



Spitzenverband

**Stellungnahme
des GKV–Spitzenverbandes
vom 09.07.2018**

**zum Referentenentwurf
eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals
(Pflegepersonal–Stärkungs–Gesetz – PpSG)
vom 25.06.2018**

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



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	5
1. Altenpflege	5
2. Pflege im Krankenhaus	7
II. Stellungnahme zum Referentenentwurf	12
Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes).....	12
§ 12a – Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019	12
§ 17 c Abs. 5 – Übermittlung des Pflegegrades durch die private Krankenversicherung	17
§ 18 Abs. 3 S. 3 – Pflegesatzverfahren	18
Artikel 2 (Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes).....	19
§ 17a Abs. 1 S. 1 (neu) – Ausbildungsvergütung weitere Gesundheitsberufe.....	19
§ 17a Abs. 1 S. 3 und 4 (neu) – Wegfall der Anrechnungsschlüssel im ersten Ausbildungsjahr	21
§ 17a Abs. 3 S. 3 – Keine Obergrenze für Anstieg des Ausbildungsbudgets	23
§ 17b Abs. 1 – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser	24
§ 17b Abs. 4 – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser	25
Artikel 3 (Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes).....	30
§ 17a Abs. 1 S. 3 – Finanzierung von Ausbildungskosten.....	30
Artikel 4 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)	31
§ 3 Abs. 4 S. 1 – Tariferhöhungsrates bei der Vereinbarung eines Gesamtbetrages	31
§ 11 – Vereinbarungen für das einzelne Krankenhaus	32
Artikel 5 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung).....	33
§ 11 – Förderungsfähige Vorhaben	33
§ 12 – Förderungsfähige Kosten	34
§ 13 – Verwaltungsaufgaben des Bundesversicherungsamts	36
§ 14 – Antragstellung	37
Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	38
§ 20 Abs. 6 S. 2 – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung	38
§ 20 Abs. 6 S. 3 – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung	40
§ 20 Abs. 6 S. 4 – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung	42
§ 20b Abs. 3 S. 1 – Betriebliche Gesundheitsförderung	43
§ 20b Abs. 3 S. 3 und 4 – Betriebliche Gesundheitsförderung	44
§ 20d Abs. 3 – Nationale Präventionsstrategie	45
§ 37 – Häusliche Krankenpflege	46
§ 40 Abs. 2 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.....	49

§ 87 Abs. 2a S. 17 bis 20 – Bundesmantelvertrag, EBM, bundeseinheitliche Orientierungswerte	52
§ 119b Abs. 1 – Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen	56
§ 119b Abs. 2 – Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen	57
§ 119b Abs. 3 – Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen	58
§ 132a Abs. 1 S. 6 – Versorgung mit häuslicher Krankenpflege	59
§ 137i Abs. 6 S. 1 – Pflegepersonaluntergrenzen	61
§ 221 – Beteiligung des Bundes an Aufwendungen	62
§ 271 – Gesundheitsfonds	63
§ 301 Abs. 2a (neu) – Übermittlung des Pflegegrades durch die Krankenkassen	64
Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes).....	65
§ 3 Nr. 3a (neu) – Grundlagen	65
§ 4 Abs. 2a – Vereinbarung eines Erlösbudgets	66
§ 4 Abs. 2a (neu) – Vereinbarung eines Erlösbudgets	67
§ 4 Abs. 4 S. 2 – Vereinbarung eines Erlösbudgets	69
§ 4 Abs. 8 S. 1 (neu) – Pflegestellen-Förderprogramm	70
§ 4 Abs. 8 S. 2 bis 4 (neu) – Pflegestellen-Förderprogramm.....	71
§ 4 Abs. 8 S. 4 (neu) – Pflegestellen-Förderprogramm	72
§ 4 Abs. 8 S. 5 – Pflegestellen-Förderprogramm	74
§ 4 Abs. 8 S. 8 (neu) – Pflegestellen-Förderprogramm	75
§ 4 Abs. 8 S. 9 (neu) – Pflegestellen-Förderprogramm	76
§ 4 Abs. 8 S. 12 (neu) – Pflegestellen-Förderprogramm	79
§ 4 Abs. 8a (neu) – Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf	80
§ 6 Abs. 3 – Vereinbarung sonstiger Entgelte	82
§ 6 Abs. 4 (neu) – Vereinbarung sonstiger Entgelte	83
§ 6a (neu) – Vereinbarung eines Pflegebudgets	84
§ 8 – Berechnung der Entgelte	87
§ 9 Abs. 1 Nrn. 7 und 8 (neu) – Vereinbarung auf Bundesebene	88
§ 9 Abs. 1 Nr. 9 (neu) – Vereinbarung auf Bundesebene	89
§ 10 – Vereinbarung auf Landesebene	90
§ 11 – Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus	92
§ 12 S. 1 – Vorläufige Vereinbarung.....	93
§ 14 – Genehmigung	94
§ 15 – Laufzeit	95
§ 21 – Änderung der zu übermittelnden Strukturdaten	96
Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes).....	97
§ 6 – Vereinbarung sonstiger Entgelte	97
§ 9 – Vereinbarung auf Bundesebene.....	97
§ 10 – Vereinbarung auf Landesebene	98

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	100
§ 1 Abs. 7 – Soziale Pflegeversicherung	100
§ 8 – Gemeinsame Verantwortung	101
§ 33 – Leistungsvoraussetzungen.....	114
§ 37 Abs. 4 – Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen	115
§ 37 Abs. 5 – Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen	117
§ 44 Abs. 5 – Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen	119
§ 45b Abs. 2 – Entlastungsbetrag	121
§ 46 Abs. 2 S. 7 – Pflegekassen	122
§ 55 Abs. 3a Nummer 2 – Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze	123
§ 56 Abs. 1 – Beitragsfreiheit	124
§ 56 Abs. 2 S. 1 – Beitragsfreiheit.....	125
§ 78 Abs. 4 – Verträge über Pflegehilfsmittel	126
§ 89 – Grundsätze für die Vergütungsregelung	127
Artikel 11 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	129
§ 37 – Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen	129
III. Ergänzender Änderungsbedarf	131
Zu Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)	131
§ 2b (neu) – Definition der Station am Krankenhausstandort – mit Folgeänderungen in § 301 Abs. 1 SGB V und § 21 Abs. 2 KHEntgG sowie Neufassung des § 137i SGB V	131
§ 12a – Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019	135
Zu Artikel 5 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)	137
§ 5 – Nachverteilung.....	137
Zu Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	139
§ 302 – Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer	139
§ 105 – Abrechnung pflegerischer Leistungen	141
Zu Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	143
§ 113a – Expertenstandard zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege	143

I. Vorbemerkung

Der GKV-Spitzenverband befürwortet ausdrücklich die mit dem vorliegenden Gesetzesvorhaben angestrebte Zielsetzung, spürbare Verbesserungen im Alltag der Pflegekräfte in der Alten- wie Krankenhauspflege zu erreichen, um die Versorgungsqualität der Pflege für die Patienten zu erhöhen. Allerdings ist kritisch zu sehen, dass die Politik dabei reflexhaft die Beitragszahlenden stärker belasten möchte. Schon allein das Volumen der versicherungsfremden Leistungen, die mit dem vorliegenden Gesetzesvorhaben eingeführt werden sollen, rechtfertigt einen Bundeszuschuss zur sozialen Pflegeversicherung.

1. Altenpflege

Zusätzliches Pflegepersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen

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

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

Hinsichtlich der Verteilung der Pflegestellen auf die Einrichtungen schlägt der GKV-Spitzenverband die Vorgabe eines Personalschlüssels vor, durch den die zusätzlichen Stellen gleichmäßig und gerecht verteilt werden. Der im Referentenentwurf vorgesehene Verteilungsmodus dagegen führt dazu, dass die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen – je nach Platzzahl ihrer Einrichtung – unterschiedlich von den zusätzlichen Stellen profitieren. So bekäme sowohl eine Einrichtung mit 41 Bewohnerinnen und Bewohnern eine Vollzeitstelle finanziert als auch eine Einrichtung mit 80 Bewohnerinnen und Bewohnern.

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

Betriebliche Gesundheitsförderung für Pflegekräfte

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

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

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

Vergütungszuschläge für Wegezeiten in der ambulanten Pflege

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

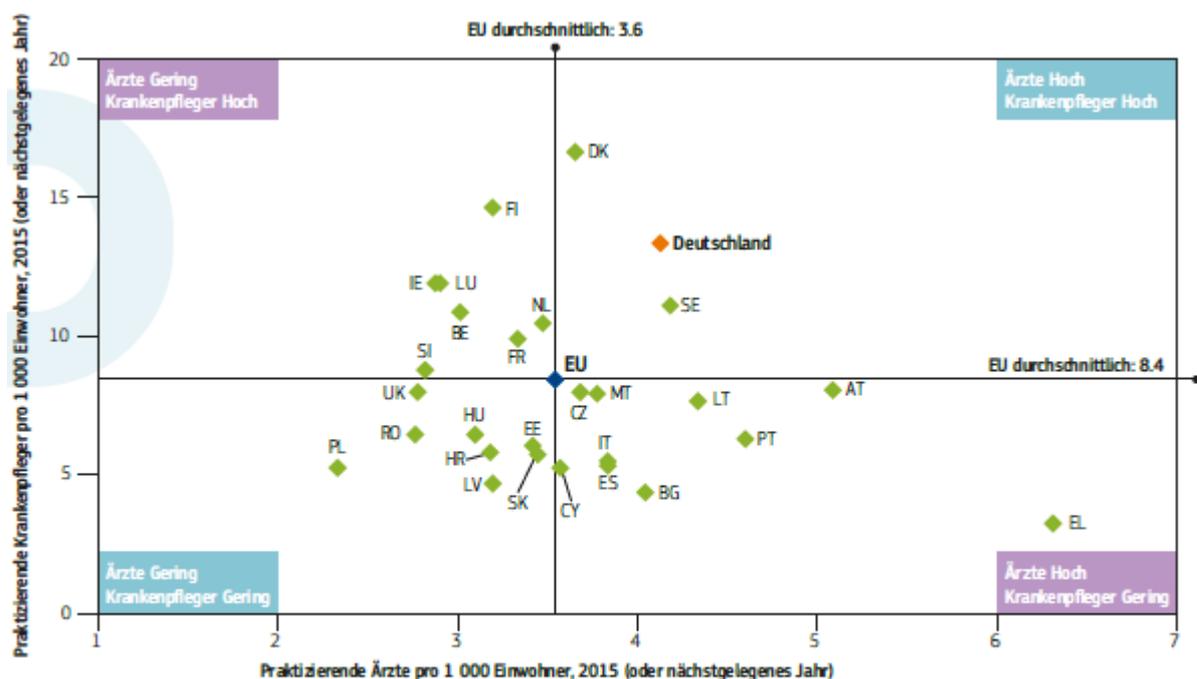
Wechselwirkung zwischen Kranken- und Altenpflege

Mit dem Gesetzesvorhaben soll auch zusätzliches Pflegepersonal in Krankenhäusern vollständig refinanziert und das Selbstkostendeckungsprinzip für Pflegekosten eingeführt werden. Dies birgt die erhebliche Gefahr, dass sich Krankenhäuser einen Überbietungswettbewerb um neue Pflege-

kräfte liefern werden, der im Ergebnis zu Lasten der geringer entlohnten Beschäftigung in der Altenpflege geht.

2. Pflege im Krankenhaus

Die Zahl der in der Pflege Beschäftigten konnte bis dato aufgrund weiterhin unangetasteter stationärer Überkapazitäten mit den Fallzahlzunahmen nicht Schritt halten. Und dies, obwohl die Zahl der Beschäftigten in der Krankenpflege in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat und auch die Zahl der Auszubildenden in der Pflege einen neuen Höchststand erreicht hat. „Deutschland verfügt über einen sehr großen stationären Krankenhaussektor. Pro 100.000 Einwohner gibt es 813 Betten, die höchste Quote in der EU und 58 % über dem Durchschnitt. Die Bettenkapazität ist seit 2000 nur um 11 % verringert worden, während Länder wie Finnland oder Dänemark ihre Kapazitäten im gleichen Zeitraum um mehr als 40 % gesenkt haben. Deutschland weist außerdem hohe und steigende Zahlen an Ärzten und Krankenpflegern auf. Sowohl das Verhältnis an der Bevölkerung als auch die Wachstumsrate liegt weit über dem EU-Durchschnitt“ (State of Health in the EU, Deutschland Länderprofil Gesundheit 2017, S. 7).



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

Quelle: Eurostat-Datenbank.

Quelle: [State of Health in the EU, Deutschland Länderprofil Gesundheit 2017, Abbildung 7

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

Die gesetzlichen Krankenkassen fordern den Gesetzgeber auf, die Krankenhausversorgung endlich an langfristig tragbaren Strukturen auszurichten und eine an internationalen Trends, technischen Möglichkeiten und medizinischen Entwicklungen ausgerichtete Krankenhausstruktur zu schaffen. Die gesetzlichen Vorgaben sind anschließend daran auszurichten. Sowohl die personellen als auch monetären Ressourcen hierfür sind in diesem Land vorhanden.

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

Der GKV-Spitzenverband sieht die Notwendigkeit, Vorgaben zur Pflegepersonalbesetzung zu treffen. Eine grundlegend andere Pflegepersonalkostenvergütung mit Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System wird kritisch gesehen. Ursächlich für die in der Pflege bestehenden Probleme ist nicht die Art der Finanzierung der Krankenhäuser über DRG Fallpauschalen, sondern die eklatante Fehlverwendung der gezahlten DRG-Erlöse durch die Krankenhäuser. Das zu behebende Problem in der Pflegepersonalkostenfinanzierung ist demnach nicht die Art des leistungsbezogenen Mitteltransfers via DRG-Fallpauschalen an die Krankenhäuser, sondern die Zweckentfremdung von Pflegeerlösen für die fehlende Investitionsfinanzierung und den Erhalt teils unwirtschaftlicher Strukturen.

Die nun vorgeschlagene Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRG-Fallpauschalen löst zwar das Problem der zweckgebundenen Finanzierung in der Pflege, da mit der Vereinbarung des Pflegebudgets auch nur tatsächlich belegte Pflegepersonalkosten finanziert werden. Die mit

der Selbstkostendeckung verbundenen Fehlanreize wiegen allerdings schwer. Vor diesem Hintergrund sollten die möglichen und in der Vergangenheit zu beobachtenden Fehlanreize der Selbstkostendeckung bei der Ausgestaltung der künftigen Pflegefinanzierung weitestgehend ausgeschlossen werden. Ein System, das keinerlei Bedarfsrahmen setzt und umfangreiche Nachweis- und Kontrollpflichten bedingt, kann keine Dauerlösung sein. Ein Finanzierungsrahmen, in dem die dem einzelnen Krankenhaus (in jedweder Höhe) entstehenden Pflegepersonalkosten immer als wirtschaftlich im Sinne des § 12 SGB V gelten, ist weder glaubwürdig noch auf Dauer finanzierbar.

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

Explizit positiv hervorzuheben und unerlässlich ist die Schaffung des „Pflegerlöskataloges“. Er wird aus Transparenzgründen benötigt, um weitere Pflegepersonaluntergrenzen normieren und standardisieren zu können. Zum einen dient die Kenntnis um die Kosten der Pflege zur Abgrenzung der Kosten der Kalkulation im Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Zum anderen ist der Pflegerlöskatalog aus Verteilungsgründen zwischen den Krankenkassen bei der Abfinanzierung des Pflegebudgets aus Gerechtigkeitsgründen unverzichtbar.

Es muss darauf hingewiesen werden, dass der beabsichtigte Zeitplan zur Vereinbarung eines Pflegebudgets unrealistisch ist. Die separate Abrechnung der Pflegekosten ab 2020 setzt voraus, dass die Bewertungsrelationen für die DRGs des Katalogjahres 2020 auf Basis der Daten der Kalkulationshäuser von 2018 ermittelt werden. Die Kalkulationshäuser sollen die für die Ausgliederung notwendigen Daten des ersten Halbjahres 2019 liefern. Diese liegen erst im dritten Quartal 2019 vor und müssen dann plausibilisiert werden. Aus der Erfahrung sind diese Daten oft stark fehlerbelastet, zumal sie auf noch zu vereinbarenden Definitionen basieren. Aus den über zehnjährigen Erfahrungen der DRG-Kalkulation ist ebenfalls bekannt, dass der auf Grundlage dieser Daten erstmals zu kalkulierende Katalog frühestens Anfang 2020 vorliegt und damit für 2021 erstmalig Anwendung finden kann.

Sowohl der Zeitplan als auch die Vermengung von Kostendaten aus 2018 für den DRG-Katalog und aus 2019 für die Bereinigung der Pflege scheinen problematisch.

Die Thematik „Pflegepersonaluntergrenzen“ und die beabsichtigte Ausdehnung der Untergrenzen auf alle bettenführenden Abteilungen sollte im Rahmen dieses Gesetzgebungsverfahrens erfolgen und nicht auf einen unbestimmten späteren Zeitpunkt verschoben werden.

Mit dieser Ausdehnung von Pflegepersonaluntergrenzen auf alle bettenführenden Krankenhausabteilungen müssen bestehende Umsetzungsprobleme in der Definition von schichtgenauen Pflegepersonaluntergrenzen gesetzlich gelöst werden. Dies betrifft insbesondere eine gesetzlich verankerte Stationsdefinition als Bezugspunkt für die Normierung von Pflegepersonaluntergrenzen und den Verzicht auf die Operationalisierung von Verlagerungseffekten.

Die für die Maßnahmen notwendigen Vorarbeiten liegen vor und sollten kurzfristig ab dem Budgetjahr 2019 parallel eingeführt werden.

