

**Stellungnahme des
AOK-Bundesverbandes
zur Anhörung des Bundesministerium für
Gesundheit
am 11.07.2018**

**Zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung des
Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz –
PpSG) vom 25.6.2018**

Stand 06.07.2018

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Tel. 030/ 3 46 46 - 2299
Fax 030/ 3 46 46 - 2322



Inhaltsverzeichnis:

I. Zusammenfassung	- 5 -
II. Stellungnahme zu Regelungen des Referentenentwurfs	- 9 -
Artikel 1 Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	- 9 -
Nr. 1 § 12a KHG Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019 („Krankenhausstrukturfonds“)	- 9 -
Nr. 2a) § 14 KHG Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019 („Krankenhausstrukturfonds“)	- 13 -
Nr. 2 b) § 14 KHG Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019 („Krankenhausstrukturfonds“)	- 14 -
Nr. 3 § 17b Abs. 3 KHG Streichung von Bezugnahmen	- 15 -
Nr. 4 § 17c Abs. 5 KHG Prüfung von Abrechnungen von Pflegesätzen, Schlichtungsausschuss.....	- 16 -
Nr. 5 § 18 Abs. 3 KHG Folgeänderung zur Einführung einer gesonderten Pflegepersonalkostenvergütung	- 17 -
Nr. 6 § 28 KHG Änderung zur Berücksichtigung der Einführung von Pflegeentgelten	- 18 -
Artikel 2 Weitere Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	- 19 -
Nr. 1 § 17a KHG Bundesgesetzliche Klarstellung des Umfangs der Refinanzierungsverpflichtung der GKV bzgl. der Ausbildungskosten nach § 17a KHG.....	- 19 -
Nr. 2 § 17b KHG Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser.....	- 22 -
Artikel 3 Weitere Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	- 24 -
§ 17a Absatz 1 KHG Refinanzierung der Ausbildungsvergütungen in den Ausbildungsberufen der Pflege im ersten Jahr der Ausbildung durch die Kostenträger ab 2019.....	- 24 -
Artikel 4 Änderungen der Bundespflegesatzverordnung	- 25 -
Nr. 1 § 3 Abs. 4 BPfIV Änderung der zu berücksichtigenden Tariferhöhungen in der Psychiatrie	- 25 -
Nr. 2 a, b § 11 BPfIV Rückzahlung nicht zweckentsprechend verwendeter Mittel.....	- 26 -
Artikel 5 Änderungen der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung	- 27 -
Nr. 3 § 11 Teil 2 Förderung nach § 12a KHG - Förderungsfähige Vorhaben .	- 27 -
Nr. 3 § 12 Förderungsfähige Kosten, §13 Verwaltungsaufgaben, § 14 Antragstellung, § 15 Anwendbare Vorschriften.....	- 29 -
Artikel 6 Änderungen des Infektionsschutzgesetzes	- 30 -
Nr. 1 § 36 Infektionsschutzgesetz.....	- 30 -
Artikel 7 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	- 32 -
Nr. 1 bis 3 §§ 20, 20b, 20d SGB V Primäre Prävention und Gesundheitsförderung.....	- 32 -

Nr. 4 § 37 Absatz 2a SGB V Häusliche Krankenpflege in Verbindung mit Artikel 10 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch Nr. 2 § 8 Absätze 6 und 9 Satz 2f. SGB XI.....	- 34 -
Nr. 5 § 40 Abs. 2 Satz 1 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation-	38 -
Nr. 6 § 87 Abs.2a Satz 17 bis 20 SGB V Ausweitung der Videoonlinesprechstunde.....	- 39 -
Nr. 7 a), 7 b) und 7c § 119b SGB V Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen	- 40 -
Nr. 8 § 132a SGB V Versorgung mit häuslicher Krankenpflege in Verbindung mit Artikel 10 Nr. 14 § 89 SGB XI.....	- 41 -
Nr. 9 § 137i SGB V Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern.....	- 43 -
Nr. 11 § 271 SGB V Beteiligung des Bundes an Aufwendungen.....	- 44 -
Nr. 12 § 301 SGB V Absatz 2a und 3 Krankenhäuser	- 45 -
Artikel 8 Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes	- 47 -
Nr. 1 § 3 KHEntgG Grundlagen.....	- 47 -
Nr. 2c § 4 KHEntgG Regelungen zur Vereinbarung von zusätzlichen Leistungen im Erlösbudget ab dem Jahr 2017	- 48 -
Nr. 2e, f § 4 KHEntgG Vereinbarung eines Erlösbudgets	- 53 -
Nr. 2g § 4 KHEntgG Vereinbarung eines Erlösbudgets	- 55 -
Nr. 3 § 6 KHEntgG Vereinbarung sonstiger Entgelte	- 56 -
Nr. 4 § 6a KHEntgG Vereinbarung eines Pflegebudgets	- 57 -
Nr. 5 § 7 KHEntgG Entgeltarten und Abrechnung	- 61 -
Nr. 6 § 8 KHEntgG Berechnung der Entgelte	- 62 -
Nr. 7 § 9 KHEntgG Vereinbarung auf Bundesebene.....	- 64 -
Nr. 8 § 10 KHEntgG Vereinbarung auf Landesebene	- 66 -
Nr. 9 § 11 KHEntgG Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus.....	- 68 -
Nr. 10 § 12 KHEntgG Vorläufige Vereinbarung	- 69 -
Nr. 11 § 14 KHEntgG Genehmigung	- 70 -
Nr. 12 § 15 KHEntgG Laufzeit	- 71 -
Nr. 13 §21 KHEntgG Übermittlung und Nutzung von Daten	- 72 -
Artikel 9 Weitere Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes	- 74 -
Nr. 1 § 6 KHG Vereinbarung sonstiger Entgelte	- 74 -
Nr. 2 § 9 KHG Vereinbarung auf Bundesebene.....	- 75 -
Nr. 3 § 10 KHG Vereinbarung auf Landesebene	- 76 -
Artikel 10 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch	- 78 -
Nr. 2 § 8 Absatz 5 SGB XI Gemeinsame Verantwortung.....	- 78 -
Nr. 2 § 8 Absatz 7 und Absatz 9 Satz 1 SGB XI SGB XI Förderung von Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf von Pflegeeinrichtungen.....	- 79 -
Nr. 2 § 8 Absatz 8 SGB XI Gemeinsame Verantwortung.....	- 81 -
Nr. 2 § 8 Absätze 6 und 9 Satz 2f. SGB XI in Verbindung mit Artikel 7 Nr. 4 § 37 Absatz 2a SGB V Finanzierung 13.000 zusätzlicher Stellen für vollstationäre Pflegeeinrichtungen.....	- 82 -
Nr. 3 § 33 Absatz 1 Satz 3 SGB XI Leistungsvoraussetzungen.....	- 86 -

