BDPK
Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.

06.07.2018

Stellungnahme zum
Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals
(Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz – PpSG)

A. Vorbemerkung

Es ist zu begrüßen, dass die Bundesregierung mit den Maßnahmen des Gesetzentwurfs die Pflegekräfte in Krankenhäusern entlasten will. Voraussetzung dafür ist die Einstellung von zusätzlichen Pflegekräften, die nur gelingen kann, wenn die Finanzierung verlässlich sichergestellt ist.

Dafür sieht der Gesetzentwurf kurzfristige Maßnahmen zur Stärkung der Pflege ab 2018 vor wie das weiterentwickelte Pflegestellenförderprogramm und den vollen Tarifausgleich. Diese Maßnahmen sind geeignet, die Situation der Pflege durch Neueinstellungen zu verbessern.

Die Ausgliederung der Pflegekosten aus den Fallpauschalen ab 2020 wird allerdings keinen darüber hinausgehenden Nutzen für die Einstellung von zusätzlichen Pflegekräften in den Krankenhäusern haben. Diese ist im Ergebnis lediglich eine ordnungspolitisch fragwürdige Wiedereinführung des Selbstkostendeckungssystems für die Pflegepersonalkosten, die das DRG-System zerstören, ohne dass es dafür eine sinnvolle Alternative gäbe.

Die Vorstellung des Gesetzgebers, sich dabei zum einen ausschließlich auf examinierte Pflegekräfte und zum anderen nur auf deren Tätigkeit unmittelbar am Patienten fokussieren zu können, ist praxisfern und nicht sinnvoll organisierbar. Dies erfordert theoretische und praxisferne Festlegungen, die mit der Realität der Patientenversorgung im Krankenhaus nicht in Übereinstimmung zu bringen sind.

- Jeder Pflegeassistent schafft durch seine Tätigkeiten (Essenausgabe, Bettendesinfektion, Transportdienste zu Untersuchungen) Freiräume für die Tätigkeit examinierter Pflegekräfte am Patienten. Die Krankenhäuser sind vielmehr dringend auf diesen Personalmix angewiesen, um die examinierten Pflegekräfte zu entlasten. Der Versuch, examinierte Pflege und Pflegeassistenz zu trennen, birgt die Gefahr, dass examinierte Pflegekräfte zukünftig wieder weniger qualifizierte Tätigkeiten übernehmen müssen.
- Die Rückkehr zur Selbstkostendeckung wird die erreichten Fortschritte zur sinnvollen und qualifikationsgerechten Arbeitsteilung rückgängig machen. Sie nimmt Krankenhäusern Anreize zur sinnvollen organisatorischen Weiterentwicklung und stoppt Innovationen. Warum sollte ein Krankenhausträger in moderne

Infrastruktur wie Robotics oder pflegeentlastende IT investieren, wenn er stattdessen subventionierte Pflegefachkräfte einstellen kann?

- Die Fokussierung auf tagesbezogene Pflegekostenerstattung stoppt den medizinisch sinnvollen und politisch gewollten Anreiz zur Verkürzung der Verweildauern. Diese sind schon heute im internationalen Vergleich deutlich länger. In der Folge würden mehr Krankenhausbetten benötigt.

Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen betonte in seinem kürzlich veröffentlichten Gutachten kritisch: „Eine Vergütung der Pflegekosten analog zum früheren Selbstkostendeckungsprinzip beinhaltet zahlreiche Risiken“.[1] Besonders bedenklich ist, dass trotz der vorgesehenen Ausgliederung ein bundeseinheitlicher Pflegeerlöskatalog als Abrechnungsinstrument entwickelt werden soll, der offensichtlich einen Leistungsbezug für Pflegekosten vorsieht. Hierdurch würden unvereinbare Elemente unterschiedlicher Finanzierungssysteme vermischt. Die im Referentenentwurf vorgesehene Streichung des Pflegezuschlags wird von uns abgelehnt. Sie würde der Krankenhausversorgung ab dem Jahr 2020 jährlich 500 Millionen Euro entziehen und wäre konträr zum Ziel der Verbesserung der Situation der Pflege.

Sollte trotz dieser Risiken an der Neuregelung festgehalten werden, empfehlen wir dringend den Zeitraum zur Vorbereitung des Systemwechsels, um mindestens ein Jahr bis zum Jahr 2021 zu verlängern.

Ein besonderes Augenmerk muss auf die Folgewirkung der gesetzgeberisch geplanten Maßnahmen für die rund 30.000 Pflegekräfte in Rehabilitationskliniken gerichtet werden: Wenn Krankenhäuser und Pflegeheime die Personalkosten für zusätzlich eingestellte Pflegekräfte erstattet bekommen, werden sie versuchen, gut und fertig ausgebildete Pflegekräfte in den Rehabilitationskliniken abzuwerben. Die Tatsache, dass für die Krankenhäuser und Pflegeheime so gut wie keine zusätzlichen Personalkosten anfallen, schafft Raum für Abwerbeprämien und Gehaltszuschläge, denen die Rehabilitationskliniken finanziell nichts entgegenzusetzen haben. Der Verlust von Pflegekräften in der Rehabilitation würde die Anschlussversorgung für Krankenhauspatienten, beispielsweise nach Schlaganfall, Herzchirurgie, Gelenkersatz und Krebserkrankungen gefährden. Deshalb müssen auch die Rehabilitationseinrichtungen wirksame Refinanzierungsmöglichkeiten für steigende Personalkosten erhalten! Auf die existenzielle Bedrohung haben die Verbände der Reha-Leistungserbringer mit diversen Pressemeldungen hingewiesen (BDPK-Pressemeldungen vom 30.01.18 und 18.04.18, DEGEMED-Pressemeldung vom 27.06.18, Verbund Norddeutscher Rehakliniken-Pressemeldung vom 28.06.18; s. Anlage). Derzeit werden Preissteigerungen in der

[1] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. 2018, S. 246.

Rehabilitation durch die Grundlohnrate begrenzt. Diese Regelung muss für Rehabilitationseinrichtungen in § 111 SGB V explizit außer Kraft gesetzt und die Möglichkeit der Refinanzierung der stark steigenden Personalkosten im Bereich Pflege geschaffen werden.

B. Stellungnahme im Einzelnen

I. Entwicklung einer neuen Pflegepersonalkostenvergütung

Art. 2 Nr. 2, § 17b KHG

Art. 8 Nr. 4, § 6a KHEntgG

Neuregelung

> Die Krankenhausvergütung wird auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt. Ziel ist es, Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung besser und unabhängig von Fallpauschalen zu vergüten. Über ein neu einzuführendes Pflegebudget werden die Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung unter Berücksichtigung des krankenhausindividuellen Pflegepersonalbedarfs finanziert. Ab dem Jahr 2020 vereinbaren die Vertragsparteien auf der Ortsebene das Pflegebudget auf Basis der von den Krankenhäusern geplanten und nachgewiesenen Pflegepersonalausstattung und der krankenhausindividuellen Kosten. Die vereinbarten Mittel sind zweckentsprechend zu verwenden. Sofern auf der Grundlage eines Nachweises festgestellt wird, dass Mittel nicht zweckentsprechend eingesetzt werden, sind diese zurückzuzahlen. Zur Umsetzung der krankenhausindividuellen Pflegebudgets werden die DRG-Berechnungen um die entsprechenden Pflegepersonalkosten bereinigt.

