



Spitzenverband

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

18(14)0259(12)

gel. VB zur öAnhörung am 17.5.
2017_Pflegepersonaluntergrenzen

15.5.2017

Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 15.05.2017

**zum Änderungsantrag 18(14)249.2
zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der epi-
demiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten
Bundestagsdrucksache 18/10938**

GKV–Spitzenverband

Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin

Telefon 030 206288–0

Fax 030 206288–88

politik@gkv-spitzenverband.de

www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkungen	3
II. Stellungnahme zum Änderungsantrag.....	6
Artikel 8a (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	6
§ 137i Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern; Verordnungsermächtigung	6
Absatz 1	6
Absatz 2	12
Absatz 3	14
Absatz 4	15
Absatz 5	17
Absatz 6	18
Absatz 7	21
Artikel 8b (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes).....	22
Pflegestellen-Förderprogramm	22
§ 5 Absatz 3c KHEntgG – Pflegepersonaluntergrenzen (Vereinbarung befristeter krankenhausindividueller Zuschläge)	25
§ 8 Absatz 4 KHEntgG – Pflegepersonaluntergrenzen (Abschläge bei Nichteinhaltung)	26
§ 9 Absatz 1a KHEntgG – Pflegepersonaluntergrenzen (Vereinbarung auf Bundesebene).....	27
III. Ergänztender Änderungsbedarf.....	28
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....	28
§ 275a SGB V – Durchführung und Umfang von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst	28
Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	29
§ 8 Absatz 10 Satz 4 KHEntgG –Regelungen zur Ermittlung des Pflegezuschlages	29

I. Vorbemerkungen

Der GKV-Spitzenverband begrüßt den Änderungsantrag zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung im Krankenhaus. Auch nach Meinung des GKV-Spitzenverbandes kann dem Krankenhausmanagement nicht unbesehen die Verantwortung für eine ausreichende Pflegequalität überlassen werden. Im DRG-Vergütungssystem wurden bereits erste Schritte unternommen, um Anreize für eine bessere Pflegeausstattung zu setzen: Durch den Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) wurden pflegeintensive Leistungen besser vergütet, sachkostenintensive Leistungen wurden zugunsten von personalintensiven Leistungen abgewertet. Durch die künftige Berücksichtigung von Pflegegraden im DRG-System werden pflegeintensive Fälle besser abgebildet.

Es kommt jedoch nicht nur darauf an, dass das Geld bei der Pflege ankommt. Es kommt vor allem darauf an, dass bessere Pflege auch bei den Patienten ankommt. Dies kann das DRG-System nur sehr bedingt leisten, da es im Wesentlichen die Verteilung der Finanzströme auf die Häuser regelt. Es ist deshalb konsequent, ergänzende Regelungen zur Qualitätssicherung in der Pflege zu treffen. Ein wesentlicher Ansatz – aber nicht der einzige – sind konkrete Vorgaben zur Personalausstattung in pflegesensitiven Bereichen. Im Bereich der Frühgeborenenstationen (NICU) wurde dieser Weg mittels konkreter Vorgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bereits beschritten. Für stationäre Pflegeheime ist ein ähnlicher Prozess auf den Weg gebracht (§ 113c SGB XI).

Der GKV-Spitzenverband begrüßt, dass konkrete Personalvorgaben für pflegesensitive Bereiche und nicht für jeglichen Personaleinsatz im Krankenhaus vorgesehen sind. Ob allerdings garantiert werden kann, dass es nicht zu Personalverlagerungen von anderen Bereichen hin zu den pflegesensitiven Bereichen kommt, ist zweifelhaft. Dies impliziert dann auch eine konsequente Meldepflicht für sämtliche Pflegebereiche. Es sei auch darauf hingewiesen, dass das Verhältnis der Zahl von Patienten zu Pflegekräften im internationalen Vergleich deshalb so ungünstig ist, weil im Ausland (beispielsweise in Skandinavien) die Zahl der Patienten geringer ist: Viele Patienten, die in Deutschland vermeintlich mehr Pflegekräfte erfordern, werden in anderen Ländern ambulant versorgt.

Trotz der grundsätzlich positiven Bewertung bedarf es einiger kritischen Anmerkungen.

1 Personalvorgaben: Eigentlich eine G-BA-Aufgabe

Der G-BA ist im deutschen Gesundheitswesen die maßgebliche Institution zur Definition qualitätssichernder Vorgaben. Auf die Richtlinien für Früh- und Reifgeborene wurde bereits hingewiesen. Weitere Richtlinien, u. a. zur Personalausstattung im Intensivbereich, sind in Arbeit. Es wäre

deshalb ordnungspolitisch konsequent gewesen, auch für diese jetzt zu regelnde Definition von Pflegepersonaluntergrenzen den G-BA zu beauftragen. Stattdessen wird eine „Parallelveranstaltung“ initiiert, die ohne Not den Aufbau neuer Arbeitsstrukturen verlangt. Der GKV-Spitzenverband hält diese Entscheidung für falsch, verzichtet aber angesichts der politischen Vorentscheidungen darauf, dies bei den Änderungsvorschlägen zu den einzelnen Paragraphen jeweils erneut anzumerken. Auch die im Gesetz verankerte Möglichkeit der Ersatzvornahme erscheint vor dem Hintergrund der politisch gewollten Stärkung der Selbstverwaltung überraschend.

2 Zeitplan erlaubt keine wissenschaftliche Herangehensweise

Schon die Arbeit in der Expertenkommission "Pflegepersonal im Krankenhaus" hat gezeigt, dass das verfügbare Datenmaterial zur Pflegebesetzung in den Stationen und in bestimmten Situationen (z. B. Mitternacht) sowie die Daten zur Pflegequalität mehr als dürftig sind. Letztlich hat auch das prinzipiell richtige Vorgehen des Hamburger Forschungsinstituts hche bei der Untersuchung des Zusammenhangs von Pflegeausstattung und ausgewählten Ergebnisindikatoren zu keinem befriedigenden Ergebnis geführt, weil das Datenmaterial wenig belastbar war. Es wird deshalb darauf ankommen, künftig die empirische Datenlage wesentlich zu verbessern. Eine unvermeidbare Folge der schlechten empirischen Aufbereitung der Pflegequalität ist deshalb eine Herangehensweise, die auf das Qualitätssiegel „wissenschaftlich“ kurzfristig verzichtet. In einem Jahr wird es keine wissenschaftlich abgeleiteten Pflegepersonaluntergrenzen geben. Der GKV-Spitzenverband rät deshalb dringend einen zweistufigen Prozess an.

3 Zweistufigen Prozess anlegen

Pflegepersonaluntergrenzen mit Wirkung zum 01.01.2019 können nicht wissenschaftlich abgeleitet werden und sind deshalb als eher holzschnittartiger Anfang eines längeren Prozesses zu sehen. Aus gutem Grund hat der Gesetzgeber für den Bereich der stationären Pflegeeinrichtungen einen ähnlich gelagerten Prozess bis zum 30.06.2020 vorgegeben. Dies ist auch für den Krankenhausbereich sinnvoll. Möglicherweise ist es auch sinnvoll, nach der initialen Festlegung zum 01.01.2019 durch den GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft einen Übergang des Arbeitsprozesses in den G-BA vorzusehen.