Nr. 4 § 37 SGB XI Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (Absatz 4-5)	
Nr. 15 § 106a SGB XI Mitteilungspflichten	- 87 -
Nr. 6 § 44 Abs. 5 SGB XI – Leistungen für Pflegepersonen.....	- 89 -
Nr. 7 § 45a Absatz 1 Satz 5 SGB XI Angebote zur Unterstützung im Alltag ..	- 90 -
Nr. 8 § 45b Absatz 2 SGB XI Entlastungsbetrag	- 91 -
Nr. 13 § 78 Abs. 4 SGB XI – Verordnungsermächtigung BMG	- 92 -
Nr. 14 § 89 SGB XI Grundsätze für die Vergütungsregelung.....	- 93 -
Artikel 11 Weitere Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch	- 94 -
Nr. 3 § 30 SGB XI Dynamisierung, Verordnungsermächtigung (Abs. 2) Nr. 4	
§ 37 SGB XI Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen	
(Abs. 3) Nr. 6 § 146 SGB XI Übergangs- und	
Überleitungsregelungen zur Beratung nach § 37 Abs.3	- 94 -
Nr. 7 a) und 7 b) § 119b SGB XI Ambulante Behandlung in stationären	
Pflegeeinrichtungen	- 96 -
Artikel 12 Inkrafttreten	- 98 -
Nr. 2 Inkrafttreten des Gesetzes.....	- 98 -
III. Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes-	99 -
§ 37 Absatz 1 SGB V Häusliche Krankenpflege	- 99 -
§ 105 SGB XI Abrechnung pflegerischer Leistungen und § 302 SGB V	
Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer	- 100 -
§ 7 SGB XI Aufklärung, Auskunft.....	- 101 -
§ 18 Absatz 6 SGB XI Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit...	- 102 -
§ 72a SGB XI: Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag -	
Transparenz zu neuen Wohnformen	- 103 -
§197a SGB V: Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen.....	- 104 -

I. Zusammenfassung

Die von der Bundesregierung ergriffene Initiative, mit einem Gesetz die Arbeitssituation für Pflegekräfte in Krankenhäusern und in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu verbessern, wird begrüßt. Sie reagiert damit auf den Pflegefachkräftemangel, der sich sowohl in Krankenhäusern als auch in der Langzeitpflege seit langem abzeichnet.

Arbeitsmarkt macht Fachkräftemangel deutlich

Nach der aktuellen Fachkräfteengpassanalyse der Bundesagentur für Arbeit dauert eine Wiederbesetzung in der Altenpflege durchschnittlich 170 Tage, in der Fachkrankenpflege 194 Tage und in der Gesundheits- und Krankenpflege 149 Tage. Derzeit sind in der Altenpflege 10.880 und in den Krankenhäusern 6.902 Stellen nicht besetzt.

Bessere Arbeitsbedingungen sind erforderlich

Um die Arbeitssituation der Pflegekräfte schnell und spürbar zu verbessern sollen in einem ersten Schritt die Rahmenbedingungen für eine bessere Personalausstattung sowie für bessere Arbeitsbedingungen geschaffen werden. Hierzu wird avisiert, die hausbezogenen Grenzen des Pflegestellenförderprogramms in der akutstationären Versorgung abzuschaffen und 13.000 Pflegefachkräftestellen in der vollstationären Langzeitpflege durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zu finanzieren. Auch sollen Anreize für Krankenhäuser gesetzt werden, mehr auszubilden.