Bewertung

Eine Ausgliederung der Pflege aus den Fallpauschalen ist ordnungspolitisch fragwürdig und wird vom BDPK abgelehnt. Das DRG-System wäre mit dieser Entscheidung de facto zerstört, ohne dass es eine Alternative gäbe. Neben der Pflege sind eine Vielzahl weiterer nichtärztlicher Berufsgruppen an der Krankenhausbehandlung beteiligt. Die Entscheidung das DRG-System bei Pflegepersonalkosten außer Kraft zu setzen, würde Pflegekräfte willkürlich aus dem multidisziplinären Behandlungsteam der Patienten (Ärzte, Therapeuten, Pflegehelfer) herausheben. Es wäre nur eine Frage der Zeit bis auch die Ärzte eine Ausgliederung aus dem DRG-System verlangen würden.

Die Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst mit direktem Beschäftigungsverhältnis hat sich zwischen 2005 von 302.346 und 2016 auf 325.119 erhöht. Im gleichen Zeitraum sank die Zahl aufgestellter Betten von 523.824 (2005) auf 498.718 (2016). Die Fallzahl stieg von 16.539.398 (2005) auf 19.532.779 (2016).[2] Der steigende Druck auf das Krankenhauspersonal ist nicht Ergebnis des DRG-Systems, sondern einer bestehenden Unterfinanzierung der Investitions- und Betriebskosten. Die Länder kommen seit Jahren ihren Verpflichtungen und damit der ihnen obliegenden Verantwortung in der

[2] Daten des Statistischen Bundesamtes

Investitionsfinanzierung nicht nach. Es besteht eine jährliche Unterdeckung von drei Milliarden Euro. Ähnlich ist es im Bereich der Betriebskosten. Zusätzlich vereinbarte Leistungen unterliegen dem Fixkostendegressionsabschlag von mindestens 35 %. Die Pflege wird für diese Leistungen nicht bezahlt (Anteil Pflegekosten ca. 30 %). Bislang wurden die Kosten für Tarifabschlüsse nur zur Hälfte bezahlt. Die Summe der nicht refinanzierten Personalkosten hat sich so über die Jahre immer weiter erhöht.

Statt einer Änderung des Finanzierungsmechanismus, der eine Berufsgruppe willkürlich aus der organisatorischen Einheit Krankenhaus hebt, muss die bestehende Unterfinanzierung aufgelöst werden. Dazu gehört:

- Eine vollständige Finanzierung des Investitionsbedarfs; auch ein weiterentwickelter Strukturfonds ist hierfür kein ausreichender Ersatz.
- 100 % Refinanzierung der Tarifkosten für alle Berufsgruppen im Krankenhaus.
- Die Beseitigung von praktischen Mängeln des FDA (vgl. V zu Art. 8).

Hingegen ist der Pflegezuschlag (§ 8 Abs. 10 KHEntgG) ein geeignetes und systemkonformes Instrument zur Förderung der Pflege. Um sicherzustellen, dass die Mittel der Pflege zu Gute kommen, könnte der Pflegezuschlag um einen Mittelverwendungsnachweis ergänzt werden. Gemeinsam mit dem vorgesehenen weiterentwickelten Pflegestellenförderprogramm könnte Pflege so zielgerichtet gestärkt werden, ohne die Vergütungssystematik zu verändern.

Änderungsvorschlag

Streichung der Neuregelung.

Wenn an der Entwicklung einer neuen Pflegepersonalkostenvergütung festgehalten werden soll, empfehlen wir dringend einen ausreichenden Zeitraum zur Vorbereitung des Systemwechsels vorzusehen. Um ausreichend Zeit zur Vorbereitung zu gewinnen, sollte die Ausgliederung frühestens ab 2021 vorgenommen werden.

Weiterentwicklung des Pflegezuschlags zur systemkonformen Stärkung der Pflege mit Einführung eines Mittelverwendungsnachweises.

II. Strukturfonds und Neugestaltung förderungsfähige Vorhaben

Artikel 5, Nr. 3: § 11 KHSFV (Neufassung)

Neuregelung

> Die Rahmenbedingungen für die Durchführung des Krankenhausstrukturfonds werden an den neuen Förderzeitraum angepasst. Das bedeutet, dass die Länder ihr durchschnittliches Investitionsniveau der Jahre 2015 bis 2017 in den Jahren 2019 bis 2022 mindestens beibehalten und um die Ko-Finanzierung erhöhen müssen.
>
> Die bisherigen Zwecke der Förderung von Schließungen, Konzentrationen und Umwandlungen akutstationärer Versorgungskapazitäten werden beibehalten. Insgesamt wird der Krankenhausstrukturfonds stärker darauf ausgerichtet, die Struktur der akutstationären Versorgung durch die Bildung von Zentren mit besonderer medizinischer Kompetenz für seltene oder schwerwiegende Erkrankungen, von zentralisierten Notfallstrukturen und von Krankenhausverbünden, insbesondere in Form telemedizinischer Netzwerke zu verbessern. Daneben können mit den Mitteln des Krankenhausstrukturfonds auch Vorhaben zur Verbesserung der IT-Sicherheit von Krankenhäusern und zur Schaffung von Ausbildungskapazitäten für Pflegeberufe gefördert werden.

Bewertung

Umwandlung in Reha-Kliniken

Nicht mehr bedarfsgerechte akutstationäre Versorgungseinrichtungen sollen mit Mitteln des Strukturfonds umgewandelt werden können. Unter anderem ist eine Umwandlung in Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen vorgesehen.

Wir befürchten weitere erhebliche Wettbewerbsverzerrungen, die unbedingt vermieden werden sollten. Bereits ohne die finanzielle Unterstützung durch den Strukturfonds besteht ein sehr breites Angebot an Rehabilitationseinrichtungen. Die Anzahl der Rehabilitationseinrichtungen ist seit Jahren rückläufig, jedes Jahr schließen Einrichtungen.

Die Bedarfsnotwendigkeit sollte zur Voraussetzung der Förderung einer Umwandlung gemacht werden.

Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung informationstechnischer oder kommunikationstechnischer Anlagen

In die Liste der förderungsfähigen Vorhaben soll die Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung informationstechnischer oder kommunikationstechnischer Anlagen derjenigen Krankenhäuser aufgenommen werden, die als kritische Infrastrukturen im Sinne der BSI-Kritisverordnung gelten.

Das Thema IT-Sicherheit betrifft alle Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und alle Patienten gleichermaßen.

Die Beschränkung auf Krankenhäuser, die als kritische Infrastrukturen gelten, sollte deshalb aufgehoben werden und allen Krankenhäusern die Möglichkeit eröffnet werden, Fördermittel zur Verbesserung der IT-Sicherheit aus dem Strukturfonds zu erhalten.

Die Unterstützung der Modernisierung der IT-Infrastruktur muss auch Rehabilitationseinrichtungen zugute kommen.

Änderungsvorschlag

Neufassung § 1 Abs. 11 Nr. 3b (KHSFV)

b) in eine bedarfsnotwendige nicht akutstationäre Versorgungseinrichtung, insbesondere in eine Einrichtung der ambulanten, der sektorenübergreifenden oder der palliativen Versorgung oder in eine stationäre Pflegeeinrichtung ~~oder in eine Einrichtung der stationären Rehabilitation~~.

Einberufung einer Kommission zur Entwicklung von Vorschlägen zur Nutzung der Potentiale der Digitalisierung für das Gesundheitswesen.

