

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

19(14)0036(16)

gel. VB zur öAnh am 10.10.2018 -

PpSG

4.10.2018



Verband der Privaten
Krankenversicherung

Stellungnahme

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)

BT-Drucksache 19/4453

Antrag der Fraktion DIE LINKE

Ausreichend Krankenhauspersonal dauerhaft sichern

BT-Drucksache 19/4523

Antrag der Fraktion DIE LINKE

Pflegepersonal in der Altenpflege nachhaltig stärken

BT-Drucksache 19/4524

Antrag der Fraktion der AfD

Gerechte Finanzierungsgrundlagen für die Erbringung behandlungspflegerischer Leistungen in der stationären, ambulanten und häuslichen Pflege

BT-Drucksache 19/4537

anlässlich der öffentlichen Anhörung

am 10. Oktober 2018

Das Ziel einer Verbesserung der Arbeitssituation von Pflegekräften und der Versorgung von Pflegebedürftigen ist richtig – die vorgeschlagenen Finanzierungsinstrumente, nämlich die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen durch die Versichertengemeinschaft und der wettbewerbliche Fehlanreize auslösende Bruch mit der leistungsorientierten Vergütung des Einzelfalls, sind durchweg verfehlt und werden abgelehnt.

Die Belastung mit versicherungsfremden Leistungen und deren Finanzierung über den Ausgleichsfonds, in den die PKV einzahlen soll, führt zu verfassungsrechtlich zweifelhaften Sonderabgaben, denn es ist nicht ersichtlich, warum die Gruppe der Versicherten dem damit verfolgten Zweck näher stehen soll als die Gesamtbevölkerung. Außerdem besteht keine hinreichende Legitimation der Pflegekassen, über Gelder der PKV ohne deren qualifizierte Mitwirkung zu entscheiden. Daher ist in dem Gesetz zumindest ein Zustimmungserfordernis der PKV zu regeln.

Damit eine Unterfinanzierung der PPV vermieden wird, muss das Sonderbeitragsanpassungsrecht in § 8 Absatz 9 SGB XI-E mindestens auch die Anpassung des Rechnungszinses umfassen.

I. Grundsätzliche Bewertung

Der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) unterstützt das Ziel des Gesetzentwurfs, den Alltag von Pflegekräften und die Versorgung von Pflegebedürftigen durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen zu verbessern. Er hält indes die Finanzierungsinstrumente des Gesetzentwurfs durchweg für verfehlt: Sie setzen den ordnungspolitisch fragwürdigen Trend der vergangenen Legislaturperiode fort, versicherungsfremde Leistungen über die Solidargemeinschaft der Beitragszahler finanzieren zu lassen.

Die Private Pflegepflichtversicherung (PPV) ist aufgrund der gesetzgeberischen Grundentscheidung im Jahr 1994 ein eigenständiger Träger der gesetzlichen Pflegeversicherung. Ein Finanzausgleich mit der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) kommt daher aus Rechtsgründen nicht in Frage. Aus der spezifischen Sicht der PPV ist es rechtlich wie systematisch inakzeptabel, dass der Gesetzentwurf die privaten Versicherungsunternehmen verpflichten will, von ihren Versicherten Beiträge für Leistungen einzuziehen, die ihr Versicherungsvertrag nicht vorsieht, und diese Versichertengelder an den Ausgleichsfonds der SPV weiterzuleiten.

Dies führt zu verfassungsrechtlich zweifelhaften Sonderabgaben der Versicherten der gesetzlichen Pflegeversicherung. Werden die Soziale und Private Pflegepflichtversicherung zu einer Finanzierungsgruppe zusammengefasst, bilden sie *cum grano salis* regelmäßig die Gesamtbevölkerung ab; dies allein stellt schon einen Indikator für die Notwendigkeit der Steuerfinanzierung dar. Bei einer gesetzlichen Verpflichtung zur Zahlung der Sozialen und Privaten Pflegepflichtversicherung in einen Finanzierungsfonds (Ausgleichsfonds), stellt dies für die PPV eine rechtfertigungsbedürftige Sonderabgabe dar. Im vorliegenden Fall ist nicht ersichtlich, warum die Gruppe der Privatversicherten den Zielen, die mit den Maßnahmen in § 8 Absätze 6 bis 8 SGB XI –E (Artikel 11 Nr. 3 PpSG) erreicht werden sollen, näher stehen soll als die Gesamtheit der Steuerzahler.

Diese Einbeziehung der PPV in das Finanzausgleichssystem der SPV widerspricht der gesetzgeberischen Grundentscheidung für ein duales System. Zwar gibt es auch heute schon vergleichbare Sachverhalte (§ 45c SGB XI), sie sind aber vergleichsweise geringfügig. Die außergewöhnliche Quantität der erwünschten finanziellen Beteiligung verändert die Qualität dieses Finanzierungsinstruments in Richtung eines Finanzierungsverbundes. Gegen die im Gesetzentwurf vorgesehene Überweisung von 44 Mio. Euro an den Ausgleichsfonds der SPV für die Einstellung zusätzlicher Pflegekräfte spricht zudem, dass der PKV-Verband hiermit eine bedarfsunabhängige Zahlung leisten würde ohne Verwendungssicherheit, dass die entsprechenden Stellen überhaupt geschaffen werden. Rückzahlungen nicht verwendeter Mittel sieht der Gesetzentwurf nicht ausdrücklich vor, müssten aber zwingend vorgesehen werden. Andernfalls könnte es dazu kommen, dass sie für Leistungsausgaben der SPV verwendet werden, was verfassungsrechtlich nicht zulässig wäre.

