



**Stellungnahme des IKK e.V.
zum**

**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des
Pflegepersonals**

**Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz – PpSG
BT-Drucksache 19/4453**

Stand 04.10.2018

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Inhaltsverzeichnis

Grundsätzliche Anmerkungen	4
Ausbildungsförderung (Artikel 1)	6
§ 17a Absatz 1 KHG: Finanzierung von Ausbildungskosten	6
§ 17a KHG Absatz 3: Finanzierung von Ausbildungskosten	8
Fortführung des Krankenhausstrukturfonds (Artikel 2, 5 und 7).....	9
§ 12a Absatz 1 bis 2 KHG (neu): Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019.....	9
§ 11 KHSFV: Förderungsfähige Vorhaben.....	9
§ 12 KHSFV: Förderungsfähige Kosten.....	9
§ 271 Absatz 2 SGB V: Gesundheitsfonds	9
Investitionsfinanzierung der Länder (Artikel 2).....	11
§ 12a KHG Absatz 3 (neu): Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019.....	11
Betriebliche Gesundheitsförderung (Artikel 7)	13
§ 20 Absatz 6 SGB V: Primäre Prävention und Gesundheitsförderung.....	13
§ 20 b Absatz 3 SGB V: Betriebliche Gesundheitsförderung	13
§ 20 d Absatz 3 SGB V: Nationale Präventionsstrategie.....	13
Medizinische Behandlungspflege (Artikel 7 und 11)	15
§ 37 SGB V: Häusliche Krankenpflege	15
§ 8 Absätze 5 bis 10 SGB XI: Gemeinsame Verantwortung	15
Digitalisierung (Artikel 7).....	17
§ 87 Abs. 2a SGB V: Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte.....	17
Rehabilitation für pflegende Angehörige (Artikel 7)	19
§ 40 Absatz 2 SGB V: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.....	19
Weitere Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten (Artikel 7)	21
§ 119b Absatz 1 bis 3 SGB V: Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen ...	21
Ambulante Alten- und Krankenpflege im ländlichen Raum (Artikel 7 und 11).....	22
§ 132a Absatz 1 SGB V: Versorgung mit häuslicher Krankenpflege	22
§ 89 Absatz 3 SGB XI: Grundsätze für die Vergütungsregelung	22
Einführung eines Pflegepersonalquotienten (Artikel 7)	24
§ 137i und § 137j (neu) SGB V.....	24
Personalausstattung (Artikel 9 und 11).....	26
§ 4 Absatz 8 und 8a (neu) KHEntgG: Vereinbarung eines Erlösbudgets.....	26
§ 8 Absatz 7 (neu) SGB XI: Gemeinsame Verantwortung.....	26

Krankenhausindividuelle Vergütung von Pflegepersonalkosten (Artikel 9)	27
§ 6a KHEntgG: Vereinbarung des Pflegebudgets (neu).....	27
Vereinheitlichung der Mengensteuerung (Artikel 9)	29
§ 4 Abs. 2a (neu) KHEntgG: Vereinbarung eines Erlösbudgets	29
Tarifsteigerungen für Pflegepersonal (Artikel 9)	31
§ 6 KHEntgG: Vereinbarung sonstiger Entgelte	31
§ 10 KHEntgG: Vereinbarung auf Landesebene	31
Personalentgelte (Artikel 9)	32
§ 15 Absatz 2 und 2a (neu) KHEntgG: Laufzeit	32
Fortsetzung und Modifizierung des Pflegestellen-Förderprogramms (Artikel 9)	33
§ 4 Absatz 8 KHEntgG: Vereinbarung eines Erlösbudgets	33
Pflegeberatung (Artikel 11)	35
§ 37 Absatz 4 SGB XI: Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen	35
Weiterer Änderungsbedarf: Basisberichtigung der Landesbasisfallwerte	36

Grundsätzliche Anmerkungen

Der IKK e.V. unterstützt das mit dem vorliegenden Gesetzentwurf für ein Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG) von der Bundesregierung angestrebte Ziel, mehr Pflegefachkräfte zu gewinnen und durch bessere Ausbildungsbedingungen und eine Erleichterung des Arbeitsalltags in der Alten- und Krankenhauspflege die Qualität der Pflege in beiden Bereichen zu verbessern sowie das Image des Pflegeberufes aufzuwerten. Der Plan wird in der Umsetzung insofern schwierig, da die Fachkräfte ad hoc nicht zur Verfügung stehen. Zurzeit sind mehr als 35.000 Stellen in der Pflege unbesetzt. Eine Erweiterung von Stellen auf dem Papier wird die Situation in der Pflege am Bett bzw. beim Patienten nicht verbessern.

Finanzierungsverantwortung

Die alleinige Finanzierungsverantwortung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die neu zu schaffenden Pflegestellen, die Übernahme von Ausbildungskosten, von Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie verbunden mit dem Wegfall von Steuerungsoptionen (Obergrenzen, Eigenanteile etc.) wird zu einem Kostenschub führen. Bezweifelt werden darf, ob die im Gesetz vielfach angelegte Nachweispflicht ausreicht, dafür Sorge zu tragen, dass das Geld wirklich dort ankommt und dafür verwendet wird, wozu es vorgesehen ist.

Im Übrigen wird mit der Verlagerung von Finanzierungsverantwortlichkeiten ohne entsprechende Mitsprache bei Planung und Steuerung das Prinzip der Selbstverwaltung ausgehöhlt. Wie schon in der vergangenen Legislaturperiode werden gesamtgesellschaftliche Aufgaben aus Mitteln der Beitragszahler, Arbeitgeber wie Versicherten, finanziert. Außerdem wird auch hier erneut die Private Krankenversicherung (PKV) nicht entsprechend eingebunden.

Mit dem im Gesetz vorgesehenen Geldsegen wird die Bundesregierung den notwendigen Strukturwandel nicht anstoßen. Die ausschließliche Refinanzierung des zusätzlichen Pflegepersonals kann selbstredend keine alleinige Aufgabe der GKV sein. Insofern müsste eine sachgerechte Beteiligung der PKV im Umfang von mindestens 10 v. H. (= ca. 64 Millionen Euro) am gesamten Finanzierungsvolumen noch ergänzt bzw. im aktuellen Text des Gesetzentwurfes aufgenommen werden.

Im Weiteren wird empfohlen, die gegebenen Chancen und Möglichkeiten der Digitalisierung in allen Bereichen der pflegerischen Versorgung zu nutzen und zügig weiter auszubauen. Hierbei wäre eine nachhaltige finanzielle Beteiligung des Bundes und der Länder am Ausbau der Pflege-Infrastruktur als gesamtgesellschaftliche Herausforderung sowohl wünschenswert als auch politisch angezeigt.

Lastenausgleich

Bei der Einführung der Pflegeversicherung wurde zum einen ein Lastenausgleich zwischen Pflege- und Krankenversicherung vorgenommen, der jetzt einseitig zu Lasten der wettbewerblichen GKV verschoben wird. Während die medizinische Behandlungspflege nun offenbar schrittweise in den Verantwortungsbereich der GKV überführt wird, bleibt es bei der Zuständigkeit der GKV für Rehabilitation. Ordnungspolitisch wäre das zu überdenken. Zum anderen wurde mit der Zuordnung der medizinischen Behandlungspflege zur Pflegeversicherung das Prinzip der ungeteilten Kostenträgerschaft verfolgt. Für die Zukunft sind problematische Abgrenzungsdiskussionen zu erwarten.

