



Verband der Privaten  
Krankenversicherung

## Stellungnahme

zum

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit  
**Entwurf eines Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetzes**

29. Juni 2018

- Das Ziel einer Verbesserung der Arbeitssituation von Pflegekräften und der Versorgung von Pflegebedürftigen ist richtig – die vorgeschlagenen Finanzierungsinstrumente sind durchweg verfehlt: die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen durch die Versichertengemeinschaft; wettbewerbliche Fehlanreize durch den Bruch mit der leistungsorientierten Vergütung des Einzelfalls; gleichmäßig wirkende Förderinstrumente für Pflegeeinrichtungen bei bestehender Intransparenz von Qualitätsunterschieden.
- Aus der spezifischen Sicht der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) ist es rechtlich wie systematisch inakzeptabel, dass der Referentenentwurf die privaten Versicherungsunternehmen verpflichten will, von ihren Versicherten Beiträge für Leistungen einzuziehen, die ihr Versicherungsvertrag nicht vorsieht, und diese Versichertengelder an den Ausgleichsfonds der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) weiterzuleiten. Diese Einbeziehung der PPV in das Finanzausgleichssystem der SPV widerspricht zudem der gesetzgeberischen Grundentscheidung für ein duales System.
- Auf freiwilliger Basis ist die PPV indes bereit, sich im angemessenen Umfang an den Maßnahmen des Pflege-Sofortprogramms zu beteiligen.

## I. Grundsätzliche Bewertung

Der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) unterstützt das Ziel des Referentenentwurfs, den Alltag von Pflegekräften und die Versorgung von Pflegebedürftigen durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen zu verbessern. Er hält indes die Finanzierungsinstrumente des Referentenentwurfs durchweg für verfehlt: zum einen setzen sie den ordnungspolitisch fragwürdigen Trend der vergangenen Legislaturperiode fort, versicherungsfremde Leistungen über die Solidargemeinschaft der Beitragszahler finanzieren zu lassen. Zum anderen setzen sie wettbewerbliche Fehlanreize, indem sie mit der leistungsorientierten Vergütung des Einzelfalls brechen und Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen ermöglichen, Investitionskosten für Personal und Technik direkt an die Kranken- und Pflegeversicherung weiterzureichen bzw. ihr gesondert in Rechnung zu stellen.

Diese zusätzliche Belastung der Beitragszahler ist auch mit Blick auf ihren politischen Kontext nicht zu rechtfertigen, hat doch das Bundesgesundheitsministerium die Öffentlichkeit am 13. Juni 2018 informiert, dass allein das Pflegereformwerk der vergangenen Wahlperiode weitere Beitragserhöhungen nach sich ziehen wird. Schon angesichts der sich anbahnenden Gefährdung der wirtschaftspolitisch bedeutsamen Sozialabgabenquotengrenze von 40 % lässt sich ein weiteres Mehrausgabenprogramm zu Lasten der Beitragszahler nicht begründen. Ebenso bedenklich ist die Ausweitung von Zahlungsverpflichtungen der umlagefinanzierten Sozialversicherung angesichts des demografischen Wandels: der Referentenentwurf würde zu einer weiteren impliziten Verschuldung der Sozialversicherung zu Lasten der jüngeren Generationen führen.

Weiterhin ist an den geplanten Fördermaßnahmen ordnungspolitisch fragwürdig, dass sie Pflegeeinrichtungen begünstigen, die bisher keine oder geringe Investitionen getätigt haben, während Mitbewerber solche Kosten über den Preis refinanzieren mussten. Mit Blick auf die Pflege ist dies umso bedenklicher, solange es keine Transparenz über die erheblichen Qualitätsunterschiede von Pflegeeinrichtungen gibt.