Krankenhausstrukturfonds nicht zweckentfremden

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

Mit der beabsichtigten Ausweitung der Förderzwecke droht stattdessen eine noch stärkere Zweckentfremdung der Mittel des Strukturfonds für allgemeine investive Maßnahmen in Krankenhäusern, deren Finanzierung Aufgabe der Länder ist. Verstärkend kommt hinzu, dass vorgesehen ist, den Mindestförderungsbeitrag aus den Haushaltsmitteln der Länder auf nur noch 25 % abzusenken. Neben der Zweckentfremdung der GKV-Mittel drohen versorgungspolitisch substantielle Verwerfungen.

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

Vollständige Tarifierfinanzierung

Die bislang gültige hälftige Refinanzierung von Tarifsteigerungen wird künftig im Pflegebereich durch eine vollständige Tarifierfinanzierung ersetzt. Aufgrund der Vielzahl sich überschneidender Finanzierungsregelungen im Krankenhausbereich (hier insbesondere Bundesbasisfallwert-

Konvergenz) ist schon die bisherige zusätzliche hälftige Tarifierfinanzierung unnötig – gleiches gilt entsprechend auch für die vollständige Tarifierfinanzierung. Sowohl im Landesbasisfallwert, im Orientierungswert bzw. im Veränderungswert als auch über Mehrleistungen werden Personalkostensteigerungen und damit auch die tarifbedingten Kostensteigerungen der Pflege bereits in der Krankenhausfinanzierung einschließlich des Bereiches der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) abgebildet. Statt weiter die gezahlten Erlöse für die Pflege zu erhöhen, sollte die zweckentsprechende Mittelverwendung im Fokus stehen. Die Maßnahme wird daher von der GKV abgelehnt. Vielmehr ist eine Klarstellung überfällig, die die Mehrfachfinanzierung der Tarifierkostensteigerungen im Rahmen der Krankenhausfinanzierungsregelungen ausschließt.

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

II. Stellungnahme zum Referentenentwurf

Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 1

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift enthält die maßgeblichen gesetzlichen Grundlagen für die Fortführung des Krankenhausstrukturfonds ab dem Jahr 2019 bis zum Jahr 2022. Sie orientiert sich im Wesentlichen an der Regelung des bisherigen § 12.

Die Finanzierung des Krankenhausstrukturfonds wird wie bislang aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erfolgen. Die Zuführung erfolgt jährlich bis zu einem Betrag von 500 Mio. Euro. Neu ist, dass die Mittel des Krankenhausstrukturfonds über die Förderung von Schließungen, Konzentrationen und Umwandlungen akutstationärer Versorgungskapazitäten hinaus auch zur Finanzierung der folgenden Zwecke genutzt werden können:

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

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

Die Finanzmittel des Strukturfonds sind, wie bisher auch, grundsätzlich nach dem Königsteiner Schlüssel auf die einzelnen Länder verteilt. Neu geregelt wurde, dass 10 % der zur Verfügung stehenden Fördermittel für länderübergreifende Vorhaben zu verwenden sind. Auf diesen Teil der Fördermittel können alle Länder gleichermaßen zugreifen. Ferner wurde neu geregelt, dass im Laufe eines Jahres nicht ausgeschöpfte Fördermittel dem jeweiligen Bundesland bis zum 31.12.2022 erhalten bleiben und durch bis zu diesem Zeitpunkt gestellte An-

träge abgerufen werden können. Fördermittel, für die zu diesem Zeitpunkt keine Anträge gestellt worden sind, werden an den Gesundheitsfonds zurückgeführt.

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

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

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

Die Regelung erweitert außerdem die Ermächtigungsgrundlage für die Krankenhausstrukturfonds-Verordnung dahingehend, dass in der Verordnung auch die Förderung bestimmter Vorhaben von Hochschulkliniken geregelt werden kann. Hierbei handelt es sich um

- Vorhaben zur Verbesserung der IT-Sicherheit von Hochschulkliniken und
- die Erweiterung von Ausbildungskapazitäten für Pflegeberufe (auch an Ausbildungsstätten, die mit Hochschulkliniken verbunden sind).

B) Stellungnahme

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

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

Mit der deutlichen Ausweitung der Förderzwecke droht eine noch stärkere Zweckentfremdung der Mittel des Strukturfonds für allgemeine investive Maßnahmen in Krankenhäusern, deren Finanzierung Aufgabe der Länder ist. Verstärkend kommt hinzu, dass vorgesehen ist, den Mindestförderungsbeitrag aus den Haushaltsmitteln der Länder faktisch auf 25 % absenken

zu können. Neben der Zweckentfremdung der GKV-Mittel drohen versorgungspolitisch substanzielle Verwerfungen. Erfolgt beispielsweise keine Priorisierung von Schließungsmaßnahmen, werden absehbar Mittel des Strukturfonds auch für Investitionen in die Beschaffung und Entwicklung informationstechnischer oder kommunikationstechnischer Anlagen an Krankenhäusern eingesetzt, die im Zuge des notwendigen Abbaus von Überkapazitäten zu schließen sind. Ferner muss sichergestellt werden, dass eine bundesweite Finanzierung von Strukturveränderungen auch mit einer bundeseinheitlichen Erfassung von Krankenhausstrukturen einhergeht. Nur so kann eine sinnvolle Evaluation der Maßnahmen erfolgen und Transparenz über die Verwendung von Bundesmitteln erreicht werden. Zwingend ist daher eine Erweiterung des Standortverzeichnisses um die Dimension „Fachabteilung“, die es ermöglicht, beispielsweise nachhaltig zu prüfen, ob im Zuge eines Konzentrationsvorhabens eine Abteilung vollständig umgewandelt oder sinnvolle, integrierte Notfallstrukturen finanziert werden.

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

(a) Antragstellung durch die Krankenhausträger

Maßgeblich für den Mangel an Förderung des Abbaus von Überkapazitäten ist der Auswahlprozess, in dem die Bundesländer die tragende Rolle einnehmen. Unverständlich ist, warum die Länder und nicht die Träger selbst die Entscheidung über die förderungsfähigen Vorhaben treffen sollen. Die Antragstellung sollte daher im Fall von Schließungen den Krankenhausträgern selbst überlassen werden; sie sollten direkt Anträge auf Schließungen an das Bundesversicherungsamt (BVA) stellen dürfen. Eine entsprechende grundsätzliche Anpassung der Regelungen der §§ 12 bis 14 ist vorzunehmen.

(b) Priorisierung von Schließungen

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

§ 12a Abs. 2 S. 2 (neu)

In § 12a Abs. 2 wird ein neuer Satz 2 eingefügt:

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

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

(c) Finanzielle Mittel zielführend einsetzen

Für eine klare Priorisierung von Schließungen ist eine gleichmäßige Verteilung der Mittel auf alle Länder nicht zielführend, da der Bedarf an Strukturwandel und Schließungen unterschiedlich ausgeprägt ist. Die vermeintlich gerechte Zuweisung der Mittel nach dem Königssteiner Schlüssel ist zu streichen, um Überkapazitäten, insbesondere in Ballungsgebieten, angemessen begegnen zu können. § 2a ist wie folgt anzupassen:

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

(d) PKV-Beteiligung sicherstellen

Ein eklatanter Fehler bleibt es, dass sich die PKV nicht verpflichtend an dem Strukturfonds beteiligen muss. Die vom Gesetzgeber gewählte Option der „freiwilligen Beteiligung“ hat sich als zu optimistisch erwiesen. Die PKV hat, wie erwartet, keinen Euro beigesteuert, obwohl die

PKV-Versicherten von den Maßnahmen gleichermaßen profitieren. Die Beteiligung der PKV muss durch einen zu zahlenden Pflichtbetrag direkt an das BVA sichergestellt werden. Die PKV muss vor diesem Hintergrund die Mittel des Strukturfonds um einen Betrag in Höhe von 50 Mio. Euro erhöhen. Die Beteiligung der PKV sollte direkt an das BVA erfolgen (wie auch bei der Beteiligung der Landwirtschaftlichen Krankenkasse gemäß § 221 Abs. 2 SGB V).

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

§ 12a ist wie folgt anzupassen:

In § 12a Abs. 1 Satz 3 werden die Wörter „telemedizinischer Netzwerkstrukturen und Krankenhausverbänden, zur Verbesserung der informationstechnischen Sicherheit der Krankenhäuser“ ersatzlos gestrichen; hilfsweise ist ein verpflichtender Verweis auf ein international geeignetes Instrument zur Messung der digitalen Transformation als Vorher-Nachher-Vergleich zu ergänzen.

In § 12a Abs. 3 S. 1 Nr. 2 wird die Zahl „25“ durch die Zahl „50“ ersetzt.

Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 4

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 5

§ 18 Abs. 3 S. 3 – Pflegesatzverfahren

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B) Stellungnahme

Die Folgeänderung zur Einführung der neuen Pflegepersonalkostenvergütung ist sachgerecht.

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 2 (Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 1 Buchstabe a) Doppelbuchstabe aa)

§ 17a Abs. 1 S. 1 (neu) – Ausbildungsvergütung weitere Gesundheitsberufe

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

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

Die Maßnahme der Ausweitung der Finanzierungsregelung wird perspektivisch zu Mehrkosten für die GKV in erheblicher Höhe führen. Die grundsätzliche Zuständigkeit der GKV für die

Finanzierung von Ausbildungsberufen wird mit dieser Ausdehnung auf weitere Ausbildungsvergütungen fortgeführt und verstärkt, während in allen anderen Bereichen die Ausbildungsfinanzierung eine staatliche Aufgabe darstellt.

C) Änderungsvorschlag

Vgl. Kommentierung zu Artikel 2 Nr. 1 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb).

Artikel 2 (Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 1 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 2 Nr. 1 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) werden § 17a Abs. 1 Sätze 3 und 4 n. F. wie folgt gefasst:

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

Folgender Satz 5 wird ergänzt:

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

Alternativ:

„b) § 17a Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 KHG wird wie folgt gefasst:

„Mit dem Ziel, eine sachgerechte Finanzierung sicherzustellen, schließen

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

Artikel 2 (Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 1 Buchstabe b)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

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

Artikel 2 (Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe a)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

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

Artikel 2 (Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe b)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

Die von den Vertragsparteien auf Bundesebene getroffenen Vorgaben sind von den Krankenhäusern rückwirkend ab dem 01.01.2019 für die Abgrenzung der Kosten und Leistungen anzuwenden um auf Basis der hochgerechneten Daten der Kalkulationskrankenhäuser des ersten Halbjahres 2019 die Bewertungsrelationen des DRG-Systems erstmals für das erste Anwendungsjahr 2020 zu mindern bzw. einen Pflegeerlöskatalog als Grundlage für eine tagesbezogene Pflegepersonalkostenvergütung zu kalkulieren. Die Kostendaten für das Pflegepersonal sind weiterhin, zusammen mit anderen Kalkulationsdaten, an das InEK zu übermitteln.

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

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

B) Stellungnahme

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

Die nun vorgeschlagene Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRG-Fallpauschalen löst zwar das Problem der zweckgebundenen Finanzierung der Pflege, da mit der Vereinbarung des Pflegebudgets nur tatsächlich auch entstandene Pflegepersonalkosten finanziert werden. Die mit der Selbstkostendeckung verbundenen Fehlanreize wiegen allerdings schwer. Vor diesem Hintergrund sollten die möglichen und in der Vergangenheit zu beobachtenden Fehlanreize der Selbstkostendeckung bei der Ausgestaltung der künftigen Pflegefinanzierung ausgeschlossen werden. Ein System, das keinen Bedarfsrahmen setzt und umfangreiche Nachweis- und Kontrollpflichten bedingt, kann keine Dauerlösung sein. Ein Finanzierungsrahmen, in dem die dem einzelnen Krankenhaus (in jedweder Höhe) entstehenden Pflegepersonalkosten immer als wirtschaftlich im Sinne des § 12 SGB V gelten, ist nicht glaubhaft. Es bedarf einer Obergrenze, bis zu der Pflegepersonalkosten erstattet werden. An was sollte sich der krankenhausesindividuelle Pflegepersonalbedarf orientieren, wenn nicht an Art und Umfang der behandelten Patienten? Die Selbstkostendeckung ohne Maß ist aus diesem Grunde mindestens zeitlich zu befristen. Parallel ist auf Basis des zu entwickelnden bundeseinheitlichen Pflegeerlöskatalogs nach geeigneteren Maßnahmen zu suchen, wie „gute Pflege“ zweckentsprechend finanziert werden kann. Ein möglicher Lösungsweg könnte beispielsweise darin liegen, eine Effizienzgrenze zu schaffen. Dadurch soll verhindert werden, dass Pflegekräfte künftig wieder z. B. für die Raumpflege eingesetzt werden. Alternativ ließe

sich auch der zulässige Pflegeentgeltwert nach oben begrenzen, um einen Bieterwettbewerb um Pflegekräfte zu begrenzen und unangemessen hohe Vergütungen auszuschließen.

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

Es muss im Detail geprüft werden, inwieweit es sachgerecht ist, die Vielzahl von Komponenten des DRG-Systems, die in den letzten Jahren zur stärkeren Berücksichtigung von Pflegeleistungen und Pflegebedarf geschaffen wurden, wieder „einzustampfen“. Die vorgesehene Bereinigung des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) zur Abbildung der Pflegeleistungen (vgl. Art 8 § 9 Abs. 1 Nr. 9 KHEntgG (neu)) ist eine Vereinfachung, führt aber auch zu einem Erkenntnisverlust in der Abbildung der Pflege im Leistungsgeschehen der Krankenhäuser. Entscheidend muss letzten Endes sein, dass die Pflege bei den Patienten ankommt. Eine Leistungstransparenz und ein Leistungsbezug der Finanzierung der Pflegeleistungen sind daher unabdingbar. Erprobte Ansätze, wie beispielsweise LEP® (Leistungserfassung in der Pflege), ermöglichen es, dass eine entsprechende Ausstattung mit Pflegekräften entgeltrelevant werden kann und bei den Patienten als Pflegeleistung ankommt. In diesem Zusammenhang ist positiv zu bemerken, dass die Kostendaten für das Pflegepersonal weiterhin, zusammen mit anderen Kalkulationsdaten, an das InEK zu übermitteln sind; so bleibt zumindest eine Basistransparenz über die Abbildung der Pflege erhalten.

Die Vorschrift, den Landesbasisfallwert bei der Minderung der Gesamtsumme der Bewertungsrelationen des DRG-Systems um die Summe der Bewertungsrelationsanteile für den Pflegepersonalaufwand nicht zu korrigieren, ist korrekt. Die damit im Zusammenhang stehende Vorschrift, bei der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten und der Vereinbarung der Pflegebudgets vor Ort Doppelfinanzierung von Leistungen oder Mehrausgaben jenseits der Finanzierung des Pflegepersonalaufwands in der Patientenversorgung auszuschließen, ist sehr zu begrüßen. Absolut notwendig und noch zu ergänzen ist allerdings die Vorschrift, bei der Kostenausgliederung auch Pflegekostenanteile in den Zusatzentgelten einzubeziehen, die nicht Teil der Summe der Bewertungsrelationen sind, da sie in Euro ausgewiesen werden (z. B. Zusatzentgelte auf Basis des Pflegekomplexmaßnahmenscores (PKMS), der Pflegegrade, der Palliativmedizin etc.), um kostenträchtige Fehler wie bei der Einführung des Zusatzentgelts für den PKMS 2012 zu vermeiden.

Es muss darauf hingewiesen werden, dass der beabsichtigte Zeitplan zur Vereinbarung eines Pflegebudgets unrealistisch ist. Die separate Abrechnung der Pflegekosten ab 2020 setzt voraus, dass die Bewertungsrelationen für die DRGs des Katalogjahres 2020 auf Basis der Daten der Kalkulationshäuser von 2018 ermittelt werden. Die Kalkulationshäuser sollen die für die Ausgliederung notwendigen Daten des ersten Halbjahres 2019 liefern. Diese liegen erst im dritten Quartal 2019 vor und müssen dann plausibilisiert werden. Aus der Erfahrung sind diese Daten oft stark fehlerbelastet, zumal sie auf Basis noch zu vereinbarenden Definitionen basieren. Aus den über zehnjährigen Erfahrungen der DRG-Kalkulation ist ebenfalls bekannt, dass der auf Grundlage dieser Daten erstmals zu kalkulierende Katalog frühestens Anfang 2020 vorliegt. Sowohl der Zeitplan als auch die Vermengung von Kostendaten aus 2018 für den DRG-Katalog und aus 2019 für die Bereinigung der Pflege scheinen problematisch.

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

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

C) Änderungsvorschlag

§ 6a Abs. 2 KHEntgG – Vereinbarung eines Pflegebudgets

In § 6a Abs. 2 KHEntgG (neu) wird in Satz 7 hinter dem Wort „gelten“ die Worte *„bis zur Effizienzgrenze gemäß § 137i Absatz 1a“* eingefügt.

