

Trojanisches Pferd

In der letzten Bundestagssitzung vor der Neuwahl im September hat der Bundestag am 11. Juni 2021 Stücke einer sogenannten Pflegereform im Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) verabschiedet. Die nun eingeführten Tarifregelungen erweisen sich als Trojanisches Pferd.

Text: Andreas Heiber



Foto: pixelABC/AdobeStock

Wir erinnern uns: im Trojanische Krieg ließen die Griechen ein riesiges hölzernes Pferd da, bevor sie sich zurückzogen. Aber im Bauch des Pferdes warteten griechische Soldaten, die dann nachts das Tor öffneten und so letztendlich den Krieg entschieden. Die Tarifregelungen, die im GVWG stehen, erweisen sich selbst nach mehrfacher Lektüre als Trojanisches Pferd.

Die jetzige Regierung will unbedingt „Tarifbezahlung“ einführen, aber was am Ende herauskommen wird, kann keiner wirklich überblicken. Und die ständig wiederholte Behauptung der Bundesminister Jens Spahn (CDU) und Hubertus Heil (SPD), dass von den 1,2 Millionen Mitarbeitenden in der Pflege nur die Hälfte nach Tarif und deshalb gut, aber die andere Hälfte per se schlecht bezahlt wird, ist auch nur ein Gerücht. Man schaue sich doch einfach die Vergütungsaufstellungen aus der entsprechenden Arbeitsgruppe der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP 5) an, um festzustellen, wie hoch auch die Vergütungshöhe in den

verschiedenen Tarifen ist und dass selbst einige Arbeitsvertragsrichtlinien von Verbänden höher liegen als einige ausgehandelte Tarife!

Was nun kommen soll, sind Regelungen voller Überraschungen: zunächst einmal gilt die Tarifpflicht nur für Pflege und Betreuung, aber nicht für Hauswirtschaft, Verwaltung und sonstige Dienste. Dabei sind circa 15 Prozent der Mitarbeitenden ambulant und stationär in der hauswirtschaftlichen Versorgung beschäftigt! Der Gesetzgeber teilt dann die Dienste in zwei Gruppen: die Gruppe mit vereinbarten Tarifen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen und die Gruppe, die keine Tarife (also mit Gewerkschaften oder Mitarbeitervertretungen ausgehandelte Vergütungen) haben. Für die zweite Gruppe muss ein neuer Maßstab als Untergrenze definiert werden, die ab September 2022 mindestens einzuhalten ist. Folgendes Verfahren soll dazu führen:

1. Die Pflegekassen definieren bis Ende September 2021 in einer Richtlinie die praktische Umsetzung.

2. Alle Dienste, die Tarif oder nach kirchenrechtlichen Regelungen bezahlen, müssen bis Ende September 2021 eine genaue Personalaufstellung einschließlich Stellenumfang mit der jeweiligen Einstufung nach ihrem Tarifvertrag liefern (§ 72, Abs. 3e). Diese Liste dient dann den Pflegekassen zur Ermittlung des regional üblichen Entgelt-niveaus (pro Berufsgruppe) in der Region, aber auch zur Übersicht der zutreffenden Tarife.
3. Ab November 2021 müssen die Pflegekassen die nach Regionen gegliederten Tariflisten zur Orientierung für die nicht tariflich gebundenen Dienste veröffentlichen, damit sie die für ihre Region gültige Untergrenze der Personalvergütung kennen. Auch müssen die Pflegekassen das regional übliche Entgelt-niveau veröffentlichen.
4. Bis Ende Februar 2022 müssen die Dienste den Kassen erstmalig melden, welche Mindesthöhe sie ab September 2022 einhalten müssen und ob sich hieraus ihre Personalkosten ändern. Dann können die nötigen Steigerungen im Rahmen von Vergütungsverhandlungen neu verhandelt werden. Auch eine Bezahlung bis zu 10 Prozent oberhalb des regional üblichen Entgelt-niveaus ist für ungebundene Einrichtungen möglich; schon bisher höhere Vergütungen bleiben unberührt.

Der permanente Meldeaufwand aller Einrichtungen führt zu absolut gläsernen Personalkosten und damit sogleich zu ganz neuen Tarifdiskussionen: denn die Kriterien der Tarifverträge bezüglich Einstufung, Höherstufung etc. sind nicht so klar formuliert, dass nicht Dienste mit dem gleichen Tarifwerk unterschiedliche Einstufungen begründen könnten. Die Diskussionen mit den Pflegekassen und in der Folge mit den Krankenkassen in Vergütungsverhandlungen waren und werden spannend sein! Dazu kommt immer wesentlicher auch die Frage der Vergütung des Unternehmerwagnisses!

Klar ist auch bei so viel Transparenz von circa 80 bis 90 Prozent der Gesamtkosten der Pflegedienste, dass es im Bereich der Krankenversicherung dauerhaft keine Einheitspreise mehr geben wird, sondern auch hier, wie in der Pflegeversicherung, wohl Tarifgruppenpreise vereinbart werden (müssen).

