



BKK Dachverband e.V.

Mauerstraße 85

10117 Berlin

TEL (030) 2700406-200

FAX (030) 2700406-222

politik@bkk-dv.de

www.bkk-dachverband.de

Stellungnahme
des BKK Dachverbandes e.V.

vom 6. Juli 2018

zum

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

Inhalt

I.	Vorbemerkung	4
II.	Kommentierung im Detail	6
1)	Betriebliche Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Pflege	6
	Erhöhung des Richtwerts für Ausgaben nach § 20a und 20b SGB V	6
	Verpflichtende Ausgaben für Leistungen nach § 20b SGB V in Einrichtungen der Pflege.....	7
	Beratung durch die regionalen Koordinierungsstellen	9
	Nationale Präventionsstrategie	9
2)	Fortführung des Krankenhausstrukturfonds.....	10
	Verlängerung des Fonds und Erweiterung der Förderschwerpunkte	10
	Anpassungen der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung	11
	Finanzierung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds.....	12
3)	Verbesserung der Rahmenbedingungen für mehr Ausbildungsplätze in der Pflege 12	
	Ausbildungsfinanzierung im ersten Ausbildungsjahr.....	12
	Finanzierung der Ausbildung für alle im Krankenhausfinanzierungsgesetz genannten Ausbildungsberufe.....	13
	Wegfall der Obergrenze für Ausbildungsbudgets	13
	Förderung von Investitionen in Ausbildungsstätten durch den Krankenhausstrukturfonds	13
4)	Krankenhausindividuelle Vergütung von Pflegepersonalkosten.....	14
	Entwicklung eines neuen Systems zur Pflegepersonalkostenvergütung.....	14
	Vereinbarung eines Pflegebudgets	15
5)	Vollständige Finanzierung von Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal.....	16
6)	Weiterentwicklung des Pflegestellenförderprogrammes	17
7)	Pflicht zur elektronischen Übermittlung eines bestehenden Pflegegrades	17
8)	Fixkostendegressionsabschlag	18

9)	Finanzierung von Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf	19
10)	Finanzierung von 13.000 Pflegepersonalstellen im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen	20
	Finanzierung durch die Gesetzliche Krankenversicherung	24
	Wegekostenzuschläge in unterversorgten ländlichen Räumen	25
11)	Finanzierung/Investitionsförderung von Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf aus Mitteln der Sozialen Pflegeversicherung	27
12)	Finanzierung/Investitionsförderung von digitalen Anwendungen	27
13)	Finanzierung der Beratungsbesuche in der Häuslichkeit n. § 37 Abs. 3 SGB XI	28
14)	Beratungsbesuche in der Häuslichkeit n. § 37 Abs. 3 SGB XI	29
III.	Weiterer Änderungsbedarf	30
15)	Beratungsrechte der Krankenkassen	30

I. Vorbemerkung

Die Betriebskrankenkassen begrüßen eine Stärkung des Pflegepersonals ausdrücklich. Das Engagement zur Bekämpfung des Fachkräftemangels in der Pflege ist ein wichtiger Beitrag zum Erhalt einer qualitativ hochwertigen Pflege. Die Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Pflegekräften ist notwendig, um auch zukünftig dem Bedarf an Pflege entsprechen zu können. Die Schaffung von zusätzlichen Stellen in Einrichtungen der Altenpflege ist sachgerecht.

Die Betriebskrankenkassen befürworten eine **Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung** ausdrücklich und begrüßen daher auch die Erhöhung der Mindestausgaben für Leistungen nach § 20b SGB V. Hierbei sollte allerdings der Richtwert für Leistungen nach § 20 a und 20 b SGB V um die Erhöhung der Ausgaben nach § 20 b SGB V angepasst werden.

Die vorgesehenen verpflichtenden Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20 b SGB V für Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 SGB V und Einrichtungen nach § 71 Absatz 2 SGB XI sind hingegen nicht sachgerecht. Eine wirksame und nachhaltige Implementierung gesundheitsförderlicher Strukturen setzt zuallererst eine Bereitschaft auf Seiten der Einrichtungen voraus. Daher ist zwar die verpflichtende Einbeziehung der Unternehmensorganisationen, als Kooperationspartner der regionalen Koordinierungsstellen und Multiplikatoren in § 20 b SGB V Absatz 3, zu befürworten. Darüber hinaus sollte der Gesetzgeber aber zur Erreichung der Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege einen Schritt weitergehen und die Einrichtungen der Pflege zur Etablierung betrieblicher Gesundheitsförderung verpflichten. Schließlich besteht ohne eine Verpflichtung der Einrichtungen der Pflege das Risiko, dass die Krankenkassen die vorgesehenen Mittel aufgrund mangelnder Nachfrage nicht verausgaben können und die Gelder dann aufgrund ihrer Zweckbindung nicht für andere Branchen zur Verfügung stehen.

Überdies bleibt eine Fokussierung auf Einrichtungen nach § 71 Absatz 2 SGB XI im Bereich der Altenpflege zu hinterfragen. Auch in Einrichtungen der ambulanten Pflege nach § 71 Absatz 1 SGB XI besteht ein Bedarf am Aufbau gesundheitsförderlicher Strukturen.

Der vorgesehene Weg einer sozialversicherungsträgerübergreifenden Strategie zur Etablierung gesundheitsförderlicher Strukturen in Einrichtungen der Pflege ist ein erster wichtiger und richtiger Schritt. Die Betriebskrankenkassen plädieren für eine trägerübergreifende **Präventions- und Gesundheitsstrategie** mit dem Ziel der Förderung der Gesundheit und dem Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit – auch in Einrichtungen der Pflege. Ergebnisse sollten Eingang in die Bundesrahmenvereinbarungen als Grundlage der Landesrahmenvereinbarungen nach § 20 f SGB V finden und dadurch als Grundlage zur Umsetzung von Strategien zur Gesundheitsförderung in Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 und 2 SGB XI und § 107 Absatz 1 SGB V dienen.

Auch wenn die Betriebskrankenkassen Maßnahmen, die die Pflege und die Pflegekräfte stärken, grundsätzlich begrüßen, sehen sie für die im Krankenhausbereich vorgesehenen Regelungen durchaus Korrekturbedarf:

Es ist wird allseits als problematisch angesehen, dass die **Pflegerlöse der Krankenhäuser** aktuell nur teilweise für das Pflegepersonal verwendet werden. Die Einführung einer Verpflichtung zu einer zweckentsprechenden Mittelverwendung mit korrespondierenden Nachweispflichten sollte der vorgesehenen Herausnahme der Pflegepersonalkosten aus der DRG-Vergütung verbunden mit der Vereinbarung eines nicht mehr an Wirtschaftlichkeitsgrundsätze gebundenen Pflegebudgets jedoch vorgezogen werden.

Mit der beabsichtigten vollen Kostentragung der **Tarifsteigerungen** werden grundlegende Mechanismen von Tarifverhandlungen außer Kraft gesetzt und höhere Abschlüsse direkt an die Beitragszahler weitergegeben. Dabei wird die Kostenwirksamkeit der Tarifentwicklung derzeit bereits in diversen Mechanismen berücksichtigt.

Der Fokus des **Krankenhausstrukturfonds** sollte auf die Kernaufgabe, den Abbau von Überkapazitäten, fokussiert werden. Nach wie vor bestehende Überkapazitäten sind ein wesentlicher Grund für den aktuellen Personalmangel in der Pflege. Stattdessen werden die Fördermöglichkeiten zusätzlich erweitert und das auch auf Felder, die nicht in der Finanzierungszuständigkeit der GKV liegen sollten.

Eine zentrale Regelung des Referentenentwurfes und versorgungspolitisch grundsätzlich zu begrüßen ist die Schaffung von zusätzlichen Stellen in stationären Pflegeeinrichtungen. Die alleinige **Finanzierung** dieser Maßnahme in Höhe von 640 Mio. Euro jährlich durch die GKV ist zumindest gesellschafts- und ordnungspolitisch zu hinterfragen. Für die vorgesehene Mittelrekutierung erachten die Betriebskrankenkassen eine Umlage je Versicherten, wie dies der Referentenentwurf vorsieht, als sachgerecht. Es ist zudem sicherzustellen, dass die Umsetzung der Regelung wettbewerbsneutral, d.h. ohne Morbiditätsbezug, erfolgt. Diese ist gewährleistet, wenn die Krankenkassen eine Zuweisung je Versicherten erhalten. Die Betriebskrankenkassen plädieren diesbezüglich für ein einfaches und unbürokratisches Verfahren analog zum Vorgehen beim Innovationsfonds.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die in der **medizinischen Rehabilitation** angedachte Entlastung pflegender Angehöriger. Auf Grund der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung ist allerdings auch eine über Steuern finanzierte Lösung zu prüfen.

Zudem begrüßen wir angedachte Maßnahmen zur besseren Nutzung bereits bestehender gesetzlicher Möglichkeiten gemäß **§ 119 b SGB V** mit dem Ziel, die medizinische Versorgung von Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen zu verbessern, sowie deren Evaluation.

II. Kommentierung im Detail

1) Betriebliche Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Pflege

(zu Artikel 7 Nr. 1 bis 3 Änderungen §§ 20, 20b und 20d SGB V)

Erhöhung des Richtwerts für Ausgaben nach § 20a und 20b SGB V

(zu Artikel 7 Nr. 1a Änderung § 20 SGB V)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die vorgesehene Änderung. Der demographische und soziale Wandel sowie die veränderten Lebens- und Arbeitsbedingungen führen zu einem Anstieg von chronischen Erkrankungen und zu einer längeren Dauer von Krankheitszeiten. Deshalb ist es wichtig, dass der Gesetzgeber der betrieblichen Gesundheitsförderung einen höheren Stellenwert einräumt. Um die Bedeutung der Prävention und Gesundheitsförderung im Vergleich zur kurativen Medizin zu stärken, sollte der Richtwert für Prävention und Gesundheitsförderung von sieben Euro auf acht Euro erhöht werden. Viele Betriebskrankenkassen engagieren sich bereits stark in der Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung. Diesen BKK würde sich, unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots, ein größerer finanzieller Handlungsspielraum ergeben. Zudem würde vermieden, dass die Aufsichten ein gewünschtes Agieren beschränken.

