



**Stellungnahme des IKK e.V.  
zum Referentenentwurf des  
Bundesministeriums für Gesundheit  
für den  
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des  
Pflegepersonals**

**(Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz – PpSG)**

**Stand 06.07.2018**

**IKK e.V.**  
Hegelplatz 1  
10117 Berlin  
030/202491-0  
info@ikkev.de

## Inhalt

<b>Grundsätzliche Anmerkungen .....</b>	<b>4</b>
<b>Fortführung des Krankenhausstrukturfonds .....</b>	<b>6</b>
§ 12a Absatz 1-2 KHG (neu): Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019.....	6
§ 11 KHSFV: Förderungsfähige Vorhaben.....	6
§ 12 KHSFV: Förderungsfähige Kosten.....	6
§ 271 Absatz 2 SGB V: Gesundheitsfonds .....	6
<b>Investitionsfinanzierung der Länder .....</b>	<b>8</b>
§ 12a KHG Absatz 3 (neu): Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019.....	8
<b>Ausbildungsförderung I.....</b>	<b>10</b>
§ 17a Absatz 1 KHG: Finanzierung von Ausbildungskosten .....	10
<b>Ausbildungsförderung II.....</b>	<b>12</b>
§ 17a KHG Absatz 3: Finanzierung von Ausbildungskosten .....	12
<b>Krankenhausindividuelle Vergütung von Pflegepersonalkosten .....</b>	<b>13</b>
§ 17b Absatz 4 KHG: Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG- Krankenhäuser .....	13
§ 6a KHEntG: Vereinbarung des Pflegebudgets (neu).....	13
<b>Betriebliche Gesundheitsförderung .....</b>	<b>16</b>
§ 20 Absatz 6 SGB V: Primäre Prävention und Gesundheitsförderung.....	16
§ 20 b Absatz 3 SGB V: Betriebliche Gesundheitsförderung .....	16
§ 20 d Absatz 3 SGB V: Nationale Präventionsstrategie.....	16
<b>Medizinische Behandlungspflege.....</b>	<b>18</b>
§ 37 SGB V: Häusliche Krankenpflege .....	18
§ 8 Absätze 5 bis 9 SGB XI: Gemeinsame Verantwortung .....	18
<b>Digitalisierung .....</b>	<b>20</b>
§ 87 Abs. 2a SGB V: Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte .....	20
<b>Rehabilitation für pflegende Angehörige .....</b>	<b>22</b>
§ 40 Absatz 2 SGB V: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation .....	22
<b>Weitere Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten.....</b>	<b>23</b>
§ 119b Absatz 1 bis 3 SGB V: Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen ...	23
<b>Ambulante Alten- und Krankenpflege im ländlichen Raum .....</b>	<b>24</b>
§ 132a Absatz 1 SGB V: Versorgung mit häuslicher Krankenpflege .....	24
§ 89 Absatz 3 SGB XI: Grundsätze für die Vergütungsregelung .....	24

<b>Personalausstattung</b> .....	<b>26</b>
§ 4 Absatz 8 und 8a (neu) KHEntgG: Vereinbarung eines Erlösbudgets .....	26
§ 8 Absätze 7 (neu) SGB XI: Gemeinsame Verantwortung.....	26
<b>Vereinheitlichung der Mengensteuerung</b> .....	<b>27</b>
§ 4 Abs. 2a (neu) KHEntgG: Vereinbarung eines Erlösbudgets .....	27
<b>Tarifsteigerungen für Pflegepersonal</b> .....	<b>29</b>
§ 6 KHEntgG: Vereinbarung sonstiger Entgelte .....	29
§ 10 KHEntgG: Vereinbarung auf Landesebene .....	29
<b>Fortsetzung und Modifizierung des Pflegestellen-Förderprogramms</b> .....	<b>30</b>
§ 4 Absatz 8 KHEntgG: Vereinbarung eines Erlösbudgets .....	30
<b>Personalentgelte</b> .....	<b>31</b>
§ 15 Absatz 2 und 2a (neu) KHEntgG: Laufzeit .....	31
<b>Pflegeberatung</b> .....	<b>32</b>
§ 37 Absatz 4 und 5 SGB XI: Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen .....	32
§ 106a SGB XI :Mitteilungspflichten.....	32
§ 37 Absatz 3 SGB XI: Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen .....	32

## **Grundsätzliche Anmerkungen**

Der IKK e.V. unterstützt das mit dem vorliegenden Referentenentwurf für ein Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG) von der Bundesregierung angestrebte Ziel, mehr Pflegefachkräfte zu gewinnen und durch bessere Ausbildungsbedingungen und eine Erleichterung des Arbeitsalltages in der Alten- und Krankenhauspflege die Qualität der Pflege in beiden Bereichen zu verbessern sowie das Image des Pflegberufes aufzuwerten. Der Plan wird in der Umsetzung insofern schwierig, da die Fachkräfte ad hoc nicht zur Verfügung stehen. Zurzeit sind mehr als 35.000 Stellen in der Pflege unbesetzt. Eine Erweiterung von Stellen auf dem Papier wird die Situation in der Pflege am Bett bzw. beim Patienten nicht verbessern.

### ***Finanzierungsverantwortung***

Die alleinige Finanzierungsverantwortung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die neu zu schaffenden Pflegestellen, die Übernahme von Ausbildungskosten, von Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie verbunden mit dem Wegfall von Steuerungsoptionen (Obergrenzen, Eigenanteile etc.) wird zu einem Kostenschub führen. Bezweifelt werden darf, ob die im Gesetz vielfach angelegte Nachweispflicht ausreicht, dafür Sorge zu tragen, dass das Geld wirklich dort ankommt und dafür verwendet wird, wozu es vorgesehen ist.

Im Übrigen wird mit der Verlagerung von Finanzierungsverantwortlichkeiten ohne entsprechende Mitsprache bei Planung und Steuerung das Prinzip der Selbstverwaltung ausgehöhlt. Wie schon in der vergangenen Legislaturperiode werden gesamtgesellschaftliche Aufgaben aus Mitteln der Beitragszahler, Arbeitgeber wie Versicherten, finanziert. Außerdem wird auch hier erneut die Private Krankenversicherung (PKV) nicht entsprechend eingebunden.

Mit dem im Gesetz vorgesehenen Geldsegen wird die Bunderegierung den notwendigen Strukturwandel nicht anstoßen. Die ausschließliche Refinanzierung des zusätzlichen Pflegepersonals kann selbstredend keine alleinige Aufgabe der GKV sein. Insofern müsste eine sachgerechte Beteiligung der PKV im Umfang von mindestens 10 v. H. (= ca. 64 Millionen Euro) am gesamten Finanzierungsvolumen noch ergänzt bzw. im aktuellen Text des Referentenentwurfes aufgenommen werden.

Im Weiteren wird empfohlen, die gegebenen Chancen und Möglichkeiten der Digitalisierung in allen Bereichen der pflegerischen Versorgung zu nutzen und zügig weiter auszubauen. Hierbei wäre eine nachhaltige finanzielle Beteiligung des Bundes und der Länder am Ausbau der Pflege-Infrastruktur als gesamtgesellschaftliche Herausforderung sowohl wünschenswert als auch politisch angezeigt.

