

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0036(30)
gel. VB zur öAnh am 10.10.2018 -
PpSG
8.10.2018

verbraucherzentrale

Bundesverband

UMFASSENDE BLICK AUF PFLEGE NOTWENDIG

Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbands zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)

BT-Drucksache 19/4453

8. Oktober 2018

Impressum

Verbraucherzentrale
Bundesverband e.V.

Team
Gesundheit und Pflege

Markgrafenstraße 66
10969 Berlin

gesundheit@vzbv.de

INHALT

I. ZUSAMMENFASSUNG	3
II. EINLEITUNG	5
III. IM EINZELNEN	7
1. Krankenhaus-Pflege	7
1.1 Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRG-Fallpauschalen	7
1.2 Krankenhausstrukturfonds	8
1.3 Verbesserung der Patientenversorgung mit telemedizinischen Leistungen.....	9
2. Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen	9
3. Altenpflege	11
3.1 Videosprechstunde, Kooperationsverträge und Telematik	11
3.2 Zusätzliche Stellen in der Altenpflege	11
3.3 Finanzierungen aus Ausgleichsfonds.....	13
3.4 Zuschuss für digitale Anwendungen	14

I. ZUSAMMENFASSUNG

Den überwiegend positiv zu bewertenden Einzelmaßnahmen des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes steht negativ ein fehlendes Gesamtkonzept insbesondere für reformbedürftige strukturelle Probleme der **Krankenhausversorgung** in Deutschland gegenüber. Um einige Sollpunkte zu nennen: Überkapazitäten im europäischen Vergleich, nicht ausreichende Finanzierung von Investitionskosten durch die hierfür zuständigen Bundesländer, massive Mengenausweitungen vor allem bei solchen Fallpauschalen, die den Krankenhäusern einen hohen Deckungsbeitrag ermöglichen, die unnötige Hospitalisierung von Patienten, die weitaus kostengünstiger ambulant oder tagesklinisch versorgt werden könnten, eine insgesamt schlechte Zusammenarbeit zwischen den Versorgungssektoren und fehlende Investitionen in die überfällige Digitalisierung.

In den vergangenen Jahrzehnten haben Krankenhäuser unter großem ökonomischen Druck vor allem auf Kosten der Pflegekräfte „gespart“, so dass zunehmend Risiken bezüglich der Patientensicherheit bestehen und die Arbeitsbedingungen für die Pflegekräfte immer schlechter geworden sind. Der vorgelegte Gesetzentwurf versucht angesichts der unzureichenden Ausstattung der Krankenhäuser mit Pflegekräften (Pflegenotstand) deutliche Anreize bei Lohn, Ausbildung und Arbeitsbedingungen zu setzen und garantiert Krankenhäusern eine dauerhafte und vollständige Refinanzierung aller aufgestockten und neugeschaffenen Pflegestellen und Tarifierhöhungen. Der Krankenhausstrukturfonds soll verstetigt und für weitere Aufgaben, wie die Digitalisierung, herangezogen werden.

Ein allgemein verbindliches Instrument zur Erfassung des individuell sehr verschiedenen Pflegebedarfs der Patientinnen und Patienten¹ wird nicht beauftragt. Mehrere Patientenorganisationen, darunter der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv), sowie der deutsche Pflegerat und die Gewerkschaften hatten eine Aktualisierung der im Jahr 1996 außer Kraft gesetzten Pflegepersonalregelung (PPR) angeregt, weil diese eine einheitliche und verbindliche Erhebung des tatsächlichen Pflegebedarfs aller Patienten vorsah. Die im Koalitionsvertrag angekündigte Ausweitung von Pflegepersonaluntergrenzen auf alle bettenführenden Krankenhausabteilungen fehlt im Gesetzentwurf, der nunmehr eine Ermächtigung zum Erlass einer Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen für das Jahr 2019 enthält.

Nach dem Scheitern der Verhandlungen zwischen dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) Mitte Juli 2018, hat das Ministerium bereits einen Entwurf für eine Verordnung vorgelegt, in der es die Pflegepersonaluntergrenzen selbst über eine Ministerverordnung festlegt. Allerdings sollen diese nur für vier Bereiche (Intensivmedizin, Geriatrie, Kardiologie und Unfallchirurgie) und nur für die 25 Prozent Krankenhäuser gelten, die die schlechteste Personalquote aufweisen. Der Deutsche Pflegerat bezeichnet den Verordnungsentwurf als „Papiertiger“, der enormen bürokratischen Aufwand bedeutet, aber keine Sanktionen bei Nicht-Einhaltung vorsieht.² Die Geltungsdauer der Verordnung ist bis Ende des Jahres 2019 befristet und soll dann durch eine Vereinbarung der Verhandlungspartner GKV-SV und DKG ersetzt werden.

¹ Die gewählte männliche Form bezieht sich immer zugleich auf weibliche und männliche Personen. Wir bitten um Verständnis für den weitgehenden Verzicht auf Doppelbezeichnungen zugunsten einer besseren Lesbarkeit des Textes.

² <https://deutscher-pflegerat.de/presse/Pressemitteilungen/2055.php> (bisher unveröffentlicht)

Bei der grundsätzlich begrüßenswerten Ausgliederung der Kosten der Pflege aus dem bestehenden Krankenhausfinanzierungssystem Diagnosis Related Groups-System, kurz DRG-System, ist gegenwärtig nicht ersichtlich, ob die Regelung endgültig sein soll oder nur eine Übergangsregelung für künftig zu schaffende Pflege-Fallpauschalen darstellt. Das gewählte, extrem komplexe Berechnungsverfahren über ein krankenhausesindividuelles Pflegebudget, bleibt der Systematik von Fallpauschalen jedenfalls verhaftet.