§ 137j (neu):

„Ab dem Budgetjahr 2020 wird zur Gewährleistung einer angemessenen Pflegepersonalausstattung eine Effizienzgrenze auf Ganzhausebene eingeführt. Hierzu werden die examinierten Pflegevollkräfte der Krankenhäuser mit dem bundeseinheitlichen Pflegeerlöskatalog der Krankenhäuser ins Verhältnis gesetzt. Grundlage für die Ermittlung der examinierten Pflegevollkräfte des einzelnen Krankenhauses sind die auf Basis des Pflegebudgets gemäß § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Daten; die Zahl der examinierten Pflegevollkräfte ist dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus jährlich bis zum 30. Juni gemäß § 21 Absatz 2 Buchstabe e des Krankenhausentgeltgesetzes für das Vorjahr zu übermitteln. Grundlage für die Ermittlung der Pflegeerlöse des einzelnen Krankenhauses ist der bundeseinheitliche Pflegeerlöskatalog. Die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes beauftragen das Institut für das Entgeltsystem im Kranken-

haus auf Basis der Daten der Sätze 3 und 4 jährlich bis zum 31. August, eine Verhältniszahl aus examinierten Pflegevollkräften und Pflegeerlösen für jeden einzelnen Krankenhausstandort zu ermitteln. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt den Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zur Übermittlung an die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes und den zuständigen Landesbehörden die Verhältniszahlen und das Ausmaß der Überschreitung der Effizienzgrenze. Überschreitet ein Krankenhaus die Effizienzgrenze, erfolgt keine zusätzliche Erstattung weiterer Pflegepersonalkosten gemäß § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes über das Pflegebudget.“

In § 17b Abs. 4 Satz 4 KHG werden hinter dem Wort „vermindern“ die Worte „sowie die pflegerrelevanten Kosten der Zusatzentgelte“ ergänzt.

Artikel 3 (Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

A) Stellungnahme

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

B) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 4 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 1

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Artikel 4 Nr. 1 wird gestrichen.

Artikel 4 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 2

§ 11 – Vereinbarungen für das einzelne Krankenhaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

C) Änderungsvorschlag

In § 11 BPfIV ist folgender geänderter Satz anzufügen:

*„Sofern der Nachweis nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes **oder der Nachweis nach § 18 Absatz 2 Sätze 2 und 3** ergibt, dass Mittel nicht zweckentsprechend verwendet wurden, ist in der Vereinbarung die Rückzahlung dieser Mittel zu regeln.“*

Vgl. allgemeine Kommentierung zum Nachweis nach § 9 Abs. 1 Nr. 7 KHEntgG.

Artikel 5 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Nr. 3

§ 11 – Förderungsfähige Vorhaben

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 11 werden als Folgeänderung von § 12a KHG die förderfähigen Vorhaben des Krankenhausstrukturfonds ab dem Jahr 2019 neu gefasst. Dabei werden zum einen bestehende Förderzwecke präzisiert, zum anderen werden die neuen Fördertatbestände (Vorhaben zur Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen, zur Bildung integrierter Notfallstrukturen, telemedizinischer Netzwerkstrukturen und Krankenhausverbänden, zur Verbesserung der informationstechnischen Sicherheit der Krankenhäuser und zur Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten in den Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1a Buchstabe e bis g KHG (vgl. Artikel 1) spezifiziert. Ferner setzen die Regelungen die Erweiterung der Ermächtigungsgrundlage durch § 12a Abs. 4 KHG für die dort genannten Vorhaben von Hochschulkliniken um.

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsbedarf

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

Artikel 5 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Nr. 3

§ 12 – Förderungsfähige Kosten

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

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

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsbedarf

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

Artikel 5 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Nr. 3

§ 13 – Verwaltungsaufgaben des Bundesversicherungsamts

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsbedarf

In § 13 wird ein neuer Absatz 3 eingefügt:

„(3) Das BVA informiert die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen über die beantragten und ggf. bewilligten Fördervorhaben und die im Einzelnen zur Verfügung gestellten Fördermittel.“

Artikel 5 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Nr. 3

§ 14 – Antragstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsbedarf

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

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 Buchstabe a)

§ 20 Abs. 6 S. 2 – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung soll der Mindestwert für Leistungen betrieblicher Gesundheitsförderung von derzeit 2,10 Euro (2018) um 1,00 EUR pro Versicherten auf einen noch nicht bezifferten Wert von 3,XX Euro (hier soll der um 1,00 EUR erhöhte Ausgabenrichtwert nach Bekanntgabe der Steigerungsrate der monatlichen Bezugsgröße für 2019 eingesetzt werden) erhöht werden.

B) Stellungnahme

Die Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung ist im Prinzip sachgerecht. Da der Orientierungswert (Soll-Wert) für Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung insgesamt (2018: 7,34 EUR) wie bisher mit der Entwicklung der monatlichen Bezugsgröße und damit voraussichtlich nur um wenige Cent pro Jahr steigen soll, würde die Erhöhung des Mindestwerts für Leistungen betrieblicher Gesundheitsförderung um 1,00 EUR innerhalb eines Jahres zu einer Reduzierung der Ausgaben für Maßnahmen der individuellen verhaltensbezogenen Prävention (Präventionskurse) führen. Es sollte jedoch vermieden werden, dass die Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung zu Lasten eines anderen wichtigen Bereiches der Prävention geht. Der Ausbau der Leistungen betrieblicher Gesundheitsförderung hängt in erster Linie von der Bereitschaft und dem Engagement der Arbeitgeber und den Strukturen in den Einrichtungen ab. Es sollten Möglichkeiten geprüft werden, Krankenhäuser, stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste zu verpflichten, die betriebliche Gesundheitsförderung innerhalb der Betriebe zu stärken.

Bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Gesundheitsförderungsprojekte in den Betrieben brauchen Zeit. Deshalb sollte der Aufwuchs der Mittel für betriebliche Gesundheitsförderung nicht schlagartig in einem Jahr erfolgen. Im Sinne eines bedarfsgerechten und qualitätsgesicherten Ausbaus der betrieblichen Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen wäre eine schrittweise, auf drei Jahre verteilte Erhöhung des Mindestausgabewertes für betriebliche Gesundheitsförderung auf 3,10 EUR realistisch und sinnvoll. Der Orientierungswert für Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung sollte auf der Grundlage des zum 01.07.2019 zu erstellenden Präventionsberichts der Nationalen Präventionskonferenz und der darin enthaltenen Empfehlungen für die Weiterentwicklung der in § 20 Abs. 6 SGB V vorgegebenen Ausgabenwerte angepasst werden. Im Sinne einer gesamtgesellschaftlich fundier-

ten Präventionsstrategie muss dabei berücksichtigt werden, dass Prävention und Gesundheitsförderung gesamtgesellschaftliche Aufgaben darstellen, deren Stärkung nicht nur mit GKV-Mitteln erfolgen kann, sondern auch zusätzliche Ausgaben anderer verantwortlicher Akteure (Bund, Länder, Kommunen und weitere Sozialversicherungszweige) erfordert.

C) Änderungsvorschlag

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

„Die Krankenkassen wenden von dem Betrag nach Satz 1 für jeden ihrer Versicherten mindestens 2,XX EUR [zu ersetzen durch den ab 2019 geltenden Ausgabenrichtwert] für Leistungen nach § 20a und im Jahr 2019 mindestens 2,35 EUR für Leistungen nach § 20b auf; der Betrag für Leistungen nach § 20b umfasst im Jahr 2020 mindestens 2,60 EUR und im Jahr 2021 mindestens 3,10 EUR je Versicherten.“

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 Buchstabe b)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Norm wird für die Ausgaben der Krankenkassen für betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen in Krankenhäusern und (teil)stationären Pflegeeinrichtungen ein eigener Mindestausgabewert von zunächst 1,00 EUR je Versicherten (2019) eingeführt, der entsprechend der Steigerung der monatlichen Bezugsgröße in den Folgejahren dynamisiert wird.

B) Stellungnahme

Eine feste Quotierung der betrieblichen Gesundheitsförderungsausgaben der Krankenkassen in Bezug auf Krankenhäuser und (teil)stationäre Pflegeeinrichtungen von 1,00 EUR je Versicherten ist nicht zielführend.

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

Zum anderen würde der Einstieg in eine Quotierung der BGF-Ausgaben zugunsten einer Branche zweifellos Rufe nach der Einführung von BGF-Mindestquoten auch aus anderen Branchen und Berufsgruppen laut werden lassen. Die BGF-Ausgaben der Krankenkassen würden so – je nach der Durchsetzungsmacht der jeweiligen Branchen – immer weitergehender quotiert werden. Eine unerwünschte Interventionsspirale wäre die Folge. Diese nähme den Krankenkassen in der Folge jede Handlungsfähigkeit im Sinne eines flexiblen Eingehens auf Be-

darfs- und Problemlagen und würde dazu führen, dass die Gelder nach dem „Gießkannenprinzip“ und damit nicht bedarfsgerecht und ohne die notwendige Qualitätssicherung verteilt würden.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 7 Nr. 1 Buchstabe b) wird gestrichen.

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 Buchstabe c)

§ 20 Abs. 6 S. 4 – Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung soll der vorgesehene Mindestwert für betriebliche Gesundheitsförderungsausgaben (BGF) der Krankenkassen zugunsten von Krankenhäusern und (teil)stationären Pflegeeinrichtungen (siehe Stellungnahme zu Nr. 1 Buchstabe b) mit der Steigerungsrate der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV weiterentwickelt werden (wie auch die anderen für Primärprävention und Gesundheitsförderung geltenden Orientierungs- und Mindestwerte).

B) Stellungnahme

Ein eigener Mindestwert für BGF-Ausgaben zugunsten von Krankenhäusern und (teil)stationären Pflegeeinrichtungen wird abgelehnt. Auf die Stellungnahme zu Artikel 7 Nr. 1 Buchstabe b) wird verwiesen. Entsprechend wird die geplante Neuregelung ebenfalls abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 7 Nr. 1 Buchstabe c) wird gestrichen.

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 Buchstabe a)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die explizite Nennung der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen als Adressaten für BGF-Beratung und -Unterstützung ist sachgerecht. Hier sollten allerdings auch die ambulanten Pflegedienste nicht ausgespart werden.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 7 Nr. 2 Buchstabe a) wird wie folgt gefasst:

„In Satz 1 werden nach dem Wort „Unternehmen“ die Wörter „und insbesondere Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 und Einrichtungen nach **§ 71 Absatz 1 und 2** des Elften Buches,“ eingefügt.“

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 Buchstabe b)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Bei den genannten Verbänden fehlen diejenigen, die ambulante Pflegeeinrichtungen vertreten. Auch in der ambulanten Pflege ist BGF notwendig und sinnvoll. Die Verbände der ambulanten Pflegeeinrichtungen im Land sollten daher ebenfalls als Kooperationspartner der regionalen Koordinierungsstellen genannt werden.

C) Änderungsvorschlag

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

„In Satz 3 und 4 werden jeweils nach dem Wort „Unternehmensorganisationen“ die Wörter „und die für die Wahrnehmung der Interessen der Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 und der Einrichtungen nach **§ 71 Absatz 1 und 2** des Elften Buches auf Landesebene maßgeblichen Verbände“ eingefügt.“

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 20d Abs. 3 – Nationale Präventionsstrategie

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Artikel 7 Nr. 3 wird wie folgt gefasst:

„In § 20d Abs. 3 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

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.“

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 37 – Häusliche Krankenpflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Ausweislich der Gesetzesbegründung sollen die Mittel der GKV für die Schaffung von ca. 13.000 neuen Pflegepersonalstellen im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeeinrichtungen eingesetzt werden. Die Querfinanzierung des zusätzlichen Pflegepersonals aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung und die dabei vorgesehene Systematik des pauschalen Abzugs von Beitragsmitteln der GKV werden abgelehnt. Sollte daran festgehalten werden, weist der GKV-Spitzenverband darauf hin, dass bei der Umsetzung der beabsichtigten Neuregelung die Beitragsgelder der Krankenkassen nur zweckgebunden ausgegeben und nicht im Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung angespart werden dürfen. Daher sind nachfolgende Änderungen notwendig.

Die Regelungen des neuen § 37 Abs. 2a SGB V werden von den Regelungen in § 8 Abs. 6 und 9 (neu) SGB XI flankiert. Im SGB XI soll geregelt werden, unter welchen Voraussetzungen die von den Krankenkassen in den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung eingezahlten Mittel an die vollstationären Pflegeeinrichtungen ausgezahlt werden können. Danach werden die Zuschläge gemäß § 8 Abs. 6 (neu) SGB XI unter der Voraussetzung der Zweckgebundenheit für zusätzliches Personal an die jeweiligen Pflegeeinrichtungen gezahlt. Die entsprechenden Gelder sollen folglich für die vorgesehenen 13.000 neuen Stellen ausgezahlt werden. Gemäß § 8 Abs. 6 Satz 3 (neu) SGB XI sowie der Gesetzesbegründung zum § 37 Abs. 2a (neu) SGB V hat die Pflegeversicherung sicherzustellen, dass die von der GKV zur Verfügung gestellten Mittel tatsächlich auch entsprechend ihrer Zweckbindung eingesetzt werden. Daraus folgt, dass die Zahlungen der Krankenkassen in den Ausgleichsfonds der sozialen Pflege-

versicherung davon abhängig sind, dass zusätzliche Ausgaben der Pflegeversicherung durch zusätzliches Pflegepersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen tatsächlich entstehen.

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

In § 8 Abs. 9 (neu) SGB XI soll geregelt werden, dass sich die private Pflegeversicherung (PPV) in Höhe von 44 Millionen Euro an der Abgeltung des Aufwands für 13.000 zusätzliche Pflegekräfte beteiligt. Die Beteiligung der PPV ist erforderlich, da durch das neu eingestellte Pflegepersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen auch PPV-Versicherte versorgt werden sollen. Weder ist das im Referentenentwurf ausgewiesene Gesamtvolumen, noch ist die Beteiligung der PPV in Höhe von nur 44 Millionen Euro nachvollziehbar. Zudem ist im Verfahren sicherzustellen, dass auch die Beihilfe angemessen beteiligt wird. Im Bereich der Abgrenzung der sozialen Pflegeversicherung zur PPV gibt es im SGB XI das grundlegende Verhältnis 90/10. Die 90/10-Regelung entspricht auch den neu geplanten Finanzierungsaufteilungen zur Finanzierung der gemäß § 113 Abs. 1b Satz 1 SGB XI zu beauftragenden fachlich unabhängigen Institution (siehe § 8 Abs. 5 (neu) SGB XI), der besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Pflegeeinrichtungen (siehe § 8 Abs. 7 (neu) SGB XI) sowie dem einmaligen Zuschuss für Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenpflege zur Entlastung von Pflegekräften durch digitale Anwendungen (siehe § 8 Abs. 8 (neu) SGB XI). Dieser Systematik folgend ist somit auch für die Abgeltung der Vergütungszuschläge für die 13.000 neuen Stellen der Finanzierungsanteil der privaten Pflegeversicherung auf 10 % der insgesamt festgelegten Ausgaben (68,4 Millionen Euro) zu erhöhen (siehe auch Stellungnahme zu § 8 Abs. 6 und 9 SGB XI n. F.).

Aufgrund der Beteiligung der PPV muss die in § 37 Abs. 2a Satz 1 (neu) SGB V genannte Höhe der Abgeltung durch die Krankenversicherung an den Ausgleichsfonds entsprechend des Anteils, den die PPV gemäß § 8 Abs. 9 (neu) SGB XI zu tragen hat, reduziert werden. Der Anteil der GKV beträgt folglich 615,6 Millionen Euro (684 Millionen Euro – 68,4 Millionen Euro).

Da der GKV-Spitzenverband die Umlage nach § 37 Absatz 2a SGB V n. F. von den Krankenkassen versichertenbezogen zu erheben hat, ist sicherzustellen, dass auch die Zuweisungen

aus dem Gesundheitsfonds an die Krankenkassen zur Deckung dieser Ausgaben versichertenbezogen erfolgen. Ein entsprechender Hinweis in der Gesetzesbegründung wird angeregt.

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

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 7 Nr. 4 Buchstabe a) wird § 37 Abs. 2a Satz 1 (neu) wie folgt gefasst:

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

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 40 Abs. 2 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Das „außer Kraft setzen“ des Stufenmodells zwischen ambulanten und stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für den Personenkreis der pflegenden Angehörigen kann vor dem Hintergrund der besonderen familiären Situation nachvollzogen werden. Je nach individuellen Rahmenbedingungen wird es bei Inanspruchnahme einer stationären Rehabilitation für den pflegenden Angehörigen besser zu organisieren sein, die Versorgung des zu pflegenden Angehörigen sicherzustellen, als bei einer ambulanten Rehabilitation. Es ist zu erwarten, dass dieser Aspekt auch eine indirekte positive Wirkung auf das Rehabilitationsergebnis der pflegenden Angehörigen haben kann. Ungeachtet dieser modifizierten Zugangsvoraussetzungen zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wird mit den vorgesehenen Regelungen erkennbar kein neuer Anspruch und keine neue Form und Qualität von Rehabilitationsleistungen für pflegende Angehörige geschaffen. Auch bei pflegenden Angehörigen sind die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation darauf gerichtet, eine nicht nur vorübergehende drohende Beeinträchtigung der Teilhabe abzuwenden bzw. eine bereits eingetretene Beeinträchtigung der Teilhabe zu beseitigen, zu vermindern oder deren Verschlimmerung zu verhüten. Die Indikation für eine medizinische Rehabilitation setzt somit auch bei pflegenden Angehörigen das Vorliegen von Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und einer positiven Rehabilitationsprognose voraus. Eine solche Reha-Indikation liegt u. a. nur dann vor, wenn die Notwendigkeit der Inanspruchnahme eines komplexen Behandlungsange-

botes besteht. Dies vorausgesetzt soll nach den vorgesehenen Regelungen ein Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bereits dann bestehen, wenn das komplexe Behandlungsangebot aufgrund der Pflegesituation nicht in hinreichender Weise im ambulanten Setting wahrgenommen werden kann. Mit dem Wegfall des Stufenmodells ist demnach keine Verlagerung der ambulanten Krankenbehandlung in die stationäre Rehabilitation intendiert. Zur Vermeidung von Rechtsunsicherheit aufgrund unterschiedlicher Interpretationen sind eine Ergänzung im Gesetzeswortlaut, dass die Krankenkasse „erforderliche“ stationäre Rehabilitation erbringt, und eine entsprechende Klarstellung in der Gesetzesbegründung notwendig.