Da verschiedene Studien auch auf die Notwendigkeit von Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitssituation in der ambulanten Pflege hinweisen, sollte auch die Arbeit der ambulanten Pflegefachkräfte im Rahmen des Pflegepersonalstärkungsgesetzes eine entsprechende Anerkennung erfahren. Die Tätigkeit in der ambulanten Pflege ist gekennzeichnet durch das mobile Arbeiten, so dass Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung aufgrund der gegebenen Organisations- und Betriebsstrukturen nur bedingt möglich sind.

Neben verhältnis- wie verhaltenspräventiven betrieblichen Gesundheitsaktivitäten sollten den Beschäftigten der ambulanten Pflegedienste im Rahmen der individuellen Prävention, Angebote zur Förderung ihrer individuellen Gesundheitskompetenz gemacht werden. Die ambulanten Pflegedienste können in dem Zusammenhang auf die wohnortnahen, qualitätsgesicherten Kurse der Zentralen Prüfstelle Prävention zurückgreifen.

Gewünschte Änderung – Artikel 7 Nr. 1 a:

Im Satz 1 wird der Richtwert “in Höhe von 7 EUR” auf “in Höhe von 8 EUR” geändert.

Verpflichtende Ausgaben für Leistungen nach § 20b SGB V in Einrichtungen der Pflege

(zu Artikel 7 Nr. 1b Änderung § 20 SGB V)

Mit einem professionell durchgeführten betrieblichen Gesundheitsmanagement können zentrale Problemstellungen in Einrichtungen der Kranken- und Altenpflege angegangen werden. Die Begleitung des Einführungsprozesses durch Externe, wie Krankenkassen, kann dazu beitragen, die Akzeptanz für Gesundheitsthemen in diesen Einrichtungen zu erhöhen. Die Erfahrung zeigt darüber hinaus, dass die Vorbereitung und die Implementierung qualitativ hochwertiger Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekte in Einrichtungen der Alten- und Krankenpflege, u.a. wegen der großen Zahl zu beteiligender Partner und der erforderlichen Abstimmungen, einen beträchtlichen Zeitaufwand erfordern. Auch müssen dafür notwendige Bereitschaft und Unterstützung von Seiten der Einrichtungen gegeben sein.

Der demografische und gesellschaftliche Wandel und die wachsenden Herausforderungen an Unternehmen und Beschäftigte betreffen nicht nur die Einrichtungen der Alten- und Krankenpflege, sondern sind unternehmens- und branchenübergreifend. Die betrieblichen Verantwortlichen, die Führungskräfte und die Beschäftigten müssen sensibilisiert und motiviert werden, im eigenem Interesse mehr in die Gesundheitsförderung und den Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit zu investieren. Die Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung der gesetzlichen Krankenkassen können lediglich eine Hilfe zur Selbsthilfe sein und sind für die Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen nicht verpflichtend.

Es ist jedoch nicht zielführend den gesetzlichen Krankenkassen ein Pflichtbudget für die betriebliche Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Kranken- und Altenpflege vorzuschreiben, wenn auf der anderen Seite kein Anreiz gesetzt wird (z.B. verpflichtender Nachweis im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen), einen nachhaltigen betrieblichen Gesundheitsprozess zu initiieren. Die politisch beabsichtigte Steuerungswirkung eines gesonderten BGF-Budgets für die Pflege droht so ins Leere zu laufen.

Darüber hinaus besteht ohne eine Verpflichtung der Einrichtungen der Pflege das Risiko, dass die Krankenkassen die vorgesehenen Mittel aufgrund mangelnder Nachfrage nicht verausgaben können und die Gelder aufgrund ihrer Zweckbindung nicht für die BGF-Nachfrage von Unternehmen und Einrichtungen anderer Branchen zur Verfügung stehen.

Nicht zuletzt ist eine Nachweisführung über die verpflichtende Verausgabung der BGF-Mittel in Einrichtungen der Alten- und Krankenpflege mit zusätzlichem bürokratischen Aufwand verbunden.

Zur Verbesserung der Bedingungen in den Einrichtungen der Alten- und Krankenpflege sollte im Rahmen der nationalen Präventionskonferenz eine trägerübergreifende Präventions- und Gesundheitsstrategie erarbeitet werden, und gemeinsam definierte Ziele ihren Niederschlag in den Bundesrahmenempfehlungen als Grundlage für die Weiterentwicklung der Landesrahmenvereinbarung finden.

Gewünschte Änderung – Artikel 7 Nr.1 b:

Der nach Satz 2 einzufügende Satz ist zu streichen.

Darüber hinaus sind für die verpflichtende Etablierung von betrieblichem Gesundheitsmanagements in den Einrichtungen der Pflege folgende Maßnahmen entscheidend:

- Die verpflichtende Berücksichtigung von Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements im Rahmen der Qualitätsberichte der Krankenhäuser. Diese Daten sollten die Grundlage einer kontinuierlichen Evaluation bilden
- Die verpflichtende Berücksichtigung von betrieblichem Gesundheitsmanagement in der Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.
- Die verpflichtende Berücksichtigung von betrieblichem Gesundheitsmanagement in der noch zu erlassenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zum Pflegeberufereformgesetz.
- Die verpflichtende Berücksichtigung von betrieblichem Gesundheitsmanagement in der Musterberufsordnung, sowie in der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte (Gesundes Führen).
- Die vollständige Verwendung der mit den Fallpauschalen erzielten Pflegeerlöse für das Pflegepersonal sowie die verbindliche Verknüpfung der Gewährung des Pflegezuschlags mit Nachweisen, dass die über den Pflegezuschlag zusätzlich bereitgestellten Mittel auch für die Verbesserung der Pflege und für Maßnahmen im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements eingesetzt werden.
- Im Rahmen der Finanzierung der ambulanten oder stationären Einrichtungen der Alten- und Krankenpflege muss über angemessene und konsequente Nachweispflichten sichergestellt werden, dass die bereitgestellten Mittel bei den in der Pflege Beschäftigten ankommen und nachweislich zur Entlastung der Pflegekräfte beitragen. Bei weiteren finanziellen Maßnahmen sowie bei der Refinanzierung von Tarifsteigerungen ist dies ebenfalls zu garantieren. Zur Sicherung und Erhöhung der Attraktivität des Pflegeberufes ist auch eine Erweiterung der medizinischen Kompetenzen des Pflegeberufs zu prüfen, um Entwicklungs- und Berufsperspektiven zu gewährleisten, auch dies trägt zu einer Erhöhung der Attraktivität des Pflegeberufes bei.
- Die verpflichtende Berücksichtigung des betrieblichen Gesundheitsmanagements bei der Zertifizierung von Einrichtungen der Rehabilitation.
- Einheitliche Regelungen in den Sozialgesetzbüchern IV, V, und XI für ein verpflichtendes betriebliches Gesundheitsmanagement in Pflegeeinrichtungen sind zu prüfen.
- Bei weiteren Maßnahmen zur Stärkung der Pflege und der Förderung von Pflegestellen ist ein betriebliches Gesundheitsmanagement kontinuierlich mitzudenken und zu verankern, um dem Pflegekräftemangel langfristig und nachhaltig entgegenzuwirken.
- Die Etablierung einer Fachkraft für betriebliches Gesundheitsmanagement zur nachhaltigen Gewährleistung gesundheitsförderlicher Strukturen in den Einrichtungen der Kranken- und Altenpflege und der Rehabilitation.

- Die Verpflichtung für Pflegeeinrichtungen zur Erhebung der gesundheitlichen Situation ihrer Mitarbeiter und Erarbeitung von Vorschlägen zur Verbesserung gesundheitsrelevanter Verhältnisse.

Beratung durch die regionalen Koordinierungsstellen

(zu Artikel 7 Nr. 2 a und b Änderung § 20b Absatz 3)

Eine zentrale Rolle bzgl. der Verbreitung des betrieblichen Gesundheitsmanagements kommt den Unternehmensorganisationen (örtlich, regional, Landes- und Bundesebene) zu. Deshalb begrüßen wir die Ergänzung, die Interessenvertretungen der Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 des Fünften Buches und der Einrichtungen nach § 71 Absatz 2 des Elften Buches als Multiplikatoren verbindlich einzubeziehen. Die Einrichtungen der Pflege sollten gleichzeitig verpflichtet werden, diese Angebote zur Etablierung betrieblicher Gesundheitsförderung anzunehmen. Jedoch sollten in dem Zusammenhang auch die Interessensvertretungen der ambulanten Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) berücksichtigt werden. Die ambulanten Pflegedienste bieten Familien Unterstützung und Hilfe im Alltag, damit pflegende Angehörige zum Beispiel Beruf und Betreuung besser organisieren können. Sie sind ein wichtiger Faktor bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf und sollten deshalb im Pflegepersonalstärkungsgesetz nicht außer Acht gelassen werden.

Die BGF-Koordinierungsstellen könnten zudem auch dafür genutzt werden, gemeinsam mit den Unternehmensorganisationen für mehr Gesundheitsmanagement in den Einrichtungen der Alten- und Krankenpflege zu werben.

Gewünschte Änderung: Artikel 7 Nr. 2 a und b

„(...) und insbesondere § 107 Absatz 1 des Fünften Buches und Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 und 2 des Elften Buches (...)“

„Die Träger nach Absatz 1 vereinbaren auch gemeinsame Ziele zur Erhaltung und zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit und zur Senkung des Krankenstands der Beschäftigten in Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 und Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 und 2 des Elften Buches.“

Nationale Präventionsstrategie

(zu Artikel 7 Nr. 3 Änderung § 20d Absatz 3 SGB V)

Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz haben nur begrenzte Einflussmöglichkeiten auf die Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 des Fünften Buches und die nach § 71 Absatz 2 des Elften Buches bei den für den Krankenstand maßgeblichen Faktoren (z.B. destruktiver Führungsstil, geringer Handlungsspielraum bei gleichzeitig hohem Workload) aktiv zu werden. Bis auf die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, die im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung rechtliche Schritte einleiten, können die Träger der gesetzlichen Kranken- und Rentenver-

sicherungen lediglich im Rahmen ihrer gesetzlichen Möglichkeiten positiv auf die für die Beschäftigten in den Einrichtungen Verantwortlichen einwirken. Die Entscheidung, welche Maßnahmen zur Senkung des Krankenstandes umgesetzt werden, liegt in der Hoheit der betreffenden Einrichtung, in der Fürsorgepflicht des Arbeitgebers.