Aus der spezifischen Sicht der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) ist es rechtlich wie systematisch inakzeptabel, dass der Referentenentwurf die privaten Versicherungsunternehmen verpflichten will, von ihren Versicherten Beiträge für Leistungen einzuziehen, die ihr Versicherungsvertrag nicht vorsieht, und diese Versichertengelder an den Ausgleichsfonds der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) weiterzuleiten. Diese Einbeziehung der PPV in das Finanzausgleichssystem der SPV widerspricht zudem der gesetzgeberischen Grundentscheidung für ein duales System. Zwar gibt es auch heute schon vergleichbare Sachverhalte (§ 45c SGB XI), sie sind aber vergleichsweise geringfügig. Die außergewöhnliche Quantität der erwünschten finanziellen Beteiligung verändert die Qualität dieses Finanzierungsinstrumentes in Richtung eines Finanzierungsverbundes. Gegen die im Gesetzentwurf vorgesehene Überweisung von 44 Mio. Euro an den Ausgleichsfonds der SPV für die Einstellung zusätzlicher Pflegekräfte spricht zudem, dass der PKV-Verband hiermit eine bedarfsunabhängige

Zahlung leisten würde, ohne Verwendungssicherheit, dass die entsprechenden Stellen überhaupt geschaffen werden. Rückzahlungen nicht verwendeter Mittel sieht der Gesetzentwurf nicht vor, und selbst wenn dies geregelt wäre, würde die gesamte Transaktion mit Zinsverlusten einhergehen.

Inkohärent ist schließlich der für die PPV vorgesehene Beteiligungsschlüssel an den Maßnahmen in den Pflegeeinrichtungen, der je nach Maßnahme bei 7 % oder 10 % liegt. Da es sich um ein Pflegesofortprogramm handelt, das den Pflegebedürftigen zugutekommt, sollte der Anteil der privatversicherten Pflegebedürftigen an allen Pflegebedürftigen der Maßstab sein.

Vor diesem Hintergrund schlägt der PKV-Verband eine Überarbeitung des Referentenentwurfs nach folgenden Eckpunkten vor:

1. Soweit der Gesetzentwurf gesamtgesellschaftliche Aufgaben lösen will, wie z.B. die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf durch eine entsprechende familienfreundliche Infrastruktur in Pflegeeinrichtungen, sind diese über Steuermittel zu finanzieren.
2. Alle Fördermaßnahmen, die zumindest indirekt mit dem Leistungsversprechen der Kranken- und der Pflegeversicherung verbunden sind, wie z.B. die Einstellung von Pflegekräften, sollten durch entsprechende Zuschläge auf die Pflegeentgelte refinanziert oder in die DRG eingepreist werden. Eine Finanzierung über den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung oder ihre Ausgliederung in ein Pflege-Budget ist ein Bruch mit der leistungsorientierten Vergütung und schwächt den Wettbewerb.
3. Im Einklang mit den gesetzlichen Regelungen zum Krankenhausstrukturfonds, zum Innovationsfonds oder zum Präventionsgesetz kann die finanzielle Beteiligung der PKV an den hier vorgesehenen Maßnahmen, die allesamt nicht zu den versicherten Leistungen zählen, nur freiwillig sein. Unter dieser Bedingung ist die PKV mit Blick auf eine faire Lastenverteilung zwischen GKV und PKV sowie SPV und PPV bereit, sich finanziell am Pflege-Sofortprogramm finanziell zu beteiligen. Der PKV-Verband würde dann administrativ alles Erforderliche tun, seine freiwillige finanzielle Beteiligung und seine Mitwirkung am Sofortprogramm für alle Beteiligten unbürokratisch zu gestalten.
4. Die freiwillige Beteiligung sollte sich bei allen Maßnahmen in den Pflegeeinrichtungen an dem Anteil der Privatversicherten an den Pflegebedürftigen orientieren, also 7 %.
5. Für die Beteiligung der PKV an den Maßnahmen im Pflegebereich ist es unabdingbar, dass der Gesetzgeber für die PPV ein umfassendes, sämtliche Kalkulationsgrundlagen berücksichtigendes Sonderanpassungsrecht für die Beiträge einräumt.

