

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

19(14)0036(18.4)

gel. VB zur öAnh am 10.10.2018 -
PpSG
5.10.2018



Spitzenverband

Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 05.10.2018

**zum Entwurf eines Gesetzes
zur Stärkung des Pflegepersonals
– Pflegepersonal–Stärkungsgesetz – PpSG
(Bundestagsdrucksache 19/4453)**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv–spitzenverband.de
www.gkv–spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	6
1. Altenpflege	6
2. Pflege im Krankenhaus	8
II. Stellungnahme zum Gesetzentwurf	14
Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)	14
§ 17a Abs. 1 S. 1 – Ausbildungsvergütung weitere Gesundheitsberufe	14
§ 17a Abs. 1 S. 3 und 4 – Wegfall der Anrechnungsschlüssel im ersten Ausbildungsjahr	16
§ 17a Abs. 3 S. 3 – Keine Obergrenze für Anstieg des Ausbildungsbudgets	18
§ 17b Abs. 1 – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser	19
§ 17b Abs. 4 – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser	20
§ 17b Abs. 5 S. 1 – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser	24
Artikel 2 (Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)	25
§ 12a (neu) – Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019	25
§ 14 S. 1 bis 4 – Auswertung der Wirkung der Förderung	30
§ 17b Abs. 3 S. 4 und 5 – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser	31
§ 17c Abs. 5 – Übermittlung des Pflegegrades durch die Private Krankenversicherung	32
§ 18 Abs. 3 S. 3 – Pflegesatzverfahren	33
§ 28 Abs. 4 Nr. 4 – Auskunftspflicht und Statistik	34
Artikel 3 (Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)	35
§ 17a Abs. 1 S. 3 – Finanzierung von Ausbildungskosten	35
Artikel 4 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)	36
§ 3 Abs. 4 S. 1 – Tarifierhöhungsrates bei der Vereinbarung eines Gesamtbetrages	36
§ 11 – Vereinbarungen für das einzelne Krankenhaus	37
Artikel 5 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)	38
§ 1 – Strukturfondsverordnung – neue Überschrift	38
§ 8 – Strukturfondsverordnung – Auswertungen	39
§ 10 – Strukturfondsverordnung – neue Überschrift	40
§ 11 – Förderungsfähige Vorhaben	41
§ 12 – Förderungsfähige Kosten	43
§ 13 – Verwaltungsaufgaben des Bundesversicherungsamts	45
§ 14 – Antragstellung	46
Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	47
§ 20 Abs. 6 S. 1 – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung	47

§ 20 Abs. 6 S. 2 und 3 (neu) – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung	48
§ 20 Abs. 6 S. 3 – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung	51
§ 20a Abs. 3 S. 6 – Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten	52
§ 20b Abs. 3 S. 1 – Betriebliche Gesundheitsförderung	53
§ 20b Abs. 3 S. 3 – Betriebliche Gesundheitsförderung	54
§ 20b Abs. 3 S. 4 – Betriebliche Gesundheitsförderung	55
§ 20d Abs. 3 S. 1 – Nationale Präventionsstrategie	56
§ 20d Abs. 3 S. 2 (neu) – Nationale Präventionsstrategie	57
§ 37 – Häusliche Krankenpflege	58
§ 40 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	61
§ 60 – Fahrkosten	65
§ 87 Abs. 2a S. 17 bis 20 – Bundesmantelvertrag, EBM, bundeseinheitliche Orientierungswerte	68
§ 87 Abs. 2k – Videosprechstunde (BEMA)	72
§ 119b Abs. 1 – Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen	74
§ 119b Abs. 2 – Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen	75
§ 132a – Versorgung mit häuslicher Krankenpflege	77
§ 137i – Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern; Verordnungsermächtigung	78
§ 137j (neu) – Pflegepersonalquotienten, Verordnungsermächtigung	79
§ 221 – Beteiligung des Bundes an Aufwendungen	81
§ 271 – Gesundheitsfonds	82
§ 275b – Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst	83
§ 291g Abs. 5 – Vereinbarung über die technischen Verfahren zur konsiliarischen Befundbeurteilung und zur Videosprechstunde	84
§ 301 – Krankenhäuser – Übermittlung des Pflegegrades durch die Krankenkassen	85
Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)	86
§ 8 Abs. 10 – Regelungen des Pflegezuschlages	86
§ 10 – Berücksichtigung der Notfallzu- und -abschläge in den Landesbasisfallwertvereinbarungen	89
Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)	91
§ 3 Nr. 3a (neu) – Grundlagen	91
§ 4 Abs. 2a – Vereinbarung eines Erlösbudgets	92
§ 4 Abs. 2a (neu) – Vereinbarung eines Erlösbudgets	93
§ 4 Abs. 4 S. 2 – Vereinbarung eines Erlösbudgets	95
§ 4 Abs. 8 S. 1 – Pflegestellten-Förderprogramm	96
§ 4 Abs. 8 S. 2 bis 4 – Pflegestellten-Förderprogramm	97
§ 4 Abs. 8 S. 4 (neu) – Pflegestellten-Förderprogramm	98
§ 4 Abs. 8 S. 5 – Pflegestellten-Förderprogramm	100

§ 4 Abs. 8 S. 8 (neu) – Pflegestellen-Förderprogramm	101
§ 4 Abs. 8 S. 9 (neu) – Pflegestellen-Förderprogramm	102
§ 4 Abs. 8 S. 12 (neu) – Pflegestellen-Förderprogramm	104
§ 4 Abs. 8a (neu) – Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf	105
§ 4 Abs. 9 S. 1 – Hygieneförderprogramm	107
§ 4 Abs. 9 S. 6 – Hygieneförderprogramm	108
§ 4 Abs. 9 S. 7 (neu) – Hygieneförderprogramm	109
§ 6 Abs. 3 – Vereinbarung sonstiger Entgelte	110
§ 6 Abs. 4 (neu) – Vereinbarung sonstiger Entgelte	111
§ 6a (neu) – Vereinbarung eines Pflegebudgets	112
§ 7 – Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen	115
§ 8 – Berechnung der Entgelte	116
§ 9 Abs. 1 Nr. 2a, Nr. 3 sowie Nrn. 7 bis 9 (neu) – Vereinbarung auf Bundesebene	117
§ 9 Abs. 1a – Vereinbarung auf Bundesebene	118
§ 10 Abs. 4 – Vereinbarung auf Landesebene	119
§ 10 Abs. 5 – Vereinbarung auf Landesebene	121
§ 10 Abs. 13 – Vereinbarung auf Landesebene	123
§ 11 – Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus	124
§ 12 S. 1 – Vorläufige Vereinbarung	125
§ 14 – Genehmigung	126
§ 15 – Laufzeit	127
§ 21 – Änderung der zu übermittelnden Strukturdaten	128
Artikel 10 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)	129
§ 4 Abs. 8 S. 1 – Pflegestellen-Förderprogramm	129
§ 6 Abs. 3 S. 5 – Vereinbarung sonstiger Entgelte	130
§ 9 Abs. 1 Nr. 7 – Vereinbarung auf Bundesebene	130
§ 10 Abs. 5 – Vereinbarung auf Landesebene	130
§ 10 Abs. 6 S. 1 – Orientierungswertermittlung	131
Artikel 11 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	133
§ 1 Abs. 7 – Soziale Pflegeversicherung	133
§ 8 – Gemeinsame Verantwortung	134
§ 33 – Leistungsvoraussetzungen	148
§ 37 Abs. 3 S. 1 – Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen	149
§ 37 Abs. 3 S. 5 – Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen	150
§ 37 Abs. 4 – Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen	152
§ 37 Abs. 5 – Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen	154
§ 37 Abs. 5a – Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen	155
§ 38a Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 – Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen	156
§ 44 Abs. 5 – Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen	157

§ 45a Abs. 1 Satz 5 – Angebote zur Unterstützung im Alltag	159
§ 45b Abs. 1 – Entlastungsbetrag	160
§ 45b Abs. 2 – Entlastungsbetrag	161
§ 45d Satz 3 – Förderung der Selbsthilfe, Verordnungsermächtigung	162
§ 46 Abs. 2 S. 7 – Pflegekassen	163
§ 55 Abs. 3a Nr. 2 – Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze.....	164
§ 56 Abs. 1 – Beitragsfreiheit	165
§ 56 Abs. 2 S. 1 – Beitragsfreiheit.....	166
§ 75 Abs. 3 – Rahmenverträge über die pflegerische Versorgung	167
§ 78 Abs. 4 – Verträge über Pflegehilfsmittel.....	169
§ 89 Abs. 3 – Grundsätze für die Vergütungsregelung.....	170
§ 106a – Mitteilungspflichten	172
§ 111 – Risikoausgleich.....	173
§ 113b – Qualitätsausschuss	174
§ 133 – Rechtsform und Vertretung in gerichtlichen Verfahren	175
§ 146 Abs. 1 – Übergangs- und Überleitungsregelung zur Beratung nach § 37 Absatz 3..	176
§ 146 Abs. 2 – Übergangs- und Überleitungsregelung zur Beratung nach § 37 Absatz 3..	177
III. Ergänzender Änderungsbedarf.....	178
Zu Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)	178
§ 2b (neu) – Definition der Station am Krankenhausstandort; mit Folgeänderungen in § 301 Abs. 1 SGB V und § 21 Abs. 2 KHEntgG sowie Neufassung des § 137i SGB V mit Folgeänderung in § 21 Abs. 4 S.2 KHEntgG	178
Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)	183
§ 12a (neu) – Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019; mit Folgeänderungen in § 2 KHG, § 293 Abs. 6 SGB V und § 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 SGB V.....	183
Zu Artikel 4 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung).....	185
§§ 3, 9 und 18 – Psych-PV-Umsetzung	185
Zu Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	187
§ 136c – Festlegung der Qualitätskriterien für die Ausweisung von Zentren durch den Gemeinsamen Bundesausschuss	187
§ 293 Abs. 8 (neu) – Einführung eines Verzeichnisses über Pflegedienstbeschäftigte – mit Folgeänderungen in § 302 Abs. 1 SGB V sowie § 103 Abs. 2 und § 105 Abs. 1 SGB XI.....	189
Zu Artikel 11 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	193
§ 105 – Abrechnung pflegerischer Leistungen	193
§ 113a – Expertenstandard zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege	195

I. Vorbemerkung

Der GKV-Spitzenverband befürwortet ausdrücklich die mit dem vorliegenden Gesetzesvorhaben angestrebte Zielsetzung, spürbare Verbesserungen im Alltag der Pflegekräfte in der Alten- wie Krankenhauspflege zu erreichen, um die Versorgungsqualität der Pflege für die Patienten zu erhöhen. Allerdings ist kritisch zu sehen, dass die Politik dabei reflexhaft die Beitragszahlenden stärker belasten möchte. Die mit dem Gesetzentwurf verbundenen jährlichen Mehrausgaben werden seitens des GKV-Spitzenverbandes – im Wesentlichen in Übereinstimmung mit den Schätzansätzen in der Gesetzesvorlage – für die gesetzliche Krankenversicherung auf rd. 2 Mrd. Euro, davon 500 Mio. Euro als jährliche Belastung der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, und für die soziale Pflegeversicherung auf rd. 250 Mio. Euro geschätzt. Schon allein das Volumen der versicherungsfremden Leistungen, die mit dem vorliegenden Gesetzesvorhaben eingeführt werden sollen, rechtfertigt einen Bundeszuschuss zur sozialen Pflegeversicherung.

1. Altenpflege

Zusätzliches Pflegepersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die angestrebte Schaffung von zusätzlichen 13.000 Pflegepersonalstellen in vollstationären Pflegeeinrichtungen als guten ersten Schritt zur Verbesserung der Versorgungsqualität in der Altenpflege. Die Querfinanzierung dieses zusätzlichen Pflegepersonals aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung und die dabei vorgesehene Systematik des pauschalen Abzugs von Beitragsmitteln der GKV werden abgelehnt.

Soweit der Gesetzgeber an der Querfinanzierung im Gesamtvolumen von 684 Mio. Euro p.a. festhält, ist hieran das private Versicherungssystem mit einem Marktanteil von 10 Prozent, entsprechend mit jährlich 68,4 Mio. Euro, zu beteiligen. Folglich ist im neuen § 37 Abs. 2a SGB V vorzusehen, dass die Krankenkassen jährlich bis zu 615,6 Mio. Euro an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zu leisten haben. Durch eine angemessene Beteiligung des privaten Versicherungssystems ist auch sichergestellt, dass es nicht zu einer Verschiebung zulasten der Solidargemeinschaft der GKV kommt. Zur Vermeidung zweckfremder Mittelverwendung sollte zudem bestimmt werden, dass der Abgeltungsbetrag der Krankenkassen nach § 37 Abs. 2a SGB V n. F. im Ausgleichsfonds auf 615,6 Mio. Euro begrenzt ist, d. h. die nicht abgerufenen Beträge den durch die GKV zu finanzierenden Abgeltungsbetrag mindern.

Hinsichtlich der Verteilung der Pflegestellen auf die Einrichtungen schlägt der GKV-Spitzenverband die Vorgabe eines Personalschlüssels vor, durch den die zusätzlichen Stellen gleichmäßig und gerecht verteilt werden. Der im Gesetzesentwurf vorgesehene Verteilungsmodus dagegen

führt dazu, dass die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen – je nach Platzzahl ihrer Einrichtung – unterschiedlich von den zusätzlichen Stellen profitieren. So bekäme sowohl eine Einrichtung mit 41 Bewohnerinnen und Bewohnern eine Vollzeitstelle finanziert als auch eine Einrichtung mit 80 Bewohnerinnen und Bewohnern.

Das vorgesehene Verteilungsverfahren ist darüber hinaus für die beteiligten Akteure sehr komplex und verwaltungsaufwändig konstruiert. Die Abwicklung über eine Pflegekasse vor Ort bedingt aufwändige Mitteilungs- und Übermittlungspflichten hinsichtlich der Berechnungs- und Auszahlungsparameter der stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeplätze bzw. Belegungszahlen). Der GKV-Spitzenverband regt an, ein praktikables und schnell umzusetzendes Verfahren zu etablieren, das z. B. analog der Regelung über die Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuungsleistungen (§§ 84 Abs. 8, 85 Abs. 8 SGB XI) gestaltet werden könnte und eine angemessene Berücksichtigung des privaten Versicherungssystems sicherstellt.

Betriebliche Gesundheitsförderung für Pflegekräfte

Mit dem Konzept der betrieblichen Gesundheitsförderung können die mit Pflegetätigkeiten verbundenen hohen körperlichen und psychischen Belastungen gesundheitsgerecht gestaltet und besser bewältigt werden. Im Sinne eines bedarfsgerechten und qualitätsgesicherten Einsatzes der Mittel sollte der grundsätzlich zu begrüßende Ausbau der betrieblichen Gesundheitsförderung für Pflegekräfte jedoch schrittweise und ohne feste Quotierung in Bezug auf Krankenhäuser und (teil)stationäre Pflegeeinrichtungen erfolgen.

Förderung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf sowie digitaler Anwendungen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen

Die Regelungen zur Förderung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf erfüllen ebenso wie die zum Ausbau der Digitalisierung von Pflegeeinrichtungen Aufgaben, die im Rahmen der Investitionsverpflichtungen aus Steuermitteln zu finanzieren sind. Bei einer Finanzierung aus Mitteln der sozialen Pflegeversicherung stellen sie zusätzliche versicherungsfremde Leistungen dar, für die der Bund zur Abgeltung einen Bundeszuschuss zu leisten hätte.

Vergütungszuschläge für Wegezeiten in der ambulanten Pflege

Die Vergütungssteigerungen der ambulanten Pflegedienste für längere Wegezeiten in ländlichen Gebieten führen angesichts der Begrenzung der Leistungsansprüche in der Pflegeversicherung (Teilleistungsprinzip) zu finanziellen Mehrbelastungen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen. Die vorgesehenen Regelungen sowohl im Bereich der Pflegeversicherung als auch der Krankenversicherung sind zudem nicht geeignet, zur intendierten Verbesserung der Versorgung in ländlichen Regionen beizutragen.

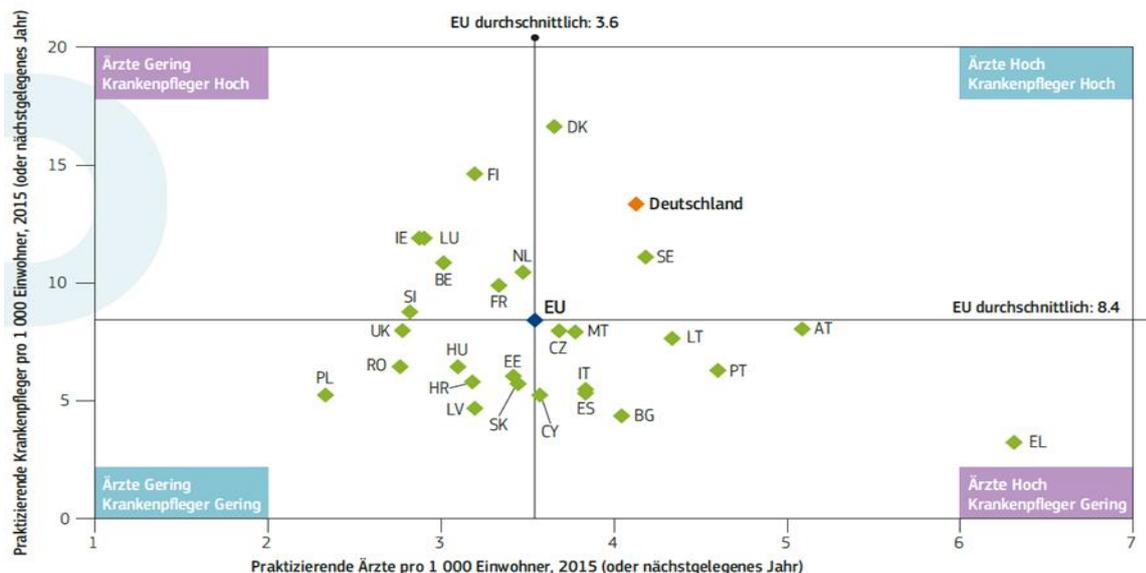
Wechselwirkung zwischen Kranken- und Altenpflege

Mit dem Gesetzesvorhaben soll auch zusätzliches Pflegepersonal in Krankenhäusern vollständig refinanziert und das Selbstkostendeckungsprinzip für Pflegekosten eingeführt werden. Dies birgt die erhebliche Gefahr, dass sich Krankenhäuser einen Überbietungswettbewerb um neue Pflegekräfte liefern werden, der im Ergebnis zu Lasten der geringer entlohnten Beschäftigung in der Altenpflege geht.

2. Pflege im Krankenhaus

Die Zahl der in der Pflege Beschäftigten konnte bis dato aufgrund weiterhin unangetasteter stationärer Überkapazitäten mit der Zunahme der Fallzahlen nicht Schritt halten. Und dies, obwohl die Zahl der Beschäftigten in der Krankenpflege in den letzten Jahren deutlich zugenommen und auch die Zahl der Auszubildenden in der Pflege einen neuen Höchststand erreicht hat. Deutschland verfügt über einen sehr großen stationären Krankensektor. Pro 100.000 Einwohner gibt es 813 Betten – die höchste Quote in der EU und 58 % über dem Durchschnitt. Die Bettenkapazität ist seit 2000 nur um 11 % verringert worden, während Länder wie Finnland oder Dänemark ihre Kapazitäten im gleichen Zeitraum um mehr als 40 % gesenkt haben. Deutschland weist außerdem hohe und steigende Zahlen an Ärzten und Krankenpflegern auf. Sowohl das Verhältnis an der Bevölkerung als auch die Wachstumsrate liegt weit über dem EU-Durchschnitt (vgl. Abbildung).

Abbildung: Deutschland weist relativ zur Bevölkerung vergleichsweise hohe Zahlen an Ärzten und Krankenpflegern auf



Anmerkung: In Portugal und Griechenland beziehen sich die Daten auf alle Ärzte, die eine Zulassung haben, was zu einer großen Überschätzung der Anzahl der praktizierenden Ärzte führt (z. B. ungefähr 30 % in Portugal). In Österreich und Griechenland wird die Anzahl der Krankenpfleger unterschätzt, da nur im Krankenhaus tätige Pfleger berücksichtigt werden.

Quelle: Eurostat-Datenbank.

Deutschland hat weit überdurchschnittlich viele praktizierende Ärzte und Pflegekräfte, allerdings noch nicht genug für die in vielen Regionen historisch aufgeblähte Krankenhauslandschaft. Eine dysfunktionale Krankenhausplanung, eine mangelhafte Investitionsfinanzierung der Länder sowie im internationalen Vergleich sehr hohe stationäre Verweildauern und Fallzahlen sorgen trotz dieser beneidenswerten Ausgangssituation für einen spürbaren Mangel an Pflegekräften, damit verbundene Pflegemängel und schlechte Arbeitsbedingungen. Eine gemeinsam getragene Vision davon, wie die Krankenhauslandschaft zukünftig zu entwickeln ist, fehlt. Anstatt in dieser Situation den – ebenfalls in diesem Gesetzesvorhaben angesprochenen – Strukturfonds mutig zu nutzen, um endlich doch Überkapazitäten abzubauen und international zumindest Anschluss zu suchen, wird nach der Formel „Mehr von allem“ verfahren. Auf der einen Seite wird mit der Einführung der Selbstkostendeckung im Bereich der Finanzierung der Pflegepersonalkosten die Betriebskostenfinanzierung Pflege in Strukturen finanziert, die – dies zeigt der internationale Vergleich überdeutlich – nicht mehr tragfähig sind. Auf der anderen Seite wird über den Strukturfonds offen Krankenhausinvestitionsfinanzierung betrieben, die Überkapazitäten perpetuiert.

Neben den Personalproblemen dürfen die strukturellen Probleme nicht aus den Augen verloren werden. Die gesetzlichen Krankenkassen fordern deshalb den Gesetzgeber auf, die Krankenhausversorgung endlich an langfristig bedarfsgerechten Strukturen zu orientieren und eine an internationalen Trends, technischen Möglichkeiten und medizinischen Entwicklungen ausgerichtete Krankenhausstruktur zu schaffen. Die gesetzlichen Vorgaben sind entsprechend anzupassen. Sowohl die personellen als auch die monetären Ressourcen hierfür sind vorhanden.

Pflegezuschlag geht im Pflegebudget auf

Die vom Gesetzgeber konsequent umgesetzte Verlagerung des Pflegezuschlages in Höhe von 500 Mio. Euro in das Pflegebudget ist sachgerecht, da die gesamten Pflegepersonalkosten künftig mit dem Pflegebudget abgegolten werden. Etwasige Aussagen der Krankenhausvertreter, das Geld nicht zur Förderung der pflegerischen Versorgung verwendet zu haben, sind inakzeptabel. Die GKV ist über die Argumentationen der Leistungserbringer erschüttert, da die vorgebrachten Argumente lediglich belegen, dass die Krankenhäuser die finanziellen Mittel des Pflegezuschlages anscheinend nicht für Pflege ausgegeben haben. Ab 2020 wird für die Krankenhäuser im Bereich der Pflegekosten ein System der Selbstkostendeckung eingeführt. Damit werden alle Kosten, die den Krankenhäusern im Pflegebereich entstehen, vollständig ausfinanziert.

Bessere Pflegepersonalregelungen schaffen: Pflegepersonaluntergrenzen für alle Stationen und Begrenzung der Selbstkostendeckung

Der GKV-Spitzenverband sieht die Notwendigkeit, verpflichtende Vorgaben zur Pflegepersonalbesetzung zu treffen. Die Grundlage muss eine schicht- und stationsgenaue Erfassung der Istsituat-

tion und ergänzend ein am individuellen Pflegebedarf ausgerichtetes sowie arbeits- und pflegewissenschaftlich fundiertes Personalbemessungsinstrument sein. Eine grundlegend andere Pflegepersonalkostenvergütung mit Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System wird kritisch gesehen. Ursächlich für die in der Pflege bestehenden Probleme ist nicht die Art der Finanzierung der Krankenhäuser über DRG-Fallpauschalen, sondern die eklatante Fehlverwendung der gezahlten DRG-Erlöse durch die Krankenhäuser. Das zu behebende Problem in der Pflegepersonalkostenfinanzierung ist demnach nicht die Art des leistungsbezogenen Mitteltransfers via DRG-Fallpauschalen an die Krankenhäuser, sondern die Zweckentfremdung von Pflegeerlösen für die fehlende Investitionsfinanzierung und den Erhalt teils unwirtschaftlicher Strukturen.

Die nun vorgeschlagene Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRG-Fallpauschalen löst zwar das Problem der zweckgebundenen Finanzierung in der Pflege, da mit der Vereinbarung des Pflegebudgets auch nur tatsächlich belegte Pflegepersonalkosten finanziert werden. Die mit der Selbstkostendeckung verbundenen Fehlanreize wiegen allerdings schwer. Vor diesem Hintergrund sollten die möglichen und in der Vergangenheit zu beobachtenden Fehlanreize der Selbstkostendeckung bei der Ausgestaltung der künftigen Pflegefinanzierung weitestgehend ausgeschlossen werden. Ein System, das keinerlei Bedarfsrahmen setzt und umfangreiche Nachweis- und Kontrollpflichten bedingt, kann keine Dauerlösung sein. Ein Finanzierungsrahmen, in dem die dem einzelnen Krankenhaus (in jedweder Höhe) entstehenden Pflegepersonalkosten immer als wirtschaftlich im Sinne des § 12 SGB V definiert werden, ist weder glaubwürdig noch auf Dauer finanzierbar. Die Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip für Pflegeausgaben lehnt der GKV-Spitzenverband ab.

Ergänzend dazu wird die zeitlich zu befristende Einführung der Selbstkostendeckung im Zuge des krankenhausesindividuellen Pflegebudgets durch eine Effizienzgrenze auf Ganzhausebene vorgeschlagen. Eine Effizienzgrenze auf Ganzhausebene gibt ergänzend den maximalen Finanzierungsrahmen vor, innerhalb dessen das Pflegebudget vereinbart werden darf und als wirtschaftlich gelten kann. Dies schützt gleichermaßen vor inadäquater Allokation der Pflegekräfte auf einzelne (attraktive) Krankenhäuser ebenso wie vor Fehlentwicklungen alter Zeiten, in denen etwa die Pflegekräfte auch für die Raumpflege eingesetzt wurden. Ohne Effizienzgrenze würden pflegeentlastende Maßnahmen obsolet oder im schlimmsten Falle rückabgewickelt.

Positiv aus Sicht der GKV ist der neu eingeführte § 137j SGB V zu bewerten. Diese Maßnahme auf Ganzhausebene stellt auf den Pflegepersonalquotienten ab, der das Verhältnis zwischen den Vollzeitkräften im Pflegedienst und dem anfallenden Pflegeaufwand darstellt. Damit zeigt dieser Quotient, wie viel Pflegepersonal ein Krankenhaus im Verhältnis zu dem in seinem Haus anfallenden Pflegeaufwand einsetzt. Durch einen bundesweiten Vergleich der für jedes Krankenhaus berech-

neten Quotienten soll deutlich gemacht werden, welche Krankenhäuser im Verhältnis zu dem anfallenden Pflegeaufwand viel oder wenig Pflegepersonal einsetzen. Dieser gute Ansatz kann aber kein Ersatz für die geplante Ausweitung der Pflegepersonaluntergrenzen auf das ganze Krankenhaus sein.

Die Thematik „Pflegepersonaluntergrenzen“ und die beabsichtigte Ausdehnung der Untergrenzen auf alle bettenführenden Abteilungen sollte im Rahmen dieses Gesetzgebungsverfahrens erfolgen und nicht auf einen unbestimmten späteren Zeitpunkt verschoben werden. Mit dieser Ausdehnung von Pflegepersonaluntergrenzen auf alle bettenführenden Krankenhausabteilungen müssen bestehende Umsetzungsprobleme in der Definition von schichtgenauen Pflegepersonaluntergrenzen gesetzlich gelöst werden. Dies betrifft insbesondere eine gesetzlich verankerte Stationsdefinition als Bezugspunkt für die Normierung von Pflegepersonaluntergrenzen und den Verzicht auf die Operationalisierung von Verlagerungseffekten. Die für die Maßnahmen notwendigen Vorarbeiten liegen vor und sollten kurzfristig ab dem Budgetjahr 2019 parallel eingeführt werden.

Zu begrüßen ist die Schaffung des „Pflegeerlöskataloges“ in Ergänzung zu dem zu entwickelnden, am individuellen Pflegebedarf ausgerichteten Personalbemessungsinstrument. Dieser Erlöskatalog wird aus Transparenzgründen benötigt, um die Pflegepersonaluntergrenzen sachgerecht normieren und standardisieren zu können. Zum einen dient die Kenntnis um die Kosten der Pflege zur Abgrenzung der Kosten der Kalkulation im Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Zum anderen ist der Pflegeerlöskatalog aus Verteilungsgründen zwischen den Krankenkassen bei der Abfinanzierung des Pflegebudgets unverzichtbar.

Es muss darauf hingewiesen werden, dass der beabsichtigte Zeitplan zur Vereinbarung eines Pflegebudgets ambitioniert ist, da erst Anfang 2019 die wesentlichen Festlegungen seitens der Selbstverwaltung getroffen werden. Die separate Abrechnung der Pflegekosten ab 2020 setzt voraus, dass die Bewertungsrelationen für die DRGs des Katalogjahres 2020 auf Basis der Daten der Kalkulationshäuser von 2018 ermittelt werden. Gegebenenfalls liegen nicht alle Informationen in der notwendigen Differenzierung vor, so dass wesentliche Anpassungen in den Folgejahren zu erwarten sind.

Um Patientengefährdungen durch akuten Personalmangel auszuschließen, sind nachträgliche Erlössanktionen ungeeignet. Es gilt gesetzlich zu verankern, dass die Patientenströme an vorhandene Personalkapazitäten angepasst werden können. Grundlage hierfür muss ein am Pflegebedarf ausgerichtetes sowie arbeits- und pflegewissenschaftlich fundiertes Personalbemessungsinstrument sein, welches verpflichtend anzuwenden ist. Für diesen Zweck ist es unerlässlich, die Personalkapazitäten zeitnah und transparent, d. h. taggenau und schichtbezogen, darzustellen. Anga-

ben zu monatsbezogenen Durchschnittswerten verschleiern Patientengefährdungen, da unterbesetzte Schichten durch überbesetzte Schichten rechnerisch kompensiert werden können. Dies ist inakzeptabel.

Pflegepersonaluntergrenzen und zusätzliche Ausgaben für Pflege dürfen nicht die einzigen Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegesituation sein. Es kommt nicht nur darauf an, dass das Geld bei der Pflege ankommt, die Pflege muss auch beim Patienten ankommen. Dafür sind aufwandsarme digitale Erfassungssysteme für Pflegeleistungen als Basis für eine umfassende Verbesserung der Qualitätsinstrumente zu entwickeln.

Zur Verbesserung der Pflege bedarf es verpflichtender Vorgaben zur Personalausstattung aller Bereiche im Krankenhaus. Nur so kann im Sinne der Versicherten/Patienten eine gute Versorgung sichergestellt werden.

Krankenhausstrukturfonds nicht zweckentfremden

Ein Einstieg in den Abbau von Überkapazitäten ist insbesondere in den überversorgten urbanen Gebieten weiterhin dringend angezeigt. Der Krankenhausstrukturfonds ist ein Instrument mit Potenzial und ein sinnvoller Ansatz, den notwendigen Strukturwandel im stationären Bereich zu erwirken. Erste Auswertungen zeigen allerdings, dass lediglich 6 % der Mittel aus dem Strukturfonds in tatsächlichen Kapazitätsabbau geflossen sind. Um das Instrument wirksam weiterzuentwickeln, ist anstelle einer Verteilung nach Länderproporz eine Antragstellung durch die Krankenhausträger und eine bedarfsabhängige Priorisierung von Schließungsmaßnahmen vorzusehen.

Mit der beabsichtigten Ausweitung der Förderzwecke droht stattdessen eine noch stärkere Zweckentfremdung der Mittel des Strukturfonds für allgemeine investive Maßnahmen in Krankenhäusern, deren Finanzierung Aufgabe der Länder ist.

Außerdem ist sicherzustellen, dass die private Krankenversicherung (PKV) angemessen am Strukturfonds beteiligt wird. Die Regelungen im SGB XI zur Finanzierung zusätzlicher Pflegestellen zeigen, dass dies möglich ist.

Vollständige Tarifierfinanzierung

Die bislang gültige hälftige Refinanzierung von Tarifsteigerungen wird künftig im Pflegebereich durch eine vollständige Tarifierfinanzierung ersetzt. Aufgrund der Vielzahl sich überschneidender Finanzierungsregelungen im Krankenhausbereich (hier insbesondere Bundesbasisfallwertkonvergenz) ist schon die bisherige zusätzliche hälftige Tarifierfinanzierung unnötig – Gleiches gilt entsprechend auch für die vollständige Tarifierfinanzierung. Sowohl im Landesbasisfallwert, im Ori-

entierungswert bzw. im Veränderungswert als auch über Mehrleistungen werden Personalkostensteigerungen und damit auch die tarifbedingten Kostensteigerungen der Pflege bereits in der Krankenhausfinanzierung einschließlich des Bereiches der Bundespflegesatzverordnung (BPFIV) abgebildet. Statt weiter die gezahlten Erlöse für die Pflege zu erhöhen, sollte die zweckentsprechende Mittelverwendung im Fokus stehen. Die Maßnahme wird daher von der GKV abgelehnt. Vielmehr ist eine Klarstellung überfällig, die die Mehrfachfinanzierung der Tarifikostensteigerungen im Rahmen der Krankenhausfinanzierungsregelungen ausschließt.

Damit verbunden ist, die Meistbegünstigungsklausel bei der Landesbasisfallwertberechnung ersatzlos zu streichen und den Orientierungswert als maßgeblich festzulegen. Die volle Tarifrefinanzierung kann darüber hinaus weitreichende Folgen für die zwischen Gewerkschaften und Arbeitgebern stattfindenden Tarifverhandlungen haben. Tarifpartner könnten durch die Möglichkeit der vollständigen Weiterreichung der Kostensteigerungen ihr ökonomisches Interesse verlieren, angemessene Tarifabschlüsse zu vereinbaren. Tarifsteigerungen und damit Kostensteigerungen für die GKV sind hierdurch zu erwarten. Es besteht zudem die Gefahr der Ausweitung der Regelung auf andere Personalbereiche des Krankenhauses. Dies würde die Verhandlung des Landesbasisfallwertes endgültig überflüssig machen. Denn eine vollständige Tarifrefinanzierung ist bereits jetzt gegeben, der Landesbasisfallwert steigt jedoch aufgrund weiterer Verhandlungstatbestände, wie der Möglichkeit zur Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsreserven, nicht ausschließlich um die Tarifraten. Entsprechende Initiativen weiterer Gesundheitsberufe gibt es bereits. Weitere jährliche Mehrkosten für die GKV wären die Folge. Jeglicher Anreiz, die Krankenhausstrukturen zukunftsfähig und finanzierbar weiterzuentwickeln, wäre genommen.

Im Übrigen wird auf die nachfolgenden Stellungnahmen zu den einzelnen Änderungsvorschriften verwiesen.

II. Stellungnahme zum Gesetzentwurf

Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 1 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa)

§ 17a Abs. 1 S. 1 – Ausbildungsvergütung weitere Gesundheitsberufe

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung beabsichtigt die Ausdehnung der Refinanzierungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenkassen auf die Übernahme von Ausbildungsvergütungen der weiteren Gesundheitsberufe gemäß § 2 Nr. 1a KHG.

B) Stellungnahme

Die Refinanzierung der Ausbildungsvergütung durch die gesetzliche Krankenversicherung war bislang auf die Pflegeberufe und Hebammen/Entbindungspfleger begrenzt – im Einklang mit den in den jeweiligen Berufsgesetzen geregelten Ansprüchen auf eine Ausbildungsvergütung.

Die Intention des Gesetzgebers, Ausbildungsvergütungen für weitere nach § 2 Nr. 1a KHG genannte Ausbildungsberufe zu ermöglichen und die Refinanzierung durch die gesetzlichen Krankenkassen auf diese Ausbildungsvergütungen zu erweitern, soll mit der vorgeschlagenen Regelung umgesetzt werden. Der GKV-Spitzenverband begrüßt grundsätzlich die gesetzliche Klarstellung zur Finanzierung der Ausbildungsvergütungen für die im KHG benannten Ausbildungsberufe, soweit diese gesetzlich oder tarifvertraglich bedingt sind. Dies geschieht jedoch über den bisherigen Rahmen, der durch die Berufsgesetze für Pflege und Hebammen/Entbindungspfleger in Verbindung mit § 17a Abs. 1 KHG gegeben war, hinaus. Es sollte bei der beabsichtigten Neuregelung berücksichtigt werden, dass zuletzt in § 29 Abs. 2 S. 4 Pflegeberufegesetz (PfIBG) Regelungen hinsichtlich der Ausbildungsvergütungen getroffen wurden. Um Auslegungsschwierigkeiten zu vermeiden, empfiehlt sich für die Änderung des § 17a Abs. 1 S. 1 KHG eine enge Orientierung an den kürzlich getroffenen Regelungen des § 29 Abs. 2 S. 4 PfIBG oder aber eine analoge Anpassung der weiteren Berufsgesetze.

Es fehlt zudem eine Regelung zu Anrechnungsschlüsseln für die durch dieses Gesetz künftig zu refinanzierenden Ausbildungsvergütungen der weiteren Ausbildungsberufe nach KHG. Bei der beabsichtigten Refinanzierung von Ausbildungsvergütungen für die weiteren KHG-Berufe sind Anrechnungsschlüssel auch für diese zu prüfen, da hier ebenfalls von einem Wertschöpfungsanteil auszugehen ist.

Die Maßnahme der Ausweitung der Finanzierungsregelung wird perspektivisch zu Mehrkosten für die GKV im niedrigen dreistelligen Millionenbereich führen. Die grundsätzliche Zuständigkeit der GKV für die Finanzierung von Ausbildungsberufen wird mit dieser Ausdehnung auf weitere Ausbildungsvergütungen fortgeführt und verstärkt, während in allen anderen Bereichen die Ausbildungsfinanzierung eine staatliche Aufgabe darstellt.

C) Änderungsvorschlag

Vgl. Kommentierung zu Artikel 1 Nr. 1 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb).

Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 1 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb)

§ 17a Abs. 1 S. 3 und 4 – Wegfall der Anrechnungsschlüssel im ersten Ausbildungsjahr

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch den Wegfall des Anrechnungsschlüssels bei den Ausbildungsvergütungen der Pflegeberufe im ersten Ausbildungsjahr wird die anteilige Refinanzierung in eine – für diesen Zeitraum – vollständige Refinanzierung durch die gesetzlichen Krankenkassen umgewandelt. Damit soll ein stärkerer Anreiz für Ausbildung geschaffen werden.