Ausweislich der Gesetzesbegründung soll das Vorrang-/Nachrang-Verhältnis zwischen gesetzlicher Renten- und Krankenversicherung bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation unverändert fortbestehen. Auch für pflegende Angehörige soll die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation subsidiär sein, so dass für pflegende Angehörige im erwerbsfähigen Alter Leistungsansprüche gegenüber der gesetzlichen Rentenversicherung vorrangig bleiben. Dieser gesetzliche Wille kommt zwar durch die Aussagen in der Gesetzesbegründung zum Ausdruck, der Rechtsanspruch im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung bleibt jedoch aufgrund der unveränderten gesetzlichen Regelungen im SGB VI für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung unklar. Das Ziel eines erleichterten Zugangs zu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für pflegende Angehörige unabhängig vom zuständigen Rehabilitationsträger wird nur dann rechtssicher erreicht, wenn die im SGB V für den Bereich der Krankenversicherung vorgesehenen Regelungen analog auch für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Zuständigkeit der gesetzlichen Rentenversicherung gelten. Dies bedarf zur Vermeidung von Rechtsunsicherheit und ggf. einer Zuständigkeitsverlagerung von der Renten- in die Krankenversicherung entsprechender Änderungen im SGB VI.

In der Gesetzesbegründung wird auf die vielfältigen Möglichkeiten der Sicherstellung der Versorgung des zu Pflegenden während der Rehabilitation des pflegenden Angehörigen, u. a. auf die Mitaufnahme des Pflegebedürftigen in die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung im Rahmen der Kurzzeitpflege nach dem SGB XI, hingewiesen. In diesem Kontext wird ausgeführt, dass die Pflegebedürftigen insoweit ggf. „zusätzlich rehabilitative Angebote“ können. Hier bleibt unklar, welche rehabilitativen Leistungen Pflegebedürftige durch wen und zu wessen Lasten erhalten sollen. Zur Vermeidung von Missverständnissen sollte auf diesen Hinweis verzichtet werden.

C) Änderungsvorschläge

In Artikel 7 Nr. 5 Buchstabe b) wird § 40 Absatz 2 Satz 1 1. Halbsatz SGB V n. F. wie folgt gefasst:

„Die Krankenkasse erbringt **erforderliche** stationäre Rehabilitation für pflegende Angehörige unabhängig von Absatz 1;“

In der Begründung zu dieser Regelung sollte ausgeführt werden, dass die Erforderlichkeit der stationären Rehabilitation auch für pflegende Angehörige deren Rehabilitationsbedürftigkeit und -fähigkeit sowie eine positive Rehabilitationsprognose voraussetzt, nicht jedoch, dass ambulante Behandlungsmaßnahmen am Wohnort ausgeschöpft sein müssen und vorrangig ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch zu nehmen sind.

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

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

„Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für pflegende Angehörige findet § 40 Abs. 2 Satz 2 erster Halbsatz des Fünften Buches entsprechend Anwendung.“

§ 15 Abs. 1 Satz 2 SGB VI wird zu Satz 3.

In der Begründung zu § 15 Abs. 1 Satz 2 SGB VI sollte zum Ausdruck gebracht werden, dass mit der Änderung die besonderen Belange und Belastungen pflegender Angehöriger berücksichtigt werden und damit der Zugang zur medizinischen Rehabilitation erleichtert wird. Auch für den Träger der gesetzlichen Rentenversicherung erfolgt bei Leistungen der medizinischen Rehabilitation für pflegende Angehörige eine Abkehr vom Grundsatz „ambulant vor stationär“, wobei ebenfalls die ambulanten Leistungen am Wohnort nicht ausgeschöpft sein müssen. Insoweit findet auch § 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB VI keine Anwendung.

In der Begründung zu Artikel 7 Nr. 5 (§ 40) Buchstabe b) zweiter Absatz letzter Satz werden die Wörter „und gegebenenfalls zusätzlich rehabilitative Angebote erhalten“ gestrichen.

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Im Bereich der Richtlinien-Psychotherapie begrenzen verschiedene rechtliche Rahmenbedingungen eine Anwendung der Videosprechstunde. In der Begründung zum eHealth-Gesetz wird eine psychotherapeutische Telebehandlung auch vor dem Hintergrund des geltenden Berufsrechts explizit ausgeschlossen. So ist in § 5 Abs. 5 der Musterberufsordnung festgelegt, dass Psychotherapeuten die Behandlung im persönlichen Kontakt zu erbringen haben.

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

Die geplante gesetzliche Anpassung im § 87 Abs. 2a SGB V und die dahinter stehende Begründung beinhalten hingegen keine Klarstellung, dass Videosprechstunden weiterhin ausschließlich bei Bestandspatienten durchgeführt werden können.

Eine ausschließliche Fernbehandlung ist auch nach der vom Deutschen Ärztetag beschlossenen Anpassung der ärztlichen (Muster-)Berufsordnung noch nicht möglich, da zunächst die Berufsordnungen der Landesärztekammern entsprechend angepasst werden müssen, bevor der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine entsprechende flächendeckende Umsetzung für die vertragsärztliche Versorgung im EBM umsetzen könnten. Insofern wäre in der gesetzlichen Regelung oder aber in der Begründung ein Hinweis darauf aufzunehmen, dass Videosprechstunden nur bei persönlich bekannten Patienten durchgeführt werden dürfen.

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

Auch hinsichtlich der Finanzierung im Falle einer Ausweitung der Anwendung von Videosprechstunden findet sich kein Hinweis in der geplanten Neuregelung und Begründung.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die ärztlichen Leistungen (z. B. die Beratung oder Verlaufskontrolle) im Rahmen einer Videosprechstunde anstelle der Erbringung im persönlichen Kontakt (z. B. in der Arztpraxis oder im Rahmen eines Hausbesuchs) vollständig substituiert werden, insofern eine Finanzierung der ärztlichen Leistung innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) erfolgen muss. Eine zusätzliche Vergütung für

die telemedizinische Erbringung von Leistungen in Form von Videosprechstunden, die bereits Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind, wäre nicht sachgerecht.

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

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 7 Nr. 6 werden nach § 87 Abs. 2a Satz 20 SGB V n. F. folgende Sätze angefügt:

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

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7 Buchstabe a)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Grundsätzlich wird die Konkretisierung der bisherigen gesetzlichen Regelung des § 119b SGB V begrüßt. Die geplante Neuregelung bzgl. der Benennung der verantwortlichen Pflegefachkraft lässt jedoch die Frage offen, an wen die Benennung erfolgt. Daher wird vorgeschlagen, dieses zu konkretisieren und zum Bestandteil des Kooperationsvertrages zu machen. Im Zusammenhang mit der Umsetzung von Anforderungen an eine elektronische Kommunikation zwischen Pflegeeinrichtung und kooperierenden Ärzten wird darauf hingewiesen, dass eine direkte Mitwirkung der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zielführend sein kann.

C) Änderungsvorschlag

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

„Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

Stationäre Pflegeeinrichtungen benennen **im Kooperationsvertrag** eine verantwortliche Pflegefachkraft für die Zusammenarbeit nach Satz 1.“

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7 Buchstabe b)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die Regelung zur perspektivischen Nutzung der Telematikinfrastruktur wird, unabhängig davon, wer die Regelungen zu treffen hat, seitens des GKV-Spitzenverbandes begrüßt. Aus diesem Grund sollte dann auch die „Sichere Kommunikation Leistungserbringer“ (KOM-LE) als zu verwendender Standard festgeschrieben werden.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7 Buchstabe c)

§ 119b Abs. 3 – Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung sollen die KZBV und der GKV-Spitzenverband auf Grundlage einer von ihnen zu treffenden Vereinbarung die mit den Kooperationsverträgen verbundenen Auswirkungen auf die vertragszahnärztliche Versorgung von Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen evaluieren und der Bundesregierung über die Ergebnisse im Abstand von drei Jahren, erstmalig bis zum 30. Juni 2019, Bericht erstatten.

B) Stellungnahme

Aufgrund des Gesetzesauftrags aus dem Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz – PNG) vom 23.10.2012 haben die KZBV und der GKV-Spitzenverband nach § 119b Abs. 2 SGB V im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene eine Rahmenvereinbarung über die kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von stationär Pflegebedürftigen abgeschlossen. In dieser Vereinbarung sind der Umfang der Versorgung einschließlich Kooperationsregeln, Qualitätsbeziehungsweise Versorgungsziele, die Aufgaben der teilnehmenden Zahnärzte sowie das Nähere über das Verfahren der Abrechnung der zusätzlichen Leistung nach § 87 Abs. 2j SGB V für das Aufsuchen von Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen geregelt. In der Rahmenvereinbarung ist auch die Evaluation der in der Vereinbarung vorgesehenen Maßnahmen geregelt. Danach haben sich die KZBV und der GKV-Spitzenverband verpflichtet, im Abstand von drei Jahren über Konsequenzen aus der Evaluation, ggf. auch unter Berücksichtigung der Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen, zu beraten. Im Gegensatz zum vertragsärztlichen Bereich bestand hierzu bis dato keine gesetzliche Verpflichtung. Die beabsichtigte Neuregelung schreibt nun die Evaluation der vertragszahnärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen verbindlich vor. Dies wird befürwortet.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 132a Abs. 1 S. 6 – Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 132a Abs. 1 wird ein neuer Satz 6 eingefügt, wonach in den Bundesrahmenempfehlungen nach Satz 4 Nummer 5 (Grundsätze der Vergütung) den besonderen Anforderungen einer flächendeckenden Versorgung im ländlichen Bereich Rechnung zu tragen ist und dabei insbesondere angemessene Zuschläge für längere Wegezeiten vorzusehen und erstmalig bis zum 30. Juni 2019 zu vereinbaren sind.

B) Stellungnahme

Die Zielsetzung der Verbesserung der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege insbesondere in dünn besiedelten ländlichen Gebieten wird unterstützt. Dieses Ziel wird mit der vorgesehenen Vereinbarung auf Bundesebene über Vergütungszuschläge für längere Wegezeiten jedoch nicht erreicht.

Für die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege erfolgt keine Bedarfsplanung. Die Verträge im Bereich der häuslichen Krankenpflege werden im Wege eines offenen Zulassungsverfahrens mit Kontrahierungszwang geschlossen. Jeder Pflegedienst, der die formalen Voraussetzungen insbesondere der auf Landesebene vereinbarten Landesrahmenverträge erfüllt, erhält einen Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V. Eine Steuerung der Angebotsstruktur abhängig von über- und unterversorgten Regionen findet daher nicht statt.

Die intendierte Vereinbarung der Höhe der Vergütungszuschläge auf der Bundesebene ist vor diesem Hintergrund nicht umsetzbar, da die in der Gesetzesbegründung genannten Anhaltswerte beispielsweise für eine geringe Bevölkerungsdichte (verknüpft mit Daten zum Bedarf an häuslicher Krankenpflege) oder Feststellungen zu unterversorgten Gebieten nicht erhoben werden. In der Begründung zum Referentenentwurf wird insoweit zwar u. a. auf die Empfehlungen der Landespflegeausschüsse bzw. regionaler Ausschüsse nach § 8a Abs. 2 und 3 SGB XI hingewiesen. Mangels bundeseinheitlich konkretisierten Auftrags der genannten Ausschüsse liegen die für Festlegungen zur Vereinbarung von Zuschlägen auf Bundesebene erforderlichen, bundesweit vergleichbaren Grundlagen jedoch nicht vor. Dies würde auch der Systematik eines offenen Zulassungsverfahrens, in dem der Abschluss von Verträgen keiner Bedarfsprüfung in den jeweiligen Regionen unterliegt, widersprechen.

Die medizinische und pflegerische Versorgung im ländlichen Raum stellt eine strukturelle und gesellschaftliche Herausforderung dar, der nicht über zusätzliche Vergütungsanreize im Zusammenhang mit Wegezeiten begegnet werden kann. Bereits heute besteht die Möglichkeit, dass die Besonderheiten des einzelnen Pflegedienstes in den Vergütungsverhandlungen berücksichtigt werden können, da dieser in den Verhandlungen seine Gestehungskosten nachweist. Geschieht dies für den Pflegedienst nicht befriedigend, kann er ein Schiedsverfahren einleiten.

Ferner widerspricht die geplante Regelung der Vereinbarung von Vergütungszuschlägen auf der Bundesebene auch der bisherigen Systematik der Bundesrahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V. Die Bundesrahmenempfehlungen sollen die Grundlagen der Leistungserbringung regeln, die nach § 132a Abs. 1 Satz 7 SGB V in den Verträgen nach Absatz 4 zugrunde zu legen sind. In den Verträgen nach § 132a Abs. 4 SGB V werden zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege einschließlich der Preise und deren Abrechnung geregelt. Die Vereinbarung von Vergütungen auf der Bundesebene passt nicht in diese Systematik und würde der notwendigen Berücksichtigung regionaler Rahmenbedingungen und vorhandener Strukturen zuwiderlaufen und damit ggf. Fehlanreize setzen.

Bereits nach der aktuellen gesetzlichen Regelung haben die Partner der Bundesrahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 Satz 1 SGB V Empfehlungen für eine flächendeckende Versorgung mit häuslicher Krankenpflege abzugeben. Die Rahmenempfehlungen sollen nach § 132a Abs. 1 Satz 4 Nr. 5 SGB V Grundsätze der Vergütung und ihrer Strukturen einschließlich der Transparenzvorgaben für die Vergütung zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne und Arbeitsentgelte beinhalten. Aus den genannten Gründen sollte der bestehende gesetzliche Auftrag anstelle der vorgesehenen Gesetzesänderung dahingehend ergänzt werden, dass auch Grundsätze für angemessene Zuschläge für längere Wegezeiten in den Rahmenempfehlungen vorzusehen sind.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 7 Nr. 8 wird wie folgt gefasst:

In § 132a Abs. 1 Satz 4 Nr. 5 werden nach den Wörtern „und ihrer Strukturen“ die Wörter „sowie für angemessene Zuschläge für längere Wegezeiten“ eingefügt.

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9

§ 137i Abs. 6 S. 1 – Pflegepersonaluntergrenzen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des Pflegebudgets, mit der die Finanzierung von Mehrkosten, die sich durch die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen ergeben, durch Zuschläge der Vertragsparteien auf der Ortsebene auf der Grundlage einer Schätzung der Vertragsparteien auf der Bundesebene befristet wird.

B) Stellungnahme

Auf den ergänzenden Änderungsbedarf unter III wird verwiesen.

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 221 – Beteiligung des Bundes an Aufwendungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Da der GKV-Spitzenverband die Zuführung weiterer Mittel aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in den Krankenhausstrukturfonds für den Zeitraum ab 2019 ablehnt (vgl. nachfolgende Stellungnahme zu Artikel 7 Nummer 11), besteht aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes folglich auch kein Bedarf an einer Änderung des Verfahrens zur Festlegung des Anteils der Landwirtschaftlichen Krankenkasse.

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

C) Änderungsvorschlag

Artikel 7 Nr. 10 Buchstabe b) wird wie folgt gefasst:

„Der auf die landwirtschaftliche Krankenkasse nach Satz 1 Nummer 2 entfallende Anteil an den Mitteln für den Strukturfonds nach den §§ 12 und 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds für das abgelaufene Kalenderjahr festgesetzt. Solange der Anteil noch nicht feststeht, kann das Bundesversicherungsamt einen vorläufigen Betrag festsetzen. Das Nähere zur Festsetzung der Beträge und zur Abrechnung bestimmt das Bundesversicherungsamt **im Benehmen mit der landwirtschaftlichen Krankenkasse.**“

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 271 – Gesundheitsfonds

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

Artikel 7 Nr. 11 wird gestrichen.

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 301 Abs. 2a (neu) – Übermittlung des Pflegegrades durch die Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen werden verpflichtet, den nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern bei Krankenhausbehandlung unverzüglich nach Aufnahme durch das Krankenhaus einen bestehenden Pflegegrad elektronisch zu übermitteln.

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

B) Stellungnahme

Die vorgeschlagene Regelung wird grundsätzlich unterstützt. Sie schafft Klarheit und eine rechtliche Grundlage dafür, dass künftig die personenbezogenen Daten zum einen von den Pflegekassen durch die Krankenkassen erhoben und zum Zwecke der Abrechnung an die Krankenhäuser übermittelt werden dürfen. Diese Information wird für die Kodierung des OPS-Schlüssels verwendet und damit unmittelbar abrechnungsrelevant.

Die derzeitige OPS-Version sieht vor, dass auch Angaben vorzunehmen sind, wenn zwar noch keine Einstufung in einen Pflegegrad vorliegt, dieser aber beantragt ist. Es ist somit davon auszugehen, dass mit der Information der Krankenkassen zu den „bestehenden Pflegegraden“ auch die Information über eine beantragte Leistung analog der OPS-Version unverzüglich nach der Aufnahme zu übermitteln sind. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist eine Änderung der gesetzlichen Formulierung jedoch nicht notwendig.

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 1

§ 3 Nr. 3a (neu) - Grundlagen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Mit der Ergänzung wird die Finanzierung des Pflegepersonals über das krankenhausesindividuelle Pflegebudget sichergestellt. Zur Bewertung der Regelung wird auf die Kommentierung zu Artikel 8 Nr. 4 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2 Buchstaben a) und b)

§ 4 Abs. 2a – Vereinbarung eines Erlösbudgets

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen zum ausgelaufenen Mehrleistungsabschlag (Abs. 2a) werden gestrichen.