### ***Lastenausgleich***

Bei der Einführung der Pflegeversicherung wurde zum einen ein Lastenausgleich zwischen Pflege- und Krankenversicherung vorgenommen, der jetzt einseitig zu Lasten der wettbewerblichen GKV verschoben wird: Während die medizinische Behandlungspflege nun offenbar schrittweise in den Verantwortungsbereich der GKV überführt wird, bleibt es bei der Zuständigkeit der GKV für Rehabilitation. Ordnungspolitisch wäre das zu überdenken. Mit der Änderung wird lediglich überbrückt, dass die Pflegeversicherung aufgrund der enormen Leistungsausweitung perspektivisch stark unterdeckt ist. Diese Finanzierungslücke wird durch den Rückgriff auf die vermeintlich hohen Reserven der GKV gestopft. Zum anderen wurde mit der Zuordnung der medizinischen Behandlungspflege zur Pflegeversicherung das Prinzip der ungeteilten Kostenträgerschaft verfolgt. Für die Zukunft sind problematische Abgrenzungsdiskussionen zu erwarten.

### ***Investitionsfinanzierung***

Der Referentenentwurf lässt eine strukturelle Ursache für den Fachkräftemangel in der Pflege außer Acht, und zwar die weiterhin bestehenden Überkapazitäten im stationären Bereich. Hierauf weist der GKV-Spitzenverband in seiner Stellungnahme richtigerweise hin. Vor diesem Hintergrund ist es nicht nachvollziehbar, dass die Mittel des Krankenhausstrukturfonds für Investitionsmaßnahmen zweckentfremdet werden können. Damit wird der ursprünglich mit dem Fonds beabsichtigte Zweck verfehlt. Außerdem wird nicht berücksichtigt, dass die Ursache für die Probleme in der Zweckentfremdung der von der GKV über die DRG-Pauschalen bereitgestellten Pflegemittel durch die Krankenhäuser liegt. Es ist bekanntermaßen so, dass die Krankenhäuser die Mittel als Ersatz für die fehlende Investitionsfinanzierung durch die Länder nutzen. Es ist deshalb der richtige Weg, dass bei den zusätzlich zur Verfügung gestellten Mitteln für die Pflege künftig ein Verwendungsnachweis erforderlich ist. Ob dieser aber ausreicht, um sicherzustellen, dass die Mittel wirklich für die Pflege verwendet werden, darf bezweifelt werden.

### ***Selbstkostendeckung***

Ein weiterer kritischer Punkt ist die Selbstkostendeckung z. B. durch die vollständige Gegenfinanzierung von Tarifsteigerungen. Obergrenzen und Eigenanteile sollen entfallen. Damit werden Steuerungsmöglichkeiten aus der Hand gegeben und das Prinzip der Tarifverhandlungen ausgehöhlt. Die Verhandler verhandeln nicht mehr in eigener Sache, weil sie die Wirkungen ihrer Vereinbarungen nicht mehr selber tragen müssen. Aus diesem Grund wäre zumindest eine zeitliche Befristung der Selbstkostendeckung notwendig.

*Der IKK e.V. nimmt im Folgenden Stellung zu einzelnen Aspekten des Gesetzentwurfes. Im Übrigen wird auf die detaillierten Stellungnahmen des GKV-Spitzenverbandes verwiesen.*

## **Fortführung des Krankenhausstrukturfonds**

### **Zu Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)**

#### **Nr. 1**

**§ 12a Absatz 1 bis 2 KHG (neu): Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019**

### **Zu Artikel 5 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)**

#### **Nr. 3**

**§ 11 KHSFV: Förderungsfähige Vorhaben**

**§ 12 KHSFV: Förderungsfähige Kosten**

### **Zu Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

#### **Nr. 11**

**§ 271 Absatz 2 SGB V: Gesundheitsfonds**

## **Beabsichtigte Neuregelung**

Der mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) geschaffene Krankenhausstrukturfonds wird um vier Jahre bis 2022 verlängert. Die bisherigen benannten Ziele der Schließung, Konzentration und Umwandlung von akutstationären Versorgungskapazitäten bleiben bestehen und werden spezifiziert. Zudem wird die Möglichkeit geschaffen, auch Vorhaben zur Verbesserung der IT-Sicherheit von Krankenhäusern und den Aufbau von Ausbildungskapazitäten über den Fonds zu finanzieren.

## **Bewertung**

In der ersten Förderperiode konnte der Krankenhausstrukturfonds noch nicht in ausreichendem Maße dazu beitragen, Strukturbereinigungen umzusetzen. Die nun vom Gesetzgeber formulierten Konkretisierungen sind sachgerecht und können nach Einschätzung der Innungskrankenkassen zu einer Verbesserung des Mitteleinsatzes beitragen. In diesem Zusammenhang ist besonders begrüßenswert, dass nun auch länderübergreifende Anträge gestellt werden können. Wichtig ist es darüber hinaus festzuhalten, dass eine stärkere Fokussierung der Förderung von Konzentrationen akutstationärer Versorgungseinrichtungen, nur in Verbindung mit einem Kapazitätsabbau einhergehen kann. Andernfalls fließen Strukturfondsmittel zur Finanzierung von betriebswirtschaftlichen Optimierungsprozessen an die Träger der Krankenhäuser. Solche Maßnahmen sollten aber nur gefördert werden, sofern parallel dazu auch nachhaltig Überkapazitäten abgebaut werden.

Der Gesetzgeber muss zudem gewährleisten, dass Standortschließungen effizient umgesetzt werden können. Es muss daher in Zukunft dafür Sorge getragen werden, dass die durch den Fonds finanzierten Maßnahmen nicht umgehend durch eine krankenhauserplanerische Maßnahme eines Landes rückgängig gemacht werden können.

Äußerst kritisch bewerten die Innungskrankenkassen die Ausweitung des Krankenhausstrukturfonds auf die Finanzierung von Investitionen zur Digitalisierung in Krankenhäusern, die der strukturellen Verbesserung dienen, sowie Investitionen in Ausbildungsstätten. Die Mittel des Strukturfonds sollten ausschließlich für Strukturveränderungen in der Krankenhauslandschaft eingesetzt werden und nicht für Investitionen zweckentfremdet werden, die originäre Länderaufgabe sind.

Die Innungskrankenkassen hatten bereits in ihrer Stellungnahme zum KHSG grundlegende Kritik an der finanziellen Ausgestaltung des Fonds geübt und eine Finanzierung über Kassenmittel abgelehnt. Vor allem bei Fragen der Investitionsfinanzierung sollten Bund und Länder in der Finanzverantwortung stärker beteiligt werden. Zudem darf die PKV nicht aus der Finanzverantwortung entlassen werden. Eine Einbindung der PKV auf freiwilliger Basis reicht den Innungskrankenkassen nicht aus.

## **Änderungsvorschlag**

Zu Artikel 1, Nr.1

§ 12a KHG Absatz 1 Satz 3: „[...] Über die in § 12 Absatz 1 Satz 3 genannten Zwecke hinaus können auch Vorhaben zur Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen [und] zur Bildung integrierter Notfallstrukturen, ~~telemedizinischer Netzwerkstrukturen und Krankenhausverbänden, zur Verbesserung der informations-technischen Sicherheit der Krankenhäuser und zur Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten in den Ausbildungsstätten~~ nach § 2 Absatz 1a Buchstabe e bis g gefördert werden.

## Investitionsfinanzierung der Länder

### Zu Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

#### Nr. 1

#### § 12a KHG Absatz 3 (neu): Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019

#### Beabsichtigte Neuregelung

Die Zuteilung der Fördermitteln für die Jahre 2019 bis 2022 aus dem Krankenhausstrukturfonds wird grundsätzlich unter den gleichen Voraussetzungen wie im vorangegangenen Förderzeitraum fortgesetzt. Vorgesehen ist, dass die Länder sich nur noch mit mindestens 25 Prozent an der Kofinanzierung von förderungsfähigen Kosten beteiligen müssen (abweichend davon legt die Begründung eine Mindestbeteiligung der Länder in Höhe von 50 Prozent nahe).