4 Keine Doppelfinanzierung der Pflegequalität

Die Regelung zur Finanzierung der Pflegepersonaluntergrenzen ist aus Sicht der GKV schwer nachvollziehbar und bedarf der Korrektur. Den Krankenhäusern fließen zwecks besserer Pflege durch den Pflegezuschlag und die Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms jährlich 830 Mio. Euro an zusätzlichen Mitteln zu. Wenn jetzt per Vorgabe die Pflegeausstattung konkretisiert wird, dann rechtfertigt das keinen neuen Mittelzufluss auf Kosten der Beitragszahler. Erst wenn die

Einzelmaßnahmen das Volumen von 830 Mio. Euro überschreiten, dann ist eine Mehrkostenfinanzierung gerechtfertigt.

5 Zuschläge nur oberhalb der „DRG-Grenze“

Es ist zu begrüßen, dass in der Begründung klargestellt wird, dass grundsätzlich der für die Versorgung erforderliche Pflegepersonalaufwand bereits in den DRG berücksichtigt ist. Der Gesetzesentwurf sieht richtigerweise eine Zuschlagsfinanzierung nur in den wenigen Fällen vor, in denen die Pflegepersonaluntergrenze oberhalb der „DRG-Grenze“ liegt, also nicht bereits im DRG-System ausfinanziert ist. Die Regelung der Mehrkostenfinanzierung im Fall von Früh- und Reifgeborenen (NICU) hat gezeigt, dass klare gesetzliche Vorgaben das Streitpotenzial vor Ort erheblich mindern können. Es sollte deshalb klar vorgegeben werden, die „DRG-Grenze“ auf Bundesebene zu ermitteln und außerdem klarzustellen, dass nur die Krankenhäuser zuschlagsberechtigt sind, deren Personaleinsatz oberhalb der „DRG-Grenze“ liegt.

6 Unterschreitung der Pflegepersonaluntergrenzen nicht akzeptabel

Die Unterschreitung der Pflegepersonaluntergrenzen ist nur zeitlich begrenzt und in eng begründeten Ausnahmefällen (besondere Versorgungssituationen und kurzfristig fehlendes Fachpersonal) zu akzeptieren. In allen weiteren Fällen muss eine Unterschreitung zu Anpassungen des Versorgungsumfangs und der Leistungsmengen führen.

7 Nachweispflichten klarer regeln

Als ersten Ansatz, mehr Transparenz über die Pflegepersonalausstattung zu schaffen, hat der G-BA in seinen Richtlinien zum Qualitätsbericht Angaben zum Personalbestand auf den Stationen eingeführt. Eine Sichtung der Qualitätsberichte zeigt, dass hier zum Teil bewusst falsche Angaben gemacht werden. Wenn die Pflegepersonaluntergrenzen auch die Pflegewirklichkeit auf den Stationen ändern sollen, dann muss sichergestellt sein, dass nicht einfach virtuell Pflegepersonal in sensitive Bereiche „gebucht“ werden kann. Es muss klare „schichtengenaue“ Nachweise zur Personalbesetzung geben und diese müssen auch überprüft werden.

Zu den Einzelregelungen wird im Folgenden Stellung genommen.

II. Stellungnahme zum Änderungsantrag

Artikel 8a (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 137i Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern; Verordnungsermächtigung

Absatz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Absatz 1 des neuen § 137i regelt laut Änderungsantrag folgende Punkte:

- (a) Die Regelung nach Satz 1 sieht vor, dass der GKV-Spitzenverband und die DKG im Be-
nehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) bis zum 30.06.2018
verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche mit Wirkung für alle
gemäß § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser vereinbaren. Hierzu heißt es in der Ge-
setzesbegründung, dass die zu treffenden Vorgaben im Verhältnis Pflegekraft pro Patient
als Personalbelastungszahlen (Fallzahl pro Pflegerin oder Pfleger pro Schicht), sogenannte
„nurse-to-patient-ratios“, darzustellen sind.

Satz 8 sieht vor, dass es sich um ein wissenschaftliches Verfahren zur Festlegung von
Personaluntergrenzen handeln soll und daher entsprechende Experten einzubeziehen
sind.

Satz 9 sieht vor, dass bei der Ausarbeitung und Festlegung der Personaluntergrenzen in
pflegesensitiven Bereichen eine qualifizierte Beteiligung insbesondere des Deutschen
Pflegerates, der Vertreter der für Personalfragen der Krankenhäuser maßgeblichen Ge-
werkschaften, der in § 2 Absatz 1 der Patientenbeteiligungsverordnung genannten Orga-
nisationen sowie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachge-
sellschaften e. V. zu ermöglichen ist. Dabei ist ihnen insbesondere in geeigneter Weise
die Teilnahme an und die Mitwirkung in Beratungen zu ermöglichen und es sind ihre Stel-
lungnahmen zu berücksichtigen und bei der Entscheidungsfindung miteinzubeziehen.

- (b) Satz 2 weist darauf hin, dass alle Patientinnen und Patienten gleichermaßen bei der Er-
mittlung der Personaluntergrenzen zu berücksichtigen sind. In der Begründung zum Ab-
satz 1 wird beispielhaft verdeutlicht, dass etwa Unterschiede im Versichertenstatus für die
Bildung der Verhältniszahlen nicht relevant sind.

- (c) In Satz 3 wird beschrieben, dass die Mindestvorgaben zur Personalausstattung nach § 136a Absatz 2 Satz 2 von der Neuregelung unberührt bleiben. Hierzu heißt es in der Gesetzesbegründung zu Absatz 1, dass die Mindestvorgaben nicht für Einrichtungen der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung gelten, da der G-BA für diese Einrichtungen bereits Mindestvorgaben nach § 136a Absatz 2 festlegt.
- (d) In Satz 4 wird beschrieben, dass in den pflegesensitiven Bereichen die dazugehörigen Intensivseinheiten sowie die Besetzungen im Nachtdienst zu berücksichtigen sind.
- (e) In Satz 5 wird vorgegeben, dass die Vertragsparteien Personalverlagerungseffekte aus anderen Krankenhausbereichen zu vermeiden haben.
- (f) In Satz 6 wird beschrieben, dass die Vertragsparteien notwendige Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen sowie die Anforderungen an deren Nachweis zu bestimmen haben. In der Gesetzesbegründung werden als Beispiele Epidemien oder Großschadensereignisse sowie ein etwaiger Fachkräftemangel auf dem Arbeitsmarkt benannt.
- (g) In Satz 7 wird vorgesehen, dass die DKG und der GKV-Spitzenverband die Höhe von Vergütungsabschlägen für den Fall auszugestalten haben, dass Personaluntergrenzen nicht eingehalten werden.