Das DRG-System hat sich bezüglich der genannten strukturellen Probleme nicht bewährt und setzt bezüglich Mengenausweitung und Hospitalisierung von „Bagatellfällen“ falsche ökonomische Anreize.³ Die vorgelegten Reformmaßnahmen versprechen zwar eine Verbesserung der Einstellungsbereitschaft auf Seiten der Krankenhäuser und werden sicherlich auch zu einer größeren Zahl von Ausbildungsplätzen führen, begegnen aber einem leergefegten Arbeitsmarkt, insbesondere bei bereits qualifizierten Pflegekräften, so dass kurz- und mittelfristig kaum Verbesserungen für die Patientenversorgung zu erwarten sind. Ein immer komplizierteres Abrechnungswesen nur für den Krankenhaussektor ist mit Blick auf die im Koalitionsvertrag genannte übergeordnete Zielsetzung einer verstärkten Zusammenarbeit zwischen den Sektoren nicht zielführend.

Der Verbraucherzentrale Bundesverband mahnt an, ein Gesamtkonzept für die Reformdauerbaustelle deutsches Krankenhauswesen vorzulegen. Die Entschlossenheit Teilprobleme anzugehen, muss ergänzt werden durch eine klare Perspektive, wie die Bundesregierung den Investitions- und Innovationsstau auflösen und unnötige Überkapazitäten zugunsten einer qualitativ besseren Patientenversorgung wirkungsvoll abbauen will.

Ohne eine klare Weichenstellung bei zentralen strukturellen Reformanliegen bewirkt das Pflegesofortprogramm nur Symptomlinderung und damit letztlich ein Weiter so im Siechtum. Ein übergreifendes Vorgehen ist auch von grundsätzlicher Bedeutung, da Reformen auch Kostenwirkungen mit sich bringen und aus Verbrauchersicht auch die Ausgaben der GKV im Blick behalten werden müssen.

Auch im **Bereich der Altenpflege** sind die Einzelmaßnahmen für sich genommen aus Verbrauchersicht positiv zu bewerten. Auch einige Versprechen aus dem Koalitionsvertrag sieht der vzbv hier berücksichtigt. Vor allem die Maßnahmen und Änderungen zur Weiterentwicklung der Digitalisierung innerhalb der Einrichtungen und der ausblickhafte Anschluss der Pflege an die Telematikinfrastruktur sind wichtige Schritte hin zu einer zukunftsfesten, modernen und vernetzten Pflege. Die Verpflichtung zu Kooperationsverträgen hat zudem das Potential für pflegebedürftige Verbraucher einen wichtigen Beitrag zu einer lückenlosen Versorgung zu leisten. Die Schaffung von 13.000 neuen Stellen in diesem Bereich wird jedoch auch hier analog den obigen Ausführungen auf einen Personalengpass treffen, so dass die Auswirkungen für die Praxis abzuwarten sind. Die enthaltenen Konkretisierungen zur Qualifikation des Personals verschärfen zwar diese Tatsache noch, sie sind jedoch in ihrer Ausgestaltung pragmatisch zu begrüßen.

³ Klares Statement zur Auswirkung der Fallpauschalen auf die Mengenausweitung: https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Ministerium/Geschaeftsbereich/Wissenschaftlicher_Berat/Gutachten_und_Stellungnahmen/Ausgewaehlte_Texte/2018-06-19-Fehlversorgung-in-deutschen-Krankenhaeusern.html;jsessionid=2620F402D5B312D9FE6DABA8E36FF233, 04.07.2018.

Dennoch, oder vor allem, wirft der Gesetzesentwurf bezogen auf die Altenpflege zahlreiche Fragen zur Finanzierung auf. Auch hier lassen sich strukturelle Probleme der Finanzierung von Maßnahmen identifizieren, die in letzter Konsequenz doch immer zum pflegebedürftigen Menschen durchgereicht werden. Die Belastungsgrenze des Einzelnen ist jedoch längst erreicht. Steigende Investitionskosten für Pflegebedürftige sind durch die Teilabdeckung zur Finanzierung digitaler Anwendungen durch die Soziale Pflegeversicherung (SPV) zu erwarten, aber nicht mehr zu rechtfertigen. Eine Modernisierung von Unternehmen ist nicht die Aufgabe von Pflegebedürftigen, die bisweilen bereits einen Großteil ihrer Pflegekosten selbst tragen müssen. Es ist an der Zeit, hier die Länder zur qua Gesetz zugewiesenen Verantwortung zu ziehen. Weiterhin fehlt es im vorliegenden Entwurf noch immer an einer Anpassung der Dynamisierungsregel, um dem stetigen Kaufkraftverlust von Pflegeleistungen entgegenzuwirken. Pflegebedürftige dürfen nicht länger die finanziellen und unkalkulierbaren Risiken der Kostenentwicklung tragen.

Hieran schließt sich eine ebenfalls strukturell angelegte Gerechtigkeitsproblematik bezüglich der medizinischen Behandlungspflege an, die keinesfalls neu ist, doch die der Entwurf leider auch nicht – wie erhofft – in Gänze auflöst. Die Finanzierung einer identischen Leistung darf nicht vom Ort der Leistungserbringung abhängen. Die vorgesehenen Transferleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) „zur Unterstützung der Leistungserbringer der medizinischen Behandlungspflege“ müssen daher nachgebessert werden. Eine generelle Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege aus der GKV muss das Ziel sein.

Abschließend sieht der vzbv den zunehmenden Rückzug des Gesetzgebers auf den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung kritisch, da die Rücklagen durch den Defizitausgleich, die zahlreichen bereits laufenden Aufgaben des Fonds und die im Entwurf vorgeschlagenen Maßnahmen immer weiter schwinden. Über kurz oder lang sollten hier Bundeszuschüsse eingesetzt werden oder andere Finanzierungsquellen, wie der Pflegevorsorgefonds, herangezogen werden.

Bezüglich des Personalbedarfes in beiden Bereichen der Pflege und in Verbindung mit den Ausbildungsnovellierungen wird durch dieses Gesetz ein Konkurrenzverhältnis zwischen Alten- und Krankenhauspflege weiter forciert. Der ambulante Bereich wird völlig außen vor gelassen.