Bessere Personalausstattung sinnvoll

Eine bessere Personalausstattung ist ein wichtiger Schritt, um der enormen Arbeitsverdichtung entgegenzuwirken. Dies alleine reicht jedoch nicht aus, um die Arbeitssituation in der Pflege zu verbessern. Vielmehr müssen auch begleitend Rahmenbedingungen geschaffen werden, die die Arbeitsbedingungen in der Pflege nachhaltig verbessern. Zentrale Ankerpunkte greift der Referentenentwurf auf.

Selbstkostendeckung kann Herausforderungen in der Zukunft nicht lösen

Mit zeitlich etwas verzögerter Wirkung wird für den akutstationären Sektor die Herauslösung der Vergütung der Pflegekräfte aus den DRGs in Verbindung mit Selbstkostendeckung in Aussicht gestellt. Die Selbstverwaltung soll beauftragt werden, bis zum Jahr 2020 entsprechende Anpassungen bei der Vergütung der Krankenhäuser vorzunehmen – die bisherigen finanziellen Maßnahmen, wie Pflegestellenförderprogramm, Pflegezuschlag und aufwandsabhängige Zusatzentgelte sollen dann abgelöst werden.

Maßgeblich bei der Gestaltung der gesetzlichen Grundlagen muss sein,

- dass die bereitgestellten Finanzmittel auch tatsächlich eine bessere Personalausstattung unterstützen und nicht anderweitige Quersubventionierungen ermöglichen; sie sollten daher ausschließlich zweckgebunden eingesetzt werden.
- dass Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen im Falle einer Vereinbarung auf Grundlage der Bezahlung von Gehältern verpflichtet werden, die entsprechende Bezahlung der Beschäftigten jederzeit einzuhalten. Dies muss gegenüber den Kranken- und Pflegekassen nachgewiesen werden.
- dass bei einer missbräuchlichen Verwendung der Finanzmittel neben der Rückzahlung auch spürbare Konsequenzen, wie z. B. zusätzliche finanzielle Sanktionen, erfolgen müssen.
- dass die Investitionen in Digitalisierung in der Langzeitpflege auch tatsächlich als Entlastung der Pflegekräfte wirksam werden. Dies bedeutet, dass diese Investitionen zwingend für Pflegedokumentation, Vernetzung mit Kooperationspartnern, zur Erhebung von Qualitätsindikatoren und -informationen sowie zur Erleichterung der Abrechnung eingesetzt werden.
- dass bei der Ausgliederung der Pflegekosten aus den DRGs folgende Aspekte berücksichtigt werden, damit sich die Situation der Pflege verbessern kann. Diese sind:
 - Belastbare und nachvollziehbare Nachweise über die Mittelverwendung
 - Kontrolle der Nachweise durch Institutionen, die nicht durch die Krankenhäuser beauftragt und bezahlt werden
 - Enge Definition von Pflege am Bett
 - Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in diesem Gesetz und keine methodisch problematischen Experimente mit Teillösungen bei pflegesensitiven Bereichen
 - Umfassende Festlegung von Personalanhaltszahlen als Korridore für die Begrenzung der Selbstkostendeckung
 - Unmittelbare und wirkungsvolle Konsequenzen bei Nichteinhaltung von Personalzielen
- dass der mit dem KHSG initiierte qualitätsorientierte Strukturwandel in der Krankenhausversorgung durch die Maßnahmen des Sofortprogramms nicht konterkariert wird. Die Fortführung des Strukturfonds ist ein wichtiger Baustein dafür. Inhaltlich ist die Ausdehnung auf die Felder „Ausbildung“ und „Digitalisierung“ nicht geboten, sondern eine stärkere Fokussierung auf die Schließung von nicht bedarfsnotwendigen Krankenhäusern zu legen. Die private Krankenversicherung ist finanziell daran zu beteiligen. Sofern Digitalisierung, Ausbildung und auskömmliche Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser aufgrund zu geringer Landesmittel aus dem Strukturfonds erfolgen sollen, sind die vorgesehenen Mittel zur Zielerreichung zu gering.
- dass neben den Kostenträgern auch die Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen verpflichtet werden, die betriebliche Gesundheitsförderung innerhalb des Unternehmens zu stärken. Das erfordert auch die Bereitschaft in den Einrichtungen und bei den Trägern, Veränderungen mitzugestalten, für die es eine Übergangszeit braucht.

- dass die Entfristung der bundeseinheitlichen gesetzlichen Festlegung zur regelhaften Höhe des Fixkostendegressionsabschlags (FDA) unter den auch in der Begründung genannten Aspekten der Planungssicherheit und der Bürokratieentlastung auf Landesebene erfolgt. Soll aber eine Mengensteuerung, die aus Gründen der Patientensicherheit zwingend geboten ist, auch zukünftig funktionieren, ist ein FDA in Höhe von 45% bei gleichzeitiger Reduktion der Ausnahmen vorzusehen. Eine weitere Absenkung des faktischen FDA führt zur Zielverfehlung.

Klare Aufgaben- und Kostenverantwortung erforderlich

Grundsätzlich ist ordnungspolitisch die Finanzierung der Anschaffung technischer und digitaler Ausstattung und mehr noch die Maßnahmen zur Schaffung besonderer Betreuungsangebote jenseits der üblichen Öffnungszeiten von Kitas über die Beitragszahler der Gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung kritisch zu hinterfragen. Dies sollte Aufgabe der öffentlichen Hand bleiben.