Neufassung § 11 Abs. 1 Nr. 5 (KHSFV)

[…] die Informationstechnik der Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken~~, die die Voraussetzungen des Anhangs 5, Teil 3 der BSI-Kritisverordnung erfüllen,~~ an die Vorgaben des § 8a des IT-Sicherheitsgesetzes anzupassen, oder“

III. Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und bei Pflegeeinrichtungen

Artikel 7, Nr. 1, §§ 20ff SGB V

Neuregelung

Die Krankenkassen werden verpflichtet, von dem Betrag nach Satz 2 mindestens einen Euro jährlich je Versicherten aufzuwenden, um mit Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung Krankenhäuser im Sinne des § 107 Absatz 1 sowie (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 2 des Elften Buches bei der Erhaltung und Förderung der Gesundheit ihrer Beschäftigten zu unterstützen.

Bewertung

Wir begrüßen die Festschreibung einer Mindestfördersumme durch die Krankenkassen für die Stärkung der betrieblichen Maßnahmen zu Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung.

Die Neuregelung ist aktuell auf Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen beschränkt. Auch in Rehabilitationskliniken sind die Mitarbeiter physisch und psychisch belastet. Die Regelung sollte auf Rehabilitationskliniken erweitert werden.

Änderungsvorschlag

Neufassung § 20 Abs. 6 SGB V

„Für Leistungen nach § 20b, die in Einrichtungen nach § 107 ~~Absatz 1~~ und in Einrichtungen nach § 71 Absatz 2 des Elften Buches erbracht werden, wenden die Krankenkassen von dem Betrag nach Satz 3 für jeden ihrer Versicherten mindestens 1 Euro auf.“

Neufassung § 20b
Satz 1 „und insbesondere Einrichtungen nach § 107 ~~Absatz 1~~ und Einrichtungen nach § 71 Absatz 2 des Elften Buches,“
Satz 3 und 4 „und die für die Wahrnehmung der Interessen der Einrichtungen nach § 107 ~~Absatz 1~~ und der Einrichtungen nach § 71 Absatz 2 des Elften Buches auf Landesebene maßgeblichen Verbände“

Neufassung § 20d
„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 2 des Elften Buches.“

IV. Verbesserter Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation

Artikel 7, Nr. 5, § 40, Absatz 2 SGB V (Neufassung)

Neuregelung

Der Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD sieht eine Verbesserung der Situation pflegender Angehöriger vor. So ist vorgesehen, dass die pflegenden Angehörigen einen Anspruch auf medizinisch erforderliche Rehabilitationsleistung direkt nach ärztlicher Verordnung erhalten.

Die nun im Referentenentwurf vorgesehenen Änderungen für pflegende Angehörige sehen keine Vereinfachung bei der Antragstellung und weiterhin eine Genehmigung durch die jeweils zuständige Krankenkasse vor. Damit würde sich an der Rehabilitationsversorgung für pflegende Angehörige schlicht und ergreifend nichts ändern.

Ein vom BMG in Auftrag gegebenes Gutachten des BQS-Instituts „Vom Bedarf zur Reha: Bestandsaufnahme zur medizinischen Rehabilitation für pflegende Angehörige“ aus dem Jahr 2014 zeigt die bestehenden Schwachstellen und den Änderungsbedarf auf.

Bewertung

Um einen bedarfsgerechten und verbesserten Zugang zur Rehabilitation für pflegende Angehörige zu gewährleisten, sind folgende Änderungen nötig:

- Um die Rehabilitationsleistung für den pflegenden Angehörigen sicherzustellen, ist die pflegerische Versorgung des Pflegebedürftigen während der Rehabilitation Bestandteil des Leistungsanspruchs nach § 40 SGB V.
- Der Leistungsanspruch richtet sich aus pragmatischen Gründen nur gegen die Krankenkasse des pflegenden Angehörigen. § 40 Abs. 4 SGB V gilt für diese Leistung nicht.
- Die Genehmigung der Rehabilitationsleistung durch die Krankenkassen entfällt.
- Der Arzt stellt den Rehabilitationsbedarf für den pflegenden Angehörigen anhand des Verordnungsvordrucks Muster 61 B-D fest. Es gelten die in den Reha-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses formulierten Kriterien für die medizinische Indikation Reha-Bedürftigkeit, Reha-Fähigkeit, positive Reha-Prognose.
- Keine Entscheidung der Krankenkasse zur Auswahl der Klinik (der Versicherte wählt eine für seine Bedürfnisse geeignete, zertifizierte Rehabilitationseinrichtung mit Versorgungsvertrag). Für die Leistungsdauer gelten die gesetzlichen Vorschriften gemäß § 40 Abs. 3 Satz 2 SGB V. Einen Überblick über geeignete Kliniken erhalten

die pflegenden Angehörigen bei den Pflegestützpunkten und im Internet (Nationales Gesundheitsportal).

- Die Krankenkasse des pflegenden Angehörigen übernimmt auch die gesamten Kosten für die Leistungen des Pflegebedürftigen für die Dauer der Rehabilitation. Eventuelle Erstattungsansprüche gegen die Pflege- und Rentenversicherung (oder andere Krankenkassen?) für die Pflegeleistung sind politisch zu entscheiden.
- Die Kosten für die Versorgung des Pflegebedürftigen in der Reha-Einrichtung sollten sich aus Vereinfachungsgründen an den durchschnittlichen Kosten für die stationäre Pflege des jeweiligen Pflegegrades je Bundesland orientieren.
- Der pflegende Angehörige kann entscheiden, ob er den Pflegebedürftigen mit in eine geeignete Rehabilitationseinrichtung mit Pflege nimmt oder ob der Pflegebedürftige am Wohnort versorgt werden soll.
- Beide sind von der Zuzahlung nach § 40 Abs. 5 SGB V und weiteren Eigenbeteiligungen befreit.
- Versorgungsverträge: Diese umfassen zukünftig auch die Vergütung für diese Leistung und werden schiedsstellenfähig. In den Versorgungsverträgen sind einheitliche Regeln zur Vergütung verbindlich festzulegen. Zwischen Rehabilitationseinrichtungen und den Verbänden der Krankenkassen abgeschlossene Vergütungsvereinbarungen sind wirtschaftlich im Sinne des SGB V. Die Verträge gelten für alle gesetzlichen Krankenkassen, um dem Versicherten ein potenzielles Wahlrecht unter allen zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen zu ermöglichen. Die Möglichkeit einzelvertraglicher Vergütungsregelungen zwischen Krankenkasse und Rehabilitationseinrichtungen bleiben erhalten.

Änderungsvorschlag

§ 40 Abs. 2 SGB V wird um folgende Sätze erweitert:

„Pflegende Angehörige erhalten ärztlich verordnete Rehabilitationsleistungen mit Unterkunft und Verpflegung in einer zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 oder § 111a besteht. Der Anspruch umfasst auch Unterkunft, Verpflegung und pflegerische Versorgung des Pflegebedürftigen in der Einrichtung oder am Wohnort. Die pflegenden Angehörigen wählen zwischen den dafür geeigneten Rehabilitationseinrichtungen aus. Absatz 4, 5 und 6 gelten für pflegende Angehörige nicht.“

§ 111 Absatz 2 und 5 SGB V:

„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam schließen mit Wirkung für ~~ihre Mitgliedskassen~~ alle gesetzlichen Krankenkassen einheitliche Versorgungs- und Vergütungsverträge über die Durchführung der in Absatz 1 genannten Leistungen mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die

1. die Anforderungen des § 107 Abs. 2 erfüllen und

2. für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen mit stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlussheilbehandlung notwendig sind.