B) Stellungnahme

Inhaltlich ist es unverständlich, dass der Anrechnungsschlüssel im ersten Jahr komplett entfällt. Auch im ersten Ausbildungsjahr ist ein Anrechnungsschlüssel durchaus gerechtfertigt, da von den Auszubildenden entsprechende pflegerische Tätigkeiten übernommen werden. Der tatsächliche Wertschöpfungsanteil steht sicherlich in Abhängigkeit zum Ausbildungsniveau. Bisher wurde ein Durchschnittswert über drei Jahre vorgegeben. Dieser seit 2005 gültige Anrechnungsschlüssel sollte überprüft und angepasst werden. Sinnvoll wäre eine Staffelung der Anrechnungsschlüssel nach Ausbildungsjahren, die dann wiederum die tatsächliche Entlastung der Pflege durch die Auszubildenden sachgerecht widerspiegelt. Ursächlich für die Anwendung von Anrechnungsschlüsseln ist, dass die Auszubildenden eine Ausbildungsvergütung im Hinblick darauf erhalten, dass deren praktische Tätigkeit für die Patientenversorgung verwertbar ist. In die vorgesehene Anpassung zum Anrechnungsschlüssel von 6 : 1 wurden zudem die Auszubildenden in der Kinderkrankenpflegehilfe nicht aufgenommen.

Kritisch anzumerken ist, dass durch den Wegfall der Anrechnung im ersten Ausbildungsjahr zunächst keine neuen Ausbildungsplätze geschaffen werden und auch die Anreize für junge Menschen nicht steigen, eine entsprechende Ausbildung anzutreten. Es handelt sich demnach lediglich um einen Mitnahmeeffekt für die Krankenhausträger.

Es fehlt zudem eine Regelung zu Anrechnungsschlüsseln für die durch dieses Gesetz künftig zu refinanzierenden Ausbildungsvergütungen der weiteren Ausbildungsberufe nach KHG. Bei der beabsichtigten Refinanzierung von Ausbildungsvergütungen für die weiteren KHG-Ausbildungsberufe sind Anrechnungsschlüssel auch für diese zu prüfen, da hier ebenfalls von einem Wertschöpfungsanteil auszugehen ist.

C) Änderungsvorschlag

§ 17a Abs. 1 S. 3 und 4 n. F. wird wie folgt gefasst:

*„Bei der Ermittlung der Mehrkosten der Ausbildungsvergütung sind Personen, die in der Krankenpflege oder Kinderkrankenpflege ausgebildet werden, im zweiten ~~und dritten~~ Jahr ihrer Ausbildung im Verhältnis 9,5 zu 1 **und im dritten Jahr ihrer Ausbildung im Verhältnis 7 zu 1** auf die Stelle einer in diesen Berufen voll ausgebildeten Person anzurechnen. Personen, die in der Krankenpflegehilfe **oder Kinderkrankenpflegehilfe** ausgebildet werden, sind nach dem ersten Jahr ihrer Ausbildung im Verhältnis 6 zu 1 auf die Stelle einer in den Berufen der Krankenpflege oder der Kinderkrankenpflege voll ausgebildeten Person nach Satz 2 anzurechnen.“*

Folgender Satz 5 wird ergänzt:

„Für alle anderen in § 2 Nummer 1a genannten Ausbildungsberufe sind Personen jeweils im Verhältnis von n zu 1 auf die Stelle einer in diesen jeweiligen Berufen vollausgebildeten Person anzurechnen.“

Alternativ:

§ 17a Abs. 2 S. 1 Nr. 1 KHG wird wie folgt gefasst:

„Mit dem Ziel, eine sachgerechte Finanzierung sicherzustellen, schließen

*1. die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 auf Bundesebene eine Rahmenvereinbarung insbesondere über die zu finanzierenden Tatbestände, die zusätzlichen Kosten aufgrund der Umsetzung des Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze und über ein Kalkulationsschema für die Verhandlung des Ausbildungsbudgets nach Absatz 3 **und vereinbaren Schlüssel für die Anrechnung der Auszubildenden auf die Stelle einer voll ausgebildeten Person in denjenigen Ausbildungsberufen nach § 2 Nummer 1a, für die diese nicht bereits in Absatz 1 definiert sind;**“*

Als Folgeänderung wird § 17a Abs. 1 S. 2 wie folgt gefasst:

„Abweichend von Satz 1 sind bei einer Anrechnung nach den Sätzen 3 und 4 oder der entsprechenden Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 nur die Mehrkosten der Ausbildungsvergütung zu finanzieren.“

Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 1 Buchstabe b)

§ 17a Abs. 3 S. 3 – Keine Obergrenze für Anstieg des Ausbildungsbudgets

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Klarstellung ist gemäß Gesetzentwurf beabsichtigt, unterschiedliche Rechtsauffassungen hinsichtlich der Überschreitung der Obergrenze zu vermeiden.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Finanzierung tatsächlicher Kostenzuwächse darf nicht den gesetzlich definierten Grundsatz wirtschaftlicher Betriebsgröße und Betriebsführung durchbrechen, da andernfalls das Risiko einer Selbstkostendeckung für unwirtschaftliche Ausbildungsstrukturen besteht. Die Beibehaltung des Grundsatzes der wirtschaftlichen Betriebsgröße und Betriebsführung ist daher folgerichtig, um zumindest keine Überschreitung der Obergrenze durch unwirtschaftliche Strukturen bzw. anderweitige Fehlentwicklungen zuzulassen. Hinsichtlich der Nachweisführung sind die sachgerechte Mittelverwendung für tariflich vereinbarte Ausbildungsvergütungen und die Rückzahlungsverpflichtung für nicht zu diesem Zweck verwendete Mittel zu ergänzen.

C) Änderungsvorschlag

In § 17a Abs. 4a KHG werden nach dem Wort „Ausbildungskosten“ ein Komma und die Wörter *„insbesondere zur Einhaltung der tarifvertraglichen Regelungen bei den Ausbildungsvergütungen“* eingefügt.

In § 17a Abs. 4a KHG wird folgender Satz 5 ergänzt:

„Nicht zweckentsprechend für die Zahlung tariflicher Ausbildungsvergütung verwendete Mittel sind zurückzuzahlen.“

Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe a)

§ 17b Abs. 1 – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung zur Schaffung eines durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems (DRG-System) wird in Bezug auf die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten und der Schaffung einer neuen Pflegepersonalkostenvergütung relativiert.

B) Stellungnahme

Folgeänderung zur Ausgliederung der Pflegepersonalkosten und der Schaffung einer neuen Pflegepersonalkostenvergütung.

C) Änderungsvorschlag

Vgl. Kommentierung zu Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe b) (§ 17b Abs. 4 KHG).

Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe b)

§ 17b Abs. 4 – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung zur Ausgliederung der Pflegepersonalkosten und der Schaffung einer neuen Pflegepersonalkostenvergütung wird das DRG-Vergütungssystem umfassend verändert. Die Vertragspartner auf Bundesebene werden mit der Schaffung der Grundlagen für eine neue Pflegepersonalkostenvergütung bis 2020 beauftragt. Die Pflegepersonalkosten sollen unabhängig von Fallpauschalen vergütet werden. Die in den Bewertungsrelationen des DRG-Systems enthaltenen Pflegepersonalkosten sind zu ermitteln und aus dem DRG-System auszugliedern. Für die Ausgliederung ist von den Vertragspartnern eine eindeutige bundeseinheitliche Definition der Pflegepersonalkosten der Patientenversorgung zu treffen, die auch für die Vereinbarung der Pflegebudgets vor Ort verbindlich ist. Auf Basis der ausgegliederten Kosten ist ein bundeseinheitlicher Pflegeerlöskatalog als Grundlage für eine tagesbezogene Pflegepersonalkostenvergütung zu entwickeln und jährlich weiterzuentwickeln. Grundlage hierfür ist ein Konzept des InEK. In der Folge sind Anpassungen der Kalkulationsgrundlagen und bestehender Vereinbarungen vorzunehmen.

Die von den Vertragsparteien auf Bundesebene getroffenen Vorgaben sind von den Krankenhäusern rückwirkend ab dem 01.01.2019 für die Abgrenzung der Kosten und Leistungen anzuwenden. Die Bewertungsrelationen des DRG-Systems sollen erstmals für das erste Anwendungsjahr 2020 gemindert werden; zudem soll für das Jahr 2020 ein Pflegeerlöskatalog als Grundlage für eine tagesbezogene Pflegepersonalkostenvergütung kalkuliert werden. Die Kostendaten für das Pflegepersonal sind weiterhin, zusammen mit anderen Kalkulationsdaten, an das InEK zu übermitteln.

Durch die Minderung der Gesamtsumme der Bewertungsrelationen des DRG-Systems um die Summe der Bewertungsrelationsanteile für den Pflegepersonalaufwand ist eine Minderung der Landesbasisfallwerte nicht erforderlich. Die Vertragsparteien haben zu gewährleisten, dass durch die Änderungen keine Doppelfinanzierung von Leistungen oder Mehrausgaben jenseits der Finanzierung des Pflegepersonalaufwands in der Patientenversorgung entstehen.

Die neue Pflegepersonalkostenvergütung ist im Zusammenhang mit dem krankenhausindividuellen Pflegebudget unter Nutzung des Pflegeerlöskatalogs erstmals für das Jahr 2020 anzuwenden. Hierfür ist das von den Vertragsparteien vor Ort vereinbarte Pflegebudget unter Nutzung des Pflegeerlöskatalogs abzuzahlen.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene berichten dem BMG über die Auswirkungen, die die Einführung des Pflegebudgets auf die Entwicklung der Pflegepersonalstellen und -kosten in den Jahren 2020 bis 2024 hat. Sie haben hierzu zum 31.08.2021 einen Zwischenbericht und zum 31.08.2025 einen abschließenden Bericht vorzulegen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband sieht die Notwendigkeit, Vorgaben zur Pflegepersonalbesetzung zu treffen. Eine grundlegend andere Pflegepersonalkostenvergütung mit Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System wird hingegen kritisch gesehen. Ursächlich für die in der Pflege bestehenden Probleme ist nicht die Art der Finanzierung der Krankenhäuser über DRG-Fallpauschalen, sondern die eklatante Fehlverwendung der gezahlten DRG-Erlöse durch die Krankenhäuser. In den letzten zehn Jahren sind die Ausgaben für DRG-finanzierte Krankenhaufälle um über 20 Mrd. Euro gestiegen. Davon entfielen schätzungsweise 20 % – also 4 Mrd. Euro – auf die Pflegepersonalkostenfinanzierung. Nur ein Bruchteil dieses zusätzlichen Geldes wurde in die Pflege investiert. Neben Renditeerwartungen führt u. a. die mangelnde Investitionsfinanzierung der Bundesländer und eine ausbleibende grundlegende Reform der Krankenhausstrukturen zu einer Fehlverwendung von Betriebsmitteln, die sich nun ironischerweise in weitreichenden Umbauten ebendieser äußert. Statt die Mittelverteilung – nichts anderes ist das DRG-System – zu reformieren, müssten vielmehr die sachgerechte Mittelverwendung sichergestellt werden und Fehlverwendungen seitens der Krankenhäuser ausgeschlossen werden. Das zu behebende Problem in der Pflegepersonalkostenfinanzierung ist demnach nicht die Art des leistungsbezogenen Transfers der Gelder via DRG-Fallpauschalen an die Krankenhäuser, sondern die zweckentsprechende Verwendung durch die Krankenhäuser selbst und die Schaffung zukunftsfähiger Krankenhausstrukturen.

Die nun vorgeschlagene Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRG-Fallpauschalen löst zwar das Problem der zweckgebundenen Finanzierung der Pflege, da mit der Vereinbarung des Pflegebudgets nur tatsächlich auch entstandene Pflegepersonalkosten finanziert werden. Die mit der Selbstkostendeckung verbundenen Fehlanreize wiegen allerdings schwer. Vor diesem Hintergrund sollten die möglichen und in der Vergangenheit zu beobachtenden Fehlanreize der Selbstkostendeckung bei der Ausgestaltung der künftigen Pflegefinanzierung ausgeschlossen werden. Ein System, das keinen Bedarfsrahmen setzt und umfangreiche Nachweis- und Kontrollpflichten bedingt, kann keine Dauerlösung sein. Ein Finanzierungsrahmen, in dem die dem einzelnen Krankenhaus (in jedweder Höhe) entstehenden Pflegepersonalkosten immer als wirtschaftlich im Sinne des § 12 SGB V gelten, ist nicht glaubhaft. Es bedarf einer Obergrenze, bis zu der Pflegepersonalkosten erstattet werden. An was sollte sich der krankenhaushausindividuelle Pflegepersonalbedarf orientieren, wenn nicht an Art und Umfang der behandelten Patienten? Die Selbstkostendeckung ohne Maß ist aus die-

sem Grunde mindestens zeitlich zu befristen. Parallel ist auf Basis des zu entwickelnden bundeseinheitlichen Pflegeerlöskatalogs nach geeigneteren Maßnahmen zu suchen, wie „gute Pflege“ zweckentsprechend finanziert werden kann. Ein möglicher Lösungsweg könnte beispielsweise darin liegen, eine Effizienzgrenze zu schaffen. Dadurch soll verhindert werden, dass Pflegekräfte künftig wieder z. B. für die Raumpflege eingesetzt werden. Alternativ ließe sich auch der zulässige Pflegeentgeltwert nach oben begrenzen, um einen Bieterwettbewerb um Pflegekräfte zu begrenzen und unangemessen hohe Vergütungen auszuschließen.

Wesentlich aus Sicht der GKV ist die Eingrenzung der auszugliedernden Pflegepersonalkosten auf das Pflegepersonal, das in der direkten Patientenversorgung tätig ist. Lediglich die Kosten der Pflege „Dienst am Krankenbett“ (vgl. Krankenhausbuchführungsverordnung) sollten im künftigen Pflegebudget berücksichtigungsfähig sein.

Explizit positiv hervorzuheben und unerlässlich ist die Schaffung des „Pflegeerlöskataloges“. Er wird aus Transparenzgründen benötigt, um weiter Pflegepersonaluntergrenzen normieren und standardisieren zu können und ggf. zukünftig eine Einordnung von Pflegepersonalanhaltszahlen vorzunehmen. Zum einen dient die Kenntnis um die Kosten der Pflege zur Abgrenzung der Kosten der Kalkulation im InEK. Zum anderen ist er aus Verteilungsgründen zwischen den Krankenkassen bei der Abfinanzierung des Pflegebudgets aus Gerechtigkeitsgründen unverzichtbar.

Es muss im Detail geprüft werden, inwieweit es sachgerecht ist, die Vielzahl von Komponenten des DRG-Systems, die in den letzten Jahren zur stärkeren Berücksichtigung von Pflegeleistungen und Pflegebedarf geschaffen wurden, wieder „einzustampfen“. Die vorgesehene Bereinigung des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) zur Abbildung der Pflegeleistungen (vgl. Kommentierung zu Artikel 9 Nr. 7 (§ 9 Abs. 1 Nr. 9 KHEntgG (neu))) ist eine Vereinfachung, führt aber auch zu einem Erkenntnisverlust in der Abbildung der Pflege im Leistungsgeschehen der Krankenhäuser. Entscheidend muss letzten Endes sein, dass die Pflege bei den Patienten ankommt. Eine Leistungstransparenz und ein Leistungsbezug der Finanzierung der Pflegeleistungen sind daher unabdingbar. Erprobte Ansätze, wie beispielsweise LEP® (Leistungserfassung in der Pflege), ermöglichen es, dass eine entsprechende Ausstattung mit Pflegekräften entgeltrelevant werden kann und bei den Patienten als Pflegeleistung ankommt. In diesem Zusammenhang ist positiv zu bemerken, dass die Kostendaten für das Pflegepersonal weiterhin, zusammen mit anderen Kalkulationsdaten, an das InEK zu übermitteln sind; so bleibt zumindest eine Basistransparenz über die Abbildung der Pflege erhalten.

Die Vorschrift, den Landesbasisfallwert bei der Minderung der Gesamtsumme der Bewertungsrelationen des DRG-Systems um die Summe der Bewertungsrelationsanteile für den Pflegepersonalaufwand nicht zu korrigieren, ist korrekt. Die damit im Zusammenhang stehende Vorschrift, bei der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten und der Vereinbarung der

Pflegebudgets vor Ort Doppelfinanzierung von Leistungen oder Mehrausgaben jenseits der Finanzierung des Pflegepersonalaufwands in der Patientenversorgung auszuschließen, ist sehr zu begrüßen. Absolut notwendig und noch zu ergänzen ist allerdings die Vorschrift, bei der Kostenausgliederung auch Pflegekostenanteile in den Zusatzentgelten einzubeziehen, die nicht Teil der Summe der Bewertungsrelationen sind, da sie in Euro ausgewiesen werden (z. B. Zusatzentgelte auf Basis des Pflegekomplexmaßnahmencores (PKMS), der Pflegegrade, der Palliativmedizin etc.), um kostenträchtige Fehler wie bei der Einführung des Zusatzentgelts für den PKMS 2012 zu vermeiden.

Es muss darauf hingewiesen werden, dass der beabsichtigte Zeitplan zur Vereinbarung eines Pflegebudgets ambitioniert ist, da erst Anfang 2019 die wesentlichen Festlegungen seitens der Selbstverwaltung getroffen werden.

Es ist unrealistisch, vor Ablauf der Neunmonatsfrist (Programmierzeit für die Hersteller von Krankenhausabrechnungssoftware und die Fachverfahren bei den Krankenkassen) die Abrechnungsregeln abschließend vereinbart zu haben.

Abschließend bleibt festzuhalten: Das zu behebende Problem in der Pflegepersonalkostenfinanzierung ist nicht die Art des leistungsbezogenen Transfers der Gelder via DRG-Fallpauschalen an die Krankenhäuser, sondern die zweckentsprechende Verwendung durch die Krankenhäuser selbst.

C) Änderungsvorschlag

§ 17b Abs. 4 S. 1 und 2 KHG wird wie folgt ergänzt:

*„Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus die Pflegepersonalkosten der **direkten** Patientenversorgung **am Bett** aus dem Vergütungssystem auszugliedern und eine neue Pflegepersonalkostenvergütung zu entwickeln. Hierfür haben sie insbesondere bis zum 31. Januar 2019 eine eindeutige, bundeseinheitliche Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten **der direkten Patientenversorgung am Bett auf Basis der Abgrenzung der Krankenhausbuchführungsverordnung** zu vereinbaren.“*

Änderungsvorschlag zur Einführung einer Effizienzgrenze:

Vgl. Kommentierung zu Artikel 9 Nr. 4 (§ 6a Abs. 2 KHEntgG).

Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe c)

§ 17b Abs. 5 S. 1 – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung stellt klar, dass die Arbeiten im Zusammenhang mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten und der Einführung einer gesonderten Pflegepersonalkostenvergütung durch Abs. 4 S. 1 sind mit dem DRG-Systemzuschlag zu finanzieren sind.

B) Stellungnahme

Die Regelung zur Finanzierung der Arbeiten über den DRG-Systemzuschlag ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 2 (Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 1

§ 12a (neu) – Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift enthält die maßgeblichen gesetzlichen Grundlagen für die Fortführung des Krankenhausstrukturfonds ab dem Jahr 2019 bis zum Jahr 2022. Sie orientiert sich im Wesentlichen an der Regelung des bisherigen § 12. Die Finanzierung des Krankenhausstrukturfonds wird wie bislang aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erfolgen. Die Zuführung erfolgt jährlich bis zu einem Betrag von 500 Mio. Euro. Neu ist, dass die Mittel des Krankenhausstrukturfonds über die Förderung von Schließungen, Konzentrationen und Umwandlungen akutstationärer Versorgungskapazitäten hinaus auch zur Finanzierung der folgenden Zwecke genutzt werden können:

- zur Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen
- zur Bildung integrierter Notfallstrukturen
- zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen und Krankenhausverbänden
- zur Verbesserung der informationstechnischen Sicherheit der Krankenhäuser
- zur Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten in den Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1a Lit. e bis g.

Das Nähere wird durch eine entsprechende Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung geregelt (vgl. Kommentierung zu Artikel 5).

Die Finanzmittel des Strukturfonds sind, wie bisher auch, grundsätzlich nach dem Königsteiner Schlüssel auf die einzelnen Länder verteilt. Neu geregelt wurde, dass 5 % der zur Verfügung stehenden Fördermittel für länderübergreifende Vorhaben zu verwenden sind. Auf diesen Teil der Fördermittel können alle Länder gleichermaßen zugreifen. Ferner wurde neu geregelt, dass im Laufe eines Jahres nicht ausgeschöpfte Fördermittel dem jeweiligen Bundesland bis zum 31.12.2022 erhalten bleiben und durch bis zu diesem Zeitpunkt gestellte Anträge abgerufen werden können. Fördermittel, für die zu diesem Zeitpunkt keine Anträge gestellt worden sind, werden an den Gesundheitsfonds zurückgeführt.

Für die Zuteilung von Fördermitteln gelten in den Jahren 2019 bis 2022 grundsätzlich die gleichen Voraussetzungen wie im Zeitraum nach 2016.

Vorgesehen ist, dass die Kofinanzierung der Vorhaben durch die Länder (gegebenenfalls gemeinsam mit dem Träger der zu fördernden Einrichtung) nach wie vor 50 % beträgt. Der davon auf das Land entfallende Teil soll nunmehr mindestens 50 % dieses Anteils und damit insgesamt nur mindestens 25 % der förderungsfähigen Kosten betragen.

Da im angepassten maßgeblichen Zeitraum (2015 bis 2017), für den die Länder ihr Investitionsniveau im Krankenhausbereich beizubehalten haben, keine Zuweisungen nach Artikel 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes in die Landeshaushalte mehr einzustellen waren, wurde die entsprechende Vorschrift gestrichen.

B) Stellungnahme

Außer Frage steht, dass die stationäre Versorgung in Deutschland, insbesondere in Ballungsräumen, von Überkapazitäten geprägt ist, die sich nachteilig auf Versorgung und Wirtschaftlichkeit auswirken. Ein Einstieg in den Abbau von Überkapazitäten ist insbesondere in den überversorgten urbanen Gebieten daher auch weiterhin dringend angezeigt.

Der Krankenhausstrukturfonds ist ein Instrument mit Potenzial und ein sinnvoller Ansatz, den notwendigen Strukturwandel im stationären Bereich zu erwirken. Schon die bisherige Konstruktion des Strukturfonds hat aber offenkundige Schwächen, die einen weitgreifenden Strukturwandel blockieren. Erste Auswertungen zeigen, dass lediglich 6 % der Mittel aus dem Strukturfonds in tatsächliche Schließungen geflossen sind.

Mit der deutlichen Ausweitung der Förderzwecke droht eine noch stärkere Zweckentfremdung der Mittel des Strukturfonds für allgemeine investive Maßnahmen in Krankenhäusern, deren Finanzierung Aufgabe der Länder ist. Verstärkend kommt hinzu, dass vorgesehen ist, den Mindestförderungsbeitrag aus den Haushaltsmitteln der Länder faktisch auf 25 % absenken zu können. Neben der Zweckentfremdung der GKV-Mittel drohen versorgungspolitisch substanzielle Verwerfungen. Erfolgt beispielsweise keine Priorisierung von Schließungsmaßnahmen, werden absehbar Mittel des Strukturfonds auch für Investitionen in die Beschaffung und Entwicklung informationstechnischer oder kommunikationstechnischer Anlagen an Krankenhäusern eingesetzt, die im Zuge des notwendigen Abbaus von Überkapazitäten zu schließen sind. Ferner muss sichergestellt werden, dass eine bundesweite Finanzierung von Strukturveränderungen auch mit einer bundeseinheitlichen Erfassung von Krankenhausstrukturen einhergeht. Nur so kann eine sinnvolle Evaluation der Maßnahmen erfolgen und Transparenz über die Verwendung von Bundesmitteln erreicht werden. Zwingend ist daher eine Erweiterung des Standortverzeichnisses um die Dimension „Fachabteilung“, die es ermöglicht, bei-

spielsweise nachhaltig zu prüfen, ob im Zuge eines Konzentrationsvorhabens eine Abteilung vollständig umgewandelt oder sinnvolle, integrierte Notfallstrukturen finanziert werden.

Der Krankenhausstrukturfonds ist kein Investitions- und Digitalisierungsfonds. Im internationalen Vergleich weisen die deutschen Krankenhäuser gegenwärtig allerdings einen verhältnismäßig niedrigen Reifegrad bei der Implementierung und Nutzung umfassender elektronischer Patientenakten auf. Hilfsweise erscheint es daher sinnvoll, die Anschlussfähigkeit an die nationale Telematikinfrastruktur zu schaffen. Allerdings muss in zahlreichen Krankenhäusern zunächst sichergestellt werden, dass Patienteninformationen übergreifend elektronisch und strukturiert erfasst werden, um sie schließlich mit anderen Akteuren teilen zu können. Kritische Infrastruktur- und Prozesslücken bestehen dabei insbesondere bei einer krankenhausesweiten, abteilungsübergreifenden effizienten elektronischen Dokumentation klinischer Patienteninformationen durch Ärzte, Pflegekräfte und andere klinische Fachkräfte.

Um zu gewährleisten, dass Fördergelder in diesem Sinne zielgerichtet und ergebnisorientiert verwendet werden, sollten sich Antragsteller verpflichten, ihren digitalen Reifegrad mithilfe eines standardisierten Instruments vorher und nachher zu evaluieren. Neben der elektronischen Erfassung klinisch relevanter Patientendaten und deren einrichtungsübergreifenden Austausch sollte ein solches Instrument auch Kriterien zur IT-Sicherheit, Verbesserung der Patientensicherheit sowie Nutzerzufriedenheit erfassen. Fördergelder sollten in Technologien und Prozesse fließen, die direkt und nachweisbar zu Fehlerreduktionen führen, in etwa durch erhöhte Arzneimitteltherapiesicherheit, Nutzung evidenzbasierter, elektronisch unterstützter Risikoeinstufungen, technologische Unterstützung zur Prävention von Infektionen (z. B. Sepsis) etc. Im deutschen und internationalen Umfeld existiert dafür beispielsweise das HIMSS EMR Adoption Model (EMRAM). Mit Hilfe eines solchen Instruments muss es möglich sein, sowohl den eigenen Fortschritt bei der digitalen Transformation zu messen als auch Vergleiche mit Krankenhäusern aus zahlreichen anderen Ländern anzustellen. Die Nutzung national spezifischer Zusatzkriterien ist dabei ausdrücklich möglich.

C) Änderungsvorschlag

Um dem versorgungspolitischen Ziel des Abbaus von Überkapazitäten in Ballungsgebieten zu erreichen und eine Zweckentfremdung der GKV-Mittel aus dem Gesundheitsfonds auszuschließen, bedarf es folgender Anpassungen:

(a) Antragstellung durch die Krankenhausträger

Maßgeblich für den Mangel an Förderung des Abbaus von Überkapazitäten ist der Auswahlprozess, in dem die Bundesländer die tragende Rolle einnehmen. Unverständlich ist, warum die Länder und nicht die Träger selbst die Entscheidung über die förderungsfähigen Vorha-

ben treffen sollen. Die Antragstellung sollte daher im Fall von Schließungen den Krankenhausträgern selbst überlassen werden; sie sollten direkt Anträge auf Schließungen an das Bundesversicherungsamt (BVA) stellen dürfen. Eine entsprechende grundsätzliche Anpassung der Regelungen der §§ 12 bis 14 ist vorzunehmen.

(b) Priorisierung von Schließungen

Im Rahmen des Genehmigungsprozesses muss eine klare Priorisierung der Förderzwecke und Maßnahmen erfolgen. Schließungen in Ballungsräumen sind dabei ein Vorrang vor den übrigen Verwendungszwecken zu geben. § 12a ist wie folgt anzupassen:

§ 12a Abs. 1 S. 4 (neu)

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

„Die Mittel des Strukturfonds sind vorrangig für Maßnahmen zur Förderung des Abbaus von Überkapazitäten einzusetzen.“

Folgeänderungen sind in der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung (vgl. Kommentierung zu Artikel 5) vorzunehmen.

(c) Finanzielle Mittel zielführend einsetzen

Für eine klare Priorisierung von Schließungen ist eine gleichmäßige Verteilung der Mittel auf alle Länder nicht zielführend, da der Bedarf an Strukturwandel und Schließungen unterschiedlich ausgeprägt ist. Die vermeintlich gerechte Zuweisung der Mittel nach dem Königs-teiner Schlüssel ist zu streichen, um Überkapazitäten, insbesondere in Ballungsgebieten, angemessen begegnen zu können. § 12a ist wie folgt anzupassen:

§ 12a Abs. 2 Sätze 1, 2 und 4 werden ersatzlos gestrichen.

(d) PKV-Beteiligung sicherstellen

Ein eklatanter Fehler bleibt es, dass sich die PKV nicht verpflichtend an dem Strukturfonds beteiligen muss. Die vom Gesetzgeber gewählte Option der „freiwilligen Beteiligung“ hat sich als zu optimistisch erwiesen. Die PKV hat, wie erwartet, keinen Euro beigesteuert, obwohl die PKV-Versicherten von den Maßnahmen gleichermaßen profitieren. Die Beteiligung der PKV muss durch einen zu zahlenden Pflichtbetrag direkt an das BVA sichergestellt werden. Die PKV muss vor diesem Hintergrund die Mittel des Strukturfonds um einen Betrag in Höhe von 50 Mio. Euro erhöhen. Die Beteiligung der PKV sollte direkt an das BVA erfolgen (wie auch bei der Beteiligung der Landwirtschaftlichen Krankenkasse gemäß § 221 Abs. 2 SGB V).

§ 12a Abs. 1 S. 1 wird wie folgt angepasst:

Die Wörter *„aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt“* werden gestrichen und nach den Wörtern *„500 Millionen Euro jährlich“* werden folgende Wörter eingefügt: *„zu-*

geführt, wobei neunzig Prozent der Mittel aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und zehn Prozent der Mittel von der privaten Krankenversicherungsunternehmen über den Verband der privaten Krankenversicherungen e. V. zu bilden sind.“

(e) Zweckentfremdung von GKV-Mitteln durch die Länder eindämmen

§ 12a ist wie folgt anzupassen:

In § 12a Abs. 1 S. 3 Nr. 2 werden die Wörter „*telemedizinischer Netzwerkstrukturen*“ und die Nr. 3 komplett gestrichen; hilfsweise ist ein verpflichtender Verweis auf ein international geeignetes Instrument zur Messung der digitalen Transformation als Vorher-Nachher-Vergleich zu ergänzen.

§ 12a Abs. 3 S. 1 Nr. 2 wird wie folgt angepasst:

*„wobei das Land mindestens ~~die Hälfte~~ **90 Prozent** dieser Kofinanzierung aus eigenen Haushaltsmitteln aufbringen muss, [...]“*

Artikel 2 (Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2

§ 14 S. 1 bis 4 – Auswertung der Wirkung der Förderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung enthält Anpassungen an den neuen Förderzeitraum zu den Auswertungen der strukturverbessernden Wirkungen der Maßnahmen des Strukturfonds. Zur Vereinfachung des bisherigen Verfahrens wird geregelt, dass die für die Auswertung des durch die Förderung bewirkten Strukturwandels erforderlichen Daten künftig von den Ländern auf Anforderung dem BVA zu übermitteln sind und nicht mehr der beauftragten Stelle. Das BVA leitet die Daten gebündelt an die mit der Auswertung beauftragte Stelle weiter.

B) Stellungnahme

Die angestrebten Änderungen sind nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 2 (Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 3

§ 17b Abs. 3 S. 4 und 5 – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der in Abs. 3 S. 4 hergestellte Bezug auf die Absätze 4 und 6 ist nicht mehr gegeben, da diese Absätze bereits mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) aufgehoben wurden. Auch in Satz 5 wird auf einen zwischenzeitlich abgeschlossenen Sachverhalt Bezug genommen, so dass Satz 5 ebenfalls aufgehoben werden kann.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 2 (Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 4

§ 17c Abs. 5 – Übermittlung des Pflegegrades durch die Private Krankenversicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die privaten Krankenversicherungsunternehmen werden verpflichtet, den nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern bei Krankenhausbehandlung unverzüglich nach Aufnahme durch das Krankenhaus einen bestehenden Pflegegrad elektronisch zu übermitteln. Diese Regelung ist eine Folgeänderung der Verpflichtung für die gesetzlichen Krankenkassen.

B) Stellungnahme

Die vorgeschlagene Regelung wird unterstützt. Sie verpflichtet die privaten Krankenversicherungsunternehmen, die gleichen Informationen wie die gesetzlichen Krankenkassen zu übermitteln. Die Regelungen zum Fallpauschalensystem finden in der privaten Krankenversicherung gleichermaßen Anwendung. Für die Abrechnung einzelner Zusatzentgelte ist die Information zum Pflegegrad des Versicherten für die Krankenhäuser somit zwingend.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 2 (Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 5

§ 18 Abs. 3 S. 3 – Pflegesatzverfahren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung einer gesonderten Pflegepersonalkostenvergütung, da diese zukünftig mit krankenhaushausindividuellen Pflegeentgeltwerten abgerechnet werden sollen.

Außerdem erfolgt die Streichung eines inzwischen fehlerhaften Verweises infolge bereits im Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vorgenommener Änderungen.

B) Stellungnahme

Die Folgeänderung zur Einführung der neuen Pflegepersonalkostenvergütung ist sachgerecht.

Die Streichung des inzwischen fehlerhaften Verweises auf den § 17d ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 2 (Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 6

§ 28 Abs. 4 Nr. 4 – Auskunftspflicht und Statistik

A) Beabsichtigte Neuregelung

Anpassung der Auswertungen des Statistischen Bundesamtes. Die Änderung berücksichtigt, dass nach der erstmaligen Vereinbarung eines Pflegebudgets nach § 6a KHEntgG als neue Entgeltart krankenhausespezifisch zu vereinbarende tagesbezogene Entgelte zur Abzahlung des Pflegebudgets gezahlt werden.

B) Stellungnahme

Die Folgeänderung zur Einführung der neuen Pflegepersonalkostenvergütung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 3 (Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

§ 17a Abs. 1 S. 3 – Finanzierung von Ausbildungskosten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Hier handelt es sich um eine Folgeregelung zum Wegfall des Anrechnungsschlüssels für das erste Ausbildungsjahr.

B) Stellungnahme

Es wird verwiesen auf die Stellungnahme zu den Änderungen gemäß Artikel 1. (Ausbildungsvergütungen für weitere KHG-Ausbildungsberufe und Anrechnungsschlüssel)

Die letzte Anpassung des § 17a Abs. 1 S. 3 KHG erfolgte mit dem Pflegeberufereformgesetz. Dementsprechend sollte zum richtigen Verständnis des Gesetzeszusammenhangs der einleitende Passus des Artikels 3 auch auf diese Anpassung Bezug nehmen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 3 wird wie folgt gefasst:

*„In § 17a Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), **das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) geändert worden ist**, werden nach den Wörtern „ausgebildet werden,“ die Wörter „nach dem ersten Jahr ihrer Ausbildung“ eingefügt.“*

Artikel 4 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 1

§ 3 Abs. 4 S. 1 – Tariferhöhungsrate bei der Vereinbarung eines Gesamtbetrages

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung soll durch einen erhöhten Prozentsatz (55 % statt 40 %) eine vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen bei Pflegepersonal für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser und Fachabteilungen umsetzen.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Änderung wird abgelehnt. Über den Orientierungswert nach § 10 Abs. 6 KHEntgG ist die tatsächliche Kostenentwicklung der Krankenhäuser einschließlich der Tarifentwicklungen hinreichend abgebildet. Über den Veränderungswert nach § 9 Abs. 1 Nr. 5 BPfIV ist bereits jetzt eine Refinanzierung der Tarifsteigerungen bis zur Höhe der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen vollständig sichergestellt. Über die bestehenden Regelungen ist für Tarifsteigerungen oberhalb der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen eine anteilige Finanzierung vorgegeben. Die nun vorgesehene noch weitergehende Finanzierungsverpflichtung für die Krankenkassen steht im Widerspruch zum Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 4 Nr. 1 wird gestrichen.

Artikel 4 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 2

§ 11 – Vereinbarungen für das einzelne Krankenhaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der vollständigen Tarifierfinanzierung für das Pflegepersonal. Die zusätzlichen Mittel, die Krankenhäuser aufgrund der vollständigen Tarifierfinanzierung für das Pflegepersonal erhalten, sollen zweckgebunden zur Finanzierung von Pflegepersonal eingesetzt werden.

B) Stellungnahme

Bei Einführung einer vollständigen Tarifierfinanzierung für das Pflegepersonal wird die verpflichtende zweckentsprechende Mittelverwendung von den Krankenkassen positiv bewertet. Auch wenn keine Notwendigkeit einer zusätzlichen Tarifierfinanzierung gesehen wird, lassen Zweckbindung, Nachweise und Rückzahlungsverpflichtung bei zweckwidriger Verwendung zumindest eine zielgerichtete Verwendung erhoffen.

Die nun explizit gesetzlich geregelte verpflichtende Rückzahlung zweckwidrig verwendeter Mittel im § 11 BPfIV wird positiv bewertet. Sie darf sich aber nicht allein auf den Nachweis für zusätzliche Mittel für Tarifierhöhungen von Pflegepersonal (§ 9 Abs. 1 Nr. 7 KHEntgG) beziehen, sondern muss zwingend auch den Nachweis über die zweckentsprechende Mittelverwendung für das therapeutische Personal zur Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) bzw. zukünftigen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136a Abs. 2 SGB V umfassen. Ohne diese Klarstellung wird eine missbräuchliche Verwendung von vereinbarten Personalmitteln für andere Zwecke, wie Gewinne oder Investitionen, ermöglicht.

C) Änderungsvorschlag

In § 11 Abs. 1 BPfIV ist folgender geänderter Satz anzufügen:

*„In der Vereinbarung ist zu regeln, dass Mittel, die nicht zweckentsprechend für die Finanzierung der Tarifierhöhungen von Pflegepersonal **oder die Erfüllung der Anforderungen zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal** verwendet wurden, zurückzuzahlen sind.“*

Vgl. Kommentierung zu Artikel 9 Nr. 7 Buchstabe a) Doppelbuchstabe cc) (Nachweis nach § 9 Abs. 1 Nr. 7 KHEntgG).

Artikel 5 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Nr. 1

§ 1 – Strukturfondsverordnung – neue Überschrift

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung von Teil 2 in die Rechtsverordnung.

B) Stellungnahme

Diese redaktionelle Änderung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsbedarf

keiner

Artikel 5 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Nr. 2

§ 8 – Strukturfondsverordnung – Auswertungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Verfahren der Übermittlung der für die Auswertung der Wirkungen des Krankenhausstrukturfonds notwendigen Unterlagen wird aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung gestrafft. Künftig sind diese Unterlagen von den Ländern einheitlich an das BVA zu übermitteln und werden von diesem gebündelt an die mit der Auswertung beauftragte Stelle weitergeleitet.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsbedarf

keiner

Artikel 5 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Nr. 3

§ 10 – Strukturfondsverordnung – neue Überschrift

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung von Teil 2 in die Rechtsverordnung.

B) Stellungnahme

Diese redaktionelle Änderung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsbedarf

keiner

Artikel 5 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Nr. 4

§ 11 – Förderungsfähige Vorhaben

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 11 werden als Folgeänderung von § 12a KHG die förderfähigen Vorhaben des Krankenhausstrukturfonds ab dem Jahr 2019 neu gefasst. Dabei werden zum einen bestehende Förderzwecke präzisiert, zum anderen werden die neuen Fördertatbestände (Vorhaben zur Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen, zur Bildung integrierter Notfallstrukturen, telemedizinischer Netzwerkstrukturen und Krankenhausverbänden, zur Verbesserung der informationstechnischen Sicherheit der Krankenhäuser und zur Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten in den Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1a Lit. e bis g KHG spezifiziert.