B) Stellungnahme

Im Folgenden wird zu den einzelnen Punkten Stellung genommen:

- (a) Der Zeitrahmen von einem Jahr auf Bundesebene die von den Regierungsfractionen vorgesehenen Aufgaben zu erledigen, ist ambitioniert. Konkret geht es darum,
 - pflegesensitive Bereiche zu identifizieren und hierfür verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen inklusive Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen vorzusehen,
 - Vergütungsabschläge zu bestimmen,
 - Nachweise über die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen zu vereinbaren (vgl. auch Stellungnahme zu Absatz 4),
 - eine Mehrkostenregelung zu vereinbaren und
 - eine Vereinbarung zum Pflegezuschlag zu treffen.

Im Rahmen der Beratungen der Pflege-Expertenkommission wurde deutlich, dass belastbare wissenschaftliche Kenntnisse über das Verhältnis von Pflegequalität und Personalbesetzungen für das deutsche Versorgungssystem fehlen. Der GKV-Spitzenverband hat begleitend zur Pflege-Expertenkommission mit einigen unabhängigen wissenschaftlichen Sachverständigen intensive Gespräche geführt. Einhellige Meinung war, dass für eine wissenschaftliche Fundierung und Festlegung von pflegesensitiven Bereichen und Mindest-

vorgaben für die Personalausstattung ein deutlich größeres Zeitfenster benötigt wird, als nun per Gesetz vorgeschrieben werden soll. Daher kann eine Festsetzung von Personaluntergrenzen innerhalb von einem Jahr nicht auf wissenschaftlicher Grundlage erfolgen.

In der Begründung des Änderungsantrags zu Artikel 8a Absatz 2 wird die Anlehnung an den § 113c SGB XI betont. Dort ist ein mehrjähriger Prozess bis zum 30.06.2020 vorgesehen. Daher wird empfohlen, sich an diesen realistischeren Zeitvorstellungen zu orientieren.

Zudem sollte durch den Gesetzgeber zum jetzigen Zeitpunkt noch keine Vorgabe für die Art der Definition gemacht werden (nurse-to-patient-Ratio), um das Ergebnis der wissenschaftlichen Grundlagen nicht bereits zu determinieren. Auch könnte es die Vertragsparteien in der Gestaltung stark beschränken und sinnvolle, bereichsindividuelle Konzepte von vornherein ausschließen. Eine beispielhafte Aufzählung würde andere Optionen einräumen. Hier sollte im eigentlichen Änderungsantrag zumindest ein „beispielsweise“ eingefügt werden.

Eine klare Eingrenzung der zugelassenen Krankenhäuser nach § 108 SGB V auf den Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes ist nötig.

- (b) Die Regelung im Gesetz ist nicht eindeutig. Zwar liefert die Gesetzesbegründung einen Hinweis darauf, dass alle Patienten gleichsam ohne Unterschiede im Versichertenstatus zu betrachten sind. Dieser ist aber lediglich exemplarisch und der Gesetzestext lässt deutlichen Interpretationsspielraum, etwa dahingehend, ob unterschiedliche pflegerische Schweregrade der Patienten zu berücksichtigen sind.
- (c) Die Formulierung in der Begründung zum vorliegenden Gesetzentwurf zeigt, dass der Ausschluss des gesamten § 136a Absatz 2 intendiert ist. Durch die Regelungen im § 136a Absatz 2 wird der G-BA beauftragt, Personalmindestvorgaben zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung festzulegen. Ein Verweis ausschließlich auf den Satz 2 ist nicht sachgerecht, da dieser auf die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung abstellt. Da gleichermaßen Mindestvorgaben für die psychiatrische und die psychosomatische Erwachsenenversorgung getroffen werden, muss dieser Bereich von den Neuregelungen ebenso unberührt bleiben.
- (d) Der Bezug zu den „dazugehörigen Intensiveinheiten“ ist unklar.

Im Rahmen der Beratungen der Pflege-Expertenkommission wurde vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) im Hinblick auf die Datenanalysen des hche problematisiert, dass intensivmedizinische Fälle nicht nur in Fachabteilungen versorgt werden, die anhand ihres Fachabteilungsschlüssels als Intensivstationen identifizierbar sind. Sollte der Verweis in Satz 4 auf diese Problematik abstellen, so kann keine entsprechende Be-

rücksichtigung erfolgen, ohne dass die Vergabe und Verwendung von Fachabteilungsschlüsseln grundsätzlich neu geordnet würde.

- (e) Das Ansinnen von Satz 5 kann nur umgesetzt werden, wenn für jedes individuelle Krankenhaus bzw. jeden Krankenhausstandort abteilungsbezogen vor Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen nachweislich bekannt ist, wie es um die qualifikationsbezogene Stellenbesetzung mit pflegerischem Personal bestellt ist. Der Änderungsantrag sieht hierzu jedoch keine ausreichende Nachweispflicht der Krankenhäuser vor (vgl. auch Stellungnahme zu Absatz 4). Zwar wird im Gesetzentwurf die Problematik der Personalverlagerungseffekte erkannt, es werden aber keine tragfähigen Lösungen verankert. Es ist daher zwingend zu verankern, dass die Verlagerungseffekte nur über einen Gesamtbestandsnachweis der Pflegekräfte prüfbar sind.

Die Statistik sollte insbesondere nach Ausbildungsdauer differenziert werden.

- (f) Es soll um die Festlegung von Mindestpersonalvorgaben zur Personalausstattung gehen. Ausnahmen hiervon kann es nur geben, wenn es, wie in der Gesetzesbegründung angeführt, zu Epidemien oder Großschadensereignissen kommt. Dies ist im Gesetzestext selbst aufzuführen.

Übergangsregelungen werden vorgesehen, wenn einem Fachkräftemangel auf dem Arbeitsmarkt Rechnung getragen werden muss. Diese sind dann so auszugestalten, dass die Zeit zur Qualifikation neuer Arbeitskräfte in ausreichender Zahl berücksichtigt wird. Arbeitskräftemangel kann kein dauerhafter Ausnahmetatbestand sein.

Die Übergangsregelungen sollten insbesondere ein gestuftes Sanktionierungssystem mit entsprechenden Fristen vorsehen.

- (g) Mit der Regelung in Satz 7 macht der Gesetzgeber klar, dass er bereit ist, mindere Qualität für weniger Geld zu akzeptieren, obwohl es sich per Definition um Mindestvorgaben zur Personalausstattung handelt. Der GKV-Spitzenverband sieht Abschlagslösungen bei strukturellen Mindestvorgaben, so wie schon im Gesetzgebungsprozess zum Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) deutlich gemacht, sehr kritisch. Es muss zwingend klargestellt werden, dass die Krankenkassen nicht „an schlechter Versorgung“ ihrer Versicherten verdienen. Vor diesem Hintergrund sind im Falle von auf Krankenhausebene vereinbarten Abschlagszahlungen diese in kompletter Höhe zum nächstmöglichen Kalenderjahr in den „Pflegezuschlagstopf“ auf Bundesebene erhöhend einzurechnen. Es muss aus Patientenschutzgründen darum gehen, dass ein Krankenhaus nur so viele Fälle aufnimmt und behandelt, wie es mit dem vorhandenen Personal unter Berücksichtigung von Mindestpersonalvorgaben oder anderen Qualitätsvorgaben auch versorgen kann.