Darüber hinaus fehlt es an einer hinreichenden Legitimation der SPV, vertreten durch die Pflegekassen bzw. Landesverbände der Pflegekassen, um über die vorgesehenen Finanzierungsanteile der PPV ohne qualifizierte Mitwirkung der PKV zu entscheiden. Entscheidungen über die Mittelverwendungen dürfen daher nur im Einvernehmen zwischen SPV und PPV getroffen werden.

Zudem werden wettbewerbliche Fehlanreize gesetzt, indem mit der leistungsorientierten Vergütung des Einzelfalls gebrochen und es Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen ermöglicht wird, Investitionskosten für Personal und Technik direkt an die Kranken- und Pflegeversicherung weiterzureichen bzw. ihr gesondert in Rechnung zu stellen.

Diese zusätzliche Belastung der Beitragszahler ist auch mit Blick auf ihren politischen Kontext nicht zu rechtfertigen, hat doch das Bundesgesundheitsministerium die Öffentlichkeit am 13. Juni 2018 informiert, dass allein das Pflegereformwerk der vergangenen Wahlperiode weitere Beitragserhöhungen nach sich ziehen wird. Schon angesichts der sich anbahnenden Gefährdung der wirtschaftspolitisch bedeutsamen Sozialabgabenquotengrenze von 40 % lässt sich ein weiteres Mehrausgabenprogramm zu Lasten der Beitragszahler nicht begründen. Ebenso bedenklich ist die Ausweitung von Zahlungsverpflichtungen der umlagefinanzierten Sozialversicherung angesichts des demografischen Wandels: Der Gesetzentwurf würde zu einer weiteren impliziten Verschuldung der Sozialversicherung zu Lasten der jüngeren Generationen führen.

Vor diesem Hintergrund schlägt der PKV-Verband eine Überarbeitung des Gesetzentwurfs nach folgenden Eckpunkten vor:

1. Soweit der Gesetzentwurf gesamtgesellschaftliche Aufgaben lösen will, wie z.B. die bessere Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf durch eine entsprechende familienfreundliche Infrastruktur, sind diese über Steuermittel zu finanzieren.
2. Alle Fördermaßnahmen, die zumindest indirekt mit dem Leistungsversprechen der Kranken- und der Pflegeversicherung verbunden sind, wie z.B. die Einstellung von Pflegekräften, sollten durch entsprechende Zuschläge auf die Pflegeentgelte refinanziert oder in die DRGs eingepreist werden. Eine Finanzierung über den Ausgleichsfonds der Sozialen Pflegeversicherung oder ihre Ausgliederung in ein Pflege-Budget ist ein Bruch mit der leistungsorientierten Vergütung, schwächt den Wettbewerb und führt außerdem zu bürokratischen Abläufen.
3. Im Einklang mit den gesetzlichen Regelungen zum Krankenhausstrukturfonds oder zum Präventionsgesetz kann die finanzielle Beteiligung der PKV an den hier vorgesehenen Maßnahmen, die allesamt nicht zu den versicherten Leistungen zählen, nur freiwillig sein.
4. Für die Beteiligung der PKV an den Maßnahmen im Pflegebereich ist es unabdingbar, dass der Gesetzgeber für die PPV ein umfassendes, sämtliche Kalkulationsgrundlagen berücksichtigendes Sonderanpassungsrecht für die Beiträge einräumt. Das derzeit enthaltene Sonderanpassungsrecht greift zu kurz, da es den Zins auspart und damit zu einer planmäßigen Unterfinanzierung führt.

II. Erläuterungen und ergänzende Hinweise:

A) REGELUNGEN FÜR DIE STÄRKUNG DER PFLEGE IN PFLEGEEINRICHTUNGEN

1) Ergänzungsbedarf: Sonderanpassungsrecht für die Beiträge in der Privaten Pflegepflichtversicherung

Bleibt es bei der Beitragsfinanzierung, kommen mit der Verwirklichung des Gesetzgebungsvorhabens auf die Private Pflegepflichtversicherung (PPV) Mehraufwendungen in einem Umfang von bis zu 10 % der bisherigen Leistungsausgaben zu, die bislang nicht in den Prämien einkalkuliert sind. Ohne eine Beitragsanpassung droht eine aufsichtsrechtlich problematische Unterfinanzierung der Tarife der PPV.

Der Gesetzentwurf sieht in § 8 Absatz 9 SGB XI (Artikel 11 Nr. 3) das Recht der privaten Versicherungsunternehmen vor, einmalig die Prämie für die Private Pflegepflichtversicherung anzupassen, um die Verpflichtungen zu berücksichtigen, die sich aus den Sätzen 1 und 2 des Absatzes 9 ergeben. Dabei handelt es sich um die Verpflichtungen der PPV, sich an der Finanzierung der Datenauswertungsstelle, der Vergütungszuschläge der zusätzlichen Stellen für Pflegekräfte, der Maßnahmen der Einrichtungen zur Förderung der Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf und der Förderung von digitalen Anwendungen in Pflegeeinrichtungen zu beteiligen.

Laut Gesetzesbegründung ändern sich dadurch die Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation der PPV entsprechend. Bei Bestandsverträgen seien diese Verpflichtungen in den Rechnungsgrundlagen bislang nicht berücksichtigt. Der Wortlaut ermöglicht demnach eine Berücksichtigung der zusätzlichen Kosten, die auf die PPV zukommen und dass diese auf die Beiträge umgelegt werden. Er ermöglicht jedoch keine Anpassung des Rechnungszinses und weiterer Rechnungsgrundlagen wie der Sterblichkeit. Zumindest der Rechnungszins müsste aufgrund der Entwicklung des Kapitalmarktes aber zwingend ebenfalls angepasst werden. Andernfalls könnten zumindest für die Beamtentarife keine ausreichenden Altersrückstellungen für die zusätzlichen Kosten kalkuliert werden, weil in diesen Tarifen die Voraussetzungen für eine reguläre Beitragsanpassung nicht gegeben sind. Es käme zu einer Unterfinanzierung dieser zusätzlichen Kosten aufgrund des zu hohen Rechnungszinses und diese Unterfinanzierung würde sogar planmäßig erfolgen, da die Notwendigkeit eines niedrigeren Rechnungszinses bereits bekannt ist.