Mit der Änderung wird lediglich überbrückt, dass die Pflegeversicherung aufgrund der enormen Leistungsausweitung perspektivisch stark unterdeckt ist. Diese Finanzierungslücke wird durch den Rückgriff auf die vermeintlich hohen Reserven der GKV gestopft.

Investitionsfinanzierung

Der Gesetzentwurf lässt eine strukturelle Ursache für den Fachkräftemangel in der Pflege außer Acht, und zwar die weiterhin bestehenden Überkapazitäten im stationären Bereich. Hierauf weist der GKV-Spitzenverband in seiner Stellungnahme richtigerweise hin. Vor diesem Hintergrund ist es nicht nachvollziehbar, dass die Mittel des Krankenhausstrukturfonds für Investitionsmaßnahmen zweckentfremdet werden können. Damit wird der ursprünglich mit dem Fonds beabsichtigte Zweck verfehlt. Außerdem wird nicht berücksichtigt, dass die Ursache für die Probleme in der Zweckentfremdung der von der GKV über die DRG-Pauschalen bereitgestellten Pflegemittel durch die Krankenhäuser liegt. Es ist bekanntermaßen so, dass die Krankenhäuser die Mittel als Ersatz für die fehlende Investitionsfinanzierung durch die Länder nutzen. Es ist deshalb der richtige Weg, dass bei den zusätzlich zur Verfügung gestellten Mitteln für die Pflege künftig ein Verwendungsnachweis erforderlich ist. Ob dieser aber ausreicht, um sicherzustellen, dass die Mittel wirklich für die Pflege verwendet werden, darf bezweifelt werden.

Selbstkostendeckung

Ein weiterer kritischer Punkt ist die Selbstkostendeckung z. B. durch die vollständige Gegenfinanzierung von Tarifsteigerungen. Obergrenzen und Eigenanteile sollen entfallen. Damit werden Steuerungsmöglichkeiten aus der Hand gegeben und das Prinzip der Tarifverhandlungen ausgehöhlt. Die Verhandler verhandeln nicht mehr in eigener Sache, weil sie die Wirkungen ihrer Vereinbarungen nicht mehr selber tragen müssen. Aus diesem Grund wäre zumindest eine zeitliche Befristung der Selbstkostendeckung notwendig.

Der IKK e.V. nimmt im Folgenden Stellung zu einzelnen Aspekten des Gesetzentwurfes. Im Übrigen wird auf die detaillierte Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes verwiesen.

Ausbildungsförderung

Zu Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 1a

§ 17a Absatz 1 KHG: Finanzierung von Ausbildungskosten

Beabsichtigte Neuregelung

Zu aa) Es wird klargestellt, dass eine Finanzierung der Ausbildungsvergütung für alle in § 2 Nummer 1a genannten Berufe in Ausbildungsbudgets zu erfolgen hat.

Zu bb) Die Ausbildungsvergütungen des ersten Lehrjahres für die (Kinder-) Krankenpflege sowie die Krankenpflegehilfe soll von den Kostenträgern vollständig ausgeglichen werden.

Bewertung

Zu aa) Wegen teils unterschiedlicher Rechtsauffassungen sieht der Gesetzgeber hier Bedarf zur Klarstellung. Die Innungskrankenkassen begrüßen grundsätzlich, dass die Rahmenbedingungen für mehr Ausbildungsplätze in den Gesundheitsfachberufen in Krankenhäusern verbessert werden sollen, z. B. durch den teils schon vorgesehenen Wegfall von Schulgeld; allerdings werden hier ordnungspolitisch fragwürdig Finanzierungsverantwortungen einseitig und singulär auf die GKV übertragen. So kommt es für die GKV insbesondere bei den Ausbildungsstätten an Universitätskliniken und anderen Krankenhäusern zu erheblichen Mehrkosten für die Ausbildungsvergütung und die Praxisanleitung, während in allen anderen Bereichen die Ausbildungsfinanzierung eine staatliche Aufgabe darstellt. Die Ausweitung der Finanzierung einer Ausbildungsvergütung auf alle Gesundheitsfachberufe ist nicht nachvollziehbar, da es sich bei den Ausbildungsberufen außerhalb der Pflegeberufe und Hebammenausbildung um Ausbildungen mit einem überwiegenden schulischen Anteil handelt. Insofern sind diese Kosten nicht von Seiten der GKV zu tragen.

Bisher finanziert die GKV keine Ausbildung von Gesundheitsfachberufen an privaten, freien oder auch kommunalen Schulen, was zu einer Ungleichbehandlung der Auszubildenden führen würde. Die Schülerinnen und Schüler tragen hier in den meisten Fällen auch noch ein monatliches Schulgeld. Im Interesse der Vielfalt sollte eine Ausbildung in den Gesundheitsberufen auch zukünftig bei unterschiedlichen Trägern möglich sein. Hier könnten die Länder z. B. ihrer Finanzverantwortung deutlich stärker nachkommen.

Zu bb) Die Innungskrankenkassen begrüßen angesichts des drängenden Personalman- gels in der Pflege alle Maßnahmen, die zu einer nachhaltigen Verbesserung des Pflege- berufes und zur Attraktivitätssteigerung der Ausbildung beitragen. Bislang werden Aus- bildungsvergütungen von Pflegekräften nur zum Teil über einen durchschnittlichen An- rechnungsschlüssel von den Kostenträgern refinanziert. Grund für die nur anteilige Refi- nanzierung ist, dass Auszubildende auf der Station je nach Ausbildungsstand die Pfl- egekräfte unterschiedlich unterstützen bzw. entlasten. Der Gesetzgeber argumentiert, dass die Entlastungswirkung der Pflegeschüler sich im ersten Ausbildungsjahr noch nicht vollständig entfalten könnte. Nach Einschätzung der Innungskrankenkassen müsste dem folgend, den unterschiedlichen Entlastungspotenzialen von Auszubildenden in Abhängigkeit vom Ausbildungsstand durch differenzierte Anrechnungsschlüssel je Ausbildungsjahr Rechnung getragen werden, d. h. die Anrechnungsschlüssel müssen für das zweite und dritte Ausbildungsjahr im Sinne der Kostenneutralität entsprechend angepasst werden.

Es ist zudem anzumerken, dass eine Aufhebung des Anrechnungsschlüssels für die ein- jährige Ausbildung zur Krankenpflegehilfe nicht sinnvoll ist. In dieser Zeit werden die Auszubildenden intensiv in der praktischen Grundpflege und für Hilfstätigkeiten auf den Stationen eingesetzt und tragen damit auch zu einer Entlastung des vorhandenen Per- sonals bei.

Änderungsvorschlag

Zu aa) Bis eine genaue zahlenmäßige Erhebung nähere Einschätzungen zulässt:

§ 17a Absatz 1 KHG: In Satz 1 werden die Wörter „Die Kosten der in § 2 Nr. 1a genann- ten Ausbildungsstätten und der Auszubildenden“ durch die Wörter „Die Kosten der in § 2 Nummer 1a genannten Ausbildungsstätten, die Auszubildenden für die Krankenpflegeberufe und Hebammen“ ersetzt.

Zu bb)

- Der Anrechnungsschlüssel für das 2. und 3. Ausbildungsjahr sollte differenziert wer- den unter Berücksichtigung des tatsächlichen Praxiseinsatzes, sodass beispiels- weise für das 3. Ausbildungsjahr in der Kranken-/ Kinderkrankenpflege ein Schlüssel von 1:7 gilt (entspricht dem Anrechnungsschlüssel der bis 2005 angesetzt wurde)
- Die Aufhebung des Anrechnungsschlüssels für die Krankenpflegehilfe ist zu strei- chen, wenn es sich um eine (wie uns bisher nur bekannt) einjährige Ausbildung han- delt.