Mit einer konsentierten Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie besteht die Chance, die sozialen und demographischen Herausforderungen mit allen Risiken und Chancen für die Zukunft trägerübergreifend zu beantworten. Mit dem Präventionsgesetz hat der Gesetzgeber bereits die Grundlage für eine nationale Präventionsstrategie geschaffen. Alle Akteure, sowohl die Sozialversicherungsträger als auch die privaten Krankenkassen sind dazu verpflichtet, an den Zielsetzungen der nationalen Präventionsstrategie zu arbeiten und ihre Aktivitäten zu dokumentieren. Die Träger der nationalen Präventionskonferenz sollten die Interessensvertretungen und die Politik dazu einladen, Ziele zur Verbesserung der Gesundheitssituation in den Einrichtungen der Alten- und Krankenpflege zu erarbeiten und gemeinsam Umsetzungsstrategien zu entwickeln.

Das jährliche Präventionsforum, welches die Fachöffentlichkeit und die zuständigen Akteure einbezieht, sollte dazu genutzt werden, sich über gelungene Praxisansätze auszutauschen, Lösungsansätze gemeinsam mit Vertretern von Einrichtungen der Alten- und Krankenpflege zu reflektieren und weiterzuentwickeln.

Die Krankenkassen würden die neuen Ziele der nationalen Präventionskonferenz in den Leitfa- den Prävention übernehmen können und darüber die Krankenkassen vor Ort sensibilisieren, mehr in die Einrichtungen der Alten- und Krankenpflege zu investieren. Die Dokumentation der Umsetzung erfolgt im jährlich erscheinenden Präventionsbericht der gesetzlichen Krankenversicherung.

Gewünschte Änderung: Artikel 7 Nr. 3

Anstelle von “zur Erhaltung und zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit und zur Senkung des Krankenstands ” sollte “zur Förderung der Gesundheit und zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit” stehen. Der Passus “zur Senkung des Krankenstands” ist zu streichen.

2) Fortführung des Krankenhausstrukturfonds

Verlängerung des Fonds und Erweiterung der Förderschwerpunkte

(zu Artikel 1 Nr. 1 bis 6: Änderungen des §§ 12a, 14, 17b, 17c, 18, und 28 KHG)

Ein Strukturwandel ist notwendig und die Betriebskrankenkassen begrüßen ausdrücklich die Verlängerung des Strukturfonds, der diesen unterstützen soll. Auch wird begrüßt und zudem ausdrücklich gefordert, die Länder weiterhin in die Finanzierungsverantwortung zu nehmen. Die neu eingeführte länderübergreifende Förderung wird ebenfalls von den Betriebskrankenkassen unterstützt.

Allerdings kann der Strukturfonds die mangelnde Investitionskostenfinanzierung der Bundesländer nicht kompensieren. Durch die Erweiterung der Förderschwerpunkte wird deutlich, dass zusätzliche Tatbestände finanziert werden sollen, die als investive Maßnahmen in die Verantwortung der Länder fallen. Das vorrangige Ziel des Kapazitätsabbaus wird damit nur noch ansatzweise bedient. Der Abbau von stationären Überkapazitäten muss jedoch primäres Ziel der aktuellen Gesundheitspolitik bleiben. Überkapazitäten binden unnötig Ärzte und Pflegekräfte. Gefördert werden sollten daher vorrangig Vorhaben, die unmittelbar und nachweislich zum Abbau von Überkapazitäten führen.

Die Finanzierung der Bildung von Zentren, integrierter Notfallstrukturen, telemedizinischer Netzwerkstrukturen und Aufbau von Krankenhausverbänden durch Mittel des Fonds wird daher kritisch gesehen. Auch die darüber hinaus verfolgten Ziele zur Verbesserung der informationstechnischen Sicherheit der Krankenhäuser und zur Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten dienen nicht dem eigentlichen Zweck des Fonds.

Darüber hinaus ist für die Betriebskrankenkassen nicht ersichtlich, weshalb der Gesetzgeber weiterhin keine Kostenbeteiligung beziehungsweise Aufstockung der Mittel durch die private Krankenversicherung vorsieht. Schließlich profitieren die Versicherten in der privaten Krankenversicherung durch den eigenleiteten strukturellen Wandel ebenfalls.

Anpassungen der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung

(zu Artikel 5 Nr. 1 bis 4: Änderungen der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Die Förderung von Konzentrationen unter qualitativen Aspekten wird durch die Betriebskrankenkassen begrüßt. Die genannte Aufführung ist jedoch um die Konzentration von Versorgungseinrichtungen, für die Vorgaben des G-BA nach § 136 Abs. 1 Nr. 2 SGB V gelten (Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität), erweiterbar.

Außerdem weisen die Betriebskrankenkassen darauf hin, dass unter den Förderschwerpunkten eine Priorisierung vorgenommen werden sollte. Dazu sollte ein nach Verwendungszweck hierarchisiertes Bewertungssystem für die einzelnen Anträge etabliert werden, das die Anträge priorisiert und die Mittelvergabe danach ausrichtet.

Transparenz über die Förderung durch den Krankenhausstrukturfonds wird befürwortet. Angesichts des inzwischen sehr umfangreichen Volumens von zwei Milliarden Euro aus Beitragsgeldern bzw. dem Gesundheitsfonds über einen Zeitraum von vier Jahren sollte wie auch beim Innovationsfonds eine Evaluation erfolgen.

Finanzierung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds

(Artikel Nr. 11 Änderung §271 SGB V)

Die Betriebskrankenkassen weisen darauf hin, dass auch die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nicht unbegrenzt zur Finanzierung von Vorhaben herangezogen werden kann. Bereits absehbare, weitere Entnahmen aus der Liquiditätsreserve sowie die Umsetzung des Einkommensausgleichs, der aus der Erfahrung der letzten Jahre mit Defiziten für den Gesundheitsfonds verbunden ist, lassen bereits aus heutiger Sicht die Prognose zu, dass eine zusätzliche Entnahme von zwei Mrd. EUR zu einem Absinken der Liquiditätsreserve unter das gesetzlich vorgeschriebene Mindestniveau führen werden. Die Folge wäre eine zusätzliche Belastung der Mitglieder der GKV, weil die Liquiditätsreserve wieder auf das erforderliche Mindestmaß aufgefüllt werden müsste. Es ist daher zu überlegen, ob die Fortführung und Ausweitung des Krankenhausstrukturfonds nicht anderweitig, etwa über Steuermittel, finanziert werden sollte.

3) Verbesserung der Rahmenbedingungen für mehr Ausbildungsplätze in der Pflege

Ausbildungsfinanzierung im ersten Ausbildungsjahr

(zu Artikel 2 Nr. 1: Änderung des § 17a KHG)

Es wird begrüßt, die Ausbildung zu stärken. Dem unterschiedlichen Entlastungspotenzial von Auszubildenden in Abhängigkeit ihres Ausbildungsstandes sollte durch differenzierte Anrechnungsschlüssel je Ausbildungsjahr Rechnung getragen werden. Dazu sollten die bestehenden Anrechnungsschlüssel überprüft und nach neuer Logik sachgerecht ermittelt sowie differenziert abgebildet werden. Dies wäre außerdem deshalb sachgerecht, weil auch Auszubildende im zweiten und dritten Lehrjahr im Vergleich zueinander in einem unterschiedlichen Umfang pflegerische Leistungen übernehmen. Eine Streichung des Anrechnungsschlüssels, der bisher die Arbeitsleistung von Auszubildende über alle drei Lehrjahre hinweg pauschal im Mittel berücksichtigt, nur für Auszubildende des ersten Lehrjahres vorzunehmen, müsste folglich zu einer Erhöhung der pauschalen Anrechnung für das zweite und dritte Lehrjahr führen.

Der BKK Dachverband regt daher an, die vorgesehene Regelung zeitlich zu befristen und die Vertragsparteien auf Bundesebene zu beauftragen, bis zum 31.12.2019 nach Ausbildungsjahren differenzierte Anrechnungsschlüssel zur Ermittlung der Mehrkosten der Auszubildenden ab 2020 zu vereinbaren.

Finanzierung der Ausbildung für alle im Krankenhausfinanzierungsgesetz genannten Ausbildungsberufe

(zu Artikel 2 Nr. 1: Änderung des § 17a KHG)

Der BKK Dachverband befürwortet grundsätzlich das Ziel des Gesetzgebers, die Ausbildung für Auszubildende attraktiver zu gestalten. Die in diesem Zusammenhang formulierte Klarstellung, dass eine Finanzierung der Ausbildungsbudgets für alle im KHG genannten Berufsgruppen zu erfolgen hat, kann daher durch die Betriebskrankenkassen nachvollzogen werden.

Der BKK Dachverband weist an dieser Stelle jedoch darauf hin, dass er hinsichtlich der finanziellen Auswirkungen der Regelung - anders als der Gesetzgeber - nicht von einer kostenneutralen Umsetzung ausgeht. Vielmehr ist erwartbar, dass nach Inkrafttreten des Gesetzes sehr zeitnah Vergütungen für weitere Ausbildungsberufe gezahlt werden, die dann kostenwirksam zu Lasten der GKV zu finanzieren sind. Der BKK Dachverband schätzt die jährlichen Mehrausgaben der GKV auf mehr als 200 Mio. Euro. Gleichzeitig bedarf es einer Klarstellung, dass bei der Ermittlung der Mehrkosten der Auszubildenden ebenfalls eine Anrechnung der durch die Auszubildenden erbrachten Tätigkeiten zu erfolgen hat.