B) Stellungnahme

Die Ausweitung der Förderzwecke öffnet den Krankenhausstrukturfonds für eine noch stärkere Zweckentfremdung der Mittel des Strukturfonds für allgemeine investive Maßnahmen in Krankenhäusern, die von den Ländern zu tätigen sind. Sie wird daher abgelehnt. Ferner existiert in einigen Fällen ein deutlicher Überschneidungsbereich mit anderen Finanzierungsregelungen (z. B. Investitionen in die IT- bzw. TI-Infrastruktur). Einige planerische Vorhaben (z. B. die dauerhafte Zusammenarbeit von Krankenhäusern im Rahmen eines Krankenhausverbands) sind so unbestimmt, dass völlig unklar bleibt, welcher Nutzen für die Versicherten entsteht.

Die Förderung der Kosten für Baumaßnahmen zum Zwecke der Schaffung oder Erweiterung von Ausbildungskapazitäten wird ebenfalls vor dem Hintergrund der Zweckentfremdung der Mittel des Strukturfonds abgelehnt. Eine Förderung von Vorhaben, die vor dem Januar 2019 geplant wurden und erst am 01.01.2019 beginnen sollen, wird abgelehnt. Diese Regelung generiert Mitnahmeeffekte für Krankenhäuser und Länder, da somit Vorhaben finanziert werden, deren Planung und Durchsetzung auch ohne den Strukturfonds realisiert worden wären.

C) Änderungsbedarf

§ 11 Abs. 1 Nrn. 2b, 2c, 3a, 4 und 6 werden ersatzlos gestrichen.

In § 11 Abs. 1 wird als Satz 2 ergänzt:

„Jede Maßnahme nach Satz 1 muss mindestens zur Schließung einer Fachabteilung führen.“

§ 11 Abs. 2 Sätze 2 und 3 sind wie folgt zu fassen:

„Im Fall von Baumaßnahmen gelten Planungen und Baugrunduntersuchungen als Beginn des Vorhabens. Vorhaben können gefördert werden, wenn sie nach dem 1. Januar 2019 begonnen werden und die Voraussetzungen des Absatzes 1 erfüllen.“

Artikel 5 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Nr. 4

§ 12 – Förderungsfähige Kosten

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 12 werden förderungsfähige Kosten abgegrenzt. Die Regelungen sehen vor, dass die förderungsfähigen Kosten im Fall einer Schließung akutstationärer Einrichtungen eines Krankenhauses anhand von Bettenzahlen pauschaliert werden. Es entfällt dafür das bisherige Kriterium, dass mindestens eine Abteilung geschlossen werden muss. Von einer Pauschalierung ausgenommen sind die Kosten, die bei einer vollständigen, ersatzlosen Schließung eines ganzen Krankenhauses oder eines Krankenhausstandorts entstehen. In diesen Fällen sind daher wie bisher die gesamten mit der Schließung verbundenen Kosten förderungsfähig.

Ferner wird die bisherige Rechtslage zu den förderungsfähigen Kosten bei Konzentrations- und Umwandlungsmaßnahmen auf die Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallzentren und zur Förderung von Ausbildungsstätten für Pflegepersonal erweitert. Soweit ein Konzentrationsvorhaben die Voraussetzungen des § 11 Abs. 1 Nr. 2 nicht erfüllt, richtet sich die Höhe der förderungsfähigen Kosten nach den dort aufgeführten Pauschalbeträgen je abgebautes Bett. Wird im Zusammenhang mit dem Vorhaben ein ganzes Krankenhaus oder ein Krankenhausstandort geschlossen, werden die Kosten der Schließung gefördert.

Ferner werden die Kosten, die bei Vorhaben zur Verbesserung der IT-Sicherheit von Krankenhäusern und zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen von Krankenhäusern förderungsfähig gestellt werden, geregelt. Dabei werden die förderungsfähigen Kosten für bauliche Maßnahmen begrenzt. Es soll damit laut Begründung der Förderschwerpunkt im Bereich der informations- und kommunikationstechnischen Anlagen gelegt werden.

Die Regelung in Absatz 2 stellt klar, dass nachbetriebliche Kosten entsprechend der Förderpraxis der Länder nur in eingeschränktem Umfang förderfähig sind.

Die Regelung in Absatz 3 übernimmt die bisherige Rechtslage zur Förderungsfähigkeit der Aufwendungen für Zinsen, Tilgung und Verwaltungskosten eines Darlehens, das ein Krankenhaussträger zur Finanzierung förderungsfähiger Vorhaben aufgenommen hat, sowie zur zweckentsprechenden Verwendung der Fördermittel.

B) Stellungnahme

Vgl. Kommentierung zu Artikel 5 (§ 11 Förderungsfähige Vorhaben): Die Förderung der Vorhaben nach § 11 Abs. 1 Nr. 2c, Nr. 3a und Nr. 4 sind zu streichen.

C) Änderungsbedarf

Als Folgeänderung der ersatzlosen Streichung von § 11 Abs. 1 Nrn. 2c, 3a und 4 sind die entsprechenden Passagen zu den förderfähigen Kosten dieser Vorhaben in § 12 zu streichen.

Artikel 5 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Nr. 4

§ 13 – Verwaltungsaufgaben des Bundesversicherungsamts

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung übernimmt die bisherige Rechtslage zu den Verwaltungsaufgaben des BVA und passt sie an die geänderten Förderzeiträumen an.

Es entfallen die bisherigen Berichte des BVA an das BMG und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen. Künftig soll stattdessen das Fördergeschehen in zusammengefasster Form regelmäßig auf der Internetseite des BVA veröffentlicht werden.

B) Stellungnahme

Die Finanzierung der Vorhaben über den Gesundheitsfonds legt die Finanzierungsverantwortung in die Hände der GKV-Versicherten. Es besteht damit die Notwendigkeit, die Krankenkassen über die vom BVA zu veröffentlichen zusammenfassenden Kennzahlen hinaus detailliert zu informieren. Es muss transparent sein, wie die Versichertengelder verwendet werden.

C) Änderungsbedarf

In § 13 Abs. 3 wird ein folgender Satz 2 ergänzt:

„Das Bundesversicherungsamt informiert die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen differenziert über die in dem jeweiligen Bundesland im Einzelnen beantragten und ggf. bewilligten Fördervorhaben und die im Einzelnen zur Verfügung gestellten Fördermittel.“

Artikel 5 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Nr. 4

§ 14 – Antragstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung in Absatz 1 übernimmt die bisherige Rechtslage zur Antragstellung und passt sie an die geänderten Förderzeiträume an. Die Vorschrift in Absatz 2 übernimmt die bisherige Rechtslage zu den einem Antrag beizufügenden Unterlagen und passt sie an die entsprechenden Bezugsvorschriften an. Absatz 3 regelt, welche weiteren Unterlagen, insbesondere aufgrund der Erweiterung der Förderzwecke, einem Antrag beizufügen sind. Die Durchführung des Verfahrens soll dabei vereinfacht werden. Es wird ferner klargestellt, dass die verfahrensrechtlichen Regelungen zur Antragstellung für Anträge auf Förderung länderübergreifender Vorhaben entsprechend gelten.

B) Stellungnahme

Vgl. Kommentierung zu Artikel 5 (§ 11 – Förderungsfähige Vorhaben): Die Förderung der Vorhaben nach § 11 Abs. 1 Nrn. 2c, 3a und 4 sind zu streichen.

C) Änderungsbedarf

Als Folgeänderung der ersatzlosen Streichung von § 11 Abs. 1 Nrn. 2b, 2c, 3a, 4 und 6 sind die entsprechenden Passagen zur Antragstellung dieser Vorhaben in § 14 zu streichen.

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 Buchstabe a)

§ 20 Abs. 6 S. 1 – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Norm wird für die Ausgaben der Krankenkassen für Leistungen der Gesundheitsförderung und Primärprävention ein neuer Orientierungswert – 7,52 Euro je Versicherten im Jahr 2019 – vorgegeben, der sich aus dem bisherigen Orientierungswert, fortgeschrieben mit der vorgesehenen Steigerung der monatlichen Bezugsgröße für 2019 ergibt. Die inzwischen durch Zeitablauf überholten Orientierungswerte sollen im Gesetz nicht mehr genannt werden.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 Buchstabe b)

§ 20 Abs. 6 S. 2 und 3 (neu) – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung werden die Mindestwerte für Leistungen der Krankenkassen in der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten für das Jahr 2019 auf 2,15 Euro je Versicherten sowie in der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) auf 3,15 Euro angehoben. Die Anhebung für Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten ergibt sich aus dem bisherigen Mindestwert, fortgeschrieben mit der vorgesehenen Steigerungsrate der monatlichen Bezugsgröße für 2019 und stellt insofern inhaltlich keine Veränderung zur geltenden Rechtslage dar. Der Mindestwert für Leistungen der BGF soll demgegenüber *zusätzlich* zu der aus der Steigerung der monatlichen Bezugsgröße resultierenden Erhöhung um den Betrag von einem Euro je Versicherten auf zusammen 3,15 Euro angehoben werden. Der zusätzlich zu verausgabende Betrag von einem Euro je Versicherten soll für BGF-Leistungen in Krankenhäusern (§ 107 Absatz 1 SGB V) sowie stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen (§ 71 Abs. 1 und 2 SGB XI) verwendet werden.

B) Stellungnahme

Die Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung ist im Prinzip sachgerecht. Da der Orientierungswert (Soll-Wert) für Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung insgesamt um 0,18 Euro auf 7,52 Euro erhöht werden soll, würde die Erhöhung des Mindestwerts für Leistungen betrieblicher Gesundheitsförderung um 1,00 EUR innerhalb eines Jahres zu einer beträchtlichen Reduzierung der Ausgaben für Maßnahmen der individuellen verhaltensbezogenen Prävention (Präventionskurse) um ca. 50 Millionen Euro führen. Es sollte jedoch vermieden werden, dass die Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung zu Lasten eines anderen wichtigen Bereiches der Prävention geht.

Die Initiierung und Umsetzung bedarfsgerechter und qualitativ hochwertiger Gesundheitsförderungsprojekte in den Betrieben brauchen Zeit. Der Ausbau der Leistungen betrieblicher Gesundheitsförderung hängt stark von der Bereitschaft und dem Engagement der Arbeitgeber und den Strukturen in den Einrichtungen ab. Es sollten Möglichkeiten geprüft werden, Krankenhäuser, stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste zu verpflichten, die betriebliche Gesundheitsförderung innerhalb der Betriebe zu stärken. Deshalb sollte der Aufwuchs der Mittel für betriebliche Gesundheitsförderung nicht schlagartig in einem Jahr erfolgen. Im Sinne eines bedarfsgerechten und qualitätsgesicherten Ausbaus der betrieblichen

Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen wäre eine schrittweise, auf drei Jahre verteilte Erhöhung des Mindestausgabewertes für betriebliche Gesundheitsförderung auf 3,15 EUR realistisch und sinnvoll. Der Orientierungswert für Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung sollte auf der Grundlage des zum 01.07.2019 zu erstellenden Präventionsberichts der Nationalen Präventionskonferenz und der darin enthaltenen Empfehlungen für die Weiterentwicklung der in § 20 Abs. 6 SGB V vorgegebenen Ausgabenwerte angepasst werden. Im Sinne einer gesamtgesellschaftlich fundierten Präventionsstrategie muss dabei berücksichtigt werden, dass Prävention und Gesundheitsförderung gesamtgesellschaftliche Aufgaben darstellen, deren Stärkung nicht nur mit GKV-Mitteln erfolgen kann, sondern auch zusätzliche Ausgaben anderer verantwortlicher Akteure (Bund, Länder, Kommunen und weitere Sozialversicherungszweige) erfordert.

Eine feste Quotierung der betrieblichen Gesundheitsförderungsausgaben der Krankenkassen in Bezug auf Krankenhäuser, (teil)stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen von 1,00 EUR je Versicherten ist nicht zielführend: Die Neuregelung stellt zum einen eine ungerechtfertigte Ungleichbehandlung zwischen den verschiedenen Branchen und Berufsgruppen in Bezug auf die Versorgung mit betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) dar: 43,5 Mio. Personen waren 2016 in Deutschland erwerbstätig und somit theoretisch über den Arbeitsplatz mit BGF-Maßnahmen erreichbar (Statistisches Bundesamt 2017). Pro Person stehen von den 2018 für die BGF vorgesehenen Finanzmitteln in Höhe von 152 Mio. Euro somit rechnerisch rund 3,50 EUR zur Verfügung. In deutschen Krankenhäusern, stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten waren 2016 insgesamt 2,2 Mio. Personen beschäftigt (Statistisches Bundesamt 2017). Pro Person stünden hier nach dem Gesetzesentwurf ca. 33 EUR – also fast das Zehnfache – für BGF zur Verfügung. Hinzu kommen außerdem noch die Finanzmittel für Prävention und Gesundheitsförderung in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 Abs. 1 SGB XI in Höhe von 22,4 Mio. Euro (0,31 Euro/Versicherten 2018). Andere Berufsgruppen bzw. Branchen, die ebenfalls durch hohe arbeitsbedingte Belastungen und Krankenstände gekennzeichnet sind, z. B. der Baubereich, das Transportgewerbe oder der Handel, sollten nicht derart schlechter gestellt werden.

Zum anderen würde der Einstieg in eine Quotierung der BGF-Ausgaben zugunsten einer Branche zweifellos Rufe nach der Einführung von BGF-Mindestquoten auch aus anderen Branchen und Berufsgruppen laut werden lassen. Die BGF-Ausgaben der Krankenkassen würden so – je nach der Durchsetzungsmacht der jeweiligen Branchen – immer weitergehender quotiert werden. Der Bundesrat fordert bereits ein eigenes BGF-Budget für Beschäftigte in Rehabilitationseinrichtungen. Eine unerwünschte Interventionsspirale wäre die Folge. Diese nähme den Krankenkassen in der Folge jede Handlungsfähigkeit im Sinne eines flexiblen Eingehens auf Bedarfs- und Problemlagen und würde dazu führen, dass die Gelder nach dem „Gießkan-

nenprinzip“ und damit nicht bedarfsgerecht und ohne die notwendige Qualitätssicherung verteilt würden.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 7 Nr. 1 Buchstabe b) wird Satz 2 wie folgt gefasst:

„Von diesem Betrag wenden die Krankenkassen für jeden ihrer Versicherten mindestens 2,15 EUR für Leistungen nach § 20a und mindestens *2,40 EUR* für Leistungen nach § 20b auf; *der Betrag für Leistungen nach § 20b umfasst im Jahr 2020 mindestens 2,65 EUR und im Jahr 2021 mindestens 3,15 EUR je Versicherten.*“ (Änderungen gegenüber Entwurf *kursiv*).

Der folgende Satz „Von dem Betrag für Leistungen nach § 20b ... mindestens einen Euro auf.“ entfällt.

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 Buchstabe c)

§ 20 Abs. 6 S. 3 – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Folgeänderung aus der Ergänzung des § 20 Abs. 6 Satz 2 und 3 (neu) unter Art 7 Nr. 1 b): Die Fortschreibungsregel des Orientierungswerts für Leistungen der Primärprävention und Gesundheitsförderung insgesamt sowie der Mindestwerte für Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten und für BGF-Leistungen mit der Steigerungsrate der monatlichen Bezugsgröße soll sich auch auf den Mindestwert für BGF-Leistungen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen erstrecken.

B) Stellungnahme

Da die Einführung eines speziellen Mindestwerts für BGF-Ausgaben in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen abzulehnen ist, wird auch die Folgeänderung abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Auf die Änderung wird verzichtet.

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 20a Abs. 3 S. 6 – Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Folgeänderung aus der Ergänzung des § 20 Abs. 6 Satz 2 und 3 (neu) unter Art 7 Nr. 1 b):
Durch die vorgesehene Änderung soll sichergestellt werden, dass die vom GKV-Spitzenverband an die BZgA zu zahlende pauschale Vergütung nach § 20a Abs. 3 Satz 4 SGB V weiterhin entsprechend der Steigerungsrate der monatlichen Bezugsgröße fortentwickelt wird.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband hat gegen die Verpflichtung zur Beauftragung der BZgA einschließlich des damit verbundenen Vergütungsanspruchs der BZgA Klage vor dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg erhoben. Die vorgesehene Gesetzesänderung beinhaltet gegenüber der geltenden – vom GKV-Spitzenverband beklagten – Rechtslage keine inhaltliche Änderung, sondern stellt lediglich eine Folgeänderung durch die Einfügung eines neuen Satzes in § 20 Abs. 6 SGB V (Mindestwert für BGF-Leistungen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen) dar, die unter Nr. 1 Buchstabe c) abgelehnt wurde. Wenn entsprechend dieser Stellungnahme auf die Einführung eines eigenen Mindestwertes für BGF-Leistungen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen verzichtet wird, besteht kein Bedarf an dieser Änderung.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderung sollte entfallen.

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 Buchstabe a)

§ 20b Abs. 3 S. 1 – Betriebliche Gesundheitsförderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung werden die Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen explizit als Adressaten genannt, denen die Krankenkassen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung zur betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) anbieten.

B) Stellungnahme

Die explizite Nennung der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen als Adressaten für BGF-Beratung und -Unterstützung ist sachgerecht. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass auch Beschäftigte in anderen Branchen vergleichbar hohe Belastungen und entsprechenden BGF-Bedarf besitzen und ebenfalls von den Leistungen der BGF-Koordinierungsstellen profitieren sollten.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 Buchstabe b)

§ 20b Abs. 3 S. 3 – Betriebliche Gesundheitsförderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung sollen zusätzlich zu den schon bisher genannten örtlichen Unternehmensorganisationen auch die für die Wahrnehmung der Interessen der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen maßgeblichen Verbände an der Beratung von Unternehmen einschließlich Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen beteiligt werden.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 Buchstabe c)

§ 20b Abs. 3 S. 4 – Betriebliche Gesundheitsförderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung werden die maßgeblichen Verbände der Träger von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen in den Kreis der Kooperationspartner aufgenommen, mit denen die Krankenkassen Vereinbarungen zur Beratung und Unterstützung zur BGF im Rahmen der regionalen BGF-Koordinierungsstellen schließen.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 Buchstabe a)

§ 20d Abs. 3 S. 1 – Nationale Präventionsstrategie

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Datum „31.12.2015“ für die erstmalige Verabschiedung der Bundesrahmenempfehlungen durch die Nationale Präventionskonferenz wird – da inzwischen überholt – aus dem Gesetz gestrichen.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 Buchstabe b)

§ 20d Abs. 3 S. 2 (neu) – Nationale Präventionsstrategie

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung verpflichtet die gesetzlichen Spitzenorganisationen von gesetzlicher Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung als Träger der Nationalen Präventionskonferenz, in den Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V auch spezifische Ziele zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit und der Beschäftigungsfähigkeit von Beschäftigten in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen zu formulieren.

B) Stellungnahme

Eine Weiterentwicklung der Nationalen Präventionsstrategie und die Ergänzung der Bundesrahmenempfehlungen um spezifische und gemeinsame Ziele der Sozialversicherungsträger und weiterer Akteure zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit der Beschäftigten in der Alten- und Krankenpflege ist zu begrüßen. Das Thema wird bei der Programmgestaltung des Präventionsforums im Herbst 2018 in Dresden bereits berücksichtigt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 37 – Häusliche Krankenpflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 37 Abs. 2a (neu) SGB V soll zum Ausdruck gebracht werden, dass zur pauschalen Abgeltung von Vergütungszuschlägen der Pflegekassen für vollstationäre Pflegeeinrichtungen die Krankenkassen jährlich 640 Millionen Euro an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung leisten. Hierzu erhebt der GKV-Spitzenverband eine Umlage bei den Krankenkassen gemäß dem Anteil der Versicherten der jeweiligen Krankenkassen an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen. Das Nähere zum Umlageverfahren und zur Zahlung an die Pflegeversicherung bestimmt der GKV-Spitzenverband.

B) Stellungnahme

Ausweislich der Gesetzesbegründung sollen die Mittel der GKV für die Schaffung von ca. 13.000 neuen Pflegepersonalstellen im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeeinrichtungen eingesetzt werden. Die Querfinanzierung des zusätzlichen Pflegepersonals aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung und die dabei vorgesehene Systematik des pauschalen Abzugs von Beitragsmitteln der GKV werden abgelehnt. Dadurch besteht die Gefahr, dass sich dieser Mechanismus in Zukunft verselbstständigt und die Krankenversicherung die Pflegeversicherung als im Grunde eigenständigen Sozialversicherungszweig quersubventionieren muss, sollten die finanziellen Mittel in der Pflegeversicherung nicht ausreichen. Dieser Eindruck verstärkt sich durch die im Vergleich zum Referentenentwurf neue Formulierung in § 8 Abs. 6 Satz 4 (neu) SGB XI, dass in bestimmten Fällen auch Pflegehilfskräfte für die Versorgung zugelassen werden, obwohl Pflegehilfskräfte nicht die notwendige Qualifikation zur Erbringung von medizinischer Behandlungspflege haben. Auch die Klarstellung in § 8 Abs. 6 Satz 3 (neu) SGB XI, dass das zusätzliche Pflegepersonal alle vollstationären Pflegeleistungen erbringen soll, verstärkt diesen Eindruck zusätzlich. Damit wird die Anknüpfung an die medizinische Behandlungspflege aufgegeben, so dass nicht nachvollziehbar ist, warum aus den Mitteln der Krankenversicherung die Aufwendungen für das zusätzliche Pflegepersonal finanziert werden sollen.

Sollte daran dennoch festgehalten werden, weisen wir darauf hin, dass bei der Umsetzung der beabsichtigten Neuregelung die Beitragsgelder der Krankenkassen nur zweckgebunden ausgegeben und nicht im Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung angespart werden dürfen. Daher sind nachfolgende Änderungen notwendig.

Die Regelungen des neuen § 37 Abs. 2a SGB V werden von den Regelungen in § 8 Abs. 6, 9 und 10 (neu) SGB XI flankiert. Im SGB XI soll insbesondere geregelt werden, unter welchen Voraussetzungen die von den Krankenkassen in den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung eingezahlten Mittel an die vollstationären Pflegeeinrichtungen ausgezahlt werden können. Danach werden die Zuschläge gemäß § 8 Abs. 6 (neu) SGB XI unter der Voraussetzung der Zweckgebundenheit für zusätzliches Pflegefachpersonal an die jeweiligen Pflegeeinrichtungen gezahlt. Die entsprechenden Gelder sollen folglich für die vorgesehenen 13.000 neuen Stellen ausgezahlt werden. Ausweislich der Gesetzesbegründung zum § 37 Abs. 2a (neu) SGB V hat die Pflegeversicherung sicherzustellen, dass die von der GKV zur Verfügung gestellten Mittel tatsächlich auch entsprechend ihrer Zweckbindung eingesetzt werden. Daraus folgt, dass die Zahlungen der Krankenkassen in den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung davon abhängig sind, dass zusätzliche Ausgaben der Pflegeversicherung durch zusätzliches Pflegepersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen tatsächlich entstehen.

Da das zusätzliche Personal realistischer Weise nur schrittweise aufgebaut werden kann, müssen sich die Zahlungen der Krankenkassen in den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung an den tatsächlichen Aufwendungen orientieren. Ansonsten werden der Krankenversicherung liquide Mittel entzogen, die für anderweitige gesetzliche Aufgaben aufgewandt werden könnten. Das lässt sich durch ein gestuftes Finanzierungsmodell, etwa im Rahmen einer quartalsweisen Finanzierung der Krankenkassen an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung sicherstellen. Die nicht verausgabten Mittel aus dem Vorquartal sind bei der Anweisung der Mittel für das laufende Quartal zu berücksichtigen, d.h. ggf. in Abzug zu bringen. Dementsprechend sollte im Gesetzeswortlaut die Formulierung „... leisten die Krankenkassen jährlich bis zu [Nennung des Betrages] an den Ausgleichsfonds...“ gewählt werden. Das Nähere zum gestuften Finanzierungsmodell ist in der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes zum Umlageverfahren festzulegen.

In § 8 Abs. 9 (neu) SGB XI soll geregelt werden, dass sich die private Pflegeversicherung (PPV) in Höhe von 44 Millionen Euro an der Abgeltung des Aufwandes für 13.000 zusätzliche Pflegekräfte beteiligt. Die Beteiligung der PPV ist erforderlich, da durch das neu eingestellte Pflegepersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen auch PPV-Versicherte versorgt werden sollen. Nicht nachvollziehbar ist die Beteiligung der PPV in Höhe von nur 44 Millionen Euro und die damit verbundene Entlastung von Privatversicherten zulasten der Beitragszahler der GKV. Für die Abgeltung der Vergütungszuschläge für die 13.000 neuen Stellen ist der Finanzierungsanteil der PPV auf 10% der insgesamt festgelegten Ausgaben (68,4 Millionen Euro) zu erhöhen (s. auch Stellungnahme zu Artikel 11 Nr. 3).

Aufgrund der Beteiligung der PPV muss die in § 37 Abs. 2a Satz 1 (neu) SGB V genannte Höhe der Abgeltung durch die Krankenversicherung an den Ausgleichsfonds entsprechend des An-

teils, den die PPV gemäß § 8 Abs. 9 (neu) SGB XI zu tragen hat, reduziert werden. Der Anteil der GKV beträgt folglich 615,6 Millionen Euro (684 Millionen Euro – 68,4 Millionen Euro).

Zudem ist darauf hinzuweisen, dass der in § 37 Abs. 2a Satz 1 (neu) SGB V stehende Begriff der „pauschalen“ Abgeltung der Vergütungszuschläge irreführend ist, da die Vergütungszuschläge eine Abgeltung der tatsächlich entstehenden Personalkosten der Pflegeeinrichtungen durch die Anstellung zusätzlichen Personals zur Erbringung der medizinischen Behandlungspflege ermöglichen sollen. Der Begriff „pauschalen“ ist daher zu streichen.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 7 Nr. 5 Buchstabe a) wird § 37 Abs. 2a Satz 1 (neu) wie folgt gefasst:

„Zur ~~pauschalen~~ Abgeltung der Vergütungszuschläge der Pflegekassen nach § 8 Abs. 6 des Elften Buches leisten die Krankenkassen jährlich bis zu 615,6 Millionen Euro an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung (...).“

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 40 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

A) Beabsichtigte Neuregelung

a)

Für pflegende Angehörige soll der Zugang zu Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation erleichtert werden. Vor dem Hintergrund der Pflegesituation ist es für pflegende Angehörige schwierig, ambulante Leistungen der Krankenbehandlung und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in den Tagesablauf zu integrieren und in Anspruch zu nehmen. Deshalb soll das in § 40 SGB V vorgesehene Stufenverhältnis, wonach eine stationäre Rehabilitationsleistung nachrangig gegenüber einer ambulanten Rehabilitationsleistung ist und ein Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nur dann besteht, wenn ambulante Behandlungsmöglichkeiten am Wohnort nicht ausreichen, außer Kraft gesetzt werden. Pflegende Angehörige sollen stattdessen einen „eigenständigen“ Anspruch auf stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhalten.

b)

Im Fall einer stationären Rehabilitation sollen pflegende Angehörige auch einen Anspruch auf die Versorgung des Pflegebedürftigen erhalten. Die Krankenkasse soll demnach die Leistungen zur Versorgung des Pflegebedürftigen nach dem SGB XI bewilligen und erbringen. Dazu fordert sie von der Pflegekasse des Pflegebedürftigen die notwendigen Unterlagen zur Feststellung der erforderlichen Leistungen an. Die Pflegekasse erstattet der Krankenkasse die Leistungen.

B) Stellungnahme

Zu a)

Das „außer Kraft setzen“ des Stufenmodells zwischen ambulanten und stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für den Personenkreis der pflegenden Angehörigen kann vor dem Hintergrund der besonderen familiären Situation nachvollzogen werden. Je nach individuellen Rahmenbedingungen wird es bei Inanspruchnahme einer stationären Rehabilitation für den pflegenden Angehörigen besser zu organisieren sein, die Versorgung des zu pflegenden Angehörigen sicherzustellen, als bei einer ambulanten Rehabilitation. Es ist zu erwarten, dass dieser Aspekt auch eine indirekte positive Wirkung auf das Rehabilitationsergebnis der pflegenden Angehörigen haben kann. Ungeachtet dieser modifizierten Zugangsvorausset-

zungen zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wird mit den vorgesehenen Regelungen kein neuer Anspruch und keine neue Form und Qualität von Rehabilitationsleistungen für pflegende Angehörige geschaffen. Auch bei pflegenden Angehörigen sind die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation darauf gerichtet, eine nicht nur vorübergehende drohende Beeinträchtigung der Teilhabe abzuwenden bzw. eine bereits eingetretene Beeinträchtigung der Teilhabe zu beseitigen, zu vermindern oder deren Verschlimmerung zu verhüten. Die Indikation für eine medizinische Rehabilitation setzt somit auch bei pflegenden Angehörigen das Vorliegen von Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und einer positiven Rehabilitationsprognose voraus. Eine solche Rehabilitationsindikation liegt u. a. nur dann vor, wenn die Notwendigkeit der Inanspruchnahme eines komplexen Behandlungsangebotes besteht. Dies vorausgesetzt soll nach den vorgesehenen Regelungen ein Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bereits dann bestehen, wenn das komplexe Behandlungsangebot aufgrund der Pflegesituation nicht in hinreichender Weise in der ambulanten Versorgung wahrgenommen werden kann. Mit dem Wegfall des Stufenmodells ist demnach keine Verlagerung der ambulanten Krankenbehandlung in die stationäre Rehabilitation intendiert.

Ausweislich der Gesetzesbegründung soll das Vorrang-/Nachrang-Verhältnis zwischen gesetzlicher Renten- und Krankenversicherung bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation unverändert fortbestehen. Auch für pflegende Angehörige soll die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation subsidiär sein, so dass für pflegende Angehörige im erwerbsfähigen Alter Leistungsansprüche gegenüber der gesetzlichen Rentenversicherung vorrangig bleiben. Dieser gesetzliche Wille kommt durch die Aussagen in der Gesetzesbegründung zum Ausdruck, wonach es in der gesetzlichen Rentenversicherung bereits bisher keine Regelung gibt, nach der ambulante Leistungen vorrangig zu erbringen sind und es deshalb nicht zu einer Zuständigkeitsverlagerung von Rehabilitationsleistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung komme. Damit die mit den Gesetzesänderungen intendierten Ziele auch in Fallgestaltungen der vorrangigen Zuständigkeit der gesetzlichen Rentenversicherung erreicht werden, wird es gleichwohl als notwendig angesehen, auch für den Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung unmittelbar im Gesetz klarzustellen, dass die besonderen Belange pflegender Angehöriger zu berücksichtigen sind. Zur notwendigen Übertragung der weitergehenden Regelungen des § 40 Abs. 3 SGB V auf den Bereich des SGB VI siehe zu b).

Zu b)

Im Falle der stationären Rehabilitation des pflegenden Angehörigen soll dessen Krankenkasse die Leistungen zur Versorgung des Pflegebedürftigen nach den Vorschriften des SGB XI be-

willigen und erbringen. Dazu soll sie von der Pflegekasse des Pflegebedürftigen die notwendigen Unterlagen zur Feststellung der erforderlichen Leistungen anfordern. Die Pflegekasse erstattet der Krankenkasse diese Aufwendungen. Nach der Gesetzesbegründung soll der besonderen Belastungssituation pflegender Angehöriger dadurch Rechnung getragen werden, dass sie von der zeitgleichen Koordination der Versorgung des Pflegebedürftigen entlastet werden.

Die Intention der gesetzlichen Regelung kann nachvollzogen werden. Sie wird jedoch mit den vorgesehenen Gesetzesänderungen nicht erreicht und schafft zusätzliche, für alle Beteiligten aufwändige Verwaltungsverfahren mit Mitteilungsverpflichtungen und Erstattungsverfahren, die zur Erreichung des Gewollten nicht erforderlich sind. Die Versorgung des Pflegebedürftigen während der Rehabilitation des pflegenden Angehörigen erfordert abhängig von der individuellen Pflegesituation und der beabsichtigten Versorgung während der Rehabilitation des pflegenden Angehörigen in jedem Fall auch eine Koordination durch den Pflegebedürftigen selbst und/oder durch den pflegenden Angehörigen bzw. weitere Personen des Umfeldes. Es geht dabei etwa um Absprachen mit Angehörigen und/oder Nachbarn bzw. den Abschluss eines Pflegevertrages mit einem Pflegedienst bei beabsichtigter häuslicher Versorgung bzw. eines Vertrages mit einer Kurzzeitpflegeeinrichtung oder der Rehabilitationseinrichtung. Diese auch über die Leistungen zur Versorgung des Pflegebedürftigen nach den Vorschriften des SGB XI hinausgehenden organisatorischen Aufgaben kann die Krankenkasse auch nach den vorgesehenen gesetzlichen Änderungen weder aus rechtlichen noch aus tatsächlichen Gründen für den Pflegebedürftigen bzw. seinen Angehörigen übernehmen.

Die in dem Gesetzentwurf vorgesehene Bewilligung und Erbringung der Leistungen nach dem SGB XI durch die Krankenkasse des pflegenden Angehörigen nach vorheriger Übermittlung der notwendigen Unterlagen von Seiten der für den Pflegebedürftigen zuständigen Pflegekasse bringt für die Versorgung des Pflegebedürftigen keinen Vorteil. Sie hat lediglich mehr Verwaltungsaufwand zur Folge. Denn die zuständige Pflegekasse wird zwar durch die Mitteilung der Krankenkasse des pflegenden Angehörigen über einen entsprechenden Antrag ihres Versicherten in Kenntnis gesetzt und prüft den bestehenden Leistungsanspruch, kann aber die Leistung nicht selbst bewilligen, sondern muss die Krankenkasse des pflegenden Angehörigen über das Ergebnis ihrer Prüfung informieren. Diese muss für einen nicht bei ihr versicherten Pflegebedürftigen Leistungen bewilligen, bei beabsichtigter Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen des Sachleistungssystems als Krankenkasse eine Abrechnung der Leistungen nach dem SGB XI durch den Leistungserbringer entgegennehmen (dies erfordert aufwändige IT-technische Anpassungen) und ein Erstattungsverfahren mit der zuständigen Pflegekasse durchführen; dabei ist zu berücksichtigen, dass dies im Regelfall nicht die bei der Krankenkasse des pflegenden Angehörigen errichtete Pflegekasse ist. Zur Vermeidung dieser

Zwischenschritte sollte die Bewilligung und Erbringung der notwendigen Leistungen nach dem SGB XI unmittelbar durch die Pflegekasse des Pflegebedürftigen erfolgen. Die Neuregelung sollte deshalb darauf abzielen, dass die Krankenkasse des pflegenden Angehörigen die Pflegekasse des Pflegebedürftigen über die bewilligte Rehabilitationsleistung informiert und die Pflegekasse den Pflegebedürftigen im Rahmen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI bei der Organisation der Versorgung – ggf. in weiterer Abstimmung mit der Krankenkasse des pflegenden Angehörigen z.B. zum geeigneten Zeitpunkt oder Ort der Rehabilitation – unterstützt.

Darüber hinaus ist durch eine entsprechende Regelung im SGB VI sicherzustellen, dass diese Unterstützung auch in den Fällen zur Anwendung kommt, in denen die gesetzliche Rentenversicherung als vorrangiger Leistungsträger die Rehabilitationsleistung erbringt.

C) Änderungsvorschläge

Artikel 7 Nr. 6 Buchstabe b) Doppelbuchstabe aa) wird wie folgt gefasst:

aa) Nach Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:

„Bewilligt die Krankenkasse eine Rehabilitationsleistung für einen pflegenden Angehörigen, informiert sie auf Wunsch des pflegenden Angehörigen die Pflegekasse des Pflegebedürftigen, die den Pflegebedürftigen im Rahmen der Pflegeberatung nach § 7a Elftes Buch bei der Organisation der notwendigen pflegerischen Versorgung unterstützt.“

Artikel 7 Nr. 6 Buchstabe b) Doppelbuchstabe bb) wird wie folgt gefasst:

bb) Im bisherigen Satz 3 wird die Angabe „Satz 2“ durch die Angabe „Satz 3“ ersetzt.

Artikel 7 Nr. 6 Buchstabe b) Doppelbuchstabe cc) wird wie folgt gefasst:

bb) In den bisherigen Sätzen 7 und 8 wird die Angabe „Satz 6“ jeweils durch die Angabe „Satz 7“ ersetzt.

In einem zusätzlichen Artikel (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch) werden folgende Ergänzungen vorgenommen:

In § 15 Abs. 1 SGB VI wird nach Satz 1 folgender Satz 2 eingefügt:

„Die besonderen Belange pflegender Angehöriger sind zu berücksichtigen; § 40 Absatz 3 Satz 2 des Fünften Buches gilt entsprechend.“

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 60 – Fahrkosten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der beabsichtigten Neuregelung soll eine Genehmigungsfiktion für Krankenfahrten zu ambulanten zahnärztlichen sowie ambulanten fachärztlichen Behandlungen für Versicherte eingeführt werden, die einen Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ besitzen oder nach § 15 SGB XI in den Pflegegrad 3, 4 oder 5 eingestuft sind; bei Einstufung in den Pflegegrad 3 muss zusätzlich eine dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung bestehen.

Die Genehmigungsfiktion soll auch für Versicherte gelten, bei denen eine zu den vorgenannten Voraussetzungen vergleichbare Beeinträchtigung der Mobilität nach Maßgabe der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 SGB V besteht.

B) Stellungnahme

Die Intention, die Inanspruchnahme von Krankenfahrten zu ambulanten zahnärztlichen sowie ambulanten fachärztlichen Behandlungen für dauerhaft mobilitätsbeeinträchtigte Versicherte unbürokratischer zu gestalten, kann grundsätzlich nachvollzogen werden. Die geplante Änderung ist aus den nachfolgenden Gründen jedoch weder sachgerecht noch konsistent zur bestehenden Regelungssystematik.

Die bestehende gesetzliche Regelung, nach der Fahrkosten zur ambulanten Versorgung nur in den in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festzulegenden Ausnahmefällen und nur nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkasse übernommen werden, folgt dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 Absatz 1 SGB V. In der Folge prüfen die Krankenkassen im Rahmen des Genehmigungsverfahrens zur Übernahme von Fahrkosten neben dem grundsätzlichen Leistungsanspruch des Versicherten das medizinisch notwendige Transportmittel. Bei Krankenfahrten zur ambulanten Versorgung, auf die sich die vorgesehene gesetzliche Änderung bezieht, ist u.a. zwischen Fahrten im PKW (mit und ohne Begleitperson), einfachen Taxifahrten, Fahrzeugen mit behindertengerechter Einrichtung im Sinne des § 7 Krankentransport-Richtlinie (KT-RL) zu differenzieren, die mit erheblichen Kostenunterschieden einhergehen. Darüber hinaus ist zu prüfen, ob die Möglichkeit von Sammelfahrten nach § 7 Absatz 5 KT-RL besteht und die nächst erreichbare geeignete Behandlungsmöglichkeit (§ 3 Absatz 2 KT-RL) in Anspruch genommen werden soll. Durch die geplante Gesetzesänderung würde diese Prüfung im Vorfeld der Leistungserbringung entfallen und auf

aufwändige, nachgelagerte Prüfprozesse im Rahmen der Abrechnung oder der Prüfung eines sonstigen Schadens nach § 48 BMV-Ä oder § 29 BMV-ZÄ verlagert. Dies wäre nicht sachgerecht.