Zu Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 1b

§ 17a KHG Absatz 3: Finanzierung von Ausbildungskosten

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass die Ausbildungsbudgets entsprechend den tatsächlichen Kostenzuwächsen von den Vertragsparteien zu vereinbaren sind.

Bewertung

Die vom Gesetzgeber vorgesehene Klarstellung löst die bisherige sogenannte Obergrenze (Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 KHEntgG) des von den Vertragsparteien auf Ortsebene zu vereinbarenden Ausbildungsbudgets auf und führt ein Selbstkostendeckungsprinzip ein. Diese Entwicklung lehnen die Innungskrankenkassen auch vor dem Hintergrund ab, dass der Wettbewerb unter den Leistungserbringern hierdurch geschwächt wird.

Änderungsvorschlag

Streichen.

Fortführung des Krankenhausstrukturfonds

Zu Artikel 2 (Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 1

§ 12a Absatz 1 bis 2 KHG (neu): Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019

Zu Artikel 5 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Nr. 4

§ 11 KHSFV: Förderungsfähige Vorhaben

§ 12 KHSFV: Förderungsfähige Kosten

Zu Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

§ 271 Absatz 2 SGB V: Gesundheitsfonds

Beabsichtigte Neuregelung

Der mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) geschaffene Krankenhausstrukturfonds wird um vier Jahre bis 2022 verlängert. Die bisherigen benannten Ziele der Schließung, Konzentration und Umwandlung von akutstationären Versorgungskapazitäten bleiben bestehen und werden spezifiziert. Zudem wird die Möglichkeit geschaffen, auch Vorhaben zur Verbesserung der IT-Sicherheit von Krankenhäusern und den Aufbau von Ausbildungskapazitäten über den Fonds zu finanzieren.

Bewertung

In der ersten Förderperiode konnte der Krankenhausstrukturfonds noch nicht in ausreichendem Maße dazu beitragen, Strukturbereinigungen umzusetzen. Die nun vom Gesetzgeber formulierten Konkretisierungen sind sachgerecht und können nach Einschätzung der Innungskrankenkassen zu einer Verbesserung des Mitteleinsatzes beitragen. In diesem Zusammenhang ist besonders begrüßenswert, dass nun auch länderübergreifende Anträge gestellt werden können. Wichtig ist es darüber hinaus festzuhalten, dass eine stärkere Fokussierung der Förderung von Konzentrationen akutstationärer Versorgungseinrichtungen nur in Verbindung mit einem Kapazitätsabbau einhergehen kann. Andernfalls fließen Strukturfondsmittel zur Finanzierung von betriebswirtschaftlichen Optimierungsprozessen an die Träger der Krankenhäuser. Solche Maßnahmen sollten aber nur gefördert werden, sofern parallel dazu auch nachhaltig Überkapazitäten abgebaut werden.

Der Gesetzgeber muss zudem gewährleisten, dass Standortschließungen effizient umgesetzt werden können. Es muss daher in Zukunft dafür Sorge getragen werden, dass die durch den Fonds finanzierten Maßnahmen nicht umgehend durch eine krankenhauserplanerische Maßnahme eines Landes rückgängig gemacht werden können.

Äußerst kritisch bewerten die Innungskrankenkassen die Ausweitung des Krankenhausstrukturfonds auf die Finanzierung von Investitionen zur Digitalisierung in Krankenhäusern, die der strukturellen Verbesserung dienen, sowie Investitionen in Ausbildungsstätten. Die Mittel des Strukturfonds sollten ausschließlich für Strukturveränderungen in der Krankenhauslandschaft eingesetzt werden und nicht für Investitionen zweckentfremdet werden, die originäre Länderaufgabe sind.

Die Innungskrankenkassen hatten bereits in ihrer Stellungnahme zum KHSG grundlegende Kritik an der finanziellen Ausgestaltung des Fonds geübt und eine Finanzierung über Kassenmittel abgelehnt. Vor allem bei Fragen der Investitionsfinanzierung sollten Bund und Länder in der Finanzverantwortung stärker beteiligt werden. Zudem darf die PKV nicht aus der Finanzverantwortung entlassen werden. Eine Einbindung der PKV auf freiwilliger Basis reicht den Innungskrankenkassen nicht aus.

Änderungsvorschlag

Zu Artikel 2, Nr.1

§ 12a KHG Absatz 1 Satz 3: „[...] Über die in § 12 Absatz 1 Satz 3 genannten Zwecke hinaus können auch Vorhaben gefördert werden:

1. Wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen
2. Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen.

In § 12a KHG Abs. 1 wird ein neuer Satz 4 eingefügt:

„Die Mittel des Strukturfonds sind vorrangig für Maßnahmen zur Förderung des Abbaus von Überkapazitäten einzusetzen, sofern im Bundesland der Richtwert von X Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner überschritten wird.“

Investitionsfinanzierung der Länder

Zu Artikel 2 (Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 1

§ 12a KHG Absatz 3 (neu): Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019

Beabsichtigte Neuregelung

Die Zuteilung der Fördermitteln für die Jahre 2019 bis 2022 aus dem Krankenhausstrukturfonds wird grundsätzlich unter den gleichen Voraussetzungen wie im vorangegangenen Förderzeitraum fortgesetzt. Vorgesehen ist, dass sich die Länder, ggfs. mit den Trägern der zu fördernden Einrichtung, mit mindestens 50 Prozent an der Kofinanzierung von förderungsfähigen Kosten beteiligen müssen, wobei das Land mindestens die Hälfte dieser Kofinanzierung aus eigenen Haushaltsmitteln aufbringen muss.

Die Länder werden gleichzeitig dazu verpflichtet, das in den Haushaltsplänen der Jahre 2015 bis 2017 durchschnittlich veranschlagte Investitionsniveau mindestens in den Jahren 2019 bis 2022 aufrechtzuerhalten und um den von ihnen zu tragenden Kofinanzierungsanteil zu erhöhen.

Bewertung

Der Gesetzentwurf löst das eigentliche Problem der rückläufigen Investitionsfinanzierung der Länder nicht. Beim Start der sogenannten „dualen Finanzierung“ betrug der Länderanteil an den Krankenhauskosten insgesamt noch über 20 Prozent; inzwischen finanzieren die Länder weniger als 5 Prozent. Die Investitionsfinanzierung liegt damit weit unter dem Finanzbedarf der Krankenhäuser. Die Übernahme der Finanzierungslast durch die Krankenkassen erfolgt schleichend. Um das entstandene Defizit auszugleichen, refinanzieren die Krankenhäuser die fehlenden Mittel aus der DRG-Fallpauschalenvergütung und damit vor allem auf Kosten des Budgets für die Pflege oder indem die Regelungen zur Betriebskostenfinanzierung so ausgelegt werden, dass ständig Finanzmittel, die für die Betriebskosten gedacht sind, für Investitionen verwendet werden. Der Bund steuert insofern mit Krankenhaus-Notprogrammen nach, um die wirtschaftliche Situation abzusichern. Die Länder erhalten so Spielräume für die weitere Absenkung der Landesmittel - ein Teufelskreis. Überfällig ist hier eine Bereinigung des Bundesbasisfallwertes, um die enthaltenen sachfremd für Investitionen verwendeten Finanzmittel.