§ 109 Abs. 1 Satz 1 gilt entsprechend. ~~Die Landesverbände der Krankenkassen eines anderen Bundeslandes und die Ersatzkassen können einem nach Satz 1 geschlossenen Versorgungsvertrag beitreten, soweit für die Behandlung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ein Bedarf besteht.~~ Absatz 5 Sätze 3 und 4 gelten entsprechend.“

(5) Die Vergütungen für die in Absatz 1 genannten Leistungen ~~werden~~ können zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen abweichend von Absatz 2 einzelvertraglich vereinbart werden. Die Vergütung bei Mitaufnahme und Versorgung des Pflegebedürftigen nach § 40 Abs. 2 Satz 6 wird in der Höhe der durchschnittlichen Kosten für einen Platz im Pflegeheim mit entsprechender Pflegestufe im jeweiligen Bundesland erstattet. Kommt eine Vereinbarung innerhalb von zwei Monaten, nachdem eine Vertragspartei nach Satz 1 schriftlich zur Aufnahme von Verhandlungen aufgefordert hat, nicht oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Landesschiedsstelle nach § 111b festgesetzt. Die Landesschiedsstelle ist dabei an die für die Vertragsparteien geltenden Rechtsvorschriften gebunden.

V. Vereinheitlichung der Mengensteuerung (Fixkostendegressionsabschlag)

Artikel 8, Nr. 2c, § 4 KHEntgG Abs. 2a (Neufassung)

Neuregelung

> Die Höhe des Fixkostendegressionsabschlags wird gesetzlich auf 35 Prozent festgeschrieben. Konflikte und aufwendige Verhandlungen auf der Landes- und Ortsebene werden dadurch vermieden und unnötige Bürokratie abgebaut.

Bewertung

Bundesweite Festlegung und Höhe

Die fortgesetzte bundeseinheitliche Festlegung des FDA und die Streichung der Möglichkeit der Vereinbarung eines höheren Abschlagssatzes oder einer längeren Abschlagsdauer wird von uns begrüßt und wird dazu führen, dass Konflikte und aufwendige Verhandlungen auf der Landes- und Ortsebene vermieden und unnötige Bürokratie abgebaut werden.

FDA und Leistungsverlagerung durch Krankenhausschließungen, Abschluss von Qualitätsverträgen und Kündigung von IV-Verträgen

Nach § 4 Abs. 2b Satz 4 KHEntgG ist vorgesehen, dass Mehrleistungen eines Krankenhauses, die durch Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern begründet sind, dem hälftigen Abschlag unterliegen. Diese Leistungen sollten vollständig vom Fixkostendegressionsabschlag befreit werden. Ein hälftiger Abschlag wirkt den Zielen Leistungskonzentration, Spezialisierung und Qualitätswettbewerb entgegen.

Mit Inkrafttreten des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) hat der Gesetzgeber den Fokus auf die Qualität der Krankenhausversorgung weiter gestärkt. Unter anderem wurde die Möglichkeit geschaffen, durch einzelvertragliche Regelungen die Versorgungsqualität für ausgewählte Leistungen oder Leistungsbereiche mit Krankenkassen oder Zusammenschlüsse von Krankenkassen abzuschließen. Folgerichtig wäre nun, die Krankenhausträger zu unterstützen, die sich im besonderen Maße für die Etablierung von Qualitätssicherungsinstrumenten im Krankenhaus einsetzen. Um eine möglichst hohe Evidenz der Qualitätsverträge nach der Erprobungsphase zu generieren, sind die Leistungen aus Qualitätsverträgen nach § 110a SGB V als Ausnahmetatbestand im Gesetzestext aufzunehmen.

Auch die Krankenhausbehandlungen aus IV-Verträgen nach § 140a SGB V sollten als Ausnahmetatbestand berücksichtigt werden. Die Krankenkassen gehen dazu über, ihre mit den Krankenhäusern geschlossenen IV-Verträge zu kündigen. Bei der anschließenden Budgetverhandlung unterliegen diese Leistungen dem FDA.

FDA und Krankenhausplanung

Dringend notwendig ist zusätzlich die Wiederaufnahme des alten Ausnahmetatbestands vom FDA bei krankenhausplanerischen Entscheidungen.

Beim früheren Mehrleistungsabschlag wurden zusätzliche Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes vom Mehrleistungsabschlag ausgenommen, um die Umsetzung der Krankenhausplanung in den Krankenhäusern gewährleisten zu können.

Auch der FDA sieht eine Ausnahme vor, wenn für zusätzlich bewilligte Versorgungsaufträge noch keine Abrechnungsmöglichkeit bestand (§ 4 Abs. 2b Satz 3 Nr. 1c KHEntgG)

Diese Formulierung lässt große Interpretationsspielräume zu, die dazu führen, dass weite Teile der von der jeweiligen Landesregierung beschlossenen Maßnahmen der Krankenhausplanung nicht mehr umsetzbar sind, weil sie nach Auffassung der Krankenkassen dem vollen FDA unterfallen.

Auch ein Schreiben des BMG vom 07.11.2016, das klarstellt, dass eine Leistungsanpassung dann unter den Ausnahmetatbestand der Befreiung fällt, wenn sie von der Krankenhausplanungsbehörde ausdrücklich gebilligt worden ist, wird von Kostenträgern nicht akzeptiert, weil es kein Rechtsmittel ist.

Finanzierungsproblem der neurologisch / neurochirurgischen Frührehabilitation

Seit Jahren weisen die Deutsche Gesellschaft für Neurologie DGNR, der Bundesverband NeuroRehabilitation BNR und der BDPK auf die bestehende Problematik des Fixkostendegressionsabschlags bei der neurologischen Frührehabilitation hin. Es geht um die Behandlung von schwerstbetroffenen Patienten in speziellen Einrichtungen und begrenzten Behandlungskapazitäten. Das Behandlungsangebot wurde in den letzten Jahren permanent ausgebaut. Epidemiologisch ist mit einer weiteren Zunahme von Schlaganfällen und neurodegenerativen Erkrankungen zu rechnen. Dies liegt an der demographischen Entwicklung, die Baby-Boomer kommen in das gefährdete Alter.

Die Ausnahmeregelungen vom FDA sind sehr begrenzt und müssen für Schlaganfälle und neurodegenerative Erkrankungen erweitert werden. Derzeit kommen beim beschriebenen Patienten gut folgende Fixkostendegressionsabschläge (FDA) zum Tragen:

Schlaganfall oder Schwerstschädelhirnverletzung mit Frührehabilitation mit einer Verweildauer unter 14 Tage	Halber FDA	§ 4 (2b) Satz 3 Nr. 12 i.V.m. § 9 (1) Nr. 6 KHEntgG
Schlaganfall oder Schwerstschädelhirnverletzung mit Frührehabilitation mit einer Verweildauer von 14 – 28 Tage B42B	Voller FDA	§ 4 (2b) Satz 1 KHEntgG
Schlaganfall oder Schwerstschädelhirnverletzung mit Frührehabilitation mit einer Verweildauer über 28 Tage B43Z (E3.3)	Kein FDA	
Polytraumatisierte Patienten	Kein FDA	§ 4 (2b) Satz 3 Nr. 1a KHEntgG

Maßgeblich für die Eingruppierung in die einzelne Gruppe ist die Verweildauer. In den Einrichtungen der neurologisch / neurochirurgischen Frührehabilitation herrscht in der Regel Vollauslastung. Wenn es zu Verschiebungen innerhalb der AEB kommt, d.h. weniger Fälle in der Erlössumme E3.3 und dafür mehr Fälle im Erlösbudget E1, entsteht derzeit systembedingt ein voller Fixkostendegressionsabschlag. Dies ist unsinnig, da die Fachabteilung als Ganzes zu 100 % ausgelastet war, d.h. Erlössumme / Erlösbudget (E1 / E 3.3 Belegung) sind kommunizierende Röhren. Laut BT Drucksache 18/5372 S. 49 sollen durch den FDA betriebswirtschaftliche Kostenvorteile, die durch zusätzliche Leistungen entstehen, bei den Krankenhäusern abgeschöpft werden. Unterm Strich (E1 und E3) erzielt das Krankenhaus keine zusätzlichen Leistungen, es kommt zu Verschiebungen zwischen den Erlöstöpfen, die zu Gunsten der Sozialleistungsträger dem Krankenhaus Geld entziehen!