Darüber hinaus sprechen grundlegende systematische Gründe gegen die vorgesehene gesetzliche Regelung. Der G-BA hat die gesetzliche Kompetenzzuweisung, in der KT-RL besondere Ausnahmetatbestände festzulegen, in denen Kosten von Krankenfahrten zu einer ambulanten Behandlung von den Krankenkassen übernommen werden. Aus diesem Grunde regelt § 8 Absatz 3 KT-RL die Verordnung und Genehmigung von Krankenfahrten zu ambulanten Behandlungen für dauerhaft mobilitätsbeeinträchtigte Versicherte. Dabei erfolgt die Übernahme der Fahrkosten grundsätzlich nur nach vorheriger Genehmigung durch die Krankenkassen (§ 60 Absatz 1 Satz 4 SGB V). In Umsetzung dieser Kompetenzzuweisung hat der G-BA in § 8 Abs. 3 KT-RL Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch festgelegt, die mit dem vorgelegten Gesetzentwurf weitestgehend identisch in den Gesetzestext übernommen und mit einer Genehmigungsfiktion versehen werden sollen. Da diese Regelungen der KT-RL einerseits nicht vollständig übernommen werden und sich andererseits nur auf Krankenfahrten zur ambulanten zahnärztlichen oder ambulant fachärztlichen Behandlung beziehen sollen, würde eine unübersichtliche Regelungssystematik von Fallgestaltungen mit und ohne vorheriger Genehmigungspflicht entstehen, die zudem die notwendige Gleichbehandlung vergleichbarer Sachverhalte nicht sicherstellen würde. So ist nicht erkennbar, weshalb die vorgesehene gesetzliche Regelung auf bestimmte ambulante zahnärztliche/fachärztliche Behandlungen begrenzt und etwa Fahrten zu sonstigen Therapien (z.B. Heilmittel) nicht erfasst sind.

Zudem wären die unmittelbar im Gesetzeswortlaut geregelten Sachverhalte bei künftigen diesbezüglichen Änderungen der KT-RL faktisch von der Regelungskompetenz des G-BA ausgenommen. Bei Änderungen der KT-RL, die den Bereich der Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung betreffen, wäre jeweils eine Gesetzesänderung erforderlich, sofern die Anspruchsvoraussetzungen der geänderten KT-RL ganz oder teilweise auch auf die Fälle der mit einer gesetzlichen Genehmigungsfiktion einhergehenden Sachverhalte übertragen werden sollten. Diese gesetzliche Änderung müsste dann zur Herstellung der Rechtskonformität der KT-RL wiederum in der KT-RL nachvollzogen werden. Diese Systematik des Nebeneinanders von Gesetzesregelungen einerseits und Richtlinienregelungen andererseits, die in Teilen deckungsgleiche Anspruchsvoraussetzungen jedoch in Bezug auf die Genehmigungspflicht unterschiedliche Rechtsfolgen vorsehen, sind nicht konsistent und deshalb abzulehnen.

Sofern an dem Grundanliegen der gesetzlichen Änderung, bestimmte Fallgestaltungen von Krankenfahrten von der Vorabgenehmigung auszunehmen, dennoch festgehalten wird, sollte dem G-BA insoweit eine Regelungskompetenz eingeräumt werden.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 7 Nr. 7 wird wie folgt gefasst:

Dem § 60 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 fest, in welchen Fällen für Fahrten nach Satz 3 keine vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse nach Satz 4 erforderlich ist.“

Artikel 7 (Änderung des Fünften Sozialgesetzbuch)

Nr. 8 Buchstabe a)

§ 87 Abs. 2a S. 17 bis 20 – Bundesmantelvertrag, EBM, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neufassung des § 87 Absatz 2a Satz 17 bis 20 SGB V sollen durch den Bewertungsausschuss im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) definierten Indikationsbereiche zur Durchführung von Videosprechstunden aufgehoben werden, um Videosprechstunden in weitem Umfang zu ermöglichen, wobei die Besonderheiten in der Versorgung von Pflegebedürftigen und die Besonderheiten in der psychotherapeutischen Versorgung berücksichtigt werden sollen.

B) Stellungnahme

Grundsätzlich ist eine Ausweitung der Anwendungsbereiche von im EBM abgebildeten Videosprechstunden zu begrüßen.

In einem ersten Schritt hat der Bewertungsausschuss infolge des E-Health-Gesetzes zum 1. April 2017 Leistungen zur Durchführung von Videosprechstunden im EBM abgebildet.

Der Gesetzgeber hatte im Rahmen des E-Health-Gesetzes explizit darauf hingewiesen, dass Videosprechstunden eine telemedizinisch gestützte Betreuung von Bestandspatienten ermöglichen sollen, mit der ansonsten wiederholte persönliche Vorstellungen in der Arztpraxis vor Ort ersetzt werden können. Videosprechstunden sollten dabei aufgrund der berufsrechtlichen Regelungen auf solche Patienten beschränkt werden, die den behandelnden Ärzten bekannt sind. Ferner sollte der Bewertungsausschuss für die Durchführung von Videosprechstunden geeignete, zweckmäßige Krankheitsbilder und durchführende Arztgruppen festlegen.

Vor diesem Hintergrund wurde die Betreuung eines dem Arzt bekannten Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde zunächst als Verlaufskontrolle bei medizinisch sinnhaften Anwendungsfällen im Kontext der Folgebegutachtung in einer Videosprechstunde (z. B. Verlaufskontrolle von Operationswunden oder chronischen Wunden nach Erstbegutachtung im persönlichen Kontakt) im EBM abgebildet.

Im Rahmen der Beschlussfassung zur Aufnahme der Videosprechstunden in den EBM hat der Bewertungsausschuss bereits deutlich gemacht, dass der 2017 getroffene Beschluss lediglich einen ersten Schritt darstellt und dass eine Ausweitung von Indikationsbereichen und Versorgungskontexten für Videosprechstunden überprüft wird. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte eine Ausweitung von Indikationsbereichen bis zum 31. Dezember 2018 erfolgen.

Die intendierte gesetzliche Regelung sieht vor, die im EBM definierten Indikationsbereiche zur Durchführung von Videosprechstunden zu streichen und eine generelle Öffnung der Videosprechstunde vorzunehmen. In der Begründung wird ausgeführt, dass es grundsätzlich im Ermessen der Ärzte liegen sollte, bei welchen Indikationen und Patienten eine Videosprechstunde sachgerecht und vertretbar sei und ein persönlicher Kontakt vor Ort nicht zwingend erforderlich sei.

Videosprechstunden können medizinisch sinnvoll eingesetzt werden, z. B. anstelle eines ärztlichen Gesprächs bzw. einer Beratung im persönlichen Kontakt oder aber einer wiederholten Begutachtung eines Patientenproblems, das bereits aus einem persönlichen Kontakt bekannt ist und dessen Beurteilung mittels der unterstützenden visuellen Funktion im Videokontakt möglich ist, was nicht grundsätzlich der Fall ist. Insofern erscheint ein erweiterter Indikationskatalog im EBM für die Beurteilung eines Patientenproblems mittels visueller Unterstützung im Rahmen einer Videosprechstunde sinnvoll. Bei der Durchführung eines ärztlichen Gesprächs im Rahmen einer Videosprechstunde anstelle des persönlichen Gesprächs bedarf es hingegen keines Indikationskataloges.

Weiterhin sieht der Gesetzentwurf vor, bei der Anpassung die Besonderheiten in der Versorgung von Pflegebedürftigen durch Zuschläge zu berücksichtigen. Gemäß der Begründung soll eine umfangreiche Anwendbarkeit von Videosprechstunden auch mit dem Ziel erfolgen, dass Videosprechstunden in der Versorgung von Pflegebedürftigen über bisherige Modellvorhaben hinaus stärkere Bedeutung erlangen.

Die Durchführung von Videosprechstunden mit Pflegebedürftigen wird auch von den derzeitigen Regelungen im EBM und im Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) zur Videosprechstunde bereits ermöglicht, d. h., auch jetzt schon können Videosprechstunden zwischen Vertragsärzten und Pflegebedürftigen, ggf. unterstützt durch Bezugspersonen, durchgeführt und abgerechnet werden. So definiert die Anlage 31b BMV-Ä die Videosprechstunde als synchrone Kommunikation zwischen einem Arzt und einem ihm bekannten Patienten, ggf. unter Assistenz, z. B. durch eine Bezugsperson. Die bestehende Leistung im EBM zur patientenorientierten Fallkonferenz unter Beteiligung der notwendigen ärztlichen Fachdisziplinen und Pflegekräfte kann derzeit im Pflegeheim oder im telefonischen Kontakt durchgeführt und abgerechnet werden. Eine Erweiterung, die eine Durchführung dieser Fallkonferenzen per Videokontakt ermöglicht, wird befürwortet. Gleiches gilt für Fallkonferenzen im Zusammenhang mit dem Mammographie-Screening.

Im Bereich der Richtlinien-Psychotherapie begrenzen verschiedene rechtliche Rahmenbedingungen eine Anwendung der Videosprechstunde. In der Begründung zum eHealth-Gesetz wird eine psychotherapeutische Telebehandlung auch vor dem Hintergrund des geltenden Berufsrechts explizit ausgeschlossen. So ist in § 5 Abs. 5 der Musterberufsordnung festge-

legt, dass Psychotherapeuten die Behandlung im persönlichen Kontakt zu erbringen haben. Sie dürfen diese über elektronische Kommunikationsmedien nur in begründeten Ausnahmefällen und unter Beachtung besonderer Sorgfaltspflichten durchführen. Auch die Psychotherapie-Vereinbarung (PT-V) sieht vor, dass Leistungen gemäß Psychotherapie-Richtlinie (PTRL) in der vertragsärztlichen Versorgung grundsätzlich in den Praxisräumen der Therapeutin oder des Therapeuten erbracht werden (§ 1 Abs. 4 PT-V). Fachlicher Hintergrund dieser Regelung ist neben der Bedeutung der face-to-face-Kommunikation die für die psychotherapeutische Behandlung erforderliche Neutralität des Behandlungsortes. Es wäre deshalb sinnvoll zu prüfen, ob und ggf. in welchen Fällen von diesen Vorgaben abgewichen werden könnte.

Die geplante gesetzliche Anpassung im § 87 Abs. 2a SGB V und die dahinter stehende Begründung beinhalten hingegen keine Klarstellung, dass Videosprechstunden weiterhin ausschließlich bei Bestandspatienten durchgeführt werden können. Eine ausschließliche Fernbehandlung ist auch nach der vom Deutschen Ärztetag beschlossenen Anpassung der ärztlichen (Muster-)Berufsordnung noch nicht möglich, da zunächst die Berufsordnungen der Landesärztekammern entsprechend angepasst werden müssen, bevor der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine entsprechende flächendeckende Umsetzung für die vertragsärztliche Versorgung im EBM umsetzen könnten. Insofern wäre in der gesetzlichen Regelung oder aber in der Begründung ein Hinweis darauf aufzunehmen, dass Videosprechstunden nur bei persönlich bekannten Patienten durchgeführt werden dürfen.

Durch Videosprechstunden können im Idealfall persönliche Arzt-Patienten-Kontakte reduziert und die Arztpraxen entlastet werden, was wiederum die Wartezeiten für GKV-Versicherte reduzieren kann. Die Erweiterung der Möglichkeit zur Durchführung von Videosprechstunden soll hingegen nicht dazu führen, dass Vertragsärzte z. B. im Falle von Bagatelkrankungen noch häufiger kontaktiert werden als bisher. Vor diesem Hintergrund sollte der gesetzliche Auftrag eine Evaluation bzgl. der Entwicklung der Arzt-Patienten-Kontakte beinhalten.

Auch hinsichtlich der Finanzierung im Falle einer Ausweitung der Anwendung von Videosprechstunden findet sich kein Hinweis in der geplanten Neuregelung und Begründung. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die ärztlichen Leistungen (z. B. die Beratung oder Verlaufskontrolle) im Rahmen einer Videosprechstunde anstelle der Erbringung im persönlichen Kontakt (z. B. in der Arztpraxis oder im Rahmen eines Hausbesuchs) vollständig substituiert werden und insofern eine Finanzierung der ärztlichen Leistung innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) erfolgen muss. Eine zusätzliche Vergütung für die telemedizinische Erbringung von Leistungen in Form von Videosprechstunden, die bereits Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind, wäre nicht sachgerecht.

Insofern gelten für telemedizinische Leistungen wie z. B. Videosprechstunden die gleichen Grundsätze und Maßstäbe wie für andere vertragsärztliche Leistungen. Hierauf sollte in der Begründung explizit hingewiesen werden.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 7 Nr. 8 werden nach § 87 Abs. 2a Satz 20 SGB V n. F. folgende Sätze angefügt:

„Mit Wirkung zum 1. Januar 2019 ist eine Regelung zu treffen, nach der Videosprechstunden bei Bestandspatienten nach Satz 17 in einem weiteren Umfang ermöglicht werden. Die bisherige Vorgabe von Indikationen für die Durchführung von Videosprechstunden bei Bestandspatienten im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen wird erweitert. Zwei Jahre nach Inkrafttreten dieser Regelungen hat der Bewertungsausschuss nach Absatz 3 die Entwicklung der Arzt-Patienten-Kontakte nach Erweiterung der Möglichkeiten zur Videosprechstunde zu evaluieren und hierüber dem Bundesministerium für Gesundheit zu berichten.“

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8 Buchstabe b)

§ 87 Abs. 2k – Videosprechstunde (BEMA)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen sind Videosprechstundenleistungen im Zusammenhang mit der aufsuchenden Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen sowie der Versorgung von Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen im Rahmen von Kooperationsverträgen nach § 119b SGB V vorzusehen. Die Videosprechstundenleistungen können auch Fallkonferenzen mit dem Pflegepersonal zum Gegenstand haben.

B) Stellungnahme

Die Aufnahme von Videosprechstundenleistungen in den BEMA für die genannten Personengruppen wird grundsätzlich befürwortet. Videosprechstunden können medizinisch sinnvoll eingesetzt werden, z. B. anstelle eines zahnärztlichen Gesprächs bzw. einer Beratung im persönlichen Kontakt oder aber einer wiederholten Begutachtung eines Patientenproblems, das bereits aus einem persönlichen Kontakt bekannt ist und dessen Beurteilung mittels der unterstützenden visuellen Funktion im Videokontakt möglich ist. Aus diesem Grund sollte im Gesetz klargestellt werden, dass Videosprechstundenleistungen nur bei Bestandspatienten erbracht werden können, so wie dies der 14. Ausschuss in seiner Begründung zum eHealth-Gesetz (Drucksache 18/6905) ausgeführt hat. Videosprechstunden sind jedoch nicht in jedem Einzelfall möglich. Vor diesem Hintergrund und auf aufgrund der Tatsache, dass im zahnärztlichen Bereich bis dato keine Erfahrungen mit Videosprechstunden vorliegen, sieht der GKV-Spitzenverband es als hilfreich an, wenn der Bewertungsausschuss verpflichtet wird, einen erweiterten Indikationskatalog für die Beurteilung von Patientenproblemen mittels visueller Unterstützung im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen festzulegen. Fallkonferenzen mit dem Pflegepersonal per Video sind zur Verbesserung der Versorgung dieser Personengruppe sinnvoll.

C) Änderungsvorschlag

(2k) Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen sind **bei Bestandspatienten** Videosprechstundenleistungen **einschließlich dazugehöriger Indikationen** vorzusehen für die Untersuchung und Behandlung von den in Absatz 2i genannten Versicherten und von Versicherten, an denen zahnärztliche Leistungen im Rahmen eines Vertrages nach § 119b

Absatz 1 erbracht werden. Die Videosprechstundenleistungen nach Satz 1 können auch Fallkonferenzen mit dem Pflegepersonal zum Gegenstand haben. § 71 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Die Anpassung erfolgt auf Grundlage der Vereinbarung nach § 291g.

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9 Buchstabe a)

§ 119b Abs. 1 – Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit den vorgeschlagenen Anpassungen des § 119b SGB V soll geregelt werden, dass stationäre Pflegeeinrichtungen künftig mit dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern Kooperationsverträge schließen müssen, wobei die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten auf Antrag der Pflegeeinrichtung entsprechende Verträge innerhalb von drei Monaten zu übermitteln hat. Stationäre Pflegeeinrichtungen sollen eine verantwortliche Pflegefachkraft für die Zusammenarbeit benennen.

B) Stellungnahme

Die Konkretisierung der bisherigen gesetzlichen Regelung des § 119b SGB V begrüßt. Die geplante Neuregelung bzgl. der Benennung der verantwortlichen Pflegefachkraft sollte konkretisieren, dass die Benennung Bestandteil des Kooperationsvertrag selbst ist.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 7 Nr. 7 Buchstabe a) Doppelbuchstabe cc) wird wie folgt gefasst.

Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Stationäre Pflegeeinrichtungen benennen **im Kooperationsvertrag** eine verantwortliche Pflegefachkraft für die Zusammenarbeit mit den vertragsärztlichen Leistungserbringern nach Satz 1.“

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9 Buchstabe b)

§ 119b Abs. 2 – Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen Absatz 2a des § 119b SGB V sollen Anforderungen an die Kommunikations- und Informationstechnik für den Datenaustausch in der Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtungen und geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern festgelegt werden. Die Regelungshoheit liegt für die ambulante ärztliche bzw. die zahnärztliche Versorgung bei den jeweiligen Partnern der Bundesmantelverträge. Bezüglich der Regelungen ist das Benehmen mit den Verbänden der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene herzustellen. Die Regelungen sind erstmals bis zum 30. Juni 2019 zu treffen. Auf Anforderung der für die Interessensvertretung maßgeblichen Verbände auf Bundesebene können auch technische Anforderungen an den elektronischen Datenaustausch mit ambulanten Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern, Apotheken sowie mit Heil- und Hilfsmittelerbringern berücksichtigt werden. Die Dienste der Telematikinfrastruktur sollen Berücksichtigung finden, sobald sie für den Bereich der Altenpflege zur Verfügung stehen.

Mit der geplanten Ergänzung des § 119b SGB V um einen Absatz 2b wird vorgesehen, dass telemedizinische Dienste wie Videosprechstunden im Rahmen der Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtungen und vertragsärztlichen Leistungserbringern Verwendung finden sollen.

B) Stellungnahme

Grundsätzlich ist es sinnvoll, auch in der Altenpflege die Vorteile der Digitalisierung zu nutzen. Allerdings sind die Anforderungen dazu im Hinblick auf die Altenpflege zurzeit noch nicht bestimmt. Dabei ist auf sektorübergreifend interoperable Lösungen zu achten. Die Regelung zur perspektivischen Nutzung der Telematikinfrastruktur wird, unabhängig davon, wer die Regelungen zu treffen hat, seitens des GKV-Spitzenverbandes begrüßt. Aus diesem Grund sollte dann auch die „Sichere Kommunikation Leistungserbringer“ (KOM-LE) als zu verwendender Standard festgeschrieben werden.

Der Begründung zu § 119b Abs. 2b SGB V ist ein Verweis auf die vorgesehene Regelung in § 87 Absatz 2a SGB V zu entnehmen, wonach Videosprechstunden weiter ausgebaut werden sollen. Die Begründung zu § 87 Abs. 2a SGB V führt aus, dass eine umfangreiche Anwendbarkeit von Videosprechstunden auch mit dem Ziel erfolge, Videosprechstunden in der Versor-

gung von Pflegebedürftigen über bisherige Modellvorhaben hinaus auszubauen. Im Weiteren wird auf bereits im EBM abgebildete Fallkonferenzen verwiesen, die zwischen Ärzten und Pflegekräften geführt und abgerechnet werden können und zukünftig auch bei einem Videokontakt abrechnungsfähig sein sollen.

In Bezug auf die Durchführung von Videosprechstunden zwischen Vertragsärzten und Pflegebedürftigen ist es so, dass die derzeitigen Regelungen im EBM und im Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) zur Videosprechstunde auch bei Pflegebedürftigen Anwendung finden, d.h. auch jetzt schon können Videosprechstunden zwischen Vertragsärzten und Pflegebedürftigen, ggf. unterstützt durch Bezugspersonen (z.B. Pflegepersonal in einer Pflegeeinrichtung), durchgeführt und abgerechnet werden. Insofern bedarf es keiner gesetzlichen Regelung hierzu.

Die bestehende Leistung zur patientenorientierten Fallkonferenz unter Beteiligung der notwendigen ärztlichen Fachdisziplinen und Pflegekräfte kann derzeit im Pflegeheim oder im telefonischen Kontakt durchgeführt und abgerechnet werden. Eine Erweiterung, die eine Durchführung dieser Fallkonferenzen per Videokontakt ermöglicht, wird befürwortet.

C) Änderungsvorschlag

Nach Absatz 2 werden folgende Absätze 2a und 2b angefügt:

„(2a) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 haben erstmals bis zum 30. Juni 2019 im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene verbindliche Anforderungen für die Informations- und Kommunikationstechnik zum elektronischen Datenaustausch im Rahmen der Zusammenarbeit zwischen den stationären Pflegeeinrichtungen und geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern nach Absatz 1 Satz 1 zu vereinbaren. In der Vereinbarung können auf Verlangen der für die Interessensvertretung maßgeblichen Verbände auf Bundesebene auch technische Anforderungen an den elektronischen Datenaustausch mit ambulanten Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern, Apotheken sowie mit Heil- und Hilfsmittelerbringern berücksichtigt werden. **Die Empfehlungen nach § 291e Abs. 7 und 9 SGB V sind in den Vereinbarungen zu berücksichtigen.** Sobald die Dienste der Telematikinfrastruktur nach § 291a für den Bereich der Altenpflege zur Verfügung stehen, sollen sie in der Vereinbarung berücksichtigt werden.

(2b) Patientenorientierte Fallkonferenzen können auch per Video durchgeführt werden. Telemedizinische Dienste wie Videosprechstunden sollen im Rahmen der Zusammenarbeit nach Absatz 1 Satz 1 Verwendung finden.“

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 132a – Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der § 132a Absatz 1 Satz 4 Nr. 5 wird insoweit ergänzt, dass die Rahmenempfehlungspartner bis zum 30.06.2019 die Grundsätze für die Vergütung von längeren Wegezeiten in unterversorgten ländlichen Räumen durch Zuschläge unter Einbezug der ambulanten Pflege nach dem Elften Buch regeln sollen.

B) Stellungnahme

Die Zielsetzung der Verbesserung der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege insbesondere in dünn besiedelten ländlichen Gebieten wird unterstützt. Ob Zuschläge zu Wegegebühren zu einer besseren Versorgung in ländlichen Gebieten beitragen können, darf allerdings bezweifelt werden. Es gibt keine belastbaren Hinweise, dass die Versorgung in ländlichen Regionen durch die Höhe der Wegegebühren maßgeblich beeinflusst wird.

Die medizinische und pflegerische Versorgung im ländlichen Raum stellt eine strukturelle und gesellschaftliche Herausforderung dar, der nicht über Vergütungsanreize im Zusammenhang mit Wegezeiten begegnet werden kann.

Zur Anwendung der in den Bundesrahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V zu vereinbarenden Grundsätze zur Vergütung von Wegegebühren in unterversorgten ländlichen Räumen auf das SGB XI siehe die Stellungnahme zu Artikel 11 Nr. 17.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 7 Nr. 10 wird wie folgt gefasst:

In § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 werden nach dem Wort „Arbeitsentgelte“ die Wörter „sowie erstmals bis zum 30. Juni 2019 Grundsätze für die Vergütung von längeren Wegezeiten in unterversorgten ländlichen Räumen durch Zuschläge ~~unter Einbezug der ambulanten Pflege nach dem Elften Buch~~“ eingefügt.

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 11

§ 137i – Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern; Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Folgeänderung zur Einführung des Pflegebudgets nach § 6a KHEntgG, mit der die Finanzierung von Mehrkosten, die sich durch die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen ergeben, durch Zuschläge der Vertragsparteien auf der Ortsebene auf der Grundlage einer Schätzung der Vertragsparteien auf der Bundesebene befristet wird. Diese Finanzierung über Zuschläge entfällt im Jahr 2020, also sobald die Pflegepersonalkosten umfassend durch die vereinbarten Pflegebudgets finanziert werden und somit auch etwaige Kosten aus der Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen berücksichtigt sind.

B) Stellungnahme

Korrekte Folgeänderung der Einführung des Pflegebudgets.

C) Änderungsbedarf

keiner

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 137j (neu) – Pflegepersonalquotienten, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung dient der Verbesserung der Pflegepersonalausstattung in den Krankenhäusern sowie der Gewährleistung von Patientensicherheit in der pflegerischen Patientenversorgung und ergänzt damit die bereits vorhandenen Maßnahmen zur Stärkung der Pflege im Krankenhaus sowie die Vorschrift des § 137i SGB V. Anders als die bisherigen Maßnahmen dient diese der Verbesserung der Pflegepersonalausstattung in Bezug auf das gesamte Krankenhaus.

Im Mittelpunkt dieser Maßnahme auf Gesamthausebene steht der Pflegepersonalquotient, der das Verhältnis zwischen den Vollzeitkräften im Pflegedienst eines Krankenhauses und dem anfallenden Pflegeaufwand darstellt und zeigt, wie viel Pflegepersonal ein Krankenhaus im Verhältnis zu dem in seinem Haus anfallenden Pflegeaufwand einsetzt. Dieser Quotient wird ab 2020 vom InEK jährlich für jedes Krankenhaus auf der Grundlage der ihm von den Krankenhäusern übermittelten Daten nach § 21 KHEntG unter Zuhilfenahme des Pflegelast-Kataloges berechnet. Durch Vergleich der für jedes Krankenhaus berechneten Quotienten kann deutlich gemacht werden, welche Krankenhäuser im Verhältnis zu dem anfallenden Pflegeaufwand viel oder wenig Pflegepersonal einsetzen.

Das BMG erlässt eine Rechtsverordnung, mit der auf Grundlage des erstellten Vergleichs der Krankenhäuser untereinander eine Untergrenze auf Gesamthausebene eingeführt wird. Hat ein Krankenhaus einen hohen Pflegeaufwand bei einer verhältnismäßig geringen Pflegepersonalausstattung, gilt dies als Indikator dafür, dass eine qualitativ hochwertige Pflege nicht gewährleistet ist und damit eine patientengefährdende Versorgung in der Pflege in Kauf genommen wird. Um Personalausstattungen unterhalb der Untergrenze zu begegnen, ist in der Rechtsverordnung auch das Nähere zu den Sanktionen zu regeln, die die Vertragsparteien auf Krankenhausebene im Fall einer Unterschreitung der Untergrenze zu vereinbaren haben. Diese Sanktionen sind bereits für das Budgetjahr 2020 zu vereinbaren.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die mit dem § 137j SGB V zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung in den Krankenhäusern sowie der Gewährleistung von Patientensicherheit in der pflegerischen Patientenversorgung eingeführte Maßnahme auf Ganzhausebene.

Bereits in dem mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) am 30.01.2018 vorgelegten „Zwischenbericht des GKV-Spitzenverbandes und der DKG über die Umsetzung der Vorgaben nach § 137i Abs. 1 SGB V“ haben sich die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene gemeinsam dafür ausgesprochen, Pflegepersonaluntergrenzen auf Basis des Gesamtkrankenhauses zu erarbeiten und damit die vorliegenden Regelungen zu dem § 137i SGB V zu ergänzen.

Der nun im § 137j SGB V vorgesehene Pflegepersonalquotient auf Gesamthausebene greift diese Idee vielversprechend auf. Vor dem Hintergrund der schwierig zu beurteilenden Verlagerungseffekte (von Personal und Patienten), die als Fehlanreize im Rahmen der Umsetzung des § 137i SGB V auftreten können, ist diese Ergänzung um den § 137j SGB V zwingend erforderlich.

Im Bereich der Sanktionsregelungen sind bereits in der Rechtsverordnung des BMG klare bundeseinheitliche Sanktionen vorzugeben. Um die Regelungen des § 137j SGB V wirkungsvoll zu gestalten, ist dabei nach Möglichkeit auf Übergangsregelungen und Ausnahmetatbestände zu verzichten. Wesentlich aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sind einerseits operationalisierbare Vorgaben für die Ortsebene und andererseits die Vermeidung unterschiedlicher regionaler Sanktionierungen.

C) Änderungsbedarf

Sanktionen bei Unterschreitung:

Im Rahmen der in der Rechtsverordnung vom BMG festzulegenden Sanktionen bei Unterschreitung der Untergrenze sollte klargestellt werden, dass die Sanktionen auch ausdrücklich auf die zu vereinbarenden Leistungsmengen zu beziehen sind. Eine Unterschreitung hätte damit direkt eine entsprechende Absenkung der Leistungsmengen in den zu vereinbarenden Budgets der Krankenhäuser zur Folge. In der Rechtsverordnung sind klare bundeseinheitliche sowie einheitlich operationalisierbare Sanktionen für die Ortsebene vorzugeben.

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13

§ 221 – Beteiligung des Bundes an Aufwendungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Da die Inanspruchnahme der Mittel des Krankenhausstrukturfonds bislang im Zeitablauf sehr ungleichmäßig erfolgte, tritt an die Stelle des bisherigen festen Finanzierungsanteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse zukünftig eine Festlegung ihres Anteils durch das Bundesversicherungsamt analog zum Verfahren der Anteilsfestlegung bei der Finanzierung des Innovationsfonds.

B) Stellungnahme

Da der GKV-Spitzenverband die Zuführung weiterer Mittel aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in den Krankenhausstrukturfonds für den Zeitraum ab 2019 ablehnt (vgl. nachfolgende Stellungnahme zu Artikel 7 Nummer 14), besteht aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes folglich auch kein Bedarf an einer Änderung des Verfahrens zur Festlegung des Anteils der Landwirtschaftlichen Krankenkasse.

Soweit an der geplanten Fortführung des Krankenhausstrukturfonds festgehalten wird, ist die vorgesehene Änderung sachgerecht. Mit Blick auf die Belange der landwirtschaftlichen Krankenkasse wird eine Ergänzung vorgeschlagen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 7 Nr. 13 Buchstabe b) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Das Nähere zur Festsetzung der Beträge und zur Abrechnung bestimmt das Bundesversicherungsamt **im Benehmen mit der landwirtschaftlichen Krankenkasse.**“

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

§ 271 – Gesundheitsfonds

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift regelt die Zuführung von Mitteln aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in den Krankenhausstrukturfonds für den Zeitraum ab 2019. Ab dem Jahr 2019 sind für die Finanzierung von Vorhaben zur Strukturverbesserung des stationären Sektors Finanzmittel bis zu einer Höhe von 2 Mrd. Euro, abzüglich des Anteils der Landwirtschaftlichen Krankenkasse, zu transferieren.

B) Stellungnahme

Vor dem Hintergrund der grundlegenden Kritik an der bisherigen Förderung von Vorhaben zur Verbesserung von stationären Versorgungsstrukturen nach § 12 KHG und insbesondere an der mit diesem Gesetzesentwurf vorgesehenen Ausdehnung der Förderungsmöglichkeiten (§ 12a KHG n. F.) lehnt der GKV-Spitzenverband den weiteren Transfer erheblicher Finanzmittel aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in den Krankenhausstrukturfonds ab. Auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 1 wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 7 Nr. 14 wird gestrichen.

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15

§ 275b – Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es soll klargestellt werden, dass die Beauftragung von Regelprüfungen durch den Medizinischen Dienst von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich zu veranlassen ist.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16

§ 291g Abs. 5 – Vereinbarung über die technischen Verfahren zur konsiliarischen Befundbeurteilung und zur Videosprechstunde

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren die Anforderungen an die technischen Verfahren und zur Videosprechstunde gemäß § 87 Abs. 2k. Die entsprechende Vereinbarung ist bis zum 30. September 2019 zu treffen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 87 Abs. 2k.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17

§ 301 – Krankenhäuser – Übermittlung des Pflegegrades durch die Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen werden verpflichtet, den nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern einen bestehenden Pflegegrad unverzüglich zu übermitteln sobald ihnen das Krankenhaus eine Patientenaufnahme mitteilt. Während des Krankenhausaufenthaltes haben die Krankenkassen Änderungen sowie beantragte Einstufungen zu übermitteln.

Es wird klargestellt, dass das Nähere diesbezüglich durch die DKG und den GKV-Spitzenverband in der Datenübermittlungsvereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V zu regeln ist.

B) Stellungnahme

Die vorgeschlagene Regelung wird unterstützt. Sie schafft Klarheit und eine rechtliche Grundlage dafür, dass künftig die personenbezogenen Daten zum einen von den Pflegekassen durch die Krankenkassen erhoben und zum Zwecke der Abrechnung an die Krankenhäuser übermittelt werden dürfen. Diese Information wird für die Kodierung des OPS-Schlüssels verwendet und damit unmittelbar abrechnungsrelevant. Dadurch, dass der Gesetzgeber künftig auf Änderungen während des Krankenhausaufenthaltes abstellt, ist sichergestellt, dass die Angaben zur OPS-Kodierung vom Krankenhaus korrekt sind. Zum Schluss des Krankenhausaufenthaltes (mit Rechnungseingang bei der Krankenkasse) können dann künftig während des Krankenhausaufenthaltes aufgetretene Änderungen im Vergleich zur Patientenaufnahme mitgeteilt werden.

Die Klarstellung, dass das Nähere über Form und Inhalt der erforderlichen Daten zum Pflegegrad zwischen DKG und GKV-Spitzenverband zu regeln ist, ist nachvollziehbar. Die entsprechende Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V (Datenübermittlungsvereinbarung) ist zeitnah anzupassen.

C) Änderungsbedarf

keiner

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 1

§ 8 Abs. 10 – Regelungen des Pflegezuschlages

A) Beabsichtigte Neuregelung

Folgende Anpassungen erfolgen durch die geplante Neuformulierung:

- Die bisherige Vorgabe zur Überführung der in den Jahren 2016 bis 2018 krankenhausspezifisch vereinbarten Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms wird gestrichen. Damit wird dem Ziel einer besseren Finanzierung des krankenhausspezifischen Pflegebedarfs Rechnung getragen.
- Zudem erfolgt eine Klarstellung der Berechnungsmethodik des Pflegezuschlags: Der Pflegezuschlag ist im KHEntgG geregelt und soll dementsprechend in den Krankenhäusern Anwendung finden, die nach dem KHEntgG ihre Budgets verhandeln und ihre Leistungen abrechnen. Das trifft auf Krankenhäuser ohne Versorgungsvertrag nicht zu, so dass deren Pflegepersonalkosten nicht in die Datengrundlage der Berechnung des Pflegezuschlags für Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG einzubeziehen sind. Zudem werden in der Statistik ausgewiesene Vollzeitstellen in Einrichtungen der Psychiatrie und in der Psychosomatik bei der Berechnung der Personalkosten für das Pflegepersonal nicht berücksichtigt. Dagegen rechnen psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen in ihren somatischen Fachabteilungen nach den Vorgaben des KHEntgG ab. Insoweit ist auch in diesen Einrichtungen der Pflegezuschlag in Anwendung zu bringen. Durch ein Inkrafttreten im Jahr 2018 ist die neue Berechnungsmethodik erstmals für die Vereinbarung des Pflegezuschlags für das Jahr 2019 anzuwenden.
- Für den Fall unterjähriger Tarifvereinbarungen bestand bislang die Option einer unterjährigen Tarifrefinanzierung über den Pflegezuschlag, die aber in der Praxis nur schwer umsetzbar war. Vor diesem Hintergrund wurde diese Möglichkeit gestrichen.
- Zudem wird der Pflegezuschlag für Patientenaufnahmen ab dem 01.01.2020 nicht mehr bezahlt. Eine Überführung der Mittel des Pflegezuschlags in das Pflegebudget nach § 6a (neu) KHEntgG (vgl. Kommentierung zu Artikel 9 Nr. 4) erfolgt nicht. Pflegepersonalkosten, die bis Ende des Jahres 2019 mit dem Pflegezuschlag finanziert werden, werden ab dem Jahr 2020 im Rahmen des Pflegebudgets abgegolten.

B) Stellungnahme

- Die Streichung der bisherigen Vorgabe zur Überführung der in den Jahren 2016 bis 2018 krankenhausindividuell vereinbarten Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms ist folgerichtig.
- Die Klarstellungen zur Berechnung des Pflegezuschlages beseitigen einen systematischen Fehler in der bestehenden Regelung und werden vom GKV-Spitzenverband grundsätzlich begrüßt. Die Klarstellung entfaltet in der vorliegenden Form allerdings keine Wirkung für das Budgetjahr 2018. Es ist somit damit zu rechnen, dass es auch in diesem Jahr zu einer Überzahlung der vorgesehenen 500 Mio. Euro kommen wird. Zudem ist die Formulierung nicht uneindeutig gefasst und beseitigt aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht alle bisherigen Unklarheiten. Unklar ist, warum in Satz 5 nun von „Vollzeitstellen in Einrichtungen der Psychiatrie und der Psychosomatik“ gesprochen wird und in Satz 8 von „Vollzeitstellen in seinen Fachabteilungen der Psychiatrie und der Psychosomatik“. Beide Begriffe werden so nicht im Rahmen der Ausweisung des Statistischen Bundesamtes verwendet. Hier müsste eine gleichlautende Formulierung gefunden werden, statt von „Einrichtungen“ und „Fachabteilungen“ zu sprechen. Eindeutiger wäre es, wenn sowohl in Satz 5 als auch Satz 7 ein gleichlautender Bezug zu den in der Fachserie ausgewiesenen Psychiatrie-Vollzeitstellen genommen werden würde.
- Die Streichung der im Fall einer unterjährigen Tarifvereinbarung bestehenden Option einer Abfinanzierung über einen erhöhten Pflegezuschlag wird begrüßt.

Das Auslaufen des Pflegezuschlages Ende 2019 ist sachgerecht, da die gesamten Pflegepersonalkosten ab dem Jahr 2020 im Rahmen des Pflegebudgets abgegolten werden. Die aktuell von Seiten der Leistungserbringer vorgebrachten Argumentationen zur Beibehaltung des Zuschlages sind in Gänze zurückzuweisen. Der Pflegezuschlag wurde mit dem KHSG im Jahr 2016 eingeführt. Aus der Begründung zum KHSG ist Folgendes zu entnehmen: *„Zur Förderung einer guten pflegerischen Versorgung und als Anreiz für eine angemessene Pflegeausstattung wird den allgemeinen Krankenhäusern ab dem Jahr 2017 ein Pflegezuschlag gezahlt. Da der Pflegezuschlag von der Höhe der krankenhausindividuell entstandenen Personalkosten für Pflegepersonal abhängt, wird mit dem Pflegezuschlag ein Anreiz gesetzt, eine angemessene Pflegeausstattung vorzuhalten.“* Somit liegt eine klare Zweckbindung des Pflegezuschlages, nämlich zur Verwendung für Pflegepersonal vor. Die GKV ist über die Argumentationen der Leistungserbringer mehr als entsetzt, da die vorgebrachten Argumente lediglich belegen, dass die Krankenhäuser die finanziellen Mittel des Pflegezuschlages anscheinend nicht für Pflege ausgegeben haben. Ab 2020 wird nun für die Krankenhäuser im Bereich der Pflegekosten ein System der Selbstkostendeckung eingeführt. Damit werden alle Kosten, die den Krankenhäusern entstehen, vollständig finanziert. Es gibt keinen Grund auch noch zusätzlich 500 Mio. Euro über einen Pflegezuschlag zu verteilen. Die Diskussion zeigt vielmehr, wie

wichtig es ist, in Zukunft die zweckentsprechende Verwendung der Mittel für Pflege sicherzustellen.