Wünschenswert sind konsequente Sanktionen durch den Gesetzgeber, die auch die Wichtigkeit der Einhaltung der Personaluntergrenzen betonen. Bei einer regelmäßigen oder dauerhaften Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen ist ein vollständiger Ausschluss der Leistungserbringung und Vergütung ein wichtiges Instrument, um eine qualitativ hochwertige Versorgung und den Schutz der Patientensicherheit zu gewährleisten.

C) Änderungsvorschlag

- (a) Es wird ein Vorgehen in zwei Schritten vorgeschlagen: Innerhalb des einen, in Satz 1 vorgegebenen Jahres wird eine erste Personaluntergrenze in einem pflegesensitiven Bereich vereinbart. Diesbezüglich ist in Satz 8 die Formulierung „Zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit des Verfahrens“ zu streichen.

Darüber hinaus wird ein zweiter Schritt zur Festlegung von Personaluntergrenzen in weiteren pflegesensitiven Bereichen verankert, in dem ein Zeitrahmen bis zum 30.06.2021 (in Anlehnung an den § 113c SGB XI) gesetzt wird. Hierbei wird an der Wissenschaftlichkeit des Verfahrens festgehalten.

Der GKV-Spitzenverband regt an, die zu beteiligenden Akteure in ihrer Anzahl zu reduzieren und auf solche zu beschränken, die im eigentlichen Sinne mit Qualitätssicherungsfragen im Gesundheitswesen befasst sind.

Die Formulierung „[...] mit Wirkung für alle gemäß § 108 zugelassenen Krankenhäuser [...]“ wird klargestellt durch Einfügen der Ergänzung „im Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes“.

In der Begründung ist die folgende Ergänzung vorzunehmen:

„Die zu treffenden Vorgaben sind **beispielsweise** im Verhältnis Pflegekraft pro Patient als Personalbelastungszahlen (Fallzahl pro Pflegerin oder Pfleger pro Schicht), sogenannte „nurse-to-patient-ratios“, darzustellen.“

- (b) Satz 2 ist zu streichen.

Hilfsweise ist eine eindeutige Präzisierung im Gesetzestext vorzusehen, anhand derer deutlich wird, was zu berücksichtigen ist: In Absatz 1 Satz 2 ist nach „sind alle Patientinnen und Patienten“ die Wörter „unabhängig vom Versicherungsstatus“ einzufügen.

- (c) In Satz 3 ist nach „§ 136a Absatz 2“ die Formulierung „Satz 2“ zu streichen.

- (d) Satz 4 ist wie folgt umzuformulieren:

„In den pflegesensitiven Bereichen sind die dazugehörigen Besetzungen im Nachtdienst zu berücksichtigen.“

(e) Im Gesetz muss die Rechtsgrundlage für umfassende Pflegepersonalnachweispflichten geschaffen werden.

(f) Satz 6 ist wie folgt umzuformulieren:

„Notwendige Ausnahmen sind ausschließlich bei Epidemien und Großschadensereignissen zulässig; Übergangsregelungen sind für den Fall vorzusehen, dass zum Zeitpunkt der Vereinbarung nicht genügend Fachpersonal auf dem Arbeitsmarkt zur Verfügung steht.“

Bei regelmäßiger oder dauerhafter Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen ist das Krankenhaus von der Leistungserbringung und Vergütung auszuschließen.

(g) Satz 7 ist wie folgt zu ergänzen:

„Für den Fall der Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen bestimmen die Vertragsparteien nach Satz 1 mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes, insbesondere die Höhe und die nähere Ausgestaltung von Vergütungsabschlägen; **dabei ist auch die Ausgestaltung der Überführung der Vergütungsabschläge in den Pflegezuschlag nach § 8 Absatz 10 des Krankenhausentgeltgesetzes zu vereinbaren. Die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes haben im Folgejahr die Mengenvereinbarung den strukturellen Gegebenheiten des Krankenhauses anzupassen.**“

Es ist ein neuer Satz 8 einzufügen:

Der Versorgungsauftrag des Krankenhauses, welches die Pflegepersonaluntergrenzen regelmäßig oder dauerhaft nicht einhält, ist durch die Krankenhausplanungsbehörde zu prüfen und, soweit die bedarfsgerechte Versorgung der Patientinnen und Patienten in der Region durch ein anderes Krankenhaus sichergestellt werden kann, entsprechend anzupassen.“

Artikel 8a (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 137i Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern; Verordnungsermächtigung

Absatz 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 2 des Gesetzentwurfes sieht vor, dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im ständigen fachlichen Austausch mit den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 steht, berechtigt ist, an den Sitzungen teilzunehmen, und die fachlichen Unterlagen erhält. Zudem besteht für die Vertragsparteien die Verpflichtung, dem BMG fortlaufend und auf dessen Verlangen unverzüglich Auskunft über den Bearbeitungsstand zu geben. Dies gilt insbesondere, wenn die Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 1 oder die Erreichung der Zeitziele gefährdet ist. Bis zum 31.01.2018 ist dem BMG ein Zwischenbericht über die Umsetzung der Vorgaben vorzulegen. Der Gesetzesbegründung ist zu entnehmen, dass die Verfahrensregelungen teilweise an das in § 113c SGB XI geregelte wissenschaftlich fundierte Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Pflegepersonalbedarfs in Pflegeeinrichtungen angelehnt sind.

Nach Satz 2 wird geregelt, dass das BMG das Institut nach § 137a (IQTIG) zur Unterstützung der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 beauftragen kann.

B) Stellungnahme

Der Gesetzentwurf sieht eine stetige und enge Einbindung des BMG im Verhandlungsverlauf über drei Wege vor (unmittelbare Teilnahme an Sitzungen und Einsicht in fachliche Unterlagen, jederzeitige Auskunftspflicht sowie fortlaufende Berichterstattung über den Beratungsstand). Hierüber ist eine vollumfängliche Information des BMG sichergestellt. Insbesondere im Hinblick auf den Zeitplan stellt sich die Frage, weshalb die Vereinbarungspartner nach Absatz 1 Satz 1 dann auch noch mit der Erstellung terminierter zusätzlicher Berichte belastet werden. Ein Informationsmehrwert ist nicht erkennbar.

Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb das BMG zur Unterstützung der Vertragsparteien das Institut nach § 137a mit Gutachten beauftragen können soll.

C) Änderungsvorschlag

Die Notwendigkeit eines Zwischenberichts zum 31.01.2018 ist zu streichen.

Die Zeitvorgaben sind bei einem Vorgehen in zwei Schritten anzupassen (vgl. Änderungsvorschlag zu Absatz 1 Buchstabe (a)).

Vor dem Hintergrund, dass die Beauftragung des Instituts nach § 137a durch das BMG nur auf die Ersatzvornahme zu beschränken ist, ist Satz 2 zu streichen.

Den Vertragsparteien sollte ebenfalls die Möglichkeit zur Beauftragung des Instituts nach § 137a eingeräumt werden, ebenso wie die Einbeziehung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus.