Dieses Problem kann durch die komplette Herausnahme vom Fixkostendegressionsabschlag analog der Polytraumata in § 4 Abs. 2b KHEntgG behoben werden.

<u>Änderungsvorschlag</u>

Neufassung von § 4 Abs. 2a Satz 3 KHEntgG:

§ 4 Abs. 2a Satz 3 KHEntgG
1. Der für das Krankenhaus anzuwendende Abschlag (FDA) gilt <u>nicht</u> bei

a) Schlaganfallpatienten, zerebralen Blutungen, Critical-Illness Polyneuropathien, Schädelhirntraumata, jeweils mit anschließender Frührehabilitation und jeweils mit und ohne Beatmung sowie Transplantationen, Polytraumata, schwer brandverletzten Patienten und der Versorgung von Frühgeborenen.

b) Leistungen mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln

c) ~~zusätzlich bewilligte Versorgungsaufträgen, für die bislang keine Abrechnungsmöglichkeit bestand.~~ Zusätzlichen Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes

d) Leistungen von nach § 2 Absatz 2 Satz 4 krankenhausplanerisch ausgewiesenen Zentren sowie

e) Leistungen, deren Bewertung nach § 9 Absatz 1c abgesenkt oder abgestuft wurde

f) Leistungen, durch eine Verlagerung von Leistungen von krankenhausindividuellen Entgelten § 6 Abs. 3 Erlössumme zum Erlösbudget nach § 4 Abs. 1. Diese Leistungsverlagerungen von der Erlössumme zum Erlösbudget sind vom Krankenhaus auf der Grundlage von Informationen, die den Vertragsparteien nach § 11 Abs. 4 vorliegen, glaubhaft darzulegen

g) Leistungen aus Qualitätsverträgen nach § 110a SGB V und Leistungen aus gekündigten IV-Verträgen nach § 140a SGB V

h) ~~hälftig~~ für Leistungen, die in dem Katalog nicht mengenanfälliger Leistungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 aufgeführt sind.

Neufassung § 4 Abs. 2a Satz 3 KHentgG:

Abweichend von Satz 1 ist für Leistungen, die durch eine Verlagerung von Leistungen zwischen Krankenhäusern begründet sind, der Fixkostendegressionsabschlag nicht anzuwenden.

VI. Weiterentwickeltes Pflegestellenförderprogramm

Art. 8, Nr. 2e, § 4 Abs. 8 KHEntgG (Neufassung)

Neuregelung

> Um die Personalausstattung in der Pflege im Krankenhaus zu verbessern, wird zukünftig jede zusätzliche und jede aufgestockte Pflegestelle am Bett vollständig von den Kostenträgern refinanziert. Das mit dem Krankenhausstrukturgesetz eingeführte Pflegestellen-Förderprogramm wird damit über das Jahr 2018 hinaus bedarfsgerecht weiterentwickelt und ausgebaut. Für die zusätzlichen Mittel gilt anders als bisher keine Obergrenze. Zudem entfällt der bisherige Eigenanteil der Krankenhäuser von zehn Prozent. Die zusätzlichen Mittel sind zweckgebunden für Pflegestellen am Bett und zwar sowohl für zusätzliche Pflegestellen als auch für die Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen zu verwenden. Die Mittel des laufenden Pflegestellen-Förderprogramms verbleiben dem einzelnen Krankenhaus, so dass auf die bisher vorgesehene Mittelüberführung in den Pflegezuschlag zum Jahr 2019 verzichtet wird. Diese Regelung gilt bis zum Inkrafttreten der neuen Pflegepersonalkostenfinanzierung ab dem Jahr 2020.

Bewertung

Die Fortführung des Pflegestellenförderprogramms mit dem Wegfall des Eigenfinanzierungsanteils der Kliniken kann für somatische Krankenhäuser neue Möglichkeiten zur Einstellung zusätzlicher Pflegekräfte schaffen, sofern Pflegekräfte auf dem Arbeitsmarkt verfügbar sind. Um eine wirksame Entlastung der Pflege sicherzustellen, sollte das Pflegestellenförderprogramm auf das gesamte Pflegepersonal erweitert werden. Es gilt damit für das gesamte Pflegepersonal sowohl im medizinisch-technischen Dienst und im Funktionsdienst sowie zukünftige Fachfrauen und Fachmänner und umfasst auch das Pflegehilfspersonal (Krankenpflegehelferinnen und -helfer).

Das Programm muss zudem zwingend auf Rehabilitationskliniken erweitert werden.

Ansonsten werden auf somatische Krankenhäuser und Pflegeheime beschränkte Förderprogramme zu einem massiven Abwerben von dringend benötigten Pflegefachkräften aus Rehabilitationskliniken führen.

Es sollte zusätzlich eine Ausweitung auf psychiatrische und psychosomatische Kliniken geprüft werden, soweit der zusätzliche Aufbau von Pflegepersonal nicht über bestehende Mechanismen möglich ist (Psych-PV Nachverhandlungsmöglichkeit).

Änderungsvorschlag

Das Pflegestellenförderprogramm muss auf Rehabilitationskliniken erweitert werden.

VII. Pflegezuschlag

Art.8, Nr. 6e, § 8 Abs. 10 KHEntgG,

Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung von Pflegebudgets nach § 6a für die krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung und deren Abzahlung über tagesbezogene Pflegeentgelte. Der Pflegezuschlag wird für Patientenaufnahmen ab dem 1. Januar 2020 nicht mehr bezahlt. Für Patientinnen und Patienten, die noch im Jahr 2019 aufgenommen wurden, ist dagegen der Pflegezuschlag weiterhin zu bezahlen. Eine Überführung der Mittel des Pflegezuschlags in das Pflegebudget nach § 6a erfolgt nicht. Hintergrund ist, dass durch die umfassende Finanzierung von Pflegepersonalkosten durch das Pflegebudget und dessen Zweckbindung die bislang mit dem Pflegezuschlag verfolgte Anreizwirkung für die Einstellung von mehr Pflegepersonal zielgenauer erreicht wird.

Es wird eine Klarstellung in der Berechnungsmethodik des Pflegezuschlags, der mit dem KHSG eingeführt wurde, vorgenommen.

Bewertung

Streichung ab 2020

Der Pflegezuschlag entstand aus dem Versorgungszuschlag, der eingeführt worden war um einen Ausgleich für die doppelte Berücksichtigung der Mengenentwicklung des Mehrleistungsabschlags auf der Haus- und Landesebene zu schaffen. Würde der Zuschlag ab 2020 entfallen, würden der Krankenhausversorgung jährlich 500 Millionen Euro entzogen werden. Dies widerspricht dem Ziel der Verbesserung der Situation der Pflege.

Pflegezuschlag und Rehabilitation

Damit die Förderung der Pflege in Allgemeinkrankenhäusern nicht zu einem Abwerben der Pflegekräfte der Rehabilitationseinrichtungen führt, muss der Pflegezuschlag auf diese Bereiche erweitert werden.

Es sollte zusätzlich eine Ausweitung auf psychiatrische und psychosomatische Kliniken geprüft werden, soweit die Finanzierung des Pflegepersonals nicht über bestehende Mechanismen möglich ist.