Jede zusätzliche Pflegekraft wird finanziert

Bei dem bisherigen Pflegestellenförderprogramm entfallen die hausbezogenen quantitativen Limitationen und bis zur Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System wird jede neue Pflegekraft am Bett vollständig durch die Krankenkassen bezahlt.

Nachweispflichten sichern Personalentwicklung

Die bisherige Form der Nachweise hat sich nicht bewährt, hier ist insbesondere die Wertigkeit von Wirtschaftsprüferattesten zu hinterfragen. Vor dem Hintergrund der Ausweitung des Pflegestellenförderprogramms sind von den Krankenhäusern unabhängige Prüfinstitutionen (z. B. Landesrechnungshof) zu etablieren. Wünschenswert wäre es, die Nachweispflichten so zu verbessern, um durch vermehrte Transparenz die Missbrauchsmöglichkeiten effektiv bekämpfen zu können.

Vollständige Tarifierfinanzierung

Die bislang gültige hälftige Refinanzierung von Tarifsteigerungen wird künftig im Pflegebereich durch eine vollständige Tarifierfinanzierung ersetzt. Diese Maßnahme wird abgelehnt. Vielmehr ist eine Klarstellung überfällig, die die Mehrfachfinanzierung der Tarifkostensteigerungen im Rahmen der Krankenhausfinanzierungsregelungen ausschließt. In diesem Kontext ist die "Meistbegünstigungsklausel" bei der Landesbasisfallwertberechnung ersatzlos zu streichen und der Orientierungswert als maßgeblich festzulegen.

Ausbildungsplätze in der Pflege

Die gesetzliche Änderung bzgl. der Finanzierung der weiteren Ausbildungsberufe nach KHG (Physiotherapeuten, Diätassistenten, Ergotherapeuten etc.) schafft eine Rechtsgrundlage für die Übernahme der Ausbildungsvergütungen und verschiebt weitere Finanzierungsverpflichtungen der öffentlichen Hand auf die Beitragszahler

der Krankenversicherung. Für die neu aufgenommenen Berufsgruppen sollten perspektivisch die Anrechnungsschlüssel für die Auszubildenden festgelegt werden.

Anreize zur Intensivierung der Ausbildung sind grundsätzlich geboten. Doch ein systematischer Ansatz würde darin bestehen, wenn bei der Finanzierung der Ausbildung auch in Gesundheitsberufen die ansonsten üblichen Regeln der dualen Ausbildung befolgt würden und die Länder die Kosten der schulischen Ausbildung tragen.

Im Folgenden wird zu den Regelungen des Referentenentwurfs im einzelnen Stellung genommen. Darüber hinaus sind in dieser Stellungnahme weitere, ergänzende AOK-Vorschläge aufgenommen.

II. Stellungnahme zu Regelungen des Referentenentwurfs

Artikel 1 Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 1 § 12a KHG Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019 („Krankenhausstrukturfonds“)

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen § 12a wird der durch das Krankenhausstrukturgesetz eingeführte Strukturfonds auf Bundesebene für die Jahre 2019 bis 2022 fortgeschrieben.

Neben dem bisherigen Zweck, strukturverbessernder Maßnahmen der Länder für eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung zu fördern, insbesondere durch den Abbau von Überkapazitäten, der Konzentration von stationären Versorgungsangeboten und Standorten, sowie der Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen, können nun auch folgende Vorhaben eine mögliche Förderung erhalten:

- Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen
- Bildung integrierter Notfallstrukturen
- Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen und Krankenhausverbänden
- Verbesserung der IT-Sicherheit von Krankenhäusern
- Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten für Krankenpflegeberufe

Zur Finanzierung der Vorhaben werden weiterhin jährliche Mittel in Höhe von 500 Mio. Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds bereitgestellt. Insgesamt bis zu einer Höhe von zwei Milliarden Euro über den Zeitraum von 4 Jahren. Die Vorhaben werden weiterhin nur dann finanziert, wenn die Länder sich beteiligen. Allerdings sinkt der aus Haushaltsmitteln aufzubringende Anteil des Landes. Zukünftig sind nur noch mindestens 25 Prozent der förderungsfähigen Kosten durch die Länder aufzubringen. Insgesamt steht somit ein Beitrag von mindestens 750 Mio. Euro bis maximal 1 Mrd. Euro zur Verfügung. Soweit ein Land den ihm jährlich zustehenden Förderanteil nicht ausschöpft, können diese Mittel auch noch bis zum 31. Dezember 2022 beantragt werden. Nach Ablauf dieser Frist verbleiben nicht ausgeschöpfte Mittel im Gesundheitsfonds.

Jedem Land steht mit der Neuregelung nur 90 Prozent der landesspezifischen Fördermittel aus dem Strukturfonds zur Verfügung. Die verbleibenden 10 Prozent der zur Verfügung stehenden Fördermittel müssen für länderübergreifende Vorhaben verwendet werden. Strukturverbessernde Vorhaben können somit länderübergreifend realisiert werden. Die Verteilung ergibt sich nach dem Königsteiner Schlüssel vom 1. Oktober 2018. Die antragsstellenden Länder sind weiterhin verpflichtet, im Zeitraum von 2019 bis 2022, die durchschnittliche Höhe ihrer Mittel zur Investitionsförderung der Jahre 2015 bis 2017 beizubehalten.