Die Mittelzweckentfremdung darf aus Sicht der Innungskrankenkassen nicht weiter durch die Politik toleriert werden. Nur wenn langfristig sichergestellt werden kann, dass die Länder künftig wieder in angemessener Weise ihrer Verpflichtung zur Bereitstellung

der Investitionsförderung für die Kliniken nachkommen, können auch die im Gesetzentwurf angedachten Maßnahmen zur Stärkung des Pflegepersonals sauber greifen.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Betriebliche Gesundheitsförderung

Zu Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1, 3 und 4

§ 20 Absatz 6 SGB V: Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

§ 20 b Absatz 3 SGB V: Betriebliche Gesundheitsförderung

§ 20 d Absatz 3 SGB V: Nationale Präventionsstrategie

Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen werden verpflichtet, zusätzlich zu den bereits heute bestehenden gesetzlichen Verpflichtungen, die Leistungen für die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) in Krankenhäusern und in voll- und teilstationären sowie ambulanten Pflegeeinrichtungen auszubauen. Dafür wird die Mindestvorgabe von aktuell 2,10 Euro um 1 Euro auf 3,10 Euro je Versicherten erhöht. So sollen allein für die BGF der Pflegekräfte in stationären sowie ambulanten Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern ca. 70 Millionen Euro zur Verfügung gestellt werden. Der Jahresrichtwert in Höhe von 7,52 Euro je Versicherte für Prävention bleibt davon unberührt.

Darüber hinaus sollen die regionalen Koordinierungsstellen beratend und unterstützend einbezogen werden.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen die Regelung im Gesetzentwurf Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) in allen Pflegeeinrichtungen – insbesondere für ambulante Pflegeeinrichtungen – zu ermöglichen. Diese Ausweitung hatten die Innungskrankenkassen in ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf angeregt. Sie entspricht der pflegerischen Realität, denn viele Pflegebedürftige werden aktuell in ihrem häuslichen Umfeld versorgt.

Darüber hinaus haben die Krankenkassen schon vor der Gesetzesinitiative erkannt, dass die Mitarbeiter in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern einen besonderen Präventionsbedarf haben und führen BGF bereits heute schon durch. Die Erfahrungen aus diesen betrieblichen Settings zeigen aber, dass die adäquate Umsetzung der Neuregelung auch entsprechenden Mitarbeiterressourcen erfordert, die im normalen Ablauf der Station, des Wohnbereiches, des ambulanten Pflegedienstes, der Tages- und Nachtpflege zurzeit noch fehlen. Um BGF zielführend umzusetzen, müssen hierfür zunächst die Mitarbeiter rekrutiert und eine entsprechende Infrastruktur geschaffen werden. Daher

empfehlen die Innungskrankenkassen eine stufenweise Einführung dieser Regelung erst ab 2020.

Mit der Neuregelung wird der festgelegte Jahresrichtwert von nunmehr 7,52 Euro je Versicherten in 2019 nicht erweitert. Die hiervon aktuell auf die BGF entfallenden 2,10 Euro je Versicherten werden auf 3,10 erhöht, der Richtwert für Versicherte in den Lebenswelten (außerbetriebliche Settings) bleibt bei aktuellen 2,10 Euro bestehen.

Ergänzend möchten wir anmerken, dass die Zielgruppe des Handwerks, die ebenfalls einen hohen Bedarf an gesundheitsfördernden Maßnahmen hat, bei der geplanten Gesetzesinitiative außer Acht gelassen wurde. Das Handwerk hat 5,5 Millionen Beschäftigte in ca. einer Million Handwerksbetrieben. Im Jahr 2017 blieben 15.000 Lehrstellen unbesetzt. Laut einer repräsentativen Umfrage des Zentralverbands des deutschen Handwerks suchen 40 Prozent der Handwerksbetriebe erfolglos Personal. Infolge dessen ist das bestehende Personal durch die enorme Auftragslage im Handwerk stark belastet. Eine Verstärkung der BGF-Maßnahmen im Handwerk würde zu einer Imageverbesserung des Handwerkes beitragen und die Attraktivität für Handwerksberufe steigern. Beschäftigte im Handwerk arbeiten überwiegend in Klein- und Kleinstbetrieben, die besonderen Bedarf an Unterstützung bei der Einführung und Umsetzung von Maßnahmen in der BGF haben.

Änderungsvorschlag

Gestaffelte Erhöhung der Mittel in der BGF nach § 20 b SGB V ab 01.01.2020, um den Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern die Möglichkeit zu geben, Personal aufzustocken.

Medizinische Behandlungspflege

Zu Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 37 SGB V: Häusliche Krankenpflege

Zu Artikel 11 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 8 Absätze 5 bis 10 SGB XI: Gemeinsame Verantwortung

Beabsichtigte Neuregelung

In vollstationären Altenpflegeeinrichtungen sollen rund 13.000 Pflegestellen zusätzlich geschaffen werden. Eine finanzielle Mehrbelastung der Pflegebedürftigen soll dabei vermieden werden. Deshalb sieht der Gesetzentwurf vor, einen Teil der Kosten für die medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen künftig von den gesetzlichen Krankenkassen finanzieren zu lassen. Dazu ist eine pauschale Zahlung jeder Kasse an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung vorgesehen.

Bewertung

Bei 13.000 Stellen wäre von einer Gesamtbelastung der GKV in Höhe von ca. 650 Millionen Euro auszugehen. Der bisher bestehende Finanzierungsmechanismus der medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen wird mit dieser Neuregelung grundlegend verändert und führt zu einer höheren Belastung der GKV. Insgesamt ist an dieser Stelle die sozialpolitische Frage zu stellen, warum die dringend benötigten zusätzlichen Pflegestellen i. S. einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe nicht als Bundeszuschuss und damit aus Steuermitteln finanziert werden. Außerdem wird hier außer Acht gelassen, dass bei der Einführung der Pflegeversicherung ein Lastenausgleich zwischen Pflege- und Krankenversicherung vorgenommen wurde, der jetzt einseitig zu Lasten der wettbewerblichen GKV verschoben wird: Während die medizinische Behandlungspflege nun offenbar schrittweise in den Verantwortungsbereich der GKV überführt wird, bleibt es bei der Zuständigkeit der GKV für Rehabilitation. Ordnungspolitisch wäre das zu überdenken. Mit der Änderung wird lediglich überbrückt, dass die Pflegeversicherung aufgrund der enormen Leistungsausweitung perspektivisch stark unterdeckt ist. Diese Finanzierungslücke wird durch den Rückgriff auf vermeintlich hohe Reserven der GKV gestopft.

Bei der Umsetzung muss ein einfaches und praktikables Verfahren gefunden werden. In Anbetracht des Umstands, dass ein zusätzlicher Leistungsaufwand die Unterdeckung

des Gesundheitsfonds erhöhen wird und dementsprechend eine Refinanzierung durch die mitgliederbezogenen Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen erfolgen muss, sollte eine Umlage pro Mitglied in der GKV erfolgen. In der Gesetzesbegründung wird zwingend zu betonen sein, dass es sich bei dieser Umlage um Ausgaben handelt, die ohne Morbiditätsbezug bei den Krankenkassen anfallen. Nur so kann die korrekte Berücksichtigung der entsprechenden Aufwendungen im Risikostrukturausgleich gewährleistet werden. Gleichzeitig wird sichergestellt, dass nicht die Krankenkassen benachteiligt werden, welche viele Versicherte haben, die gleichzeitig pflegebedürftig sind. Wesentlich wird sein, dass in stationären Pflegeeinrichtungen nur tatsächlich vorhandenes zusätzliches Personal refinanziert wird und dass entsprechend konkrete Nachweispflichten gesetzlich normiert werden. Nur ein transparentes Verfahren (z. B. über Prüfung von Lohnjournalen) kann dafür Sorge tragen, dass die gesetzlichen Ziele auch erreicht werden.