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe c)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die Vereinfachung des Fixkostendegressionsabschlags wird grundsätzlich begrüßt. Die Komplexität der bisherigen Regelungen hat in der Praxis die Budgetverhandlungen erheblich erschwert und verzögert; die Vereinfachung wird hier zu einer deutlich verbesserten Handhabbarkeit führen. Allerdings ist anzumerken, dass die Vereinfachung der Regelungen auch die Streichung der umfangreichen Ausnahmen umfassen muss, zumal Ausnahmen dem Ziel einer effektiven Mengensteuerung entgegenwirken. Ökonomisch betrachtet entstehen Fixkostendegressionseffekte bei der Erbringung zusätzlicher Leistungen im Krankenhaus, unabhängig davon, aus welchen Gründen und in welchen Bereichen eine Leistungssteigerung eintritt. Auch führen zusätzlich erbrachte Leistungen nicht automatisch dazu, dass das Krankenhaus mehr Personal einstellen muss. Die bestehenden Personalkapazitäten und Sachkosten der Infrastruktur sind bis zu einer bestimmten Menge (sprungfixe Kosten) ausreichend. Gleiches gilt für Mengensteigerungen, die sich aufgrund von Verlagerungen ergeben. Ein Verzicht auf die bestehenden Ausnahmen zum Fixkostendegressionsabschlag ist daher sachgerecht.

Aufgrund der Streichung des Instruments des erhöhten Fixkostendegressionsabschlags ergeben sich Mehrkosten, da die Krankenkassen regelhaft für einen Teil der Mehrleistungen einen Abschlag bis zu 50 % vereinbart haben. Aufgrund der Wirkung der zahlreichen Ausnahmetatbestände liegt der effektive Fixkostendegressionsabschlag um 35 %. Würde nun die Option zur Vereinbarung höherer Sätze gestrichen und die Ausnahmen ansonsten belassen, wird zwangsläufig der effektive durchschnittliche Abschlagssatz in Richtung 20 % oder darunter absinken. Bei einer unveränderten Anwendung der Ausnahmetatbestände und durch den vorgesehenen Wegfall des erhöhten Fixkostendegressionsabschlags ist somit die Vorgabe einer bundeseinheitlichen Höhe von 45 % erforderlich, um das im KHSG formulierte Ziel einer aufwands- bzw. budgetneutralen Verlagerung von der Landes- auf die Ortsebene annähernd zu erreichen.

C) Änderungsvorschlag

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

Hilfsweise:

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

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe d)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die Anpassung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe e) Doppelbuchstabe aa)

§ 4 Abs. 8 S. 1 (neu) – Pflegestellen-Förderprogramm

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung ist Teil der Neukonstruktion des Pflegestellen-Förderprogrammes und als Übergangslösung für das Jahr 2019 bis zum Inkrafttreten eines Pflegebudgets angelegt. Der Kreis der förderfähigen Pflegekräfte wird gemäß Neuregelung künftig um ausgebildete Pflegekräfte mit einer Berufserlaubnis nach § 1 Abs. 1 PfIBG erweitert. Zudem entfällt der Eigenanteil der Krankenhäuser, so dass ab dem Jahr 2019 zusätzlich entstehende Personalkosten vollständig zu finanzieren sind.

B) Stellungnahme

Der von den Krankenhäusern zu erbringende Eigenanteil i. H. v. 10 % wird aufgehoben und damit die Finanzierung zusätzlicher Pflegepersonalstellen vollständig auf die GKV umgelegt. Die damit eingeführte Übergangsfinanzierung aller zusätzlichen und aufgestockten Pflegestellen ab 2019 bis zum Inkrafttreten eines Pflegebudgets ist als Einstieg in die Selbstkostendeckung im Bereich der Pflegepersonalkosten zu werten und wird vom GKV-Spitzenverband grundsätzlich abgelehnt (vgl. Kommentierung zu Artikel 8 Nr. 4 (§ 6a)).

In der Gesamtkonstruktion des Fördermodells ist jedoch die Ausweitung des Förderumfangs auf ausgebildetes Pflegepersonal nach dem PfIBG vor dem Hintergrund der aktuellen Gesetzgebung folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe e) Doppelbuchstabe bb)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

Wesentliche Voraussetzung für eine krankenhausespezifische Weiterführung der in den Jahren 2016 bis 2018 vereinbarten Mittel im Jahr 2019 sollte nach wie vor die Vorlage der erforderlichen Nachweise in den Budgetverhandlungen sein (vgl. Kommentierung zu gg)).

C) Änderungsvorschlag

Es ist eine Regelung zu ergänzen, die eine kongruente Nachweisführung für die Förderjahre 2016 bis 2018 gewährleistet (vgl. Kommentierung und Änderungsvorschlag zu Nr. 2e (ff)).

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe e) Doppelbuchstabe cc)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

In der Neufassung des Absatz 8 ist eine Formulierung zu ergänzen, die auf Konsequenzen bzw. Rückzahlungsverpflichtungen bei ausbleibender oder nicht vollständiger Vorlage der gesetzlich geforderten Parameter generell, und davon umfasst auch des Ausgangspersonalbestandes, abstellt (vgl. hierzu die Kommentierung und den Änderungsvorschlag zu Artikel 8 Nr. 2 Buchstabe e) Doppelbuchstabe ff)).

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe e) Doppelbuchstabe dd)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung in Folge des Wegfalls der Sätze 2 bis 4 alte Regelung (vgl. Änderung zu Nr. 2e (bb)).

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe e) Doppelbuchstabe ee)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe e) Doppelbuchstabe ff)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

Da das neu gefasste Fördermodell nur als Übergangslösung angelegt ist, ist es notwendig, das Jahr 2019 im Sinne eines „Basisjahres“ für das neue Pflegebudget zu definieren. Vor diesem Hintergrund müssen die vorgeschlagenen Übermittlungs- und Veröffentlichungspflichten durch das InEK bereits im Jahr 2019 angelegt werden (vgl. Kommentierung und Änderungsvorschlag zu § 6a – Vereinbarung eines neuen Pflegebudgets), um ein entsprechendes Übermittlungsverfahren frühzeitig zu erproben und auf den Weg zu bringen.

Um Konflikte der örtlichen Vertragsparteien zu vermeiden, sollte klargestellt werden, dass für die Begründung des Förderanspruchs bzw. zum Beweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung nicht nur die Pflege am Bett, sondern auch die Vollkräfte insgesamt entsprechend der Vereinbarung gesteigert wurden. Andernfalls folgt die anteilige oder vollumfängliche Rückzahlung der Fördermittel.

C) Änderungsvorschlag

Zur Klarstellung wird in Artikel 8 Nr. 2 Buchstabe e) Doppelbuchstabe ff) nach dem neuen Satz 8 ein neuer Satz eingefügt:

„Dies gilt auch, wenn die Anzahl der Vollkräfte im geförderten Pflegebereich entsprechend der Vereinbarung gestiegen ist, die Anzahl der Vollkräfte in der Pflege insgesamt jedoch gesunken oder in geringerem Ausmaß gestiegen ist.“

Zur Sicherstellung einer einheitlichen Nachweisführung und Berichtslegung für die Förderjahre 2016 bis 2018 – vgl. Kommentierung zu Artikel 8 Nr. 2 Buchstabe e) Doppelbuchstabe bb) und gg) – wird in Artikel 8 Nr. 2 Buchstabe e) Doppelbuchstabe ff) dem neuen § 4 Abs. 8 Satz 9 folgende Nummer 4 angefügt:

„über die auf Grund der Förderung im jeweiligen Förderjahr zusätzlich beschäftigten Pflegevollkräfte, jeweils differenziert in Voll- und Teilzeitkräfte und umgerechnet in Vollkräfte.“

Es wird ein neuer Satz 10 eingefügt:

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

Es ist eine Formulierung zu ergänzen, die auf Konsequenzen bzw. Rückzahlungsverpflichtungen bei ausbleibender oder unvollständiger Vorlage der gesetzlich geforderten Parameter abstellt (vgl. hierzu auch die Kommentierung und den Änderungsvorschlag zu Artikel 8 Nr. 2 Buchstabe e) Doppelbuchstabe cc)). Hierfür wird ein neuer Satz 11 eingefügt:

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

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

„Die Regelungen in § 6a Absatz 3 [vgl. hierzu entsprechender Änderungsvorschlag] gelten entsprechend ab dem Jahr 2019.“

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe e) Doppelbuchstabe gg)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neu gefasste Satz 12 regelt den unmittelbaren Übergang der vereinbarten Mittel in das Pflegebudget nach § 6a zum Zeitpunkt der erstmaligen Anwendung. Die bisherigen Regelungen zum Pflegestellen-Förderprogramm, nach der für die Jahre 2019 bis 2021 die Bestätigungen der Jahresabschlussprüfer weiterhin vorzulegen sind, entfällt ebenso wie der Verweis auf die Berichtslegung durch den GKV-Spitzenverband und die Übermittlungspflichten der Krankenkassen.

B) Stellungnahme

Die Vorlage der erforderlichen Nachweise muss auch in den Budgetverhandlungen des Jahres 2019 erfolgen, da mit der Neuregelung in Satz 3 die Weitergeltung eines bereits ab dem Jahr 2016 vereinbarten zusätzlichen Betrages im Jahr 2019 eingeführt wird (Anschlussfinanzierung zum Pflegestellen-Förderprogramm).

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

C) Änderungsvorschlag

Vgl. Änderungsvorschlag zu Artikel 8 Nr. 2 Buchstabe e) Doppelbuchstabe ff).

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2 Buchstabe f)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

B) Stellungnahme

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

Es bleibt zudem unklar, ob mit den relevanten Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf nach Absatz 8a das Ziel verfolgt wird, einen Stellenzuwachs tatsächlich zu bewirken bzw. bewirken zu müssen oder in Satz 1 der Regelung einfach nur das generelle Ziel der Pflegeförderung vorangestellt wird. Anders als bei den Neuregelungen nach Artikel 10 Nr. 2 (in dem die Verwendung von Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung (§ 8 SGB XI) für Maßnahmen der besseren Vereinbarkeit geregelt wird), bleibt die

geplante Neuregelung für Krankenhäuser eher unspezifisch. Sollte ein perspektivischer Stellenzuwachs nicht zwingend als Ziel für Maßnahmen nach Absatz 8a avisiert sein, ist auch der Verweis auf Absatz 8 Satz 8 nicht passend, da hier auf eine konkrete Regelung zur Umsetzung des Personalaufbaus abgestellt wird.

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

Die vorgesehene Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes umfasst Art und Anzahl der Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege, Beruf und Familie. Der Verweis auf § 4 Abs. 8 S. 11 KHEntgG deckt die dafür erforderlichen Informationen nicht ausreichend ab. Ein Bericht über die Art der Maßnahmen erfordert eine dezidierte Verpflichtung der Krankenhäuser, inhaltliche Aussagen zu Art und Dauer der einzelnen Maßnahmen für den Bericht zur Verfügung zu stellen. Andernfalls kann nur über die Anzahl der Maßnahmen nach Absatz 8a und gegebenenfalls über vereinbarte Ausgabevolumina berichtet werden.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 8 Nr. 2 Buchstabe f) wird gestrichen.

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 3 Buchstabe a)

§ 6 Abs. 3 – Vereinbarung sonstiger Entgelte

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die vollständige Refinanzierung der Pflegepersonalkosten wird vom GKV-Spitzenverband als nicht sachgerecht abgelehnt. Im Übrigen wird auf die Kommentierung zu Artikel 8 Nr. 7 (§ 9 Abs. 1 Nr. 7) verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 8 Nr. 3 Buchstabe a) wird gestrichen.

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 3 Buchstabe b)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 4

§ 6a (neu) – Vereinbarung eines Pflegebudgets

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

Es ist jedoch zu begrüßen, dass der vollständige Bruch mit dem im DRG-System verankerten Prinzip des Leistungsbezugs unterbleibt. Die Abrechnung des Pflegebudgets auf Basis des vom InEK leistungsbezogen kalkulierten Pflegeerlöskatalogs ist eine sachgerechte Lösung, um die notwendige Leistungstransparenz auch in der Pflege sicherzustellen. Allerdings ist sicherzustellen, dass auch diejenigen Leistungen vom Pflegebudget umfasst werden, die bisher nicht mit Fallpauschalen vergütet werden, wie z. B. einige Zusatzentgelte und die Sicherstellungszuschläge oder Zuschläge zur Finanzierung von G-BA-Mehrkosten. Weiterhin positiv ist, dass die tatsächliche Stellenbesetzung sowie die Kosten vom Krankenhaus durch die Bereitstellung der Ist-Daten bzw. durch Testate nachgewiesen werden müssen. Die Vorgaben für die vorzulegenden Unterlagen und Nachweise werden in einer Bundesvereinbarung geregelt (vgl. Artikel 8 Nr. 7a (§ 9 Abs. 1)). Die Vorlage dieser Unterlagen ausschließlich im Rahmen der Budgetverhandlungen verhindert jedoch, dass Transparenz über das tatsächlich für die Patientenversorgung eingesetzte Pflegepersonal erreicht wird. Zielführend wäre hier eine Übermittlungs- und Veröffentlichungspflicht an und durch das InEK.

Die Neuregelung ermöglicht zwar die zielgerichtete Finanzierung des Pflegepersonals. Allerdings besteht durch die Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip die Gefahr, dass die der

Selbstkostendeckung inhärenten Anreize zur Unwirtschaftlichkeit dazu führen, dass Pflegekräfte mit fachfremden Aufgaben belastet werden. Dies wird auch nicht dadurch geheilt, dass quasi planwirtschaftlich jedwede Personalausstattung als wirtschaftlich eingestuft wird. Diese Regelung kann sogar dazu führen, dass das eigentliche Ziel, die Pflege der Patienten zu verbessern, nicht erreicht wird, da auch eine mangelhafte Ausstattung mit Pflegepersonal als wirtschaftlich gilt. Zielführender wäre in diesem Zusammenhang, eine Effizienzgrenze vorzugeben. In diesem Zusammenhang wird auf die Kommentierung zu Artikel 2 Nr. 2 (§ 17b KHG) verwiesen.

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

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 8 Nr. 4 wird § 6a Absatz 2 Satz 7 n. F. wie folgt geändert:

*„Die dem einzelnen Krankenhaus entstehenden Pflegepersonalkosten gelten **bis zur Effizienzgrenze nach § 137j des Fünften Buches Sozialgesetzbuch** als wirtschaftlich im Sinne des § 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“*

In Artikel 8 Nr. 4 wird § 6a Absatz 3 n. F. um die folgenden Sätze ergänzt:

„Die Krankenhäuser übermitteln die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in Pflegevollkräften, gegliedert nach Berufsbezeichnungen, sowie die Pflegepersonalkosten jeweils zum 31.03. des Folgejahres an das InEK. Das InEK veröffentlicht unter Einbezug der Pflegeleistungen jährlich zum 30.06. eines Jahres entsprechende Auswertungen. Überstunden sind entsprechend in Vollkraftäquivalente umzurechnen und separat auszuweisen.“

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

§ 5 KHEntgG wird um folgenden Absatz 6 ergänzt:

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

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

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 6

§ 8 – Berechnung der Entgelte

A) Beabsichtigte Neuregelung

- a) Folgeänderung zur Einführung des Pflegebudgets
- b) Streichung der Regelungen zum Investitionszuschlag, der zum 31.12.2014 letztmalig abgerechnet wurde
- c) Korrektur der Berechnungsmethodik des Pflegezuschlags; es wird klargestellt, dass das Personal in den Psychiatrien und Psychosomatiken nicht berücksichtigt wird; der Pflegezuschlag wird bis zum 31.12.2019 begrenzt.

B) Stellungnahme

Die Regelungen zu a) und b) sind sachgerecht.

Die Klarstellungen zum Pflegezuschlag (lit. c) beseitigen einen systematischen Fehler in der bestehenden Regelung zur Berechnung des Pflegezuschlags und werden vom GKV-Spitzenverband begrüßt. Durch das Inkrafttreten zum 01.01.2019 entfaltet die Klarstellung in der vorliegenden Form allerdings keine Wirkung für das Budgetjahr 2018. Es ist somit damit zu rechnen, dass es auch in diesem Jahr zu einer Überzahlung der vorgesehenen 500 Mio. Euro kommen wird.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 12 wird um einen Absatz 5 ergänzt:

„(5) Artikel 8 Nummer 6c tritt zum [Datum Kabinettsentwurf] in Kraft.“

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 7 Buchstabe a) Doppelbuchstaben cc) und dd)

§ 9 Abs. 1 Nrn. 7 und 8 (neu) – Vereinbarung auf Bundesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 7 Buchstabe a) Doppelbuchstabe dd)

§ 9 Abs. 1 Nr. 9 (neu) – Vereinbarung auf Bundesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einführung des Pflegebudgets und der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRGs wird eine Bereinigung des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) verbunden, da eine direkte Vergütungsrelevanz entfällt.

B) Stellungnahme

Die Streichung nicht mehr benötigter Codes ist aus Gründen der Datensparsamkeit zu begrüßen, allerdings geht die Transparenz der Pflegeleistungen und die Möglichkeit zur Abbildung hochaufwändiger Pflege damit verloren. Die Zeitplanung der Streichung sollte sich, um zusätzliche Beratungskosten zu vermeiden, an die Abläufe der Beratungen der AG OPS des Kuratoriums für die Klassifikation im DIMDI in der Zeit von Ende April bis Ende Juni halten. Eine Umsetzung ist für das DRG-System 2020 damit möglich.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 7 Buchstabe a) Doppelbuchstabe dd) wird in der angefügten Nummer 9 die Angabe „28. Februar 2019“ durch die Angabe „30. Juni 2019“ ersetzt.