Wegfall der Obergrenze für Ausbildungsbudgets

(zu Artikel 2 Nr. 1: Änderung des § 17a KHG)

Grundsätzlich ist die beabsichtigte Regelung geeignet, um sicherzustellen, dass die Ausbildungsbudgets auch entsprechend der tatsächlichen Kostenzuwächse vereinbart und finanziert werden. Dies birgt jedoch die Gefahr, die Maßgabe der Wirtschaftlichkeit zukünftig unberücksichtigt zu lassen und sichert eine umfassende Finanzierung trotz unwirtschaftlicher Strukturen oder Betriebsführung zu Lasten der Beitragszahler. Gleichzeitig ist diese Regelung weder Garant für eine höhere Qualität der Ausbildung, noch setzt sie Anreize für junge Menschen zur Aufnahme einer entsprechenden Ausbildung.

Förderung von Investitionen in Ausbildungsstätten durch den Krankenhausstrukturfonds

(zu Artikel 1 Nr. 1: Einfügung des § 12a KHG)

Kritisiert wird, dass die Mittel des Krankenhausstrukturfonds auch für Investitionen in Ausbildungsstätten genutzt werden sollen. Das vorrangige Ziel, Beitragsmittel zur Reduktion von Krankenhausüberkapazitäten zu nutzen, wird damit nicht verfolgt. Vielmehr entlässt es die Länder aus ihrer Finanzierungsverantwortung.

4) Krankenhausindividuelle Vergütung von Pflegepersonalkosten

Entwicklung eines neuen Systems zur Pflegepersonalkostenvergütung

(zu Artikel 2 Nr. 2: Änderung des § 17b KHG)

Mit der geplanten Herausnahme der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-Vergütungssystem soll eine bessere Berücksichtigung der Pflegepersonalkosten im Rahmen der Krankenhausfinanzierung sichergestellt werden. Die aktuellen Herausforderungen der Pflegepersonalkostenvergütung liegen aus Sicht der Betriebskrankenkassen jedoch nicht in der Mittelbereitstellung. Hierzu sichert das DRG-System zwar pauschalierend, aber leistungsorientiert und sachgerecht kalkuliert eine angemessene Vergütung. Ergänzt wird diese durch zahlreiche Vergütungs- und Finanzierungselemente (z.B. Pflegezuschlag, Pflegestellenförderprogramm, Zusatzentgelte für hochaufwendige Pflege von Erwachsenen und Kindern, Zusatzentgelte für erhöhten Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten), die den patienten- bzw. krankenspezifischen Finanzierungsbedarf berücksichtigen. Vielmehr ist es problematisch, dass die Erlöse der Krankenhäuser nur teilweise für das Pflegepersonal aufgewendet werden. Zwingend ist daher die Verpflichtung zur zweckentsprechenden Mittelverwendung in Verbindung mit einer konsequenten Nachweispflicht.

Eine Abkehr vom DRG-System in seiner bisherigen Ausgestaltung ist daher aus Sicht der Betriebskrankenkassen keinesfalls notwendig. Vielmehr wäre es möglich, den Pflegeanteil im Fallpauschalenkatalog gesondert auszuweisen und somit transparent darzustellen, welche Pflegeerlöse den jeweiligen Krankenhäusern zufließen. Diese müssten dann zweckentsprechend verwendet werden. Ergänzt werden könnte dies um ein Zuschlagsmodell, das die bisherige DRG-Vergütung um einen Zuschlag für Krankenhäuser mit „überdurchschnittlich guter Pflege“ erweitert.

Grundsätzlich stehen die Betriebskrankenkassen nicht nur der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System kritisch gegenüber, sondern halten die vom Gesetzgeber avisierte Zeitschiene für mehr als ungeeignet, um eine neue Art der Pflegepersonalkostenvergütung zu entwickeln. Gleichzeitig bedarf auch die Etablierung einer neuen Budgetfindung und Abrechnung angemessenen zeitlichen Vorlaufs. So werden beispielsweise im Rahmen des Datenaustausches und in der Abrechnungssoftware umfangreiche Anpassungen notwendig.

Sollte der Gesetzgeber an der Einführung einer geänderten Pflegepersonalkostenvergütung festhalten, sehen die Betriebskrankenkassen daher die Notwendigkeit, diese hilfsweise ab dem 01.01.2021 vorzusehen. Damit wäre auch sichergestellt, dass die vom InEK vorzunehmende Kalkulation der geminderten DRG-Fallpauschalen auf eine ganzjährige Kalkulationsgrundlage abstellen kann. Diese auf Hochrechnung der Halbjahresdaten des Jahres 2019 vorzunehmen,

scheint nicht sachgerecht und bedarf einer nachträglichen Überprüfung mittels der Datengrundlage des Gesamtjahres sowie einer Korrekturmöglichkeit.

Vereinbarung eines Pflegebudgets

(zu Artikel 8 Nr. 4: Einfügung des § 6a KHEntgG)

Grundsätzlich sehen die Betriebskrankenkassen im aktuellen DRG-System eine sachgerechte Systematik zur qualifizierten Finanzierung von Krankenhausleistungen. Die Notwendigkeit der Entwicklung eines neuen Systems zur Pflegepersonalkostenvergütung in Verbindung mit Regelungen zur Vereinbarung eines Pflegebudgets zur krankenhausesindividuellen Vergütung von Pflegepersonalkosten wird nicht gesehen (vgl. Ausführungen zu Artikel 2 Nr. 2).

Kritisiert wird die vom Gesetzgeber in diesem Zusammenhang formulierte Auffassung, dass die dem einzelnen Krankenhaus entstehenden Pflegepersonalkosten ohne Einschränkung als wirtschaftlich im Sinne des § 12 SGB V gelten sollen. Da dem Krankenhaus damit der Anreiz zu (betriebs-)wirtschaftlichem Handeln genommen wird, sehen die Betriebskrankenkassen die Notwendigkeit, den geplanten § 6a Abs. 2 S. 7 KHEntgG zu streichen. Gleichzeitig bedarf es einer Klarstellung, dass Prämienzahlungen zur Abwerbung von Pflegekräften aus anderen stationären Einrichtungen nicht als Teil der Pflegepersonalkosten in das Pflegebudget einfließen dürfen. Ansonsten würden Kannibalisierungseffekte zwischen Krankenhäusern untereinander bzw. zwischen Krankenhäusern und Altenpflegeeinrichtungen mit Mitteln der GKV gefördert.

Grundsätzlich zu befürworten ist der Ansatz des Gesetzgebers, zukünftig die zweckentsprechende Mittelverwendung zu bestimmen und in Verbindung mit Bestätigungs- und Nachweispflichten auch die Rückzahlung von nicht zweckentsprechend verwendeten Mitteln vorzusehen. Dabei sollten die Nachweise nicht nur vom Wirtschaftsprüfer testiert, sondern auch von der Arbeitnehmervertretung des Krankenhauses bestätigt werden. Ebenfalls sollten diese eine vergleichende Betrachtung von Pflegevollkräften in der Patientenversorgung sowie von Pflegevollkräften außerhalb der direkten Patientenversorgung zulassen. Nur so ist Transparenz darüber sichergestellt, ob durch die Anreize der IST-Pflegepersonalfinanzierung Aufgabenverschiebungen innerhalb des Krankenhauses zu Lasten des Pflegepersonals stattfinden, die nicht zur Verbesserung der Pflege oder zur Entlastung von Pflegepersonal beitragen.

Um eine tatsächliche Entlastung des Pflegepersonals zu erreichen, ist es notwendig, dass das Krankenhaus bei Mengensteigerung nachweist, dass es die Anzahl der Pflegevollkräfte mindestens im selben Verhältnis erhöht, wie die Gesamtpfegelast durch die Mehrleistungen steigt. Ist dies dem Krankenhaus nicht möglich, haben die Vertragspartner vor Ort die zu vereinbarte

Leistungsmenge entsprechend zu beschränken. Ebenfalls sollte eine Mengengrenzung vorgesehen werden, wenn die Anzahl der Pflegevollkräfte in einem Krankenhaus in einem höheren Maß sinkt als die Pflegelast.

5) Vollständige Finanzierung von Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal

(zu Artikel 8 Nr. 8: Änderung des § 10 Abs. 5 KHEntgG)

Die Kostenwirksamkeit der Tarifentwicklung wird in diversen Mechanismen (Verhandlungen zum Landesbasisfallwert, Orientierungswert unter Anwendung der Meistbegünstigungsklausel) bereits berücksichtigt. Die geplante vollständige Tarifrefinanzierung für das Pflegepersonal durch die GKV bedeutet, dass Tarifverträge ausschließlich zu Lasten Dritter (der Beitragszahler) abgeschlossen werden. Dies setzt die bisherigen Tariffindungsmechanismen vollständig außer Kraft. Gleichzeitig setzt es Anreize für unterschiedlich hohe Entwicklungen zwischen dem maßgeblichen Tarifvertrag für das Pflegepersonal und den Tarifverträgen für die übrigen nichtärztlichen Beschäftigten sowie den ärztlichen Beschäftigten. Diese sind weder inhaltlich, noch gemessen am Tätigkeitsspektrum argumentierbar und verändern die etablierten Gehaltsgefüge zwischen den Berufsgruppen innerhalb der Krankenhäuser. Den daraus resultierenden Erwartungshaltungen an entsprechend vergleichbaren Anpassungen des Vergütungsniveaus werden sich sowohl Arbeitgeber als auch Politik stellen müssen.

Es wird begrüßt, dass die zusätzlichen Finanzmittel explizit für das Pflegepersonal einzusetzen sind und dazu eine Nachweispflicht vorgesehen ist. Dies ist insbesondere auch für Krankenhäuser notwendig, deren individuelle Tarifierhöhung unterhalb der Erhöhungsrates des als Berechnungsgrundlage zur Ermittlung der Tarifrates angewandten Tarifvertrages liegt.

In der Konsequenz ist es ebenfalls vollkommen sachgerecht, dass der Gesetzgeber für Mittel, die nicht zweckentsprechend verwendet werden, ein Rückzahlungsverfahren vorsieht, dessen nähere Ausgestaltung von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbaren ist.