Artikel 8a (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 137i Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern; Verordnungsermächtigung

Absatz 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 3 sieht vor, dass das BMG nach Fristablauf die Vorgaben nach Absatz 1 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates erlassen kann, sollte keine Vereinbarung nach Absatz 1 fristgerecht zustande kommen. Dabei kann das BMG auf Kosten der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 Datenerhebungen oder Auswertungen in Auftrag geben oder Sachverständigengutachten einholen. Das BMG kann insbesondere das InEK und das Institut nach § 137a mit Auswertungen oder Sachverständigengutachten beauftragen.

B) Stellungnahme

Der Absatz regelt die Beauftragungsmöglichkeiten des BMG im Falle einer Ersatzvornahme. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist es notwendig, darauf zu achten, dass sich diese Regelung ausschließlich auf die Ersatzvornahme beschränkt (vgl. Stellungnahme und Änderungsvorschlag zu Absatz 2 Satz 2).

C) Änderungsvorschlag

Keine Änderung.

Artikel 8a (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 137i Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern; Verordnungsermächtigung

Absatz 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 4 des Gesetzentwurfs sieht vor, dass ab 2019 die Krankenhäuser den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1, den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG und der jeweiligen für die Krankenhausplanung zuständigen Behörde den Erfüllungsgrad der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen nach Absatz 1 oder Absatz 3, differenziert nach Personalgruppen und unter Berücksichtigung des Ziels der Vermeidung von Personalverlagerungseffekten, nachzuweisen haben. Sie übermitteln den Nachweis zum 30.06. jedes Jahres für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr, erstmals für das Jahr 2019 zum 30.06.2020.

B) Stellungnahme

Im Gesetz ist die Vereinbarung eines konkreten Nachweisverfahrens durch die Vereinbarungspartner nach § 9 KHEntgG (inklusive des Konfliktlösungsmechanismus) vorzusehen, ebenso wie für die Wege der Datenübermittlung, da die Nachweise auch gegenüber den Vereinbarungspartnern nach Absatz 1 Satz 1 erbracht werden sollen. Die gesetzlichen Vorgaben sind zu ungenau, um eindeutige Nachweise zu erhalten, die auch eine Vergleichbarkeit zwischen den Krankenhäusern zulassen. Dies ist aufgrund der Veröffentlichung der Angaben in den Qualitätsberichten, die ausdrücklich begrüßt wird, unbedingt erforderlich. Konkret ist im Gesetz zu verankern, welche Informationen aus den Nachweisen hervorzugehen haben: Angaben der Vollkräfte nach Personalgruppen und Berufsbezeichnungen für die pflegesensitiven Bereiche, Belegungstage und konkrete Nachweisvorschriften, die dem Anliegen des Gesetzgebers gerecht werden, Personalverlagerungseffekte zu vermeiden. Die Erfahrungen aus den Beratungen zwischen DKG und GKV-Spitzenverband zu den Nachweisen des Personals nach der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) machen deutlich, dass sich nur Nachweisverpflichtungen durchsetzen lassen, die explizit im Gesetz aufgeführt sind.

Der Gesetzgeber sollte auch eine Regelung vorsehen, was geschieht, wenn ein Krankenhaus seiner Nachweisverpflichtung nicht nachkommt.

Das Krankenhaus meldet testierte Vollzeitkräfte auch gemäß der Regelungen der BPfIV (siehe § 18 BPfIV). Im Hinblick auf die Vereinheitlichung dieser Fristen (z. B. Krankenhäuser mit somatischen und psychiatrischen Fachabteilungen) sowie im Hinblick auf die jährlich zu führen-

den Verhandlungen gemäß § 11 KHEntgG ist es zielführend, die Meldefrist auf den 31. März zu datieren.

C) Änderungsvorschlag

Es ist eine konkretisierte Regelung aufzunehmen, die die Vereinbarungspartner nach § 9 KHEntgG verpflichten, eine Nachweisvereinbarung mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG zu schließen.

Im Absatz 4 sind im Satz 2 folgende Wortgruppen zu tauschen:

30. Juni wird durch 31. März ersetzt.

Im Absatz 4 sind die folgenden Sätze 4 bis 7 zu ergänzen:

„[...] Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 vereinbaren bis zum 31.12.2018 mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes die nähere Ausgestaltung der vorzulegenden Nachweise. Die Nachweise sollen die Besetzung je Schicht sowie Personalverlagerungseffekte erkennbar machen. Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 beschließen darüber hinaus ein Verfahren zur jährlichen standortbezogenen Abfrage der Erfüllung der Anforderungen nach Absatz 1 (Strukturabfrage) und veröffentlichen die Ergebnisse jährlich im Internet. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 4 nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“

Artikel 8a (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 137i Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern; Verordnungsermächtigung

Absatz 5

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 5 sieht die Vereinbarung eines nach Absatz 1 Satz 5 (*Anm.: Satz 7*) oder Absatz 3 bestimmten Vergütungsabschlags durch die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG vor, sofern ein Krankenhaus die nach Absatz 1 oder Absatz 3 festgelegten verbindlichen Pflegepersonaluntergrenzen nicht einhält, ohne dass ein nach Absatz 1 Satz 4 (*Anm.: Satz 6*) oder Absatz 3 bestimmter Ausnahmetatbestand vorliegt. Dies gilt auch, sollten die Voraussetzungen einer nach Absatz 1 Satz 4 (*Anm.: Satz 6*) oder Absatz 3 bestimmten Übergangsregelung erfüllt sein.

Redaktionelle Anmerkung: Im Gesetzentwurf (BT-Drs. 18/10938) erscheinen die Bezüge im Absatz 5 auf die folgenden beiden Sätze im Absatz 1 inhaltlich nicht passend:

- *Verweis auf Satz 4 (Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen): Diese Regelung findet sich in Absatz 1 Satz 6.*
- *Verweis auf Satz 5 (Vereinbarung eines Vergütungsabschlags): Diese Regelung findet sich in Absatz 1 Satz 7.*

B) Stellungnahme

Vgl. Stellungnahme zu Absatz 1 Buchstabe (g).

C) Änderungsvorschlag

Vgl. Änderungsvorschlag zu Absatz 1 Buchstabe (g).

§ 137i Abs. 5 Satz 2 wird angefügt:

Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

Artikel 8a (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 137i Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern; Verordnungsermächtigung

Absatz 6

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 6 sieht vor, dass die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 für die nach Absatz 1 oder Absatz 3 festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen unter Schätzung der personellen und finanziellen Folgen eine Rahmenvereinbarung darüber treffen, welche Mehrkosten, die bei der Finanzierung der Pflegepersonaluntergrenzen entstehen, in Art und Umfang von den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG bei der Vereinbarung von krankenhausindividuellen Zuschlägen nach § 5 Absatz 3c KHEntgG zu berücksichtigen sind. Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 haben dabei festzustellen, inwieweit die Pflegepersonaluntergrenzen bereits durch Entgelte nach dem KHEntgG oder nach diesem Gesetz finanziert werden.