II. EINLEITUNG

Das PpSG ordnet sich in den aktuellen Tenor zur Verbesserung der Situation in der Pflege ein und umfasst vor allem die Pflege im Krankenhaus und in stationären Pflegeheimen. Ambulante Pflegedienste sollen bessere Honorare für Wegzeiten bekommen und bei technischen Anschaffungen unterstützt werden. Der Gesetzesentwurf enthält gegenüber dem Referentenentwurf einige Änderungen. So soll ab dem Jahr 2020 der Pflegezuschlag in Höhe von 500 Millionen Euro entfallen. Der Pflegezuschlag hatte im vergangenen Jahr den Versorgungszuschlag abgelöst, den die Krankenhäuser seit dem Jahr 2013 als Gegenleistung für die damals bestehenden Mehrleistungsabschläge erhielten. Einige konkrete Versprechen aus dem Koalitionsvertrag werden durch den vorliegenden Entwurf eingelöst.

Der Entwurf für ein PpSG enthält zur Verbesserung der Pflege im Krankenhaus folgende wesentliche Regelungsinhalte:

- ❖ Jede zusätzliche und jede aufgestockte Pflegestelle am Bett soll vollständig finanziert werden.
- ❖ Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für Pflegekräfte sollen zeitlich befristet gefördert werden.
- ❖ Die betriebliche Gesundheitsförderung für Pflegekräfte soll verbessert werden.
- ❖ Zukünftig sollen die krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten für die Patientenversorgung über ein Pflegebudget vergütet werden.
- ❖ Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal sollen vollständig finanziert werden.
- ❖ Die Bedingungen zur Schaffung von Ausbildungsplätzen sollen verbessert werden.
- ❖ Zusatzentgelte für erhöhten Pflegeaufwand sollen auf einer gesicherten Datengrundlage abgerechnet werden.
- ❖ Der Krankenhausstrukturfonds mit einem Volumen von einer Milliarde Euro jährlich soll für die Dauer von vier Jahren fortgeführt werden.

Das Pflegepersonal in der stationären und ambulanten Altenpflege soll durch folgende Maßnahmen gestärkt werden:

- ❖ Vollstationäre Pflegeeinrichtungen sollen zusätzliche Pflegekräfte einstellen können, die von der Krankenversicherung in vollem Umfang finanziert werden.
- ❖ Pflegeheime und Pflegedienste sollen Zuschüsse erhalten, wenn sie digitale Anschaffungen tätigen, die die Pflegekräfte in ihrer Arbeit entlasten.
- ❖ Unterstützt werden sollen Maßnahmen und Angebote der Pflegeheime und Pflegedienste, die auf eine bessere Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf abzielen.
- ❖ Die betriebliche Gesundheitsförderung soll auch in Pflegeeinrichtungen gestärkt werden.
- ❖ Die Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen soll u.a. durch obligatorische Kooperationsverträge verbessert und vereinfacht werden. Dabei erhofft sich die Bundesregierung Impulse für den Einsatz elektronischer Kommunikationsmittel. Sprechstunden per Video als telemedizinische Leistung sollen ausgebaut werden.
- ❖ Eine bessere Honorierung der Wegzeiten soll die ambulante Alten- und Krankenpflege insbesondere im ländlichen Raum stärken.
- ❖ Der Zugang zu medizinischen Rehabilitationsleistungen soll für pflegende Angehörige erleichtert werden.

Der Gesetzentwurf enthält außerdem Änderungen des Infektionsschutzgesetzes, um den Gesundheitsschutz für nachziehende Familienangehörige von Asylberechtigten, anerkannten Flüchtlingen oder subsidiär Schutzbedürftigen zu verbessern.

Am 10. Oktober 2018 führt der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages eine öffentliche Anhörung zum vorgelegten Gesetzentwurf durch. Der vzbv bedankt sich für die Möglichkeit zu den gesetzgeberischen Maßnahmen Stellung nehmen zu können. Der vzbv begrüßt die Mehrzahl der vorgeschlagenen Einzelmaßnahmen und nimmt zu einzelnen Aspekten ausführlicher Stellung, die von besonderem Interesse für Verbraucher sind.

III. IM EINZELNEN

1. KRANKENHAUS-PFLEGE

1.1 Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRG-Fallpauschalen

Die Personalkosten des Pflegedienstes sollen aus den DRG-Fallpauschalen ab dem Jahr 2020 ausgegliedert werden (Art. 2 Nr. 2: §17b Abs. 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz, KHG). Die Summe der Bewertungsrelationen, die von den Krankenhäusern für die Abrechnung von Behandlungsfällen kodiert werden, muss in Zukunft um die ausgegliederten Pflegepersonalkosten vermindert werden.

Die Anteile der auszugliedernden Pflegepersonalkosten an den einzelnen Fallpauschalen sollen bis zum 30.09.2019 in einem „Katalog mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen je Belegungstag“ ausgewiesen werden (Art. 2 Nr. 2: §17b Abs. 4 Satz 5 KHG). Dieser Katalog wird an anderer Stelle des Referentenentwurfs als „Pflegeerlöskatalog“ bezeichnet und fußt vermutlich auf dem Konzept eines Pflegelastkatalogs, wie er vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) im Zuge der Verhandlungen zu den Pflegepersonaluntergrenzen im Auftrag des GKV-SV und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) erarbeitet worden ist. Im Pflegeerlöskatalog müssen erstmals für das Jahr 2020 Bewertungsrelationen ausgewiesen werden, die für die Abzahlung des Pflegebudgets heranzuziehen sind. (Art. 2 Nr. 2: §17b Abs. 4 Satz 6 KHG)

Zentral für die künftige Finanzierung wird die Vereinbarung eines Pflegebudgets für jedes einzelne Krankenhaus (Art. 8 Nr. 4: §6a Krankenhausentgeltgesetz, KHEntgG), das erstmals für das Jahr 2020 neben dem DRG-Erlösbudget zwischen Krankenkassen und Krankenhaus vereinbart werden soll. Welche Kosten künftig über das Pflegebudget abgegolten werden, müssen GKV-SV und DKG in einer bundesweit geltenden Vereinbarung festlegen (Art. 2 Nr. 2: §17b Abs. 4 KHG).