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 8

§ 10 – Vereinbarung auf Landesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

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

Es ist darauf hinzuweisen, dass die Herausnahme der Pflege aus dem DRG-Fallpauschalenkatalog zu einem hohen negativen Katalogeffekt führen wird, der nicht zu einer Erhöhung der Obergrenzen führen darf. Um Streitigkeiten in den Landesbasisfallwertverhandlungen zu dieser Frage entgegenzuwirken, ist eine entsprechende gesetzliche Klarstellung erforderlich. Darüber hinaus ist eine Klarstellung erforderlich, dass Kosten für Pflege bei der allgemeinen Kostenentwicklung in den Landesbasisfallwertverhandlungen nicht zu berücksichtigen sind, um Doppelfinanzierungen zu vermeiden. Schließlich ist auch beim Orientierungswert, der die tatsächlichen Kostenentwicklungen der Krankenhäuser wiedergibt, mit der Einführung des § 6 a KHEntgG eine differenzierte Ausweisung mit und ohne Pflegekosten vorzunehmen, um Doppelfinanzierungen zu vermeiden. Die Entwicklung der Pflegepersonalkosten ist für den Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik im Sinne der Gesetzeslogik weiterhin von Bedeutung.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelung zur Tarifrefinanzierung wird gestrichen.

Es handelt sich um eine Klarstellung, dass die Herausnahme der Pflege aus dem DRG-Fallpauschalenkatalog zu einem hohen negativen Katalogeffekt führen wird, der nicht zu einer Erhöhung des leistungsgerechten Landesbasisfallwerts bzw. der Obergrenzen des Landesbasisfallwerts führen darf.

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 9

§ 11 – Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 10

§ 12 S. 1 – Vorläufige Vereinbarung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Folgeänderung zur Einführung des Pflegebudgets.

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 11

§ 14 – Genehmigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Folgeänderungen aufgrund der Änderungen der Regelung zum Fixkostendegressionsabschlag und der Einführung des Pflegebudgets.

B) Stellungnahme

Die Ergänzungen sind notwendige Folgeänderungen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 12

§ 15 – Laufzeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 13

§ 21 – Änderung der zu übermittelnden Strukturdaten

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B) Stellungnahme

Die vorgeschlagenen Regelungen werden von GKV-Spitzenverband unterstützt. Die Aufteilung nach Personalgruppen und Berufsbezeichnungen ist erforderlich um Transparenz über mögliche Personalverlagerungseffekte zu schaffen.

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nrn. 1 und 2

§ 6 – Vereinbarung sonstiger Entgelte

§ 9 – Vereinbarung auf Bundesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die Regelung ist notwendig um ab dem Jahr 2020 die doppelte Berücksichtigung von Tarifsteigerungen im Pflegebudget durch die Tarifveränderungsrate zu verhindern. Im Übrigen wird auf die Kommentierung zu Artikel 8 Nr. 8 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Es handelt sich um eine Klarstellung, dass ab dem Jahr 2020 der Prozentsatz so zu ermitteln ist, dass die verbleibenden Personalkosten zu 50 % finanziert werden.

Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 3

§ 10 – Vereinbarung auf Landesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a)

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Einführung der Pflegebudgets nach § 6a. Durch die jährliche Vereinbarung der Pflegebudgets ist für das Pflegepersonal in der Patientenversorgung eine vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen gewährleistet. Das Pflegepersonal in der Patientenversorgung wird daher mit der Einführung des Pflegebudgets aus der Regelung zur Tarifierfinanzierung über den Landesbasisfallwert herausgenommen. Hierdurch ändert sich auch der Anteil der Erhöhungsrates, um den der Landesbasisfallwert anzuheben ist von 40 % auf den von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu ermittelnden Anteil der Erhöhungsrates.

Buchstabe b)

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

B) Stellungnahme

Die Folgeänderung bewegt sich im Rahmen der Gesetzeslogik.

Es ist darauf hinzuweisen, dass die Herausnahme der Pflege aus dem DRG-Fallpauschalenkatalog zu einem hohen negativen Katalogeffekt führen wird, der nicht zu einer Erhöhung der Obergrenzen führen darf. Um Streitigkeiten in den Landesbasisfallwertverhandlungen zu dieser Frage entgegenzuwirken, ist eine entsprechende gesetzliche Klarstellung erforderlich. Darüber hinaus ist eine Klarstellung erforderlich, dass Kosten für Pflege bei der allgemeinen Kostenentwicklung in den Landesbasisfallwertverhandlungen nicht zu berücksichtigen sind, um Doppelfinanzierungen zu vermeiden. Schließlich ist auch beim Orientierungswert, der die tatsächlichen Kostenentwicklungen der Krankenhäuser wiedergibt, mit der Einführung des § 6a KHEntg eine differenzierte Ausweisung mit und ohne Pflegekosten vorzunehmen, um Doppelfinanzierungen zu vermeiden. Die Entwicklung der Pflegepersonalkosten ist für den

Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik im Sinne der Gesetzeslogik weiterhin von Bedeutung.

C) Änderungsvorschlag

§ 10 Abs. 3 Nr. 2 KHEntgG wird wie folgt ergänzt:

*„voraussichtliche allgemeine Kostenentwicklungen, **ausgenommen der Kosten für Pflege, die über § 6 a KHEntgG finanziert werden**“*

§ 10 Abs. 6 KHEntgG wird wie folgt geändert:

„Das Statistische Bundesamt hat jährlich einen Orientierungswert, der die tatsächlichen Kostenentwicklungen der Krankenhäuser wiedergibt, zu ermitteln und spätestens bis zum 30. September jeden Jahres zu veröffentlichen; mit der Einführung des § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes ist eine differenzierte Ausweisung mit und ohne Pflegekosten vorzunehmen; die hierfür vom Statistischen Bundesamt zu erhebenden Daten werden vom Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates festgelegt.“

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 1 Abs. 7 – Soziale Pflegeversicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 8 – Gemeinsame Verantwortung

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

1. Finanzierung der Datenauswertungsstelle (Abs. 5)

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

Für die erforderlichen Entscheidungen der Vertragsparteien nach § 113 SGB XI zum Abschluss der Vereinbarung mit dem Bundesversicherungsamt sollten dieselben Entscheidungsstrukturen gewählt werden, die auch für die weiteren Aufgaben der Vertragsparteien nach § 113

SGB XI gesetzlich vorgegeben sind. Nach § 113b Abs. 1 SGB XI entscheiden die Vertragsparteien über die dort aufgeführten Aufgaben durch den Qualitätsausschuss. Sofern hierbei keine einvernehmliche Einigung erfolgt, entscheidet der Erweiterte Qualitätsausschuss mit Mehrheitsbeschluss. Damit ist ein Konfliktlösungsmechanismus gegeben, der in Folge des Wortlauts der beabsichtigten Neuregelung so nicht sichergestellt wäre. Insofern und auch aus Gründen der gebotenen Stringenz bedarf es einer Ergänzung in § 113b SGB XI, dass die Vertragsparteien die zum Abschluss der Vereinbarung mit dem Bundesversicherungsamt notwendigen Entscheidungen durch den Qualitätsausschuss treffen. Andernfalls müssten die Beratungen der Vertragsparteien nach § 113 SGB XI losgelöst von denen des Qualitätsausschusses erfolgen, was zu einem Aufbau von Doppelstrukturen in der Entscheidungsfindung führen würde. Nach der entsprechenden Entscheidung im Qualitätsausschuss schließen die Vertragsparteien die Vereinbarung mit dem Bundesversicherungsamt.

C) Änderungsvorschlag

§ 113b Abs. 1 Satz 3 SGB XI ist wie folgt zu ergänzen:

„Die Vertragsparteien nach § 113 treffen auch die zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben und Pflichten nach den Absätzen 4 und 8 sowie nach § 8 Abs. 5 notwendigen Entscheidungen durch den Qualitätsausschuss.“

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen sollen mit insgesamt rund 13.000 zusätzlichen Stellen im Rahmen eines Sofortprogramms bei ihrer Leistungserbringung unterstützt werden, ohne dass dies mit einer finanziellen Belastung der Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeeinrichtungen verbunden ist. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen erhalten einen Anspruch, auf Antrag zusätzliche Pflegekräfte durch einen Vergütungszuschlag finanziert zu bekommen. Einrichtungen mit bis zu 40 Plätzen erhalten jeweils eine halbe Pflegestelle, Einrichtungen mit 41 bis zu 80 Plätzen eine Pflegestelle, Einrichtungen mit 81 bis zu 120 Plätzen eineinhalb Pflegestellen und Einrichtungen ab 121 Plätzen zwei Pflegestellen zusätzlich. Voraussetzung ist hierbei, dass es sich um zusätzliches Pflegepersonal handelt, welches über das von der Pflegeeinrichtung nach der bestehenden Pflegesatzvereinbarung vorzuhaltende Personal hinausgeht. Zur Finanzierung dieser speziellen Leistung an die Einrichtungen zahlen die Krankenkassen nach § 37 Abs. 2a SGB V jährlich 640 Millionen Euro an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Die private Pflegeversicherung beteiligt sich anteilig mit pauschal 44 Millionen Euro im Jahr (§ 8 Abs. 9 SGB XI). Der GKV-Spitzenverband wird beauftragt, zum Inkrafttreten der Regelung die Antragsstellung sowie das Zahlungsverfahren für seine Mitglieder zu regeln. Hierbei hat die monatliche Auszahlung zum 15. des laufenden Monats einheitlich über eine Pflegekasse an die vollstationäre Pflegeeinrichtung zu erfolgen.

B) Stellungnahme

Eine Verbesserung der Personalausstattung in stationären Pflegeeinrichtungen wird begrüßt. Allerdings widerspricht die Ausgestaltung der beabsichtigten Neuregelung der bestehenden gesetzlich geregelten Systematik zur Vereinbarung und Vergütung von Personalstellen in Pflegeeinrichtungen, die der Finanzierungszuständigkeit der sozialen Pflegeversicherung unterliegt. Die Querfinanzierung des zusätzlichen Pflegepersonals aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung und die dabei vorgesehene Systematik des pauschalen Abzugs von Beitragmitteln der GKV werden abgelehnt.

Sofern daran festgehalten wird, sollten für die Vereinbarung von Vergütungszuschlägen zur Finanzierung dieser zusätzlichen Personalstellen die bestehenden Verhandlungsstrukturen und etablierten Zahlungswege genutzt werden.

Dass dies durch die beabsichtigte Neuregelung nicht vorgesehen wurde, wird bereits an der Verortung der Neuregelung im Gesetz deutlich: Ein Anspruch von Pflegeeinrichtungen auf Vereinbarung und Finanzierung von Personalstellen wäre im Sinne der bisherigen Systematik im Achten Kapitel SGB XI (Pflegevergütung) zu regeln und nicht im Ersten Kapitel SGB XI (All-

gemeine Vorschriften). Die beabsichtigte Neuregelung lässt zudem Fragen der konkreten Umsetzung offen und ist insgesamt weder in sich schlüssig noch praktikabel.

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

Der GKV-Spitzenverband hat das Nähere für die Antragsstellung und das Zahlungsverfahren für seine Mitglieder zu bestimmen. Nicht geregelt ist jedoch, wie und von wem der Vergütungszuschlag berechnet und wie er verbindlich – geknüpft an bestimmte Leistungsvoraussetzungen seitens der Pflegeeinrichtungen – vereinbart wird. Es wäre sachlich richtig und stringent, die Vereinbarung des vorgesehenen zusätzlichen Personals, die entsprechende Vergütungsfindung und das erforderliche Nachweisverfahren als Voraussetzung der Auszahlung in die bestehende Systematik der Pflegesatzverhandlungen und Vergütungsvereinbarungen nach §§ 84 und 85 SGB XI zu übertragen. Die Verhandlung und Vereinbarung von Vergütungszuschlägen ist gängige Praxis der Vertragsparteien vor Ort in den Ländern. Es bietet sich an, das bereits etablierte Verfahren der Vergütungszuschläge für die zusätzliche Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen nach §§ 84 und 85 SGB XI entsprechend anzuwenden. Diese Vergütungszuschläge sind allein von den Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen zu tragen; Pflegebedürftige dürfen mit diesen Zuschlägen nicht belastet werden.

Die beabsichtigte Neuregelung, dass die Auszahlung eines sogenannten Vergütungszuschlags monatlich in gesamter Höhe über eine Pflegekasse an die vollstationäre Pflegeeinrichtung zu erfolgen hat, ist dagegen systemfremd. Die Pflegesätze in stationären Pflegeeinrichtungen werden in Tagessätzen und bewohnerbezogen vereinbart. Die bereits bestehenden Vergütungszuschläge für die zusätzliche Betreuung folgen dieser Systematik und sind damit auch bewohner- und tagesbezogen berechnet. Sie werden monatlich von der jeweiligen Pflegekasse bzw. dem privaten Versicherungsunternehmen der Bewohnerin/des Bewohners gezahlt, sofern die Pflegeeinrichtung das entsprechend vereinbarte Betreuungspersonal vorhält. Ein Nachweisverfahren ist mit der Vereinbarung der Vergütungszuschläge gesetzlich bereits geregelt.

Entsprechend kann auch bei den vorgesehenen Vergütungszuschlägen für zusätzliches Pflegepersonal zur Unterstützung der Leistungserbringung der medizinischen Behandlungspflege, das von den Krankenkassen über den Ausgleichsfonds finanziert werden soll, verfahren

werden: Die Pflegeeinrichtung vereinbart auf Antrag mit den Landesverbänden der Pflegekassen das zusätzlich vorzuhaltende Personal sowie zu dessen Finanzierung einen entsprechenden Vergütungszuschlag, abhängig von der Anzahl der zu versorgenden Pflegebedürftigen und der Höhe der Personalvergütung. Bei Nachweis der Pflegeeinrichtung, dass diese tatsächlich über entsprechendes zusätzliches Personal verfügt, berechnet die Pflegeeinrichtung der jeweiligen Pflegekasse bzw. dem Versicherungsunternehmen der Bewohnerin/des Bewohners den vereinbarten Vergütungszuschlag. Die Pflegekasse bzw. das Versicherungsunternehmen zahlt diesen Vergütungszuschlag zusammen mit dem Vergütungszuschlag für die zusätzliche Betreuung und dem gesetzlichen Leistungsbetrag

Zur Art der Stellenverteilung, wie sie in der beabsichtigten Neuregelung festgelegt wird, ist anzumerken, dass diese zwar bürokratiearm erscheint, jedoch den vom Gesetzgeber – ausweislich der Gesetzesbegründung – gewollten „um den Stellenzuwachs erhöhten Anspruch auf mehr Pflege“ der Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen nicht gleichmäßig verteilt. So würde z. B. eine kleine Einrichtung mit 41 Plätzen eine zusätzliche Stelle und damit genauso viel wie ein mittelgroßes Haus mit 80 Plätzen erhalten (Verhältnis 1:41 versus 1:80). Kleine Einrichtungen bzw. die Bewohnerinnen und Bewohner kleiner Einrichtungen würden damit bei der Verteilung bevorteilt. Gerechter wäre eine lineare Stellenverteilung bzw. die Festlegung eines Personalschlüssels, wie sie generell bei der Personalbemessung für stationäre Pflegeeinrichtungen – und auch bei den zusätzlichen Betreuungskräften – üblich ist. Für die Berechnung des Personalschlüssels für die zusätzlichen Personalstellen mit Bezug zur medizinischen Behandlungspflege ist von der derzeitigen Gesamtzahl an vollstationären Pflegeplätzen in Höhe von rd. 780.000 Plätzen auszugehen. Bei einer Verteilung der vorgesehenen rund 13.000 zusätzlichen Stellen auf die Gesamtplatzzahl käme eine Stelle bzw. Vollzeitkraft auf ca. 60 Bewohner; dies ergibt einen Personalschlüssel von 1:60 (entspricht rd. 1,67 Prozent einer Vollzeitkraft pro Bewohner). Nach dieser Berechnungsgrundlage würde z. B. einer Einrichtung mit 41 Bewohnern ein Stellenanteil von rd. 0,7 Vollzeitkräften ($41 \times 0,017 = 0,7$) finanziert werden, einer Einrichtung mit 80 Bewohnern jedoch 1,3 Vollzeitkräfte ($80 \times 0,017 = 1,3$). Damit ist mit der Festlegung eines Personalschlüssels eine zielgenaue und gerechte Verteilung der 13.000 Stellen für die Versorgung der Pflegebedürftigen sichergestellt. Dies ist auch bei der Bemessung der zusätzlichen Betreuungskräfte gesetzlich erfolgt. In § 85 Abs. 8 Nr. 2 SGB XI ist zur Berechnung des entsprechenden Vergütungszuschlages vorgegeben, dass „in der Regel für jeden Pflegebedürftigen 5 % der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Vollzeitkraft finanziert wird“. Hieraus ergibt sich ein Personalschlüssel in Höhe von 1:20.

Da die vorgesehenen zusätzlichen Stellen zur Unterstützung der Leistungserbringung der medizinischen Behandlungspflege bestimmt sind, ist insbesondere aus Gründen der Quali-

tätssicherung gesetzlich klarzustellen, dass hierfür ausschließlich Pflegefachkräfte in Betracht kommen.

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

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

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

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

1. die vollstationäre Pflegeeinrichtung für die Unterstützung der Leistungserbringung der medizinischen Behandlungspflege über zusätzliches Pflegefachkraftpersonal verfügt und die Aufwendungen für dieses Personal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden,
2. in der Regel für jeden Pflegebedürftigen 1,4 Prozent der Personalaufwendungen für eine zusätzliche Pflegefachkraft in Vollzeit finanziert wird und
3. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die Pflegeeinrichtung nicht über zusätzliches Pflegepersonal verfügt, welches über das nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhaltende Personal hinausgeht. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 7 entsprechend.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 09.07.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (PpSG) vom 25.06.2018
Seite 107 von 144

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

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

Die Verteilung der Fördermittel auf die Länder soll unter Berücksichtigung der Zahl der Pflegeeinrichtungen und der Zahl der Pflegebedürftigen erfolgen. Die Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel erhält der GKV-Spitzenverband die Richtlinienkompetenz.