Unplausibel und nicht sachgerecht ist aus Sicht der Betriebskrankenkassen die Auffassung des Gesetzgebers, dass von einer zweckentsprechenden Mittelverwendung auch dann auszugehen ist, wenn das Krankenhaus mit den zusätzlichen Finanzmitteln zusätzliches Pflegepersonal einstellt oder vorhandene Teilzeitstellen aufstockt. Hier wird explizit eine Doppelfinanzierung von Personal ermöglicht, dass bereits über den Finanzierungstatbestand des Pflegestellenförderprogramms abgegolten wird.

6) Weiterentwicklung des Pflegestellenförderprogrammes

(zu Artikel 8 Nr. 2: Änderung des § 4 Abs. 8 KHEntgG)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen es, die Neueinstellung und Aufstockungen von Teilzeitstellen für Pflege am Bett weiterhin zu fördern. Derzeit werden die vorhandenen Mittel des laufenden Pflegestellenförderprogramms jedoch nicht vollständig durch die Krankenhäuser abgerufen. Ob ein zukünftig geplanter Verzicht auf den Eigenanteil der Krankenhäuser und die Obergrenze zu einer deutlich besseren Ausschöpfung der Mittel führt, wird vor dem Hintergrund des Pflegefachpersonalmangels bezweifelt. Angesichts der vom Gesetzgeber geplanten Entwicklung eines neuen Systems zur Pflegepersonalkostenvergütung kann die erweiterte Fortführung des Pflegestellenförderprogramms nur als Übergang bis zum Inkrafttreten der Pflegepersonalfinanzierung über ein hausindividuelles Pflegebudget verstanden werden.

Es wird begrüßt, dass die Mittel des laufenden Pflegestellenförderprogrammes nicht in den Pflegezuschlag überführt werden, sondern diese weiterhin dem einzelnen Krankenhaus verbleiben. Somit kann weiterhin eine zweckentsprechende Mittelverwendung gewährleistet werden. Dies setzt allerdings voraus, dass die Anzahl der Vollkräfte des einzelnen Krankenhauses nicht unter das im Zeitraum des laufenden Pflegestellenförderprogramm vorgehaltene Personal sinkt. Bei einer Stellenbesetzung im Jahr 2019 unterhalb des Niveaus des Vorjahres ist nicht nur die Finanzierung der Wiederaufstockung der abgebauten Stellen auszuschließen, vielmehr ist gesetzlich sicherzustellen, dass die im Rahmen des laufenden Pflegestellenförderprogramms finanzierten Mittel nur in dem Umfang beim Krankenhaus verbleiben, wie dieses sie weiterhin zweckentsprechend für vereinbarte Stellen einsetzt. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel haben nicht beim Krankenhaus zu verbleiben und sind zurückzuzahlen.

Grundsätzlich sollte der Gesetzgeber prüfen, ob gesetzliche Maßnahmen zur Aufstockung von Pflegepersonal in Krankenhäusern zur Folge haben könnten, einen Wettbewerb der Krankenhäuser um das Abwerben der Fachkräfte untereinander oder aus Einrichtungen der Altenpflege zu forcieren.

7) Pflicht zur elektronischen Übermittlung eines bestehenden Pflegegrades

(zu Artikel 7 Nr. 12: Ergänzung des § 301 SGB V)

Eine Unterstützung der Krankenhäuser bei der Informationsbeschaffung zum tatsächlichen Pflegeaufwand ist den Krankenkassen bisher aufgrund fehlender datenschutzrechtlicher Be-

rechtigungen nicht möglich. Die Schaffung einer verbindlichen Rechtsgrundlage zur Datenübermittlung an die Krankenhäuser ist daher für die Betriebskrankenkassen nachvollziehbar. Die Abrechnung der ab dem Jahr 2018 aufgenommenen Zusatzentgelte für erhöhten Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (ZE162 und ZE163) verursacht aus den Erfahrungen der Betriebskrankenkassen heraus aber bisher auch keine relevanten operativen Konflikte zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern.

Begrüßt wird, dass die beabsichtigte Neuregelung konkrete Vorgaben zum Zeitpunkt der Datenübermittlung macht und auf zu diesem Zeitpunkt bestehende Pflegegrade abstellt. Dies sichert eine für alle Seiten möglichst aufwandsarme Prozessgestaltung. Gleichzeitig schafft die Regelung die notwendigen Rahmenbedingungen für den zügigen Abschluss einer Vereinbarung der Vertragsparteien zur elektronischen Übermittlung.

8) Fixkostendegressionsabschlag

(zu Artikel 8 Nr. 2: Änderung des § 4 Abs. 2a(neu) KHEntgG
i.V.m Artikel 8 Nr. 8: Streichung des § 10 Abs. 13 KHEntgG)

Das Ziel des Gesetzgebers, den Verwaltungsaufwand und das Konfliktpotenzial im Zusammenhang mit der Vereinbarung des Fixkostendegressionsabschlages auf Landes- und Ortsebene zu senken, wird durch die Betriebskrankenkassen ausdrücklich befürwortet. Es wird daher begrüßt, den Fixkostendegressionsabschlag dauerhaft durch den Gesetzgeber festzulegen und nicht jeweils landesbezogen jährlich durch die Vertragspartner in den Ländern vereinbaren zu lassen. Insbesondere vor dem Hintergrund, die Vereinbarung von höheren Fixkostendegressionsätzen sowie längeren Abschlagsdauern zukünftig gesetzlich auszuschließen, halten es die Betriebskrankenkassen für sachgerechter, den Abschlagswert für das Jahr 2019 oberhalb der vom Gesetzgeber geplanten 35 Prozent zu normieren.

Gleichzeitig ist es zwingend angezeigt, mit Inkrafttreten des neuen Systems zur Pflegepersonalkostenvergütung den Fixkostendegressionsabschlag erhöhend anzupassend. Mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen wird ein hoher Anteil variabler Kostenbestandteile zukünftig separat vergütet, was zu einem höheren Fixkostenanteil der übrigen Fallpauschalen führt. Dies gilt es unbedingt durch den Gesetzgeber zu berücksichtigen.

Grundsätzlich bekennen sich die Betriebskrankenkassen jedoch ausdrücklich zu schlanken und leicht operationalisierbaren Regelungsinhalten zum Fixkostendegressionsabschlag als zentrales Mengensteuerungsinstrument der Krankenhausfinanzierung. So ist es zwingend notwendig,

auch die Vielzahl von Ausnahmetatbestände zu verschlanken. Nur so können die methodischen Schwierigkeiten bei der Berechnung des korrekten Fixkostendegressionsabschlags verringert und Bürokratie sowie Streitpotenzial abgebaut werden, um damit grundsätzliche Verhandlungshemmnisse zu minimieren. Diese führen derzeit noch zu erheblichen Verzögerungen der Budgetverhandlungen.

So ist es für die Betriebskrankenkassen sachgerecht, insbesondere den Ausnahmetatbestand für krankenhausplanerisch ausgewiesene Zentren zu streichen. Kostennachteile, die durch die Wahrnehmung krankenhausübergreifender Aufgaben entstehen, werden außerhalb der Fallpauschalenvergütung finanziert und damit ausgeglichen. Kostenvorteile, die dem Krankenhaus im Rahmen der Erbringung der reinen Behandlungsleistung durch degressive Effekte entstehen, brauchen derzeit allein aufgrund der Zentrumsausweisung nicht anteilig an die Beitragszahler weitergegeben werden. Dies ist inhaltlich keinesfalls sachgerecht.

Ebenfalls könnte mit der Streichung der Ausnahmetatbestände für

- Leistungen mit abgesenkten oder abgestuften Bewertungsrelationen,
- nicht mengenanfällige Leistungen und
- Leistungsverlagerungen

ein erheblicher Beitrag für eine weniger komplizierte Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlags geleistet werden.

9) Finanzierung von Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf

(zu Artikel 8 Nr. 2: Einfügung des § 4 Abs. 8a KHEntgG)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die Zielstellung des Gesetzgebers, den Pflegeberuf attraktiver zu machen und durch Maßnahmen zur besseren Vereinbarung von Familie und Beruf die Neueinstellungen sowie die Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von Pflegepersonal zu fördern. Fraglich ist dabei jedoch, inwieweit es Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung sein kann, diese strukturellen Verbesserungen der Beschäftigungsbedingungen für das Pflegepersonal zu finanzieren.

Gleichzeit hat die GKV für die Jahre 2003 bis 2009 jährlich bereits zusätzliche Mittel bereitgestellt, um Verbesserungen der Arbeitszeitbedingungen zu finanzieren. Diese Mittel sind ab dem Jahr 2010 Bestandteil der Landesbasisfallwerte und fließen den Krankenhäuser somit jährlich weiterhin zu.

Offen lässt der Gesetzgeber im aktuellen Regelungsentwurf, welche inhaltliche Arten von Maßnahme förderfähig sind, die das Krankenhaus mit Arbeitnehmervertretung abschließen kann. Dass die reine Zielsetzung Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu verbessern als Fördervoraussetzung ausreichend ist, kann zu wirkungslosen Maßnahmen und Mitnahmeeffekten führen. Eine konkrete Definition von förderfähigen Vorhaben ist entsprechend dringend erforderlich. Im Rahmen der Nachweisführung ist es zwingend, die kostenseitige Abgrenzung entsprechender Arbeitgeberangebote sicherzustellen. Hierzu hat der Bericht des Jahresabschlussprüfers eine entsprechende Differenzierung vorzusehen, der den Kostenanteil für Pflegepersonal am Bett ausweist. Gleichzeitig bedarf es einer gesetzlichen Klarstellung, dass soweit die in der Betriebsvereinbarung festgelegten und mit dem zusätzlichen Betrag finanzierten Maßnahmen nicht umgesetzt werden, die Mittel ganz oder teilweise zurückzuzahlen sind.