Notwendig ist daher ein umfassendes Sonderanpassungsrecht, das sämtliche Rechnungsgrundlagen umfasst.

2) § 8 Abs. 6, 9 und 10 SGB XI

Vorgeschlagene Regelung:

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen sollen dauerhaft als Ergänzung zur Pflegevergütung auf Antrag einen Vergütungszuschlag zur Unterstützung der Leistungserbringung der medizinischen Behandlungspflege erhalten. Mit diesen Mitteln sollen ca. 13.000 neue Pflegepersonalstellen finanziert werden. Die PPV soll sich mit 44 Mio. Euro pro Jahr an den Kosten beteiligen. Die Mittel sollen vom Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung verwaltet werden.

Bewertung:

Zur Beteiligung der PPV durch eine Zahlung an den Ausgleichsfonds der Sozialen Pflegeversicherung mit Sonderabgabencharakter wird auf die Ausführungen unter I verwiesen.

a) Verfahren analog § 43b SGB XI i.V.m. § 84 Abs. 8 SGB XI und § 85 Abs. 8 SGB XI

Das vorgesehene Verfahren zur monatlichen Zahlung des gesamten ermittelten Vergütungszuschlages durch eine Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung stellt eine vollkommen neue Art der Finanzierung im Rahmen der Pflegeversicherung dar. Inwieweit damit das Ziel einer schnellen und unbürokratischen Vereinbarung des Zuschlags für das zusätzliche Personal und die entsprechende Zahlung an die Pflegeeinrichtung sichergestellt werden kann, ist offen. Unklar ist auch der damit verbundene Aufwand für die Beteiligten, u.a. die Pflegekassen und das Bundesversicherungsamt hinsichtlich Informationsaustausch und Durchführung der Zahlungen an die Pflegeeinrichtungen. Zu befürchten ist insgesamt ein erheblicher bürokratischer Zusatzaufwand.

Wenn der Gesetzgeber darauf gleichwohl nicht verzichten will, sollte er sich bei der Umsetzung an der Regelung in § 43b SGB XI orientieren. Die notwendigen Vereinbarungen über die Mehrkosten zusätzlichen Personals würden dabei von den üblichen Beteiligten der Vergütungsverhandlungen getroffen und die benötigten Mittel würden den Pflegeeinrichtungen über einen Zuschlag zum Entgelt zufließen.

Zudem sollte auch die Festlegung eines Personalschlüssels für das zusätzliche Personal im Bereich der Behandlungspflege erfolgen; bei den Betreuungskräften wurden 5 % der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Vollzeitkraft (entspricht einem Personalschlüssel von 1 zu 20) in § 85 Abs. 8 Nr. 2 SGB XI festgelegt. Dadurch kann in Abhängigkeit von der Anzahl der Pflegebedürftigen der Umfang des zusätzlichen Personals ermittelt und eine gerechtere Verteilung der zusätzlichen Personalstellen erreicht werden.

Die Zahlung der GKV könnte dabei weiterhin an den Ausgleichsfonds erfolgen. Der Abruf der Mittel beim Ausgleichsfonds würde jedoch durch die jeweilige Pflegekasse des Pflegebedürftigen erfolgen. Wie bereits bei den Vergütungszuschlägen für Betreuungskräfte nach § 43b SGB XI in § 84 Abs. 8 SGB XI festgelegt, müssten auch die Vergütungszuschläge für Behandlungspflege von der Pflegekasse getragen werden bzw. vom privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes erstattet werden – wobei

§ 28 Abs. 2 SGB XI entsprechend anzuwenden ist. Pflegebedürftige dürfen mit den Vergütungszuschlägen auch für Behandlungspflege weder ganz noch teilweise belastet werden.

b) Einvernehmen zur Verwendung der PPV-Mittel

Sofern keine Umsetzung der Finanzierung der zusätzlichen Pflegekräfte über einen Vergütungszuschlag in Anlehnung an die Regelungen in § 43b SGB XI erfolgt, so muss eine stärkere Einbindung der PPV in die Regelungen zur Verwendung der Mittel erfolgen.

Einerseits muss das Einvernehmen mit dem PKV-Verband zu den vorgesehenen Richtlinien, die Festlegungen zu Antragstellung, Nachweis und Zahlungsverfahren beinhalten und durch den GKV-Spitzenverband festzulegen sind, hergestellt werden.

Andererseits müsste die PPV bei der Verteilung der Mittel eigene Entscheidungen treffen können. Dies könnte beispielsweise durch Umsetzung der anteiligen Finanzierung der PPV in Form einer Direktzahlung der PPV an die Pflegeeinrichtung in Höhe von 7 % des durch die zuständige Pflegekasse ermittelten Vergütungszuschlages erfolgen, oder die PPV könnte bei 7 % der Pflegeeinrichtungen auch die vollständige Bearbeitung und Zahlung des Vergütungszuschlages übernehmen. In letzterem Fall müsste der PKV-Verband mit der Befugnis beliehen werden, Verwaltungsakte zu erlassen. Am Jahresende würde eine Abrechnung mit dem Bundesversicherungsamt erfolgen.