## II. Erläuterungen und ergänzende Hinweise:

### a) Regelungen für die Stärkung der Pflege in Pflegeeinrichtungen

#### **1) Ergänzungsbedarf: Sonderanpassungsrecht für die Beiträge in der Privaten Pflegepflichtversicherung**

Bleibt es bei der Beitragsfinanzierung, kommen mit der Verwirklichung des Gesetzgebungsvorhabens auf die Private Pflegepflichtversicherung (PPV) Mehraufwendungen in einem Umfang von ca. 6,5 % der bisherigen Leistungsausgaben zu, die bislang nicht in den Prämien einkalkuliert sind. Ohne eine Beitragsanpassung droht eine aufsichtsrechtlich problematische Unterfinanzierung der Tarife der PPV. Eine solche Größenordnung an Mehraufwendungen kann auch nicht durch die in den übrigen Rechnungsgrundlagen vorhandenen Sicherheiten vorfinanziert werden. Die geltenden Regelungen zur Beitragsanpassung in der Privaten Krankenversicherung (PKV), die auch für die PPV gelten, sind zugeschnitten auf eine reguläre Entwicklung von Versicherungsleistungen und der übrigen Rechnungsgrundlagen. Durch gesetzliche Regelungen neu begründete Aufwendungen wie die durch das geplante Pflegepersonalstärkungsgesetz werden systematisch nicht erfasst. Der Aufwand kann auch kalkulatorisch nicht vorab erfasst werden.

Nach geltenden allgemeinen Regeln würde die finanzielle Mehrbelastung zum 1. Januar 2019 nur von einem Teil der Versicherten der PPV getragen, da für die übrigen Versicherten die Voraussetzungen für eine Beitragsanpassung derzeit nicht vorliegen. Die Situation ist insoweit vergleichbar mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs durch das PSG II. § 143 SGB XI sah hier ebenfalls ein Sonderanpassungsrecht vor. Um eine gleichmäßige Belastung der allen Versicherten zugutekommenden Maßnahmen zu ermöglichen und um sprunghafte Nachholeffekte bei einzelnen Versicherten zu vermeiden, ist es daher erforderlich, dass die Unternehmen der PPV den finanziellen Mehraufwand aus dem Sofortprogramm aufgrund eines gesetzlichen Sonderanpassungsrechts mit Zustimmung des mathematischen Treuhänders im Rahmen einer Beitragsanpassung sofort einkalkulieren können.

Das Sonderanpassungsrecht ist dabei so auszugestalten, dass sämtliche Rechnungsgrundlagen angepasst werden können, um sozialpolitisch und im Hinblick auf die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsverträge nicht mehr vertretbare Beitragssteigerungen aufgrund von Nachholeffekten in einzelnen Rechnungsgrundlagen zu vermeiden.

#### **2) zu § 37 Abs. 2a SGB V i.V.m. § 8 Abs. 6 und 9 SGB XI**

Vorgeschlagene Regelung:

Mit der vorgeschlagenen Regelung sollen vollstationäre Pflegeeinrichtungen als Ergänzung zur Pflegevergütung auf Antrag einen Vergütungszuschlag zur Unterstützung der Leistungserbringung der medizinischen Behandlungspflege erhalten. Mit diesen Mitteln sollen ca.

13.000 neue Pflegepersonalstellen finanziert werden. Die PPV soll sich mit 44 Millionen Euro pro Jahr an den Kosten beteiligen. Die Mittel der GKV und der PPV sollen vom Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung verwaltet werden.

Bewertung:

Eine verpflichtende Beteiligung der PPV ist grundsätzlich nicht akzeptabel (s.o.). Eine freiwillige Beteiligung in Verbindung mit einer Administration über den SPV-Ausgleichsfonds wäre nur denkbar, wenn die PPV die Entscheidungen über die Mittelverwendung nachvollziehen könnte und ggf. zu viel gezahlte Mittel zurückerhielte.

Sachgerechter indes wäre das Finanzierungsinstrument eines Zuschlags auf den Pflegesatz. Das Muster dafür wäre § 43b SGB XI. Die vollstationären Pflegeeinrichtungen würden die zusätzlichen Pflegekräfte einstellen und dafür analog § 84 Absatz 8 SGB XI Vergütungszuschläge erheben, die von der Pflegekasse zu tragen „und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes“ zu erstatten sind. Damit würden die Pflegeeinrichtungen ihre neuen Stellen über die Zuschläge refinanzieren. Die SPV würde diese erhöhte Rechnung durch die Pflegekassen über den Ausgleichsfonds begleichen. In der PPV würden die Versicherungsunternehmen die Rechnung bezahlen.