C) Änderungsbedarf

Zur Klarstellung der Berechnungsmethodik des Pflegezuschlags:

In § 8 Abs. 10 S. 3 KHEntgG werden die Wörter „*Vollzeitstellen in Einrichtungen der Psychiatrie und der Psychosomatik*“ gestrichen und durch folgende Wörter ersetzt: „*in psychiatrischen Fachabteilungen tätigen Vollzeitstellen*“

In § 8 Abs. 10 S. 8 KHEntgG werden die folgenden Wörter „*Vollzeitstellen in seinen Fachabteilungen der Psychiatrie und der Psychosomatik abzuziehen*“ gestrichen und durch folgende Wörter ersetzt: „*[...], in seinen psychiatrischen Fachabteilungen tätigen Vollzeitstellen abzuziehen*“.

Zum Auslaufen des Pflegezuschlages:

Keine Änderungen: Der Pflegezuschlag muss zur Vermeidung von Doppelfinanzierungen, wie im Gesetzentwurf vorgesehen, mit Einführung des Pflegebudgets Ende 2019 gestrichen werden.

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2

§ 10 – Berücksichtigung der Notfallzu- und -abschläge in den Landesbasisfallwertvereinbarungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung in § 10 soll die Rückwirkung der Notfallzu- und -abschläge gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG auf die Landesbasisfallwerte aufgehoben werden. Die mit dem KHSG eingeführte Regelung der Notfallzu- und -abschläge für eine Teilnahme bzw. Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung i. V. m. dem Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Abs. 4 SGB V sieht aktuell eine für die GKV ausgabenneutrale Umverteilung von Geld zwischen Krankenhäusern vor. Differenziert nach dem Umfang ihrer Vorhaltungen für die Notfallversorgung erhalten Krankenhäuser gestaffelte Zuschläge für ihre Teilnahme an der Notfallversorgung. Krankenhäuser, die nicht an der strukturierten Notfallversorgung teilnehmen, müssen Abschläge hinnehmen. Sofern das Abschlagsvolumen der Nichtteilnehmer im Land für die Gegenfinanzierung der Zuschläge der Notfallteilnehmer nicht ausreicht, wird nach aktueller Gesetzeslage der Differenzbetrag über eine Absenkung des Landesbasisfallwertes ausgeglichen. Übersteigt das Abschlagsvolumen die Summe der Zuschläge im Land, ist der Landesbasisfallwert zu erhöhen. Diese absenkende bzw. erhöhende Rückwirkung der Notfallzu- und -abschläge auf die Landesbasisfallwerte soll nun aufgehoben werden. Sofern das Abschlagsvolumen der Nichtteilnehmer im Land für die Gegenfinanzierung der Zuschläge der Notfallteilnehmer nicht ausreicht, soll der Differenzbetrag zukünftig von den Krankenkassen ausgeglichen werden. Hierdurch würden den Kostenträgern ab dem Jahr 2019 schätzungsweise Mehrausgaben in Höhe eines niedrigen dreistelligen Millionenbetrages entstehen.

B) Stellungnahme

Der Beschluss des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Abs. 4 SGB V legt keine neuen und weiterreichenden Qualitätsvorgaben für die Teilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung fest. Er dient vielmehr als Grundlage für eine differenziertere und aufwandsgerechtere Vereinbarung von Notfallzu- und Abschlägen. Der Beschluss des G-BA verursacht daher insgesamt keine zusätzlichen Kosten für die Krankenhäuser, sondern ermöglicht eine zielgerichtete Vergütung des unterschiedlich hohen, bestehenden Aufwands durch die Teilnahme bzw. Nichtteilnahme an der Notfallver-

sorgung. Die Vorhaltekosten für die Notfallversorgung sind grundsätzlich bereits im Landesbasisfallwert eingepreist, allerdings nicht aufwandsgerecht verteilt. Es ist daher sachgerecht, eine Umverteilung von Geld zwischen denjenigen Krankenhäusern vorzunehmen, die keine Notfallvorhaltungen haben und daher in der Vergangenheit einen finanziellen Vorteil hatten und Krankenhäusern, die rund um die Uhr an der Notfallversorgung teilnehmen und kostenintensive Vorhaltungen, wie z. B. eine Intensivstation, betreiben. Die Bereitstellung von zusätzlichen Finanzmitteln durch die GKV wird aus den oben dargelegten Gründen abgelehnt.

Zur Gewährleistung der Zuschlagsfinanzierung für die Notfallstufen ab dem Budgetjahr 2019 ist es notwendig, Fachabteilungsschlüssel in der § 301-Vereinbarung (§ 301 Abs. 1 Nr. 5 SGB V) zu schaffen, welche die im G-BA-Beschluss definierten Fachabteilungen abbilden. Der Gesetzgeber hatte den G-BA beauftragt, u. a. Mindestanforderungen an Art und Anzahl der vorzuhaltenden Fachabteilungen je Notfallstufe zu beschließen. Der G-BA orientiert sich bei den im Beschluss definierten Fachabteilungen an den Fachgebieten der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer (BÄK). Die Musterweiterbildungsordnung der BÄK ist derzeit nicht vollständig in der § 301-Vereinbarung in Form von Fachabteilungsschlüsseln abgebildet. Eine entsprechende Anpassung und Ergänzung der Fachabteilungsschlüssel ist zwingend erforderlich, um die Umsetzung der Zuschlagsfinanzierung nicht zu gefährden.

C) Änderungsbedarf

In § 10 Abs. 3 S. 1 Nr. 6 (neu) werden die Wörter „*sowie Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung*“ ersatzlos gestrichen.

Die in § 10 Abs. 3 S. 1 Nr. 7 vorgesehene Streichung der Wörter „*Abschläge für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung und die*“ wird abgelehnt.

Die in § 10 Abs. 8 S. 7 vorgesehene Streichung der Wörter „*Zuschlägen für die Teilnahme an der Notfallversorgung und*“ wird abgelehnt.

Vgl. Ergänzender Änderungsbedarf zur Definition einer Fachabteilung gemäß Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) Nr. 1 (§ 2 Nr. 1b KHG)

Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 1

§ 3 Nr. 3a (neu) – Grundlagen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Folgeänderung zur Einführung von Pflegebudgets nach § 6a (neu) KHEntgG. Die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen umfasst damit auch das neue Pflegebudget.

B) Stellungnahme

Mit der Ergänzung wird die Finanzierung des Pflegepersonals über das krankenhausesindividuelle Pflegebudget sichergestellt. Zur Bewertung der Regelung wird auf die Kommentierung zu Artikel 9 Nr. 4 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe a)

§ 4 Abs. 2a – Vereinbarung eines Erlösbudgets

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen zum ausgelaufenen Mehrleistungsabschlag werden gestrichen.

B) Stellungnahme

Der Mehrleistungsabschlag wurde mit dem KHSG durch den Fixkostendegressionsabschlag ersetzt. Nachdem die Nachwirkungen des Mehrleistungsabschlags zum 31.12.2018 auslaufen, ist die Streichung folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe b)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die Vereinfachung des Fixkostendegressionsabschlags wird grundsätzlich begrüßt. Die Komplexität der bisherigen Regelungen hat in der Praxis die Budgetverhandlungen erheblich erschwert und verzögert; die Vereinfachung wird hier zu einer deutlich verbesserten Handhabbarkeit führen. Allerdings ist anzumerken, dass die Vereinfachung der Regelungen auch die Streichung der umfangreichen Ausnahmen umfassen muss, zumal Ausnahmen dem Ziel einer effektiven Mengensteuerung entgegenwirken. Ökonomisch betrachtet entstehen Fixkostendegressionseffekte bei der Erbringung zusätzlicher Leistungen im Krankenhaus, unabhängig davon, aus welchen Gründen und in welchen Bereichen eine Leistungssteigerung eintritt.

Auch führen zusätzlich erbrachte Leistungen nicht automatisch dazu, dass das Krankenhaus mehr Personal einstellen muss. Die bestehenden Personalkapazitäten und Sachkosten der Infrastruktur sind bis zu einer bestimmten Menge (sprungfixe Kosten) ausreichend. Gleiches gilt für Mengensteigerungen, die sich aufgrund von Verlagerungen ergeben. Ein Verzicht auf die bestehenden Ausnahmen zum Fixkostendegressionsabschlag ist daher sachgerecht, mindestens aber ist eine Überprüfung und deutliche Verschlankung geboten.

Aufgrund der Streichung des Instruments des erhöhten Fixkostendegressionsabschlags ergeben sich Mehrkosten, da die Krankenkassen regelhaft für einen Teil der Mehrleistungen einen Abschlag bis zu 50 % vereinbart haben. Von den bisher vorliegenden 329 Verhandlungsergebnissen zum Fixkostendegressionsabschlag im Jahr 2017 enthalten insgesamt 185 Vereinbarungen einen erhöhten Fixkostendegressionsabschlag. Aufgrund der Wirkung der zahlreichen Ausnahmetatbestände liegt der effektive Fixkostendegressionsabschlag um 35 %. Würde nun die Option zur Vereinbarung höherer Sätze gestrichen und die Ausnahmen ansonsten belassen, wird zwangsläufig der effektive durchschnittliche Abschlagssatz in Richtung 20 % oder darunter absinken. Damit entstehen Mehrkosten, die sich – nach ersten Auswertungen der bisher vorliegenden Vereinbarungen – auf einen mittleren zweistelligen Millionenbetrag

belaufen. Bei einer unveränderten Anwendung der Ausnahmetatbestände und durch den vorgesehenen Wegfall des erhöhten Fixkostendegressionsabschlags ist somit die Vorgabe einer bundeseinheitlichen Höhe von 45 % erforderlich, um das im KHSG formulierte Ziel einer aufwands- bzw. budgetneutralen Verlagerung von der Landes- auf die Ortsebene annähernd zu erreichen.

Die bisherige gesetzliche Vorgabe zum Fixkostendegressionsabschlag sieht vor, dass dieser u. a. nicht bei „Leistungen mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln“ gilt (§ 4 Abs. 2b S. 3 Nr. 1b KHEntgG, alte Fassung). Diese Regelung findet nun ab 2020 auf die DRG-Fallpauschalen Anwendung, die um die Leistungen der Pflege bereinigt worden sind. Um die gleiche Wirkung der Regelung zu erzielen, ist eine Anpassung erforderlich. Dabei ist zu berücksichtigen, dass dort, wo früher 66,67 Anteile von 100 Sachkosten erreicht werden mussten, um vom Fixkostendegressionsabschlag befreit zu werden, jetzt nur noch 53,33 Anteile erforderlich wären. Dies führt im Ergebnis zu einer Verschiebung der Messlatte nach unten und kann vom Gesetzgeber sicher so nicht gewollt sein. Um also die 66,67 von 100 auch nach der Herausnahme der Pflege zu behalten, müssten jetzt 83,33 % von 80 gerechnet werden. Denn wenn sich die Grundlage für die anzuwendende Regelung ändert, muss sich auch der zu berücksichtigende Anteil ändern. Es ist daher eine entsprechende Regelung erforderlich, die diesen Sachverhalt berücksichtigt. Bei einer Annahme von 20 % Pflegebudget an den Fallpauschalen vor der Änderung ergibt sich nach der Bereinigung rechnerisch ein Sachkostenanteil in Höhe von 83,33 % ($2 \text{ dividiert durch } 3 \text{ mal } 100 \text{ dividiert durch } 80 \text{ mal } 100$).

C) Änderungsvorschlag

In Satz 1 werden die Wörter *„der Fixkostendegressionsabschlag nach § 10 Absatz 13 anzuwenden“* durch die Wörter *„ein jeweils für drei Jahre zu erhebender Vergütungsabschlag von 45 Prozent anzuwenden (Fixkostendegressionsabschlag)“* ersetzt.

Die Sätze 2 und 3 (neu) sind zu streichen.

Hilfsweise:

Zudem ist in Satz 2 (neu) im Rahmen der Ausnahme der „Leistungen mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln“ der Sachkostenanteil aufgrund der künftigen Herausnahme der Pflegeleistungen ab dem Jahr 2020 entsprechend statt zwei Drittel auf nun 83,33 % anzupassen.

Darüber hinaus sind die bestehenden Ausnahmen zu überprüfen und deutlich zu verschlanken.

Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe c)

§ 4 Abs. 4 S. 2 – Vereinbarung eines Erlösbudgets

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die mit dem KHSG aufgenommene Regelung, dass auch Leistungen für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz nachträglich aus dem Erlösbudgets für das Jahr 2015 ausgegliedert werden können, ist ausgelaufen und wird gestrichen.

B) Stellungnahme

Die Anpassung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe d) Doppelbuchstabe aa)

§ 4 Abs. 8 S. 1 – Pflegestellen-Förderprogramm

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung ist Teil der Neukonstruktion des Pflegestellen-Förderprogrammes und als Übergangslösung für das Jahr 2019 bis zum Inkrafttreten eines Pflegebudgets angelegt. Zudem entfällt der Eigenanteil der Krankenhäuser, so dass ab dem Jahr 2019 zusätzlich entstehende Personalkosten vollständig zu finanzieren sind.

B) Stellungnahme

Der von den Krankenhäusern zu erbringende Eigenanteil in Höhe von 10 % wird aufgehoben und damit die Finanzierung zusätzlicher Pflegepersonalstellen vollständig auf die GKV umgelegt. Die damit eingeführte Übergangsfinanzierung aller zusätzlichen und aufgestockten Pflegestellen ab 2019 bis zum Inkrafttreten eines Pflegebudgets ist als Einstieg in die Selbstkostendeckung im Bereich der Pflegepersonalkosten zu werten und wird vom GKV-Spitzenverband grundsätzlich abgelehnt (vgl. Kommentierung zu Artikel 9 Nr. 4 (§ 6a KHEntgG)).

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe d) Doppelbuchstabe bb)

§ 4 Abs. 8 S. 2 bis 4 – Pflegestellen-Förderprogramm

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der geplanten Neuregelung entfällt die bisherige Begrenzung auf einen förderfähigen Anteil vom Gesamtbudget und die zugehörige Übertragungsoption. Anstelle dessen wird geregelt, dass die bereits in den drei Förderjahren ab 2016 vereinbarten Beträge ab dem Jahr 2019 um neu vereinbarte Beträge kumulativ zu erhöhen sind.

B) Stellungnahme

Bei der vorgesehenen Regelung handelt es sich um das Modell zur Anschlussfinanzierung der Pflegepersonalstellen, die im Zuge des zweiten Pflegestellen-Förderprogrammes in den Krankenhäusern eingestellt wurden. Aus der Regelung geht nicht klar hervor, dass im Übergangsjahr für die bereits vereinbarten Stellen weiterhin die Voraussetzungen des Pflegestellen-Förderprogrammes gelten und für diese Pflegepersonalstellen weiterhin ein Eigenanteil von Krankenhausseite aufzubringen ist. Erst aus der Begründung zu Buchstabe e) geht hervor, dass der Eigenanteil der Krankenhäuser erst für zusätzliche Personalmaßnahmen ab dem Jahr 2019 entfällt. Hierzu ist eine Klarstellung im Gesetzestext notwendig.

Wesentliche Voraussetzung für eine krankenhaushausindividuelle Weiterführung der in den Jahren 2016 und 2018 vereinbarten Mittel im Jahr 2019 sollte nach wie vor die Vorlage der erforderlichen Nachweise in den Budgetverhandlungen sein (vgl. Kommentierung zu Artikel 9 Nr. 2 Buchstabe d) Doppelbuchstabe gg)).

C) Änderungsvorschlag

Es ist eine Regelung zu ergänzen, die ein kongruente Nachweisführung für die Förderjahre 2016 bis 2018 gewährleistet (vgl. Kommentierung und Änderungsvorschlag zu Artikel 9 Nr. 2 Buchstabe d) Doppelbuchstabe ff)).

Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe d) Doppelbuchstabe cc)

§ 4 Abs. 8 S. 4 (neu) – Pflegestellen-Förderprogramm

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass der 01.01.2015 als Referenzpunkt für den Ausgangspersonalbestand im Pflegestellen-Förderprogramm durch den Jahresdurchschnitt umgerechneter Vollkräfte am 31.12.2018 ersetzt wird.

B) Stellungnahme

Es ist zwar folgerichtig, den Referenzpunkt zeitlich auf das Ende der Förderung über das Pflegestellen-Förderprogramm anzupassen. Dennoch ist absehbar, dass ein testierter Nachweis über den Personalbestand zum 31.12.2018 in den Budgetverhandlungen für das Jahr 2019 größtenteils noch nicht verfügbar sein wird. Die Erfahrungen der beiden Pflegestellen-Förderprogramme zeigen, dass in der Regel ein zweijähriger Zeitversatz bei der Mitteilung testierter Ausgangspersonalbestände angenommen werden kann.

Grundlegend zeigte sich aber auch im Zeitverlauf, dass nicht alle Krankenhäuser der gesetzlichen Verpflichtung zur Vorlage dieser Informationen nachkommen. Vor dem Hintergrund bereits weggefallener Fördervoraussetzungen (kein Eigenanteil der Krankenhäuser, keine anteilige Budgetbegrenzung) sollte hier für die spätere Bewertung der Förderung im Jahr 2019 die verpflichtende Vorlage einer Information über die Ausgangssituation von Krankenhauseite, wie auch die Vorlage der weiteren gesetzlich definierten Parameter, in die Regelung integriert und mit Konsequenzen bei Nichtvorlage verknüpft werden. Ohne die Kenntnis der Ausgangssituation können die Wirkungen der Förderoption im Jahr 2019 nicht zuverlässig bewertet werden.

Die kurzfristige Rückdatierung des Referenzzeitpunktes birgt zudem den Fehlanreiz, dass in Krankenhäusern im Jahr 2018 kurzfristig Pflegepersonal abgebaut wird, um es über die Förderoption 2019 wieder aufzustocken.

Es ist jedoch zu begrüßen, dass sich die Finanzierung nach wie vor auf die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschränkt sowie der Nachweis einer schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung als Fördervoraussetzung erhalten bleibt. Durch diese enge Definition von Pflege wird darauf hingewirkt, eine tatsächliche Stärkung der unmittelbaren pflegerischen Versorgung zu fördern.

C) Änderungsvorschlag

In der Neufassung des Absatz 8 ist eine Formulierung zu ergänzen, die auf Konsequenzen bei ausbleibender Vorlage der gesetzlich geforderten Parameter generell, und davon umfasst auch des Ausgangspersonalbestandes, abstellt (vgl. Kommentierung zu Artikel 9 Nr. 2 Buchstabe d) Doppelbuchstabe ff)).

Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe d) Doppelbuchstabe dd)

§ 4 Abs. 8 S. 5 – Pflegestellen-Förderprogramm

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Wörter „Sätzen 2 bis 5“ werden durch die Wörter „Sätzen 2 bis 4“ ersetzt.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung in Folge des Wegfalls der Sätze 2 bis 4 alte Regelung (vgl. Kommentierung zu Artikel 9 Nr. 2 Buchstabe d) Doppelbuchstabe bb)).

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe d) Doppelbuchstabe ee)

§ 4 Abs. 8 S. 8 (neu) – Pflegestellen-Förderprogramm

A) Beabsichtigte Neuregelung

Geregelt wird nach wie vor, dass im Falle einer ausbleibenden Umsetzung der vereinbarten Personalmaßnahmen eine Rückzahlung des entsprechenden Finanzierungsanteils zu erfolgen hat. Neugefasst wird, dass hierzu eine Minderung der jahresdurchschnittlichen Stellenbesetzung im geförderten Pflegebereich maßgeblich ist. Der zusätzliche Betrag ist um den entsprechend darauf entfallenden Anteil der Finanzierung zu mindern.

B) Stellungnahme

In der Regelung bleibt unklar, auf welches Referenzjahr sich die einer Minderung zugrundeliegende jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung bezieht.

C) Änderungsvorschlag

Es wird eine Ergänzung des Satz 8, zweiter Satzteil vorgeschlagen:

*„wird die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in dem nach Satz 1 geförderten Pflegebereich **im jeweiligen Förderjahr** gemindert, ist der zusätzliche Betrag entsprechend dem darauf entfallenden Anteil der Finanzierung zu mindern.“*

Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe d) Doppelbuchstabe ff)

§ 4 Abs. 8 S. 9 (neu) – Pflegestellen-Förderprogramm

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vom Krankenhaus in den Budgetverhandlungen vorzulegenden vom Jahresabschlussprüfer bestätigten Nachweise werden näher definiert. Vorzulegen ist die durchschnittliche Stellenbesetzung am 31.12.2018 in der Pflege insgesamt und im geförderten Bereich (Ausgangspersonalbestand) sowie die durchschnittliche Stellenbesetzung am 31.12. im Förderjahr in der Pflege insgesamt und im geförderten Bereich. Zu bestätigen ist weiterhin die zweckentsprechende Mittelverwendung.

B) Stellungnahme

Die grundlegende Systematik der Nachweisführung ist analog zu den beiden Pflegestellen-Förderprogrammen und der Personalförderoption des Hygieneförderprogrammes erhalten geblieben. Im Zuge der jährlichen Berichtslegung hat der GKV-Spitzenverband auf Basis der oftmals lückenhaften Informationen aus den Jahresabschlussprüfungen regelmäßig darauf hingewiesen, dass die gesetzlichen Nachweise von einem Teil der Krankenhäuser nicht oder nicht vollständig vorgelegt werden.

Aufgrund dieser uneinheitlichen Informationsgrundlage ist eine Bewertung der tatsächlichen Wirkungen bislang nur mit Einschränkungen möglich. Grundsätzlich wird daher empfohlen, die Regelungen zur Rückzahlung auch um Konsequenzen bei Nichtvorlage der Nachweise zu ergänzen. Nur über eine gesetzliche Verpflichtung der Krankenhäuser kann erreicht werden, dass flächendeckend einheitliche Informationen über die Verwendung der zweckgebundenen Mittel vorliegen. Denkbar ist hier eine Regelung, nach der bei ausbleibender oder unvollständiger Vorlage der gesetzlich definierten Nachweise eine grundsätzliche Rückzahlungsverpflichtung der vereinbarten Mittel zu erfolgen hat.

Da das neu gefasste Fördermodell nur als einjährige Übergangslösung angelegt ist, erscheint es zielführend das Jahr 2019 im Sinne eines „Basisjahres“ für das neue Pflegebudget zu verstehen. Vor diesem Hintergrund sollten die vorgeschlagenen Übermittlungs- und Veröffentlichungspflichten durch das InEK bereits im Jahr 2019 angelegt werden (vgl. Kommentierung zu Artikel 9 Nr. 4 (§ 6a (neu) KHEntgG)), um ein entsprechendes Übermittlungsverfahren frühzeitig zu erproben und auf den Weg zu bringen.

C) Änderungsvorschlag

Zur Sicherstellung einer einheitlichen Nachweisführung und Berichtslegung für die Förderjahre 2016 bis 2018 (vgl. Kommentierung zu Artikel 9 Nr. 2 Buchstabe d) Doppelbuchstaben bb) und gg)) wird eine neue Nummer 4 eingefügt:

„über die auf Grund der Förderung im jeweiligen Förderjahr zusätzlich beschäftigten Pflegekräfte“

Es wird ein neuer Satz 10 eingefügt:

„Zur Prüfung der Weitergeltung des in den Jahren 2016 bis 2018 bereits vereinbarten Betrags gelten die Nachweispflichten des Satz 9; bezogen auf Satz 9 Nummer 1 ist den Vertragsparteien ersatzweise eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die festgestellte jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in der Pflege insgesamt und in dem nach Satz 1 geförderten Pflegebereich zum 01.01.2015 vorzulegen.“

Es wird ein neuer Satz 11 eingefügt:

„Werden die Bestätigungen nach Satz 9 nicht oder nicht vollständig vorgelegt, ist der zusätzliche Betrag vollständig zurückzuzahlen.“

Es wird ein neuer Satz 12 mit einem Querverweis auf die vorgeschlagene Neuregelung in § 6a (neu) KHEntgG eingefügt:

„Die Regelungen in § 6a Absatz 3 gelten entsprechend ab dem Jahr 2019.“

(vgl. Kommentierung zu Artikel 9 Nr. 4 (§ 6a (neu) KHEntgG))

Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe d) Doppelbuchstabe gg)

§ 4 Abs. 8 S. 12 (neu) – Pflegestellen-Förderprogramm

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neu gefasste Satz 12 regelt den unmittelbaren Übergang der vereinbarten Mittel in das Pflegebudget nach § 6a (neu) KHEntgG zum Zeitpunkt der erstmaligen Anwendung.

Die bisherigen Regelungen des Satzes 12 zum Pflegestellen-Förderprogramm, nach denen für die Jahre 2019 bis 2021 die Bestätigungen der Jahresabschlussprüfer weiterhin vorzulegen sind, entfallen ebenso wie der Verweis auf die Berichtslegung durch den GKV-Spitzenverband und die Übermittlungspflichten der Krankenkassen.

B) Stellungnahme

Die bisher im Satz 12 geregelte Vorlage der erforderlichen Nachweise muss auch in den Budgetverhandlungen des Jahres 2019 erfolgen. Da im Jahr 2019 weiterhin der Bericht über das Pflegestellen-Förderprogramm durch den GKV-Spitzenverband zu erstellen ist und hierfür bereits ein etabliertes Datenlieferverfahren durch die Krankenkassen läuft, sollte eine einheitliche Nachweisführung auch im Jahr 2019 beibehalten werden. Es muss daher sichergestellt sein, dass die für den Zeitraum 2016 bis 2018 gesetzlich geforderten Nachweise auch in den Budgetverhandlungen des Jahres 2019 vorgelegt werden und die Daten entsprechend für die Berichtslegung des GKV-Spitzenverbandes zur Verfügung stehen. Hierzu gehört auch die Angabe der aufgrund der Förderung im jeweiligen Förderjahr zusätzlich beschäftigten Pflegekräfte. Diese sind zwar auch über die Differenz zwischen jahresdurchschnittlichem Personalbestand und Ausgangspersonalbestand zu ermitteln; da diese Informationen allerdings nicht für alle Kliniken durchgängig vorliegen, ist die Information über das zusätzlich aufgrund der Förderung eingestellten Personals für die Fortführung der aktuellen Berichterstattung essenziell.

C) Änderungsvorschlag

Vgl. Änderungsvorschlag zu Artikel 9 Nr. 2 Buchstabe d) Doppelbuchstabe ff).

Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetz)

Nr. 2 Buchstabe e)

§ 4 Abs. 8a (neu) – Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Regelung sollen Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für Pflegekräfte in den Jahren 2019 bis 2024 durch die gesetzlichen Krankenkassen zu 50 % finanziert werden. Für diese Maßnahmen wird von einem GKV-Finanzierungsanteil von bis zu 420 Mio. Euro in sechs Jahren ausgegangen. Um strukturelle Verbesserungen der Beschäftigungsbedingungen zu erreichen, wird ein gesonderter, von dem Zuschlag nach § 4 Abs. 8 KHEntgG unabhängiger Zuschlag eingeführt.

Voraussetzung für die anteilige Refinanzierung durch die Krankenkassen sind entsprechende schriftliche Vereinbarungen von Krankenhäusern mit den Arbeitnehmervertretungen.

Der GKV-Spitzenverband hat dem BMG jährlich über die auf der Ortsebene vereinbarten Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf sowie über den Personalzuwachs aufgrund dieser Förderung zu berichten.

B) Stellungnahme

Grundsätzlich ist es sinnvoll, weitere Maßnahmen zu etablieren, um eine Verbesserung der Arbeitssituation in der Krankenhauspflege zu bewirken. Inwieweit jedoch dieser Vorgriff auf die vorgesehenen weiteren Schritte im Rahmen der Konzertierte(n) Aktion Pflege (KAP) tatsächlich angezeigt ist, sollte geprüft werden. Erklärtes Ziel der KAP ist es, den Arbeitsalltag und die Arbeitsbedingungen von beruflich Pflegenden unmittelbar und spürbar zu verbessern, die Ausbildung in der Pflege zu stärken und weitere, umfassende Maßnahmen zur Entlastung der Pflegekräfte umsetzen. Die KAP wird sich dabei auf die Altenpflege unter Einbeziehung der Krankenpflege konzentrieren. Eine Einbettung verstärkter Aktivitäten in Krankenhäusern zur Vereinbarkeit von Pflege, Beruf und Familie in ein Gesamtkonzept der KAP wäre wünschenswert. Inwieweit Mittel der GKV für ein gesamtgesellschaftliches Ziel, wie die Vereinbarkeit von Pflege, Beruf und Familie, überhaupt einzusetzen sind, ist generell fraglich.

Es bleibt zudem unscharf, ob mit den relevanten Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf nach Absatz 8a das Ziel verfolgt wird, einen Stellenzuwachs tatsächlich zu bewirken bzw. bewirken zu müssen oder in Satz 1 der Regelung einfach nur das generelle Ziel der Pflegeförderung vorangestellt wird. Anders als bei den Neuregelungen nach Artikel 11 Nr. 3 (in dem die Verwendung von Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung (§ 8 SGB XI) für Maßnahmen der besseren Vereinbarkeit geregelt wird), bleibt die geplante Neuregelung für Krankenhäuser eher unspezifisch. Sollte ein perspektivischer Stellenzuwachs nicht zwingend als Ziel für Maßnahmen nach Absatz 8a avisiert sein, ist auch der Verweis auf Absatz 8 Satz 8 nicht passend, da hier auf eine konkrete Regelung zur Umsetzung des Personalaufbaus abgestellt wird.

Für die Maßnahmen nach Absatz 8a werden zudem keine konkreten Forderungen, wie z. B. nachhaltige Wirkung oder eine Einordnung in ein Gesamtkonzept eines Krankenhauses für die Pflegepersonalentwicklung, gestellt. Es fehlt beispielsweise auch der Ausschluss eventueller investiver Maßnahmen, die dem Bereich der Länderfinanzierung zuzuordnen sind.

Die vorgesehene Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes umfasst Art und Anzahl der Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege, Beruf und Familie. Der Verweis auf § 4 Abs. 8 S. 11 KHEntgG deckt die dafür erforderlichen Informationen nicht ausreichend ab. Ein Bericht über die Art der Maßnahmen erfordert eine dezidierte Verpflichtung der Krankenhäuser, inhaltliche Aussagen zu Art und Dauer der einzelnen Maßnahmen für den Bericht zur Verfügung zu stellen. Andernfalls kann nur über die Anzahl der Maßnahmen nach Absatz 8a und gegebenenfalls über vereinbarte Ausgabevolumina berichtet werden. Zudem ist im Zuge der Berichterstattung auch der Stellenzuwachs aufgrund der Fördermaßnahmen darzustellen. Da kein Portfolio möglicher Maßnahmen definiert wird und je nach Maßnahme durchaus auch von mittelbaren Wirkungen ausgegangen werden kann, erscheint es zweifelhaft, dass aus den Daten ein direkter Zusammenhang zwischen eingeführten Vereinbarkeitsmaßnahmen und Neueinstellungen von Pflegepersonal oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen abgeleitet werden kann.

Zudem verweist die Begründung zum Absatz 8a auf eine Regelung in Satz 4, nach der eine kumulative Erhöhung der vereinbarten Beträge in den Folgejahren erfolgt. Diese Regelung findet sich nicht im Gesetzentwurf zum § 4 Abs. 8a.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 9 Nr. 2 Buchstabe e) wird gestrichen.

Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe f) Doppelbuchstabe aa)

§ 4 Abs. 9 S. 1 – Hygieneförderprogramm

A) Beabsichtigte Neuregelung

Satz 1 wird um die Zitation zweier Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) im Bundesgesundheitsblatt ergänzt.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist folgerichtig und dient der Präzisierung, da zusätzlich zu der bei Inkrafttreten der Regelung gültigen Empfehlung der KRINKO aus dem Jahr 2009 eine ergänzende Empfehlung im Jahr 2016 herausgegeben wurde.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe f) Doppelbuchstabe bb)

§ 4 Abs. 9 S. 6 – Hygieneförderprogramm

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Satz 6 wird der Querverweis auf den § 4 Abs. 8 KHEntgG angepasst.

B) Stellungnahme

Die Änderungen erfolgen aufgrund der Anpassungen des § 4 Abs. 8 KHEntgG zum Pflegestellen-Förderprogramm und sind folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe f) Doppelbuchstabe cc)

§ 4 Abs. 9 S. 7 (neu) – Hygieneförderprogramm

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neueinfügung regelt, dass im Zuge des Hygieneförderprogrammes vereinbarte Mittel zu kürzen sind, sofern es sich um Pflegepersonalkosten handelt, die im Pflegebudget aufgehen.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung wird begrüßt da eine Doppelfinanzierung von Hygienefachkräften, die in der unmittelbaren Patientenversorgung tätig sind, ausgeschlossen wird.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetz)

Nr. 3 Buchstabe a)

§ 6 Abs. 3 – Vereinbarung sonstiger Entgelte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung stellt sicher, dass die vollständige Refinanzierung der Pflegepersonalkosten auch für krankenhausesindividuell vereinbarte Entgelte gilt.

B) Stellungnahme

Die vollständige Refinanzierung der Pflegepersonalkosten wird vom GKV-Spitzenverband als nicht sachgerecht abgelehnt. Im Übrigen wird auf die Kommentierung zu Artikel 9 Nr. 7 Buchstabe a) (§ 9 Abs. 1 Nr. 7 KHEntgG) verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 9 Nr. 3 Buchstabe a) wird gestrichen.

Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetz)

Nr. 3 Buchstabe b)

§ 6 Abs. 4 (neu) – Vereinbarung sonstiger Entgelte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Möglichkeit, Leistungen für ausländische Patientinnen und Patienten, die mit dem Ziel einer Krankenhausbehandlung in die Bundesrepublik Deutschland einreisen, sowie Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz aus dem Budget auszugliedern, galt bislang nicht für besondere Einrichtungen. Dies wird durch die vorliegende Regelung geändert.

B) Stellungnahme

Obwohl die Regelung, Leistungen aus dem Erlösbudget des Krankenhauses auszugliedern, vom GKV-Spitzenverband kritisch gesehen wird, ist die Gleichstellung von besonderen Einrichtungen hinsichtlich der Ausgliederungsmöglichkeit im Zuge der Gleichbehandlung grundsätzlich sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetz)

Nr. 4

§ 6a (neu) – Vereinbarung eines Pflegebudgets

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Finanzierung des Pflegepersonals in der Patientenversorgung erfolgt ab dem Jahr 2020 über ein neu zu vereinbarendes Pflegebudget. In diesem werden sowohl die Mittel des Pflegetherapeutischen Sonderprogramms als auch die Mittel des Hygieneförderprogramms, die auf Pflegekräfte entfallen, integriert. Die vollständige Finanzierung krankenhausespezifischer Pflegekosten wird durch Ausgleichs- und Berichtigungsregelungen sichergestellt. Die zweckgebundene Mittelverwendung hat das Krankenhaus durch entsprechende Nachweise zu belegen. Nicht zweckgebunden verwendete Mittel sind zurückzuzahlen. Die Abrechnung des Pflegebudgets erfolgt auf der Basis des vom InEK zu erstellenden Pflegeerlöskatalogs und einem individuellen Pflegeentgeltwert.

B) Stellungnahme

Die Regelung der Finanzierung des Pflegepersonals in der Patientenversorgung über ein krankenhausespezifisches Pflegebudget bedeutet die Rückkehr der Selbstkostendeckung in die Krankenhausfinanzierung und wird vom GKV-Spitzenverband grundsätzlich abgelehnt.

Es ist jedoch zu begrüßen, dass der vollständige Bruch mit dem im DRG-System verankerten Prinzip des Leistungsbezugs unterbleibt. Die Abrechnung des Pflegebudgets auf Basis des vom InEK leistungsbezogen kalkulierten Pflegeerlöskatalogs ist eine sachgerechte Lösung, um die notwendige Leistungstransparenz auch in der Pflege sicherzustellen. Allerdings ist sicherzustellen, dass auch diejenigen Leistungen vom Pflegebudget umfasst werden, die bisher nicht mit Fallpauschalen vergütet werden, wie z. B. einige Zusatzentgelte und die Sicherstellungszuschläge oder Zuschläge zur Finanzierung von G-BA-Mehrkosten. Weiterhin positiv ist, dass die tatsächliche Stellenbesetzung sowie die Kosten vom Krankenhaus durch die Bereitstellung der Istdaten bzw. durch Testate nachgewiesen werden müssen. Die Vorgaben für die vorzulegenden Unterlagen und Nachweise werden in einer Bundesvereinbarung geregelt (vgl. Kommentierung zu Artikel 9 Nr. 7a (§ 9 Abs. 1 KHEntgG)). Zielführend wäre zudem hier eine Übermittlungs- und Veröffentlichungspflicht an und durch das InEK einzuführen.

Die Neuregelung ermöglicht zwar die zielgerichtete Finanzierung des Pflegepersonals. Allerdings besteht durch die Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip die Gefahr, dass die der Selbstkostendeckung inhärenten Anreize zur Unwirtschaftlichkeit dazu führen, dass Pflege-

kräfte mit fachfremden Aufgaben belastet werden. Dies wird auch nicht dadurch geheilt, dass quasi planwirtschaftlich jedwede Personalausstattung als wirtschaftlich eingestuft wird. Diese Regelung kann sogar dazu führen, dass das eigentliche Ziel, die Pflege der Patienten zu verbessern, nicht erreicht wird, da auch eine mangelhafte Ausstattung mit Pflegepersonal als wirtschaftlich gilt. Ein Finanzierungsrahmen, in dem die dem einzelnen Krankenhaus (in jedweder Höhe) entstehenden Pflegepersonalkosten immer als wirtschaftlich im Sinne des § 12 SGB V gelten, ist nicht glaubhaft. Es bedarf einer Obergrenze, bis zu der Pflegepersonalkosten erstattet werden. Zielführender wäre, als maximale jährliche Steigerung des Pflegebudgets eine Effizienzgrenze in Höhe des doppelten Veränderungswertes vorzugeben. Zudem ist insbesondere im Rahmen der ersten Festsetzung des Pflegebudgets sicherzustellen, dass die Summe aus vereinbartem Pflegebudget und DRG-Erlösen die DRG-Erlöse des Vorjahres nicht um mehr als den doppelten Veränderungswert übersteigt.

Die Möglichkeit der Anrechnung von pflegeentlastenden Maßnahmen in Höhe von fünf Prozent des Pflegebudgets führt ebenfalls zu einer Verschlechterung der Pflege der Patienten. Diese Art der Verwässerung der Pflege am Bett ist zurückzuweisen.