Soll das Finanzierungsverfahren der zusätzlichen Pflegestellen hingegen vollständig durch die Pflegekassen bzw. Landesverbände der Pflegekassen erfolgen, dann ist auch hier einzelfallbezogen das Einvernehmen herzustellen. Ein entsprechendes Verfahren findet bereits im Bereich der Förderung nach § 45c SGB XI seit vielen Jahren statt.

c) Rückzahlung/Verrechnung

Die finanzielle Beteiligung der PPV an der Finanzierung der Vergütungszuschläge für Behandlungspflege wird mit 44 Mio. Euro beziffert. Zur Sicherstellung einer zweckentsprechenden Verwendung der Mittel der PPV sind auch Regelungen zur Abrechnung inklusive Rückzahlung bzw. Verrechnung nicht abgerufener Mittel notwendig; entsprechende Regelungen finden sich auch in der Vereinbarung nach § 45c Abs. 8 SGB XI. Ansonsten würden durch den Ausgleichsfonds aus diesen Mitteln Leistungen der SPV finanziert, z.B. Pflegegeld für Pflegebedürftige der Sozialen Pflegeversicherung, die aus Beiträgen der Versicherten der Privaten Pflegepflichtversicherung resultieren. Hierbei würde es sich dann um einen verfassungsrechtlich unzulässigen Finanzausgleich zwischen SPV und PPV handeln.

3) §§ 8 Abs. 7, 9 und 10 SGB XI

Vorgeschlagene Regelung:

In den Jahren 2019 bis 2024 werden jährlich bis zu 100 Mio. Euro bereitgestellt, um Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen zu fördern, die das Ziel haben, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf zu verbessern. Förderfähig sind dabei gemeinschaftliche Betreuungsangebote sowie Schulungen und Weiterbildungen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf. Gefördert werden bis zu 50 % der durch die Pflegeeinrichtung aufgewendeten Mittel – maximal jährlich 7.500 Euro.

Durch den GKV-Spitzenverband sind unter Beteiligung des PKV-Verbandes Richtlinien zu den Voraussetzungen, Zielen, Inhalten und der Durchführung der Förderung sowie zum Verfahren zur Vergabe der Fördermittel durch die Landesverbände der Pflegekassen bis zum 31. März 2019 zu beschließen.

Bewertung:

Zur Beteiligung der PPV durch eine Zahlung an den Ausgleichsfonds der Sozialen Pflegeversicherung wird auf die Ausführungen unter I verwiesen.

a) Eigene Entscheidungen

Mit Blick auf ihre Rolle als eigenständiger Teil der Pflegeversicherung muss es der PPV ermöglicht werden, eigene Entscheidungen über die Verwendung der Mittel unter Beachtung der hier vorgesehenen Richtlinien zu treffen. Ziel ist es, durch einen Wettbewerb der Systeme (SPV, PPV) eine bessere Versorgung für alle Versicherten zu erzielen, wie dies beispielsweise bei der Pflegeberatung erfolgreich bewiesen wurde. So etablierte die PPV als erstes Pflegeversicherungssystem eine aufsuchende Pflegeberatung. Der Gesetzgeber hat mittlerweile – nach Einführung im System der PPV – für alle Pflegebedürftigen, unabhängig von ihrer Zugehörigkeit zu GKV oder PKV, die Möglichkeit einer aufsuchenden Pflegeberatung eingeführt.

Dies könnte beispielsweise durch Schulungen und Weiterbildungen für die Pflegeeinrichtungen erfolgen. Alternativ könnte auch eine anteilige Finanzierung der PPV in Höhe von 7 % der durch die Landesverbände der Pflegekassen ermittelten Fördersumme direkt an die Einrichtung erfolgen oder aber der PKV-Verband übernimmt die Antragsbearbeitung und auch die Auszahlung im Umfang von 7 %.

b) Einvernehmen zur Verwendung der PPV-Mittel

Sofern keine eigenen Entscheidungen der PPV vorgesehen werden, muss eine starke Einbindung der PPV in die Regelungen zur Verwendung der Mittel erfolgen. Dazu muss sichergestellt werden, dass die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes im Einvernehmen mit dem PKV-Verband beschlossen werden. Ein bloßes Beteiligungsrecht ist nicht ausreichend.

Einvernehmen zwischen PPV und SPV ist darüber hinaus auch bei den Einzelfallentscheidungen nach dem Vorbild von § 45c und d SGB XI erforderlich.

4) §§ 8 Abs. 8, 9 und 10 SGB XI

Vorgeschlagene Regelung:

In den Jahren 2019 bis 2021 soll ein einmaliger Zuschuss für Einrichtungen der ambulanten und stationären Pflege zur Entlastung der Pflegekräfte durch digitale Anwendungen bereitgestellt werden. Durch eine Anteilsfinanzierung von 40 % können maximal 12.000 Euro pro Einrichtung gefördert werden. Der GKV-Spitzenverband soll unter Beteiligung des PKV-Verbandes bis zum 31. März 2019 Richtlinien über die Voraussetzungen und zu dem Verfahren der Gewährung des Zuschusses beschließen. Die Landesverbände der Pflegekassen haben die sachgerechte Verteilung der Mittel sicherzustellen; diese führen auch die Bearbeitung der Anträge durch. Die PPV soll sich an diesen Kosten mit einem Anteil von 7 % beteiligen.

Bewertung:

Zur Beteiligung der PPV durch eine Zahlung an den Ausgleichsfonds der Sozialen Pflegeversicherung wird auf die Ausführungen unter I verwiesen.

a) Eigene Entscheidungen

Der PPV muss es ermöglicht werden, eigene Entscheidungen über die Verwendung der Mittel unter Beachtung der hier vorgesehenen Richtlinien zu treffen. Ziel ist es auch hier, durch einen Wettbewerb der Systeme (SPV, PPV) eine bessere Versorgung für alle Versicherten zu erzielen, wie dies beispielsweise bei der Pflegeberatung erfolgreich bewiesen wurde.