### **3) zu §§ 8 Abs. 8 und 9 SGB XI**

Vorgeschlagene Regelung:

In den Jahren 2019 bis 2021 soll ein einmaliger Zuschuss für Einrichtungen der ambulanten und stationären Pflege zur Entlastung der Pflegekräfte durch digitale Anwendungen bereitgestellt. Durch eine Anteilsfinanzierung von 40 % können maximal 12.000 Euro pro Einrichtung gefördert werden. GKV-Spitzenverband und PKV-Verband sollen bis zum 31. März 2019 Richtlinien über die Voraussetzungen und zu dem Verfahren der Gewährung des Zuschusses beschließen. Die Landesverbände der Pflegekassen haben die sachgerechte Verteilung der Mittel sicherzustellen; diese führen auch die Bearbeitung der Anträge durch. Die PPV soll sich an diesen Kosten mit einem Anteil von 10 % zu beteiligen.

Bewertung:

Mit Blick auf den Anteil an den Pflegebedürftigen sollte die Beteiligungsquote der PPV grundsätzlich bei 7 % liegen.

Für die Digitalisierung gilt indes das, was in der Vergangenheit schon für Innovationen wie den Rechtsanspruch auf Pflegeberatung galt. Hier sollte es genug Raum für den Ideenwettbewerb der Systeme geben. Dazu sollte die PPV thematisch eigene Schwerpunkte setzen und Projekte im Sinne des Sofortprogramms durchführen können. Im Einklang mit den Zielen des Sofortprogramms wäre denkbar:

- Die finanzielle Förderung der Digitalisierung von Leistungsabrechnungen. Die Anwendungen sollen den Pflegeeinrichtungen die Direktabrechnung ermöglichen, möglichst unter Einbeziehung der Beihilfe.

- Förderung digitaler Angebote der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Mitarbeitenden in Pflegeeinrichtungen. Anbieter könnten entweder etablierte Schulen sein oder es würden eigene Angebote durch die Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) oder den Prüfdienst der PKV entwickelt.
- Schließlich könnte die PPV in strukturschwachen Gebieten die hausärztliche Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen durch eine Anschubfinanzierung für eine telemedizinische Infrastruktur unterstützen. Dazu würden wir regionale Netzwerke der Hausärzte und Pflegeeinrichtungen einbinden. Auch hierfür findet sich eine Anknüpfung in den Eckpunkten.

#### **4) zu § 37 Abs. 4 und 5 SGB XI**

Vorgeschlagene Regelung:

Es soll sichergestellt werden, dass durch die zuständige Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen weitergehende Beratung angeboten wird, sofern das nach Überzeugung der Beratungsperson angezeigt ist. Ferner soll die Qualität der Beratungseinsätze gestärkt werden.

Bewertung:

Beide Regelungen sind zu begrüßen. Die Verknüpfung der Beratungseinsätze mit der Möglichkeit, weitergehende Beratung anzubieten, stärkt den Charakter der Beratungseinsätze als Kontaktpunkt, um Verbesserungsmöglichkeiten der Pflegesituation zu identifizieren und durch weitergehende Beratung in die Wege zu leiten. Fraglich scheint allerdings, ob diese ausreicht, um dieses Ziel auch in den Fällen umzusetzen, wo heute weitergehende Beratungsangebote gemäß § 7a SGB XI oder § 45 SGB XI nicht angeboten werden.

#### **5) zu § 37 Abs. 3 Satz 5 SGB XI**

Vorgeschlagene Regelung:

Die Höhe der Vergütung der Beratungseinsätze soll einrichtungsindividuell für Pflegedienste bzw. beauftragte Pflegefachkräfte erfolgen. Die Höhe der Vergütung anerkannter Beratungsstellen und von Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften wird ab dem Jahr 2021 durch die Verbände der Pflegekassen verbindlich für die Dauer eines Jahres festgelegt.

Bewertung:

Diese Regelung ermöglicht eine Anhebung der Vergütung im Zusammenhang mit der vorgesehenen Stärkung der Qualität der Beratungseinsätze. Zugleich führt diese Regelung zu unterschiedlichen Vergütungen.

Die Pflegepflichtversicherung beinhaltet drei Beratungsformate:

- Die individuelle Beratung und Hilfestellung nach § 7a SGB XI zur Unterstützung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen und Hilfsangeboten. Die Inanspruchnahme ist freiwillig und soll möglichst in der Häuslichkeit erfolgen.
- Die Qualitätssicherungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI. Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegfachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Die Inanspruchnahme ist für Pflegegeldempfänger ab Pflegegrad 2 Pflicht und erfolgt in der Häuslichkeit.
- Schulungskurse für pflegende Angehörige nach § 45 SGB XI. Pflege und Betreuung soll erleichtert, Belastungen sollen gemindert werden. Die Inanspruchnahme ist freiwillig und kann auch in der Häuslichkeit erfolgen.