Klarstellung zur Berechnungssystematik

Mit der vorgesehen Änderung wird nicht die Problematik behoben, dass in der maßgeblichen Statistik des Statistischen Bundesamtes auch Krankenhäuser geführt

werden, die nicht dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen und damit keinen Anspruch auf den Pflegezuschlag haben. Im Ergebnis wird dadurch weniger als die vorgesehene Fördersumme von 500 Mio. Euro an die Krankenhäuser verteilt. Die Krankenhäuser ohne Versorgungsauftrag können auf keinen Fall dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, erhöhen aber durch die derzeitige Einbeziehung in die bundesweite Bezugsgröße (Personalkosten für das Pflegepersonal aller allgemeinen Krankenhäuser) den Divisor, der für die Ermittlung der krankenhausindividuellen Fördersumme herangezogen wird. Dieser Problematik könnte durch eine Gesetzesanpassung begegnet werden, indem das in Krankenhäusern ohne Versorgungsvertrag ausgewiesene Personal bei der Ermittlung der Personalkosten für das Pflegepersonal aller allgemeinen Krankenhäuser nicht einbezogen wird.

Änderungsvorschlag

Streichung der Neuregelungen.

Erweiterung des Pflegezuschlags auf Rehabilitationskliniken.

VIII. Refinanzierung Personalkosten

Artikel 8, Nr. 8, § 10 Abs. 5 KHEntgG, Art. 4, Nr. 1, § 3 Abs. 4 BPflV

Neuregelung

> Bereits für das Jahr 2018 werden anstelle der bisherigen hälftigen Refinanzierung die linearen und strukturellen Tarifsteigerungen für die Pflegekräfte vollständig von den Kostenträgern refinanziert. In der Vergangenheit wurde der Teil der Tarifsteigerungen, der oberhalb der maßgeblichen Obergrenze lag, soweit er nicht ausgeglichen wurde, teilweise durch Einsparungen zu Lasten der Pflege kompensiert. Die zusätzlichen Finanzmittel sind daher für Pflegepersonal einzusetzen. Dies ist durch einen Nachweis zu belegen. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind zurückzuzahlen.

Bewertung

Seit Jahren steigen die Löhne stärker als die durch die Grundlohnrate und den Orientierungswert zugelassenen Preiszuwächse. Die Erweiterung des bisher hälftigen Tarifausgleichs zu einer vollen Refinanzierung der Tarifsteigerungen im Bereich der Pflege ist deshalb dringend notwendig und zu begrüßen.

Der volle Tarifausgleich sollte sich aber auf alle Berufsgruppen und nicht nur Pflegekräfte beziehen.

Auch die weiteren Berufsgruppen im Krankenhaus (OTA/ATA, Physiotherapeuten usw.) werden tarifgerecht entlohnt. Auch ihre Tarifkostensteigerungen müssen im vollen Umfang refinanziert werden.

Wird die bestehende Unterfinanzierung der Entwicklung der Personalkosten nur für die Pflege aufgelöst, stünden diese weiteren Berufsgruppen unter Rationalisierungsdruck.

Ein voller Tarifausgleich muss auch für alle Berufsgruppen in Rehabilitationseinrichtungen gelten! Ein Gutachten der aktiva – Beratung im Gesundheitswesen GmbH stellt fest, dass das aktuelle Vergütungsniveau der Rehabilitationseinrichtungen deutlich unter dem liegt, was zur Erfüllung der Strukturanforderungen der Krankenkassen notwendig ist[3]. Preissteigerungen werden in der Rehabilitation durch die Grundlohnrate begrenzt. Die Nichteinbeziehung der medizinischen Rehabilitationseinrichtungen bei der Refinanzierung von Personalkosten ist weder fachlich begründbar, sinnvoll noch versorgungspolitisch angemessen.

Bei Leistungen, deren Vergütung krankenhausindividuell vereinbart wird, sollen bei Tarifsteigerungen oberhalb der geltenden Obergrenze die Tarifsteigerungen des

[3] https://agmedreha.de/index.php?option=com_rubberdoc&view=doc&id=77&format=raw&Itemid=56

Pflegepersonals vollständig finanziert werden. Betroffen sind hiervon in erster Linie die besonderen Einrichtungen.

Änderungsvorschlag

Neufassung § 10 Abs. 5 KHEntgG

„Bezogen auf die Personalkosten werden nach Maßgabe des Satzes 5 ~~für den Pflegedienst 100 Prozent sowie für den übrigen nichtärztlichen Personalbereich und für den ärztlichen Personalbereich jeweils 50~~ 100 Prozent des Unterschieds zwischen dem Veränderungswert und der Tarifrate berücksichtigt.“

Neufassung § 3 Abs. 4 BPflV

„Bei der Vereinbarung einer ~~Erhöhungsrate für Tariferhöhungen~~ Tarifrate nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes oberhalb des Veränderungswerts ist der von den Vertragsparteien vereinbarte Gesamtbetrag nach Absatz 2 oder Absatz 3 erstmals für das Jahr 2018 um ~~40~~ 80 Prozent der ~~nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Erhöhungsrate für Tariferhöhungen~~ Differenz zwischen dem Veränderungswert und der nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Tarifrate erhöhend zu berichtigen, wobei der Berichtigungsbetrag über das Budget des nächstmöglichen Pflegesatzzeitraums abzuwickeln ist; Absatz 2 Satz 5 zweiter Halbsatz und Absatz 3 Satz 12 sind zu beachten. Eine Begrenzung nach Absatz 3 Satz 5 gilt insoweit nicht.“

Neufassung § 6 Abs. 3 Satz 5 KHEntgG

„Bei Vereinbarung einer Tarifrate nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 oberhalb des Veränderungswerts ist die von den Vertragsparteien vereinbarte Erlössumme erstmals für das Jahr 2018 um 80 Prozent der Differenz zwischen dem Veränderungswert und der nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarten Tarifrate erhöhend zu berichtigen, wobei der Berichtigungsbetrag über das Budget des nächstmöglichen Vereinbarungszeitraums abzuwickeln ist; eine Begrenzung der Erhöhung der Erlössumme nach Satz 4 gilt insoweit nicht.“

In § 111 Abs. 5 SGB V wird ein neuer Satz 2 eingefügt:

„§ 71 gilt nicht.“

C. Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf

I. Keine Abschläge bei der stationären Notfallversorgung

Sachstand

Der G-BA hat am 19.04.2018 ein viel kritisiertes gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern beschlossen. Bis zum 30.06.2018 hätten der GKV-SV und die DKG Zu- und Abschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung bzw. Nicht-Teilnahme vereinbaren müssen.

Bewertung

Laut G-BA-Beschluss fällt jeder Krankenhausstandort, der auch nur eine einzige Vorgabe der Basisstufe nicht erreicht und keines der speziellen Module erfüllt, in die Stufe der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung. Diese Krankenhausstandorte müssen Abschläge für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung vereinbaren, obwohl viele dieser Standorte weiterhin an der Notfallversorgung teilnehmen werden. Hinzu kommt, dass auch laut G-BA-Beschluss Krankenhäuser, die die Vorgaben der Basisstufe nicht erfüllen, weiterhin zur notfallmäßigen Hilfeleistung verpflichtet sein werden. Insofern muss der Abschlag gestrichen werden. Es ist nicht gerechtfertigt, dass ein Krankenhaus, welches lediglich ein Beatmungsbett zu wenig vorhält, und weiterhin 24/7 jederzeit an der Notfallversorgung teilnimmt, Abschläge auf seine Erlöse hinnehmen muss.