Des Weiteren sprechen sich die Innungskrankenkassen gegen die vorgesehene stufenweise Erhöhung der Anzahl von zusätzlichen Pflegefachkräften aus. Hier ist die lineare Steigerung des zusätzlichen Pflegepersonals der richtige Maßstab und wird eingefordert.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Digitalisierung

Zu Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8a

§ 87 Abs. 2a SGB V: Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht eine Ausweitung des Anwendungsbereichs der Videosprechstunden im ambulanten Bereich vor.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen grundsätzlich die Ausweitung des Anwendungsbereichs. Die Ausweitung der telemedizinischen Leistung Videosprechstunde ermöglicht den Arzt- und Zahnarztpraxen, einen Teil der Behandlung in Form einer Fernbehandlung nicht nur zum Zweck der Verlaufskontrollen bei persönlich bekannten Patienten und beschränkten Krankheitsbildern und Fachgruppen durchzuführen. Die Videosprechstunde kann Produktivitätsvorteile in den Arztpraxen generieren, da persönliche Arzt-Patienten-Kontakte reduziert werden könnten. Im Umkehrschluss darf dies jedoch nicht dazu führen, dass Vertragsärzte z. B. im Falle von Bagatellerkrankungen noch häufiger kontaktiert werden als bisher.

Eine Videosprechstunde kann für den Versicherten entlastend sein, weil eine schnelle Klärung der Behandlungsbedürftigkeit herbeigeführt werden kann. Dies wäre z.B. im Sinn einer Notsprechstunde ein sinnvoller Ansatz. Nur dann können die Arztpraxen entlastet und auch Wartezeiten für GKV-Versicherte reduziert werden. Die ebenfalls vorgesehene Erweiterung der Videosprechstunde auf Psychotherapeuten kann sinnvoll sein, um eine bereits bestehende Präsenzbehandlung zu ergänzen. Die Notwendigkeit einer Zusatzvergütung wird dagegen nicht gesehen.

Die in der Gesetzesbegründung angeführten Vorgaben gehen mit der auf dem 121. Deutschen Ärztetag beschlossenen Neufassung von § 7 Abs. 4 MBO einher und erscheinen sachgerecht. Allerdings muss klargestellt sein, dass die Videosprechstunde nur eine Unterstützung und nicht Ersatz der ärztlichen Tätigkeit darstellt. Abschließend sei darauf hingewiesen, dass die entsprechende Umsetzung der Vorgaben der MBO in den Berufsordnungen der Landesärztekammern derzeit überwiegend noch ausstehen und ein bundesweites Inkrafttreten einer Vergütungsregelung erst im Anschluss erfolgen kann.

Im Hinblick auf die Versorgung von Pflegebedürftigen erscheint eine – neben der bereits jetzt telefonisch – auch per Video abrechenbare Fallkonferenz grundsätzlich angemessen. Über Sonderverträge konnte die Verbesserung der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen bisher noch nicht erreicht werden. Eine Notwendigkeit einer Zusatzvergütung wird abseits einer Anreizwirkung per se nicht gesehen. Ziel müsste es in diesem Fall sein, in der Umsetzung für den Zuschlag auch eine spezifische zusätzliche ärztliche Leistung festzulegen (z. B. Regelmäßigkeit in der Betreuung und eine besondere strukturierte inhaltliche Gesprächsvorbereitung des Arztes), damit der Austausch mit dem Pflegepersonal die Versorgungssituation der Pflegebedürftigen auch wirklich verbessert. Die Finanzierung der Schulungs- und Technikinvestitionskosten durch die Pflegeversicherung ist folgerichtig.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Rehabilitation für pflegende Angehörige

Zu Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6a

§ 40 Absatz 2 SGB V: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Beabsichtigte Neuregelung

Pflegende Angehörige sollen die Möglichkeit der stationären Rehabilitation erhalten, auch wenn vom medizinischen Gesichtspunkt her eine ambulante Versorgung ausreichend wäre.

Bewertung

Pflegeleistungen durch Angehörige sind mit vielfältigen Belastungen verbunden. Wesentliche Aspekte sind das Gefühl, rund um die Uhr verfügbar sein zu müssen sowie der hohe zeitliche Umfang der Pflege. Die Balance zwischen eigener Erwerbstätigkeit, Partnerschaft, der Betreuung von Kindern und eigener Freizeit sowie die gleichzeitige Bewältigung der pflegerischen Aufgaben stellt für viele Angehörige eine große Herausforderung dar. Dies hat Auswirkungen auf die körperliche und psychische Gesundheit, das soziale Netz und die Erwerbstätigkeit. Bei der Entscheidung über eine medizinisch erforderliche Rehabilitationsleistung hat die Krankenkasse auch heute schon die besonderen Belange pflegender Angehöriger zu berücksichtigen.

Die Innungskrankenkassen begrüßen das geplante Gesetzesvorhaben. Stationäre Rehabilitationen für die pflegenden Angehörigen sind durch spezielle Konzepte dieser Einrichtungen wesentlich passgenauer als rein indikationsspezifische ambulante Maßnahmen. Um Ungleichbehandlungen zu vermeiden, sollte die Regelung für berufstätige pflegende Angehörige, deren Kostenträger in der Regel die Deutsche gesetzliche Rentenversicherung (DRV) ist, verpflichtend ausgeweitet werden (Stichwort: Vereinbarkeit von Pflege und Beruf).

Anzumerken ist jedoch, dass im Gesetzentwurf der Begriff des „pflegenden Angehörigen“ nicht näher definiert ist. Das kann dazu führen, dass eine oder mehrere pflegende Angehörige, die in einem geringen zeitlichen Umfang die Pflege ihres Angehörigen übernehmen, daraus einen Anspruch ableiten könnten. Wir plädieren daher dafür, den Begriff des pflegenden Angehörigen zu präzisieren.

Änderungsvorschlag

Anwendung/Aufnahme der Regelung auch im SGB VI

In § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI werden nach dem Wort „Krankheit“ die Wörter: „oder der Pflege eines Angehörigen“ eingefügt.

In § 40 SGB V Absatz 2 Satz 2 werden nach den Wörtern pflegende Angehörige die Wörter: „Pflegepersonen im Sinne des § 19 SGB XI sind“ ergänzt.

Weitere Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten

Zu Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9

§ 119b Absatz 1 bis 3 SGB V: Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

Beabsichtigte Neuregelung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und die Pflegeeinrichtungen werden verpflichtet, Kooperationsverträge abzuschließen. Die bisherige Soll-Regelung wird dafür in eine Muss-Regelung überführt. Liegt ein Antrag einer Pflegeeinrichtung für einen Kooperationsvertrag zwischen Pflegeeinrichtung und ärztlichen Leistungserbringern vor, so muss die KV innerhalb von drei Monaten darüber entscheiden.

Bewertung

Die Verpflichtung zu einer stärkeren Zusammenarbeit ist sinnvoll und kann zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung in Pflegeeinrichtungen führen. Bereits bestehende rechtliche Möglichkeiten (z. B. § 119b SGB V) wurden bisher zu wenig genutzt.

Aus Sicht der Innungskrankenkassen bedeutet dies „nur“ eine Konkretisierung der bisherigen Aufgaben und somit keine zusätzliche Belastung des vorhandenen Personals. Eine Forderung nach mehr Personal kann mit der Regelung nicht verbunden sein. Hinzuzufügen ist, dass die verantwortliche Pflegefachkraft nicht Pflegedienstleitung (verantwortliche Pflegefachkraft der stationären Einrichtung) sein muss.

Änderungsvorschlag

Klarstellung in der Begründung.