Die drei Beratungsformen wurden zu unterschiedlichen Zeitpunkten mit unterschiedlicher Zielrichtung gesetzlich verankert und weisen diverse Überschneidungen auf. Die vorgesehene Neuregelung § 37 Abs. 4 und 5 SGB XI zielt auf eine Verbesserung der Verzahnung der Beratungsformate.

Die PKV erbringt durch ihre Tochterunternehmen alle drei Beratungsformen. Die Beratungseinsätze gemäß § 37 Abs. 3 sind durch ihren Pflichtcharakter in der Häuslichkeit ein geeigneter Kontaktpunkt, um Verbesserungsmöglichkeiten in der Pflegesituation aufzuzeigen. Die Erfahrung zeigt aber, dass die Qualitätssicherungsbesuche nach § 37 Abs. 3 meistens in ihrer vorgegebenen Häufigkeit nicht notwendig sind. Pflegegeldempfänger fühlen sich durch die Beratung nach 37.3 einer Kontrollpflicht unterzogen, die sie nicht nachvollziehen. Hierunter fallen insbesondere auch Familien, die pflegebedürftige Kinder haben. Sie sind in der Regel sehr gut informiert, über Kindergarten und Schule in Kontakt mit Professionellen, die eine etwaige Vernachlässigungen feststellen würden und ohnehin melden müssten. Das trifft aber auch für ältere Pflegebedürftige zu, die sich z.B. durch den Besuch des Hausarztes in professioneller Kontrolle befinden. Auf Seiten der Leistungserbringer werden durch die Beratungseinsätze in ihrer hohen Zahl umfangreiche Ressourcen von Pflegekräften eingesetzt. Auf Seiten der Kostenträger fallen umfangreiche Ressourcen für die Verwaltung der Beratungseinsätze an. Auf der anderen Seite sind die Meldungen von Situationen, in denen die Pflege nicht sichergestellt ist, sehr gering. Und wenn solche Fälle auftreten, ist der Handlungsrahmen bei nicht sichergestellter Pflege sehr begrenzt.

Deshalb sollte die Zielsetzung der Beratungseinsätze gemäß § 37 Abs. 3 grundsätzlich weiter geschärft werden (Kontrolle der Mittelverwendung, Kontrolle der Sicherstellung der Pflege, früh an Menschen herankommen und weiteren Beratungsbedarf erkennen etc.). Je nach Ziel sollte der beste Weg zur Zielerreichung definiert werden anhand von Kriterien ggf. für verschiedene Gruppen (z.B. pflegebedürftige Kinder und Jugendliche) und nicht wie heute ausschließlich nach Pflegegrad. Dies bezieht sich auf die Durchführung als solche und auf den Rhythmus.

Eine mögliche Anhebung der Vergütung setzt vor diesem Hintergrund für eine Fortführung des Status Quo, die zu einem späteren Zeitpunkt eine mögliche zielgerichtete Reduktion der Beratungseinsätze erschweren kann.

Ferner birgt die Abwendung von einem einheitlichen Vergütungsbetrag für die Beratungseinsätze die Gefahr, dass die Klienten hier wieder Orientierung brauchen (nicht verbraucherfreundlich), welcher Anbieter welche Leistung zu welchem Preis bietet. Auf Kostenträgerseite könnte eine unterschiedliche Vergütung dazu führen, dass den Versicherten empfohlen wird, den Besuch bei einem „kostengünstigeren“ Leistungserbringer abzurufen.

Vor diesem Hintergrund sind eine Anhebung zum jetzigen Zeitpunkt und eine Differenzierung grundsätzlich nicht zielführend. Vielmehr sollten zunächst die Zielsetzung und die Optimierung der Zielerreichung grundsätzlich geprüft werden.

## **b) Regelungen für die Stärkung der Pflege in Krankenhäusern**

### **1) zu § 17b Abs. 4 KHG**

Vorgeschlagene Regelung:

Mit dieser Neuregelung sollen die Pflegepersonalkosten aus den Krankenhaus-Fallpauschalen (DRG) ausgegliedert werden.