B Stellungnahme

Das AOK-System begrüßt grundsätzlich die Fortführung des Strukturfonds. Durch die Erweiterung der Förderungsvorhaben darf die ursprüngliche Zielrichtung jedoch nicht verloren gehen. Die Fortführung kann nach der AOK-Gemeinschaft nur unter modifizierten Rahmenbedingungen stattfinden:

- **Der Strukturfonds ist kein Parallelförderprogramm der Länder.**

Das problematische Auseinanderfallen von Krankenhausplanung durch die Länder und schleichender monistischer Finanzierung durch die Krankenkassen wird nicht gelöst. Die im Koalitionsvertrag angekündigte Bund Länder AG sollte unbedingt das Investitionsthema aufgreifen und eine tragfähige und zukunftsfeste Lösung erarbeiten. Dies ist übrigens schon deshalb geboten, weil ansonsten der Druck auf die Personalkosten weiterhin angehalten wird und die Anstrengungen zur finanziellen Verbesserung der Situation der Pflege weitgehend wirkungslos bleiben werden.

Zumindest die jetzt schon zu niedrigen Investitionsquoten müssen künftig weiterhin erfüllt werden. Begrüßenswert ist daher, dass eine Förderbedingung formuliert bestehen bleibt, dass die Länder auch weiterhin die durchschnittlichen Investitionsmittel der Jahre 2015 - 2017 über Pauschal- und Einzelinvestitionen an die Krankenhäuser ausschütten. Eine Prüfung dieser Selbstverpflichtung der Länder wäre nötig. Es sollte daher die Möglichkeit geben, dass das BVA einmal jährlich prüft, ob die Bundesländer die durchschnittlichen Investitionsmittel der Jahre 2015 - 2017 weiterhin über Pauschal- und Einzelinvestitionen an die Krankenhäuser in den Folgejahren ausschüttet.

- **Mitnahmeeffekte zum normalen Investitionsförderprogramm sind zu vermeiden.**

Nach ersten Analysen des AOK-Bundesverbandes der bisherigen Strukturfonds sind vielfach Mitnahmeeffekte von Krankenhausträgern und den Krankenhausplanungsbehörden zu verzeichnen gewesen, die den Strukturfonds als weitere Finanzquelle für die reguläre Krankenhausinvestitionsförderung betrachteten. Hier sind grundsätzliche Verbesserungen erforderlich.

- **Die Mitwirkungsrechte der Krankenkassen sind über das reine Einvernehmen zu stärken.**

Durch die Aufnahme der neuen Fördervorhaben werden von den Krankenversicherungen nicht nur die Betriebskosten, sondern zukünftig auch zusätzlich die Investitionskosten bspw. für Zentren oder Integrierte Notfalleinheiten übernommen. Allerdings gibt es keine Anpassung für die Planungskompetenz der Kassen. Vor allem in der Umsetzung der integrierten Notfallversorgungszentren sollte auf der Landesebene ein neu zu gründendes gemeinsames Gremium mit Kassenärztlicher Vereinigung, Krankenhäusern und Kassen über die bedarfsgerechte Verortung entscheiden.

- **Es muss ein stärkerer Fokus auf Schließungen gelegt werden.**

Nach der Analyse des AOK-Bundesverbandes sind die überwiegende Anzahl der Projekte im Bereich der Konzentration angesiedelt. Nach der Auszählung der Projekte wurden nur neun eigenständige Krankenhäuser und dieselbe Anzahl an Krankenhausstandorten geschlossen. Damit wurden die originären Erwartungen der Krankenkassen an den Strukturfonds nur zum Teil erfüllt.

- **Finanzierungsquelle: Gesundheitsfonds, Steuermittel und Beteiligung der PKV**

Die Last der Investitionsfinanzierung verschiebt sich zunehmend vom Steuerzahler auf den Beitragszahler. In der Vergangenheit sind zwar notwendige Investitionen aufgrund fehlender Steuereinnahmen gescheitert, allerdings profitiert die PKV in gleichem Maße vom Abbau der Überkapazitäten und demnach entsprechend der Inanspruchnahme von stationären Versorgungsstrukturen an den Kosten zu beteiligen. Die Beteiligung der PKV sollte direkt an das BVA (wie auch bei der Beteiligung der Landwirtschaftlichen Krankenkasse gem. § 221 Abs. 2 SGB V) oder durch einen Zuschlag auf die Leistungsentgelte erfolgen; die Mittel sind in diesem Fall von den Krankenhäusern an das BVA abzuführen.

- **Die Planung und Umsetzung muss längerfristig über mehrere Jahre angelegt werden, da nur so eine Planung sinnvoller Maßnahmen erfolgen kann.**

Das Bundesversicherungsamt erstellt jährliche Berichte, auf deren Grundlage über die Zielerreichung des Krankenhausstrukturfonds beraten wird. Neben den in § 13 KHG angekündigten Berichten sollten auch jährliche Aufstellungen über die Investitionstätigkeiten der Länder durch das BVA erstellt werden (Änderungsvorschlag siehe unter Art. 1 Nr.2). Positiv ist zu bewerten, dass den antragsstellenden Krankenhäusern nun die Möglichkeit einer langfristigen Planung ermöglicht wird, da die Mittel nicht im gleichen Jahr abgerufen werden müssen.