Die Nachweispflichten verfolgen den Zweck, die Situation der Pflege, insbesondere die Pflege am Bett, zu verbessern, indem zusätzliches Personal eingestellt wird. Dieses Ziel wird nur dadurch erreicht, dass zusätzliche Vollkräfte eingestellt und nicht Überstunden aufgebaut werden. Zur Herstellung der entsprechenden Transparenz ist es erforderlich, dass der Vollkräfteanteil in Überstunden separat auszuweisen ist. Zusätzlich zu dem Ausweis der Überstunden ist auch ein Ausweis der Vollkräfte nach Berufsbezeichnung zu fordern sowie die Aufgliederung der dazugehörigen Personalkosten nach der Berufsbezeichnung. Nur so ist eine ausreichende Transparenz gewährleistet.

C) Änderungsvorschlag

§ 6a Abs. 2 S. 4 und 5 n. F. werden wie folgt geändert:

*„Das Pflegebudget ist in seiner Entwicklung ~~nicht~~ durch den **doppelten** Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 begrenzt. Bei der erstmaligen Vereinbarung des Pflegebudgets im Jahr 2020 darf die Summe aus Pflegebudget und DRG-Erlösbudget das vereinbarte DRG-Erlösbudget des Vorjahres nicht um mehr als den doppelten Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 überschreiten. ~~Die Wirtschaftlichkeit der dem einzelnen Krankenhaus entstehenden Pflegepersonalkosten wird nicht geprüft; die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen gilt als wirtschaftlich, für eine darüber hinausgehende Vergütung bedarf es eines sachlichen Grundes.~~“*

§ 6a Abs. 2 S. 6 und 7 n. F. werden gestrichen.

§ 6a Abs. 3 n. F. wird um die folgenden Satz ergänzt:

„Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht unter Einbezug der Pflegeleistungen jährlich zum 30.06. eines Jahres entsprechende Auswertungen. Überstunden sind entsprechend in Vollkraftäquivalente umzurechnen und separat auszuweisen.“

Ergänzender Vorschlag zu § 5 KHEntgG im Sachzusammenhang zu § 6a Abs. 1 KHEntgG:

§ 5 KHEntgG wird um folgenden Absatz 6 ergänzt:

„Soweit Zu- und Abschläge nach § 5 Absätze 2 bis 3c vereinbart werden, treffen die Parteien eine Vereinbarung über die in den Zu- und Abschlagstatbeständen enthaltenen Pflegeanteile.“

Eine entsprechende Regelung ist auch für § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG vorzusehen.

Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetz)

Nr. 5

§ 7 – Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des Pflegebudgets.

B) Stellungnahme

keine

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetz)

Nr. 6

§ 8 – Berechnung der Entgelte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich

- a) um eine Folgeänderung zur Einführung des Pflegebudgets,
- b) um die Streichung der Regelungen zum Investitionszuschlag der zum 31.12.2014 letztmalig abgerechnet wurde.

B) Stellungnahme

Die Regelungen zu a) und b) sind sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 7 Buchstabe a) Doppelbuchstaben aa), bb) und cc)

§ 9 Abs. 1 Nr. 2a, Nr. 3 sowie Nrn. 7 bis 9 (neu) – Vereinbarung auf Bundesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren einen Pflegeerlöskatalog einschließlich der notwendigen Abrechnungsregeln. Weiterhin sind auf der Bundesebene Regelungen zur Umsetzung der vollständigen Tarifierfinanzierung für das Pflegepersonal, Regelungen zum Pflegebudget sowie zur Bereinigung des OPS zu vereinbaren.

B) Stellungnahme

Die umfassende Neuregelung der Finanzierung des Pflegepersonals erfordert umfangreiche Regelungen, in denen grundsätzliche Verfahrensfragen festgelegt werden. Die Regelungen sind zwingend notwendig; allerdings erscheint der vorgegebene Zeitrahmen für die einzelnen Vereinbarungen in Anbetracht der grundlegenden Änderungen des Finanzierungssystems knapp bemessen. Im Übrigen wird auf die Kommentierung zu Artikel 1 Nr. 2 (§ 17b KHG) verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 7 Buchstabe a) Doppelbuchstabe cc) wird in der neu gefassten Nummer 7 die Angabe „31. März 2019“ durch die Angabe „30. Juni 2019“ ersetzt.

In Artikel 7 Buchstabe a) Doppelbuchstabe cc) wird in der angefügten Nummer 8 die Angabe „31. Juli 2019“ durch die Angabe „31. Oktober 2019“ ersetzt.

Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 7 Buchstabe b)

§ 9 Abs. 1a – Vereinbarung auf Bundesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung auf Grund des Wegfalls der bislang vorgesehenen Überführung der im Jahr 2018 vereinbarten und zweckentsprechend verwendeten der in den Jahren 2016 bis 2018 krankenhaushausindividuell vereinbarten Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms in den Pflegezuschlag. Diese Mittel verbleiben über das Jahr 2018 hinaus dem einzelnen Krankenhaus in voller Höhe. Sie werden über das Jahr 2018 hinaus beim einzelnen Krankenhaus mit weiteren Finanzmitteln für zusätzlich eingestelltes Pflegepersonal addiert. Damit wird dem Ziel einer besseren Finanzierung des krankenhaushausindividuellen Pflegebedarfs Rechnung getragen.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 8 Buchstabe a)

§ 10 Abs. 4 – Vereinbarung auf Landesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Ergänzung soll klarstellen, dass durch die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten mögliche technisch bedingte Katalogeffekte nicht durch eine Minderung oder Erhöhung der Landesbasisfallwerte zu berücksichtigen sind.

Vielmehr werden solche Katalogeffekte durch die Minderung der Gesamtsumme der Bewertungsrelationen des DRG-Systems um die Summe der Bewertungsrelationsanteile für den Pflegepersonalaufwand vermieden (vgl. Kommentierung zu Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe b) (§ 17b Abs. 4 KHG)).

B) Stellungnahme

Es ist darauf hinzuweisen, dass die Herausnahme der Pflege aus dem DRG-Fallpauschalenkatalog zu einem hohen negativen Katalogeffekt führen wird, der weder zu einer Erhöhung der Obergrenzen noch zu einer automatisierten Ausschöpfung der Obergrenze führen darf. Um Streitigkeiten in den Landesbasisfallwertverhandlungen zu dieser Frage entgegenzuwirken, ist eine gesetzliche Klarstellung erforderlich. Eine entsprechende gesetzliche Ergänzung, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene gewährleisten, dass durch die Änderungen keine Doppelfinanzierung von Leistungen oder Mehrausgaben jenseits der Finanzierung des Pflegepersonalaufwands in der Patientenversorgung entstehen, ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zwingend notwendig. Dies gilt nicht nur für das erste Jahr der Ausgliederung, sondern auch für die Folgejahre.

C) Änderungsvorschlag

§ 10 Abs. 3 Satz 3 (neu) wird angefügt:

„Eine Absenkung der Summe der effektiven Bewertungsrelationen, die aus § 17b Absatz 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz in Verbindung mit § 6a KHEntgG resultiert, ist im vereinbarten Erlösvolumen entsprechend absenkend zu berücksichtigen.“

§ 10 Abs. 4 S. 5 (neu) KHEntgG ist wie folgt anzupassen:

„Satz 2 findet im Zusammenhang mit der Einführung und Weiterentwicklung des Pflegebudgets nach § 6a keine Anwendung; technische Effekte sind vollständig zu neutralisieren.“

Folgeänderung:

Mit Blick auf § 10 Abs. 1 S. 2 (Ausgangspunkt für die Landesbasisfallwertverhandlungen) sowie § 10 Abs. 9 S. 3 KHEntgG (Datenmeldung für die Berechnung des Bundesbasisfallwertes) sollte klargestellt werden, dass die Ausgangsbasis für die Landesbasisfallwertverhandlung 2020 der berichtigte Landesbasisfallwert 2019 sowie die um die auszugliedernden Pflegepersonalkosten bereinigte Summe der Bewertungsrelationen und das dazugehörige Erlösvolumen der Krankenhäuser im Land sind.

Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 8 Buchstabe b)

§ 10 Abs. 5 – Vereinbarung auf Landesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Über diese Regelung sollen ab dem Jahr 2018 die linearen und strukturellen Tarifsteigerungen für die Pflegekräfte vollständig refinanziert werden. Der Anteilswert zur Anpassung der Landesbasisfallwerte wird auf 40 % erhöht.

B) Stellungnahme

Die bislang gültige hälftige Refinanzierung von Tarifsteigerungen wird künftig im Pflegebereich durch eine vollständige Tarifrefinanzierung ersetzt. Aufgrund der Vielzahl an sich überschneidenden Finanzierungsregelungen im Krankenhausbereich (hier insbesondere Bundesbasisfallwertkonvergenz) ist schon die bisherige zusätzliche hälftige Tarifrefinanzierung unnötig – Gleiches gilt entsprechend auch für die vollständige Tarifrefinanzierung. Sowohl im Landesbasisfallwert, im Orientierungswert bzw. im Veränderungswert als auch über Mehrleistungen werden Personalkostensteigerungen und damit auch die tarifbedingten Kostensteigerungen der Pflege bereits in der Krankenhausfinanzierung einschließlich des BPfIV-Bereiches abgebildet.

Diese Maßnahme wird von der GKV abgelehnt. Vielmehr ist eine Klarstellung überfällig, die die Mehrfachfinanzierung der Tarifkostensteigerungen im Rahmen der Krankenhausfinanzierungsregelungen ausschließt. Damit verbunden ist die Meistbegünstigungsklausel bei der Landesbasisfallwertberechnung ersatzlos zu streichen und der Orientierungswert als maßgeblich festzulegen.

Die volle Tarifrefinanzierung hat darüber hinaus weitreichende Folgen für die zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern stattfindenden Tarifverhandlungen. Die Arbeitgeber werden durch die Möglichkeit der vollständigen Weiterreichung der Kostensteigerungen jegliches Interesse verlieren, angemessene Tarifabschlüsse zu vereinbaren. Hohe Tarifsteigerungen und damit hohe Kostensteigerungen für die GKV sind durch die Aushöhlung der Tarifverhandlungen zu erwarten. Es besteht zudem die Gefahr der Ausweitung der Regelung auf andere Personalbereiche des Krankenhauses. Auf Dauer wird es schwierig sein, der Pflege eine volle Tarifrefinanzierung, dem restlichen Personal aber nur eine hälftige Tarifrefinanzierung zuzugestehen. Entsprechende Initiativen weiterer Gesundheitsberufe gibt es bereits. Weitere jährliche Mehrkosten für die GKV wären die Folge.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelung zur Tariffinanzierung wird gestrichen.

Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 8 Buchstabe c)

§ 10 Abs. 13 – Vereinbarung auf Landesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die regelhafte Abschlagshöhe des Fixkostendegressionsabschlags ist mit dieser Neuregelung auch nach dem Jahr 2018 nicht durch die Vertragsparteien auf Landesebene zu verhandeln. Die Höhe und Dauer des Fixkostendegressionsabschlags werden über das Jahr 2018 hinaus gesetzlich auf 35 % und auf drei Jahre vorgegeben (vgl. Kommentierung zu Artikel 9 Nr. 2 Buchstabe b) (§ 4 Abs. 2a (neu) KHEntgG).

B) Stellungnahme

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 9 Nr. 2 Buchstabe b).

C) Änderungsvorschlag

Vgl. Änderungsvorschlag zu Artikel 9 Nr. 2 Buchstabe b).

Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetz)

Nr. 9

§ 11 – Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen umfassen Regelungen zum Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung im Zuge der Einführung der vollständigen Tarifrefinanzierung sowie Regelung zu den Nachweispflichten im Rahmen der Einführung des Pflegebudgets.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um notwendige Folgeänderungen, die sich aus der Einführung der vollständigen Tarifrefinanzierung ergeben. Trotz der grundsätzlichen Ablehnung der vollständigen Tarifrefinanzierung begrüßt der GKV-Spitzenverband die Vorgabe, dass die Finanzmittel, die den Krankenhäusern zusätzlich zufließen, ausschließlich dem Pflegepersonal zugutekommen. Die Rückzahlungsverpflichtung für nicht zweckentsprechend verwendete Mittel wird insofern begrüßt. Im Übrigen wird jedoch auf die Kommentierung zu Artikel 8 Nr. 8 verwiesen.

Die Ergänzung der für die Budgetverhandlung vorzulegenden Nachweise ist eine notwendige Folgeänderung im Zuge der Einführung des Pflegebudgets.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetz)

Nr. 10

§ 12 S. 1 – Vorläufige Vereinbarung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des Pflegebudgets.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung ist eine notwendige Folgeänderung im Zuge der Einführung des Pflegebudgets.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetz)

Nr. 11

§ 14 – Genehmigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Änderungen der Regelung zum Fixkostendegressionsabschlag und der Einführung des Pflegebudgets.

B) Stellungnahme

Die Ergänzungen sind notwendige Folgeänderung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetz)

Nr. 12

§ 15 – Laufzeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des Pflegebudgets. Für den Fall, dass die erstmalige Vereinbarung des Pflegebudgets nicht fristgerecht erfolgt, werden Abrechnungsbeträge bundeseinheitlich festgelegt.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung ist eine notwendige Folgeänderung im Zuge der Einführung des Pflegebudgets.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 13

§ 21 – Änderung der zu übermittelnden Strukturdaten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die zu übermittelnden Strukturdaten werden um Daten des Pflegeerlöskatalogs nach § 17b Abs. 4 KHG erweitert. Die Erweiterung ist erforderlich, damit für die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System hinreichend belastbare Daten auf der Bundesebene vorliegen.

Das Nähere zu den zu übermittelnden Daten ist von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbaren.

B) Stellungnahme

Die vorgeschlagenen Regelungen werden von GKV-Spitzenverband unterstützt. Es handelt sich dabei um notwendige Erweiterungen, damit im Rahmen der Ausgliederung der Pflegekosten hinreichend belastbare Daten auf der Bundesebene vorliegen. Die Aufteilung nach Personalgruppen und Berufsbezeichnungen ist erforderlich, damit zum einen eine Transparenz über die Personalentwicklungen geschaffen wird und zum anderen mögliche Personalverschiebungen erkannt werden können.

Es handelt sich bei Buchstabe b) um Folgeänderungen, die im Zusammenhang mit Änderungen durch das PsychVVG beim neuen pauschalierenden Entgeltsystem für die Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen erforderlich sind. Die Streichung der Jahresangaben ist zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 10 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 1

§ 4 Abs. 8 S. 1- Pflegestellen-Förderprogramm

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung gewährleistet, dass zum Kreis der förderfähigen Pflegekräfte, die in der unmittelbaren Patientenversorgung tätig sind, nicht nur wie bisher „Gesundheits- oder Krankenpflegerinnen“ bzw. „Gesundheits- oder Krankenpfleger“ oder „Gesundheits- oder Kinderkrankenpflegerinnen“ bzw. „Gesundheits- oder Kinderkrankenpfleger“ gehören. Zukünftig wird dieser Kreis auch auf Pflegepersonal mit der Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau“ bzw. „Pflegefachmann“ und „Gesundheit- und Kinderkrankenpflegerin“ bzw. „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger“ des PfIBG erweitert. Damit wird dem PfIBG vom 17.07.2017 Rechnung getragen.

B) Stellungnahme

Die Anpassung ist grundsätzlich nachvollziehbar.

Da durch die Einführung des Pflegebudgets ab dem Jahr 2020 die vollständige Finanzierung jeder zusätzlich eingestellten Pflegekraft im Rahmen der neuen Pflegepersonalkostenvergrößerung des Pflegebudgets erfolgt, und die hier beschriebene Änderung ab dem 01.01.2020 eingeführt wird, ist zu prüfen, ob an dieser Stelle eine Anpassung noch notwendig ist.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 10 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetz)

Nrn. 2, 3 und 4 Buchstabe a)

§ 6 Abs. 3 S. 5 – Vereinbarung sonstiger Entgelte

§ 9 Abs. 1 Nr. 7 – Vereinbarung auf Bundesebene

§ 10 Abs. 5 – Vereinbarung auf Landesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einführung des Pflegebudgets im Jahr 2020 ist für das Pflegepersonal in der Patientenversorgung die vollständige Tarifierfinanzierung sichergestellt. Ab dem Jahr 2020 ist der Prozentsatz so zu ermitteln, dass die verbleibenden Personalkosten in der Somatik zu 50 % finanziert werden. Da die tarifvertraglich bedingten Personalkosten des Pflegepersonals ab dem Jahr 2020 über das Pflegebudget vollständig refinanziert werden, bedarf es keiner fortgesetzten Ausnahme zugunsten dieser Personalgruppe in der Tarifierfinanzierungsregelung. Dementsprechend ist der für die Anhebung der Landesbasisfallwerte geltende Anrechnungssatz anzupassen.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist notwendig, um ab dem Jahr 2020 die doppelte Berücksichtigung von Tarifsteigerungen im Pflegebudget und durch die Tarifveränderungsrate zu verhindern. Im Übrigen wird auf die Kommentierung zu Artikel 9 Nr. 8 Buchstabe b) (§ 10 Abs. 5 KHEntgG) verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 10 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetz)

Nr. 4 Buchstabe b)

§ 10 Abs. 6 S. 1 – Orientierungswertermittlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung der Einführung eines Pflegebudgets nach § 6a (neu) KHEntgG. Durch die jährliche Vereinbarung des Pflegebudgets auf der Grundlage der krankhausindividuellen Pflegepersonalkosten ist für das Pflegepersonal in der Patientenversorgung eine vollständige Refinanzierung von Kostensteigerungen, einschließlich Tarifsteigerungen, gewährleistet. Eine Finanzierung dieser Kostensteigerungen über den Landesbasisfallwert, für dessen Anstieg der Orientierungswert eine Obergrenze darstellt, erfolgt zukünftig nicht mehr. Daher sind die Kostenentwicklungen beim Pflegepersonal in der Patientenversorgung nicht mehr bei der Ermittlung des Orientierungswertes zu berücksichtigen.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist folgerichtig und die Anpassung des Orientierungswertes grundsätzlich sachgerecht. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist es aber weiterhin notwendig, eine Transparenz über die Gesamtkostenentwicklungen und somit auch über die Kostenentwicklungen im Bereich des „Pflegepersonals in der Patientenversorgung“ zu gewährleisten. Neben dem künftigen Orientierungswert ist es vor diesem Hintergrund sinnvoll, nachrichtlich auch für diesen Bereich einen analogen Pflegepersonal-Orientierungswert zu berechnen und zu veröffentlichen, um ein vollständiges Gesamtbild der Kostensteigerungen im Krankenhausbereich zu bekommen. Eine Transparenz über die Entwicklung der Pflegepersonalkosten muss in den Folgejahren, insbesondere auch mit Blick auf die im § 17b Abs. 4 KHG gesetzlich festgelegte begleitende Berichtslegung durch die Vertragsparteien auf Bundesebene, sichergestellt sein. Hierbei soll explizit dem BMG über die Auswirkungen, die die Einführung des Pflegebudgets auf die Entwicklung der Pflegepersonalkosten in den Jahren 2020 bis 2024 hat, berichtet werden.

C) Änderungsvorschlag

Neben den in § 10 Abs. 6 S. 1 vorgeschlagenen Ergänzungen ist folgende Ergänzung in Absatz 1 einzufügen:

*„(6) Das Statistische Bundesamt hat jährlich einen Orientierungswert, der die tatsächlichen Kostenentwicklungen der Krankenhäuser **ohne die Kostenentwicklung des Pflegepersonals in der Patientenversorgung wiedergibt, sowie nachrichtlich einen Pflegepersonal-Orientierungswert, der die Kostenentwicklung des Pflegepersonals in der Patientenversorgung wiedergibt**, zu ermitteln und spätestens bis zum 30. September jeden Jahres zu veröffentlichen; die hierfür vom Statistischen Bundesamt zu erhebenden Daten werden vom Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates festgelegt.[...]“*

Weiterer Änderungsvorschlag im § 10 Abs. 6: Streichung der Meistbegünstigungsklausel

Vgl. Kommentierung zu Artikel 9 Nr. 8 Buchstabe b) (§ 10 Abs. 5):

In Absatz 6 ist der Satz 2 *„Unterschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, entspricht der Veränderungswert der Veränderungsrate.“* zu ersetzen und wie folgt zu fassen: *„Unterschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, entspricht der Veränderungswert dem Orientierungswert.“*

Artikel 11 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 1 Abs. 7 – Soziale Pflegeversicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Hinblick auf die eingetragenen Lebenspartnerschaften soll mit der Neuregelung für das gesamte SGB XI Rechtssicherheit hergestellt werden.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 11 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 8 – Gemeinsame Verantwortung

1. Finanzierung der Datenauswertungsstelle (Abs. 5)
2. Vergütungszuschläge zur Finanzierung zusätzlicher Pflegekräfte (Abs. 6)
3. Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für Pflegekräfte (Abs. 7)
4. Zuschüsse für digitale Anwendungen (Abs. 8)
5. Finanzierungsbeteiligung der privaten Pflegeversicherung (Abs. 9)
6. Vereinbarung zur Finanzierung der Maßnahmen nach § 8 Absatz 6 bis 8 SGB XI (Abs. 10)

1. Finanzierung der Datenauswertungsstelle (Abs. 5)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz wurden die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI verpflichtet, eine fachlich unabhängige Institution mit der Zusammenführung und Auswertung der Daten des indikatorengestützten Verfahrens zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich zu beauftragen (§ 113 Abs. 1b SGB XI). Die Beauftragung dieser Datenauswertungsstelle beschließen die Vertragsparteien durch den Qualitätsausschuss nach § 113b Abs. 1 SGB XI. Mit der beabsichtigten Neuregelung wird die bislang ausstehende Finanzierungsregelung für die Datenauswertungsstelle geschaffen. Die Finanzierung soll aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung erfolgen. Das Nähere über das Verfahren zur Auszahlung der Mittel haben die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI und das Bundesversicherungsamt in einer Vereinbarung zu regeln. Die Auszahlungen erfolgen jeweils nach Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

B) Stellungnahme

Der Qualitätsausschuss nach § 113b SGB XI hat auf die Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung zur Finanzierung der Institution nach § 113 Abs. 1b SGB XI (Datenauswertungsstelle) hingewiesen. Die beabsichtigte Neuregelung wird daher begrüßt.

Im Hinblick auf die für Ende 2018 geplante Vergabe des Auftrages zur Errichtung der Datenauswertungsstelle ist darauf hinzuweisen, dass diese erst nach Inkrafttreten der Neuregelung und nach Abschluss der vorgesehenen Vereinbarung zwischen den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI und dem Bundesversicherungsamt erfolgen kann und sich daher verzögern wird.

C) Änderungsvorschlag

keiner

2. Vergütungszuschläge zur Finanzierung zusätzlicher Pflegekräfte (Abs. 6)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen sollen mit insgesamt rund 13.000 zusätzlichen Stellen im Rahmen eines Sofortprogramms bei ihrer Leistungserbringung unterstützt werden, ohne dass dies mit einer finanziellen Belastung der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen verbunden ist. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen erhalten einen Anspruch, auf Antrag zusätzliche Pflegekräfte durch einen Vergütungszuschlag finanziert zu bekommen. Einrichtungen mit bis zu 40 Plätzen erhalten jeweils eine halbe Pflegestelle, Einrichtungen mit 41 bis zu 80 Plätzen eine Pflegestelle, Einrichtungen mit 81 bis zu 120 Plätzen eineinhalb Pflegestellen und Einrichtungen ab 121 Plätzen zwei Pflegestellen zusätzlich. Voraussetzung ist hierbei, dass es sich um Pflegefachkräfte handelt, die zusätzlich zu dem vorzuhaltenden Personal gemäß der bestehenden Pflegesatzvereinbarung beschäftigt werden. Die Pflegefachkräfte erbringen alle vollstationären Pflegeleistungen. Sollte die Pflegeeinrichtung nachweisen können, dass es ihr über einen Zeitraum von drei Monaten nicht gelungen ist, geeignete Fachkräfte einzustellen, kann der Zuschlag auch zur Finanzierung von Pflegehilfskräften verwendet werden. Die Höhe des Vergütungszuschlags ist unter Anwendung der Bemessungsgrundsätze nach § 84 Abs. 2 Satz 5 und 6 SGB XI begrenzt auf die tatsächlichen Aufwendungen für die zusätzlichen Pflegestellen; die Pflegeeinrichtung hat die der Berechnung des Zuschlags zugrunde gelegte Bezahlung der zusätzlich Beschäftigten nachzuweisen.

Zur Finanzierung dieser speziellen Leistung an die Einrichtungen zahlen die Krankenkassen nach § 37 Abs. 2a SGB V jährlich 640 Millionen Euro an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Die private Pflegeversicherung beteiligt sich anteilig mit pauschal 44 Millionen Euro im Jahr (§ 8 Abs. 9 SGB XI). Der GKV-Spitzenverband wird beauftragt, zum Inkrafttreten der Regelung im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen das Nähere für die Antragsstellung, das Nachweisverfahren sowie das Zahlungsverfahren für seine Mitglieder festzulegen. Hierbei hat die monatliche Auszahlung zum 15. des laufenden Monats einheitlich über eine Pflegekasse an die vollstationäre Pflegeeinrichtung zu erfolgen. Der GKV-Spitzenverband berichtet dem BMG jährlich und erstmals bis zum 31. Dezember 2019 über die Zahl der durch diesen Zuschlag finanzierten Pflegekräfte, den Stellenzuwachs und die Ausgabenentwicklung.

B) Stellungnahme

Eine Verbesserung der Personalausstattung in stationären Pflegeeinrichtungen wird begrüßt. Allerdings widerspricht die Ausgestaltung der beabsichtigten Neuregelung der bestehenden gesetzlich geregelten Systematik zur Vereinbarung und Vergütung von Personalstellen in

Pflegeeinrichtungen, die der Finanzierungszuständigkeit der sozialen Pflegeversicherung unterliegt. Die Querfinanzierung des zusätzlichen Pflegepersonals aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung und die dabei vorgesehene Systematik des pauschalen Abzugs von Beitragsmitteln der GKV werden abgelehnt. Insbesondere die Möglichkeit einer Finanzierung von Pflegehilfskräften aus Mitteln der GKV ist angesichts des Ziels der gesetzlichen Regelung, die Leistungserbringung der Pflegeeinrichtungen insbesondere im Bereich der medizinischen Behandlungspflege zu unterstützen, nicht nachvollziehbar. Das zusätzliche Pflegepersonal muss in der Lage sein, alle vollstationären Leistungen zu erbringen. Dies umfasst auch die Pflegeprozessplanung und -steuerung, die im Pflegeberufegesetz den Pflegefachberufen vorbehalten ist. Insofern konterkariert diese Regelung gesetzlich normierte Vorgaben und ist zu streichen.

Sollte der Gesetzgeber dennoch an dieser Möglichkeit festhalten, ist der vorgesehene Zeitraum von drei Monaten für eine erfolgreiche Stellenbesetzung mit Pflegefachkräften zu verlängern. Es sollte sich bei einer Besetzung der zusätzlichen Stellen mit Pflegehelfern um eine Ausnahmesituation für langfristig, also mindestens sechs Monate, vakante Stellen handeln. Zudem sollten für die ersatzweise Besetzung dieser Stellen aus Gründen der Qualitätssicherung ausschließlich Pflegeassistenten respektive Gesundheits- und Pflegeassistenten mit einer zweijährigen Ausbildung oder Personen, die gemäß Pflegeberufegesetz die Zwischenprüfung nach dem Ende des zweiten Ausbildungsdrittels erfolgreich bestanden haben, beschäftigt werden können.

Ferner ist vorzusehen, dass für die Vereinbarung der Vergütungszuschläge sowie für das Nachweis- und Zahlungsverfahren die bestehenden Verhandlungsstrukturen und etablierten Zahlungswege genutzt werden.

Dass dies durch die beabsichtigte Neuregelung nicht vorgesehen wurde, wird bereits an der Verortung der Neuregelung im Gesetz deutlich: Ein Anspruch von Pflegeeinrichtungen auf Vereinbarung und Finanzierung von Personalstellen wäre im Sinne der bisherigen Systematik im Achten Kapitel SGB XI (Pflegevergütung) zu regeln und nicht im Ersten Kapitel SGB XI (Allgemeine Vorschriften). Die beabsichtigte Neuregelung lässt zudem Fragen der konkreten Umsetzung offen und ist insgesamt weder in sich schlüssig noch praktikabel.

Die Finanzierung von zusätzlichen Pflegekräften soll durch einen sogenannten Vergütungszuschlag erfolgen, der einmal monatlich in gesamter Höhe durch eine Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung gezahlt wird. Dieses vorgesehene Zahlungsverfahren ist für die beteiligten Akteure sehr komplex verwaltungsaufwändig konstruiert und nicht umsetzbar. Die bislang nicht praktizierte Abwicklung über eine Pflegekasse vor Ort bedingt aufwändige Mitteilungs- und Übermittlungspflichten hinsichtlich der Berechnungs- und Auszahlungsparameter der

stationären Pflegeeinrichtungen. Das Ziel des Gesetzgebers, den Vergütungszuschlag zur Finanzierung der zusätzlichen Stellen bürokratiearm zu gewähren, wird dadurch konterkariert.

Der GKV-Spitzenverband hat im Benehmen mit den Vereinigungen der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene das Nähere für die Antragsstellung, das Nachweis- und das Zahlungsverfahren für seine Mitglieder zu bestimmen. Nicht geregelt ist jedoch, wie und von wem der Vergütungszuschlag berechnet und wie er verbindlich – geknüpft an bestimmte Leistungs Voraussetzungen seitens der Pflegeeinrichtungen – vereinbart wird. Gemäß der Gesetzesbegründung kommt den Pflegekassen kein Verhandlungsmandat zu. Die Vorgabe, dass sich die Höhe des Vergütungszuschlags nach den tatsächlichen Aufwendungen für die zusätzlichen Pflegestellen richtet und Gehälter bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen zugrunde gelegt werden können, folgt dem Selbstkostendeckungsprinzip und ist eine Abkehr von den Verhandlungs- und Vereinbarungsgrundsätzen des Achten Kapitels des SGB XI. Es besteht daher die Gefahr, dass die Gehälter der zusätzlichen Stellen nicht in das Gehaltsgefüge der jeweiligen Pflegeeinrichtung passen. Sofern diese Stellen aufgrund einer Unterdeckung des nach der bestehenden Pflegesatzvereinbarung vorzuhaltenden Personals nicht mehr als „zusätzlich“ gelten und demnach über den Pflegesatz – und nicht mehr aus Mitteln der GKV – zu finanzieren sind, könnte dies zur Folge haben, dass die Pflegesätze entsprechend steigen, sofern die Gehälter sich erheblich von denen im Rahmen der Pflegesatzverhandlung vereinbarten unterscheiden.

Sachlich richtig und stringent wäre es, die Vereinbarung des vorgesehenen zusätzlichen Personals, die entsprechende Vergütungsfindung und das erforderliche Nachweisverfahren als Voraussetzung der Auszahlung in die bestehende Systematik der Pflegesatzverhandlungen und Vergütungsvereinbarungen nach §§ 84 und 85 SGB XI zu übertragen. Die Verhandlung und Vereinbarung von Vergütungszuschlägen ist gängige Praxis der Landesverbände der Pflegekassen und der weiteren Vertragsparteien vor Ort in den Ländern. Es bietet sich an, das bereits etablierte Verfahren der Vergütungszuschläge für die zusätzliche Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen nach §§ 84 und 85 SGB XI entsprechend anzuwenden. Diese Vergütungszuschläge sind allein von den Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen zu tragen; Pflegebedürftige dürfen mit diesen Zuschlägen nicht belastet werden.

Die beabsichtigte Neuregelung, dass die Auszahlung eines sogenannten Vergütungszuschlags monatlich in gesamter Höhe über eine Pflegekasse an die vollstationäre Pflegeeinrichtung zu erfolgen hat, ist dagegen systemfremd und aufwändig. Die Pflegesätze in stationären Pflegeeinrichtungen werden in Tagessätzen und bewohnerbezogen vereinbart. Die bereits bestehenden Vergütungszuschläge für die zusätzliche Betreuung folgen dieser Systematik und sind damit auch bewohner- und tagesbezogen berechnet. Sie werden monatlich von der jeweiligen Pflegekasse bzw. dem privaten Versicherungsunternehmen der Bewohne-

rin/des Bewohners gezahlt, sofern die Pflegeeinrichtung das entsprechend vereinbarte Betreuungspersonal vorhält. Ein Nachweisverfahren ist mit der Vereinbarung der Vergütungszuschläge bereits gesetzlich geregelt.

Entsprechend kann auch bei den vorgesehenen Vergütungszuschlägen für zusätzliches Pflegepersonal zur Unterstützung der Leistungserbringung der medizinischen Behandlungspflege, das von den Krankenkassen über den Ausgleichsfonds finanziert werden soll, verfahren werden: Die Pflegeeinrichtung vereinbart auf Antrag mit den Landesverbänden der Pflegekassen das zusätzlich vorzuhaltende Personal (Personalschlüssel) sowie zu dessen Finanzierung einen entsprechenden Vergütungszuschlag, dem die vereinbarten Personalkosten und der vereinbarte Personalschlüssel zugrunde liegen. Bei Nachweis der Pflegeeinrichtung, dass diese tatsächlich über entsprechendes zusätzliches Personal verfügt, berechnet die Pflegeeinrichtung der jeweiligen Pflegekasse bzw. dem Versicherungsunternehmen der Bewohnerin/des Bewohners den vereinbarten Vergütungszuschlag. Die Pflegekasse bzw. das Versicherungsunternehmen zahlt diesen Vergütungszuschlag zusammen mit dem Vergütungszuschlag für die zusätzliche Betreuung und dem gesetzlichen Leistungsbetrag.

Zur Art der Stellenverteilung, wie sie in der beabsichtigten Neuregelung festgelegt wird, ist anzumerken, dass diese zwar bürokratiearm erscheint, jedoch den vom Gesetzgeber – ausweislich der Gesetzesbegründung – gewollten „um den Stellenzuwachs erhöhten Anspruch auf mehr Pflege“ der Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen nicht gleichmäßig verteilt. So würde z. B. eine kleine Einrichtung mit 41 Plätzen eine zusätzliche Stelle und damit genauso viel wie ein mittelgroßes Haus mit 80 Plätzen erhalten (Verhältnis 1:41 versus 1:80). Kleine Einrichtungen bzw. die Bewohnerinnen und Bewohner kleiner Einrichtungen würden damit bei der Verteilung bevorteilt. Gerechter wäre eine lineare Stellenverteilung bzw. die Festlegung eines Personalschlüssels, wie sie generell bei der Personalbemessung für stationäre Pflegeeinrichtungen – und auch bei den zusätzlichen Betreuungskräften – üblich ist. Für die Berechnung des Personalschlüssels für die zusätzlichen Personalstellen ist von der derzeitigen Gesamtzahl an vollstationären Pflegeplätzen in Höhe von rd. 780.000 Plätzen auszugehen. Bei einer Verteilung der vorgesehenen rund 13.000 zusätzlichen Stellen auf die Gesamtplatzzahl käme eine Stelle bzw. Vollzeitkraft auf ca. 60 Plätze; dies ergibt einen Personalschlüssel von 1:60 (entspricht rd. 1,7 Prozent einer Vollzeitkraft pro Bewohner). Nach dieser Berechnungsgrundlage würde z. B. einer Einrichtung mit 41 Plätzen ein Stellenanteil von rd. 0,7 Vollzeitkräften ($41 \times 0,017 = 0,7$) finanziert werden, einer Einrichtung mit 80 Plätzen jedoch 1,3 Vollzeitkräfte ($80 \times 0,017 = 1,3$). Damit ist mit der Festlegung eines Personalschlüssels eine zielgenaue und gerechte Verteilung der 13.000 Stellen für die Versorgung der Pflegebedürftigen sichergestellt. Dies ist auch bei der Bemessung der zusätzlichen Betreuungskräfte gesetzlich erfolgt. In § 85 Abs. 8 Nr. 2 SGB XI ist zur Berechnung des entsprechenden Vergütungszuschlages vorgegeben, dass „in der Regel für jeden Pflegebedürfti-

gen 5 % der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Vollzeitkraft finanziert wird“. Hieraus ergibt sich ein Personalschlüssel in Höhe von 1:20.

Zur Finanzierung des Vergütungszuschlags wird in § 37 Abs. 2a SGB V geregelt, dass die Krankenkassen Mittel in Höhe von jährlich 640 Mio. Euro dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zur Verfügung stellen. Diese neue Einnahmeart ist in § 65 Abs. 1 aufzunehmen.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen und §§ 84 und 85 SGB XI werden jeweils um einen Absatz 9 wie folgt ergänzt.

§ 84 Abs. 9 SGB XI ist – analog zu § 84 Abs. 8 SGB XI – wie folgt zu fassen:

„Vergütungszuschläge sind abweichend von Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung des Absatzes 2 Satz 1 und 5, des Absatzes 7 und des § 87a zusätzliche Entgelte zur Pflegevergütung für die zusätzliche Unterstützung der Leistungserbringung der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten; § 28 Absatz 2 ist entsprechend anzuwenden. Pflegebedürftige dürfen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden.“

§ 85 Abs. 9 SGB XI ist – analog zu § 85 Abs. 8 SGB XI – wie folgt zu fassen:

„Die Vereinbarung des Vergütungszuschlags nach § 84 Absatz 9 erfolgt auf der Grundlage, dass

1. die vollstationäre Pflegeeinrichtung für die Unterstützung der Leistungserbringung der medizinischen Behandlungspflege über zusätzliches Pflegefachkraftpersonal verfügt und die Aufwendungen für dieses Personal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden,
2. in der Regel für jeden Pflegebedürftigen 1,7 Prozent der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Pflegefachkraft in Vollzeit finanziert wird und
3. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die Pflegeeinrichtung nicht über zusätzliches Pflegepersonal verfügt, welches über das nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhaltende Personal hinausgeht. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 7 entsprechend.“

Daneben wird in § 65 Abs. 1 SGB XI als neue Nr. 4 die neue Einnahmenart aufgenommen.

3. Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für Pflegekräfte (Abs. 7)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für die Jahre 2019 bis 2024 sollen für Maßnahmen der stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf aus dem Ausgleichsfonds jeweils bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt werden. Förderfähig sind sowohl individuelle als auch gemeinschaftliche Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind, sowie Schulungen und Weiterbildungen für Führungskräfte sowie Mitarbeiter zur Stärkung der Familienfreundlichkeit. Die Förderung der Maßnahmen durch die Pflegeversicherung kann in Höhe von bis zu 50 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung verausgabten Mittel betragen, maximal in Höhe von bis zu 7.500 Euro jährlich.

Die Verteilung der Fördermittel auf die Länder soll unter Berücksichtigung der Zahl der Pflegeeinrichtungen erfolgen. Hat eine Pflegeeinrichtung den Förderhöchstbetrag innerhalb eines Kalenderjahres nicht in Anspruch genommen und ist die jährliche Gesamtfördersumme des betreffenden Bundeslandes noch nicht ausgeschöpft, erhöht sich der Förderhöchstbetrag für diese Pflegeeinrichtung im nachfolgenden Kalenderjahr um den Betrag, den die Pflegeeinrichtung nicht in Anspruch genommenen hat. Für die Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel erhält der GKV-Spitzenverband eine Richtlinienkompetenz.