Positiv ist zu bewerten, dass mit Hilfe von Pflegebudgets die voraussichtlichen Personalkosten des einzelnen Krankenhauses finanziert werden sollen. Die von den Verhandlungspartnern festzulegende „eindeutige, bundeseinheitliche Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten“ orientiert sich aber offenbar am Ist-Stand der Personalbesetzung in deutschen Krankenhäusern und nicht an einem einheitlich anzuwendenden Instrument zur Erfassung des Personalbedarfs, wie es für den Bereich der Psychiatrie mit der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) oder seit dem Jahr 1996 mit der Pflegepersonalregelung (PPR) in somatischen Krankenhäusern nur noch intern in vielen Krankenhäusern erfolgt. Der vzbv hat in einer kürzlich veröffentlichten Stellungnahme ausführlich dargelegt, warum eine Erhebung des Patientenbedarfs unabdingbar ist, sowohl für eine bedarfsgerechte Patientenversorgung als auch für eine professionelle Pflegeplanung.⁴

Die Logik der geplanten Abzahlung des Pflegebudgets über tagesbezogene Pflegeentgelte (auf der Grundlage der in einem bundesweit geltenden Pflegeerlöskatalog ausgewiesenen Bewertungsrelationen) bleibt der Logik des DRG-Systems verhaftet. Es stellt sich daher die Frage, ob der Gesetzgeber sich mit dieser sehr komplizierten Neuregelung die Möglichkeit erhalten will, zu einem späteren Zeitpunkt die Entwicklung eines

⁴ Stellungnahme des vzbv zu Anträgen zur Krankenhauspflege von BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN und DIE LINKE https://www.bundestag.de/blob/550594/666e35e65e91c717a326a41de3139933/19_14_0006-12-1-_vzbv_pflegepersonalmangel-data.pdf. 04.07.2018.

eigenständigen Systems von Pflege-Fallpauschalen vorzuschreiben. Da die Personalkosten den Löwenanteil der Ausgaben ausmachen, verbleiben gegenwärtig nur kleinere Kostenanteile im DRG-System. Die Bundesregierung sollte ein klares und konsistentes Reformkonzept für die Finanzierung des Krankenhausbereichs erarbeiten. Mit der Entwicklung von Pflege-Fallpauschalen würden neuerlich Jahre vergehen, ohne dass die Tauglichkeit dieses sehr komplexen Finanzierungssystems für eine effiziente und bedarfsgerechte Patientenversorgung sichergestellt ist.

Der vzbv begrüßt, dass die Mittel des Pflegebudgets nur für Personalkosten des Pflegepersonals verwendet werden dürfen, das in der Patientenversorgung auf den Stationen eingesetzt wird (Zweckbindung). Dies muss durch die Bestätigung eines Wirtschaftsprüfers nachgewiesen werden. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind zurückzuzahlen (Art. 8 Nr. 4: § 6a Abs. 2 Satz 8 und Abs. 3 Satz 3 und Satz 4 KHEntgG).

Zur Vorbereitung der Verhandlungen über das Pflegebudget müssen Krankenhäuser den Krankenkassen künftig Daten zur Verfügung stellen, aus denen die Personalbesetzung (Stellenzahl und Qualifikation) und die tatsächlichen Personalkosten ersichtlich werden (Art. 8 Nr. 4: §6a Abs. 3 Satz 1 KHEntgG). Außerdem müssen Krankenhäuser die Daten für die geplante Personalbesetzung und die voraussichtlichen Kosten des Vereinbarungszeitraums liefern.

Der vzbv begrüßt diesen Zuwachs an Transparenz ausdrücklich, fordert die Bundesregierung aber auf, diese Informationen auch den Patienten und der interessierten Öffentlichkeit über die Internetseiten des Krankenhauses oder die Qualitätsberichte zugänglich zu machen. Die Personalausstattung ist ein wichtiges Qualitätskriterium für Verbraucher. Sie hat u.a. einen wesentlichen Effekt auf die Häufigkeit von Komplikationen. Patienten, die bei elektiven Eingriffen das Krankenhaus wählen können, müssen Zugang zu diesen Informationen haben.

1.2 Krankenhausstrukturfonds

Nach dem Gesetzentwurf werden die Rahmenbedingungen für die Durchführung des Krankenhausstrukturfonds an den neuen Förderzeitraum angepasst. Die Bundesländer sollen ihr durchschnittliches Investitionsniveau der Jahre 2015 bis 2017 in den Jahren 2019 bis 2022 mindestens beibehalten und um die Ko-Finanzierung erhöhen müssen (Artikel 5: Regelungen zur Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung).

Die bisherigen Zwecke des Fonds, Förderung von Schließungen, Konzentrationen und Umwandlungen akutstationärer Versorgungskapazitäten, werden beibehalten. Stärker als bisher soll der Fonds zukünftig strukturelle Verbesserungen fördern: Bildung von Zentren mit besonderer medizinischer Kompetenz für seltene und schwerwiegende Erkrankungen, zentralisierte Notfallstrukturen und Krankenhausverbände, insbesondere in Form von telemedizinischen Netzwerken. Außerdem sollen mit den Mitteln des Krankenhausstrukturfonds auch Vorhaben zur Verbesserung der IT-Sicherheit von Krankenhäusern und zur Schaffung von Ausbildungskapazitäten gefördert werden.

Der vzbv begrüßt diese zusätzlichen Ziele, die sich auf außerordentlich wichtige strukturelle Reformanliegen erstrecken. Zu bezweifeln ist allerdings, dass die vorgesehenen Mittel von einer Milliarde Euro jährlich hierfür ausreichen. Allein für die Digitalisierung werden mehrstellige Milliardenbeträge genannt, die erforderlich sind, um eine zukunftsfähige Ausstattung von Krankenhäusern zu erreichen. Da zur Finanzierung des Fonds

häufig auf die Liquiditätsreserven des Gesundheitsfonds zugegriffen werden soll, finanzieren gesetzlich Krankenversicherte Strukturverbesserungen, von denen alle Bürger profitieren.