B) Stellungnahme

Wie in der Begründung dargelegt, ist grundsätzlich der für die Versorgung erforderliche Pflegepersonalaufwand in der DRG-Kalkulation berücksichtigt und wird damit auch auskömmlich finanziert. Nicht nur über das zweite Pflegestellen-Förderprogramm, sondern auch über die deutlich oberhalb der Kostenentwicklung liegenden Preissteigerungen (Stichwort „Meistbegünstigungsklausel“ beim Orientierungswert) stehen diesen erhebliche zusätzliche finanzielle Mittel zur Verfügung. Hinzu kommt der Pflegezuschlag in Höhe von 500 Mio. Euro, der zusätzlich ab 2019 um die Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms um bis zu 330 Mio. Euro erhöht werden soll.

Die Regelung zur Finanzierung der Pflegepersonaluntergrenzen ist vor diesem Hintergrund schwer nachvollziehbar und bedarf der Korrektur. Den Krankenhäusern fließen zwecks besserer Pflege durch den Pflegezuschlag und die Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms jährlich 830 Mio. Euro an zusätzlichen Mitteln zu. Wenn jetzt per Vorgabe die Pflegeausstattung konkretisiert wird, dann rechtfertigt das keinen neuen Mittelzufluss auf Kosten der Beitragszahler. Erst wenn die Einzelmaßnahmen das Volumen von 830 Mio. Euro überschreiten, ist eine Mehrkostenregelung gerechtfertigt.

Der Gesetzentwurf sieht richtigerweise eine Zuschlagsfinanzierung nur in den wenigen Fällen vor, in denen die Pflegepersonaluntergrenze oberhalb der „DRG-Grenze“ liegt, also nicht bereits im DRG-System ausfinanziert ist. Um eine Doppelfinanzierung von Personaluntergrenzen weitestgehend auszuschließen, ist es zwingend erforderlich festzustellen, inwiefern die

festgelegten Personaluntergrenzen bereits durch die Fallpauschalen finanziert werden („DRG-Grenze“). Um die ggf. zu finanzierenden Kosten möglichst genau zu ermitteln, müssen Informationen und Auswertungen des InEK die Grundlage der Verhandlungen der Selbstverwaltung auf Bundesebene zu den Mehrkosten bilden. Sollte das InEK keine validen Aussagen über die Ausfinanzierung konkreter Personaluntergrenzen in bestimmten pflegesensitiven Bereichen auf Basis der vorhandenen Daten treffen können, ist analog der Regelungen des § 21 Absatz 3a KHEntgG dem InEK die Möglichkeit einzuräumen, ausgewählte Daten zum Zwecke der Bestimmung des bereits in den DRGs finanzierten Anteils von den Krankenhäusern anzufordern. Die entsprechende Beauftragung des InEK erfolgt durch die Vertragsparteien nach Absatz 1. Für diesen Zweck ist ein neuer § 21 Absatz 3b KHEntgG einzuführen.

Es sollte deshalb klar vorgegeben werden, die „DRG-Grenze“ auf Bundesebene zu ermitteln.

Es ist sicherzustellen, dass erstens Zuschläge grundsätzlich nur in den Fällen gezahlt werden, in denen die Pflegepersonaluntergrenze oberhalb der DRG-Grenze festgelegt wird und zweitens nur Krankenhäuser einen Zuschlag erhalten, deren Personaleinsatz oberhalb der DRG-Grenze liegt, sowie drittens sich in diesen Fällen der maximale Zuschlag aus der Differenz zwischen Pflegepersonaluntergrenze und DRG-Grenze ergibt.

Sollte nun auf der Basis der InEK-Auswertungen eine Finanzierungsnotwendigkeit festgestellt werden, sind nach Vereinbarung des Finanzierungsvolumens auf Bundesebene die Mittel des Pflegezuschlags nach § 8 Absatz 10 KHEntgG entsprechend zu reduzieren. Damit ist sichergestellt, dass die Mittel des Pflegezuschlags sukzessive in eine spezifischere Pflegestellenfinanzierung fließen. Erst wenn die Einzelmaßnahmen das Volumen von 830 Mio. Euro überschreiten, dann ist eine Mehrkostenregelung gerechtfertigt. Entsprechende Vorgaben würden also nicht nochmals Mehrkosten verursachen; vermeintliche Mehrkosten würden bis zur Höhe des Pflegezuschlags verrechnet, den Pflegezuschlag selbst allmählich abschmelzen. Oberstes Ziel bleibt es, die Mittel des Pflegezuschlags auch zur nachhaltigen Verbesserung der Pflege zu verwenden. Die Beitragszahler jedoch zum wiederholten Male mit Stellenfinanzierungen zu belasten, ist nicht gerechtfertigt.

C) Änderungsvorschlag

§ 137i Absatz 6 Satz 2 (bzw. Satz 3 neu) SGB V wird wie folgt angepasst:

„[...] Dabei haben die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 **auf Grundlage von Auswertungen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus** festzustellen, inwieweit die Pflegepersonaluntergrenzen bereits durch Entgelte nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder nach diesem Gesetz finanziert werden. **Bei Vorliegen von nicht bereits finanzierten Mehrkosten ist auf dieser Basis das zusätzliche Finanzierungsvolumen auf Bundesebene zu vereinbaren; die**

jährlich bundesweit zur Verfügung stehende Fördersumme gemäß § 8 Absatz 10 des Krankenhausentgeltgesetzes wird um diesen Betrag abgesenkt.“

§ 21 Absatz 3b KHEntgG wird neu eingeführt:

„Die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragen das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für den Zweck des § 137i Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ausgewählte Kosten- und Leistungsdaten von den Krankenhäusern anzufordern.“

In **§ 8 Absatz 10 Satz 3 KHEntgG** werden vor dem Punkt ein Semikolon und die Wörter „ab dem Jahr 2019 verringert sich die Gesamtfördersumme um das nach § 137i Absatz 6 Satz 3 (neu) vereinbarte Finanzierungsvolumen.“ eingefügt.

Artikel 8a (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 137i Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern; Verordnungsermächtigung

Absatz 7

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 werden verpflichtet, dem Deutschen Bundestag und dem BMG bis zum 31.12.2022 einen Bericht über die Auswirkungen der festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen vorzulegen.

B) Stellungnahme

Das Datum der Berichtserstellung sollte dem Zeitrahmen einer realistischen Festlegung von Personaluntergrenzen angepasst werden (vgl. Stellungnahme zu Absatz 1 Buchstabe (a)).

C) Änderungsvorschlag

Absatz 7 ist wie folgt zu fassen:

„Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 legen dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember **2024** einen wissenschaftlich evaluierten Bericht über die Auswirkungen der festgelegten Personaluntergrenzen in den pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern vor.“

Artikel 8b (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Pflegestellen-Förderprogramm

- **Nr. 1:** § 4 Absatz 8 Satz 12 KHEntgG – Pflegestellen-Förderprogramm (Mittelüberführung in den Pflegezuschlag)
- **Nr. 3b:** § 8 Absatz 10 KHEntgG – Pflegestellen-Förderprogramm (Mittelüberführung in den Pflegezuschlag)
- **Nr. 4b und 4c:** § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG – Pflegestellen-Förderprogramm (Vereinbarung des Zuschlagsvolumens)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen sehen die Überführung der für das Jahr 2018 zweckentsprechend verwendeten Finanzmittel des Pflegestellen-Förderprogramms (bis zu 330 Mio. Euro) in den Pflegezuschlag (bundesweit 500 Mio. Euro jährlich) zum 01.01.2019 vor.