B) Stellungnahme

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist ein wesentlicher Aspekt zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufes. Die Förderung von Betreuungsangeboten, die auf die besonderen Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind, sind daher zu begrüßen und eine sinnvolle Maßnahme. Die Finanzierung von Schulungen und Weiterbildungen von Führungskräften unabhängig vom Bildungsziel werden jedoch bereits im Rahmen der Vergütungsvereinbarungen über die Nettojahresarbeitszeit (Fortbildungszeit) und entsprechende Sachkosten (Fortbildungskosten) angemessen berücksichtigt. Ein Fördertatbestand für diese Maßnahmen führt in der Konsequenz zur Doppelfinanzierung.

Nicht sachgerecht ist die Finanzierung der Förderung dieser Maßnahmen aus Mitteln der Pflegeversicherung. Aufgabe der Pflegeversicherung ist es, Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten. Dabei hat die Pflegekasse die Verantwortung für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung. Diese Sicherstellung erfolgt in erster Linie durch Versorgungs- und Vergütungsverträge mit Pflegeeinrichtungen. Auch wirken die Pflegekassen zwar in gemeinsamer Verantwortung mit den Ländern, Kommunen und Pflegeeinrichtungen eng zusammen, um eine leis-

tungsfähige, regional gegliederte und ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten und tragen zum Ausbau und zur Weiterentwicklung der notwendigen pflegerischen Versorgungsstrukturen bei. Dies kann und ist aber die Versorgung der Pflegebedürftigen an sich. Bei den vorgesehenen Fördermaßnahmen handelt es sich nicht um Versorgungsmaßnahmen für Pflegebedürftige, sondern um familiäre Betreuungsmaßnahmen. Die Förderung und das Vorhalten solcher Maßnahmen ist nicht Aufgabe der Pflegeversicherung. Vielmehr handelt es sich um versicherungsfremde Leistungen. Diese müssten – sofern sie wie vorgesehen aus dem Ausgleichsfonds finanziert werden – durch die Einführung eines steuerfinanzierten Bundeszuschusses für die Pflegeversicherung finanziert werden.

C) Änderungsvorschlag

Eine Doppelfinanzierung von Schulungen und Weiterbildungen für Führungskräfte ist auszuschließen.

Für die geplanten Maßnahmen ist ein steuerfinanzierter Bundeszuschuss zur sozialen Pflegeversicherung vorzusehen.

4. Zuschüsse für digitale Anwendungen (Abs. 8)

A) Beabsichtigte Neuregelung

In den Jahren 2019 bis 2021 wird ein einmaliger Zuschuss für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen zur Entlastung der Pflegekräfte durch digitale Anwendungen aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung bereitgestellt. Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung sowie damit verbundene Schulungen können durch einen einmaligen Zuschuss in Höhe von bis zu 12.000 Euro pro Einrichtung durch eine Anteilsfinanzierung in Höhe von 40 Prozent gefördert werden. Der GKV-Spitzenverband beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. bis zum 31. März 2019 Richtlinien über die Voraussetzungen und zu dem Verfahren der Gewährung des Zuschusses.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband unterstützt den Ausbau der Digitalisierung auch im Bereich der ambulanten und stationären Pflege. Digitale Verfahren mit der entsprechenden Hard- und Software können Prozesse vereinfachen und beschleunigen, z. B. in der Pflegedokumentation, im Bereich des Qualitätsmanagements, der Personaleinsatzplanung, der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen und bei der Abrechnung der pflegerischen Leistungen mit den Pflegekassen. Ziel ist es, den Dokumentationsaufwand zu reduzieren und mehr Zeit für die eigentliche pflegerische Tätigkeit zu schaffen.

Die Finanzierungsverantwortung zur Förderung von Pflegeeinrichtungen im Bereich der Digitalisierung liegt nach dem vorliegenden Gesetzentwurf bei der Pflegeversicherung. Eine Finanzierung von Investitionsaufwendungen der Pflegeeinrichtungen wird jedoch nicht als Aufgabe der Pflegeversicherung gesehen und ist nach derzeitiger rechtlicher Lage auch nicht von den Leistungen der Pflegeversicherung umfasst. Ein Anspruch der Pflegeeinrichtungen auf investive Förderung durch die Pflegekassen ist bislang gesetzlich nicht vorgesehen. Dies zeigt auch die hilfswise Verortung der Neuregelung im Gesetz. Die Bezuschussung von Investitionen der Pflegeeinrichtungen wird nunmehr unter § 8 SGB XI (Gemeinsame Verantwortung) gefasst, der in Absatz 1 klarstellt, dass die pflegerische Versorgung der Bevölkerung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist.

Nach der bestehenden Rechtslage kommt den Ländern durch § 9 SGB XI die Möglichkeit zu, Investitionsaufwendungen der Pflegeeinrichtungen finanziell zu fördern. Die vorgesehene neue Finanzierungszuständigkeit der Pflegeversicherung ist insofern zu hinterfragen.

Sollte an der Finanzierungszuständigkeit festgehalten werden, ist aufgrund der versicherungsfremden Leistung ein steuerfinanzierter Bundeszuschuss zur Pflegeversicherung vorzusehen.

C) Änderungsvorschlag

Für die geplanten Maßnahmen ist ein steuerfinanzierter Bundeszuschuss zur sozialen Pflegeversicherung vorzusehen.

5. Finanzierungsbeteiligung der privaten Pflegeversicherung (Abs. 9)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neu eingeführten Absatz wird die Finanzierungsbeteiligung der privaten Pflegeversicherung an den Kosten geregelt, die sich aus den in § 8 neu eingeführten Leistungen ergeben, die zu Lasten des Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung gehen (§ 8 Abs. 5 bis 8 SGB XI). Danach beteiligen sich die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, jeweils mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten der Datenauswertungsstelle nach § 113 Abs. 1b SGB XI (§ 8 Abs. 5 SGB XI), den Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für Pflegekräfte (§ 8 Abs. 7 SGB XI) sowie an den Zuschüssen für digitale Anwendungen (§ 8 Abs. 8 SGB XI). An den Vergütungszuschlägen für zusätzliche Pflegekräfte zur Unterstützung der Leistungserbringung der medizinischen Behandlungspflege (§ 8 Abs. 6 SGB XI) sollen sich die privaten Versicherungsunternehmen mit jährlich 44 Millionen Euro beteiligen.

B) Stellungnahme

Eine Finanzierungsbeteiligung der privaten Pflegeversicherung mit einem Anteil von 7 Prozent ist zu gering angesetzt und ist – wie bereits im Referentenentwurf vorgesehen – auf 10 Prozent anzuheben. Diese Kostenbeteiligung entspricht anderen vergleichbaren Finanzierungsregelungen des SGB XI. So sind die Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, in Höhe von 10 Prozent an den Kosten für die Entwicklung und Aktualisierung der Expertenstandards nach § 113a SGB XI sowie mit 10 Prozent an den Kosten für die wissenschaftlichen Aufträge nach § 113b Abs. 4 SGB XI und ebenfalls mit 10 Prozent an den Kosten der Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses nach § 113b Abs. 6 SGB XI beteiligt.

Warum hingegen bei den neu vorgesehenen Vergütungszuschlägen für zusätzliche Pflegekräfte nach § 8 Abs. 6 SGB XI eine konkret bezifferte Kostenbeteiligung in Höhe von jährlich 44 Millionen Euro geregelt ist, ist nicht nachvollziehbar. Aus dem System der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. sozialen Pflegeversicherung werden nach § 37 Abs. 2a SGB V 640 Millionen Euro zur Finanzierung der zusätzlichen Pflegekräfte über Vergütungszuschläge nach § 8 Abs. 6 SGB XI vorgesehen. Angesichts der insgesamt veranschlagten Kosten in Höhe von 684 Mio. Euro, ergibt sich für die privaten Versicherungsunternehmen mit der vorgesehenen Finanzierungsbeteiligung in Höhe von 44 Mio. Euro nur ein Anteil von rund 6 Prozent. Eine gerechte Kostenaufteilung entsprechend der in vollstationären Pflegeeinrichtungen jeweils versorgten Versicherten der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflegeversicherung ergäbe sich, sofern die Zahlung der Vergütungszuschläge versichertenbezogen di-

rekt von der jeweiligen Pflegekasse bzw. von dem jeweiligen privaten Versicherungsunternehmen geleistet würde. Eine entsprechende Regelung ist in der Stellungnahme zu § 8 Abs. 6 SGB XI dargestellt. Sollte dennoch an der Systematik der beabsichtigten Neuregelung festgehalten werden, ist hilfsweise aus Gründen der Stringenz auch für diesen Bereich eine Finanzierungsbeteiligung mit einem Anteil von 10 Prozent für die private Pflegeversicherung vorzusehen. Ergänzend wird auf die Stellungnahmen zu § 37 Abs. 2a SGB V und § 8 Abs. 6 SGB XI verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Sofern dem Änderungsvorschlag unter § 8 Abs. 6 gefolgt wird und die Finanzierungsbeteiligung in § 84 Abs. 9 SGB XI geregelt wird, ist § 8 Abs. 9 wie folgt zu ändern:

„Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich jeweils mit einem Anteil von ~~7~~10 Prozent an den Kosten, die sich gemäß den Absätzen 5, 7 und 8 ergeben. ~~Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich zur Finanzierung der Aufgaben gemäß Absatz 6 mit jährlich 44 Millionen Euro.~~ Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden.“

Hilfsweise ist § 8 Abs. 9 SGB XI wie folgt zu ändern:

„Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich jeweils mit einem Anteil von ~~7~~10 Prozent an den Kosten, die sich gemäß den Absätzen 5, 6, 7 und 8 ergeben. ~~Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich zur Finanzierung der Aufgaben gemäß Absatz 6 mit jährlich 44 Millionen Euro.~~ Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden.“

6. Vereinbarung zur Finanzierung der Maßnahmen nach § 8 Absatz 6 bis 8 SGB XI (Abs. 10)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-Spitzenverband, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und das Bundesversicherungsamt vereinbaren das Nähere über das Verfahren zur Bereitstellung der notwendigen Finanzmittel zur Finanzierung der Maßnahmen nach § 8 Absatz 6 bis 8 SGB XI aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung sowie zur Feststellung und Erhebung der Beiträge der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen.

B) Stellungnahme

Eine Vereinbarung, die die Bereitstellung der notwendigen Mittel aus dem Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung sowie die Finanzierungsbeitrag der privaten Pflegeversicherung regelt, ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 11 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 33 – Leistungsvoraussetzungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Klarstellung wird zum Ausdruck gebracht, dass in den Fällen, bei denen zwischen dem Eintritt der Pflegebedürftigkeit und der Antragstellung ein Monatswechsel stattgefunden hat, der Leistungsbeginn von allen Pflegekassen einheitlich gewährt wird.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung, welche die aktuelle Praxis der Pflegekassen wiedergibt. Allerdings sollte in diesem Zusammenhang das Verfahren grundsätzlich vereinfacht werden, in dem Pflegebedürftigen auch bei Höherstufungsanträgen im laufenden Monat grundsätzlich der (höhere) Leistungsanspruch bereits ab Beginn des Monats der Antragstellung gewährt und nicht mehr von den tatsächlichen Zeiträumen (Teilmonaten) ausgegangen wird. Damit würde das Vorgehen bei Gewährung von Geld- und Sachleistungen angeglichen.

Darüber hinaus sollte die Regelung auch für Höherstufungsanträge gelten, da im Rahmen der Begutachtung und im Verwaltungsverfahren eine sich über mehrere Monate erstreckende Beurteilung der Vergangenheit faktisch in der Regel nicht mehr möglich ist und derartige Konsultationen nicht selten langwierige Widerspruchs- sowie Gerichtsverfahren nach sich ziehen.

Mit den vorgeschlagenen Änderungen bringen die Regelung hohe Verwaltungsvereinfachungen mit sich, sie sind für die Versicherte einfach verständlich und dienen der Rechtsklarheit, da in der Vergangenheit die Anwendbarkeit der aktuellen Regelung auf Änderungsanträge durch die Gerichte nicht einheitlich beurteilt wurde.

C) Änderungsvorschlag

Der Formulierungsvorschlag in Artikel 11 Nr. 3 (§ 33 Absatz 1 Satz 3) wird wie folgt geändert:

Der Punkt wird durch ein Semikolon ersetzt und folgender Teil angehängt: „...; dies gilt auch bei einem Antrag auf Änderung einer Pflegeeinstufung.“

Artikel 11 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa)

§ 37 Abs. 3 S. 1 – Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Norm sieht vor, dass die Beratungen in der eigenen Häuslichkeit für Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, von zugelassenen Pflegediensten durchzuführen sind. Die Beschränkung auf zugelassene Pflegedienste soll sicherstellen, dass das mit dem neuen Satz 5 vorgesehene Verfahren zur Festlegung der Vergütungssätze für die Beratungsbesuche nur für ambulante Pflegedienste angewendet wird und sich nicht auch auf stationäre Pflegeeinrichtungen erstreckt. Soweit die entsprechenden Voraussetzungen vorliegen, können sich zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen als Beratungsstelle anerkennen lassen. Ihre Vergütung richtet sich nach dem neuen Satz 7.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht. Schon heute werden die Beratungseinsätze in der Regel durch zugelassene Pflegedienste durchgeführt. Beratungseinsätze durch stationäre Pflegeeinrichtungen sind in der Praxis die Ausnahme.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 11 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb)

§ 37 Abs. 3 S. 5 – Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Ab dem Jahr 2020 wird die Höhe der Vergütung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI zwischen den Pflegekassen und dem jeweiligen zugelassenen Pflegedienst oder der von der Pflegekasse beauftragten Pflegefachkraft im Rahmen von Vergütungsverhandlungen nach § 89 Absatz 1 und 3 SGB XI vereinbart. Die Vergütung kann nach Pflegegraden gestaffelt werden. Über die Höhe der Vergütung für anerkannte Beratungsstellen und von Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften entscheiden ab dem Jahr 2020 die Verbände der Pflegekassen im Land verbindlich in Anlehnung an die im Land vereinbarten Vergütungssätze jeweils für die Dauer eines Jahres und veröffentlichen die Festlegung.

B) Stellungnahme

Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, haben nach derzeitiger Rechtslage in regelmäßigen Abständen eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch zugelassene Pflegedienste oder andere anerkannte Beratungsstellen und Beratungspersonen abzurufen. Die Höhe der Vergütung dieser Beratungsbesuche ist bislang durch den Gesetzgeber pflegegradbezogen bundesweit einheitlich festgelegt. Mit der beabsichtigten Neuregelung wird die Vergütungsfindung in die bestehende Systematik der Vergütungsverhandlungen nach § 89 Absatz 1 und 3 SGB XI für ambulante Pflegedienste auf Landesebene übertragen. Damit können länderspezifische und auch individuelle Besonderheiten bei den Personal- und Sachkosten Berücksichtigung finden. Da für anerkannte Beratungsstellen und Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften keine Systematik für Vergütungsverhandlungen mit Pflegekassen bzw. deren Landesverbände besteht, die Pflegekassen jedoch die Vergütung von Beratungsbesuchen zu tragen haben, ist es folgerichtig, dass die Landesverbände der Pflegekassen für diese Leistungserbringer über die Höhe der Vergütung in Anlehnung an die im Land vereinbarten Vergütungssätze jährlich verbindlich entscheiden. Eine Regelung zur Festlegung von Vergütungshöhen für die Beratungsbesuche wird daher grundsätzlich begrüßt.

Das geplante zweistufige Vergütungsverfahren – einerseits Vergütungsverhandlungen zwischen den Träger der ambulanten Pflegedienste, den beauftragten Pflegefachkräften und den Pflegekassen sowie andererseits Festlegung der Vergütung durch die Landesverbände der Pflegekassen für die anerkannten Beratungsstellen und den Beratungspersonen der kommu-

nenal Gebietskörperschaften – geht jedoch mit einem enormen Verhandlungsaufwand sowohl auf Seiten der Leistungserbringer als auch der Kostenträger einher.

Alternativ wäre denkbar, dass auf Landesebene ein Höchstbetrag vereinbart wird, der für alle Institutionen, die Beratungsbesuche durchführen, gleichermaßen gilt.

C) Änderungsvorschlag

Alternativ könnte eine Regelung aufgenommen werden, die die Festlegung eines auf Landesebene vereinbarten Höchstbetrages vorsieht, der für alle Einrichtungen und Institutionen gilt, welche Beratungsbesuche i. S. d. § 37 SGB XI durchführen.

Artikel 11 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6 Buchstabe b)

§ 37 Abs. 4 – Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Grundsätzlich bedarf es für die Mitteilung der in den Beratungsbesuchen gewonnen Erkenntnisse, wie z. B. über die Möglichkeiten der Verbesserung der häuslichen Pflegesituation oder der Sicherstellung der Pflege, an die Pflegekasse der Einwilligung des Pflegebedürftigen. Kommt die Beratungsperson in dem Beratungsbesuch zu der Überzeugung, dass eine weitergehende Beratung angezeigt ist, um die pflegerische Versorgung auf gutem Niveau sicherzustellen, ist vorgesehen, dass die Beratungsperson dies der Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen auch ohne Einwilligung des Pflegebedürftigen mitteilt. Die Pflegekassen haben dem Pflegebedürftigen eine entsprechende weitergehende Beratung nach § 7a anzubieten. Die Mitteilung beinhaltet nicht die Übermittlung personenbezogener Daten zur pflegerischen Situation.

B) Stellungnahme

Aufgrund der bisherigen Rechtslage können Mitteilungen der in den Beratungsbesuchen gewonnen Erkenntnisse nur bei Einwilligung des Pflegebedürftigen durch die Beratungsperson an die Pflegekasse weitergeleitet werden. Aus der Praxis wird berichtet, dass es Situationen gibt, in denen eine Mitteilung an die Pflegekasse angezeigt ist, um die pflegerische Versorgung zu verbessern. Dies können insbesondere Situationen sein, in denen sich für die Beratungsperson Anhaltspunkte dafür ergeben, dass der Pflegebedürftige der Verpflichtung nach § 37 Abs. 1 Satz 2 SGB XI nicht nachkommt und nicht mit dem Pflegegeld die erforderlichen körperbezogenen Maßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung selbst sicherstellt. Nach der geltenden Rechtslage ist eine Weitergabe von Informationen an die Pflegekasse ohne Einwilligung des Pflegebedürftigen nur bei Gefahr im Verzug datenschutzrechtlich möglich. Damit ein Tätigwerden der Pflegekasse nicht erst bei Vorliegen der Gefahr im Verzug möglich ist, sondern schon frühzeitig bei Erkennen einer defizitären Versorgungssituation, wird die vorgesehene Regelung begrüßt. Eine weitergehende Beratung kann sowohl bei Vorliegen einer nicht sichergestellten Pflege aber auch bei Verbesserung der Pflegesituation angezeigt ist. Um dies gesetzlich klarzustellen, sollte die nicht sichergestellte Pflege explizit im Gesetz aufgenommen werden.

Nach geltender Gesetzeslage ist gemäß § 37 Abs. 4 Satz 3 SGB XI im Zusammenhang mit der Qualifikation der vom beauftragten Pflegedienst und von der anerkannten Beratungsstelle

eingesetzten Beratungsperson eine Pflegekraft ausreichend. Dies führt insofern zu Unklarheiten, ob auch nicht als Pflegefachkraft qualifizierte Beratungspersonen den Beratungsbesuch durchführen können. Zumal die gesetzliche Regelung des § 37 SGB XI für die weiteren Beratungspersonen (von der Pflegekasse beauftragte Pflegefachkraft, Pflegeberater nach § 7a SGB XI) die Qualifikation als Fachkraft erforderlich ist. Für eine qualitativ gute Umsetzung der Beratungsbesuche mit der in § 37 Abs. 5 SGB XI vorgesehenen Festlegung der Mindestinhalte an die Beratungsbesuche ist die Qualifikation als Pflegefachkraft erforderlich. Damit sich in der Praxis kein Interpretationsspielraum ergibt, sollte die Anforderung an die Qualifikation als Pflegefachkraft eindeutig hervorgehen.

C) Änderungsvorschlag

Nach § 37 Absatz 4 Satz 2 und § 106a Satz 2 SGB XI werden folgende Sätze eingefügt:

„Erteilt die pflegebedürftige Person die Einwilligung nicht, ist jedoch nach Überzeugung der Beratungsperson die häusliche Pflege nicht sichergestellt oder eine weitergehende Beratung angezeigt, übermittelt die jeweilige Beratungsstelle diese Einschätzung über die Erforderlichkeit einer weitergehenden Beratung der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen. Diese haben eine weitergehende Pflegeberatung nach § 7a anzubieten.“

In § 37 Absatz 4 Satz 3 SGB XI wird das Wort „Pflegekräfte“ durch das Wort „Pflegefachkräfte“ ersetzt.

In § 37 Absatz 4 Satz 4 SGB XI wird das Wort „Pflegekraft“ durch das Wort „Pflegefachkraft“ ersetzt.

Artikel 11 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6 Buchstabe c)

§ 37 Abs. 5 – Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur besseren Verdeutlichung der Anforderungen an die Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI sollen die Mindestinhalte der Empfehlungen zur Qualitätssicherung konkretisiert werden. Dies betrifft die Anforderungen an die Beratung und an die Qualifikation der Beratungsperson sowie die erforderlichenfalls einzuleitenden Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung im Einzelfall.

B) Stellungnahme

Die Konkretisierung der Mindestinhalte der Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 wird begrüßt. In den Verhandlungen des Qualitätsausschusses Pflege zum Beschluss der Empfehlungen hat sich gezeigt, dass unterschiedliche Auffassungen zum Mindestinhalt der Empfehlungen bestehen. Insofern ist eine Konkretisierung der Mindestinhalte sachgerecht und verdeutlicht zugleich die Anforderungen an die Beratungsbesuche.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 11 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6 Buchstabe d)

§ 37 Abs. 5a – Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass der GKV-Spitzenverband gemeinsam mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. bis zum 1. Januar 2020 Richtlinien zur Bewertung der Erkenntnisse aus den Beratungsbesuchen durch die Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen beschließt. Die Richtlinien sollen auch Anforderungen an die Aufbereitung und standardisierte Dokumentation dieser Erkenntnisse enthalten.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung ist zu streichen. Die Bewertung der Erkenntnisse aus den jeweiligen Beratungen und deren Aufbereitung sowie die entsprechende Dokumentation ist bereits Aufgabe der jeweiligen Pflegekasse und von ihr zu regeln. Die dazu erforderlichen Schritte sind in jeder der derzeit 109 Pflegekassen in individuell funktionierenden Prozessen festgelegt. Der Organisationsbereich einer Pflegekasse sollte nicht Gegenstand einer Richtlinie sein.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen.

Artikel 11 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 38a Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 – Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung zur inhaltlichen Klarstellung.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 11 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 44 Abs. 5 – Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bislang benachrichtigen die Pflegekassen die zuständigen Festsetzungsstellen für die Beihilfe bzw. den Dienstherrn im Rahmen eines papiergebundenen Mitteilungsverfahrens in den Fällen der Feststellung der Beitragspflicht sowie in den Fällen der Änderungen in den Verhältnissen des Pflegebedürftigen oder der Pflegeperson, die Einfluss auf die Versicherungs- und Beitragspflicht oder die Höhe der Beiträge haben, unter Angabe der erforderlichen Daten. Künftig haben die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen ein elektronisches Verfahren vorzusehen, bei dem die Mitteilungen an die Beihilfestellen und Dienstherrn automatisch generiert werden. Dabei haben die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen technisch sicherzustellen, dass die Meldungen an die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung erst erfolgen, wenn die erforderliche Mitteilung an die Beihilfestellen und Dienstherrn versandt wurde. Darüber hinaus ist vorgesehen, dass u. a. die Pflegekassen bei nicht vollständiger oder fehlerhafter Beitragszahlung der Beihilfestellen zur Zahlung von Säumniszuschlägen an die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung verpflichtet sind.

B) Stellungnahme

Die Umstellung des Mitteilungsverfahrens auf ein elektronisches Verfahren ist sachgerecht, jedoch kostenintensiv. Es ist ein flächendeckendes Verfahren zu entwickeln und zu implementieren, welches einheitliche technische und inhaltliche Standards für die digitalen Mitteilungen sowie einheitliche Anforderungen an die Datenannahmestellen vorsieht. Dabei ist zu berücksichtigen, dass rd. 15.000 Beihilfestellen existieren (vgl. Bemerkungen des Bundesrechnungshofes 2015 zur Haushalts- und Wirtschaftsführung des Bundes, Bundestagsdrucksache 18/8100, Seite 15), die an das elektronische Verfahren anzugliedern sind. Vor diesem Hintergrund wird erstens angeregt, den Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen zu verpflichten, im Einvernehmen mit Vertretern der Festsetzungsstellen für die Beihilfe und den Dienstherrn das Nähere über Form und Inhalt des elektronischen Verfahrens festzulegen. Zweitens wird vorgeschlagen, den Beteiligten die für die Umsetzung notwendige Zeit einzuräumen und das Verfahren verpflichtend zum 1.1.2022 zu starten.

Darüber hinaus lehnt der GKV-Spitzenverband eine Pflicht zur Zahlung von Säumniszuschlägen in den angesprochenen Sachverhaltskonstellationen ab. Sofern die Beitragszahlung durch

die Beihilfestellen aus anderen Gründen nicht, nicht rechtzeitig oder fehlerhaft erfolgt, sind die Beihilfestellen als originär zur Beitragszahlung Verpflichtete stärker in die Verantwortung zu nehmen. Dies insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass das Recht der Rentenversicherung eine anteilige Beitragszahlung durch die Beihilfestellen ausdrücklich anordnet und daher die Beihilfestellen dieser Pflicht auch eigenständig nachzukommen haben.

C) Änderungsvorschlag

Die in Artikel 11 Nr. 8 ergänzten Sätze 4–6 des § 44 Absatz 5 werden wie folgt geändert:

In Satz 4 wird die Angabe „2020“ durch die Angabe „2022“ ersetzt.

Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Für die Mitteilungen nach Satz 2 haben der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen im Einvernehmen mit Vertretern der Festsetzungsstellen für die Beihilfe und der Dienstherrn spätestens zum 1. Januar 2022 das Nähere über Form und Inhalt eines elektronischen Verfahrens für die Mitteilungen an die Beihilfestellen und Dienstherrn festzulegen.“

Artikel 11 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9

§ 45a Abs. 1 Satz 5 – Angebote zur Unterstützung im Alltag

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung, mit der der Sprachgebrauch innerhalb des § 45a vereinheitlicht wird.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 11 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10 Buchstabe a)

§ 45b Abs. 1 – Entlastungsbetrag

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung, um die Nachvollziehbarkeit der Regelung zu verbessern.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 11 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10 Buchstabe b)

§ 45b Abs. 2 – Entlastungsbetrag

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für eine differenzierte statistische Erfassung der Nutzung des Entlastungsbetrags bei den Pflegekassen ist vorgesehen, dass von den Leistungserbringern auf den von ihnen zu erstellenden Rechnungsbelegen eindeutig und deutlich erkennbar angegeben wird, für welche der in § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 bis 4 SGB XI genannten Leistungen der Entlastungsbetrag jeweils in welchem Umfang verwendet wurde.

B) Stellungnahme

Für die Kostenerstattung der entstandenen Aufwendungen im Zusammenhang mit den in § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 bis 4 SGB XI genannten Leistungen bedarf es lediglich des Nachweises, dass die Kosten tatsächlich entstanden sind und dass es sich um eine der Leistungen handelt. Eine jeweilige Differenzierung nach den jeweiligen Angeboten ist nicht erforderlich, jedoch muss auch heute schon aus den Belegen erkennbar sein, dass eine Leistung der Nr. 1 bis 4 in Anspruch genommen wurde.

Ein möglicherweise erhöhter Bürokratieaufwand auf Seiten der Leistungserbringer durch eine detaillierte Rechnungslegung steht einer differenzierten Auswertung der Inanspruchnahme der jeweiligen Leistungen durch die Pflegekassen gegenüber. Im Sinne von Transparenz bei der Rechnungslegung gegenüber den Pflegebedürftigen und der Pflegekasse ist die Regelung zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 11 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 45d Satz 3 – Förderung der Selbsthilfe, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung, mit der der Sprachgebrauch innerhalb des § 45d vereinheitlicht wird.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 11 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 46 Abs. 2 S. 7 – Pflegekassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Legitimation der Krankenkassen, auch Beitragsrückerstattungen von zu Unrecht gezahlten Beiträgen für die Pflegeversicherung vorzunehmen, wird von der Rechtsprechung verneint. Mit der Ergänzung wird die Legitimation für die Rückerstattung durch einen gemeinsamen Bescheid von Kranken- und Pflegekassen geschaffen.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung wird ausdrücklich begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 11 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13

§ 55 Abs. 3a Nr. 2 – Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass bei der im Zusammenhang mit dem Beitragszuschlag für Kinderlose festzustellenden Elterneigenschaft der Zeitpunkt der Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft zu behandeln ist wie der Zeitpunkt der Eheschließung.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung der Vorschrift.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 11 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14 Buchstabe a)

§ 56 Abs. 1 – Beitragsfreiheit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Begriff „Lebenspartner“ ist künftig in der Vorschrift nicht mehr enthalten. Da die Lebenspartner aber künftig als Familienangehörige gelten (vgl. Artikel 10 Nr. 1), werden sie von der Regelung zur Beitragsfreiheit weiterhin erfasst.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung der Vorschrift.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 11 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14 Buchstabe b)

§ 56 Abs. 2 S. 1 – Beitragsfreiheit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Feststellung der Beitragsfreiheit für Rentenantragsteller sind eingetragene Lebenspartner zu behandeln wie Ehegatten und die Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft ist zu behandeln wie eine Eheschließung.

B) Stellungnahme

Es handelt sich jeweils um eine redaktionelle Anpassung der Vorschrift.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 11 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15

§ 75 Abs. 3 – Rahmenverträge über die pflegerische Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die im Rahmen der Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI geregelten Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene personelle Ausstattung in Pflegeeinrichtungen sollen auch daraufhin ausgerichtet werden, dass das Personal bei demselben Einrichtungsträger in verschiedenen Versorgungsbereichen flexibel eingesetzt werden kann.

B) Stellungnahme

Durch die beabsichtigte Neuregelung soll eine Vollzeitbeschäftigung des Pflegepersonals durch einen flexiblen Arbeitseinsatz in den verschiedenen Versorgungsbereichen eines Trägers ermöglicht werden. Hierbei ist jedoch nicht bedacht, dass es sich bei den verschiedenen Versorgungsbereichen (z. B. ambulanter Pflegedienst, Tagespflege, vollstationäre Langzeitpflege) um jeweils selbständig wirtschaftende Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 und 2 SGB XI mit gesonderter Buchführung und gesonderten Jahresabschlüssen handelt. Für jeden der verschiedenen Versorgungsbereiche müssen demnach jeweils Pflegevergütungen bzw. Pflegesätze vereinbart werden, denen eine jeweils vereinbarte Personalausstattung zugrunde liegt. Das vereinbarte Personal ist nach § 84 Absatz 6 SGB XI durch den Pflegeeinrichtungsträger jederzeit vorzuhalten und auf Verlangen nachzuweisen.

Sofern der Gesetzgeber die Möglichkeit der Quersubventionierungen zwischen den Versorgungsbereichen weiterhin ausschließen und eine Überprüfung der für den jeweiligen Versorgungsbereich vereinbarten Personalausstattung als Qualitätssicherungsmaßnahme weiterhin vorsehen möchte, ist auch weiterhin eine genaue Zuordnung des Personals zum jeweiligen Versorgungsbereich zwingend erforderlich. Die beabsichtigte Neuregelung, einen flexiblen Einsatz des Pflegepersonals in verschiedenen Einrichtungen eines Trägers vorzusehen, greift damit ins Leere.

Dem Ziel des Gesetzgebers, eine verstärkte Vollzeitbeschäftigung des Pflegepersonals zu erreichen, kann auch bereits nach derzeitiger Rechtslage gefolgt werden. Ein Träger mehrerer Einrichtungstypen kann das Personal einrichtungsübergreifend einsetzen, soweit er die jeweiligen Stellenanteile kalkulatorisch der jeweiligen Einrichtung zuordnet. So kann z. B. eine in Vollzeit beschäftigte Pflegekraft anteilig sowohl dem ambulanten Dienst als auch der Tagespflegeeinrichtung des Trägers zugeordnet werden. Beim Abschluss von Gesamtversorgungs-

verträgen nach § 72 Absatz 2 SGB XI kann darüber hinaus der einrichtungsübergreifende Einsatz der verantwortlichen Pflegefachkraft vereinbart werden.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen.

Artikel 11 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16

§ 78 Abs. 4 – Verträge über Pflegehilfsmittel

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 78 Abs. 4 werden im ersten Halbsatz die Wörter „und die Festbeträge nach Absatz 3“ gestrichen und der zweite Halbsatz wird wie folgt neu gefasst:

„die Verordnung geht den Richtlinien gemäß § 40 Absatz 5 Satz 3 vor, im Übrigen bleiben diese unberührt“.

§ 78 Abs. 3 enthielt bis 2007 Regelungen zu Festbeträgen für Pflegehilfsmittel. Im Zuge des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wurde § 78 Abs. 3 SGB XI gestrichen, nicht jedoch der Verweis in § 78 Abs. 4 auf die Festbeträge in § 78 Abs. 3. Der Verweis soll daher als Folgeanpassung gestrichen werden.

Verordnungen des BMG haben gegenüber Richtlinien Vorrang. Die vorgesehene Neufassung des zweiten Halbsatzes stellt dies klar.

B) Stellungnahme

Die Änderungen sind zu begrüßen. Es handelt sich um klarstellende Folgeänderungen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 11 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17

§ 89 Abs. 3 – Grundsätze für die Vergütungsregelung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur Verbesserung der ländlichen pflegerischen Versorgung wird vorgegeben, dass bei der Vereinbarung von Vergütungen für Wegezeiten ambulanter Pflegedienste die in den Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 Satz 6 SGB V n. F. geregelten Grundsätze für die Vergütung von längeren Wegezeiten in unterversorgten ländlichen Räumen zu berücksichtigen sind.

B) Stellungnahme

Durch die Neuregelung soll für ambulante Pflegedienste eine bessere Honorierung der Wegezeiten erfolgen, wenn die Versorgung der Pflegebedürftigen nur mit längeren Anfahrtswegen sichergestellt werden kann. Diese Neuregelung wird abgelehnt. Bereits nach geltender Rechtslage können auch die Wegezeiten bei der Bemessung von Pflegevergütungen entsprechende Berücksichtigung durch die Vereinbarungspartner nach § 89 Abs. 2 SGB XI finden (§ 89 Abs. 3: „[...] sonstige Leistungen wie hauswirtschaftliche Versorgung, Behördengänge oder Fahrkosten können auch mit Pauschalen vergütet werden.“). Die Vergütungssystematik ist hierbei landesbezogen ausgestaltet und kann sich von der im Bereich der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V unterscheiden.

Zudem scheint der Gesetzgeber nicht bedacht zu haben, dass – im Gegensatz zum Bereich der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V – eine Erhöhung der Pflegevergütung einschließlich etwaiger Wegekostenzuschläge für ambulante Pflegedienste nach dem SGB XI aufgrund der Begrenzung der Leistungsansprüche der sozialen Pflegeversicherung (Teilkostenprinzip) zu Lasten der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen geht. Pflegebedürftige im ländlichen Raum wären damit aufgrund der von ihnen zu tragenden Wegekostenzuschläge besonders benachteiligt.

Um eine finanzielle Benachteiligung von Pflegebedürftigen im ländlichen Raum auszuschließen, müssten im Gegenzug die Länder stärker in die Verantwortung zur Steuerung der Pflegeinfrastruktur genommen werden. Nach § 9 SGB XI sind die Länder verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur. Den Ländern ist hierzu die Kompetenz übertragen, das Nähere zur Planung und Förderung der Pflegeeinrichtungen durch Landesrecht zu bestimmen. Inso-

fern kann im Zusammenhang mit der beabsichtigten Neuregelung eine stärkere regionale Förderung der ambulanten Pflegedienste im ländlichen Raum in Betracht kommen.

Letztlich ist anzuzweifeln, ob eine bessere Honorierung von Wegezeiten im ländlichen Raum tatsächlich zu einer Verbesserung der ländlichen Versorgung beitragen kann.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen.

Artikel 11 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18

§ 106a – Mitteilungspflichten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung zur Vereinheitlichung mit einer EU-Verordnung und entsprechenden Folgeänderungen.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 11 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19

§ 111 – Risikoausgleich

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung, die die finanzielle Beteiligung der privaten Pflegepflichtversicherung sicherstellt.

B) Stellungnahme

Die Folgeänderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 11 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20

§ 113b – Qualitätsausschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung stellt klar, dass die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI die zum Abschluss der Vereinbarung mit dem Bundesversicherungsamt nach § 8 Absatz 5 (neu) SGB XI notwendigen Entscheidungen durch den Qualitätsausschuss treffen.

B) Stellungnahme

Die Änderungen werden begrüßt. Es handelt sich um klarstellende Folgeänderungen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 11 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21

§ 133 – Rechtsform und Vertretung in gerichtlichen Verfahren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Ergänzende Klarstellung der Zuständigkeit des Bundesversicherungsamtes als die prozessführende Behörde für gerichtliche Verfahren des Pflegevorsorgefonds.

B) Stellungnahme

Die Änderungen ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 11 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22

§ 146 Abs. 1 – Übergangs- und Überleitungsregelung zur Beratung nach § 37 Absatz 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

Solange die Vergütungssätze noch nicht nach dem ab 01.01.2019 geltenden Verfahren vereinbart oder durch die Landesverbände der Pflegekassen festgelegt wurden, sollen für die jeweilige beratenden Stelle die Vergütungssätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI in der am 31.12.2018 geltenden Fassung weiter gelten.

B) Stellungnahme

Die Überleitungsregelung ist sachgerecht, denn sie stellt sicher, dass in der Übergangsphase bis zur Vereinbarung von Vergütungssätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI oder deren Festlegung durch die Landesverbände der Pflegekassen kein vergütungsloser Zustand eintritt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 11 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22

§ 146 Abs. 2 – Übergangs- und Überleitungsregelung zur Beratung nach § 37 Absatz 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung soll sicherstellen, dass stationäre Pflegeeinrichtungen, die nach dem bis 31.12.2018 geltenden Recht Beratungsbesuche durchgeführt haben, diese Beratungen auch künftig durchführen können. Sie gelten als anerkannte Beratungsstellen nach § 37 Abs. 7 deren Vergütungssätze nach dem neuen § 37 Abs. 3 Satz 7 durch die Landesverbände der Pflegekassen festgelegt werden.

B) Stellungnahme

Die Überleitungsregelung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

III. Ergänzender Änderungsbedarf

Zu Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

§ 2b (neu) – Definition der Station am Krankenhausstandort; mit Folgeänderungen in § 301 Abs. 1 SGB V und § 21 Abs. 2 KHEntgG sowie Neufassung des § 137i SGB V mit Folgeänderung in § 21 Abs. 4 S.2 KHEntgG

A) Begründung

Die Koalitionspartner beabsichtigen, Pflegepersonaluntergrenzen für alle bettenführenden Abteilungen einzuführen. Die Selbstverwaltungspartner haben intensiv an dem Auftrag des § 137i SGB V gearbeitet, um Pflegepersonaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche festzulegen. Hierbei zeigten sich erhebliche Schwierigkeiten aufgrund bestehender Daten- und Gesetzeslücken. Daher sollte das Vorhaben der Koalitionspartner bereits jetzt umgesetzt werden und mit dieser Änderung die notwendigen Nachjustierungen vollzogen werden.