Dynamisierung: Sachleistungen steigen

Im ambulanten Bereich werden ab 2022 die Sachleistungen nach § 36 um 5 Prozent angehoben. Anders als in den Gesetzesmaterialien begründet, ist dies tatsächlich kein Ausgleich für höhere Kosten durch die Anbindung der Löhne an Tarife. Denn Pflegedienste mit Tarifwerken müssen ihre Preise nicht ‚tarifbeding‘ erhöhen, also erhalten die Kunden dieser Dienste tatsächlich mehr Geld. Und die Kunden der Pflegedienste, die ihre Personalvergütungen erhöhen müssen, konnten bisher im Regelfall durch die niedrigen Personalvergütungen sparen; dies ändert sich nun.

Neben den Sachleistungen wird nur noch das Budget der Kurzzeitpflege (§ 42) um 10 Prozent auf 1 774 Euro erhöht, da

deren Refinanzierung über § 88a neu geregelt wird (besser Vergütung auch kurzer Aufenthalte etc.). Aber weder die Tagespflege (§ 41) noch die Verhinderungspflege (§ 39) oder der Entlastungsbetrag (§ 45b) werden erhöht. Auch das Pflegegeld nach § 37 wird nicht erhöht. Allerdings bekommen Leistungsbezieher von Kombinationsleistungen trotzdem mehr Pflegegeld, weil der Sachleistungsbetrag erhöht wurde, was dann Auswirkungen auf die verbleibenden prozentualen Anteile des Pflegegeldes hat.

Die halberzige Aufwertung der Fachpflege

Die Fachpflege soll aufgewertet werden und eigene Verordnungskompetenzen bekommen, das war ein formuliertes Ziel der Konzertierte(n) Aktion Pflege (KAP) aus dem Jahr 2019. Nun sollen gut ausgebildete Pflegefachkräfte mehr Verantwortung im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege sowie der Verordnung von Pflegehilfsmitteln übernehmen, aber natürlich nur in einem eng definierten Rahmen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) – zusammengesetzt aus Ärzten und Krankenkassenvertretern – regelt in der HKP-Richtlinie, in welchem Umfang und bei welchen Leistungen im Rahmen eines vertragsärztlich festgestellten Ordnungsrahmens die Fachkräfte selbst über die

Was nun kommen soll, sind Regelungen voller Überraschungen.

erforderliche Häufigkeit und Dauer entscheiden dürfen und wie die Kommunikation darüber mit den Ärzten erfolgen soll. Dazu müssen auch die Anforderungen an die Pflegefachkräfte in der Bundesrahmenempfehlung nach § 132a definiert werden, genauso wie Maßnahmen zur Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit der in diesem Rahmen erbrachten Leistungen.

Wie eingeschränkt hier Aufgaben abgegeben werden sollen, liest man in der Gesetzesbegründung: die Pflegefachkräfte sollen nicht die Leistungen selbst allein verordnen, sondern im Rahmen einer sogenannten „Blankverordnung“ des zuständigen Arztes lediglich den Umfang und die Dauer der Leistung bestimmen. Folgende Leistungen werden als „insbesondere geeignet“ vom Gesetzgeber benannt: „Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung sowie An- und Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen, Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes“.

- ⊛ Diese Pseudoverordnungskompetenz innerhalb des Rahmens, den die Ärzte vorher definiert haben, wird nicht wirklich zur Aufwertung des Pflegeberufes beitragen. Wie der Gesetzgeber die Bereitschaft der Ärzteschaft, etwas von ihren Aufgaben abzugeben, tatsächlich bewertet, kann man an dem neu eingeführten § 64d ablesen: hier geht es um die verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten, bei denen es sich um eine selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt, an Pflegefachkräfte. Es gibt bereits eine Regelung zur Durchführung solcher Modellversuche in § 63, Abs. 3c, von denen nach Aussage des Gesetzgebers trotz der Vereinbarungen im Rahmen der KAP bisher kaum Gebrauch gemacht wurde. Nun will der Gesetzgeber mit dieser Regelung eine Umsetzung erzwingen, zumindest ein Modellprojekt in jedem Bundesland, dabei müssen die Vorhaben aber spätestens 2023 beginnen und sind auf vier Jahre befristet.