B) Stellungnahme

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

Nicht sachgerecht ist die Finanzierung der Förderung dieser Maßnahmen aus Mitteln der Pflegeversicherung. Aufgabe der Pflegeversicherung ist es, Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten. Dabei hat die Pflegekasse die Verantwortung für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung. Diese Sicherstellung erfolgt in erster Linie durch Versorgungs- und Vergütungsverträge mit Pflegeeinrichtungen. Auch wirken die Pflegekassen zwar in gemeinsamer Verantwortung mit den Ländern, Kommunen und Pflegeeinrichtungen eng zusammen, um eine leistungsfähige, regional gegliederte und ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten und tragen zum Ausbau und zur Weiterentwicklung der notwendigen pflegerischen Versorgungsstrukturen bei. Dies kann und ist aber die Versorgung der Pflegebedürftigen an sich. Bei den vorgesehenen Fördermaßnahmen handelt es sich nicht um Versorgungsmaßnahmen für Pflegebedürftige,

sondern um familiäre Betreuungsmaßnahmen. Die Förderung und das Vorhalten solcher Maßnahmen ist nicht Aufgabe der Pflegeversicherung. Vielmehr handelt es sich um versicherungsfremde Leistungen. Diese müssten – sofern sie wie vorgesehen aus dem Ausgleichsfonds finanziert werden – durch die Einführung eines steuerfinanzierten Bundeszuschusses für die Pflegeversicherung zum Ausgleich gesamtgesellschaftlicher Aufgaben finanziert werden.

Für die Verteilung der Fördermittel auf die Länder soll auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes auf Zahlen der Pflegeeinrichtungen und der Zahl der Pflegebedürftigen rekurriert werden. Wie genau die Gewichtung dieser beiden Größen erfolgen soll, ist nicht weiter benannt und daher nicht transparent nachvollziehbar. Es ist nicht eindeutig zu erkennen, durch wen die Festlegung des Verteilungsschlüssels erfolgen soll.

C) Änderungsvorschlag

Eine Doppelfinanzierung von Schulungen und Weiterbildungen für Führungskräfte ist auszuschließen.

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

4. Zuschüsse für digitale Anwendungen (Abs. 8)

A) Beabsichtigte Neuregelung

In den Jahren 2019 bis 2021 wird ein einmaliger Zuschuss für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen zur Entlastung der Pflegekräfte durch digitale Anwendungen aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung bereitgestellt. Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung sowie damit verbundene Schulungen können durch einen einmaligen Zuschuss in Höhe von bis zu 12.000 Euro pro Einrichtung durch eine Anteilsfinanzierung in Höhe von 40 Prozent gefördert werden. Die privaten Versicherungsunternehmen beteiligen sich mit einem Anteil von 10 Prozent an den Kosten. Der GKV-Spitzenverband beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. bis zum 31. März 2019 Richtlinien über die Voraussetzungen und zu dem Verfahren der Gewährung des Zuschusses.

B) Stellungnahme

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

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

5. Finanzierungsbeteiligung der privaten Pflegeversicherung (Abs. 9)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neu eingeführten Absatz wird die Finanzierungsbeteiligung der privaten Pflegeversicherung an den Kosten geregelt, dies sich aus den in § 8 neu eingeführten Leistungen ergeben, die zu Lasten des Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung gehen (§ 8 Abs. 5 bis 8 SGB XI) ergeben. Danach beteiligen sich die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, jeweils mit einem Anteil von 10 Prozent an den Kosten der Datenauswertungsstelle nach § 113 Abs. 1b SGB XI (§ 8 Abs. 5 SGB XI), den Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für Pflegekräfte (§ 8 Abs. 7 SGB XI) sowie an den Zuschüssen für digitale Anwendungen (§ 8 Abs. 8 SGB XI). An den Vergütungszuschlägen für zusätzliche Pflegekräfte zur Unterstützung der Leistungserbringung der medizinischen Behandlungspflege (§ 8 Abs. 6 SGB XI) sollen sich die privaten Versicherungsunternehmen mit jährlich 44 Millionen Euro beteiligen.

B) Stellungnahme

Eine Finanzierungsbeteiligung der privaten Pflegeversicherung mit einem Anteil von 10 Prozent an Kosten, die direkt zu Lasten des Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung gehen, entspricht der bisherigen gesetzlichen Systematik. So sind die Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, in Höhe von 10 Prozent an den Kosten für die Entwicklung und Aktualisierung der Expertenstandards nach § 113a SGB XI sowie an den Kosten für die wissenschaftlichen Aufträge nach § 113b Abs. 4 SGB XI und den Kosten der Geschäftsstelle des Qualitätsausschusses nach § 113b Abs. 6 SGB XI beteiligt. Diese Finanzierungsaufteilung entspricht der Annahme, dass rund 10 Prozent der Pflegebedürftigen von der privaten Pflege-Pflichtversicherung umfasst sind. Warum hingegen bei den neu vorgesehenen Vergütungszuschlägen für zusätzliche Pflegekräfte nach § 8 Abs. 6 SGB XI eine konkret bezifferte Kostenbeteiligung in Höhe von jährlich 44 Millionen Euro geregelt ist, ist nicht nachvollziehbar. Aus dem System der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. sozialen Pflegeversicherung werden nach § 37 Abs. 2a SGB V 640 Millionen Euro zur Finanzierung der zusätzlichen Pflegekräfte über Vergütungszuschläge nach § 8 Abs. 6 SGB XI vorgesehen. Angesichts der im Referentenentwurf insgesamt veranschlagten Kosten in Höhe von 684 Mio. Euro, ergibt sich für die privaten Versicherungsunternehmen mit der vorgesehenen Finanzierungsbeteiligung in Höhe von 44 Mio. Euro nur ein Anteil von rund 6 Prozent. Eine gerechte Kostenaufteilung entsprechend der in vollstationären Pflegeeinrichtungen jeweils versorgten Versicherten der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflegeversicherung ergäbe sich, sofern die Zahlung der Vergütungszuschläge versichertenbezogen direkt von der jeweiligen Pflegekasse bzw. von dem jeweiligen privaten Versicherungsunternehmen geleistet

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

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

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

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 33 – Leistungsvoraussetzungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

Der Formulierungsvorschlag des Referentenentwurfs in Artikel 10 Nr. 3 (§ 33 Absatz 1 Satz 3) wird wie folgt geändert:

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

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 Buchstabe a)

§ 37 Abs. 4 – Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Grundsätzlich bedarf es für die Mitteilung der in den Beratungsbesuchen gewonnen Erkenntnisse, wie z. B. über die Möglichkeiten der Verbesserung der häuslichen Pflegesituation oder der Sicherstellung der Pflege, an die Pflegekasse der Einwilligung des Pflegebedürftigen.

Kommt die Beratungsperson in dem Beratungsbesuch zu der Überzeugung, dass eine weitergehende Beratung angezeigt ist, um die pflegerische Versorgung auf gutem Niveau sicherzustellen, ist vorgesehen, dass die Beratungsperson dies der Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen auch ohne Einwilligung des Pflegebedürftigen mitteilt.

Die Pflegekassen haben dem Pflegebedürftigen eine entsprechende weitergehende Beratung anzubieten. Die Mitteilung beinhaltet nicht die Übermittlung personenbezogener Daten zur pflegerischen Situation.

B) Stellungnahme

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

Unklar ist die Verwendung des Begriffs der „weitergehenden Beratung“. Hier kann es sich nur um eine individuelle Pflegeberatung nach § 7a SGB XI handeln, denn nur diese Beratungsform

ist dafür geeignet, drohende bzw. bereits instabile Pflegesettings aufzulösen. Zur Klarstellung des Angebots einer weitergehenden Beratung in Form einer Pflegeberatung nach § 7a SGB XI sollte ein Verweis auf die Pflegeberatung ergänzt werden.

Nach geltender Gesetzeslage ist gemäß § 37 Abs. 4 Satz 3 SGB XI im Zusammenhang mit der Qualifikation der vom beauftragten Pflegedienst und von der anerkannten Beratungsstelle eingesetzten Beratungsperson eine Pflegekraft ausreichend. Dies führt insofern zu Unklarheiten, ob auch nicht als Pflegefachkraft qualifizierte Beratungspersonen den Beratungsbesuch durchführen können. Zumal die gesetzliche Regelung des § 37 SGB XI für die weiteren Beratungspersonen (von der Pflegekasse beauftragte Pflegefachkraft, Pflegeberater nach § 7a SGB XI) die Qualifikation als Fachkraft erforderlich ist. Für eine qualitativ gute Umsetzung der Beratungsbesuche mit der in § 37 Abs. 5 SGB XI vorgesehenen Festlegung der Mindestinhalte an die Beratungsbesuche ist die Qualifikation als Pflegefachkraft erforderlich. Damit sich in der Praxis kein Interpretationsspielraum ergibt, sollte die Anforderung an die Qualifikation als Pflegefachkraft eindeutig hervorgehen.

C) Änderungsvorschlag

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

„Sofern die pflegebedürftige Person die Einwilligung nach Satz 1 nicht erteilt und nach Überzeugung der Beratungsperson **die häusliche Pflege nicht sichergestellt ist oder** eine weitergehende **Pflegeberatung nach § 7a** angezeigt ist, übermittelt die Beratungsstelle diese Einschätzung der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen Versicherungsunternehmen. Diese haben eine weitergehende **Pflegeberatung nach § 7a** anzubieten.“

In Absatz 4 Satz 3 wird das Wort „Pflegerkräfte“ durch das Wort „Pflegefachkräfte“ ersetzt.

In Absatz 4 Satz 4 wird das Wort „Pflegekraft“ durch das Wort „Pflegefachkraft“ ersetzt.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 Buchstabe b)

§ 37 Abs. 5 – Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur besseren Verdeutlichung der Anforderungen an die Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI sollen die Mindestinhalte der Empfehlungen zur Qualitätssicherung konkretisiert werden. In der Hauptsache betrifft dies die Anforderungen an die Beratung und an die Qualifikation der Beratungsperson sowie die Pflicht der Pflegekasse zur Bewertung der Erkenntnisse aus der Beratung einschließlich deren Aufbereitung und standardisierten Dokumentation. Ferner ist vorgesehen, dass die Empfehlungen Ausführungen zu erforderlichenfalls einzuleitenden Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung im Einzelfall enthalten.

B) Stellungnahme

Die Konkretisierung der Mindestinhalte der Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 wird begrüßt. In den Verhandlungen des Qualitätsausschusses Pflege zum Beschluss der Empfehlungen hat sich gezeigt, dass unterschiedliche Auffassungen zum Mindestinhalt der Empfehlungen bestehen. Insofern ist eine Konkretisierung der Mindestinhalte sachgerecht und verdeutlicht zugleich die Anforderungen an die Beratungsbesuche. Nicht sachgerecht erscheinen jedoch die vorgesehenen Ausführungen in den Empfehlungen zur Bewertung der Erkenntnisse aus der jeweiligen Beratung durch die Pflegekassen einschließlich ihrer Aufbereitung und standardisierten Dokumentation (Absatz 5 Nr. 3 des Referentenentwurfs). Die Empfehlungen werden zwischen den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI beschlossen und beinhalten Ausführungen zur Qualitätssicherung. Die Bewertung der Erkenntnisse aus den jeweiligen Beratungen und deren Aufbereitung und standardisierte Dokumentation ist Aufgabe der jeweiligen Pflegekassen und von ihnen zu regeln und liegt damit in deren Organisationsbereich und sollte nicht Gegenstand der Verhandlungen der Vertragsparteien sein. Die Sicherstellung einer bundesweit einheitlichen Bewertung der Erkenntnisse aus den Beratungen und deren Aufbereitung und standardisierte Dokumentation durch die Pflegekasse könnte durch Empfehlungen erfolgen, welche vom GKV-Spitzenverband beschlossen werden.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 5 Satz 4 Nr. 3 ist zu streichen.

Absatz 5 Satz 4 Nr. 4 ist in Nr. 3 zu ändern.

Absatz 5 Satz 4 wird folgender Satz angefügt:

„Der GKV-Spitzenverband beschließt das Nähere zur Bewertung der Erkenntnisse aus der jeweiligen Beratung durch die Pflegekassen einschließlich ihrer Aufbereitung und standardisierten Dokumentation in einer Empfehlung.“

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bislang benachrichtigen die Pflegekassen die zuständigen Festsetzungsstellen für die Beihilfe bzw. den Dienstherrn im Rahmen eines papiergebundenen Mitteilungsverfahrens in den Fällen der Feststellung der Beitragspflicht sowie in den Fällen der Änderungen in den Verhältnissen des Pflegebedürftigen oder der Pflegeperson, die Einfluss auf die Versicherungs- und Beitragspflicht oder die Höhe der Beiträge haben, unter Angabe der erforderlichen Daten. Künftig haben die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen ein elektronisches Verfahren vorzusehen, bei dem die Mitteilungen an die Beihilfestellen und Dienstherrn automatisiert und gleichzeitig mit allen Meldungen an die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung erfolgen.

Darüber hinaus ist vorgesehen, dass u. a. die Pflegekassen bei nicht vollständiger oder fehlerhafter Beitragszahlung der Beihilfestellen zur Zahlung von Säumniszuschlägen an die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung verpflichtet sind.

B) Stellungnahme

Der Gesetzesänderungsvorschlag wird nicht für geeignet erachtet. Er lässt außer Acht, dass die Pflegekassen nicht den Beginn der Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI an den zuständigen Rentenversicherungsträger melden. Insoweit würde die erste Mitteilung an die Beihilfestellen regelmäßig erst mit der ersten Entgeltmeldung nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Versicherungspflicht festgestellt wurde, versandt werden. Damit ist folglich keine zeitnahe Beitragszahlung durch die Beihilfestellen zu erreichen. Es wird eine Regelung vorgeschlagen, die auf den geltenden Vereinbarungen nach § 176a SGB VI aufsetzt und in Ergänzung hierzu vorschreibt, dass die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen nur dann eine (Entgelt-)Meldung an die Rentenversicherung vornehmen dürfen, wenn die Mitteilung an die Beihilfestelle bzw. an den Dienstherrn erfolgt ist. Dies entspräche im Übrigen dem Vorschlag des Rechnungsprüfungsausschusses in seiner 35. Sitzung am 2. Juni 2017.

Darüber hinaus lehnt der GKV-Spitzenverband eine Pflicht zur Zahlung von Säumniszuschlägen in den angesprochenen Sachverhaltskonstellationen ab. Sofern die Beitragszahlung durch die Beihilfestellen aus anderen Gründen nicht, nicht rechtzeitig oder fehlerhaft erfolgt, sind

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

C) Änderungsvorschlag

Dem § 44 Abs. 5 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Mitteilungen nach Satz 2 von den Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen an die Beihilfestellen bzw. an den Dienstherrn müssen technisch automatisiert ausgelöst werden. Die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen sollen künftig technisch sicherstellen, dass in Beihilfefällen die Meldungen an die Rentenversicherung nur dann vorgenommen werden können, wenn die erforderliche Mitteilung an die Beihilfestellen bzw. an den Dienstherrn erfolgt ist.“

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 45b Abs. 2 – Entlastungsbetrag

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 46 Abs. 2 S. 7 – Pflegekassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung wird ausdrücklich begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung der Vorschrift.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12 Buchstabe a)

§ 56 Abs. 1 – Beitragsfreiheit

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung der Vorschrift.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12 Buchstabe b)

§ 56 Abs. 2 S. 1 – Beitragsfreiheit

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Es handelt sich jeweils um eine redaktionelle Anpassung der Vorschrift.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13

§ 78 Abs. 4 – Verträge über Pflegehilfsmittel

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

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

B) Stellungnahme

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

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

§ 89 – Grundsätze für die Vergütungsregelung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur Verbesserung der ländlichen pflegerischen Versorgung wird vorgegeben, dass bei der Bemessung von Vergütungen für Wegezeiten ambulanter Pflegedienste die Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 Satz 6 SGB V n. F. für angemessene Zuschläge zur Versorgung von Pflegebedürftigen mit längeren Wegezeiten zu berücksichtigen sind.

B) Stellungnahme

Durch die Neuregelung soll für ambulante Pflegedienste eine bessere Honorierung der Wegezeiten erfolgen, wenn die Versorgung der Pflegebedürftigen nur mit längeren Anfahrtswegen sichergestellt werden kann. Ausweislich der Gesetzesbegründung soll hierzu ein unbürokratisch zu gewährender Wegekostenzuschlag, der den zusätzlichen Aufwand angemessen abbildet, von den Rahmenvereinbarungspartnern nach § 132a Abs. 1 SGB V festgelegt werden, der auch in den Vergütungsvereinbarungen im Bereich der Pflegeversicherung zu berücksichtigen ist. Diese Neuregelung wird aus mehreren Gründen abgelehnt.

Zum einen ist die beabsichtigte Neuregelung der Vereinbarung von konkreten verbindlichen Vergütungszuschlägen auf Bundesebene als Bestandteil der Bundesrahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V nicht nachvollziehbar (siehe Stellungnahme zu § 132a Abs. 1 Satz 6 SGB V). Zum anderen können bereits nach geltender Rechtslage bei der Bemessung von Pflegevergütungen durch die Vereinbarungspartner nach § 89 Abs. 2 SGB XI auch die Wegezeiten entsprechende Berücksichtigung finden (§ 89 Abs. 3: „[...] sonstige Leistungen wie hauswirtschaftliche Versorgung, Behördengänge oder Fahrkosten können auch mit Pauschalen vergütet werden“.). Die Vergütungssystematik ist hierbei landesbezogen ausgestaltet und kann sich von der im Bereich der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V unterscheiden. Ein „Überstülpen“ von systemfremden Regelungen ist weder zielorientiert noch sachgerecht und stellt einen erheblichen Eingriff in den Verhandlungs- und Vereinbarungsspielraum der Vertragsparteien vor Ort dar.