Da es keine verlässlichen Studien zur Pflegepersonalausstattung und Ergebnisqualität in der Krankenhausversorgung in Deutschland gibt, ist man bei der Normierung von Pflegepersonaluntergrenzen gezwungen, die Pflegepersonalausstattung und die Pflegeaufwände in einer ausreichenden Zahl von Krankenhäusern zu erheben. Um dies für alle bettenführenden Abteilungen eines Krankenhauses vorzunehmen, ist ein Zeitrahmen von zwei Jahren erforderlich. Auf diese Weise könnte auch die Datengrundlage für die bisher nach § 137i SGB V zu normierenden Pflegepersonaluntergrenzen für die pflegesensitiven Bereiche verbessert werden.

§ 137i Abs. 4 SGB V sieht vor, dass Personalverlagerungseffekte durch die Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen zu vermeiden sind. Dieses Ansinnen ist regulatorisch nur in den Griff zu bekommen, wenn Pflegepersonaluntergrenzen für alle bettenführenden Abteilungen normiert werden. Darüber hinaus sollte in § 137i SGB V verankert werden, dass die Pflegepersonaluntergrenzen risikoadjustiert festzulegen sind. Pflegepersonaluntergrenzen festzulegen, ohne den unterschiedlichen Pflegeaufwänden von Patientengruppen in den Krankenhäusern Rechnung zu tragen, führt zu falsch niedrigen und damit patientengefährdenden Untergrößen in Krankenhäusern, die besonders pflegeaufwendige Patienten versorgen.

Die vielleicht größte regulatorische Herausforderung besteht darin festzulegen, für welche Organisationseinheit die Pflegepersonaluntergrenzen gelten sollen. Pflegepersonal wird stationsbezogen geplant. Eine Normierung dessen, was eine Station ist, kennt das Gesetz bislang nicht. Ein entsprechender Normierungsauftrag sollte daher umgehend im KHG verankert wer-

den. Dabei ist sicherzustellen, dass das InEK im Rahmen der Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG eindeutige Informationen über die Anzahl der Stationen eines Krankenhausstandorts und die jeweilige Fachabteilungszuordnung erhält. Analog dazu ist die Datenübermittlung nach § 301 SGB V anzupassen. Nur so wird es möglich, dem Pflegeaufwand der Patienten die tatsächliche Pflegepersonalausstattung gegenüberzustellen.

§ 21 Abs. 4 S. 2 KHEntgG sieht eine gesonderte Übermittlung der Krankenhausdaten zur Pflegepersonalausstattung nach § 21 Abs. 2 Nr. 1e KHEntgG für das erste Halbjahr 2018 vor, die die Selbstverwaltungspartner auf Basis eines Konzepts des InEK zu vereinbaren haben. Diese Daten haben die Krankenhäuser zudem im Rahmen der regulären Datenübermittlung nach § 21 Abs. 1 KHEntgG für das gesamte Datenjahr 2018 bis zum 30.03.2019 zu übermitteln. Aufgrund des sich daraus ergebenden voraussichtlich geringen zusätzlichen Informationsgewinns der gesonderten Datenübermittlung für das erste Halbjahr 2018 sollte die Regelung des § 21 Abs. 4 S. 2 KHEntgG angepasst und der gesetzliche Auftrag für die Halbjahresdatenübermittlung 2018 gestrichen werden. Demnach hat die Übermittlung der Daten nach § 21 Abs. 2 Nr. 1e KHEntgG erstmals für das gesamte Datenjahr 2018 zu erfolgen.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, welche Konsequenzen es geben wird, wenn ein Krankenhaus eine Pflegepersonaluntergrenze unterschreitet. Abschlüsse können nicht die alleinige Lösung sein, um das Qualitätsniveau der Versorgung zu erhöhen. Vielmehr sollten mit weniger Personal nicht die gleichen Mengen an pflegebedürftigen Patienten im Krankenhaus versorgt werden. Es geht also um wirksame Maßnahmen, Leistungsmengen zu reduzieren, wenn nicht genügend Pflegepersonal vorhanden ist.

B) Änderungsvorschlag

§ 2b KHG (neu)

Nach § 2a KHG wird der folgende § 2b eingefügt:

„§ 2b

Definition der Station am Krankenhausstandort

(1) Der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum 30. Juni 2019 eine bundeseinheitliche Definition, die die Kriterien für eine Station an einem Krankenhausstandort festlegt. Sie haben sicherzustellen, dass diese Definition eine eindeutige Abgrenzung der Station in Bezug auf die Einheiten Krankenhaus, Standort und Fachabteilung insbesondere in organisatorischer, räumlicher, medizinischer, pflegerischer und rechtlicher Hinsicht ermöglicht. Die Definition soll insbesondere zum Zwecke der Qualitätssicherung – einschließlich des

Nachweises von personalbezogenen Strukturanforderungen – geeignet sein. Die Definition ist für den GKV-Spitzenverband, die Unternehmen der privaten Krankenversicherung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und deren Mitglieder und Mitgliedskassen sowie für die Leistungserbringer verbindlich.

(2) Kommt die Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 innerhalb von sechs Wochen auf Antrag einer Vertragspartei die Kriterien für eine Station an einem Krankenhausstandort fest.“

Folgeänderung in § 301 Abs. 1 S. 1 SGB V

§ 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 SGB V wird wie folgt neu gefasst:

„5. Tag, Uhrzeit und die Kennzeichen nach § 293 Absatz 6 der aufnehmenden Fachabteilung, bei Verlegung die der weiterbehandelnden Fachabteilungen sowie ab dem 1. Januar 2020 Tag, Uhrzeit und die Bezeichnung der aufnehmenden Station gemäß § 2b Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und bei Verlegung die weiterbehandelnden Stationen gemäß § 2b Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“

Folgeänderung in § 21 Abs. 2 Nr. 2 Lit. e) KHEntgG

§ 21 Abs. 2 Nr. 2 Lit. e) KHEntgG wird wie folgt ergänzt:

„[...]“

2. je Krankenhausfall einen Datensatz mit folgenden Leistungsdaten

[...]“

*e) Aufnahmedatum, Aufnahmegrund und -anlass, aufnehmende Fachabteilung, **aufnehmende Station**, bei Verlegung die der weiter behandelnden Fachabteilungen, **bei Verlegung die der weiter behandelnden Stationen**, Entlassungs- oder Verlegungsdatum, Entlassungs- oder Verlegungsgrund, bei Kindern bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres außerdem das Aufnahmegewicht in Gramm, [...]“*

Neufassung des § 137i SGB V

Der § 137i SGB V wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung mit Wirkung zum 1. Januar 2021 verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen mit Wirkung für alle gemäß § 108 zugelassenen Krankenhäuser. Für die Ermittlung der Pflegepersonaluntergrenzen für alle Stationen aller bettenführenden Abteilungen an einem Krankenhausstandort sind alle Patientinnen und Patienten entsprechend ihres Pflegeaufwandes zu berücksichtigen. Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung nach § 136a Absatz 2 Satz 2 bleiben unberührt. Be-

setzungen an Wochenenden und Feiertagen sowie im Nachtdienst sind gesondert zu berücksichtigen. Die Vertragsparteien nach Satz 1 bestimmen notwendige Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen sowie die Anforderungen an deren Nachweis. 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 sowie Regelungen zur Leistungsmengenreduktion. Kommt eine Vereinbarung über die Vergütungsabschläge und die Leistungsmengenreduktionen nach Satz 6 bis zum 30. Juni 2020 nicht zustande, trifft die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei nach Satz 1 innerhalb von sechs Wochen die ausstehenden Entscheidungen.

(2) Kommt die Vereinbarung nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, erlässt das Bundesministerium für Gesundheit nach Fristablauf die Vorgaben nach Absatz 1 Sätze 1 bis 4 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates. Das Bundesministerium für Gesundheit kann insbesondere das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus mit Auswertungen beauftragen. Wird das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus beauftragt, sind die notwendigen Aufwendungen des Instituts aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren.

(3) Für die Jahre ab 2021 haben die Krankenhäuser gegenüber den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 unter Einbindung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus und gegenüber den Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes den Erfüllungsgrad der Einhaltung einer jeden Pflegepersonaluntergrenzen nach Absatz 1 oder Absatz 2, differenziert nach Personalgruppen und Berufsbezeichnungen und unter Berücksichtigung der Pflegeaufwände der Patienten, nachzuweisen. Zu diesem Zweck vereinbaren die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 bis zum 30. Juni 2020 mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes die nähere Ausgestaltung der Nachweise. Die Krankenhäuser übermitteln die Nachweise vierteljährlich für das jeweils vorangegangene Quartal, erstmals für das 1. Quartal 2021 zum 30. April 2021. Der Erfüllungsgrad der Einhaltung der Vorgaben nach Absatz 1 oder Absatz 2, differenziert nach Personalgruppen und Berufsbezeichnungen, ist in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 darzustellen. Kommt eine Vereinbarung über die nähere Ausgestaltung der Nachweise nach Satz 2 nicht zustande, trifft die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei nach Satz 1 innerhalb von sechs Wochen die ausstehenden Entscheidungen.

(4) Hält ein Krankenhaus die nach Absatz 1 oder Absatz 2 festgelegten verbindlichen Pflegepersonaluntergrenzen nicht ein, ohne dass ein nach Absatz 1 Satz 5 oder Absatz 2 bestimmter Ausnahmetatbestand vorliegt, sind durch die Vertragsparteien nach § 11 des Kranken-

hausentgeltgesetzes ein nach Absatz 1 Satz 6 bestimmter Vergütungsabschlag und Leistungsmengenreduktionen zu vereinbaren.

(5) 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 Pflegepersonaluntergrenzen in allen betriebsführenden Abteilungen in Krankenhäusern vor.“

Folgeänderung in § 21 Abs. 4 S. 2 KHEntgG

§ 21 Abs. 4 S. 2 KHEntgG wird wie folgt umformuliert:

*„Näheres zu den Daten nach Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e sowie zu deren Übermittlung, die erstmals für das **gesamte Kalenderjahr 2018** zu erfolgen hat, ist auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu vereinbaren.“*

Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 1

§ 12a (neu) – Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019; mit Folgeänderungen in § 2 KHG, § 293 Abs. 6 SGB V und § 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Um sicherzustellen, dass eine bundesweite Finanzierung von Strukturveränderungen auch mit einer bundeseinheitlichen Erfassung von Krankenhausstrukturen einhergeht, ist das Standortverzeichnis um die Dimension „Fachabteilung“ zu erweitern. Voraussetzung ist die bundeseinheitliche und verbindliche Definition des Begriffs. Nur so ist es möglich, sinnvoll zu prüfen, ob im Zuge eines Konzentrationsvorhabens eine Abteilung vollständig umgewandelt wird oder zielführende integrierte Notfallstrukturen finanziert werden. Darüber hinaus lassen sich damit auch verbindliche Personalvorgaben einheitlich definierten Organisationseinheiten zuordnen. Das heißt mit der Definition wird eine notwendige Voraussetzung für die Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen geschaffen.

B) Änderungsvorschlag

§ 2 – Begriffsbestimmungen

In § 2 KHG wird nach Nummer 1a folgende Nummer 1b eingefügt:

„1b. Fachabteilung

Eine Fachabteilung liegt vor, wenn die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- a) es handelt sich um eine fachlich unabhängige, räumlich abgegrenzte und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Standort eines Krankenhauses oder dessen Ambulanz,*
- b) in der Organisationseinheit nach a) beträgt der Anteil der in Indikatoren-DRGs (OPS für Intensivmedizin) eingruppierten Fälle mindestens 40 Prozent der Gesamtfallzahl dieser Organisationseinheit,*

- c) *angestellte Ärzte des Krankenhauses sind der Fachabteilung zugeordnet und haben die dem zugrundeliegenden Fachgebiet oder den zugrundeliegenden Fachgebieten entsprechenden Qualifikationsnachweise der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer; ein angestellter Facharzt des Krankenhauses mit den entsprechenden Qualifikationsnachweisen ist jederzeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar,*
- d) *das Krankenhaus hat einen entsprechenden Versorgungsauftrag für die Fachabteilung, sofern der Krankenhausplan des jeweiligen Landes oder ein Versorgungsvertrag nach § 109 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch dies vorsieht, und*
- e) *die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 haben in der Budgetvereinbarung einen Fachabteilungsschlüssel gemäß Anlage 2 der Vereinbarung zur Datenübermittlung gemäß § 301 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vereinbart. Dieser Fachabteilungsschlüssel leitet sich aus den Fachgebieten der bundesweit gültigen Musterweiterbildungsordnung ab.“*

Folgeänderung in § 293 Abs. 6 SGB V

In § 293 Abs. 6 S. 1 SGB V werden am Ende ein Semikolon und die folgenden Wörter eingefügt:

„[...] das Verzeichnis enthält bezogen auf die Standorte des Krankenhauses oder dessen Ambulanzen auch alle Fachabteilungen nach § 2 Nummer 1b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“

In § 293 Abs. 6 S. 10 SGB V werden am Ende ein Semikolon und die folgenden Wörter eingefügt:

„[...] das Nähere zu Satz 1 zweiter Halbsatz ist bis zum 30. Juni 2019 zu vereinbaren“

Folgeänderung in § 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 SGB V

In § 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 SGB V werden die Wörter „*die Bezeichnung*“ durch die Wörter „*Tag, Uhrzeit und die Kennzeichen nach § 293 Absatz 6*“ ersetzt.

Folgeänderung:

Zur Umsetzung der Fachabteilungsdefinition beauftragt der Gesetzgeber den GKV-Spitzenverband und die DKG mit der bundeseinheitlichen Vereinbarung der Indikatoren-DRGs und OPS für die Intensivmedizin (analog zu den Abstimmungen zu den Pflegepersonaluntergrenzen gemäß § 137i SGB V).

Zu Artikel 4 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

§§ 3, 9 und 18 – Psych-PV-Umsetzung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem PsychVVG sollte eine verbesserte Umsetzung der Vorgaben der Psych-PV bis Ende 2019 erreicht werden. Um dieses Ziel zu erreichen, sind noch 2018 Änderungen an den gesetzlichen Rahmenbedingungen zum Nachweis und der zweckentsprechenden Mittelverwendung notwendig.

Fehlende Transparenz zur Umsetzung der Psych-PV

Trotz der neuen Nachweispflicht, haben bis Ende Mai 2018 lediglich 43,7 % der meldepflichtigen Krankenhäuser die tatsächliche Stellenbesetzung und die zweckentsprechende Mittelverwendung für das Jahr 2017 nachgewiesen. Ohne wirksame Konsequenzen bei Nichtlieferung wird noch nicht einmal das Ziel einer hinreichenden Transparenz über Stand der Umsetzung erreichbar sein. Die DKG hat in der Psych-Personalnachweis-Vereinbarung die Festlegung von Konsequenzen grundsätzlich abgelehnt. Es bedarf daher einer wirksamen gesetzlichen Regelung.

Mehr therapeutisches Personal durch zweckentsprechende Mittelverwendung

Für eine verbesserte Umsetzung der Vorgaben der Psych-PV hat der Gesetzgeber die Krankenkassen verpflichtet für die Jahre 2017 bis 2019 zusätzliche Stellen bis zur Höhe der Psych-PV-Vorgaben budgeterhöhend zu finanzieren. Die Nachfinanzierung hat auch dann zu erfolgen, wenn die fehlenden Stellen im Bezugsjahr 2016 bereits im damaligen Gesamtbetrag finanziert waren, aber vom Krankenhaus für andere Zwecke verwendet wurden. Aktuelle Schiedsstellenentscheidungen bestätigen die vorsätzliche zweckwidrige Mittelverwendung für anderweitige Personalbewirtschaftungszwecke und verpflichten die Krankenkassen die gleichen Stellen nochmals zu finanzieren. Die Zielstellung des Gesetzgebers, mit dem Verzicht auf eine Rückzahlungsverpflichtung im § 18 Abs. 3 S. 3 BPfIV eine rückwirkende Sanktionierung zu vermeiden, ist nachvollziehbar. Der gleichzeitige Verzicht auf eine Absenkung des Gesamtbetrages führt nun aber zur doppelten Finanzierung der Stellen. Der Ausschluss der Absenkung des Gesamtbetrages ist zu streichen.

Außerdem ist mit einer gesetzlichen Klarstellung sicherzustellen, dass die im Gesamtbetrag zur Umsetzung von Personalvorgaben vereinbarten Mittel zurückzuzahlen sind, wenn sie nicht zweckentsprechend verwendet wurden. Nur so kann erreicht werden, dass Krankenhäuser die Personalmittel in den Jahren 2018 und 2019 auch wirklich für therapeutisches Personal verwenden und diese nicht konsequenzenlos für Investitionen, Querfinanzierung und Gewinne zweckentfremden können.

B) Änderungsvorschlag

§ 18 Abs. 2 Satz 7 BPfIV wird angefügt:

„Übermittelt das Krankenhaus die Nachweise nach den Sätzen 2 und 3 nicht bis spätestens 31.05. jeden Jahres für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr, erfolgt ab 01.06. bis zum Eingang des Nachweises bei den anderen Vertragsparteien nach § 11 und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, ein Abschlag wegen Nichteinhaltung der Nachweisverpflichtung in Höhe von 150 Euro für jeden Berechnungstag. Näheres zur Umsetzung ist in der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 festzulegen.“

§ 18 Abs. 3 S. 3 und 4 BPfIV ist wie folgt zu fassen:

„³Eine Rückzahlung von Mitteln ~~und eine Absenkung des Gesamtbetrags~~ ist für die Jahre 2017 bis 2019 nicht vorzunehmen, wenn das Krankenhaus nachweist, dass die im Gesamtbetrag vereinbarten Mittel für Personal vollständig für die Finanzierung von Personal verwendet wurden. ⁴Wurden Personalmittel abweichend von Satz 3 nicht zweckentsprechend verwendet, ist § 3 Absatz 3 Satz 8 entsprechend anzuwenden.“

§ 3 Abs. 3 S. 8 BPfIV ist wie folgt zu fassen:

„Sofern sich auf Grundlage der Nachweise nach § 18 Absatz 2 ergibt, dass eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde, haben die Vertragsparteien zu vereinbaren, inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist; nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind zurückzuzahlen.“

Zu Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 136c – Festlegung der Qualitätskriterien für die Ausweisung von Zentren durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die von der Bundesschiedsstelle am 08.12.2016 festgesetzte Zentrumsvereinbarung und ihre Anlage werden von den Beteiligten unterschiedlich interpretiert, da die Anlage zwar Versorgungsbereiche ausweist, in denen es Zentren mit besonderen Aufgaben geben kann, jedoch offenlässt, welche Qualitätskriterien Zentren für die Übernahme besonderer Aufgaben qualifizieren. Diese Frage wird nun in jedem Land separat und äußerst kontrovers diskutiert, was dazu geführt hat, dass in diesem Jahr keine Zentrumszuschläge auf Basis der neuen Regelung gezahlt wurden. Damit konnte dem Willen des Gesetzgebers offensichtlich nicht entsprochen werden. Der GKV-Spitzenverband hatte die Zentrumsvereinbarung aus den zuvor genannten Gründen bereits zum 31.12.2017 gekündigt und zu Neuverhandlungen aufgefordert. Die Verhandlungen auf Bundesebene sind im Juli 2018 jedoch erneut gescheitert.

Der G-BA hat bereits in der letzten Legislaturperiode neue Aufgaben erhalten, die die Krankenhausplanung tangieren. Beispielsweise wurden Vorgaben zu Sicherstellungszuschlägen und zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern im G-BA beraten und beschlossen. Daher ist es folgerichtig auch die Zentrumsversorgung durch bundeseinheitliche Rahmenvorgaben zu flankieren, um den Grundsatz des DRG-Systems „Gleicher Preis für gleiche Leistung“ umzusetzen. Im Koalitionsvertrag ist dies bereits angelegt, so sollen die für die Ausweisung der Zentren notwendigen Instrumente der Qualitätssicherung weiterentwickelt werden.

Zur Beschleunigung der Beratungen im G-BA sollte bereits eine Auswahl der relevantesten, durch die Bundesschiedsstelle in der Anlage zur Zentrumsvereinbarung festgelegten Zentren, in den Regelungstext in § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 4 KHEntgG integriert werden.

B) Änderungsvorschlag

In § 136c SGB V wird nach Absatz 4 folgender Absatz 5 eingefügt:

„(5) ¹Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 31. Dezember 2019 Qualitätskriterien für Zentren und Schwerpunkte gemäß § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes. ²Er hat insbesondere Vorgaben zu beschließen

- 1. zur Art und Anzahl von Fachabteilungen und interdisziplinären Behandlungsteams,*
- 2. zu außergewöhnlichen technischen und personellen Voraussetzungen,*

3. zu Mindestfallzahlen,
4. zum überörtlichen und krankenhausübergreifenden Versorgungsgebiet sowie
5. zur Kooperation mit ambulanten Schwerpunktpraxen.

³Bei Eignung sind auch Zertifikate und Qualitätssiegel zu berücksichtigen. ⁴Der Gemeinsame Bundesausschuss kann über die in § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 des Krankenhausentgeltgesetzes genannten Zentren und Schwerpunkte hinaus weitere Versorgungsbereiche festlegen, in denen es besondere Leistungen gibt, und Qualitätskriterien für Zentren in diesen Versorgungsbereichen festlegen. ⁵Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in dem Beschluss auch das Nähere über die Prüfung der Einhaltung der Qualitätskriterien durch die zuständige Landesbehörde und die Krankenkassen fest. ⁶Den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. ⁷Die Stellungnahmen sind bei der Beschlussfassung zu berücksichtigen.“

In den §§ 2, 4, 5, 9, 10 KHEntgG sowie § 17b KHG sind entsprechende Anpassungen vorzunehmen und Verweise auf den neuen § 136c Abs. 5 SGB V zu ergänzen.

Zu Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und zu Artikel 11 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 293 Abs. 8 (neu) – Einführung eines Verzeichnisses über Pflegedienstbeschäftigte – mit Folgeänderungen in § 302 Abs. 1 SGB V sowie § 103 Abs. 2 und § 105 Abs. 1 SGB XI

A) Beabsichtigte Neuregelung

Entsprechend den Verzeichnissen für Vertragsärzte nach § 293 Absatz 4 SGB V und für Krankenhausärzte nach § 293 Absatz 7 SGB V soll auch ein bundesweites Verzeichnis für alle Beschäftigten von Pflegediensten, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V, ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI, Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI, Leistungen zur Unterstützung im Alltag gemäß § 45a SGB XI und/oder Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI erbringen, geführt werden. Die das Verzeichnis führende Stelle vergibt für diese Beschäftigten personengebundene lebenslang gültige Pseudonyme (Beschäftigtennummern). Die Beschäftigtennummern werden bei der Abrechnung von Pflegeleistungen im Rahmen des Datenaustauschs nach § 302 SGB V und § 105 SGB XI verwendet.

B) Stellungnahme

Die Abrechnung von ambulanten Pflegeleistungen (Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V, ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI, Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI, Leistungen zur Unterstützung im Alltag gemäß § 45a SGB XI sowie Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI) im Rahmen des Datenaustausches zwischen Pflegediensten und Krankenkassen bzw. Pflegekassen erfolgt bislang durch die elektronische Übermittlung festgelegter Abrechnungsdaten und die ergänzende postalische Übersendung papiergebundener Leistungsnachweise. Auf den Leistungsnachweisen wird jede erbrachte und abzurechnende Leistung in der ambulanten Pflege eindeutig einer bestimmten pflegebedürftigen Person und einer bestimmten Pflegekraft bzw. einer bestimmten Mitarbeiterin/ einem bestimmten Mitarbeiter eines Pflegedienstes (nachfolgend Pflegekraft genannt) zugeordnet. Der Leistungsnachweis wird demnach von der pflegebedürftigen Person und der jeweiligen Pflegekraft unterschrieben. Die Pflegekraft verwendet hierbei bislang in der Regel ein ihr zuordenbares Handzeichen/ Unterschriftenkürzel. Dementsprechend hat derzeit jeder Pflegedienst eine stets zu aktualisierende Handzeichenliste zu führen und den Krankenkassen bzw. Pflegekassen zur Verfügung zu stellen. Den Krankenkassen und Pflegekassen ist es bislang nur anhand dieser Handzeichenliste möglich, die für die erbrachte Leistung erforderliche Qualifikation der Pflegekraft zu überprüfen.

GKV-Spitzenverband und die Verbände der ambulanten Pflegeeinrichtungen haben sich – insbesondere vor dem Hintergrund einer zukünftigen Erstellung elektronischer Leistungsnach-

weise – darauf verständigt, für jede Pflegekraft ein Pseudonym (Beschäftigtennummer) einzuführen und bei der Abrechnung in den Abrechnungsunterlagen zu verwenden. Die Beschäftigtennummer soll zum einen das bislang u. a. auf den Leistungsnachweisen verwendete Handzeichen der Pflegekraft ersetzen. Zum anderen soll sie Bestandteil des entsprechenden an die Krankenkassen bzw. Pflegekassen zu übermittelnden Abrechnungsdatensatzes sein. Mit dem Pseudonym (Beschäftigtennummer) wird es möglich sein, die Pflegekraft mit ihrer jeweiligen Qualifikation zu identifizieren, welche die abzurechnende Leistung erbracht hat. In dieser Funktion muss das Pseudonym eindeutig sein. Es soll personengebunden bundesweit vergeben werden und lebenslang seine Gültigkeit behalten, vergleichbar mit der lebenslangen Arztnummer gemäß § 293 Absatz 4 SGB V bzw. der Arztnummer für Krankenhausärzte nach § 293 Absatz 7 SGB V. Die Vertragsärzte im ambulanten Bereich erhalten seit dem Jahr 2008 von der zuständigen Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung über die Kassen(zahn)ärztliche Bundesvereinigung die lebenslange, personengebundene Arztnummer, kurz LANR. Ab dem 01.01.2019 müssen auch alle in den nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern und ihren Ambulanzen tätigen Ärzte in den gesetzlich bestimmten Fällen eine Arztnummer gemäß § 293 Absatz 7 SGB V verwenden und nutzen. Derzeit läuft das Ausschreibungsverfahren zur Beauftragung einer Stelle, die das bundesweite Verzeichnis aller in den Krankenhäusern und ihren Ambulanzen tätigen Ärzten führen wird.

Dementsprechend soll auch ein Verzeichnis über alle in den Pflegediensten Beschäftigte geführt werden, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V, ambulante Pflegeleistungen nach § 36 SGB XI, Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI, Leistungen zur Unterstützung im Alltag gemäß § 45a SGB XI sowie Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI erbringen. Die das Verzeichnis führende Stelle soll für die Beschäftigten personengebundene lebenslang gültige Pseudonyme (Beschäftigtennummern) vergeben.

C) Änderungsvorschlag

In § 293 SGB V wird folgender Absatz 8 angefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, auch in seiner Eigenschaft als Spitzenverband Bund der Pflegekassen, beauftragt im Benehmen mit den für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten nach diesem Buch maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene sowie mit den Vereinigungen der Träger der nach § 72 des Elften Buches zugelassenen Pflegedienste auf Bundesebene eine unabhängige Stelle, die ein bundesweites Verzeichnis aller in Pflegediensten Beschäftigten, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 7 oder Leistungen nach §§ 36, 39, 45a oder 37 Absatz 3 Elftes Buch erbringen, führt. Für eine das Verzeichnis führende Stelle, die nicht zu den in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen ge-

hört, gilt § 35 des Ersten Buches entsprechend. Das Verzeichnis enthält für alle Beschäftigten nach Satz 1 folgende Angaben:

1. Beschäftigtennummer (unverschlüsselt),
2. Geschlecht der beschäftigten Person,
3. Vorname und Name der beschäftigten Person,
4. Geburtsdatum der beschäftigten Person,
5. Bezeichnung und Datum der abgeschlossenen Ausbildungen,
6. Bezeichnung und Datum der abgeschlossenen Weiterbildungen,
7. Bezeichnung und Datum sonstiger abgeschlossener Qualifizierungsmaßnahmen
8. Kennzeichen des Arbeitgebers (Träger des Pflegedienstes) nach Absatz 1,
9. Kennzeichen des Pflegedienstes, in dem die beschäftigte Person tätig ist (tatsächlicher Einsatzort) nach Absatz 1 oder ersatzweise Anschrift des Pflegedienstes, in dem die beschäftigte Person tätig ist (tatsächlicher Einsatzort),
10. Beginn und Ende der Beschäftigung bei dem Träger des Pflegedienstes nach Nummer 8,
11. Beginn und Ende der Tätigkeit im Pflegedienst (tatsächlicher Einsatzort) nach Nummer 9 und
12. Beginn und Ende der Gültigkeit der Beschäftigtennummer nach Nummer 1.

Die Beschäftigtennummer nach Satz 3 Nummer 1 folgt in ihrer Struktur der Arztnummer nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 1. Die Pflegedienste, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 4 abgeschlossen haben und die nach § 72 des Elften Buches zugelassenen Pflegedienste sind verpflichtet, der das Verzeichnis führenden Stelle auf Anforderung die für den Aufbau und die Durchführung des Verzeichnisses erforderlichen Daten sowie Veränderungen dieser Daten auch ohne Anforderung zu übermitteln. Die Kosten zur Führung des Verzeichnisses trägt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen; die Hälfte der Kosten wird aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung finanziert. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt seinen Mitgliedern das Verzeichnis zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben nach diesem Buch und nach dem Elften Buch in aktualisierter Form zur Verfügung; für andere Zwecke darf der Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Verzeichnis nicht verwenden. Die Pflegedienste sowie die Krankenkassen und Pflegekassen verwenden und nutzen die im Verzeichnis enthaltenen Angaben spätestens ab 1. Januar 2022 in den gesetzlich bestimmten Fällen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart im Einvernehmen mit den für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten nach diesem Buch maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene sowie mit den Vereinigungen der Träger der nach § 72 des Elften Buches zugelassenen Pflegedienste auf Bundesebene bis zum 31. Dezember 2019 das Nähere zu dem Verzeichnis nach Satz 1, insbesondere

1. die Art und den Aufbau des Verzeichnisses,
2. die Art, den Abgleich und den Aufbau der im Verzeichnis enthaltenen Angaben,
3. die Voraussetzungen und das Verfahren für die Vergabe der Beschäftigtennummer nach Satz 3 Nummer 1 sowie die Verarbeitung der Einträge nach Satz 3 Nummer 2 bis 12,
4. die geeigneten Abstände einer zeitnahen Aktualisierung und das Verfahren zur Löschung von Einträgen und
5. die Anforderungen an die Verwendung der im Verzeichnis enthaltenen Angaben.

Die Vereinbarung nach Satz 9 ist für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie dessen Mitglieder und für die Pflegedienste, mit denen die Krankenkassen Verträge nach § 132a Absatz 4 abgeschlossen haben und die nach § 72 des Elften Buches zugelassenen Pflegedienste verbindlich. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 9 ganz oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales nach Anhörung der Beteiligten festgelegt.“

Als Folgeänderung ist § 302 Absatz 1 Satz 2 SGB V wie folgt zu ergänzen:

„Bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 ist zusätzlich zu den Angaben nach Satz 1 die Zeit der Leistungserbringung und spätestens ab 1. Januar 2022 jeweils die Beschäftigtennummer nach § 293 Absatz 8 Satz 3 Nummer 1 der Person anzugeben, die die Leistung erbracht hat.“

Als Folgeänderung ist § 103 SGB XI Absatz 2 wie folgt zu ändern:

„§ 293 Absatz 2, ~~und 3~~ und 8 des Fünften Buches gilt entsprechend.“

Als Folgeänderung ist § 105 Absatz 1 Nummer 1 SGB XI wie folgt zu ergänzen:

„1. in den Abrechnungsunterlagen die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis einschließlich des Tages und der Zeit der Leistungserbringung aufzuzeichnen sowie spätestens ab 1. Januar 2022 jeweils die Beschäftigtennummer nach § 293 Absatz 8 Satz 3 Nummer 1 des Fünften Buches der Person anzugeben, die die Leistung erbracht hat,“

Zu Artikel 11 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17a (neu)

§ 105 – Abrechnung pflegerischer Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für die Abrechnung von pflegerischen Leistungen nach § 105 SGB XI ist gesetzlich zu regeln, dass in den Abrechnungsunterlagen für den Bereich der ambulanten Pflegesachleistungen der Beginn und das Ende der Leistungserbringung in Echtzeit anzugeben ist, unabhängig davon, ob eine Zeitvergütung vorliegt oder nicht.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung hat bereits der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) gefordert (vgl. BT-Drs. 18/6182, Seite 9) und in seiner Stellungnahme zum Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG II) bekräftigt (vgl. BT-Drs. 18/9959, Seite 16). Dabei ist zur Vermeidung von Missverständnissen darauf hinzuweisen, dass bei Erbringung unterschiedlicher Leistungen innerhalb eines Pflegeeinsatzes die Anfangs- und Beendigungszeit des Pflegeeinsatzes und nicht die jeder einzelnen Leistung innerhalb des Pflegeeinsatzes anzugeben ist.

Die „Einvernehmliche Festlegung über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen sowie Einzelheiten des Datenaustausches gemäß § 105 Absatz 2 SGB XI“ regelt bereits, dass bei der Abrechnung von Zeitvergütungen die Uhrzeit von Beginn und Beendigung der Leistungserbringung anzugeben ist. Zur Abrechnung von Leistungskomplexvergütungen ist mit den Leistungserbringern die Angabe der Uhrzeit des Beginns der Leistungserbringung vereinbart. Technisch ist zwar im Datenaustauschverfahren hinterlegt, dass auch bei der Abrechnung von Leistungskomplexvergütungen die Uhrzeit von Beginn und Beendigung der Leistungserbringung eingegeben werden kann, aber nur, sofern die entsprechenden Vereinbarungen auf Landesebene getroffen worden sind. Aufgrund der Weigerung von Leistungserbringerorganisationen, im Rahmen der Abrechnung die Angabe einsatzbezogener Anfangs- und Beendigungszeiten zu vereinbaren, ist ein gesetzlicher Klarstellungsbedarf unumgänglich, um Falschabrechnungen kassenseitig identifizieren zu können.

Die einsatzbezogene Aufzeichnung der Anfangs- und Endzeiten ist in der ambulanten Pflege die unabdingbare Grundlage, um nachzuvollziehen, in welchem Umfang tatsächlich Pflege- und Betreuungsleistungen von einer Pflegekraft erbracht wurden. Nur wenn Beginn und Ende

der Leistungserbringung in Echtzeit fixiert werden, kann Leistungsmissbrauch oder Abrechnungsbetrug überhaupt gerichtsfest nachgewiesen werden. Diese Aufzeichnungspflicht ist zudem für die gezielte Überprüfung von Vertragsverstößen unabdingbar.

C) Änderungsvorschlag

§ 105 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB XI wird wie folgt ergänzt:

„1. in den Abrechnungsunterlagen die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis einschließlich des Tages und der Zeit der Leistungserbringung, im Bereich der ambulanten Pflegesachleistungen einschließlich des Beginns und der Beendigung der Leistungserbringung in Echtzeit, aufzuzeichnen,“

Zu Artikel 11 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19a (neu)

§ 113a – Expertenstandard zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die gesetzlich vorgesehene Finanzierungszuordnung der Kosten, die im Zusammenhang mit der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards entstehen, ist an die Finanzierungsregelung der Kosten für die wissenschaftlichen Aufträge, die der Qualitätsausschuss nach § 113b SGB XI zu vergeben hat, anzupassen.

B) Stellungnahme

Mit Umsetzung des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes ist die Zuständigkeit für die Entscheidungen bei der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards auf den Qualitätsausschuss nach § 113b SGB XI übergegangen. Auch die Aufgaben der Geschäftsstelle „Expertenstandards“ wurden von der Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses übernommen; zuvor wurden diese Aufgaben durch den GKV-Spitzenverband wahrgenommen.

Der Qualitätsausschuss entscheidet neben den Expertenstandards auch über die weiteren gesetzlich vorgesehenen Vereinbarungen im Bereich der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung in der ambulanten und stationären Pflege. Die Kosten für die wissenschaftlichen Aufträge, die der Qualitätsausschuss hierfür zu vergeben hat, werden aus den Mitteln des Ausgleichfonds der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 4 SGB XI finanziert. Lediglich die Kosten, die im Zusammenhang mit der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards, z. B. durch zu beauftragende Expertisen entstehen, gehen unverändert – ungeachtet des Zuständigkeitswechsels – vor allem zu Lasten des GKV-Spitzenverbandes.

Die gesetzliche Grundlage hierfür bildet § 113a Abs. 4 SGB XI, nach der die Kosten für die Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards weiterhin als Verwaltungskosten gelten, die vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen und anteilig von den privaten Versicherungsunternehmen zu tragen sind. Inkonsequent ist hierbei jedoch nicht nur, dass alle weiteren Aufträge, die durch den Qualitätsausschuss vergeben werden, wie oben erwähnt aus den Mitteln des Ausgleichfonds finanziert werden. Sachlich nicht nachvollziehbar ist auch, dass einzelne Kostenbestandteile, die in Verbindung mit der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards stehen, wiederum doch durch Mittel des Ausgleichfonds finanziert werden. Dies betrifft zum einen die Kosten, die der Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses bei der Unterstützung des Qualitätsausschusses, z. B. bei der Durchführung von Vergabeverfahren, entstehen (§ 113a Abs. 4 Satz 1 SGB XI). Zum anderen werden auch die Kosten für eine

modellhafte Implementierung aus den Mitteln des Ausgleichsfonds beglichen. Dies regelt die Vorgabe der vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigten Verfahrensordnung zur Entwicklung von Expertenstandards nach § 113a Abs. 2 Satz 2 SGB XI unter 5.5: „Die modellhafte Implementierung wird aus Mitteln der Modellvorhaben zur Entwicklung qualitätsgesicherter Versorgungsformen für Pflegebedürftige nach § 8 Abs. 3 SGB XI finanziert.“

Da die Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards – wie auch die wissenschaftlichen Aufträge nach § 113b Abs. 4 SGB XI – zu den Aufgaben des Qualitätsausschusses und seiner Geschäftsstelle gehören, wäre es fachlich geboten und sachlich konsequent, sämtliche Kosten, die im Zusammenhang mit der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards entstehen, auch aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 4 SGB XI zu finanzieren.

C) Änderungsvorschlag

§ 113a Abs. 4 Satz 1 SGB XI ist wie folgt zu fassen:

„Die Finanzierung der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards einschließlich der modellhaften Implementierung erfolgt aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 8 Absatz 4“.

Als Folgeänderung ist § 8 Abs. 4 Satz 1 SGB XI wie folgt zu ergänzen:

„Aus den Mitteln nach Absatz 3 ist ebenfalls die Finanzierung der qualifizierten Geschäftsstelle nach § 113b Absatz 6 und der wissenschaftlichen Aufträge nach § 113b Absatz 4 sowie der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards nach § 113a einschließlich deren modellhaften Implementierung sicherzustellen.“