Die Höhe ist von den Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 31.10.2018 zu vereinbaren. Da das Pflegestellen-Förderprogramm zu diesem Zeitpunkt noch andauert und somit das voraussichtliche Finanzvolumen für das Jahr 2018 noch nicht endgültig ermittelt werden kann, sieht das Gesetz eine gegebenenfalls erforderliche Korrektur einer Fehlschätzung in den Folgejahren vor. Dabei ist auch zu berücksichtigen, ob eine zweckentsprechende Verwendung der Zuschläge nach § 4 Absatz 8 Satz 6 KHEntgG erfolgt ist.

Neben den Jahren 2016 bis 2018 sind nun auch für die Jahre 2019 bis 2021 vom Krankenhaus bei Inanspruchnahme des Förderprogramms vom Jahresabschlussprüfer zu bestätigende Informationen zu den neu geschaffenen Pflegestellen sowie zur jahresdurchschnittlichen Pflegestellenbesetzung vorzulegen. Da ab dem Jahr 2019 die Mittel des Förderprogramms in den Pflegezuschlag überführt werden, ist für das Jahr 2019 und die nachfolgenden Jahre vom Krankenhaus keine Rückzahlung von nicht zweckentsprechend verwendeten Mitteln des Förderprogramms vorzunehmen. Indem sich der Pflegezuschlag vermindert, wenn ein Krankenhaus Pflegestellen abbaut, soll ein Anreiz für eine dauerhaft angemessene Pflegeausstattung gesetzt werden.

Für die Jahre 2019 bis 2021 hat der GKV-Spitzenverband den jährlichen Bericht zum Pflegestellen-Förderprogramm vorzulegen. Hierfür haben die Krankenkassen weiterhin die Informationen an den GKV-Spitzenverband zu übermitteln.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt den eingeschlagenen Weg einer Überführung der Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms in den Pflegezuschlag zum 01.01.2019. Der Pflegezuschlag beinhaltet prinzipiell eine Anreizwirkung, eine angemessene Pflegeausstattung vorzuhalten, da er in Abhängigkeit von der Pflegepersonalbesetzung ausgezahlt wird. Es muss dennoch festgehalten werden, dass in keiner Weise sichergestellt ist, dass diese finanziellen Mittel auch tatsächlich im einzelnen Krankenhaus für eine qualitativ verbesserte Pflege am Patienten eingesetzt werden.

Es ist vor diesem Hintergrund sinnvoll, dass der GKV-Spitzenverband mit Blick auf die weitere Entwicklung der geförderten Stellen auch für die Jahre 2019 bis 2021 jährlich einen Bericht zum Pflegestellen-Förderprogramm vorzulegen hat. Dafür ist es zwingend notwendig, dass die Krankenhäuser im Rahmen der Budgetverhandlungen auch für die Jahre 2019, 2020 und 2021 die in der Pflege insgesamt festgestellte jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung an die Krankenkassen übermitteln. Neben der Berichtslegung zu der zweckentsprechenden Verwendung für das Jahr 2018 müssten diese Angaben ebenso in den Berichten des GKV-Spitzenverbandes an das BMG dargestellt werden.

Nach der dargelegten Neuregelung hätte ein in den Jahren 2019 bis 2021 festgestellter Abbau der geförderten Pflegestellen keine Auswirkung auf die in den Pflegezuschlag zusätzlich eingehenden finanziellen Mittel. Die Ergebnisse dieser Berichte würden damit folgenlos bleiben und die Krankenhäuser unzulässiger Weise für Entlassungen finanziell belohnen. Kommt es in diesen Jahren zu einem Abbau der geförderten Pflegestellen, muss vor diesem Hintergrund eine entsprechende Reduzierung der finanziellen Mittel erfolgen, die in den Pflegezuschlag eingerechnet wurden.

Eine Mittelrückzahlung über eine entsprechende Reduzierung des „erhöhten“ Pflegezuschlags hat auf Basis der in den Berichten dargelegten Ergebnisse zur zweckentsprechenden Verwendung der Mittel auch für die Jahre 2019 bis 2021 zu erfolgen. Es muss dahingehend sichergestellt sein, dass die in § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG benannte „[...] Berichtigung dieses Betrages in den Folgejahren bei einer Fehlschätzung“ auch die Ergebnisse der Berichte des Pflegestellen-Förderprogramms der Jahre 2019 bis 2021 beinhaltet.

C) Änderungsvorschlag

Nr. 4c: § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG wird wie folgt konkretisiert bzw. ergänzt:

„[...] sowie die Berichtigung dieses Betrages in den Folgejahren bei einer Fehlschätzung **unter Berücksichtigung der zweckentsprechenden Verwendung der Mittel in den Jahren 2019 bis 2021**“.

Notwendige Ergänzung des § 4 Absatz 8 Satz 9 zweiter Halbsatz KHEntgG zur Erstellung der Berichte zum Pflegestellen-Förderprogramm 2019 bis 2021:

„[...] für eine entsprechende Prüfung hat das Krankenhaus den anderen Vertragsparteien eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers vorzulegen, einmalig über die Stellenbesetzung zum 1. Januar 2015 in der Pflege insgesamt und in dem nach Satz 1 geförderten Pflegebereich, über die auf Grund dieser Förderung im jeweiligen Förderjahr **und in den Jahren 2019 bis 2021** zusätzlich beschäftigten Pflegekräfte, differenziert in Voll- und Teilzeitkräfte, und über die im jeweiligen Förderjahr **und in den Jahren 2019 bis 2021** in der Pflege insgesamt und in dem nach Satz 1 geförderten Pflegebereich zum 31. Dezember festgestellte jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung sowie über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel.“

Artikel 8b (Änderung der Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2

§ 5 Absatz 3c KHEntgG – Pflegepersonaluntergrenzen (Vereinbarung befristeter krankenhaushausindividueller Zuschläge)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragsparteien vor Ort vereinbaren krankenhaushausindividuelle befristete Zuschläge zur Finanzierung der Mehrkosten von Pflegepersonaluntergrenzen, deren Kosten nicht bereits anderweitig finanziert sind. Voraussetzung für diese Vereinbarung ist eine Rahmenvereinbarung zu Art und Umfang der berücksichtigungsfähigen Mehrkosten aufgrund der Pflegepersonaluntergrenzen gemäß § 137i Absatz 6 SGB V.