Die Länder werden gleichzeitig dazu verpflichtet, das in den Haushaltsplänen der Jahre 2015 bis 2017 durchschnittlich veranschlagte Investitionsniveau mindestens in den Jahren 2019 bis 2022 aufrechtzuerhalten und um den von ihnen zu tragenden Kofinanzierungsanteil zu erhöhen.

#### Bewertung

Der Referentenentwurf löst das eigentliche Problem der rückläufigen Investitionsfinanzierung der Länder nicht. Beim Start der sogenannten „dualen Finanzierung“ betrug der Länderanteil an den Krankenhauskosten insgesamt noch über 20 Prozent; inzwischen finanzieren die Länder weniger als 5 Prozent. Die Investitionsfinanzierung liegt damit weit unter dem Finanzbedarf der Krankenhäuser. Die Übernahme der Finanzierungslast durch die Krankenkassen erfolgt schleichend. Um das entstandene Defizit auszugleichen, refinanzieren die Krankenhäuser die fehlenden Mittel aus der DRG-Fallpauschalenvergütung und damit vor allem auf Kosten des Budget für die Pflege oder indem die Regelungen zur Betriebskostenfinanzierung so ausgelegt werden, dass ständig Finanzmittel, die für die Betriebskosten gedacht sind, für Investitionen verwendet werden. Der Bund steuert dann mit Krankenhaus-Notprogrammen nach, um die wirtschaftliche Situation abzusichern. Die Länder erhalten so Spielräume für die weitere Absenkung der Landesmittel. Ein Teufelskreis. Überfällig ist hier eine Bereinigung des Bundesbasisfallwertes um die enthaltenen sachfremd für Investitionen verwendeten Finanzmittel.

Die Mittelzweckentfremdung darf aus Sicht der Innungskrankenkassen nicht weiter durch die Politik toleriert werden. Nur wenn langfristig sichergestellt werden kann, dass die Länder künftig wieder in angemessener Weise ihrer Verpflichtung zur Bereitstellung



der Investitionsförderung für die Kliniken nachkommen, können auch die im Referentenentwurf angedachten Maßnahmen zur Stärkung des Pflegepersonals sauber greifen.

Die Länder haben das mit der Regelung verbundene Potenzial, zu Strukturveränderungen zu kommen, nicht ausgeschöpft. Verstärkend kommt nun hinzu, dass im Referentenentwurf vorgesehen ist, den Mindestförderungsbeitrag aus den Haushaltsmitteln der Länder auf 25 Prozent abzusenken. Das ist nicht akzeptabel, da es nicht dazu beitragen wird, den Druck auf die Länder zur Strukturbereinigung zu erhöhen. Neben der Zweckentfremdung der GKV-Mittel drohen so auch versorgungspolitisch substantielle Verwerfungen.

Bislang werden oftmals rein politische Entscheidungen getroffen, um Krankenhäuser durch Zuweisungen von Fachabteilungen bzw. Schwerpunkten das finanzielle Überleben zu sichern, um somit aktive Schließungen durch die Länder zu verhindern. Die Bundesregierung müsste hier deutlich mehr Mut zeigen, dass es zu echten Strukturveränderungen kommen kann d. h. Förderung von Spezialisierungen in Ballungszentren sowie Rückbau von kleinen Grundversorgungskrankenhäusern mit besonderen Schwerpunkten in der Fläche und stattdessen deren Umbau zu reinen Notfallzentren voranzutreiben. Hierdurch ließe sich auch der Mangel an Pflegekräften in Teilen ausgleichen, da diese Krankenhäuser nicht mehr in Konkurrenz um die wenigen Pflegekräfte treten müssten.

### **Änderungsvorschlag**

§ 12a Absatz 3 Nummer 2: Die Wörter „25 Prozent“ werden durch die Wörter „50 Prozent“ ersetzt: „[...] der in § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 genannte aus Haushaltsmitteln aufzubringende Anteil des Landes muss mindestens 50 Prozent der förderungsfähigen Kosten betragen, [...]“

## Ausbildungsförderung I

### Zu Artikel 2 (Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

#### Nr. 1a

#### § 17a Absatz 1 KHG: Finanzierung von Ausbildungskosten

#### Beabsichtigte Neuregelung

Zu aa) Es wird klargestellt, dass eine Finanzierung der Ausbildungsvergütung für alle in § 2 Nummer 1a genannten Berufe in Ausbildungsbudgets zu erfolgen hat.

Zu bb) Die Ausbildungsvergütungen des ersten Lehrjahres für die (Kinder-) Krankenpflege sowie die Krankenpflegehilfe soll von den Kostenträgern vollständig ausgeglichen werden.

#### Bewertung

Zu aa) Wegen teils unterschiedlicher Rechtsauffassungen sieht der Gesetzgeber hier Bedarf zur Klarstellung. Die Innungskrankenkassen begrüßen grundsätzlich, dass die Rahmenbedingungen für mehr Ausbildungsplätze in den Gesundheitsfachberufen in Krankenhäusern verbessert werden sollen, z. B. durch den teils schon vorgesehenen Wegfall von Schulgeld, allerdings werden hier ordnungspolitisch fragwürdig Finanzierungsverantwortungen einseitig und singulär auf die GKV übertragen. So kommt es für die GKV insbesondere bei den Ausbildungsstätten an Universitätskliniken und anderen Krankenhäusern zu erheblichen Mehrkosten für die Ausbildungsvergütung und die Praxisanleitung, während in allen anderen Bereichen die Ausbildungsfinanzierung eine staatliche Aufgabe darstellt. Die Ausweitung der Finanzierung einer Ausbildungsvergütung auf alle Gesundheitsfachberufe ist nicht nachvollziehbar, da es sich bei den Ausbildungsberufen außerhalb der Pflegeberufe und Hebammenausbildung, um Ausbildungen mit einem überwiegenden schulischen Anteil handelt. Insofern sind diese Kosten nicht von Seiten der GKV zu tragen

Bisher finanziert die GKV keine Ausbildung von Gesundheitsfachberufen an privaten, freien oder auch kommunalen Schulen, was zu einer Ungleichbehandlung der Auszubildenden führen würde. Die Schülerinnen und Schüler tragen hier in den meisten Fällen auch noch ein monatliches Schulgeld. Im Interesse der Vielfalt sollte eine Ausbildung in den Gesundheitsberufen auch zukünftig bei unterschiedlichen Trägern möglich sein. Hier könnten die Länder z. B. ihrer Finanzverantwortung deutlich stärker nachkommen.

Zu bb) Die Innungskrankenkassen begrüßen angesichts des drängenden Personalman- gels in der Pflege alle die Maßnahmen, die zu einer nachhaltigen Verbesserung des Pflegeberufes und zur Attraktivitätssteigerung der Ausbildung beitragen. Bislang werden Ausbildungsvergütungen von Pflegekräften nur zum Teil über einen durchschnittlichen Anrechnungsschlüssel von den Kostenträgern refinanziert. Grund für die nur anteilige Refinanzierung ist, dass Auszubildende auf der Station je nach Ausbildungsstand die Pflegekräfte unterschiedlich unterstützen bzw. entlasten. Der Gesetzgeber argumentiert, dass die Entlastungswirkung der Pflegeschüler sich im ersten Ausbildungsjahr noch nicht vollständig entfalten könnte. Nach Einschätzung der Innungskrankenkassen müss- ten dem folgend die unterschiedlichen Entlastungspotenziale von Auszubildenden in Ab- hängigkeit ihres Ausbildungsstandes durch differenzierte Anrechnungsschlüssel je Aus- bildungsjahr Rechnung getragen werden, d. h. die Anrechnungsschlüssel müssen für das zweite und dritte Ausbildungsjahr im Sinne der Kostenneutralität entsprechend an- gepasst werden.