Außerdem ist der G-BA-Beschluss aller Voraussicht nach nicht geeignet, um die Vorhaltekosten der Notfallversorgung abzubilden. Somit ist höchst fraglich, ob es überhaupt möglich ist, einen zumindest ansatzweise sachgerechten Abschlag für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung festlegen zu können.

Richtig ist allerdings, dass die neuen Anforderungen an die stationäre Notfallversorgung für die Krankenhäuser mit erheblichen Mehrkosten verbunden sein werden. Eine entsprechende Klarstellung, dass die erforderlichen Mittel von den Kassen zusätzlich bereitzustellen sind, ist daher dringend erforderlich. Dementsprechend muss die gesetzlich vorgesehene Umverteilung der Zu- und Abschläge über den Landesbasisfallwert gestrichen werden, da die neu festgelegten Anforderungen ansonsten zu Lasten aller Krankenhäuser aus dem bestehenden Finanzierungsvolumen umzusetzen sind.

Änderungsvorschläge

Streichung der Abschläge bei der stationären Notfallversorgung.

II. Zahl der Ausbildungsträger für Pflegekräfte erhöhen

Sachstand

Die Pflegeausbildung wurde mit dem Pflegeberufegesetz neu geregelt. Rehabilitationseinrichtungen werden darin nicht als Ausbildungsträger genannt. Auch in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung gibt es keine verpflichtenden Praxiszeiten in Rehabilitationseinrichtungen.

Bewertung

Derzeit sind 38.000 Pflegestellen in Altenheimen und Kliniken unbesetzt. Das PpSG zielt darauf ab, weitere Pflegestellen in Krankenhäusern und Pflegeheimen zu schaffen. Insofern ist es wichtig, die Zahl der Ausbildungsträger für Pflegekräfte zu erhöhen und die Rehabilitationseinrichtungen als Ausbildungsträger im Pflegeberufegesetz aufzunehmen und an der Ausbildungsfinanzierung zu beteiligen. Die Rehabilitationseinrichtungen eignen sich sehr gut als Ausbildungsträger, da Pflegeprozesse in der Rehabilitation über einen deutlich längeren Zeitraum evaluiert werden können. Zudem ist die Rehabilitationspflege sehr gut planbar und ermöglicht dadurch u. a.:

- das Erlernen der Erhebung umfangreicher ICF-orientierter Pflegeanamnesen
- die Formulierung von Pflegediagnosen
- die Durchführung von Pflegevisiten
- die Anwendung von Assessmentinstrumenten sowohl zur Risikoeinschätzung als auch zur Verlaufsdokumentation
- die Durchführung pflegerischer Maßnahmen primär als störungsbild- und zielorientierte Anleitung des Patienten und weniger als Kompensation verlorener Funktionen
- die Integration interdisziplinär erhobener Befunde (u. a. Berufsanamnese) in die pflegerische Versorgung
- die Hospitationen bei beteiligten Berufsgruppen (Physio- und Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie), die der direkten Vermittlung von Inhalten wie bspw. Hilfsmittelversorgung, Erkennen und Umgang mit Schluck- und Sprachstörungen, Hirnleistungsstörungen dienen und
- die tägliche Anwendung theoretisch erworbener Inhalte zur Pflegeberatung durch die enge Einbindung der Angehörigen in den Rehabilitationsprozess.

Änderungsvorschlag

§ 7 Abs. 1 wird eine Ziffer 4 hinzugefügt:

„zur Versorgung nach §§ 111, 111a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen.“

Anlagen

Presseinformation
Berlin, 30. Januar 2018

Medizinische Rehabilitation in den Koalitionsverhandlungen nicht vergessen!

- **Refinanzierung steigender Personalkosten für Pflegekräfte in Reha-Kliniken**
- **Zugang zur Reha erleichtern: Schnittstelle zwischen Kranken- und Pflegeversicherung für Rehabilitationsleistungen beseitigen**

Der BDPK appelliert an die Verhandler des Koalitionsvertrages, den Bereich der medizinischen Rehabilitation stärker in den Fokus zu nehmen.

Bei den laufenden Koalitionsverhandlungen haben CDU, CSU und SPD die deutliche Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege in Krankenhäusern und Seniorenpflegeheimen auf der Agenda. In diesem Zusammenhang ist es dringend geboten, Möglichkeiten zur Refinanzierung der stark steigenden Personalkosten in den Bereichen Pflege, Ärzte und Therapeuten zu schaffen.

Die Gründe dafür liegen auf der Hand, sagt BDPK-Hauptgeschäftsführer Thomas Bublitz: „Mit Sicherheit wird sich die geplante Anhebung der Gehälter auf das Gehaltsniveau im Bereich der medizinischen Rehabilitationskliniken auswirken. Geschieht das nicht, wechseln die qualifizierten Pflegekräfte aus den Reha-Kliniken in die besser bezahlten Beschäftigungsverhältnisse von Krankenhäusern und Pflegeheimen. Das darf nicht passieren, sonst ist die Versorgung der Patienten in den Reha-Kliniken ernsthaft gefährdet.“ Eine Refinanzierung deutlich steigender Gehaltskosten in der Rehabilitation ist derzeit nur zu geringem Teil im Rahmen der sogenannten Grundlohnrate möglich.

Die Mitgliedsunternehmen des BDPK und seine Landesverbände begrüßen zudem den im Sondierungspapier von Union und SPD vorgelegten Beschluss, die Situation der pflegenden Angehörigen zu verbessern und ihnen den Zugang zu Rehabilitationsleistungen zu erleichtern.

Zusätzlich dazu besteht jedoch nach wie vor ein dringender gesundheitspolitischer Handlungsbedarf, um den von Pflegebedürftigkeit bedrohten Menschen einen bedarfsgerechten Zugang zur Rehabilitation zu ermöglichen. „Dieses Thema war bereits Gegenstand des Koalitionsvertrages 2013. An dem dort aufgeführten Schnittstellenproblem wurde trotz der Pflegereform-Gesetze I-III nicht wirklich etwas verändert. Geregelt wurde lediglich, dass nun im Rahmen der Pflegebegutachtung eine regelhafte Bewertung möglicher Rehabilitationspotentiale erfolgen soll," so Thomas Bublitz. Trotz aller erreichten Verbesserungen werden rehabilitative Potentiale zur Vermeidung bzw. Verschiebung von Pflegebedürftigkeit noch immer nicht frühzeitig durch die Einleitung notwendiger Rehabilitationsleistungen genutzt.

Um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, müssen Antworten auf Fragen zum bedarfsgerechten und frühzeitigen Zugang zu Reha-Leistungen in der kommenden Legislaturperiode gefunden werden.

Ihr Ansprechpartner:
Thomas Bublitz
Hauptgeschäftsführer des
Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e.V.
Friedrichstraße 60
10117 Berlin
Tel.: 0 30 - 2 40 08 99 -0
mailto: presse@bdpk.de
http://www.bdpk.de

Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) vertritt seit über 60 Jahren die Interessen von mehr als 1.000 Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken in privater Trägerschaft. Als deutschlandweit agierender Spitzenverband setzt er sich für eine qualitativ hochwertige, innovative und wirtschaftliche Patientenversorgung in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken ein.

BDPK
Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.