Durch § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 KHEntgG ist gewährleistet, dass die für die Finanzierung der Mehrkosten vereinbarten befristeten Zuschläge nach Ablauf der krankenhaushausindividuellen Vereinbarungsphase erhöhend bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes zu berücksichtigen sind, soweit die Mittel nicht in Zusatzentgelte überführt werden. Zugleich ist durch § 10 Absatz 4 Satz 4 KHEntgG gewährleistet, dass in diesem Fall die vollständige Überführung der krankenhaushausindividuell vereinbarten Zuschlagssumme nicht durch die maßgebliche Obergrenze für den Anstieg des Landesbasisfallwertes begrenzt wird.

B) Stellungnahme

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 8a) § 137i Absatz 6 SGB V.

C) Änderungsvorschlag

Vgl. Änderungsvorschlag zu Artikel 8a) § 137i Absatz 6 SGB V

sowie zusätzlich die Streichung des § 10 Absatz 4 Satz 4 KHEntgG (Obergrenzenüberschreitung), da bereits durch die Meistbegünstigungsklausel deutlich oberhalb der im Rahmen des Orientierungswertes festgestellten Kostenentwicklung liegende Landesbasisfallwertsteigerungen vereinbart werden.

Artikel 8b (Änderung der Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 3a

§ 8 Absatz 4 KHEntgG – Pflegepersonaluntergrenzen (Abschläge bei Nichteinhaltung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung wird der neue § 137i SGB V in § 8 Absatz 4 berücksichtigt. Die Regelung sieht vor, dass von den Fallpauschalen und Zusatzentgelten zukünftig Abschläge vorzusehen sind, wenn die zu vereinbarenden Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen von einem Krankenhaus nicht eingehalten werden. Die für pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus zu vereinbarenden Pflegepersonaluntergrenzen stellen eine gesetzlich vorgesehene Verpflichtung zur Qualitätssicherung dar. Kommen Einrichtungen, die krankenhausesindividuelle Entgelte abrechnen, dieser Verpflichtung zur strukturellen Qualitätssicherung nicht nach, sind die Abschläge im Rahmen der krankenhausesindividuellen Entgeltverhandlungen zu berücksichtigen.

B) Stellungnahme

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 8a) § 137i Absatz 1 Buchstabe (g) SGB V.

C) Änderungsvorschlag

Vgl. Änderungsvorschlag zu Artikel 8a) § 137i Absatz 1 Buchstabe (g) SGB V.

§ 8 Abs. 4 Satz 2 Nr. 3 wird neu eingeführt:

[...] für diese Leistungen in höchstens drei aufeinanderfolgenden Jahren gemäß § 137i Absatz 5 Abschläge des Fünften Sozialgesetzbuches erhoben wurden und die Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen fortbesteht.

Artikel 8b (Änderung der Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 4a

§ 9 Absatz 1a KHEntgG – Pflegepersonaluntergrenzen (Vereinbarung auf Bundesebene)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß dieser Neuregelung haben die Vertragsparteien auf Bundesebene auf Basis einer Rahmenvereinbarung zu Art und Umfang der berücksichtigungsfähigen Mehrkosten aufgrund der Pflegepersonaluntergrenzen insbesondere Vorgaben zur möglichen Erhebungsdauer der von den Vertragsparteien vor Ort zu vereinbarenden befristeten Zuschläge zu treffen.

B) Stellungnahme

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 8a) § 137i Absatz 6 SGB V.

C) Änderungsvorschlag

Vgl. Änderungsvorschlag zu Artikel 8a) § 137i Absatz 6 SGB V.

III. Ergänzender Änderungsbedarf

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 275a SGB V – Durchführung und Umfang von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst

A) Ergänzender Änderungsbedarf

Der § 137i SGB V ist als Prüfgegenstand nach § 275a SGB V zu ergänzen.

B) Stellungnahme

Wie zu § 137i Absatz 4 SGB V erläutert wurde, ist die Nachweisregelung ungeeignet, um die Erfüllung der Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen sicherzustellen. Zur Durchsetzung der Norm ist es daher erforderlich, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) beauftragt werden kann, entsprechende Qualitätskontrollen durchzuführen.

C) Änderungsvorschlag

§ 275a Absatz 2 Satz 3 SGB V wird um eine Nummer 4 ergänzt:

„4. die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen nach § 137i SGB V.“

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

§ 8 Absatz 10 Satz 4 KHEntgG –Regelungen zur Ermittlung des Pflegezuschlages

A) Ergänzendes Änderungsbedarfe

Redaktionelle Klarstellung der Berechnungsmethodik des Pflegezuschlages mit dem Fokus der sachgerechten Verteilung der Pflegekräfte für somatische Fachabteilungen. Dieser Ansatz wird aufgrund der aktuellen Ausgestaltung des Gesetzestextes zu § 8 Abs. 10 KHEntgG durch die Verteilung auch an psychiatrische Fachabteilungen an allgemeinen Krankenhäusern (Berechnungsmethodik) nicht vollumfänglich umgesetzt bzw. verfehlt.

B) Stellungnahme

Die Regelungen zum Pflegezuschlag gelten für den somatischen Bereich und nicht für die Psychiatrie. Aufgrund der derzeitigen Berechnungssystematik fließt der Pflegezuschlag nicht an somatische Fachabteilungen der Sonstigen Krankenhäuser. Betroffen sind die neurologischen Fachabteilungen an psychiatrischen Fachkrankenhäusern. Andererseits werden dafür aber die Pflegevollkräfte der psychiatrischen bzw. psychosomatischen Fachabteilungen der allgemeinen Krankenhäuser mit eingerechnet. Wenn diese Vollzeitkräfte beim Pflegezuschlag berücksichtigt werden, kommt es zu einem Fehlverteilungseffekt.

Dies sollte korrigiert werden:

1. Die Eingrenzung auf „allgemeine“ Krankenhäuser sollte gestrichen werden.
2. In der Statistik ausgewiesene Vollzeitstellen in der Psychiatrie sind auszunehmen.

C) Änderungsvorschlag

§ 8 Absatz 10 Satz 4 KHEntgG wird angepasst und damit die Berechnungsmethodik klargestellt:

Grundlage für die Personalkosten für das Pflegepersonal aller ~~allgemeinen~~-Krankenhäuser sind jeweils die vom Statistischen Bundesamt in der Fachserie 12 Reihe 6.1 ausgewiesenen Vollzeitstellen in der Pflege mit und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus **sowie abzüglich der ausgewiesenen Vollzeitstellen, welche in der Psychiatrie tätig sind**, multipliziert mit den in der Fachserie 12 Reihe 6.3 ausgewiesenen bundesdurchschnittlichen Kosten pro Pflegekraft jeweils für das Jahr, das zwei Jahre vor dem Jahr liegt, in dem der Pflegezuschlag für das Folgejahr zu vereinbaren ist; Grundlage für die Personalkosten für Pflegepersonal des einzelnen Krankenhauses sind die Vollzeitstellen in der Pflege mit und

ohne direktem Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus, die für dasselbe Jahr vom Krankenhaus an das Statistische Landesamt übermittelt wurden und die Eingang in die Statistik gefunden haben, multipliziert mit den in der Fachserie 12 Reihe 6.3 ausgewiesenen Kosten pro Pflegekraft im jeweiligen Land.