Es ist zudem anzumerken, dass eine Aufhebung des Anrechnungsschlüssels für die ein- jährige Ausbildung zur Krankenpflegehilfe nicht sinnvoll ist. In dieser Zeit werden die Auszubildenden sehr intensiv in der praktischen Grundpflege und für Hilfstätigkeiten auf den Stationen eingesetzt und tragen damit auch zu einer Entlastung des vorhandenen Personals bei.

### **Änderungsvorschlag**

Zu aa) Bis eine genaue zahlenmäßige Erhebung nähere Einschätzungen zulässt:

§ 17a Absatz 1 KHG: In Satz 1 werden die Wörter „Die Kosten der in § 2 Nr. 1a genann- ten Ausbildungsstätten und der Ausbildungsvergütungen“ durch die Wörter „Die Kosten der in § 2 Nummer 1a genannten Ausbildungsstätten, die Ausbildungsvergütungen für die Krankenpflegeberufe und Hebammen, ~~in § 2 Nummer 1a genannten Berufe~~“ ersetzt.

Zu bb)

- Der Anrechnungsschlüssel für das 2. und 3. Ausbildungsjahr sollte differenziert wer- den unter Berücksichtigung des tatsächlichen Praxiseinsatzes, sodass beispiels- weise für das 3. Ausbildungsjahr in der Kranken-/ Kinderkrankenpflege eine Schlüs- sel von 1:7 gilt (entspricht dem Anrechnungsschlüssel der bis 2005 angesetzt wurde)
- Die Aufhebung des Anrechnungsschlüssels für die Krankenpflegehilfe ist zu strei- chen, wenn es sich um eine (wie uns bisher nur bekannt) einjährige Ausbildung han- delt.

## **Ausbildungsförderung II**

### **Zu Artikel 2 (Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)**

#### **Nr. 1b**

#### **§ 17a KHG Absatz 3: Finanzierung von Ausbildungskosten**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Es wird klargestellt, dass die Ausbildungsbudgets entsprechend den tatsächlichen Kostenzuwächsen von den Vertragsparteien zu vereinbaren sind.

#### **Bewertung**

Die vom Gesetzgeber vorgesehene Klarstellung löst die bisherige sogenannte Obergrenze (Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 KHEntgG) des von den Vertragsparteien auf Ortsebene zu vereinbarenden Ausbildungsbudgets auf und führt ein Selbstkostendeckungsprinzip ein. Diese Entwicklung lehnen die Innungskrankenkassen auch vor dem Hintergrund ab, dass der Wettbewerb unter den Leistungserbringern hierdurch geschwächt wird.

#### **Änderungsvorschlag**

Streichen.

## **Krankenhausindividuelle Vergütung von Pflegepersonalkosten**

### **Zu Artikel 2 (Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)**

#### **Nr. 2**

#### **§ 17b Absatz 4 KHG: Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser**

### **Zu Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)**

#### **Nr. 4**

#### **§ 6a KHEntG: Vereinbarung des Pflegebudgets (neu)**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Personalkosten im Krankenhaus sollen ab dem Jahr 2020 separat vergütet werden. Neben den Fallpauschalen wird dafür ein Pflegebudget eingeführt. Hierfür vereinbaren die Vertragsparteien auf Ortsebene das Pflegebudget auf Basis der von den Krankenhäusern geplanten und nachgewiesenen Pflegepersonalausstattung und der krankhausindividuellen Kosten. Die DRG-Berechnungen werden um die entsprechenden Personalkosten bereinigt. Über die Verwendung der Mittel ist ein Nachweis zu führen. Zweckentfremdete Mittel müssen zurückgezahlt werden.

### **Bewertung**

Die vom Gesetzgeber vorgesehene Neuregelung stellt einen massiven Eingriff in die Kalkulationssystematik des DRG-Systems und eine Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip dar. Mit dieser Umstellung wird das DRG-System ausgehöhlt und das ursprüngliche Ziel einer einheitlichen und leistungsgerechten Vergütung aufgegeben. Nach Einschätzung der Innungskrankassen greift der gesetzliche Auftrag zu kurz. In zahlreichen Zusatzentgelten sind ebenfalls pflegerische Komponenten enthalten bzw. wird z. B. in den Entgelten für die Pflegekomplexmaßnahmen-Scores und die Pflege-Zusatzentgelte explizit Pflege finanziert. Die bisherigen Finanzierungsstrukturen sind daher vollumfänglich zu bereinigen, da es ansonsten zu Doppelfinanzierungen kommen wird. Alle Finanzierungskomponenten, die bereits heute Personalkosten finanzieren, müssen dafür identifiziert und entsprechende Lösungen gefunden werden. Auch wäre ein Hinweis an die Vertragsparteien bzw. das InEK hilfreich, dass bei einigen nicht bewerteten Entgelten nach der Herausrechnung der Pflegebudgets evtl. nun ein bundeseinheitlicher Preis kalkulierbar wäre. Dies würde eine Reform des Entgeltkataloges aus Perspektive der Innungskrankassen runder erscheinen lassen.

Feststeht, dass die Zahl der Pflegekräfte in den Krankenhäusern seit der Einführung des DRG-Systems rapide gesunken sind. Es gilt zu bedenken, dass alleine die Schaffung zusätzlicher Finanzierungsmöglichkeiten keine Aufstockung der Pflegestellen garantiert oder zu einer besseren Bezahlung der Pflegekräfte führt. Dem hohen Bedarf an Pflegekräften stehen eine vergleichsweise kleine Zahl an Rückkehrwilligen und Auszubildenden gegenüber. Die Innungskrankenkassen begrüßen in diesem Zusammenhang die Zweckbindung der Mittel mit einer Rückzahlungsverpflichtung bei Nichteinhaltung. Um sicherzustellen, dass die Krankenhäuser die zusätzlichen Mittel ausschließlich für die Stärkung der Pflege einsetzen, müssen auch die Vorgaben zur Nachweispflicht konkret und nachvollziehbar gesetzlich vorgegeben werden (Stichwort: Tagesgleiche Pflegesätze). Nur ein transparentes Verfahren kann dafür Sorge tragen, dass die gesetzlichen Ziele auch erreicht werden.

Mit der Einführung eines separaten Vergütungssystems für die Pflege stellt sich auch die Frage, wie in Zukunft die Ausgaben der unterschiedlichen Gesundheitsberufe voneinander abgegrenzt werden können. Es ist zu befürchten, dass sich hierdurch Auswirkungen auf die Arbeitsabläufe sowie Dokumentation ergeben und Innovationen in der Pflege erschwert werden.

## **Änderungsvorschlag**

Zu Artikel 2, Nr. 2

Für die fehlende Ausgliederung der pflegerelevanten Kosten aus den Zusatzentgelten in § 17b KHG Absatz 4.