- **Anpassung der Strukturfondsverordnung an die Bedürfnisse kleiner Kliniken**

Die Anforderungen der Strukturfondsverordnung können von kleineren Kliniken kaum erfüllt werden. So wurde bspw. mindestens die Schließung oder Umwandlung einer Fachabteilung gefordert, um Mittel im Strukturfonds beantragen zu können. Die Praxis zeigt, dass es kleinere Krankenhäuser gibt, insbesondere im ländlicheren Raum, die sich perspektivisch vom klassischen Krankenhaus eher in ein ambulant-stationäres Gesundheitszentrum entwickeln müssen und auch wollen.

Es wird begrüßt, dass der Strukturfonds mehr Spielraum für die Anpassung der Krankenhausstruktur betreffenden Themen ermöglicht. Stationsgrößen sind beispielsweise auch relevante Strukturen und deren Schließung ermöglicht einen schrittweisen Übergang in Strukturveränderungen und auch Maßnahmen unterhalb der Abteilungsebene können sinnvoll sein, weil Begriffe wie Abteilungen und Stationen gewachsenen Gewohnheiten und nicht einheitlichen, gesetzlich festgelegten Begrifflichkeiten folgen.

- **Paritätische Ko-Finanzierung: Land und ggf. Träger müssen weiterhin mindestens 50 Prozent der förderungsfähigen Kosten übernehmen**

Gemäß der Änderung § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer soll der genannte aus Haushaltsmitteln aufzubringende Anteil des Landes nur mindestens 25 Prozent der förderungsfähigen Kosten betragen. Zur Begründung zu Artikel 1 Nr. 1 Abs. 3. wird die Ko-Finanzierung der Vorhaben in Höhe von mindestens 50 Prozent der förderungsfähigen Kosten

mindestens zur Hälfte von den Ländern gefordert, um eine überwiegende Finanzierung durch Krankenhausträger zu vermeiden. Diese Regelung wird missinterpretiert. Im Übrigen sollte bzgl. der Finanzierung die Beteiligung der Länder bei 50% verbleiben und die Lösung der Investitionsthematik, denn nur durch eine auskömmliche Investitionsmittelbereitstellung lösen die Länder den gesetzlichen Anspruch der Verantwortung der Daseinsvorsorge ausreichend ein.

C Änderungsvorschlag

Eine Finanzierungsbeitrag der PKV entsprechend der Inanspruchnahme von stationären Versorgungsstrukturen ist gesetzlich zwingend zu berücksichtigen. Die PKV-Mittel sind bei der Bemessung des GKV-Anteils für den Strukturfonds absenkend zu berücksichtigen.

Der Artikel 1 Nummer 1 PpSG wird wie folgt geändert:

- a) § 12a Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst: „Zur Fortführung der Förderung von Vorhaben der Länder zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung werden dem beim Bundesversicherungsamt errichteten Strukturfonds ab dem Jahr 2019 weiterhin 500 Millionen Euro jährlich bis zu einer Höhe von zwei Milliarden Euro zugeführt, nach Maßgabe des § 271 Absatz 2 Satz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind neunzig Prozent der Mittel aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und zehn Prozent der Mittel von der privaten Krankenversicherungsunternehmen über den Verband der privaten Krankenversicherungen e.V. zu bilden.“
- b) § 12 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 bleibt unverändert.
- c) In §12a Abs.3 Nr. 2 muss d Zahl 25 durch die Zahl 50 ersetzt werden.

Änderungsvorschläge zu den Förderungsvorschlägen finden sich unter der Stellungnahme zur Krankenhausstrukturfonds-Verordnung in Artikel 5 Nr. 1, 2 3, 4.

Nr. 2a) § 14 KHG Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019 („Krankenhausstrukturfonds“)

A Beabsichtigte Neuregelung

Aus redaktionellen Gründen wird der bisherige Text des § 14 jetzt wortgleich als Absatz 1 weitergeführt.

B Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 2 b) § 14 KHG Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019 („Krankenhausstrukturfonds“)

A Beabsichtigte Neuregelung

Zunächst werden Datenübermittlungen geregelt, die als Voraussetzungen für die Genehmigung der Anträge durch das Bundesversicherungsamt gelten. Die Berichtspflichten des Bundesversicherungsamtes werden konkretisiert.

B Stellungnahme

Es ist erforderlich, dass die Daten nach § 1 Satz 2 dem Bundesversicherungsamt zu übermitteln sind und diese die Basis von Berichten darstellen. Die jährliche Veröffentlichung der Berichte im Internet ist zu begrüßen, weil damit die zielkonforme Mittelverwendung nachvollzogen werden kann.

Weiterhin sollte das BVA beauftragt werden, eine jährliche Statistik über die Investitionsquoten der Bundesländer zum Berichtszeitraum des Vorjahres zeitgleich zu den Berichten über die Nutzung der Mittel des Strukturfonds vorzulegen. Durch diese Konkretisierung der Berichtspflichten wird gewährleistet, dass die Fortschritte bei der Umsetzung der Ziele des Strukturfonds für die Öffentlichkeit transparent werden. Dies führt zu einer Steigerung der politischen Akzeptanz der Prozesse.