Auch bei der Verordnung von Pflegehilfsmitteln soll die Kompetenz der Pflegefachkräfte ausgeweitet werden. Im neuen Absatz 5 zu § 40 SGB XI wird geregelt, dass die Pflegefachkraft einen Bedarf an Pflegehilfsmitteln auch für den Bereich der Krankenversicherung (§ 33 SGB V) feststellen darf. Nur nebenbei bemerkt: seit 1995 darf eine Pflegefachkraft die Notwendigkeit für ein Pflegehilfsmittel feststellen, das aus Gründen der Pflegebedürftigkeit (§ 40 Abs. 1) notwendig ist! Da aber viele Pflegehilfsmittel auch Zielen der Krankenversicherung dienen können, wäre dann eine ärztliche Verordnung notwendig, wenn die Versorgungsziele der Krankenversicherung vorrangig sind. Nun soll, wie schon für die Begutachtungen durch den MDK geregelt, allein die Feststellung der Pflegefachkraft reichen. Allerdings müssen erst in Richtlinien die genauen Bedingungen und die Anforderungen an die Qualifikation der Pflegefachkräfte durch den GKV-Spitzenverband definiert werden, allein die Berufsausbildung scheint dafür nicht zu reichen. Aber Ärzte dürfen immer Hilfsmittel verordnen, ob sie dazu tatsächlich qualifiziert sind, müssen sie nicht (mehr) nachweisen.

Weniger Spontanentlassungen aus dem Krankenhaus

Ein weiterer Punkt im SGB V führt eine neue Leistung „Übergangspflege im Krankenhaus“ ein (§ 39e). Wenn nach der abgeschlossenen Krankenhausbehandlung eine ambulante Versorgung oder auch eine Kurzzeitpflege noch nicht ausreicht, kann das Krankenhaus bis zu 10 Tage die weitere Versorgung übernehmen. Einerseits kann hier die ambulante, aber auch die Kurzzeitpflege etwas entlastet werden von ‚blutigen‘ Entlassungen, die sonst spontan nach Hause entlassen oder in die Kurzzeitpflege geschickt wurden. Und hier entsteht für die Krankenhäuser eine neue Abrechnungsmöglichkeit, losgelöst vom Fallpauschalensystem. Trotzdem wird diese Regelung die Anschlussversorgung verbessern, weil die Patienten dann stabiler aus dem Krankenhaus entlassen werden.

Häusliche Pflege PDL Kongresse 2021

Jede Menge Gelegenheit zum Austausch bietet der Häusliche Pflege PDL Kongress 2021. Der Treffpunkt für alle Leitungskräfte, Geschäftsführer und Inhaber in der ambulanten Altenhilfe öffnet in diesem Jahr gleich zwei Mal seine Tore – selbstverständlich mit Hygienekonzept. Dabei sein können Sie am 17. und 18. August in Berlin bzw. am 9. und 10. September in Dortmund.

Auch der Autor dieses Beitrages zählt zu den Referent:innen. Das spannende Kongressprogramm finden Sie unter hp-pdl-kongress.de

Neue Qualifikation für Betreuungskräfte?

Mitarbeitende von ambulanten Pflegediensten sollen nun, genauso wie die Mitarbeiter von Betreuungsdiensten (nach § 71, 1a), nur dann Betreuungsmaßnahmen erbringen dürfen, wenn sie (nach jetzigem Stand) eine Weiterbildung nach § 53b (stationäre Betreuungskräfte) haben (so geregelt in Richtlinie nach § 112a). Diese Angleichung der Qualifikation ist über § 113, Abs. 1 Satz 4 geregelt, die dann in die entsprechenden Vereinbarungen zur Qualität aufzunehmen sind, die aber noch neu vereinbart werden müssen.

Nur Pflegefachkräfte erfüllen diese Voraussetzung aufgrund ihrer Ausbildung. Der Gesetzgeber begründet das mit der Gleichstellung von Betreuungskräften in ambulanten Pflegediensten und reinen Betreuungsdiensten, wobei die Qualifikationsfestlegung für Betreuungsdienste im Rahmen einer Richtlinie nach § 112a formal einseitig damals durch den GKV-Spitzenverband erfolgte. Der wesentliche Unterschied zwischen Betreuungsdiensten und Pflegediensten besteht darin, dass Betreuungsdienste auch von Nicht-Pflegefachkräften geleitet werden können, denn sie dürfen ja weder Hilfen bei der Mobilität noch bei der Grundpflege (Selbstversorgung) übernehmen. Daher ist es inhaltlich nachvollziehbar, dass die dort Arbeitenden zumindest selbst eine gewisse Grundausbildung erhalten. Im ambulanten Pflegedienst ist das anders organisiert: hier kann die Versorgung erst nach einem pflegefachlichen Erstgespräch beginnen, auch die Betreuungskräfte haben permanent die Möglichkeit der fachlichen Beratung und Begleitung. Wenn der Gesetzgeber jetzt auch die Pflegedienste zwingt, die Kräfte im Umfang von 200 Stunden weiterzubilden, werden hier nicht nur die Kosten steigen, sondern auch viele Dienste kurzfristig die Leistungen nicht mehr erbringen dürfen. Und dann stellt sich auch noch die Frage, ob die auf die stationäre Betreuung abgestellte Richtlinie nach § 53b überhaupt inhaltlich geeignet ist. Denn laut Gesetzestext ist sie explizit auf die Aufgaben in stationären Pflegeeinrichtungen zugeschnitten, nicht jedoch auf ambulante Betreuung. ⊛



Andreas Heiber
Unternehmensberater und
Pflegeexperte
System & Praxis
www.SysPra.de