Zu § 17b KHG Absatz 4 (neu): „Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus die Pflegepersonalkosten der Patientenversorgung aus dem Vergütungssystem auszugliedern und eine neue Pflegepersonalkostenvergütung zu entwickeln. Hierfür haben sie insbesondere bis zum 31. Januar 2019 eine eindeutige, bundeseinheitliche Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten zu vereinbaren. Die Vorgaben nach Satz 1 und 2 sind von den Krankenhäusern für die Abgrenzung ihrer Kosten und Leistungen rückwirkend ab dem 1. Januar 2019 anzuwenden. Auf der Grundlage von hochgerechneten Daten des ersten Halbjahres 2019 sind die Bewertungsrelationen für das DRG-Vergütungssystem für das Jahr 2020 um die Summe der Bewertungsrelationen der nach Satz 1 auszugliedernden Pflegepersonalkosten zu vermindern **sowie die pflegerelevanten Kosten der Zusatzentgelt** und auf dieser Grundlage die Fallpauschalenvereinbarung bis zum 30. September 2019 abzuschließen. Die ausgegliederten Pflegepersonalkosten nach Satz 1 sind bis zum 30. September 2019 in einem Katalog mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen je Belegungstag auszuweisen, der jährlich weiter zu

entwickeln ist. Der Katalog ist erstmals für das Jahr 2020 von den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 für die Abzahlung des Pflegebudgets nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes anzuwenden.“

## **Betriebliche Gesundheitsförderung**

### **Zu Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

#### **Nr. 1; 2; 3**

#### **§ 20 Absatz 6 SGB V: Primäre Prävention und Gesundheitsförderung**

#### **§ 20 b Absatz 3 SGB V: Betriebliche Gesundheitsförderung**

#### **§ 20 d Absatz 3 SGB V: Nationale Präventionsstrategie**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Krankenkassen werden verpflichtet, zusätzlich zu den bereits heute bestehenden gesetzlichen Verpflichtungen, die Leistungen für die Betriebliche Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen auszubauen. Dafür wird die Mindestvorgabe von aktuell 2,10 Euro um 1 Euro auf 3,10 Euro je Versicherten erhöht.

Darüber hinaus sollen die regionalen Koordinierungsstellen beratend und unterstützend einbezogen werden.

### **Bewertung**

Die Innungskrankenkassen begrüßen die Stärkung der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) in stationären- und teilstationären Einrichtungen. Allein für die BGF der Pflegekräfte in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern sollen so ca. 70 Millionen Euro zur Verfügung gestellt werden.

Die Krankenkassen haben längst erkannt, dass die Mitarbeiter in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern einen besonderen Präventionsbedarf haben und führen BGF bereits heute schon durch. Die adäquate Umsetzung der Neuregelung erfordert allerdings auch die entsprechenden Mitarbeiterressourcen, die im normalen Ablauf der Station, des Wohnbereiches, der Sozialstation, der Tages- und Nachtpflege zurzeit noch fehlen. Um BGF zielführend umzusetzen, müssen hierfür zunächst die Mitarbeiter rekrutiert und eine entsprechende Infrastruktur geschaffen werden. Daher empfehlen die Innungskrankenkassen eine stufenweise Einführung dieser Regelung erst ab 2020.

Viele Pflegebedürftige werden aktuell in ihrem häuslichen Umfeld versorgt. Der Referentenentwurf konzentriert sich ausschließlich auf Leistungsverbesserungen in Krankenhäusern sowie in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen. Er verpasst dabei, der wachsenden Bedeutung der ambulanten häuslichen Pflege gerecht zu werden. Ähnlich dem pflege-präventiven Ansatz des Präventionsstärkungsgesetzes sieht der Referen-



tenentwurf entgegen dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ vor, dass neben den Pflegebedürftigen auch ausschließlich die Pflegekräfte in voll- und teilstationären Einrichtungen profitieren sollen.

Die Innungskrankenkassen votieren daher weiter dafür, Prävention auch in der ambulanten Pflege zu fördern. Für die Pflegekräfte werden ergänzende Schulungen und begleitende Supervisionen als sinnvoll erachtet.

Mit der Neuregelung wird der festgelegte Jahresrichtwert nicht erweitert. Mit dem Präventionsgesetz im Jahr 2016 wurde der Richtwert für Leistungen der Primärprävention nach den §§ 20, 20a und 20b auf 7,00 Euro je Versicherten erhöht. Die hiervon aktuell auf die BGF entfallenden 2,10 Euro je Versicherten werden auf 3,10 erhöht, der Richtwert für Versicherte in den Lebenswelten (außerbetriebliche Settings) bleibt bei aktuellen 2,10 Euro bestehen. Damit wird dem auch im Kontext der Angebote zur BGF wichtigen Ansatz der Individualprävention (Angebote Rückenurse etc.) Geld entzogen. So werden andere Zielgruppen für diese Maßnahmen wie zum Beispiel das Handwerk außer Acht gelassen.

### **Änderungsvorschlag**

- Gestaffelte Erhöhung der Mittel ab 01.01.2020.
- Zu § 20 Absatz 6 Satz 3 (neu): „Für Leistungen nach § 20b, die in Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 und in Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 **und 2** des Elften Buches erbracht werden, wenden die Krankenkassen von dem Betrag nach Satz 3 für jeden ihrer Versicherten mindestens 1 Euro auf.“

## **Medizinische Behandlungspflege**

### **Zu Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

#### **Nr. 4**

#### **§ 37 SGB V: Häusliche Krankenpflege**

### **Zu Artikel 10 ( Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

#### **Nr. 2**

#### **§ 8 Absätze 5 bis 9 SGB XI: Gemeinsame Verantwortung**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

In vollstationären Altenpflegeeinrichtungen sollen rund 13.000 Pflegestellen zusätzlich geschaffen werden. Eine finanzielle Mehrbelastung der Pflegebedürftigen soll dabei vermieden werden. Deshalb sieht der Referentenentwurf vor, einen Teil der Kosten für die medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen künftig von den gesetzlichen Krankenkassen finanzieren zu lassen. Dazu ist eine pauschale Zahlung jeder Kasse an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung vorgesehen.

### **Bewertung**

Bei 13.000 Stellen wäre von einer Gesamtbelastung der GKV in Höhe von ca. 650 Millionen Euro auszugehen. Der bisher bestehende Finanzierungsmechanismus der medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen wird mit dieser Neuregelung grundlegend verändert und führt zu einer höheren Belastung der GKV. Insgesamt ist an dieser Stelle die sozialpolitische Frage zu stellen, warum die dringend benötigten zusätzlichen Pflegestellen i. S. einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe nicht als Bundeszuschuss und damit aus Steuermitteln finanziert werden. Außerdem wird hier außer Acht gelassen, dass bei der Einführung der Pflegeversicherung ein Lastenausgleich zwischen Pflege- und Krankenversicherung vorgenommen wurde, der jetzt einseitig zu Lasten der wettbewerblichen GKV verschoben wird: Während die medizinische Behandlungspflege nun offenbar schrittweise in den Verantwortungsbereich der GKV überführt wird, bleibt es bei der Zuständigkeit der GKV für Rehabilitation. Ordnungspolitisch wäre das zu überdenken. Mit der Änderung wird lediglich überbrückt, dass die Pflegeversicherung aufgrund der enormen Leistungsausweitung perspektivisch stark unterdeckt ist. Diese Finanzierungslücke wird durch den Rückgriff auf die vermeintlich hohen Reserven der GKV gestopft.