Ambulante Alten- und Krankenpflege im ländlichen Raum

Zu Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 132a Absatz 1 SGB V: Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

Zu Artikel 11 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17

§ 89 Absatz 3 SGB XI: Grundsätze für die Vergütungsregelung

Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass ein Wegkostenzuschlag für längere Wegzeiten von den Rahmenvertragspartnern nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 SGB V festzulegen ist, der auch in den Vergütungsvereinbarungen nach § 89 SGB XI im Bereich der Pflegeversicherung zu berücksichtigen ist.

Bewertung

Nach Bewertung der Innungskrankenkassen ist die vorgesehene Änderung weder sachgerecht noch in der Sache stimmig. Sie stellen fest, dass die Vereinbarung nur durch die Vertragspartner auf der Landesebene erfolgen kann. Tatsächlich werden bereits heute erhöhte Wegstreckenentschädigungen für besonders große Versorgungsregionen in den geltenden Vergütungsvereinbarungen zu den Verträgen nach § 132a Abs. 4 SGB V durch die vorgesehenen Vertragspartner auf der Landesebene vereinbart. Die insbesondere durch den zunehmenden Fachkräftemangel im ländlichen Raum verursachten strukturellen Probleme in der Versorgung können durch eine verbesserte Refinanzierung von Wegezeiten jedoch keinesfalls eliminiert werden!

Die kalkulatorischen Annahmen für eine angemessene Wegstreckenentschädigung basieren aufgrund des hierfür erforderlichen Zeitaufwandes überwiegend auf den Pflegepersonalkosten. Aufgrund der unterschiedlichen tariflichen Vergütung des Pflegepersonals in den einzelnen Bundesländern, insbesondere aber im direkten Vergleich der Länder untereinander, ist eine „bundeseinheitliche“ Vereinbarung durch die Partner der Bundesebene als praxisfremd und zugleich unwirtschaftlich abzulehnen. Sie ist zudem auch nicht in der Kürze der Zeit umsetzbar. Hier verweisen die Innungskrankenkassen auf die Hoheit der Landesverbände der Pflegekassen, die die Bedarfe der Regionen besser kennen bzw. einschätzen können.

Bisher sind die Dienste der Alten- und Krankenpflege dazu angehalten, wirtschaftlich zu arbeiten. Dies bedeutet, dass bei der vertraglichen Ausgestaltung der Versorgungsräume die Fahrtzeiten und Wegstrecken eine Rolle spielen sowie durchaus angemessen gewählt werden. Für eine nachhaltige zukunftsgerichtete Ausgestaltung fehlen zudem wissenschaftliche Erkenntnisse.

Änderungsvorschlag

Streichen.

Einführung eines Pflegepersonalquotienten

Zu Artikel 7 (Änderung des Sozialgesetzbuch Fünft)

Nr. 12

§ 137i und §137j (neu) SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen § 137j führt der Gesetzgeber einen Pflegepersonalquotienten ein, der einen Vergleich der Pflegepersonalausstattung der Kliniken in Deutschland ermöglichen soll. Hierzu wird je Krankenhaus die Ist-Besetzung des Pflegedienstes in VK ins Verhältnis zum Pflegeaufwand nach InEK Pflegelastkatalog entsprechend der Leistungen gesetzt. Kliniken, die einen besonders schlechten Pflegepersonalquotienten im Vergleich zu allen Kliniken in Deutschland aufweisen, sollen sanktioniert werden. Der Grundgedanke dieser Regelung ist im Rahmen der Umsetzung des §137i SGB V entwickelt worden. Entgegen den Regelungen des § 137i SGB V übernimmt hier das BMG in Eigenregie die Umsetzung und lässt die Selbstverwaltung (GKV-SV und DKG) außen vor.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen die vorgesehene Regelung, da sie einen wichtigen Beitrag zu mehr Transparenz leistet. Die beabsichtigte Nichteinbeziehung der Selbstverwaltungspartner (GKV-SV und DKG) ist zwar bedauerlich, aber nach dem Scheitern der Verhandlungen zu den Pflegepersonaluntergrenzen (Ppug) gem. § 137i SGB V nachzuvollziehen.

Um zukünftig eine Lösung im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung zu ermöglichen, sind folgende Punkte in einer Neuregelung des § 137i SGB V festzulegen:

- Verpflichtung zu erneuten Verhandlung ab 2019 und ggf. in den Folgejahren
- Erweiterung auf alle bettenführenden Abteilungen entsprechend des Koalitionsvertrages
- Konfliktlösung über eine Schiedsstelle.

Änderungsvorschlag

§ 137i Abs. 1 S. 1:

„... Krankenversicherung **für alle bettenführenden Stationen** spätestens bis zum 30. Juni **eines Jahres** mit Wirkung zum 1. Januar **des Folgejahres** verbindlich ...“

Der Begriff „pflegesensitive Bereiche“ wird generell durch „alle bettenführenden Stationen“ ersetzt.

Darüber hinaus sind alle Jahreszahlen auf die neue unbegrenzte Geltungsdauer der Regelung anzupassen.

Berücksichtigung einer Schiedsstellenlösung.

Personalausstattung

Zu Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2

§ 4 Absatz 8 und 8a (neu) KHEntgG: Vereinbarung eines Erlösbudgets

Zu Artikel 11 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 8 Absatz 7 (neu) SGB XI: Gemeinsame Verantwortung

Beabsichtigte Neuregelung

In ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie Krankenhäusern werden für einen Zeitraum von sechs Jahren (2019 bis 2024) Maßnahmen zur Unterstützung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf bis zu 50 Prozent durch die GKV gefördert.

Bewertung

Die Anforderungen an das in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie Krankenhäusern tätige Personal sind überdurchschnittlich hoch und somit auch die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf. Eine Förderung entsprechender Maßnahmen ist daher zu befürworten; allerdings darf nicht die gesetzliche Krankenversicherung Träger dieser Maßnahmen sein. Für eine nachhaltige Personalgewinnung und -haltung in der Pflege müssten vielmehr im Sinne eines gesamtgesellschaftlichen Ansatzes alle Sozialversicherungspartner, die PKV sowie Bund, Länder und Kommunen beteiligt werden. Die vorgesehene Finanzierung aus Beitragsmitteln ist als missbräuchlich zu bewerten.

Änderungsvorschlag

Streichen.

Krankenhausindividuelle Vergütung von Pflegepersonalkosten

Zu Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2b und 4

§ 6a KHEntG: Vereinbarung des Pflegebudgets (neu)

(§ 17 b Absatz 4 KHG: Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Personalkosten im Krankenhaus sollen ab dem Jahr 2020 separat vergütet werden. Neben den Fallpauschalen wird dafür ein Pflegebudget eingeführt. Hierfür vereinbaren die Vertragsparteien auf Ortsebene das Pflegebudget auf Basis der von den Krankenhäusern geplanten und nachgewiesenen Pflegepersonalausstattung und der krankenspezifischen individuellen Kosten. Die DRG-Berechnungen werden um die entsprechenden Personalkosten bereinigt. Über die Verwendung der Mittel ist ein Nachweis zu führen. Zweckentfremdete Mittel müssen zurückgezahlt werden.

Bewertung

Die vom Gesetzgeber vorgesehene Neuregelung stellt einen massiven Eingriff in die Kalkulationssystematik des DRG-Systems und eine Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip dar. Mit dieser Umstellung wird das DRG-System ausgehöhlt und das ursprüngliche Ziel einer einheitlichen und leistungsgerechten Vergütung aufgegeben. Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist es nicht akzeptabel, dass die Prüfung der Wirtschaftlichkeit des zukünftigen Pflegebudgets untersagt werden soll. Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist gemäß § 12 SGB V Grundlage der Finanzierung für alle Leistungsbereiche und darf hier nicht einseitig eingeschränkt werden. Das Verbot von Prüfungen schränkt diesen Grundsatz jedoch ein.