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

ländlichen Raum wären damit aufgrund der von ihnen zu tragenden Wegekostenzuschläge besonders benachteiligt.

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

Letztlich ist anzuzweifeln, ob die Erhebung von Wegekostenzuschlägen im ländlichen Raum tatsächlich zu einer Verbesserung der ländlichen Versorgung beitragen kann.

Um dem Anliegen des Gesetzgebers zu entsprechen, längere Wegezeiten angemessen zu honorieren, genügt eine gesetzliche Klarstellung, dass zur Leistungserbringung ambulanter Pflegedienste auch die notwendigen Fahrten gehören und somit leistungsgerecht zu vergüten sind. Inwieweit jedoch hierbei Wegezeiten tatsächlich gesondert vergütet werden und in welcher Höhe, ist den Vertragsparteien nach § 89 Abs. 2 SGB XI zu überlassen.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen und § 89 Abs. 3 Satz 1 SGB XI wie folgt zu ergänzen:

„Die Vergütungen können, je nach Art und Umfang der Pflegeleistung einschließlich der notwendigen Fahrten zum Einsatzort, nach dem dafür erforderlichen Zeitaufwand oder unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen bemessen werden; sonstige Leistungen wie hauswirtschaftliche Versorgung, Behördengänge oder Fahrkosten können auch mit Pauschalen vergütet werden.“

Artikel 11 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 37 – Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Ab dem Jahr 2020 wird die Höhe der Vergütung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI zwischen den Pflegekassen und dem jeweiligen zugelassenen Pflegedienst oder der von der Pflegekasse beauftragten Pflegefachkraft im Rahmen von Vergütungsverhandlungen nach § 89 SGB XI vereinbart. Die Vergütung kann nach Pflegegraden gestaffelt werden. Über die Höhe der Vergütung für anerkannte Beratungsstellen und von Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften entscheiden ab dem Jahr 2021 die Verbände der Pflegekassen im Land verbindlich in Anlehnung an die im Land vereinbarten Vergütungssätze jeweils für die Dauer eines Jahres und veröffentlichen die Festlegung.

B) Stellungnahme

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

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

III. Ergänzender Änderungsbedarf

Zu Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

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

A) Begründung

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

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

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

Die vielleicht größte regulatorische Herausforderung besteht darin festzulegen, für welche Organisationseinheit die Pflegepersonaluntergrenzen gelten sollen. Pflegepersonal wird stationsbezogen geplant. Eine Normierung dessen, was eine Station ist, kennt das Gesetz bislang nicht. Ein entsprechender Normierungsauftrag sollte daher umgehend im KHG verankert werden. Dabei ist sicherzustellen, dass das InEK im Rahmen der Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG eindeutige Informationen über die Anzahl der Stationen eines Krankenhausstandorts und die jeweilige Fachabteilungszuordnung erhält. Analog dazu ist die Datenübermitt-

lung nach § 301 SGB V anzupassen. Nur so wird es möglich, dem Pflegeaufwand der Patienten die tatsächliche Pflegepersonalausstattung gegenüberzustellen.

B) Änderungsvorschlag

§ 2b KHG (neu)

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

„§ 2b

Definition der Station am Krankenhausstandort

(1) Der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum 30.06.2019 eine bundeseinheitliche Definition, die die Kriterien für eine Station an einem Krankenhausstandort festlegt. Sie haben sicherzustellen, dass diese Definition eine eindeutige Abgrenzung der Station in Bezug auf die Einheiten Krankenhaus, Standort und Fachabteilung insbesondere in organisatorischer, räumlicher, medizinischer, pflegerischer und rechtlicher Hinsicht ermöglicht. Die Definition soll insbesondere zum Zwecke der Qualitätssicherung – einschließlich dem Nachweis von personalbezogenen Strukturanforderungen – geeignet sein. Die Definition ist für den GKV-Spitzenverband, die Unternehmen der privaten Krankenversicherung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und deren Mitglieder und Mitgliedskassen sowie für die Leistungserbringer verbindlich.

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

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

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

„5. Tag, Uhrzeit und die Kennzeichen nach § 293 Absatz 6 der aufnehmenden Fachabteilung, bei Verlegung die der weiterbehandelnden Fachabteilungen sowie ab dem 01.01.2020 Tag, Uhrzeit und die Bezeichnung der aufnehmenden Station gemäß § 2b Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und bei Verlegung die weiterbehandelnden Stationen gemäß § 2b Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“

(vgl. auch III. Ergänzender Änderungsbedarf zu Folgeänderung in § 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 SGB V)

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

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

„[...]“

2. je Krankenhausfall einen Datensatz mit folgenden Leistungsdaten

[...]

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

Neufassung des § 137i SGB V

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

„(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung mit Wirkung zum 1. Januar 2021 verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen mit Wirkung für alle gemäß § 108 zugelassenen Krankenhäuser. Für die Ermittlung der Pflegepersonaluntergrenzen für alle Stationen aller bettenführenden Abteilungen an einem Krankenhausstandort sind alle Patientinnen und Patienten entsprechend ihres Pflegeaufwandes zu berücksichtigen. Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung nach § 136a Absatz 2 Satz 2 bleiben unberührt. Besetzungen an Wochenenden und Feiertagen sowie im Nachtdienst sind gesondert zu berücksichtigen. Die Vertragsparteien nach Satz 1 bestimmen notwendige Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen sowie die Anforderungen an deren Nachweis. Für den Fall der Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen bestimmen die Vertragsparteien nach Satz 1 mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes insbesondere die Höhe und die nähere Ausgestaltung von Vergütungsabschlägen. Kommt eine Vereinbarung über die Vergütungsabschläge nach Satz 6 bis zum 30. Juni 2020 nicht zustande, trifft die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei nach Satz 1 innerhalb von sechs Wochen die ausstehenden Entscheidungen.

(2) Kommt die Vereinbarung nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, erlässt das Bundesministerium für Gesundheit nach Fristablauf die Vorgaben nach Absatz 1 Sätze 1 bis 4 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates. Das Bundesministerium für Gesundheit kann insbesondere das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

mit Auswertungen beauftragen. Wird das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus beauftragt, sind die notwendigen Aufwendungen des Instituts aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren.

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

(4) Hält ein Krankenhaus die nach Absatz 1 oder Absatz 2 festgelegten verbindlichen Pflegepersonaluntergrenzen nicht ein, ohne dass ein nach Absatz 1 Satz 5 oder Absatz 2 bestimmter Ausnahmetatbestand vorliegt, ist durch die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes ein nach Absatz 1 Satz 6 bestimmter Vergütungsabschlag zu vereinbaren.

(5) Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 legen dem Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2024 einen wissenschaftlich evaluierten Bericht über die Auswirkungen der festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen in allen betriebsführenden Abteilungen in Krankenhäusern vor.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 1

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Um sicherzustellen, dass eine bundesweite Finanzierung von Strukturveränderungen auch mit einer bundeseinheitlichen Erfassung von Krankenhausstrukturen einhergeht, ist das Standortverzeichnis um die Dimension „Fachabteilung“ zu erweitern. Voraussetzung ist die bundeseinheitliche und verbindliche Definition des Begriffs. Nur so ist es möglich, sinnvoll zu prüfen, ob im Zuge eines Konzentrationsvorhabens eine Abteilung vollständig umgewandelt wird oder zielführende integrierte Notfallstrukturen finanziert werden. Es sind folgende Anpassungen vorzunehmen.

B) Änderungsvorschlag

§ 2 – Begriffsbestimmungen

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

„1b. Fachabteilung

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

- a) es handelt sich um eine fachlich unabhängige, räumlich abgegrenzte und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Standort eines Krankenhauses oder dessen Ambulanz,*
- b) angestellte Ärzte des Krankenhauses sind der Fachabteilung zugeordnet und haben die dem zugrundeliegenden Fachgebiet oder den zugrundeliegenden Fachgebieten entsprechenden Qualifikationsnachweise der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer; ein angestellter Facharzt des Krankenhauses mit den entsprechenden Qualifikationsnachweisen ist jederzeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar,*
- c) das Krankenhaus hat einen entsprechenden Versorgungsauftrag für die Fachabteilung, sofern der Krankenhausplan des jeweiligen Landes oder ein Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V dies vorsieht, und*
- d) die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG haben in der Budgetvereinbarung einen Fachabteilungsschlüssel gemäß Anlage 2 der Vereinbarung zur Datenübermittlung gemäß § 301 Absatz 3 SGB V vereinbart.“*

Folgeänderung in § 293 Abs. 6 SGB V

In § 293 Abs. 6 S. 1 SGB V wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter *„das Verzeichnis enthält bezogen auf die Standorte des Krankenhauses oder dessen Ambulanzen auch alle Fachabteilungen nach § 2 Nummer 1b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“*

eingefügt.

In § 293 Abs. 6 S. 10 SGB V wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter

„das Nähere zu Satz 1 zweiter Halbsatz ist bis zum 30.06.2019 zu vereinbaren“

eingefügt.

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

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

ersetzt.

Zu Artikel 5 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Nr. 3

§ 5 – Nachverteilung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Priorisierung von Krankenhausschließungen

Im Rahmen des Genehmigungsprozesses muss eine klare Priorisierung der Förderzwecke und Maßnahmen erfolgen (vgl. Kommentierung Artikel 1). Schließungen in Ballungsräumen ist dabei ein Vorrang vor den übrigen Verwendungszwecken zu geben. Es sollten daher die in dem Referentenentwurf benannten förderungsfähigen Vorhaben gemäß der in § 11 benannten Reihenfolge priorisiert werden. Das BVA sollte somit zunächst Mittel für den Abbau von Überkapazitäten durch eine dauerhafte Schließung gemäß § 11 Abs. 1 Nr. 1 bereitstellen. Darüber hinaus können Vorhaben nach § 11 Abs. 1 Nr. 2 zur standortübergreifenden Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten gefördert werden, sofern diese insgesamt die Anzahl der Standorte reduziert. Wenn die Mittel für diese Vorhaben seitens der Bundesländer nicht bis zum 31.12.2019 ausgeschöpft sind, können die Länder bis zum 31.07.2020 auch Anträge für die übrigen Vorhaben nach § 1 Abs. 1 Nrn. 2 und 3 einreichen. Der so erzielte zeitliche Vorrang für Maßnahmen zum Abbau von Überkapazitäten sowie zur Konzentration gebietet sich auch deshalb, weil die konzeptionellen Vorarbeiten hierfür deutlich mehr Zeit bedürfen als die simple Umwandlung von Fachabteilungen. Andernfalls stehen für die eigentlich notwendigen Förderzwecke keine ausreichenden Gelder mehr zur Verfügung.

B) Änderungsvorschlag

§ 5 Abs. 1 KHSFV (neu)

In § 5 Abs. 1 wird nach dem Wort „§ 5“ das Wort „*Nachverteilungsverfahren*“ gestrichen und stattdessen das Wort „*Verteilungsverfahren*“ eingefügt.

Folgender Absatz 1 wird neu eingefügt:

„(1) Die Verteilung der Mittel erfolgt nach der in § 1 Absatz 1 benannten Reihenfolge. Bis zum 31.12.2019 werden die Anträge der Länder zu Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 1 zur Schließung und § 11 Absatz 1 Nummer 2 zur standortübergreifenden Konzentration, sofern dadurch die Anzahl der Standorte reduziert wird, berücksichtigt. Falls die Mittel über die Anträge zu den in Satz 1 genannten Vorhaben noch nicht ausgeschöpft sind, werden im Anschluss die bis zum 31.07.2020 eingegangenen Anträge der Länder zu den übrigen Vorhaben nach § 11 Absatz 1 berücksichtigt.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 09.07.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (PpSG) vom 25.06.2018
Seite 138 von 144

Redaktionelle Folgeänderung: Neue Nummerierung der bisherigen Absätze 1 und 2.

Zu Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13 (neu)

§ 302 – Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer

A) Begründung

Nach der geltenden Fassung des § 302 Abs. 1 Satz 1 SGB V sind bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege insbesondere die erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis zu bezeichnen, der Tag und die Zeit der Leistungserbringung sowie die Arztnummer des verordnenden Arztes und bestimmte Angaben der Verordnung anzugeben. Die Regelung ist hinsichtlich der Zeit der Leistungserbringung jedoch nicht ausreichend bestimmt und bedarf zur Sicherstellung einer einheitlichen Rechtsauslegung der Konkretisierung, dass die Anfangs- und Endzeiten der Leistungserbringung in Echtzeit anzugeben sind. Ohne diese Klarstellung gibt es unterschiedliche Rechtsinterpretationen, bis hin zu der Fehlinterpretation, dass die Zeit der Leistungserbringung mit der Dauer der Leistungserbringung oder der Tageszeit (morgens, mittags, abends) gleichgesetzt wird. Dabei sollte zur Vermeidung von Missverständnissen in der Begründung darauf hingewiesen werden, dass bei Erbringung unterschiedlicher Leistungen der häuslichen Krankenpflege innerhalb eines Pflegeeinsatzes die Anfangs- und Endzeit des Pflegeeinsatzes und nicht jeder einzelnen Leistung innerhalb des Pflegeeinsatzes anzugeben ist.

Auch um Unregelmäßigkeiten in der Abrechnung von Pflegeleistungen noch besser entgegenzutreten zu können, ist nicht lediglich die Zeit der Leistungserbringung insgesamt, sondern vielmehr die Anfangs- und Endzeit der vereinbarten Leistungserbringung bezogen auf alle bei einem Versicherten erbrachten Leistungen des Pflegedienstes anzugeben. Nur die zusätzliche Angabe der Anfangs- und Endzeiten des Einsatzes eines Pflegedienstes ermöglicht es, bei der zur Klärung von Auffälligkeiten im Einzelfall notwendigen Zusammenführung der Abrechnungsdaten von mehreren Versicherten verschiedener Krankenkassen festzustellen, ob die abgerechneten Leistungen in der angegebenen Zeit des Einsatzes plausibel erbracht werden können. Fehlerhafte Abrechnungen können daher schneller identifiziert werden.

Die einsatzbezogene Aufzeichnung der Anfangs- und Endzeiten ist die unabdingbare Grundlage um nachzuvollziehen, in welchem Umfang tatsächlich Leistungen von einer Pflegekraft erbracht werden. Nur wenn auch Beginn und Ende der Leistungserbringung in Echtzeit fixiert werden, kann Fehlverhalten wie Leistungsmissbrauch oder Abrechnungsbetrug mittels Erstellung von Tagesprofilen letztlich auch gerichtsfest nachgewiesen werden. Diese Aufzeichnungspflicht ist zudem für die notwendige Sanktionierung von Vertragsverstößen unabdingbar.

B) Änderungsvorschlag

§ 302 Abs. 1 Satz 2 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 sind zusätzlich zu den Angaben nach Satz 1 der Beginn und das Ende der Leistungserbringung in Echtzeit anzugeben.“

Zu Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15a (neu)

§ 105 – Abrechnung pflegerischer Leistungen

A) Begründung

Für die Abrechnung von pflegerischen Leistungen nach § 105 SGB XI muss im Gesetz geregelt werden, dass in den Abrechnungsunterlagen für den Bereich der ambulanten Pflege der Beginn und das Ende der Leistungserbringung in Echtzeit anzugeben ist. Eine solche Neuregelung hat bereits der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) gefordert (vgl. BT-Drs. 18/6182, Seite 9) und in seiner Stellungnahme zum Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG II) bekräftigt (vgl. BT-Drs. 18/9959, Seite 16). Dabei sollte zur Vermeidung von Missverständnissen in der Begründung darauf hingewiesen werden, dass bei Erbringung unterschiedlicher Leistungen der häuslichen Pflege innerhalb eines Pflegeeinsatzes die Anfangs- und Endzeit des Pflegeeinsatzes und nicht jeder einzelnen Leistung innerhalb des Pflegeeinsatzes anzugeben ist.

Die Technische Anlage zur Regelung des Datenträger austausches gemäß § 105 Absatz 2 SGB XI (DTA) sieht bereits vor, dass bei den Einzelbelegen zur Zeitvergütung die Uhrzeit von Beginn und Ende der Leistungserbringung anzugeben ist. Bei den Einzelbelegen zur Leistungskomplexvergütung ist im DTA die Eingabe der Uhrzeit des Beginns der Leistungserbringung eingestellt. Technisch ist zwar im DTA hinterlegt, dass auch bei den Einzelbelegen zur Leistungskomplexvergütung die Uhrzeit von Beginn und Ende der Leistungserbringung eingegeben werden kann, aber nur, sofern die entsprechenden Vereinbarungen getroffen worden sind. Die Parteien der Rahmenverträge nach § 75 SGB XI auf Landesebene konnten das Weitere zur Abrechnung der Entgelte für die Pflege bislang aber nicht einvernehmlich regeln. Aufgrund der Weigerung von Leistungserbringerorganisationen, im Rahmen der Abrechnung einsatzbezogene Anfangs- und Endzeiten anzugeben, ist ein gesetzlicher Klarstellungsbedarf unumgänglich, um Falschabrechnungen kassenseitig identifizieren zu können.

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

nungsbetrug überhaupt gerichtsfest nachgewiesen werden. Diese Aufzeichnungspflicht ist zudem für die gezielte Überprüfung von Vertragsverstößen unabdingbar.

B) Gesetzesvorschlag

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

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

Zu Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15b (neu)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

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

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

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

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

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

In Folge dessen ist § 8 Abs. 4 Satz 1 SGB XI wie folgt zu ergänzen:

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