Dies könnte im Bereich der Digitalisierung durch Beratung sowie Aus-, Fort- und Weiterbildung für die Pflegeeinrichtungen erfolgen.

b) Einvernehmen zur Verwendung der PPV-Mittel

Sofern keine eigenen Entscheidungen der PPV vorgesehen werden, muss eine stärkere Einbindung der PPV in die Regelungen zur Verwendung der Mittel erfolgen. Dazu muss sichergestellt werden, dass die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes im Einvernehmen mit dem PKV-Verband beschlossen werden. Ein bloßes Beteiligungsrecht ist nicht ausreichend.

Einvernehmen zwischen PPV und SPV ist darüber hinaus auch bei den Einzelfallentscheidungen nach dem Vorbild von § 45c und d SGB XI erforderlich.

5) § 37 Abs. 4 und 5 SGB XI

Vorgeschlagene Regelung:

Es soll sichergestellt werden, dass durch die zuständige Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen weitergehende Beratung angeboten wird, sofern diese nach Überzeugung der Beratungsperson angezeigt ist. Ferner soll die Qualität der Beratungseinsätze gestärkt werden.

Bewertung:

Beide Regelungen sind zu begrüßen. Die Verknüpfung der Beratungseinsätze mit der Möglichkeit, weitergehende Beratung anzubieten, stärkt den Charakter der Beratungseinsätze als Kontaktpunkt, um Verbesserungsmöglichkeiten der Pflegesituation zu identifizieren und in die Wege zu leiten.

6) § 37 Abs. 3 Satz 5 SGB XI

Vorgeschlagene Regelung:

Die Höhe der Vergütung der Beratungseinsätze soll einrichtungsindividuell für Pflegedienste bzw. beauftragte Pflegefachkräfte erfolgen. Die Höhe der Vergütung anerkannter Beratungsstellen und von Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften wird ab dem Jahr 2020 durch die Landesverbände der Pflegekassen verbindlich für die Dauer eines Jahres festgelegt und soll in geeigneter Weise veröffentlicht werden.

Bewertung:

Diese Regelung ermöglicht eine ggf. erforderliche Anhebung der Vergütung im Zusammenhang mit der vorgesehenen Stärkung der Qualität der Beratungseinsätze. Zugleich führt diese Regelung zu unterschiedlichen Vergütungen. Die Information über die Höhe der geltenden Vergütung der Beratungseinsätze durch Pflegedienste, beauftragte Pflegefachkräfte, anerkannte Beratungsstellen und Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften sollte Bestandteil der Leistungs- und Preisvergleichslisten nach § 7 Abs. 3 SGB XI sein. Dies trägt zur Transparenz bei den pflegebedürftigen Personen bei. Darüber hinaus müssen die Informationen auch den privaten Versicherungsunternehmen, die die Private Pflegepflichtversicherung betreiben, für die Kostenerstattung zugänglich sein.

Die Pflegepflichtversicherung beinhaltet drei Beratungsformate:

- Die individuelle Beratung und Hilfestellung nach § 7a SGB XI zur Unterstützung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen und Hilfsangeboten. Die Inanspruchnahme ist freiwillig und soll möglichst in der Häuslichkeit erfolgen.
- Die Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI. Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Die Inanspruchnahme ist für Pflegegeldempfänger ab Pflegegrad 2 Pflicht und erfolgt in der Häuslichkeit.

- Schulungskurse für pflegende Angehörige nach § 45 SGB XI. Pflege und Betreuung soll erleichtert, Belastungen sollen gemindert werden. Die Inanspruchnahme ist freiwillig und kann auch in der Häuslichkeit erfolgen.

Die drei Beratungsformen wurden zu unterschiedlichen Zeitpunkten mit unterschiedlicher Zielrichtung gesetzlich verankert und weisen diverse Überschneidungen auf. Die vorgesehene Neuregelung § 37 Abs. 4 und 5 SGB XI zielt auf eine Verbesserung der Verzahnung der Beratungsformate.

Die PKV erbringt durch ihre Tochterunternehmen Compass Private Pflegeberatung und Medicproof alle drei Beratungsformen. Die Beratungseinsätze gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI sind durch ihren Pflichtcharakter in der Häuslichkeit ein geeigneter Kontaktpunkt, um Verbesserungsmöglichkeiten in der Pflegesituation aufzuzeigen. Die Erfahrung zeigt aber, dass die Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI meistens in ihrer vorgegebenen Häufigkeit nicht notwendig sind. Pflegegeldempfänger fühlen sich durch die Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI einer Kontrollpflicht unterzogen, die sie häufig nicht nachvollziehen können. Hierunter fallen insbesondere auch Familien, die pflegebedürftige Kinder haben. Sie sind in der Regel sehr gut informiert, über Kindergarten und Schule in regelmäßigem Kontakt mit Ärzten, Therapeuten und beruflich Pflegenden, die etwaige Vernachlässigungen feststellen würden und ohnehin melden müssten. Das trifft aber auch für ältere Pflegebedürftige zu, die sich z.B. durch den Besuch des Hausarztes in professioneller Kontrolle befinden.

Die Zielsetzung der Beratungseinsätze gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI sollte grundsätzlich weiter geschärft werden (Kontrolle der Mittelverwendung, Kontrolle der Sicherstellung der Pflege, früh an Menschen herankommen und weiteren Beratungsbedarf erkennen etc.). Je nach Ziel sollte der beste Weg zur Zielerreichung definiert werden anhand von Kriterien ggf. für verschiedene Gruppen (z.B. pflegebedürftige Kinder und Jugendliche) und nicht wie heute ausschließlich nach dem Pflegegrad. Dies bezieht sich auf die Durchführung als solche und auf den Rhythmus.