Der vzbv fordert die Bundesregierung auf, die Finanzierungslogik zu überdenken und Steuermittel für die anstehenden Aufgaben zur Verfügung zu stellen, wie dies unter anderem vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) gefordert wird.⁵

1.3 Verbesserung der Patientenversorgung mit telemedizinischen Leistungen

Der Gesetzentwurf will bei Videosprechstunden nachfassen und die Nutzung dieser telemedizinischen Leistung, insbesondere für Pflegebedürftige und in der psychotherapeutischen Versorgung, weiter ausbauen (Art. 7, Nr. 6: §87 Abs. 2a fünftes Sozialgesetzbuch, SGB V).

Mit Wirkung zum 1. April 2017 wurde die Videosprechstunde als abrechenbare Leistung in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) aufgenommen. Die Regelung ist sehr restriktiv, da nur Bestandspatienten die Leistung nutzen können, wenn ihr Arzt sie denn anbietet, und zusätzlich nur wenige Indikationen, wie die Verlaufskontrolle bei Wundheilung, konsentiert sind. „In der Folge ist die flächendeckende Erbringung dieser telemedizinischen Leistung derzeit nicht gegeben“ heißt es in der Begründung zum Gesetzentwurf.

Mit neuen Vorgaben soll dies geändert werden, indem der Auftrag an den Bewertungsausschuss zur Festlegung weiterer geeigneter Krankheitsbilder entfällt. Künftig soll es im Ermessen des Arztes liegen, bei welchen Indikationen er eine Videokonferenz in Absprache mit dem Patienten für sachgerecht erachtet, natürlich vor dem Hintergrund der erforderlichen ärztlichen Sorgfalt. Auch bei der Versorgung von Pflegebedürftigen und psychisch Kranken sollen Videosprechstunden künftig über Modellvorhaben hinaus eine stärkere Relevanz in der Versorgung bekommen und zum Beispiel bei Fallkonferenzen zum Einsatz kommen, wenn Patienten zu Hause von einer Pflegekraft besucht werden und der Arzt per Video zugeschaltet werden muss.

Der vzbv begrüßt diese Lockerungen, die für Patienten eine massive Verbesserung der Erreichbarkeit bewirken können. Es sollten weitere ergänzende telemedizinische Leistungen über den Gesetzgeber in die Versorgung integriert werden, da die Selbstverwaltung hier absehbar nur sehr zögerlich vorankommt. Eine wichtige Verbesserung insbesondere in ländlichen Regionen wären telemedizinische Konsile, bei denen der Hausarzt fachärztliche Kompetenz telemedizinisch zuschaltet und seinen Patienten dadurch wochenlange Wartezeiten und lange Wegstrecken erspart.

2. VERORDNUNG ZUR FESTLEGUNG VON PFLEGEPERSONALUNTERGRENZEN

Zur Einordnung des vorgelegten Gesetzentwurfes ist auch der im Sommer 2018 vom Bundesgesundheitsministerium vorgelegte Entwurf der Verordnung zur Festlegung von Personaluntergrenzen von höchster Bedeutung, so dass der vzbv diesen an dieser Stelle als Exkurs aufgreift.

Mit der Verordnung sollen verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen für das Jahr 2019 festgelegt werden, nachdem eine Einigung zwischen GKV-SV und DKG zu § 137 i Absatz 1 SGB V Mitte Juli 2018 nicht fristgerecht zustande gekommen ist. Als Ziel wird die

⁵ Pressemitteilung des SVR Gesundheit vom 02.07.2018 https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/Pressemitteilung_SVR_Gutachten_2.7.2018.pdf, 04.07.2018.

Sicherung des Patientenschutzes und der Qualität der pflegerischen Versorgung angegeben. Vor allem die zum Teil sehr großen Unterschiede des zahlenmäßigen Verhältnisses zwischen Patienten zu Pflegekräften in einzelnen Krankenhäusern motivieren die Ersatzvornahme durch den Gesetzgeber.

Die Personaluntergrenzen gelten in der Einführungsphase differenziert nach Schichten und unter Vorgabe des Verhältnisses zwischen examinierten Pflegekräften und Pflegehilfskräften für die pflegesensitiven Bereiche der Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie und Kardiologie.

„Die festgelegten Zahlen wurden grundsätzlich auf Basis eines empirisch abgeleiteten sogenannten „Perzentil- bzw. Quartilansatzes“ ermittelt, der dafür sorgt, dass die Personalbelastung in den 25 Prozent der Versorgungsbereiche mit den höchsten Personalbelastungszahlen sinken muss. Krankenhäuser mit einer im Bundesdurchschnitt besonders schlechten Personalausstattung müssen diese erhöhen, damit sie das Niveau der übrigen 75 Prozent der Versorgungsbereiche erreichen (S. 2 Verordnungsentwurf).⁶

Quartalsweise sollen von den Krankenhäusern sämtliche Schichten angezeigt werden, in denen die Grenzen nicht eingehalten worden sind. Monatsbezogen soll die Nichteinhaltung nur als Durchschnittswert ermittelt werden. Sanktionen bei Nichteinhaltung sollen die Selbstverwaltungspartner nachliefern. Die Befristung der Vorgaben bis zum 1. Januar 2020 gibt den Verhandlungspartnern Zeit, auf Basis einer bis dahin verbesserten Datengrundlage weitere pflegesensitive Bereiche zu identifizieren und „eine sachgerechte Differenzierung der Personaluntergrenzen nach dem Pflegeaufwand“ zu erreichen.