10) Finanzierung von 13.000 Pflegepersonalstellen im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen

(zu Artikel 7 Nr.4, Artikel 10 Nr. 2 Änderung § 37 SGB V und Änderung § 8 SGB XI)

Der BKK Dachverband begrüßt grundsätzlich das Anliegen des Gesetzgebers, auch im Bereich der Altenpflege und damit im Bereich der Pflegeversicherung eine bessere Personalausstattung zu fördern. Auch hinsichtlich der konkret avisierten zusätzlichen 13.000 Pflegestellen unterstützen die Betriebskrankenkassen den grundsätzlichen Anspruch, dass etwaige zusätzliche Stellen nicht zu einer zusätzlichen finanziellen Belastung der Pflegebedürftigen bzw. der Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen führen sollen.

Allerdings ist aus Sicht des BKK Dachverbandes der hier eingeschlagene Finanzierungsweg aus diversen Gründen zu hinterfragen:

Die Verzahnung zweier grundsätzlich divergierender versorgungspolitischer Problemstellungen (Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen und Finanzierung von zusätzlichen Pflegestellen) über eine Quersubventionierung kann vor dem Hintergrund vermeintlich üppiger Finanzreserven der GKV sinnvoll erscheinen. Problematisch ist jedoch, dass auf dieser inhaltlich verkürzten Grundlage die künstliche Sektorengrenze zwischen GKV und SPV auch im stationären Setting zunehmend verstetigt wird, während die damit verbundenen versorgungspolitischen Probleme nicht überwunden werden. Dieses Vorgehen entspricht zudem in der Praxis weder einem ganzheitlichen pflegefachlichen Ansatz, noch dem umfassenden Verständnis von Pflegebedürftigkeit, welche durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB XI in der Versorgung gelebt werden soll.

Auch die bislang artikulierten Fehlanreize hinsichtlich des Gleichbehandlungsgrundsatzes, welche sich aus der Trennung der Finanzierungsverantwortung der medizinischen Behandlungspflege für Pflegebedürftige in Abhängigkeit vom Versorgungssetting ergeben, werden hierbei nicht nachhaltig aufgelöst. Zudem erfolgt eine Bereinigung innerhalb der stationären Pflegesätze n. § 85 SGB XI und damit in der Pflegeversicherung zugunsten des Querfinanzierungsgedanken nicht, wobei die Ungleichverteilung des ggf. generierten Pflegepersonals innerhalb des stationären Settings ebenfalls zu neuen Verwerfungen hinsichtlich der Gleichbehandlung führen wird.

Verschärft wird die Situation dadurch, dass für die zusätzlichen 13.000 Pflegestellen allein die stationären Pflegeeinrichtungen adressiert sind, während sich die Personalsituation im ambulanten Bereich den gleichen Herausforderungen ausgesetzt sieht und in der Folge weiter zuspitzen wird.

Die Komplexität, die sowohl der Fachkräftemangel in der Pflege als auch die Trennung der Finanzierungsverantwortung der medizinischen Behandlungspflege für pflegebedürftige Menschen in Abhängigkeit zum Versorgungssetting mit sich bringen, verlangen nach separaten Lösungsstrategien

Für die Bekämpfung des Fachkräftemangels in der Pflege und die damit verbundene unterstützende Finanzierung von zusätzlichen Pflegestellen – welche nach Auffassung der Betriebskrankenkassen als gesamtgesellschaftliche Aufgaben wahrzunehmen sind – sollte zwingend ein Bundeszuschuss an die Pflegeversicherung und damit eine Finanzierung aus Steuermitteln geprüft werden. Hinsichtlich der Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege für pflegebedürftige Versicherte ist hingegen eine eigenständige und umfassendere Lösungsstrategie anzustreben, welche aus Sicht des BKK Dachverbandes globaler angelegt sein muss. In diesem Kontext sollte sich der gesetzgeberische Lösungs- bzw. Finanzierungsansatz zwingend am Begriff der Pflegebedürftigkeit i. S. d. SGB XI orientieren, damit die pflegefachliche Versorgung und der sozialpolitische Anspruch mit Blick auf die Versorgungsgerechtigkeit – über alle Pflege settings hinweg – ineinandergreifen.

Wird allerdings der im Referentenentwurf vorgesehene Finanzierungsansatz in seinen Grundsätzen beibehalten, steht einerseits aus Sicht der Betriebskrankenkassen die vorgesehene Ausgestaltung in gänzlichem Widerspruch zur bestehenden Systematik der Pflegeversicherung. Andererseits ist die praktische Umsetzung der Regelungen weder schlüssig noch nachvollziehbar. So ist die Verortung des Vergütungszuschlags im § 8 Abs. 6 SGB XI (Artikel 10 Nr. 2) aus Sicht des BKK Dachverbandes problematisch. Nur im Rahmen der etablierten Pflegesatzverhandlungen n. § 85 SGB XI auf der Landesebene besteht Transparenz hinsichtlich der erforder-

lichen Berechnungsparameter (Platzzahl, Auslastungsgrad, Belegungsstruktur, Personalschlüssel etc.). Mit der im Referentenentwurf vorgenommenen faktischen Trennung vom Pflegesatzverfahren bestünde an dieser Stelle zudem keine Möglichkeit zum Personalabgleich und damit zur Überprüfung des zweckgebundenen Einsatzes der entsprechenden Mittel, der aber aus Sicht des BKK Dachverbandes zwingend notwendig ist.

Zusätzlich problematisch scheint aus unserer Sicht die Tatsache, dass gerade angesichts der aktuellen Fachkräftesituation – welche sich auch kurzfristig nicht verändern und daher Gegenstand der Konzertierte Aktion Pflege sein wird – vollstationäre Pflegeeinrichtungen oft nicht in der Lage sind, die in den Pflegesätzen verhandelten Personalschlüssel vorzuhalten. Insofern sind an dieser Stelle zwingend entsprechende Rückzahlungs- und Sanktionsmechanismen notwendig, um den zielgerichteten Einsatz der Mittel zu sichern und die angedachte Förderstrategie nicht ad absurdum zu führen.

Daneben ist das im Referentenentwurf vorgeschlagene und bislang in § 8 Abs. 6 SGB XI verortete Procedere, die Auszahlung des Zuschlags einheitlich über eine Pflegekasse vor Ort auszuführen, organisatorisch aufwändig und dürfte zudem zu Intransparenz führen. Wir schlagen daher analog dem erfolgreich praktizierten Vergütungszuschlag für das zusätzliche Betreuungspersonal gem. § 43b SGB XI i. V. m. § 84 Abs. 8 und § 85 Abs. 8 SGB XI eine Auszahlung durch die Pflegekassen mit jeder Rechnung über vollstationäre Pflegeleistungen vor. Insofern bietet sich für die Verortung der angedachten Finanzierung ebenfalls eine Regelung in § 84 SGB XI an.

Zusätzlich ist die Verortung der Finanzierungsregelungen in § 37 Abs. 2a SGB V zu hinterfragen, denn die dahinterstehende Logik passt rechtssystematisch nicht. So ist mit der Refinanzierung immer eine Leistung bzw. ein Leistungsanspruch des Versicherten verbunden, der in diesem Fall fehlt. Aus dieser Perspektive wäre die Finanzierungsverpflichtung der Krankenkassen im sechsten Kapitel des Elften Sozialgesetzbuches zu verorten.

Nach Auffassung des BKK Dachverbandes ist zudem die angedachte Verteilung der geförderten Pflegestellen differenzierter zu bewerten, denn sie berücksichtigt die Einrichtungsgröße nur unzureichend und wirkt daher ungleichmäßig. Außerdem findet die tatsächliche Auslastung der Pflegeeinrichtung bislang in der Konstellation des Referentenentwurfs keine Erwähnung. Während beispielsweise für eine Einrichtung mit 41 Plätzen eine zusätzliche Stelle finanziert werden soll, trifft dies für eine Einrichtung mit 80 Plätzen gleichermaßen zu, welche allerdings aufgrund ihrer Größe mit deutlich mehr Pflegeaufwand konfrontiert sein dürfte. Insofern bietet es sich an, die Verteilung der zusätzlichen Personalstellen linear und damit zielgenauer und gerechter vorzunehmen. Die derzeit verfügbare statistische Anzahl von rund 929.000 Pflegeplätzen (Pflegestatistik 2015: 928 939) könnte hierbei zugrunde gelegt und die avisierten 13.000 Pflegestellen entsprechend verteilt werden, womit eine Stelle auf rund 71 Pflegeplätze

anzurechnen und mithin bezogen auf einen Pflegeplatz 0,014 Vollzeitäquivalente ergeben. Insofern hätte mit Anwendung des Faktors 0,014 als gesetzliche Maßgabe eine Einrichtung mit 41 Pflegeplätzen einen Anspruch auf 0,6 Vollzeitkräfte und eine Einrichtung mit 80 Plätzen Anspruch auf 1,1 Vollzeitkräfte. So wird eine gerechtere und auch zielgerichtete Verteilung der zusätzlichen 13.000 Pflegestellen erreicht.

Ferner ist in diesem Zusammenhang die Finanzierungsbeteiligung der Versicherungsunternehmen zu hinterfragen, welche die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt. Gemäß der bisherigen Systematik der Pflegerversicherung bemisst sich deren Anteil auf 10 Prozent an den sich jeweils ergebenden Kosten. Allerdings wird im Zuge der Finanzierung der 13.000 zusätzlichen Pflegestellen hiervon abgewichen und eine konkrete Anteilssumme von jährlich 44 Millionen Euro festgeschrieben. Da dies angesichts des offenbar angedachten Gesamtvolumens von 684 Millionen Euro einen Anteil von rund 6,4 Prozent für die privaten Versicherungsunternehmen bedeuten und angesichts der systematisch üblichen Finanzierung eine Unterdeckung bedeuten würde, schlägt der BKK Dachverband eine entsprechende Anpassung der Finanzierungssystematik vor.

Eine, aus unserer Sicht grundsätzliche Klärung, wäre bezüglich des Gesamtvolumens zu treffen. Hier ist einerseits die Gesetzesbegründung zu nennen, die von 13.000 Stellen a 50.000 Euro ausgeht und sich somit auf ein Gesamtvolumen von 650 Mio. beläuft. Andererseits wäre angesichts Artikel 7 Nr. 4 § 37 Abs. 2a SGB V unter Hinzunahme eines Anteils von 10 Prozent durch die PKV von einem Gesamtvolumen von 684 Mio. auszugehen.