Eine bloße Anhebung der Vergütung greift vor diesem Hintergrund zu kurz. Das Gesetz sollte vielmehr genutzt werden, die Regelungen nach § 37 Absatz 3 insgesamt zu überdenken. Durch die vorgeschlagene Regelung würden sie dagegen eher verfestigt.

7) § 44 Abs. 5 SGB XI

Vorgeschlagene Regelung:

Für die Mitteilungen über die Feststellung der Beitragspflicht zur Rentenversicherung sowie bei Änderung in den Verhältnissen des Pflegebedürftigen oder der Pflegeperson sollen die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen spätestens zum 1. Januar 2020 ein elektronisches Verfahren vorsehen, bei dem die Mitteilungen an die Beihilfefestsetzungsstellen oder die Dienstherren automatisch erfolgen.

Bewertung:

Begrüßenswert ist, auch mit Blick auf den kurzen Umsetzungszeitraum, dass die Regelung zwar eine automatische, aber keine elektronische Mitteilung vorsieht. Die privaten Versicherungsunternehmen setzen in diesem Bereich bereits heute elektronische Verfahren ein, z.T. in Form einheitlicher Software-Lösungen, die sicherstellen, dass die Informationsschreiben an die Beihilfestellen automatisch erstellt und versandt werden.

B) REGELUNGEN FÜR DIE STÄRKUNG DER PFLEGE IN KRANKENHÄUSERN

1) § 17b Abs. 4 KHG

Vorgeschlagene Regelung:

Mit der Neuregelung sollen die Pflegepersonalkosten aus den Krankenhaus-Fallpauschalen (DRG) ausgegliedert werden.

Bewertung:

Die Herauslösung der Pflegepersonalkosten im Krankenhaus aus dem DRG-System und die vollständige Finanzierung von zusätzlichen oder aufgestockten Pflegestellen sowie von Personalmehrkosten stellt eine Abkehr vom Prinzip eines leistungsorientierten Vergütungssystems, in dem gleiche Krankenhausleistungen gleich bezahlt werden, dar. Der Anreiz für eine effiziente Krankenhausorganisation vermindert sich hierdurch. Für die PKV wie auch andere Kostenträger ist eine selbstkostenbasierte Vergütung im Bereich der Pflege mit erheblichen Mehrausgaben verbunden. An den eigentlichen Ursachen des Pflegepersonalproblems wird eine solche Umstellung der Vergütung indes nichts ändern: Die in der Vergangenheit zu konstatierende Stärkung bestimmter Krankenhausbereiche zu Lasten der Pflege ist nicht auf das DRG-System zurückzuführen, sondern auf das Kernproblem der Überkapazitäten bei den Krankenhausbetten und einer schon seit Jahren beanstandeten unzureichenden Investitionsfinanzierung durch die Länder.

Wie im Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen „Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern: Gründe und Reformoptionen“ vom April 2018 erneut bestätigt wurde, kompensieren die Krankenhäuser die unzulängliche Investitionsfinanzierung der Länder dadurch, dass sie sich die fehlenden Investitionsmittel durch eine Ausdehnung der Leistungsmenge verschaffen. Diese Entwicklung, verbunden mit Bettenüberkapazitäten im Krankenhausbereich, führt dazu, dass Pflegepersonal falsch gebunden wird und sich hierdurch ein negatives Pflegekraft-Betreuungsverhältnis eingestellt hat. Es sollte sich folglich darauf konzentriert werden, eine sinnvolle Strukturverbesserung in der Krankenhauslandschaft vorzunehmen und den Krankenhäusern seitens der Länder die benötigten Investitionsmittel zu Verfügung zu stellen, dann dürfte sich ggf. ergänzend mit sinnvollen Umstrukturierungen innerhalb des DRG-Systems ein besseres Betreuungsverhältnis einstellen. Einer mit erheblichen Mehrbelastungen für die Kostenträger bzw. Beitrags-

zahler verbundenen Herauslösung der Pflegekosten aus dem DRG-System bedarf es dagegen schlicht nicht. Im Gegenteil kann dieser Schritt die Flexibilität der Krankenhäuser und die Einführung zukunftsweisender personalsparender Prozessinnovationen im Krankenhaus hemmen.

2) § 17a Abs. 1 KHG

Vorgeschlagene Regelung:

Der vorliegende Entwurf des § 17a Abs. 1 KHG sieht vor, dass sämtliche Ausbildungsvergütungen für alle in § 2 Nr. 1a KHG genannten Gesundheitsberufe durch die Kostenträger finanziert werden sollen, selbst wenn die betreffenden Berufsgesetze keine Ausbildungsvergütung regeln. Überdies soll in der Krankenpflege im ersten Ausbildungsjahr eine vollständige und nicht – wie bisher – nur anteilige Refinanzierung erfolgen.

Bewertung:

Bisher ist es so, dass in den Berufsgesetzen zur Krankenpflege und zur Hebamme / Entbindungspfleger geregelt ist, dass den Auszubildenden eine (angemessene) Ausbildungsvergütung zu gewähren ist (vgl. § 12 KrPflG und ab 2020 § 19 PflBG sowie § 15 HebG). Auf dieser gesetzlichen Basis haben die Selbstverwaltungspartner (GKV-SV, PKV und DKG) in einer Rahmenvereinbarung gem. § 17a Abs. 2 S. 1 Nr. 1 KHG von 2009 die Finanzierung der Kosten der Ausbildungsvergütungen in diesen Gesundheitsberufen geregelt, wobei im Bereich der Krankenpflege bereits ab dem ersten Ausbildungsjahr eine Anrechnung für die Entlastung voll ausgebildeter Pflegekräfte mit einem bestimmten Schlüssel erfolgt (sog. Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen). Hinsichtlich der anderen in § 2 Nr. 1a KHG aufgeführten Gesundheitsberufe in Krankenhäusern (Physiotherapeut, Ergotherapeut, MTA u.a.) erfolgt keine Finanzierung etwaiger Ausbildungsvergütungen.