Presseinformation

Pflege in Krankenhäusern und Reha-Kliniken zielgerichtet stärken

- *Zentrale Personalvorgaben helfen nicht weiter.*
- *Die Ursachen für die Belastung in der Pflege erkennen und konstruktiv lösen.*

Berlin, 18. April 2018 – Der Gesundheitsausschuss des Bundestages beschäftigt sich heute mit der angespannten Situation der Pflege in deutschen Krankenhäusern und in der Altenpflege. Anträge der Fraktionen DIE LINKE und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sehen u.a. vor, in Krankenhäusern eine verbindliche Personalbemessung einzuführen. Der BDPK lehnt die Einführung starrer Personalvorgaben für Krankenhäuser ab.

Dazu Hauptgeschäftsführer Thomas Bublitz: „Gesetzlich vorgeschriebene Personalzahlen werden die hohe Arbeitsverdichtung und Belastung der Pflegekräfte in den Krankenhäusern nicht wirklich ändern. Viel wichtiger ist ein Umdenken aller Akteursgruppen im Bereich der medizinischen Gesundheitsversorgung, um die Pflege in Krankenhäusern und Rehakliniken langfristig zu stärken."

In seiner Stellungnahme fordert der BDPK mit konkreten gesundheitspolitischen Maßnahmen, die Situation der Pflege gezielt und nachhaltig zu verbessern:

- Die im heutigen Finanzierungssystem enthaltenen Elemente der Unterfinanzierung müssen beseitigt werden.
- Die Pflege sollte mit einem gezielten Sofortprogramm ausreichend gefördert werden.
- Förderprogramme dürfen die Pflege in Rehabilitationskliniken nicht ausschließen.
- Der Pflegeberuf muss von bürokratischen und anderen pflegefernen Tätigkeiten entlastet werden. Neben einem Mehr an Geld ist es für die Attraktivität des Berufs wichtig, ihn interessant und abwechslungsreich zu gestalten.

Die Stellungnahme des BDPK zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Bundestages am 18. April 2018 zu den Anträgen der Fraktionen DIE LINKE und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN ist in der Anlage nachzulesen.

Ihr Ansprechpartner:
Thomas Bublitz
Hauptgeschäftsführer des
Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken e.V.
Friedrichstraße 60, 10117 Berlin
Tel.: 0 30 - 2 40 08 99 -0
mailto: presse@bdpk.de
http://www.bdpk.de

Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) vertritt seit über 60 Jahren die Interessen von mehr als 1.000 Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken in privater Trägerschaft. Als deutschlandweit agierender Spitzenverband setzt er sich für eine qualitativ hochwertige, innovative und wirtschaftliche Patientenversorgung in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken ein.

DEGEMED
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation

Berlin, 27.06.2018

Presseinformation

Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz: Referentenentwurf enttäuscht tausende Pflegekräfte in der Reha

Der Referentenentwurf der Bundesregierung ignoriert einen großen Teil der Pflegefachkräfte. In Deutschland gibt es ca. 1150 Reha-Kliniken, deren Pflegefachkräfte von der Bundesregierung keine Unterstützung erhalten. Hilfe kommt nur für Beschäftigte in der Altenpflege oder den Akutkrankenhäusern.

„Diese Benachteiligung ist für uns nicht nachvollziehbar. Unsere Pflegekräfte leisten tagtäglich harte Arbeit, um Rehabilitanden wieder leistungsfähig zu bekommen und in den Alltag zu integrieren. Wieso sie nicht von den Maßnahmen profitieren sollen, bleibt ein Geheimnis von Minister Spahn“, erklärt Dr. Constanze Schaal, Vorsitzende der DEGEMED.

Auch der erleichterte Zugang für pflegende Angehörige bleibt hinter den Erwartungen zurück. „Die im Koalitionsvertrag vorgesehene Direktverordnung von Reha-Leistungen für pflegende Angehörige wäre ein erster Schritt zur Unterstützung gewesen. Davon ist im Gesetzesentwurf nun keine Rede mehr. Da fehlte der Mut, Bürokratie zugunsten der Betroffenen abzubauen“, so Schaal abschließend.

Die DEGEMED ist ein Spitzenverband der medizinischen Rehabilitation. Sie setzt sich für die Interessen der stationären und ambulanten Rehabilitationseinrichtungen ein und ist offen für alle Betreibermodelle und Rechtsformen. Ihre Anliegen und Themen vertritt die DEGEMED gegenüber Politik, Leistungsträgern und Öffentlichkeit.

Weitere Informationen:
DEGEMED
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V.
Katharina Perl
Fasanenstraße 5,
10623 Berlin
Tel.: 030 28 44 96 6
E-Mail: presse@degemed.de
Internet: www.degemed.de

Pressemitteilung des Verbundes Norddeutscher Rehakliniken (VNR)

Bad Zwischenahn, 28. Juni 2018

Pressemitteilung: Pflegenotstand auch in Rehakliniken

Verbund Norddeutscher Rehakliniken (VNR) übt Kritik am „Sofortprogramm Kranken- und Altenpflege“ des Bundesgesundheitsministeriums

Zusätzliche Stellen und bessere Arbeitsbedingungen in der Pflege. Ende Mai hat Bundesgesundheitsminister Jens Spahn die Eckpunkte des „Sofortprogramm Kranken- und Altenpflege“ für Pflegeheime und Akutkrankenhäuser vorgestellt. Doch wo bleiben die Rehakliniken?

Auch hier fehlen laut des Verbundes Norddeutscher Rehakliniken (VNR) die Pflegekräfte. „Der Pflegenotstand in den Rehakliniken ist bereits jetzt sehr groß, Pflegestellen können nicht zeitgerecht besetzt werden“, sagt Dr. Norbert Hemken, Vorstandsvorsitzender des Verbundes Norddeutscher Rehakliniken. Erschwert wird einigen der dem Verbund angeschlossenen Rehakliniken die Rekrutierung qualifizierter Fachkräfte. Grund dafür ist insbesondere die unzureichende Vergütung von Rehabilitationsleistungen und die daraus folgende untertarifliche Vergütung im Gegensatz zu den Akuthäusern.

Die Vergütungen der Rehakliniken liegen teilweise etwa 15 Prozent unter Tarif. Dadurch haben die Kliniken einen sehr schweren Stand bei der Anwerbung von geeignetem Pflegepersonal. Wenn das „Sofortprogramm Pflege“ wie angekündigt umgesetzt wird, ist zu befürchten, dass diese Benachteiligung für die Rehakliniken noch gravierender ausfallen wird. Pflegekräfte aus der Reha könnten vermehrt zu den Akutkliniken abwandern. Die Rehakliniken befürchten den Verlust der Konkurrenzfähigkeit.

Grundsätzlich wird das „Sofortprogramm Pflege“ vom Verbund Norddeutscher Rehakliniken positiv votiert. Die Rehakliniken sollten jedoch nicht unberücksichtigt bleiben. Zudem müsste auch die Vergütung der Rehabilitationsleistungen an die hohe Qualität in den Einrichtungen angepasst und somit gesteigert werden. Darüber hinaus ist das Sofortprogramm aus Sicht des Verbundes als kurzfristige Maßnahme anzusehen. Langfristig sollte nachhaltig in die Ausbildung weiterer Nachwuchskräfte im Pflegebereich investiert werden.

Der Verbund Norddeutscher Rehakliniken e. V. (VNR) ist ein Zusammenschluss von Kliniken aus den Ländern Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Schleswig-Holstein und Westfalen, die in der Rehabilitationsmedizin tätig sind. Die Kliniken des VNR vertreten das gesamte Spektrum der Rehabilitation.

Kontaktdaten: Verbund Norddeutscher Rehakliniken e. V.
c/o Kurbetriebsgesellschaft Bad Zwischenahn mbH,
Unter den Eichen 18, 26160 Bad Zwischenahn