Gewünschte Änderung – Artikel 10 Nr. 2:

§ 8 Abs. 6 (neu) wird gestrichen.

Dem § 84 wird folgender Absatz 9 angefügt:

„(9) Vollstationäre Pflegeeinrichtungen erhalten als Ergänzung zur Pflegevergütung nach dem achten Kapitel abweichend von Absatz 4 Satz 1 auf Antrag einen Vergütungszuschlag zur Unterstützung der Leistungserbringung der medizinischen Behandlungspflege. Die Gewährung des Vergütungszuschlags setzt voraus, dass die Pflegeeinrichtung über zusätzliches Pflegepersonal verfügt, welches über das nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhaltende Personal hinausgeht. Die dafür vorgesehenen finanziellen Mittel der Krankenkassen nach § 37 Absatz 2a des Fünften Buches und der privaten Versicherungsunternehmen nach Absatz 9 Satz 2 werden vom Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung verwaltet.“

Der Anspruch für die Einrichtungen wird auf der Grundlage des Faktors 0,014 Vollzeitäquivalente pro Pflegeplatz berechnet.

Der Vergütungszuschlag ist von den Pflegekassen monatlich zu zahlen und wird zum 15. eines jeden Monats fällig. Pflegebedürftige dürfen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden. § 85 Absätze 3 bis 7 gelten entsprechend. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bestimmt das Nähere für die Antragstellung. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 31. Dezember 2019 und danach jährlich über die Zahl der durch diesen Zuschlag finanzierten Pflegekräfte einschließlich der Ausgabenentwicklung.“

§ 54a SGB XI wird wie folgt neu gefasst:

„Zur Abgeltung der Vergütungszuschläge der Pflegekassen nach § 84 Absatz 9 dieses Buches leisten die Krankenkassen jährlich einen Zuschuss von 684 (585) Millionen Euro und die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, beteiligt mit jeweils einem Anteil von 10 Prozent an diesen Kosten, an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erhebt eine Umlage gemäß dem Anteil der Versicherten der Krankenkassen an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen bei seinen Mitgliedern. Das Nähere zum Umlageverfahren und zur Auszahlung an die Pflegeversicherung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. 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. Die zur Abgeltung der Vergütungszuschläge der Pflegekassen nach § 84 Absatz 9 dieses Buches erhobenen Mittel sind zweckgebunden. Sie dürfen nicht dem Finanzausgleich nach § 66 SGB XI zugeführt werden.“

Finanzierung durch die Gesetzliche Krankenversicherung

(zu Artikel 7 Nr. 4 Änderung § 37 SGB V)

Sofern der Gesetzgeber an seiner Vorstellung festhält, die zusätzlichen, in stationären Pflegeeinrichtungen angestrebten Stellen aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu finanzieren, erachten die Betriebskrankenkassen eine Umlage je Versicherten, wie dies der Referentenentwurf in Umsetzung der Eckpunkte vorsieht, als sachgerecht. Eine pauschale Umlage je Versicherten sorgt für eine faire Aufteilung der Belastungen auf die gesetzlichen Krankenkassen.

Es ist zudem sicherzustellen, dass die Umsetzung der Regelung wettbewerbsneutral erfolgt. Das ist nur möglich, wenn diese Ausgaben bei den Zuweisungen an die Krankenkassen je Versicherten, d.h. ohne Morbiditätsbezug, erfolgen. Dies wäre unmittelbar möglich, wenn eine separate Buchungsstelle zur Buchung der entsprechenden Aufwendungen bei den Krankenkassen eingerichtet würde, die im Rahmen des Morbi-RSA dem Bereich der nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben zugeordnet wird. Eine entsprechende Klarstellung des Gesetzgebers sollte zumindest in der Begründung des Gesetzentwurfes vorgesehen werden.

Die Betriebskrankenkassen plädieren darüber hinaus für ein einfaches und unbürokratisches Verfahren: Die Mittel könnten dem Gesundheitsfonds, analog zum Vorgehen beim Innovationsfonds, für jedes Jahr in zwölf gleichen Teilbeträgen entnommen werden. Die monatlichen Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen zur Finanzierung der nicht morbiditätsbezogenen Ausgaben würden dann entsprechend je Versicherten um einen pauschalen Betrag gemindert. Zu Ende eines Jahres ist zusätzlich festzustellen, ob die von den Krankenkassen aufgewandten Mittel zur Finanzierung der zusätzlichen Pflegestellen auch tatsächlich vollständig ausgeschöpft wurden. Nicht ausgeschöpfte Mittel sollten den Krankenkassen entsprechend rückerstattet werden.

In jedem Fall muss sichergestellt sein und geprüft werden, dass der bei den stationären Pflegeeinrichtungen in diesem Zusammenhang in Ansatz gebrachte Mehraufwand auch tatsächlich entstanden ist. In diesem Zusammenhang muss auf eine branchenübliche Vergütung unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten geachtet werden.

Wegekostenzuschläge in unterversorgten ländlichen Räumen

(zu Artikel 7, Nr. 8 und Artikel 10 Nr. 14 Änderung § 132a SGB V und § 89 SGB XI)

Der BKK Dachverband stellt zur angedachten „besseren Honorierung der Wegezeiten im ländlichen Raum“ insbesondere im Vergütungsbereich der häuslichen Krankenpflege fest, dass angesichts der avisierten Verortung im § 132a SGB V und damit auf der Bundesebene im Zusammenspiel mit dem beschriebenen methodischen Vorgehen zur Ermittlung eines etwaigen Zuschlags die angedachte Regelung nicht sachgerecht ist. Gleiches gilt für die entsprechende Regelung in § 89 Abs. 3 S. 3, welche direkt auf die oben genannte Regelung Bezug nimmt.

So sind die methodischen Anforderungen an die Entwicklung (und eine kontinuierliche Aktualisierung!) eines differenzierten Systems auf der Bundesebene, entsprechend den Maßgaben der Begründung zu Art. 7, Nr. 8 (Bevölkerungsdichte, Feststellung unterversorgte Gebiete, Integration der Empfehlungen der Landespflegeausschüsse, bzw. regionaler Ausschüsse) sehr

umfangreich und stehen damit konkret im Widerspruch zum ebenfalls in der Begründung genannten Anspruch „unbürokratisch“ als Wegekostenzuschlag gewährbar zu sein. Die Entwicklung eines solchen Systems ist aus Sicht der Betriebskrankenkassen faktisch nur durch ein wissenschaftliches Institut mit einschlägiger fachlicher Expertise zu erarbeiten und dürfte unabhängig davon (inkl. Ausschreibung und anschließender Vereinbarung) deutlich mehr Zeit in Anspruch nehmen, als der Referentenentwurf an dieser Stelle vorsieht. Außerdem dürfte ein solch komplexes System, wie es hinsichtlich der zu berücksichtigenden Kriterien in der Begründung zu entnehmen ist, schwerlich allgemeingültig auf der Bundesebene zwischen den Vereinbarungspartnern im Rahmen des § 132a SGB V zu vereinbaren sein, zumal hier als Konfliktlösungsmechanismus eine Schiedsstelle nach § 132a Abs. 2 SGB V vorgesehen ist. Insofern ist die Entwicklung eines der Intention des Referentenentwurfs folgenden Systems durch die Vertragspartner auf Bundesebene aus Sicht des BKK Dachverbandes nicht zielführend.

Fachlich und auch rechtssystematisch folgerichtig wäre die Etablierung des o.g. Systems über die Vertragspartner auf Landesebene. So könnten die intendierten regionalen Gegebenheiten und Bedarfe im Sinne einer passgenauen und wirksamen Lösung für unterversorgte bzw. ländliche Gebiete angemessen berücksichtigt und daher im Bedarfsfall gezielt wissenschaftlich unterlegt werden. Auf diesem Weg könnten dann auch die Landespflegeausschüsse bzw. regionale Ausschüsse unproblematisch mit eingebunden werden. Dies wäre auch rechtssystematisch kongruent, da die Zuschläge für längere Wegezeiten lt. Referentenentwurf auch in § 89 Abs. 3 SGB XI verankert werden sollen und sämtliche Regelungsinhalte desselben auch ausschließlich auf der Landesebene angelegt sein müssen.

Zusätzlich sei zum Sachverhalt angemerkt, dass schon jetzt Wegekostenzuschläge bei der Versorgung von Versicherten in unterversorgten ländlichen Gebieten möglich sind, wie folgerichtig auch in der Begründung zu Art. 7, Nr. 8 festgestellt wird und wie entsprechend auch von den Vertragspartnern auf Landesebene verfahren wird.

Gewünschte Änderung: Artikel 7 – Nr. 8

§ 132a Abs. 1 S. 6 (neu) wird gestrichen.

Artikel 10 – Nr. 14

§ 89 Abs. 3 S. 3 (neu) wird gestrichen.

11) Finanzierung/Investitionsförderung von Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf aus Mitteln der Sozialen Pflegeversicherung

(zu Artikel 10, Nr. 2 Änderung § 8 SGB XI)

Der BKK Dachverband begrüßt ausdrücklich die Zielsetzung, individuelle und gemeinschaftliche Betreuungsangebote zu fördern, die den Anforderungen von Schicht-, Wochenend- und Feiertagsarbeit Rechnung tragen. Auch in anderen Branchen in denen in Schichten sowie an Wochenenden und Feiertagen gearbeitet wird, wird auf Länderebene an entsprechenden Lösungen gearbeitet.

Die Finanzierung der Kindertageseinrichtungen und damit auch deren Förderung z.B. im Rahmen von Landesprogrammen zum Kita Ausbau (Bspw. in Berlin „Auf die Plätze, Kita, los!“) regelt laut Sozialgesetzbuch (SGB) VIII das jeweilige Landesrecht. Hier beteiligen sich je nach Bundesland Land, Landkreise und Gemeinden unterschiedlich. Das bedeutet die Verantwortung für den bedarfsgerechten Ausbau und die Finanzierung von Betreuungsangeboten liegt grundsätzlich bei den Ländern.