Bei der Umsetzung muss ein einfaches und praktikables Verfahren gefunden werden. In Anbetracht des Umstands, dass ein zusätzlicher Leistungsaufwand die Unterdeckung

des Gesundheitsfonds erhöhen wird und dementsprechend eine Refinanzierung durch die mitgliederbezogenen Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen erfolgen muss, sollte eine Umlage pro Mitglied in der GKV erfolgen. In der Gesetzesbegründung wird unbedingt zu betonen sein, dass es sich bei dieser Umlage um Ausgaben handelt, die ohne Morbiditätsbezug bei den Krankenkassen anfallen. Nur so kann die korrekte Berücksichtigung der entsprechenden Aufwendungen im Risikostrukturausgleich gewährleistet werden. Gleichzeitig wird sichergestellt, dass nicht die Krankenkassen benachteiligt werden, welche viele Versicherte haben, die gleichzeitig pflegebedürftig sind. Wesentlich wird sein, dass in stationären Pflegeeinrichtungen nur tatsächlich vorhandenes zusätzliches Personal refinanziert wird und dass entsprechend konkrete Nachweispflichten gesetzlich normiert werden. Nur ein transparentes Verfahren (z. B. über Prüfung von Lohnjournalen) kann dafür Sorge tragen, dass die gesetzlichen Ziele auch erreicht werden.

Des Weiteren sprechen sich die Innungskrankenkassen gegen die vorgesehene stufenweise Erhöhung der Anzahl von zusätzlichen Pflegefachkräften aus. Hier ist die lineare Steigerung des zusätzlichen Pflegepersonals der richtige Maßstab und wird eingefordert.

### **Änderungsvorschlag**

Keiner.

## Digitalisierung

### Zu Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

#### Nr. 6

#### § 87 Abs. 2a SGB V: Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

#### Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht eine Ausweitung des Anwendungsbereichs der Videosprechstunden im ambulanten Bereich vor.

#### Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen grundsätzlich die Ausweitung des Anwendungsbereichs. Die Ausweitung der telemedizinischen Leistung Videosprechstunde ermöglicht den Arztpraxen, einen Teil der Behandlung in Form einer Fernbehandlung nicht nur zum Zweck der Verlaufskontrollen bei persönlich bekannten Patienten und beschränkten Krankheitsbildern und Fachgruppen durchzuführen. Die Videosprechstunde kann Produktivitätsvorteile in den Arztpraxen generieren, da persönliche Arzt-Patienten-Kontakte reduziert werden könnten. Im Umkehrschluss darf dies jedoch nicht dazu führen, dass Vertragsärzte z. B. im Falle von Bagatellerkrankungen noch häufiger kontaktiert werden als bisher.

Eine Videosprechstunde kann für den Versicherten entlastend sein, weil eine schnelle Klärung der Behandlungsbedürftigkeit herbeigeführt werden kann. Dies wäre z.B. im Sinn einer Notsprechstunde ein sinnvoller Ansatz.

Nur dann können die Arztpraxen entlastet und auch Wartezeiten für GKV-Versicherte reduziert werden. Die ebenfalls vorgesehene Erweiterung der Videosprechstunde auf Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten kann sinnvoll sein, um eine bereits bestehende Präsenzbehandlung zu ergänzen. Die Notwendigkeit einer Zusatzvergütung wird dagegen nicht gesehen.

Die in der Gesetzesbegründung angeführten Vorgaben gehen mit der auf dem 121. Deutschen Ärztetag beschlossenen Neufassung von § 7 Abs. 4 MBO einher und erscheinen sachgerecht. Allerdings muss klargestellt sein, dass die Videosprechstunde nur eine Unterstützung und nicht Ersatz der ärztlichen Tätigkeit darstellt. Abschließend sei darauf hingewiesen, dass die entsprechende Umsetzung der Vorgaben der MBO in den Berufsordnungen der Landesärztekammern derzeit überwiegend noch ausstehen

und ein bundesweites Inkrafttreten einer Vergütungsregelung erst im Anschluss erfolgen kann.

Im Hinblick auf die Versorgung von Pflegebedürftigen erscheint eine – neben der bereits jetzt telefonisch – auch per Video abrechenbare Fallkonferenz grundsätzlich angemessen. Über Sonderverträge konnte die Verbesserung der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen bisher noch nicht erreicht werden. Eine Notwendigkeit einer Zusatzvergütung wird abseits einer Anreizwirkung per se nicht gesehen. Ziel müsste es in diesem Fall sein, in der Umsetzung für den Zuschlag auch eine spezifische zusätzliche ärztliche Leistung festzulegen (z. B. Regelmäßigkeit in der Betreuung und eine besondere strukturierte inhaltliche Gesprächsvorbereitung des Arztes) damit der Austausch mit dem Pflegepersonal die Versorgungssituation der Pflegebedürftigen auch wirklich verbessert. Die Finanzierung der Schulungs- und Technikinvestitionskosten durch die Pflegeversicherung ist folgerichtig.

### **Änderungsvorschlag**

Keiner.

## Rehabilitation für pflegende Angehörige

### Zu Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

#### Nr. 5

#### § 40 Absatz 2 SGB V: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

#### Beabsichtigte Neuregelung

Pflegende Angehörige sollen die Möglichkeit der stationären Rehabilitation erhalten, auch wenn vom medizinischen Gesichtspunkt her eine ambulante Versorgung ausreichend wäre.

#### Bewertung

Pflegeleistungen durch Angehörige sind mit vielfältigen Belastungen verbunden. Wesentliche Aspekte sind das Gefühl, rund um die Uhr verfügbar sein zu müssen sowie der hohe zeitliche Umfang der Pflege. Die Balance zwischen eigener Erwerbstätigkeit, Partnerschaft, der Betreuung von Kindern und eigener Freizeit sowie die gleichzeitige Bewältigung der pflegerischen Aufgaben stellt für viele Angehörige eine große Herausforderung dar. Dies hat Auswirkungen auf die körperliche und psychische Gesundheit, das soziale Netz und die Erwerbstätigkeit. Bei der Entscheidung über eine medizinisch erforderliche Rehabilitationsleistung hat die Krankenkasse auch heute schon die besonderen Belange pflegender Angehöriger zu berücksichtigen.

Die Innungskrankenkassen begrüßen dieses Gesetzesvorhaben. Stationäre Rehabilitationen für die pflegenden Angehörigen sind durch spezielle Konzepte dieser Einrichtung wesentlich passgenauer als rein indikationsspezifische ambulante Maßnahmen. Um Ungleichbehandlungen zu vermeiden sollte die Regelung für berufstätige pflegende Angehörige, deren Kostenträger in der Regel die Deutsche gesetzliche Rentenversicherung (DRV) ist, verpflichtend ausgeweitet werden (Stichwort: Vereinbarkeit von Pflege und Beruf).

#### Änderungsvorschlag

Anwendung/Aufnahme der Regelung auch im SGB VI

In § 9 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI werden nach dem Wort „Krankheit“ die Wörter: „oder der Pflege eines Angehörigen“ eingefügt.

## Weitere Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten

### Zu Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

#### Nr. 7

#### § 119b Absatz 1 bis 3 SGB V: Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

#### Beabsichtigte Neuregelung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und die Pflegeeinrichtungen werden verpflichtet, Kooperationsverträge abzuschließen. Die bisherige Soll-Regelung wird dafür in eine Muss-Regelung überführt. Liegt ein Antrag einer Pflegeeinrichtung für einen Kooperationsvertrag zwischen Pflegeeinrichtung und ärztlichen Leistungserbringern vor, so muss die KV innerhalb von drei Monaten darüber entscheiden.

#### Bewertung

Die Verpflichtung zu einer stärkeren Zusammenarbeit ist sinnvoll und kann zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung in Pflegeeinrichtungen führen. Bereits bestehende rechtliche Möglichkeiten (z. B. § 119b SGB V) wurden bisher zu wenig genutzt.