Nach Ansicht der Innungskrankenkassen muss der Gesetzgeber daher definieren, wie weitgehend die Ausgliederung der Pflege erfolgen soll, indem der Begriff der Patientenversorgung präzisiert wird. Handelt es sich ausschließlich um die Pflege am Bett oder sollen auch alle anderen Funktionsbereiche (z.B. OP und Diagnostik) einbezogen werden? Die Innungskrankenkassen plädieren hier für eine Beschränkung auf die bettenführenden Bereiche, da die Abgrenzung der Tätigkeit der Pflegekräfte in den Funktionsbereichen schwierig ist und nur indirekt die pflegerische Betreuung der Patienten beeinflusst.

Weiterhin lehnen die Innungskrankenkassen eine Anrechnung pflegeentlastender Maßnahmen beim Pflegebudget ab. Die Definition des Umfangs und die Prüfung der entlastenden Wirkung solcher Maßnahmen ist schwierig und bürokratisch. Es ist positiv, dass der Gesetzgeber erkannt hat, dass in zahlreichen Zusatzentgelten ebenfalls pflegerische Komponenten enthalten sind, z. B. in den Entgelten für die Pflegekomplexmaßnahmen-Scores und in den Pflege-Zusatzentgelten wird explizit Pflege finanziert. Dies haben die Innungskrankenkassen bereits in ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf zum Ausdruck gebracht. Es ist wichtig, dass die bisherigen Finanzierungsstrukturen vollumfänglich bereinigt werden, da es ansonsten zu Doppelfinanzierungen kommt. Alle Finanzierungsbestandteile, die bereits heute Personalkosten finanzieren, müssen dafür identifiziert und entsprechende Lösungen gefunden werden. Auch wäre ein Hinweis an die Vertragsparteien bzw. das InEK hilfreich, dass bei einigen nicht bewerteten Entgelten nach der Herausrechnung der Pflegebudgets eventuell ein bundeseinheitlicher Preis kalkulierbar wäre. Dies würde eine Reform des Entgeltkatalogs aus Perspektive der Innungskrankenkassen runder erscheinen lassen.

Feststeht, dass die Zahl der Pflegekräfte in den Krankenhäusern seit der Einführung des DRG-Systems rapide gesunken ist. Es gilt zu bedenken, dass alleine die Schaffung zusätzlicher Finanzierungsmöglichkeiten keine Aufstockung der Pflegestellen garantiert oder zu einer besseren Bezahlung der Pflegekräfte führt. Dem hohen Bedarf an Pflegekräften stehen eine vergleichsweise kleine Zahl an Rückkehrwilligen und Auszubildenden gegenüber. Die Innungskrankenkassen begrüßen in diesem Zusammenhang die Zweckbindung der Mittel mit einer Rückzahlungsverpflichtung bei Nichteinhaltung. Um sicherzustellen, dass die Krankenhäuser die zusätzlichen Mittel ausschließlich für die Stärkung der Pflege einsetzen, müssen auch die Vorgaben zur Nachweispflicht konkret und nachvollziehbar gesetzlich vorgegeben werden (Stichwort: Tagesgleiche Pflegesätze). Nur ein transparentes Verfahren kann dafür Sorge tragen, dass die gesetzlichen Ziele auch erreicht werden.

Mit der Einführung eines separaten Vergütungssystems für die Pflege stellt sich auch die Frage, wie in Zukunft die Ausgaben der unterschiedlichen Gesundheitsberufe voneinander abgegrenzt werden können. Es ist zu befürchten, dass sich hierdurch Auswirkungen auf die Arbeitsabläufe sowie Dokumentation ergeben und Innovationen in der Pflege erschwert werden.

Vereinheitlichung der Mengensteuerung

Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2

§ 4 Abs. 2a (neu) KHEntgG: Vereinbarung eines Erlösbudgets

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen des Fixkostendegressionsabschlags werden erheblich vereinfacht. Der Abschlag wird bundeseinheitlich auf 35 Prozent festgesetzt. Die Möglichkeit, individuell einen höheren Abschlag sowie eine längere Laufzeit zu vereinbaren, wird gestrichen.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen grundsätzlich die Vereinfachung des Fixkostendegressionsabschlags. Sie wird in der Praxis der Budgetverhandlungen zu einer Vereinfachung und besseren Handhabbarkeit beitragen. Darüber hinaus ist allerdings anzumerken, dass die Vereinfachung der Regelungen auch mit einer Verschlankung der umfangreichen Ausnahmen einhergehen muss. Aus ökonomischer Sicht betrachtet, entstehen Fixkostendegressionseffekte bei der Erbringung zusätzlicher Leistungen im Krankenhaus, unabhängig davon, aus welchen Gründen und in welchen Bereichen eine Leistungssteigerung eintritt, und führen dabei nicht automatisch dazu, dass das Krankenhaus mehr Personal oder Infrastruktur vorhalten muss. Eine Reduzierung und definitivische Anpassung der bestehenden Ausnahmen zum Fixkostendegressionsabschlag ist daher sachgerecht. Bei der Definition sachkostenintensiver Leistungen ist zu beachten, dass nach Ausgliederung der Pflegekosten sich das Verhältnis der Personal- zu den Sachkosten je DRG ändert, so dass sich hier der Schwellenwert für die Anerkennung als Ausnahmetatbestand erhöhen muss. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass dieser Sachverhalt als Änderung der Berechnung der Tarifierfinanzierung in den Gesetzentwurf eingeflossen ist.

Änderungsvorschlag

§ 4 Abs. 2a KHEntG (neu): „Abweichend von Absatz 2 Satz 2 ist für mit Fallpauschalen bewertete Leistungen, die im Vergleich zur Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigt werden, erstmals für das Jahr 2017, ein jeweils für drei Jahre zu erhebender Vergütungsabschlag von 40 Prozent anzuwenden (Fixkostendegressionsabschlag). Der für das Krankenhaus anzuwendende Abschlag nach Satz 1 gilt nicht bei

- a) Transplantationen, Polytraumata, schwer brandverletzten Patienten und der Versorgung von Frühgeborenen,
- b) Leistungen mit einem Sachkostenanteil von mehr als 83,33 Prozent,
- c) zusätzlich bewilligten Versorgungsaufträgen, für die bislang keine Abrechnungsmöglichkeit bestand.

Der Vergütungsabschlag ist durch einen einheitlichen Abschlag auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen des Krankenhauses umzusetzen. Ein während der maßgeblichen Abschlagsdauer vereinbarter Rückgang der mit Fallpauschalen bewerteten Leistungen ist bei der Ermittlung der Grundlage der Bemessung des Abschlags mindernd zu berücksichtigen. Für die Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlags sind die Vorgaben, die die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 vereinbaren, anzuwenden. Für die Jahre 2017 und 2018 ist der zu vereinbarende höhere Abschlag nach Satz 2 auf 50 Prozent begrenzt.“

Tarifsteigerungen für Pflegepersonal

Zu Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 3 und 8

[§ 6 KHEntgG: Vereinbarung sonstiger Entgelte](#)

[§ 10 KHEntgG: Vereinbarung auf Landesebene](#)

Beabsichtigte Neuregelung

Ab dem Jahr 2018 wird die bisherige hälftige Refinanzierung von Tarifsteigerungen durch eine vollständige Refinanzierung durch die Kostenträger ersetzt. Flankiert wird die Neuregelung mit der Nachweispflicht.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen weisen erneut darauf hin, dass Tarifsteigerungen bei der Festlegung des Krankenhaus-Orientierungswerts sowie im Rahmen der Landesbasisfallwert-Verhandlungen schon jetzt ausreichend berücksichtigt werden.