Der Verordnungsentwurf des Ministeriums dient also der zeitlichen Überbrückung und hält die Selbstverwaltungspartner zur Einigung an. Der vzbv kann die Vorgehensweise nachvollziehen, hält aber Pflegepersonaluntergrenzen nur für bedingt tauglich, eine tatsächliche Verbesserung der Patientensicherheit zu erreichen. Insbesondere die nicht erfolgte Ausdehnung der Regelung auf alle bettenführenden Abteilungen wird zu Patienten- und Fachkräfteverlegungen führen. Man darf daher gespannt sein, ob es angesichts dieser Ausweichoptionen und der fehlenden Sanktionsmechanismen überhaupt zu Schließungen von Abteilungen kommt. Der vzbv stimmt mit anderen Patientenorganisationen, den Gewerkschaften und dem Deutschen Pflegerat überein, dass der individuelle Pflegebedarf der Patienten täglich erhoben werden muss, um eine bedarfsgerechte Pflege zu erreichen. Dies umso mehr, als der Bedarf für die professionelle Pflegeplanung ohnehin jeden Tag ermittelt, beziehungsweise aktualisiert werden muss.

Moderne digitale Assessmenttools werden hierfür in einigen Krankenhäusern bereits eingesetzt. Viele Häuser arbeiten intern nach wie vor mit der 1996 außer Kraft gesetzten Pflegepersonalregelung (PPR).

Der vzbv bedauert sehr, dass das Pflegepersonalstärkungsgesetz nicht genutzt worden ist, um den Einsatz eines modernen Instruments zur Erfassung des individuellen Pflegebedarfs von Patienten einheitlich für alle Krankenhäuser vorzuschreiben. Die stattdessen verfolgte komplexe Arithmetik anhand der aus den DRGs abgeleiteten „Pflegebelastung“ ist kein tauglicher Ersatz, da sie bestenfalls den unzureichenden Ist-Stand der pflegerischen Versorgung abbildet.

⁶ https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/PPUGV_RefE.pdf (01.10.2018)

3. ALTENPFLEGE

3.1 Videosprechstunde, Kooperationsverträge und Telematik

Der vzbv begrüßt ausdrücklich die vorgeschlagenen Gesetzesänderungen. Obligatorische Kooperationsverträge zwischen Vertragsärzten und Einrichtungen der Altenpflege können zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung für die Bewohner dieser Einrichtungen führen. Die schnelle Vermittlung innerhalb von drei Monaten durch die Kassenärztliche Vereinigung ist zu begrüßen, sie wird sich in der Praxis jedoch noch bewähren müssen. Dass Pflegebedürftige in der stationären Langzeitpflege bislang vielfach auf Grundlage der freiwilligen Kooperation unzureichend versorgt sind, zeigt sich unter anderem im aktuellen Pflegereport des Wissenschaftlichen Instituts der Allgemeinen Ortskassen (WIdO), welcher eine hohe Zahl an Antipsychotika-Verordnungen und eine hohe Rate an Krankenhaus-Einweisungen aufzeigte.⁷

Die Vorteile der vorgesehenen Kooperationsverträge liegen auf der Hand: Die Verantwortlichkeiten sind klar geregelt, die Wege für die pflegebedürftigen Menschen – welche diese vielfach nicht mehr auf sich nehmen können – entfallen. Dennoch ist damit das Problem der ärztlichen Versorgung Pflegebedürftiger nicht generell gelöst, sollte der Patient etwa zur Behandlung in der Praxis vorstellig werden müssen. Hierfür bedarf es einer Verbesserung der Regelungen für Krankentransporte in die Arztpraxen. Die Nutzung der Möglichkeiten von Videosprechstunden sieht der vzbv als zielführend an. Eine durch die Pflegebedürftigen freiwillige und somit ergänzende Nutzung dieser Möglichkeit muss jedoch gewährleistet bleiben. Die vorgesehene Evaluation der zahnärztlichen Versorgung ist ebenso zielführend.

Einen Anschluss der „Altenpflege“ an die Telematikinfrastruktur, welcher durch die vorgesehene Gesetzesänderung ermöglicht werden soll und den Ansatz zur Umsetzung eines Teilaspektes des Koalitionsvertrags (Z. 4506) darstellt, ist positiv zu bewerten. Der WIdO-Pflegereport assoziierte die Defizite in der ärztlichen Versorgung und Diagnostik nämlich mit der defizitären interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen ärztlicher und pflegerischer Versorgung.⁸ Den Zugriff auch für andere Heilberufe und an der Versorgung beteiligte Akteure auf die elektronische Patientenakte sieht der vzbv als richtig und unerlässlich an.

3.2 Zusätzliche Stellen in der Altenpflege

Der vzbv begrüßt, dass der Gesetzgeber bezüglich des Personalengpasses zusätzliche Stellen in der stationären Altenpflege schaffen will und damit die im Koalitionsvertrag (Z. 4458) angekündigte Zahl von 8.000 zusätzlichen Stellen deutlich übersteigt. Eine qualitativ hochwertige Pflege ist nur durch ausreichend qualifiziertes Personal zu leisten und ist auch aus Sicht pflegebedürftiger Verbraucher gut und richtig. Doch die aktuell vorgesehenen zusätzlichen Stellen können nur ein erster Schritt sein.

Nichtsdestotrotz bringt diese angekündigte Maßnahme Probleme mit sich. Das erste und kurzfristig schwer lösbare Problem muss im Versorgungsengpass gesehen werden. Es fehlt nicht in erster Linie an Personalstellen, sondern an Menschen mit dem Wunsch in der Pflege zu arbeiten. Das Pflөгethermometer 2018 ermittelte aktuell

⁷ Vgl. Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J., Schwinger, A. [Hrsg.]: Pflege-Report 2018, S. 113f., Berlin und Fulda.

⁸ Vgl. ebd.