Die Neuregelung im § 17a KHG zur Ausweitung der Ausbildungsfinanzierung ist aus folgenden Gründen problematisch:

- In den jeweiligen Berufsgesetzen sollte zunächst eine eindeutige unabdingbare Verpflichtung zur Zahlung angemessener Ausbildungsvergütungen normiert werden. Diese wesentliche Grundentscheidung ist durch den Gesetzgeber zu treffen.
- Ebenso muss klargestellt werden, dass von den Kosten für Ausbildungsvergütungen diejenigen Aufwendungen abzuziehen sind, die das Krankenhaus spart, weil es infolge der Tätigkeit der Auszubildenden im Rahmen der praktischen Ausbildung im Krankenhaus weniger voll ausgebildetes Personal beschäftigen muss (Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen). Entsprechende Anrechnungsschlüssel müssen durch die Selbstverwaltungspartner in einer Rahmenvereinbarung oder ggf. durch die Schiedsstelle gemäß der in § 17a Abs. 2 S. 1 Nr. 1 KHG normierten Zuweisung festgelegt werden. Die Dienstleistungsgewerkschaft ver.di hat in ihren Veröffentlichungen stets auf die hohen Praxisanteile der Auszubildenden im Krankenhaus hingewiesen. In der Krankenpflege bestehen zu-

dem auch bereits im ersten Ausbildungsjahr Wertschöpfungsanteile der Auszubildenden, die es rechtfertigen, dass Ausbildungsvergütungen nicht vollständig refinanziert werden.

- Es muss insgesamt gesetzlich ausgeschlossen werden, dass Tarif- bzw. Vertragspartner zu Lasten der Kostenträger unangemessene Ausbildungsvergütungen vereinbaren können und die Kosten der Krankenhäuser durch Ausbildungszuschläge der Versicherer überkompensiert werden.

3) § 17c Abs. 5 KHG i.V.m. § 301 Abs. 2a SGB V

Vorgeschlagene Regelung:

Die Krankenkassen werden in § 301 Abs. 2a SGB V gesetzlich verpflichtet, den Krankenhäusern nach Aufnahmeanzeige unverzüglich einen bestehenden Pflegegrad im Wege der elektronischen Datenübertragung zu übermitteln. Für die PKV-Unternehmen soll in einem neu angefügten Satz in § 17c Abs. 5 KHG vorgesehen werden, dass diese die Pflegegrade ebenfalls unverzüglich im Wege des DFÜ-Verfahrens an die Krankenhäuser übermitteln sollen, wenn der Patient hierin einwilligt.

Bewertung:

Im Fallpauschalen-Katalog 2018 wurden die beiden Zusatzentgelte ZE162 und ZE163, die bei Pflegebedürftigkeit ab Grad 3 und einer Verweildauer von mindestens 5 Tagen im Zusammenhang mit einer im Anhang 1 des Fallpauschalen-Katalogs enthaltenen DRG eine zusätzliche Vergütung für den erhöhten Pflegeaufwand ermöglichen, neu eingeführt. Um das Zusatzentgelt korrekt abrechnen zu können, muss das Krankenhaus über einen bestehenden Pflegegrad 3 bis 5 in Kenntnis gesetzt werden. Selbstverständlich sollten Versicherungsunternehmen Krankenhäuser dann, wenn Umstände auf eine Pflegebedürftigkeit des Patienten im Ausmaß eines Pflegegrades 3 bis 5 hindeuten und hierzu keine sicheren Angaben des Patienten bzw. Angehöriger vorliegen, mit unverzüglichen Informationen unterstützen, damit diese auf einer gesicherten Basis abrechnen können. Es bedarf hierfür indes keiner gesetzlichen Verpflichtung, generell Pflegegrade zu übermitteln. Das würde in der Leistungspraxis einen kaum zu bewältigenden Aufwand darstellen, zumal die Private Kranken- und Pflegeversicherung nicht immer unter einem Dach organisiert sind und die Versicherten mit der Privaten Pflegeversicherung auch bei einem anderen Unternehmen versichert sein können. Es sollte vielmehr der PKV und der Krankenseite überlassen bleiben, eine praktikable Vereinbarung über die Übermittlung der Pflegegrade an Krankenhäuser zu treffen. Die PKV hat sich hierzu bereits mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) auf eine Anpassung der Rahmenvereinbarung zum elektronischen Datenaustausch, durch die eine Übermittlung von Pflegegraden in begründeten Fällen sichergestellt ist, verständigt. Einer darüber hinausgehenden gesetzlichen Regelung bedarf es nicht.

Es wird daher vorgeschlagen, Artikel 2 Nr. 2 (zu § 17c Abs. 5 KHG) entweder zu streichen oder durch eine Vorschrift zu ersetzen, dass die DKG und der PKV-Verband eine Vereinbarung über die Übermittlung der Pflegegrade an Krankenhäuser treffen.

III. Anträge der Fraktion DIE LINKE und der AfD

1) Ausreichend Krankenhauspersonal dauerhaft sichern (BT-Drucksache 19/4523)

Im Antrag der Fraktion DIE LINKE zur dauerhaften Sicherung ausreichenden Krankenhauspersonals wird zwar zu Recht das Problem der mangelhaften Investitionsfinanzierung in den Krankenhäusern moniert, der Antrag zeigt aber mit der Forderung einer dauerhaften bedarfsgerechten Selbstkostendeckung auch hinsichtlich weiterer Berufsgruppen in Krankenhäusern keinen zielführenden Weg zur Lösung des Problems auf. Eine Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip wäre rückwärtsgewandt und würde den Anreiz zur Schließung der konstatierten Investitionslücke nicht erhöhen.