Es stellt sich in der Umsetzung die Frage, wieso die Tarifsteigerungen des Pflegepersonals zu 100 Prozent im Landesbasisfallwert refinanziert werden sollen, wenn die Kosten der Pflege krankenhausesindividuell und ohne Deckelung zu finanzieren sind? Müssten diese Kosten dann nicht eher aus den Landesbasisfallwerten ausgegliedert werden, damit die Kostenträger hier keine Doppelfinanzierung betreiben?

Es ist zudem zu kritisieren, dass das vom Gesetzgeber angedachte Verfahren das aktuelle System der Tarifverhandlungen zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretungen im Sinne von Ausgleich unterschiedlicher Interessenlagen unterläuft, da die Tarifsteigerungen auf die GKV als Kostenträger umgelegt werden. Es findet damit perspektivisch keine Berücksichtigung des Aspekts der Wirtschaftlichkeit statt.

Änderungsvorschlag

Streichen.

Personalentgelte

Zu Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 12

§ 15 Absatz 2 und 2a (neu) KHEntgG: Laufzeit

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einführung des Pflegebudgets sollen auch die tagesbezogenen Entgelte, die zukünftig zur Abzahlung des Pflegebudgets erhoben und gezahlt werden, grundsätzlich vom Beginn des neuen Vereinbarungszeitraums an erhoben werden.

Für den Fall, dass die Vertragsparteien vor Ort nach der Bereinigung der Bewertungsrelationen für die DRG-Fallpauschalen um die Kosten für das Pflegepersonal 2020 noch kein Pflegebudget vereinbart haben, sollen die dadurch von den vereinbarten Entgelten abweichenden Mehr- oder Mindererlöse, im Vereinbarungszeitraum durch Zu- oder Abschläge ausgeglichen werden.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen lehnen die vorgesehene Regelung kategorisch ab. Diese Regelung würde zur Minderung des Einigungswillens bei der Verhandlung beitragen und damit das Selbstverwaltungshandeln entwerten.

Änderungsvorschlag

Streichen.

Fortsetzung und Modifizierung des Pflegestellen-Förderprogramms

Zu Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 1

§ 4 Absatz 8 KHEntgG: Vereinbarung eines Erlösbudgets

Beabsichtigte Neuregelung

Bereits mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurde das sogenannte zweite Pflegestellen-Förderprogramm mit einem Finanzvolumen von insgesamt 660 Millionen Euro (2016 bis 2018) eingeführt. Die im KHSG festgelegte Obergrenze von 0,15 Prozent des Krankenhausbudgets für die Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen und der von den Krankenhäusern gegenwärtig zu leistende Eigenanteil in Höhe von 10 Prozent entfallen. Die finanziellen Mittel sind zweckgebunden und ausschließlich für die Aufstockung und Neueinstellung von Pflegekräften vorgesehen. Mittel, die nicht für zusätzliches Pflegepersonal eingesetzt werden, müssen vom Krankenhaus zurückgezahlt werden.

Bewertung

Mit der Änderung wird zukünftig jede zusätzliche und jede aufgestockte Pflegestelle, die für die unmittelbare Patientenversorgung vorgesehen ist, von den Kostenträgern vollständig refinanziert. Auf die mit dem KHSG geplante Mittelüberführung des Pflegestellen-Förderprogramms in den Pflegezuschlag zum Jahr 2019 wird verzichtet. Die Gelder verbleiben damit dem einzelnen Krankenhaus. Die Regelungen sollen solange Bestand haben, bis die Pflegekostenpersonalfinanzierung ab dem Jahr 2020 in Kraft tritt.

Für die Innungskrankenkassen ist fraglich, ob mit der Fortsetzung des Pflegestellen-Förderprogramms der gewünschte Effekt erzielen lässt, zumal die laufenden Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms von den Krankenhäusern bisher nicht vollständig ausgeschöpft werden. Auf dem Markt fehlen die Pflegekräfte. Mit dem Wegfall der Obergrenze und des Eigenanteils für Krankenhäuser wird zudem das Wirtschaftlichkeitsgebot unterlaufen. Für die Innungskrankenkassen ist es daher essentiell, dass die Mittel nur zweckgebunden und mit der Möglichkeit eines Rückzahlungserfordernisses, falls kein zusätzliches Personal eingestellt werden konnte, ausgezahlt werden. Die hierfür zu führende Nachweispflicht muss praktikabel ausgestaltet werden und zu einer entsprechenden Transparenz der Mittelverwendung gegenüber den Kassen beitragen.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Pflegeberatung

Zu Artikel 11 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6a bis c und Nr. 18

§ 37 Absatz 3 bis 5 SGB XI: Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 106a SGB XI: Mitteilungspflichten)

Beabsichtigte Neuregelung

Mitteilungen an die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen über die Ergebnisse des Beratungsbesuchs bedürfen grundsätzlich der Einwilligung des Pflegebedürftigen. Sollte die Einwilligung der pflegebedürftigen Person nicht vorliegen, jedoch nach Einschätzung der Beratungsperson eine weitergehende Beratung angezeigt sein, darf die Beratungsstelle nur diese Einschätzung der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen mitteilen, welche bzw. welches dann eine entsprechende Beratung anzubieten hat.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen bewerten die Regelung als rechtlich schwierig. Ob auf diesem Weg das Wohl des Pflegebedürftigen sichergestellt werden kann, erscheint fraglich. Es ist zudem zu bedenken, dass der zur Beratung zugelassenen Pflegeeinrichtung durchaus ein Interesse an der pflegerischen Versorgung der zu prüfenden Fälle unterstellt werden kann.

Änderungsvorschlag

Prüfen.

Weiterer Änderungsbedarf

Basisberichtigung der Landesbasisfallwerte

Der GKV-SV und die DKG vereinbaren jedes Jahr auf der Basis der Landesbasisfallwerte des laufenden Jahres den Bundesbasisfallwert (BBFW) des Folgejahres. Dabei wird in einem ersten Schritt der Bundesbasisfallwert des laufenden Jahres anhand der tatsächlich vereinbarten Landesbasisfallwerte (LBFW) neu berechnet und damit die Basis für den neu zu vereinbarenden BBFW des Folgejahres angepasst. Diese Basis Korrektur, welche in den letzten Jahren stets eine Absenkung des BBFW von 10 bis 20 Euro bewirkte, wird nicht bei den LBFWen nachvollzogen. Ergebnis dieser fehlenden Basis Korrektur sind unangemessene Steigerungen der LBFWen, da die mögliche Verhandlungsobergrenze zu hoch angesetzt ist. Dieser Nachteil sollte durch das Nachziehen der Basis Korrektur des BBFW bei den LBFWen behoben werden.

Änderungsantrag

§10 Abs. 11 (neu)

Die Vertragsparteien auf Bundesebene ermitteln jährlich die Abweichung zwischen dem für ein Jahr nach Absatz 9 vereinbarten Bundesbasisfallwert und dem für dieses Jahr sich aus den endgültig vereinbarten Landesbasisfallwerten rechnerisch ergebenden Bundesbasisfallwert. Der Abweichungsbetrag ist bei der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte im Folgejahr basiswirksam zu berücksichtigen. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer der Vertragsparteien die Schiedsstelle nach §18a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.