C Änderungsvorschlag

Es wird ein neuer Absatz 4 eingefügt: Den Berichten nach Abs.2 Nr. 2 wird eine Übersicht über die Investitionen der einzelnen Bundesländer für den Berichtszeitraum angehängt. Die Länder übermitteln die notwendigen Daten zu diesem Zweck an das Bundesversicherungsamt.

Nr. 3 § 17b Abs. 3 KHG Streichung von Bezugnahmen

A Beabsichtigte Neuregelung

Im bisherigen § 17 b Absatz 3 Satz 4 ist ein Bezug auf die Absätze 4 und 6 vorgesehen. Diese sind jedoch mit dem Krankenhausstrukturgesetz aufgehoben worden. Auch § 17 b Satz 5 nimmt auf einen zwischenzeitlich abgeschlossenen Sachverhalt Bezug. Daher werden die Sätze 4 und 5 aufgehoben.

B Stellungnahme

Die Streichungen sind nachvollziehbar.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 4 § 17c Abs. 5 KHG Prüfung von Abrechnungen von Pflegesätzen, Schlichtungsausschuss

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegesätze sind für alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen. In- soweit sind für Krankenhäuser auch die Voraussetzungen zu schaffen, für die bei priva- ten Versicherungsunternehmen versicherten Patientinnen und Patienten die zusätzliche Vergütung für einen bestehenden erhöhten Pflegeaufwand bei vorliegender Pflegebe- dürftigkeit nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) auf einer gesicherten Basis abrechnen zu können. Dazu ist es erforderlich, dass bei einer dem Krankenhaus vorlie- genden Einwilligung der Patientin oder des Patienten zur direkten Abrechnung des Kran- kenhauses mit dem privaten Krankenversicherungsunternehmen die Unternehmen der privaten Krankenversicherungen ebenso wie die gesetzlichen Krankenkassen verpflich- tet werden, den Krankenhäusern die hierfür erforderlichen Informationen zur Pflegebe- dürftigkeit der bei ihnen versicherten Patientinnen und Patienten nach § 301 Absatz 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) mitzuteilen.

B Stellungnahme

Die Folgeänderung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 5 § 18 Abs. 3 KHG Folgeänderung zur Einführung einer gesonderten Pflegepersonalkostenvergütung

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung einer gesonderten Pflegepersonalkostenvergütung durch § 17b Absatz 4, die über § 6a KHEntgG für die Höhe von mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelten des Pflegeerlöskatalogs eine krankenhaushausindividuelle Vereinbarung vorsieht.

Zudem handelt es sich um eine Folgeänderung der mit dem PsychVVG vorgenommenen Umwandlung des Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser von einem Preissystem in ein Budgetsystem. Durch diese Umwandlung ist eine Vereinbarung eines landeseinheitlichen Preisniveaus nicht mehr erforderlich. Die Änderung trägt diesem Sachverhalt Rechnung und hebt den inzwischen fehlerhaften Verweis auf.

B Stellungnahme

Die Änderungen sind nachvollziehbar.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 6 § 28 KHG Änderung zur Berücksichtigung der Einführung von Pflegeentgelten

A Beabsichtigte Neuregelung

Ergänzung des § 28 Abs. 4 dahingehend, dass die vom statistischen Bundesamt zu erstellende Statistik künftig auch Pflegeentgelte umfasst. Die Änderung berücksichtigt, dass nach der erstmaligen Vereinbarung eines Pflegebudgets nach § 6a KHEntgG als neue Entgeltart krankenhausindividuell zu vereinbarende tagesbezogene Entgelte zur Abzahlung des Pflegebudgets gezahlt werden.

B Stellungnahme

Die Änderung ist nachvollziehbar.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 Weitere Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 1 § 17a KHG Bundesgesetzliche Klarstellung des Umfangs der Refinanzierungsverpflichtung der GKV bzgl. der Ausbildungskosten nach § 17a KHG

A Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a

Doppelbuchstabe aa

Die vorgeschlagene bundesgesetzliche Klarstellung soll sicherstellen, dass die GKV-seitige Refinanzierungsverpflichtung der Ausbildungsvergütungen für **alle** in § 2 Abs. 1a KHG genannten Ausbildungsberufen über die Ausbildungsbudgets nach § 17a KHG rechtssicher gegeben ist.

Doppelbuchstabe bb

Die Ausbildungsvergütungen von Auszubildenden in der Kranken- oder Kinderkrankenpflege und in der Kranken- oder Kinderkrankenpflegehilfe sollen ab 2019 im ersten Jahr der Ausbildung vollständig von den Kostenträgern refinanziert werden. Im Wege der Rechtsbereinigung wird der bis Ende 2014 gültige Anrechnungsschlüssel in der Krankenpflege und Kinderkrankenpflege (7 zu 1) gestrichen.

Buchstabe b

Angesichts unterschiedlicher Rechtsauffassungen in der Praxis wird klargestellt, dass die Vereinbarung der Ausbildungsbudgets durch die Vertragspartner auf Ortsebene nicht von der Obergrenze (Veränderungswert nach § 9 Abs. 1b Satz 1 KHEntgG) begrenzt wird.