14.000 unbesetzte Fachkraft-Vollzeitstellen und stellte fest, dass es zur Besetzung dieser Stellen – vor allem durch die hohe Teilzeitquote – rund 25.000 zusätzlicher und qualifizierter Menschen bedarf.⁹ Der reale Bedarf wird noch darüber hinausgehen. Die viel zitierte Engpassanalyse der Agentur für Arbeit zeigt auf der anderen Seite, dass keine Fachkräfte bereitstehen.¹⁰ Es bringt den Einrichtungen daher wenig, dass zusätzliche Mittel zum Abruf zur Verfügung stehen, wenn sie die Stellen nicht besetzen können. Positiv ist in dieser Hinsicht jedoch, dass die Abrufung des vorgesehenen Zuschlages langfristig angelegt, also nicht zeitlich befristet ist. Weiterhin wurde eine Ausweitung des Zuschlages nach dreimonatiger erfolgloser Fachkraftsuche vorgesehen. Dieses Vorgehen ist pragmatisch richtig und an den realen Umständen orientiert. Im Schnitt sucht eine Einrichtung 146 Tage (4,8 Monate) nach einer Fachkraft.¹¹ Daher ist eine Verschärfung dieser Frist auf sechs Monate zielführend, um die Bemühungen der Einrichtungen zu verstärken, tatsächlich eine zusätzliche Fachkraft anstatt einer Hilfskraft zu rekrutieren.

Ein zweites Problem liegt bei der Finanzierung. Es ist zu begrüßen, dass pflegebedürftige Verbraucher nicht zusätzlich belastet werden. Aber sie werden hierdurch nicht entlastet, da die Transferleistungen aus der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung außerhalb der Pflegesatzverhandlungen bleiben sollen und der Zuschlag so tatsächlich ein Mehr auf Seiten der Pflegeeinrichtungen bringt, aber voraussichtlich kein Weniger bei den Eigenanteilen der Pflegebedürftigen.

Kritisch sieht der vzbv, dass die im Gesetzesentwurf angenommenen Kosten von 640 Millionen Euro, „zur Unterstützung der Leistungserbringung der medizinischen Behandlungspflege“, zum einen mit hoher Wahrscheinlichkeit gar nicht kostendeckend bezüglich der in stationären Einrichtungen erbrachten Behandlungspflege sind. Zum anderen löst dieses Vorgehen nicht das strukturelle Grundproblem der Ungerechtigkeit, die durch die unterschiedlichen Finanzlogiken der beiden Systeme GKV und SPV für die Pflegebedürftigen erzeugt werden. Während diese im ambulanten Bereich durch die GKV kostendeckend beglichen werden, ist im stationären Sektor lediglich ein pauschaler Anteil an pflegebedingten Aufwendungen vorgesehen. Durch den Teilleistungscharakter der SPV muss der darüber hinausgehende Betrag von den Pflegebedürftigen selbst getragen werden. Somit bestimmt weiterhin der Ort der Leistungserbringung allein, ob die Kosten anteilig privat finanziert oder voll übernommen werden.

Die Kosten für medizinische Behandlungspflege in stationären Einrichtungen werden auf bis zu drei Milliarden Euro geschätzt, Rothgang schätzte bereits 2013 hierfür 2,3 Milliarden Euro¹². Ein Transfer der tatsächlichen Kosten der Behandlungspflege aus der GKV an die SPV in stationäre Einrichtungen ist durch eine ärztliche Verordnung analog der ambulanten Versorgung denkbar und kann so letztlich durch Berücksichtigung in den Pflegesatzverhandlungen zur Senkung der Eigenanteile beitragen.

Weiterhin muss an dieser Stelle angemerkt werden, dass sich die Stellenförderung lediglich auf stationäre Einrichtungen bezieht. Ein Engpass besteht jedoch gerade auch

⁹ Vgl. Isfort, M.; Rottländer, R.; Weidner, F.; Gehlen, D.; Hylla, J.; Tucman, D.: Pflege Thermometer 2018. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der stationären Langzeitpflege in Deutschland, S. 2, Köln.

¹⁰ Vgl. Bundesagentur für Arbeit, Blickpunkt Arbeitsmarkt – Fachkräfteengpassanalyse 2017, Nürnberg.

¹¹ Vgl. ebd.

¹² Rothgang, H., Müller, R.: Verlagerung der Finanzierungskompetenz für Medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen von der Pflege- in die Krankenversicherung 2013, S. 32, http://agp-freiburg.de/downloads/pflege-teilhabe/Reformpaket_Oekonomische_Expertise_Rothgang.pdf, 02.07.2018.

im ambulanten Bereich. Die Logik des Ausschlusses der ambulanten Einrichtungen gerade mit Blick auf den Versorgungsengpass in vielen ländlichen Regionen erschließt sich dem vzbv nicht.

Die Kosten für medizinische Behandlungspflege müssen grundsätzlich, also sektorübergreifend von der GKV getragen werden, um die Finanzierungsungerechtigkeiten zwischen ambulanter und stationärer Versorgung an dieser Stelle aufzuheben und die pflegebedürftigen Menschen in der stationären Versorgung finanziell zu entlasten. Darüber hinaus fordert der vzbv zur finanziellen Entlastung, die Leistungen des SGB XI dynamisch und zwar orientiert an der Personalkostenentwicklung regelmäßig anzupassen und den Kaufkraftverlust, der sich seit Einführung der Pflegeversicherung sukzessive entwickelt, endlich auszugleichen.¹³

3.3 Finanzierungen aus Ausgleichsfonds

Die vom Gesetzgeber vorgesehenen Maßnahmen, wie Verbesserungen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Investitionsanreize bezüglich digitaler Anwendungen und die Unterhaltung einer Datenauswertungsstelle zur Qualitätssicherung, sind zu begrüßen. Dennoch gibt der vzbv zu bedenken, dass die Finanzierung all dieser Maßnahmen nicht aus den Augen verloren werden darf. Der als Rücklage bzw. Finanzausgleichsfonds¹⁴ zwischen den Pflegekassen vorgesehene Ausgleichsfonds der SPV nach § 64 SGB XI, hat in den letzten Jahren immer mehr Finanzierungsaufgaben zugeschrieben bekommen. Die Liste umfasst mittlerweile die Finanzierung von Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der SPV, die Finanzierung der Geschäftsstelle Qualitätsausschuss und die vom Qualitätsausschuss zu erteilenden Aufträge nach § 113b SGB XI, die Förderung von Modellvorhaben für dementiell erkrankte Personen und die Förderung regionaler Netzwerke nach § 124 III S. 6 SGB XI zur Hälfte die wissenschaftliche Begleitung von Modellvorhaben zur Beratung und die Abführung der 0,1 Prozent der Beiträge an den Pflegevorsorgefonds.¹⁵