Die soziale Pflegeversicherung sichert gem. § 1 Abs. 1 SGB XI als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung in erster Linie das Lebensrisiko der Pflegebedürftigkeit ab, daher ist es nicht sachgerecht, den Ausbau von speziellen Betreuungsangeboten – welche allerdings angezeigt sind – aus den Mitteln der sozialen Pflegeversicherung zu fördern, zumal die Finanzierungsverantwortung an dieser Stelle eindeutig adressiert ist, wie oben beschrieben wurde.

Wir schlagen daher analog dem Kinderförderungsgesetz (KiföG) von 2008 ein von Bund und Ländern getragenes Förderprogramm vor, bei dem insbesondere der bedarfsgerechte Ausbau von Betreuungsangeboten für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Pflegeeinrichtungen gefördert wird.

Gewünschte Änderung:

Artikel 10 – Nr. 2

§ 8 Absatz 7 (neu) wird gestrichen.

12) Finanzierung/Investitionsförderung von digitalen Anwendungen

(zu Artikel 10, Nr. 2 Änderung § 8 SGB XI)

Der BKK Dachverband begrüßt grundsätzlich, dass die Implementierung digitaler Anwendungen in der stationären und ambulanten Pflege durch Zuschüsse gefördert werden soll. Der entscheidende Schritt, Entlastungspotentiale in der Pflege zu heben, ist aus unserer Sicht jedoch nicht allein die Überführung von analog zu digital, sondern die Vernetzung von digitalen Anwendungen, wie beispielsweise die digitale Vernetzung von Pflegeeinrichtungen, Haus-/Fachärzten und Apotheke oder eben auch die bereits in § 105 Abs. 2 SGB XI avisierte elektronische Abrechnung von Kranken- bzw. Pflegekasse und ambulanten Pflegediensten. Erst dadurch ergeben sich aus Sicht der Betriebskrankenkassen die vom Gesetzgeber gewünschten nachhaltigen Entlastungseffekte. Deshalb spricht sich der BKK Dachverband dafür aus, explizit und ausschließlich Investitionen mit diesem Ziel zu fördern.

Hierbei sei angemerkt, dass die Ausstattung der Einrichtungen mit z.B. EDV-Grundausstattung in erster Linie in der Verantwortung der jeweiligen Träger bzw. auch in der jeweiligen Investitionsförderung der Bundesländer liegt und eine Finanzierung über die Pflegeversicherung deshalb dem Grunde nach nicht sachgerecht ist. Auch die Finanzierung von „Aus- Fort und Weiterbildung in der Altenpflege“ ist bereits über Vergütungsvereinbarung berücksichtigt und wäre an dieser Stelle als eine Doppelfinanzierung zu werten.

Um zusätzlichen Verwaltungsaufwand zu vermeiden und vorhandene Strukturen zu nutzen, ist es deshalb sinnvoll, konkrete Förderprojekte im Sinne einer digitalen Weiterentwicklung im Rahmen von Pflegesatzverhandlungen festzulegen. Auch sollten durch den „Rest“ der Anteilfinanzierung von 40 Prozent Versicherte nicht zusätzlich belastet werden. Dementsprechend wäre die folgende Anpassung des Referentenentwurfs notwendig.

Gewünschte Änderung: Artikel 10 – Nr. 2

§ 8 Absatz 8 (neu) wird wie folgt geändert:

Nach Satz 2 wird folgender Satz 3 eingefügt:

„§ 82 Abs. 2, 3 und 4 gilt nicht.“

13) Finanzierung der Beratungsbesuche in der Häuslichkeit n. § 37 Abs. 3 SGB XI

(zu Artikel 11, Nr. 4 Änderung § 37 Abs. 3)

In der Praxis zeigen sich Probleme in der Umsetzung und Gewährleistung der für den entsprechenden Pflegegrad notwendigen Beratungsbesuche. Deshalb ist aus unserer Sicht eine wissenschaftliche Evaluation der Umsetzung und Inanspruchnahme der Beratungsbesuche angezeigt. Um unnötigen Verhandlungs- und Verwaltungsaufwand zu vermeiden, empfiehlt sich eine bürokratiearme Lösung, bei welcher der Gesetzgeber aufgrund der Erkenntnisse aus der Evaluation die Vergütung auf der Bundesebene anpasst und um das Verfahren weiter zu vereinfachen, einen vom Pflegegrad unabhängigen Vergütungssatz festlegt.

Alternativ wäre denkbar, dass auf Landesebene ein Höchstbetrag vereinbart wird, der für alle Institutionen die Beratungsbesuche durchführen gleichermaßen gilt. Auch so könnten Verwaltungs- und Verhandlungsaufwand minimiert werden.

14) Beratungsbesuche in der Häuslichkeit n. § 37 Abs. 3 SGB XI

(zu Artikel 11 Nr. 4 Änderung § 37 SGB XI)

Der BKK Dachverband begrüßt ausdrücklich die Verstetigung eines effektiven begleitenden Beratungssystems unter Einbindung der Pflegekasse, entspricht sie doch der Intention des Gesetzgebers auch bei der Pflege durch eine ehrenamtliche Pflegeperson ein Mindestmaß an Qualität sicher zu stellen. (vgl. Begründung zu Art. 10, Nr. 4a). Dabei ist der angedachte Hinweis an die Pflegekasse, dass eine weitergehende Beratung angezeigt ist – mit Blick auf das zu berücksichtigende Datenschutzerfordernis – ein erster richtiger Schritt im Sinne einer „Alarmfunktion“.

In der Versorgungspraxis zeigen sich jedoch unterschiedliche Konstellationen in denen der Versicherte bzw. ein/eine Betreuer/in Bevollmächtigte/r keine Einwilligung zu einer umfassenden Mitteilung gegeben hat – jedoch dringender Handlungsbedarf hinsichtlich einer „Sicherstellung der Pflege“ besteht.

Mit Blick auf die o.g. unterschiedlichen Konstellationen ist zumindest eine zweigliedrige Unterscheidung zu treffen:

Im Falle einer direkten Nichteinwilligung durch den Versicherten selbst – im Vollbesitz seiner kognitiven Fähigkeiten – ist die Weitergabe detaillierter Angaben datenschutzrechtlich ausgeschlossen. Eine differenziertere Bewertung erfordert aus unserer Sicht Konstellationen, bei denen der Versicherte nur „indirekt“ nicht einwilligen kann (dies also entlang des „mutmaßlichen Willens“ durch Betreuer/in oder Bevollmächtigte/n geschieht). In diesem Fall ist die Vulnerabilität und auch die Möglichkeit einer Verzerrung des tatsächlichen Willens des Versicherten

durch die/den Betreuer/in oder Bevollmächtigte/n deutlich höher. Deshalb wäre hier zu prüfen, inwieweit in diesen Fällen zur Sicherstellung der Pflege konkretere Informationen zum Problemgegenstand notwendig sind, um eine wirksame und für den Versicherten hilfreiche Beratung durch die Pflegekasse sicher zu stellen.

Hier ist der im Referentenentwurf angedachte Hinweis an die Pflegekasse, dass eine weitergehende Beratung angezeigt ist – mit Blick auf das zu berücksichtigende Datenschutzerfordernis – ein erster richtiger Schritt im Sinne einer „Alarmfunktion“. Allerdings löst diese Herangehensweise nicht das Problem, dass in der Pflegeberatungspraxis gerade angesichts einer „nicht-sichergestellten Pflege“ komplexe Fragestellungen zur Problemlösung angezeigt sind, welche aber aufgrund der Unkenntnis der Pflegeberater zum konkreten Problemgegenstand schwierig zu ergründen sein dürften und damit einer schnellen und nachhaltigen Problemlösung im Weg stehen.

III. Weiterer Änderungsbedarf

15) Beratungsrechte der Krankenkassen

Über die im Entwurf vorgesehenen Regelungen zur Pflegberatung besteht aus Sicht der Betriebskrankenkassen weiterer Ergänzungsbedarf betreffend der Beratungsrechte der gesetzlichen Krankenkassen. Nach § 1 Satz 4 SGB V haben die gesetzlichen Krankenkassen die Pflicht, gesundheitliche Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten zu fördern. Sie sollen hierfür die Versicherten durch Aufklärung und Beratung bei der aktiven Mitwirkung an Krankenbehandlung und der Verhinderung von Krankheit und Behinderung unterstützen. Dem nachzukommen ist den Krankenkassen unter den derzeitigen gesetzlichen Regelungen nicht möglich.

In der Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI und der Hospiz- und Palliativ-Beratung gemäß § 39b SGB V wurde diese Inkonsistenz bereits aufgehoben, sodass die individuelle Beratung in Fragen der eigenen Gesundheit, der Leistungserbringung sowie der Prävention von Erkrankungen erfolgen kann.

Auch in anderen Bereichen besteht Bedarf an individueller Beratung, die durch die Neuregelung in § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 18 sichergestellt wird. Hierzu ist eine Einwilligung des Versicherten in die zweckgebundene Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten einzuholen. Diese Einwilligung kann der Versicherte jederzeit widerrufen.

Besonders vor dem Hintergrund, dass der Referentenentwurf „Zweites Datenschutz-Anpassungs- und –Umsetzungsgesetz EU“ die Ergänzung des § 284 SGB V um einen Absatz 5 (neu) vorsieht, ist eine Klarstellung in § 284 SGB V Absatz 1 Satz 1 Nummer 18 (neu), zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben durch die Krankenkassen, erforderlich. Dies stellt zugleich die Intention sicher, dass der Versicherte Souverän seiner Daten ist.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 06.07.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals

Gewünschte Änderung: Änderung § 284 SGB V – Absatz 1 Satz 1 Nummer 18 (neu):

„(1) Die Krankenkassen dürfen Sozialdaten für Zwecke der Krankenversicherung nur erheben und speichern, soweit diese für (...)

18. die individuelle Beratung des Versicherten mit dessen Einwilligung in die zweckgebundene Verarbeitung der ihn betreffenden personenbezogenen Daten (...)

erforderlich sind.“