Aus Sicht der Innungskrankenkassen bedeutet dies „nur“ eine Konkretisierung der bisherigen Aufgaben und somit keine zusätzliche Belastung des vorhandenen Personals. Eine Forderung nach mehr Personal kann mit der Regelung nicht verbunden sein. Hinzuzufügen ist, dass die verantwortliche Pflegefachkraft nicht Pflegedienstleitung (verantwortliche Pflegefachkraft der stationären Einrichtung) sein muss.

#### Änderungsvorschlag

Klarstellung in der Begründung.

## **Ambulante Alten- und Krankenpflege im ländlichen Raum**

### **Zu Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

#### **Nr. 8**

#### **§ 132a Absatz 1 SGB V: Versorgung mit häuslicher Krankenpflege**

### **Zu Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

#### **Nr. 14**

#### **§ 89 Absatz 3 SGB XI: Grundsätze für die Vergütungsregelung**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Neuregelung sieht vor, dass ein Wegkostenzuschlag für längere Wegzeiten von den Rahmenvertragspartnern nach § 132a Absatz 1 SGB V festzulegen ist, der auch in den Vergütungsvereinbarungen nach § 89 SGB XI im Bereich der Pflegeversicherung zu berücksichtigen ist.

### **Bewertung**

Nach Bewertung der Innungskrankenkassen ist die vorgesehene Änderung weder sachgerecht noch in der Sache stimmig. Sie stellen fest, dass die Vereinbarung nur durch die Vertragspartner auf der Landesebene erfolgen kann. Tatsächlich werden bereits heute erhöhte Wegstreckenentschädigungen für besonders große Versorgungsregionen in den geltenden Vergütungsvereinbarungen zu den Verträgen nach § 132a Abs. 4 SGB V durch die vorgesehenen Vertragspartner auf der Landesebene vereinbart. Die insbesondere durch den zunehmenden Fachkräftemangel im ländlichen Raum verursachten strukturellen Probleme in der Versorgung können durch eine verbesserte Refinanzierung von Wegezeiten jedoch keinesfalls eliminiert werden!

Die kalkulatorischen Annahmen für eine angemessene Wegstreckenentschädigung basieren aufgrund des hierfür erforderlichen Zeitaufwandes überwiegend auf den Pflegepersonalkosten. Aufgrund der unterschiedlichen tariflichen Vergütung des Pflegepersonals in den einzelnen Bundesländern, insbesondere aber im direkten Vergleich der Länder untereinander, ist eine „bundeseinheitliche“ Vereinbarung durch die Partner der Bundesebene als praxisfremd und zugleich unwirtschaftlich abzulehnen. Sie ist zudem auch nicht in der Kürze der Zeit umsetzbar. Hier verweisen die Innungskrankenkassen auf die Hoheit der Landesverbände der Pflegekassen, die die Bedarfe der Regionen besser kennen bzw. einschätzen können.



Bisher sind die Dienste der Alten- und Krankenpflege dazu angehalten, wirtschaftlich zu arbeiten. Dies bedeutet, dass bei der vertraglichen Ausgestaltung der Versorgungsräume die Fahrtzeiten und Wegstrecken eine Rolle spielen sowie durchaus angemessen gewählt werden. Für eine nachhaltige zukunftsgerichtete Ausgestaltung fehlen zudem wissenschaftliche Erkenntnisse.

### **Änderungsvorschlag**

Streichen.

## Personalausstattung

### Zu Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

#### Nr. 2

#### § 4 Absatz 8 und 8a (neu) KHEntgG: Vereinbarung eines Erlösbudgets

### Zu Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

#### Nr. 2

#### § 8 Absätze 7 (neu) SGB XI: Gemeinsame Verantwortung

## Beabsichtigte Neuregelung

In ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie Krankenhäusern werden auf einem Zeitraum von sechs Jahren (2019 bis 2024) Maßnahmen zur Unterstützung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Berufe bis zu 50 Prozent durch die GKV gefördert.

## Bewertung

Die Anforderungen an das in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie Krankenhäusern tätige Personal sind überdurchschnittlich hoch und somit auch die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf. Eine Förderung entsprechender Maßnahmen ist daher zu befürworten, allerdings darf nicht die gesetzliche Krankenversicherung Träger dieser Maßnahmen sein. Für eine nachhaltige Personalgewinnung und -haltung in der Pflege müssten vielmehr im Sinne eines gesamtgesellschaftlichen Ansatzes alle Sozialversicherungspartner, die PKV sowie Bund, Länder und Kommunen beteiligt werden. Die vorgesehene Finanzierung aus Beitragsmitteln ist als missbräuchlich zu bewerten.

## Änderungsvorschlag

Streichen.

## Vereinheitlichung der Mengensteuerung

### Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

#### Nr. 2 Buchstabe c)

#### § 4 Abs. 2a (neu) KHEntgG: Vereinbarung eines Erlösbudgets

#### Beabsichtigte Neuregelung

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

#### Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen grundsätzlich die Vereinfachung des Fixkostendegressionsabschlags. Sie wird in der Praxis der Budgetverhandlungen zu einer Vereinfachung und besseren Handhabbarkeit beitragen. Darüber hinaus ist allerdings anzumerken, dass die Vereinfachung der Regelungen auch mit einer Verschlinkung der umfangreichen Ausnahmen einhergehen muss. Aus ökonomischer Sicht betrachtet, entstehen Fixkostendegressionseffekte bei der Erbringung zusätzlicher Leistungen im Krankenhaus, unabhängig davon, aus welchen Gründen und in welchen Bereichen eine Leistungssteigerung eintritt und führen dabei nicht automatisch dazu, dass das Krankenhaus mehr Personal oder Infrastruktur vorhalten muss. Eine Reduzierung der bestehenden Ausnahmen zum Fixkostendegressionsabschlag ist daher sachgerecht.

#### Änderungsvorschlag

§ 4 Abs. 2a KHEntG (neu): „Abweichend von Absatz 2 Satz 2 ist für mit Fallpauschalen bewertete Leistungen, die im Vergleich zur Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigt werden, erstmals für das Jahr 2017, ein jeweils für drei Jahre zu erhebender Vergütungsabschlag von 35 Prozent anzuwenden (Fixkostendegressionsabschlag). Der für das Krankenhaus anzuwendende Abschlag nach Satz 1 gilt 1. nicht bei

- a) Transplantationen, Polytraumata, schwer brandverletzten Patienten und der Versorgung von Frühgeborenen,
- b) Leistungen mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln,
- c) zusätzlich bewilligten Versorgungsaufträgen, für die bislang keine Abrechnungsmöglichkeit bestand,

- d) Leistungen von nach ~~§ 2 Absatz 2 Satz 4~~ ~~krankenhausplanerisch ausgewiesenen Zentren sowie~~
- e) Leistungen, deren Bewertung nach ~~§ 9 Absatz 1c~~ abgesenkt oder abgestuft wurde, ~~2. hälftig für Leistungen, die in dem Katalog nicht mengenanfälliger Leistungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 aufgeführt sind. [...].~~