Hinzu treten nun die weiteren durch das Personal-Stärkungs-Gesetz vorgesehenen Aufträge:

- Finanzierung der Datenauswertungsstelle (dauerhaft)
- Maßnahmen zur Steigerung der Familienfreundlichkeit von Arbeitsplätzen in der Altenpflege (600 Millionen Euro in sechs Jahren)
- Anschub-Finanzierung digitaler Anwendungen (maximal 314 Millionen Euro in zwei Jahren)

Hinzu kommt, dass der Ausgleichsfonds ursprünglich als Rücklage auch die Aufgabe hatte, die Defizite der SPV auszugleichen. Im letzten Jahr belief sich das Defizit durch die Pflegereformen der letzten Legislaturperiode auf 2,423 Milliarden Euro¹⁶ – ein ähnliches Niveau kann auch für 2018 bis zur bereits angekündigten Beitragserhöhung 2019

¹³ Verbraucherzentrale Bundesverband: Pflegebedürftige finanziell entlasten, <https://www.vzbv.de/meldung/pflegebeduerftige-finanziell-entlasten>, 02.07.2018.

¹⁴ Vgl. Aufgaben des Ausgleichsfonds nach §§ 67 und 68 SGB XI.

¹⁵ Vgl. Udsching, P., Schütze, B., Bassen, A.: SGB XI Soziale Pflegeversicherung 2018, § 65 Rn. 5, beckonline.

¹⁶ Deutsche Bundesbank: Monatsbericht Mai 2018, S. 63, https://www.bundesbank.de/Redaktion/DE/Downloads/Veroeffentlichungen/Monatsberichte/2018/2018_05_monatsbericht.pdf?__blob=publicationFile, 29.06.2018.

angenommen werden. Damit sind die Rücklagen im Ausgleichsfonds 2017 auf 6,92 Milliarden Euro gesunken und werden weiterhin sinken¹⁷.

Die Auswirkungen der früheren und aktuellen Pflegereformen auf die Kostenentwicklung müssen in den Blick genommen werden. Daher müssen Maßnahmen zur Finanzierung ergriffen werden. Eine Verlagerung allein auf Verbraucher bzw. Pflegebedürftige ist dabei abzulehnen. Eine erste Option kann der Einsatz von Bundeszuschüssen für die weiteren Herausforderungen der alternden Gesellschaft sein. Ebenso kann kurzfristig eine Umwidmung des Pflegevorsorgefonds in Betracht gezogen werden.

3.4 Zuschuss für digitale Anwendungen

Der vzbv begrüßt ausdrücklich, dass digitale Anwendungen in der Altenpflege laut des vorliegenden Gesetzesentwurfes ausgebaut werden sollen. Digitalisierung trägt ein entlastendes Potenzial sowohl für Pflegebedürftige, pflegende Angehörige als auch für die professionell Pflegenden in sich. Kommunikation und damit Akteursvernetzung ist die Grundlage für ein professionelles Case-Management und könnte das Risiko von Versorgungslücken für pflegebedürftige Menschen senken. Auch bezüglich der Qualitätsverbesserung in Einrichtungen, beispielsweise zur Identifizierung systematischer Defizite, können digitale Lösungen in Dokumentation und Qualitätsprüfungen beitragen. Weiterhin können intelligente Überwachungssysteme das Pflegepersonal in seiner Arbeit unterstützen und entlasten. Es geht dabei explizit nicht um das Ersetzen von Menschen in der Pflege, sondern um Entlastung und Qualitätsverbesserung.

Der Gesetzesentwurf sieht hierzu eine Anreizfinanzierung vor. So kann pro ambulanter und stationärer Einrichtung ein einmaliger Zuschuss von bis zu 12.000 Euro in den Jahren 2019 bis 2021 geltend gemacht werden. Es ist jedoch qua Gesetz lediglich eine maximale Anteilsfinanzierung von 40 % vorgesehen. Es bleibt daher die berechtigte Frage, wer die restlichen Kosten an diesen Investitionen trägt. Der vzbv befürchtet, dass durch die Pflegeeinrichtungen die verbleibenden Kosten über die Investitionskosten (§ 82 II Nr. 1 SGB XI) auf die Pflegebedürftigen umgelegt werden. Generell sollten nach dem Prinzip der dualen Finanzierung des Pflegebetriebs für den Pflegebetrieb die Pflegekassen, für Unterkunft und Verpflegung die Pflegebedürftigen und für die Infrastruktur die Länder aufkommen.¹⁸ Da die Länder hier offenbar ihrer Versorgungsverantwortung aus § 9 SGB XI nicht gerecht werden, belaufen sich die vom Pflegebedürftigen zu tragenden Investitionskosten mittlerweile bereits auf bundesdurchschnittlich 401 Euro.¹⁹ Es ist nicht zu rechtfertigen, dass den pflegebedürftigen Verbrauchern derartige Kosten aufgelegt werden und diese nun durch die Investitionsanreize des Gesetzgebers noch stärker belastet werden könnten.

Der vzbv fordert den Gesetzgeber auf sicherzustellen, dass bei der Bezuschussung digitaler Anwendungen in der Altenpflege nicht den bereits stark finanziell belasteten Pflegebedürftigen die verbleibenden Kosten dieser Investitionen auferlegt werden. Die Länder müssen zur Übernahme ihrer Verantwortung angehalten werden, auch jenseits dieses aktuellen Gesetzesvorhabens.

¹⁷ https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/pflege/article/958656/aufgezerrte-ruecklagen-teuren-pflegereformen.html, 04.07.2018.

¹⁸ Vgl. Udsching, P., Schütze, B.: SGB XI Soziale Pflegeversicherung 2018, § 82 Rn. 2, beckonline.

¹⁹ Vgl. Rothgang, H., Müller, R., Runte, R., Unger, R.: Barmer-Pflegereport 2017. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, S. 29ff., Sieburg.