Bewertung:

Die Herauslösung der Pflegepersonalkosten im Krankenhaus aus dem DRG-System und die vollständige Finanzierung von zusätzlichen oder aufgestockten Pflegestellen sowie von Personalmehrkosten stellt eine Abkehr von dem Prinzip eines leistungsorientierten Vergütungssystems, in dem gleiche Krankenhausleistungen gleich bezahlt werden, dar. Der Anreiz für eine effiziente Krankenhausorganisation vermindert sich hierdurch. Für die PKV wie auch andere Kostenträger ist eine selbstkostenbasierte Vergütung im Bereich der Pflege mit erheblichen Mehrausgaben verbunden. An den eigentlichen Ursachen des Pflegepersonalproblems wird eine solche Umstellung der Vergütung indes nichts ändern. Denn die in der Vergangenheit zu konstatierende Stärkung bestimmter Krankenhausbereiche zu Lasten der Pflege ist nicht auf das DRG-System zurückzuführen, sondern auf das Kernproblem der Überkapazitäten bei den Krankenhausbetten und einer schon seit Jahren beanstandeten unzureichenden Investitionsfinanzierung durch die Länder.

Wie im Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen „Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern: Gründe und Reformoptionen“ vom April 2018 erneut bestätigt, kompensieren die Krankenhäuser die unzulängliche Investitionsfinanzierung der Länder dadurch, dass sie sich die fehlenden Investitionsmittel durch



eine Ausdehnung der Leistungsmenge verschaffen. Diese Entwicklung, verbunden mit Bettenüberkapazitäten im Krankenhausbereich, führt dazu, dass Pflegepersonal falsch gebunden wird und sich hierdurch ein negatives Pflegekraft-Betreuungsverhältnis eingestellt hat. Es sollte sich folglich darauf konzentriert werden, eine sinnvolle Strukturverbesserung in der Krankenhauslandschaft vorzunehmen und den Krankenhäusern seitens der Länder die benötigten Investitionsmittel zu Verfügung zu stellen, dann dürfte sich ggf. ergänzend mit sinnvollen Umstrukturierungen innerhalb des DRG-Systems ein besseres Betreuungsverhältnis einstellen. Einer mit erheblichen Mehrbelastungen für die Kostenträger bzw. Beitragszahler verbundenen Herauslösung der Pflegekosten aus dem DRG-System bedarf es dagegen schlicht nicht. Im Gegenteil kann dieser Schritt die Flexibilität der Krankenhäuser und die Einführung zukunftsweisender personalsparender Prozessinnovationen im Krankenhaus hemmen.

## **2) zu § 17a Abs. 1 KHG**

Vorgeschlagene Regelung:

Der vorliegende Entwurf des § 17a Abs. 1 KHG sieht vor, dass sämtliche tarifvertraglichen Ausbildungsvergütungen für alle in § 2 Nr. 1a KHG genannten Gesundheitsberufe durch die Kostenträger finanziert werden sollen, selbst wenn die betreffenden Berufsgesetze keine Ausbildungsvergütung regeln. Überdies soll in der Krankenpflege im ersten Ausbildungsjahr eine vollständige und nicht – wie bisher – nur anteilige Refinanzierung erfolgen.

Bewertung:

Bisher ist es so, dass in den Berufsgesetzen zur Krankenpflege und zur Hebamme / Entbindungspfleger geregelt ist, dass den Auszubildenden eine (angemessene) Ausbildungsvergütung zu gewähren ist (vgl. § 12 KrPflG und ab 2020 § 19 PflBG sowie § 15 HebG). Auf dieser gesetzlichen Basis haben die Selbstverwaltungspartner (GKV-SV, PKV und DKG) in einer Rahmenvereinbarung gem. § 17a Abs. 2 S. 1 Nr. 1 KHG von 2009 die Finanzierung der Kosten der Ausbildungsvergütungen in diesen Gesundheitsberufen geregelt, wobei im Bereich der Krankenpflege bereits ab dem 1. Ausbildungsjahr eine Anrechnung für die Entlastung voll ausgebildeter Pflegekräfte mit einem bestimmten Schlüssel erfolgt (sog. Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen). Hinsichtlich der anderen in § 2 Nr. 1a KHG aufgeführten Gesundheitsberufe in Krankenhäusern (Physiotherapeut, Ergotherapeut, MTA u.a.) erfolgt keine Finanzierung etwaiger Ausbildungsvergütungen.