~~Abweichend von Satz 1 ist für Leistungen, die durch eine Verlagerung von Leistungen zwischen Krankenhäusern begründet sind, die nicht zu einem Anstieg der Summe der effektiven Bewertungsrelationen im Einzugsgebiet des Krankenhauses führt, der für das Krankenhaus anzuwendende Abschlag nach Satz 1 in halber Höhe anzuwenden; diese Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern sind vom Krankenhaus auf der Grundlage von Informationen, die den Beteiligten nach § 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes im Einzugsgebiet des Krankenhauses vorliegen, glaubhaft darzulegen. Der Vergütungsabschlag ist durch einen einheitlichen Abschlag auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen des Krankenhauses umzusetzen. Ein während der maßgeblichen Abschlagsdauer vereinbarter Rückgang der mit Fallpauschalen bewerteten Leistungen ist bei der Ermittlung der Grundlage der Bemessung des Abschlags mindernd zu berücksichtigen. Für die Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlags sind die Vorgaben, die die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 vereinbaren, anzuwenden. Für die Jahre 2017 und 2018 ist der zu vereinbarende höhere Abschlag nach Satz 2 auf 50 Prozent begrenzt.“~~

## Tarifsteigerungen für Pflegepersonal

### Zu Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

#### Nr. 3; 8

#### § 6 KHEntgG: Vereinbarung sonstiger Entgelte

#### § 10 KHEntgG: Vereinbarung auf Landesebene

### Beabsichtigte Neuregelung

Ab dem Jahr 2018 wird die bisherige hälftige Refinanzierung von Tarifsteigerungen durch eine vollständige Refinanzierung durch die Kostenträger ersetzt. Flankiert wird die Neuregelung mit der Nachweispflicht.

### Bewertung

Die Innungskrankenkassen weisen erneut darauf hin, dass Tarifsteigerungen bei der Festlegung des Krankenhaus-Orientierungswerts sowie im Rahmen der Landesbasisfallwert-Verhandlungen schon jetzt ausreichend berücksichtigt werden.

Es stellt sich in der Umsetzung die Frage, wieso die Tarifsteigerungen des Pflegepersonals zu 100 Prozent im Landesbasisfallwert refinanziert werden sollen, wenn die Kosten der Pflege krankenhausesindividuell und ohne Deckelung zu finanzieren sind? Müssten diese Kosten dann nicht eher aus den Landesbasisfallwerten ausgegliedert werden, damit die Kostenträger hier keine Doppelfinanzierung betreiben?

Es ist zudem zu kritisieren, dass das vom Gesetzgeber angedachte Verfahren das aktuelle System der Tarifverhandlungen zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretungen im Sinne von Ausgleich unterschiedlicher Interessenlagen unterläuft, da die Tarifsteigerungen auf die GKV als Kostenträger umgelegt werden. Es findet damit perspektivisch nicht mehr der Aspekt der Wirtschaftlichkeit statt.

### Änderungsvorschlag

Streichen.

## **Fortsetzung und Modifizierung des Pflegestellen-Förderprogramms**

### **Zu Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)**

#### **Nr. 2**

#### **§ 4 Absatz 8 KHEntgG: Vereinbarung eines Erlösbudgets**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Bereits mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurde das sogenannte zweite Pflegestellen-Förderprogramm mit einem Finanzvolumen von insgesamt 660 Millionen Euro (2016 bis 2018) eingeführt. Die im KHSG festgelegte Obergrenze von 0,15 Prozent des Krankenhausbudgets für die Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen und der von den Krankenhäusern gegenwärtig zu leistende Eigenanteil in Höhe von 10 Prozent entfallen. Die finanziellen Mittel sind zweckgebunden und ausschließlich für die Aufstockung und Neueinstellung von Pflegekräften vorgesehen. Mittel, die nicht für zusätzliches Pflegepersonal eingesetzt werden, müssen vom Krankenhaus zurückgezahlt werden.

#### **Bewertung**

Mit der Änderung wird zukünftig jede zusätzliche und jede aufgestockte Pflegestelle, die für die unmittelbare Patientenversorgung vorgesehen ist, von den Kostenträgern vollständig refinanziert. Auf die mit dem KHSG geplante Mittelüberführung des Pflegestellen-Förderprogramms in den Pflegezuschlag zum Jahr 2019 wird verzichtet. Die Gelder verbleiben damit dem einzelnen Krankenhaus. Die Regelungen sollen solange Bestand haben, bis die Pflegekostenpersonalfinanzierung ab dem Jahr 2020 in Kraft tritt.

Für die Innungskrankenkassen ist fraglich, ob mit der Fortsetzung des Pflegestellen-Förderprogramms der gewünschte Effekt erzielen lässt, zumal die laufenden Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms von den Krankenhäusern bisher nicht vollständig ausgeschöpft werden. Auf dem Markt fehlen die Pflegekräfte. Mit dem Wegfall der Obergrenze und des Eigenanteils für Krankenhäuser wird zudem das Wirtschaftlichkeitsgebot unterlaufen. Für die Innungskrankenkassen ist es daher essentiell, dass die Mittel nur zweckgebunden und mit der Möglichkeit eines Rückzahlungserfordernisses, falls kein zusätzliches Personal eingestellt werden konnte, ausgezahlt werden. Die hierfür zu führende Nachweispflicht muss praktikabel ausgestaltet werden und zu einer entsprechenden Transparenz der Mittelverwendung gegenüber den Kassen beitragen.

#### **Änderungsvorschlag**

Keiner.

## Personalentgelte

### Zu Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

#### Nr. 12a, b

#### § 15 Absatz 2 und 2a (neu) KHEntgG: Laufzeit

#### Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einführung des Pflegebudgets sollen auch die tagesbezogenen Entgelte, die zukünftig zur Abzahlung des Pflegebudgets erhoben und gezahlt werden, grundsätzlich vom Beginn des neuen Vereinbarungszeitraums an erhoben werden.

Für den Fall, dass die Vertragsparteien vor Ort nach der Bereinigung der Bewertungsrelationen für die DRG-Fallpauschalen um die Kosten für das Pflegepersonal 2020 noch kein Pflegebudget vereinbart haben, sollen die dadurch von den vereinbarten Entgelten abweichenden Mehr- oder Mindererlöse, im Vereinbarungszeitraum durch Zu- oder Abschläge ausgeglichen werden.

#### Bewertung

Die Innungskrankenkassen lehnen die vorgesehene Regelung kategorisch ab. Diese Regelung würde zur Minderung des Einigungswillens bei der Verhandlern beitragen und damit das Selbstverwaltungshandeln entwerten.

#### Änderungsvorschlag

Streichen.

## **Pflegeberatung**

### **Zu Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

#### **Nr. 4; 15b**

**§ 37 Absatz 4 und 5 SGB XI: Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen**  
**§ 106a SGB XI :Mitteilungspflichten**

### **Zu Artikel 11 (Weitere Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)**

#### **Nr. 4**

**§ 37 Absatz 3 SGB XI: Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Mitteilungen an die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen über die Ergebnisse des Beratungsbesuchs bedürfen grundsätzlich der Einwilligung des Pflegebedürftigen. Sollte die Einwilligung der pflegebedürftigen Person nicht vorliegen, jedoch nach Einschätzung der Beratungsperson eine weitergehende Beratung angezeigt sein, darf die Beratungsstelle nur diese Einschätzung der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen mitteilen, welche bzw. welches dann eine entsprechende Beratung anzubieten hat.

### **Bewertung**

Die Innungskrankenkassen bewerten die Regelung als rechtlich schwierig. Ob auf diesem Weg das Wohl des Pflegebedürftigen sichergestellt werden kann, erscheint fraglich. Es ist zudem zu bedenken, dass der zur Beratung zugelassenen Pflegeeinrichtung durchaus ein Interesse an der pflegerischen Versorgung der zu prüfenden Fälle unterstellt werden kann.

### **Änderungsvorschlag**

Prüfen.