2) Pflegepersonal in der Altenpflege nachhaltig stärken (BT-Drucksache 19/4524)

Die im Antrag der Fraktion DIE LINKE benannten Forderungen werden in weiten Teilen bereits durch eingeleitete Prozesse aufgegriffen. Die Vertragsparteien nach § 113 haben auf Grundlage des § 113c SGB XI einen Auftrag zur Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben beauftragt. Die Entwicklung und Erprobung soll bis zum 30. Juni 2020 abgeschlossen sein. Die Ergebnisse dieses Projektes sollten für weitere Entscheidungen und Festlegungen abgewartet werden. Dagegen ist es sinnvoll, schon jetzt über mögliche Konsequenzen nachzudenken. Im Rahmen der Konzierten Aktion Pflege (KAP) sollen bis Mitte 2019 konkrete Maßnahmen und Empfehlungen erarbeitet werden, um die Arbeitsbedingungen und Verdienstmöglichkeiten zu verbessern, Auszubildende für die neue Pflegeausbildung zu gewinnen, die Aus-, Fort- und berufliche Weiterbildung zu stärken, Pflegekräfte in der Pflege zu halten, den Wiedereinstieg in den Beruf zu fördern, aber auch Fachkräfte aus dem Ausland zu gewinnen. Ergänzend sollen Maßnahmen zur flächendeckenden Entlohnung in der Altenpflege nach Tarif und innovative Versorgungsansätze entwickelt sowie die Digitalisierung mit dem Ziel der Entlastung der Pflegekräfte genutzt werden. Explizit wird das Thema in der AG 3 der KAP behandelt.

Die Refinanzierung der Kosten der medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen ist sichergestellt. Aufgrund der Ausgestaltung der Pflegeversicherung als Teilkostenversicherung sind jedoch Eigenanteile durch die Menschen mit Pflegebedarf zu tragen.

Die Fraktion DIE LINKE schlägt in ihrem Antrag auch vor, die Finanzierung auf eine breitere und gleichzeitig stabilere Basis zu stellen. Dies soll durch Umwandlung des Pflegevorsorgefonds in einen Pflegepersonalfonds sowie durch Deckelung der Eigenanteile der Menschen mit Pflegebedarf erfolgen.

Die zum Teil beträchtlichen Selbstbehalte in der Pflege, die nicht nur im Pflegeheim, sondern auch bei der häuslichen Pflege zu tragen sind, resultieren aus der Ausgestaltung der gesetz-

lichen Pflegeversicherung als Teilkostenversicherung. Daraus sollte jedoch nicht der Schluss gezogen werden, die Pflegeversicherung müsse in eine Vollkostenversicherung umgestellt werden. Stattdessen liegt die Notwendigkeit auf der Hand, für den Pflegefall zusätzlich privat vorsorgen zu müssen. Dabei ist es auch die Verantwortung des Staates, die Bürger rechtzeitig auf Schwierigkeiten hinzuweisen, die sich bei der Finanzierung einer den Wünschen und Bedürfnissen entsprechenden Pflege künftig ergeben könnten. Der Gesetzgeber hat im Jahr 2012 auf diese Sicherungslücke reagiert und die geförderte ergänzende Pflegeversicherung (GEPV) eingeführt. Die Zulagenförderung ist dabei nicht bloß ein finanzieller Anreiz, sondern auch eine wichtige Botschaft an die Bürger, rechtzeitig ergänzend vorzusorgen.

Die Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze liefe auf ein Ende der Sozialversicherung hinaus: Eine Beitragsbemessungsgrenze entspricht dem Wesen einer (Sozial-)Versicherung. Ohne Beitragsbemessungsgrenze würden die Beiträge einer proportionalen Lohnsteuer entsprechen. Ihre Aufhebung hätte wiederum massive Auswirkungen auf Mittelschicht und Arbeitgeber und würde zugleich faktisch auf eine Etablierung einer zweiten Einkommenssteuer hinauslaufen.

3) Gerechte Finanzierungsgrundlagen für die Erbringung behandlungspflegerischer Leistungen in der stationären, ambulanten und häuslichen Pflege (BT-Drucksache 19/4537)

Im Antrag der AfD-Fraktion werden Änderungen an den Finanzierungsgrundlagen für die medizinische Behandlungspflege gefordert. Derzeit übernehme für Bewohner in vollstationären Pflegeeinrichtungen die Pflegeversicherung die Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege nur bis zur Höhe der gesetzlich festgelegten Zuschüsse. Die verbleibenden Kosten seien als Eigenanteil durch die Bewohner der Pflegeeinrichtung zu tragen. Gefordert werden aus Gründen der Gerechtigkeit gleiche Finanzierungsgrundlagen für die Erbringung behandlungspflegerischer Leistungen in der ambulanten, häuslichen und vollstationären Pflege.

Mit § 8 Abs. 6 SGB XI im Gesetzentwurf zum PpSG wird das Thema der Behandlungspflege in Pflegeeinrichtungen bereits aufgegriffen. Die GKV soll 640 Mio. Euro in den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zahlen. Zur Unterstützung der Leistungserbringung insbesondere im Bereich der medizinischen Behandlungspflege sollen vollstationäre Pflegeeinrichtungen damit zusätzliches Personal finanzieren. Auch wenn die PKV mit der Ausgestaltung nicht einverstanden ist (s.o.), sieht sie darin eine Chance, dass die Bewohner durch mehr Pflegepersonal besser versorgt werden.

Allein mit der zusätzlichen Abrechenbarkeit der Behandlungspflege in Pflegeheimen über die Krankenversicherung ergibt sich noch keine bessere Versorgung durch mehr Personal, möglicherweise noch nicht einmal eine Entlastung beim Heimentgelt.