Die Neuregelung im § 17a KHG zur Ausweitung der Ausbildungsfinanzierung ist aus folgenden Gründen problematisch:

- In den jeweiligen Berufsgesetzen sollte zunächst eine eindeutige unabdingbare Verpflichtung zur Zahlung angemessener Ausbildungsvergütungen normiert werden. Diese wesentliche Grundentscheidung ist durch den Gesetzgeber zu treffen.

- Ebenso muss klargestellt werden, dass von den Kosten für Ausbildungsvergütungen diejenigen Aufwendungen abzuziehen sind, die das Krankenhaus erspart, weil es infolge der Tätigkeit der Auszubildenden im Rahmen der praktischen Ausbildung im Krankenhaus weniger voll ausgebildetes Personal beschäftigen muss (Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen). Entsprechende Anrechnungsschlüssel müssen durch die Selbstverwaltungspartner in einer Rahmenvereinbarung oder ggf. durch die Schiedsstelle gemäß der in § 17a Abs. 2 S. 1 Nr. 1 KHG normierten Zuweisung festgelegt werden. Ver.di hat selber in seinen Veröffentlichungen stets auf die hohen Praxisanteile der Auszubildenden im Krankenhaus hingewiesen. In der Krankenpflege bestehen zudem auch bereits im ersten Ausbildungsjahr Wertschöpfungsanteile der Auszubildenden, die es rechtfertigen, dass Ausbildungsvergütungen nicht vollständig refinanziert werden.
- Es muss insgesamt gesetzlich ausgeschlossen werden, dass Tarifpartner zu Lasten der Kostenträger unangemessene Ausbildungsvergütungen vereinbaren können und die Kosten der Krankenhäuser durch Ausbildungszuschläge der Versicherer überkompensiert werden.

### **3) zu § 17c Abs. 5 KHG i.V.m. § 301 Abs. 2a SGB V**

Vorgeschlagene Regelung:

Die Krankenkassen werden in § 301 Abs. 2a SGB V gesetzlich verpflichtet, den Krankenhäusern nach Aufnahmeanzeige unverzüglich einen bestehenden Pflegegrad im Wege der elektronischen Datenübertragung zu übermitteln. Für die PKV-Unternehmen soll in einem neu angefügten Satz in § 17c Abs. 5 KHG vorgesehen werden, dass diese die Pflegegrade ebenfalls unverzüglich im Wege des DFÜ-Verfahrens an die Krankenhäuser übermitteln sollen, wenn der Patient hierin einwilligt.

Bewertung:

Im Fallpauschalen-Katalog 2018 wurden die beiden Zusatzentgelte ZE162 und ZE163, die bei Pflegebedürftigkeit ab Grad 3 und einer Verweildauer von mindestens 5 Tagen im Zusammenhang mit einer im Anhang 1 des Fallpauschalen-Katalogs enthaltenen DRG eine zusätzliche Vergütung für den erhöhten Pflegeaufwand ermöglichen, neu eingeführt. Um das Zusatzentgelt korrekt abrechnen zu können, muss das Krankenhaus über einen bestehenden Pflegegrad 3 bis 5 in Kenntnis gesetzt werden. Damit die entsprechenden Informationen der Patienten bzw. Angehörigen belastbar und fehlerfrei sind, ist das geplante Vorhaben grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings sind für den Bereich der PKV folgende Besonderheiten zu berücksichtigen:

- Anders als in der GKV nehmen in der PKV nicht alle Krankenhäuser an einer Direktabrechnung mittels DFÜ-Verfahren teil und der Patient muss stets schriftlich in die

elektronische Übermittlung personenbezogener Rechnungsdaten einschließlich der Pflegegrade einwilligen, was er nicht immer tut.

- Zudem sind bei den PKV-Unternehmen Kranken- und Pflegeversicherung nicht immer organisatorisch unter einem Dach, wie dies im GKV-Bereich der Fall ist, sondern der Pflegebereich ist mitunter in verbundene Unternehmen ausgegliedert. Überdies kommt es auch vor, dass der Versicherte mit der Pflegeversicherung bei einem anderen Unternehmen versichert ist. Das hat zur Folge, dass ein PKV-Unternehmen nicht durchgehend Pflegegrade mittels des DFÜ-Verfahrens übermitteln könnte.