer sind die (doppelfunktionalen) Hilfsmittel und diejenigen Pflegehilfsmittel, deren Notwendigkeit bzw. Erforderlichkeit nach einer Empfehlung durch Pflegefachkräfte der Medizinischen Dienste im Rahmen der Pflegebegutachtung ebenfalls vermutet wird (§ 18 Absatz 6a), für das Verfahren geeignet und der Richtlinie zugrunde zu legen.

Verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur Heilkundeübertragung

Durch eine erweiterte Rolle von Pflegefachpersonen mit entsprechender Weiterbildung ließe sich die Versorgung bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes oder Demenz deutlich verbessern. Auch bei der Versorgung chronischer Wunden besteht fachlich breiter Konsens, dass durch eine erweiterte Versorgungsverantwortung für entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen die heute bestehenden Versorgungsdefizite behoben werden können. Bisher werden solche Ansätze allenfalls punktuell erprobt, der bisherige §63 Abs. 3c SGB V hat sich als nicht praxistauglich erwiesen. Die Bundespflegekammer begrüßt deshalb ausdrücklich, dass mit dem neuen § 64d SGB V die rechtlichen Barrieren für eine flächendeckende Erprobung solcher Modelle beseitigt werden sollen mit dem Ziel, innovative Angebote in die Regelversorgung zu überführen. Begrüßt wird, dass die Modellvorhaben nicht selektivvertraglich, sondern gemeinsam und einheitlich ausgestaltet werden sollen und die Umsetzung sowie die Schaffung der Voraussetzungen mit Fristen versehen werden. Allerdings ist das Beteiligungsrecht der Bundespflegekammer und der Pflegeberufe beim Rahmenvertrag zu schwach ausgestaltet. Hier sollte ein **Mitberatungsrecht** verankert werden.

Blankverordnung für Häusliche Krankenpflege

Die Bundespflegekammer begrüßt, dass erweiterte Gestaltungs- und Entscheidungsbefugnisse bei der Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege bekommen sollen. Schon heute geht der Impuls für die Verordnung meist vom Pflegedienst aus, der auch detaillierte Hinweise zur notwendigen Versorgung gibt. Die Einholung einer ärztlichen Verordnung stellt einen zum Teil langwierigen bürokratischen Umweg dar, der die notwendige Versorgung unnötig verzögert. Aus Sicht der Bundespflegekammer sind insbesondere folgende Leistungen der HKP geeignet für eine Blankoberordnung:

Leistung der HKP gemäß Leistungsverzeichnis der Häusliche-Krankenpflege-Richtlinie	Art und Umfang der erweiterten Versorgungsverantwortung	Berufsausbildung	Zusatzqualifikation
Nr. 12. Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung	Pflegefachperson entscheidet: <ul style="list-style-type: none">Über die Frequenz des PositionswechselsDie Art der Lagerung	X	
Nr. 26. „Medikamente (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)“	Pflegefachperson entscheidet: <ul style="list-style-type: none">ob nur gestellt oder auch verabreicht werden mussüber die Häufigkeit der Maßnahme	X	
Nr. 31. „Wundversorgung einer akuten Wunde“	Pflegefachperson entscheidet: <ul style="list-style-type: none">das Wechselintervall des Wundverbands	X	
Nr. 31a „Wundversorgung einer chronischen und schwer heilenden Wunde“	Pflegefachperson entscheidet: <ul style="list-style-type: none">das Wechselintervall des Wundverbands		X
Nr. 31b „An- oder Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/strumpfhosen der Kompressionsklassen I bis IV Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes“	Pflegefachperson entscheidet: <ul style="list-style-type: none">das Wechselintervall der Kompressionsstrümpfe	X	

Die Bundespflegekammer regt an, die Begründung entsprechend zu erweitern.

Gemäß Absatz 8 soll der Gemeinsame Bundesausschuss in der Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 Rahmenvorgaben zur Dauer und Häufigkeit der einzelnen nach dem Leistungsverzeichnis der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 verordnungsfähigen Maßnahmen regeln, über deren Durchführung entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte innerhalb eines vertragsärztlich festgestellten Verordnungsrahmens selbst bestimmen können. Dies wird von der Bundespflegekammer kritisch gesehen. Im G-BA sind die Bundespflegekammer und

die Pflegeberufverbände nicht beteiligt. Ein Stellungnahmerecht reicht nicht aus, wobei auch dies nicht ausdrücklich geregelt ist. Auch die Festlegung der Qualifikationsanforderungen erfolgt ohne Beteiligung der Bundespflegekammer. Die Bundespflegekammer regt an, noch einmal zu prüfen, ob eine **Beratungsbeteiligung der Pflegeberufe im Unterausschuss Veranlasste Leistungen** des G-BA ermöglicht oder ein alternatives Verfahren gefunden werden kann, der eine Beteiligung der Pflegeberufe sicherstellt. Mindestens ist eine **Fristsetzung vorzusehen**, in der der G-BA die Richtlinie zu verabschieden hat, um einem Verschleppen der Beschlussfassung vorzubeugen.

Begrenzung der Eigenanteile und Finanzierung

Ausdrücklich begrüßt die Bundespflegekammer, dass die Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige aus Steuermitteln finanziert werden sollen. Dieser Schritt ist längst überfällig, da beispielsweise die Rentenbeiträge für Kindererziehungszeiten bereits aus Steuermitteln finanziert werden. Damit sind aber noch nicht alle gesamtgesellschaftlichen Aufgaben der Pflegeversicherung aus Steuermitteln finanziert. Zu nennen sind hier beispielsweise die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Ehepartnern in der Pflegeversicherung, die in der Krankenversicherung bereits über einen Steuerzuschuss abgedeckt werden. Auf Kritik stößt, dass der jährliche Pauschalbetrag in Höhe von 640 Millionen Euro als Kostenbeteiligung der gesetzlichen Krankenversicherung an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen lediglich festgeschrieben werden soll. Bisher war er zweckgebunden für das Pflegestellförderprogramm vorgesehen. Tatsächlich liegen die Kosten der Behandlungspflege aber höher. Die Bundespflegekammer fordert die volle Übernahme der Kosten für die Behandlungspflege in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege durch die GKV.

Darüber hinaus sehen die Änderungsanträge in der stationären Pflege eine in Abhängigkeit von der Dauer der Pflege gestaffelte Reduzierung der pflegebedingten Eigenanteile vor. Sie reduzieren sich durch einen von der Pflegekasse zu zahlenden Leistungszuschlag nach 12 Monaten um 25 Prozent, nach 24 Monaten um 50 Prozent und nach 36 Monaten um 75 Prozent. Die Bundespflegekammer begrüßt, dass in den Änderungsanträgen die Problematik der stetig steigenden und nicht mehr tragfähigen Eigenanteile für Pflegebedürftige und deren Angehörige adressiert wird. Die Regelung führt zwar dazu, dass die Gesamtbelastung der Pflegebedürftigen mit Eigenanteilen über den Pflegeverlauf reduziert wird, was die Bundespflegekammer begrüßt. Eine Planbarkeit für die Pflegebedürftigen ist damit aber noch verbunden. Auch werden die dringend erforderliche Investitionen in zusätzliches Personal und eine bessere Vergütung, um die pflegerische Versorgung sicherzustellen, weiterhin zu steigenden Eigenanteile führen. Aus Sicht der Bundespflegekammer sind die Eigenanteile bereits heute zu hoch und dürfen nicht weiter steigen. Deshalb spricht sich die Bundespflegekammer dafür aus, sie auf einem niedrigeren Niveau als heute zu deckeln.