B Stellungnahme

Buchstabe a

Doppelbuchstabe aa

Der Koalitionsvertrag sieht hervor, dass künftig finanzielle Ausbildungshürden bei Sozial- und Pflegeberufen abgebaut und Ausbildungsvergütungen statt Schulgeld angestrebt werden sollen. Es wird ausgeführt: „Wir werden die Ausbildung der Gesundheitsfachberufe im Rahmen eines Gesamtkonzeptes neu ordnen und stärken. Wir wollen das Schulgeld für die Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen abschaffen (...).“ (vgl. S. 100).

Die hier vorgeschlagene Regelung beseitigt in diesem Zusammenhang bisher bestehende Rechtsunsicherheiten zum unmittelbaren Anwendungsbereich des § 17a KHG auf die bisher nicht in der Rahmenvereinbarung geregelten Ausbildungsberufe. Hier führen unterschiedliche Regelungen in den Berufsgesetzen der Länder bisher zu disparaten Bedingungen auf Landesebene.

Die Anpassung stellt rechtssicher klar, dass die entsprechende Refinanzierungslast für die (ggf. aufgrund weiterentwickelter Tarifregelungen neuen Ausbildungsvergütungen) der Auszubildenden an den mit Krankenhäusern verbundenen Ausbildungsstätten in allen in § 2 Nr. 1a KHG genannten Ausbildungsberufen umfassend der gesetzlichen Krankenversicherung zugeordnet wird.

Hinter der Zielstellung der Neuordnung der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen durch ein umfassendes Gesamtkonzept bleibt dieser Vorschlag allerdings weit zurück. Die finanziellen Belastungen der Ausbildung an den Krankenhausschulen werden lediglich – in ordnungspolitisch fragwürdiger Weise - vollständig in den GKV-Bereich verschoben, so dass sich die Länder zu Lasten der Beitragszahler immer mehr ihrer Verfassungs- und Finanzierungszuständigkeit entziehen können.

Allein die vorgesehene Ausweitung der Refinanzierungsverpflichtung der GKV für Ausbildungsvergütungen in den Ausbildungsberufen nach § 2 Nr. 1a KHG führt allerdings bereits zu Mehrausgaben im niedrigen dreistelligen Millionenbereich. Die Ausführungen des Gesetzentwurfes zu den Mehrausgaben lassen angesichts dessen eine differenzierte Kostenrisikoabschätzung an dieser Stelle vermissen.

Zudem fehlen in der vorgeschlagenen gesetzlichen Regelung auch Festlegungen zu Anrechnungsschlüsseln entsprechend den Regelungen für die Ausbildung in den Pflegeberufen für die weiteren Ausbildungsberufe. Soweit die Auszubildenden Praxisanteile der Ausbildung in den Krankenhäusern ableisten, sind generell zwingend – wie bei der Krankenpflege – Anrechnungsschlüssel auf die VK-Stellen der KH zu definieren, die über die Krankenhausbudgets finanziert werden.

Doppelbuchstabe bb

Das erste Ausbildungsjahr wird von der Anwendung der derzeit gültigen Anrechnungsschlüssel ausgenommen, so dass die Ausbildungsvergütungen in den Pflegeberufen im ersten Jahr voll von der GKV im Rahmen des Ausbildungsbudgets nach § 17a KHG zu finanzieren sind. Hier fehlt in Satz 4 die entsprechende Klarstellung für die Kinder-Krankenpflegehilfe, die in Art. 3 nachgetragen werden soll. Eine Gesamtregelung an dieser Stelle wäre demgegenüber eleganter.

Buchstabe b

Bei der Ausnahme der Ausbildungsbudgets nach § 17a KHG von der Anwendung des Veränderungswertes handelt es sich lediglich um eine Klarstellung. In diesem Zusammenhang ist dann allerdings auch zwingend eine entsprechende Konkretisierung der Nachweispflichten in § 17a Abs. 4a KHG dahingehend zu ergänzen, dass die Tarifsteigerungen auch tatsächlich bei den Beschäftigten ankommen. Dies ist mit einer entsprechenden Rückzahlungsverpflichtung zu kombinieren.

C Änderungsvorschlag

Buchstabe a), Doppelbuchstabe bb) wird wie folgt gefasst:

„bb) Die Sätze 3 und 4 werden 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.“

Nach Buchstabe a) wird folgender Buchstabe b) eingefügt:

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

„Mit dem Ziel, eine sachgerechte Finanzierung sicherzustellen, schließen

1. die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 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 Nr. 1a KHG, für die diese nicht bereits in Absatz definiert sind.“

Buchstabe b) wird Buchstabe c) (neu).

An Art. 2 Nummer 1 wird folgender Buchstabe d) angehängt:

„d) In § 17a Abs. 4a KHG werden nach dem Wort „Ausbildungskosten,“ die Wörter „insbesondere zur Einhaltung der tarifvertraglichen Regelungen bei der Ausbildungsvergütung,“ eingefügt.

An § 17a Abs. 4a wird folgender Satz 2 angehängt:

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

Nr. 2 § 17b KHG Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser

A Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung einer geänderten Pflegepersonalkostenvergütung durch Absatz 4.

Buchstabe b)

Absatz 4 beauftragt die Vertragspartner auf Bundesebene mit der Schaffung der Grundlagen für eine Pflegepersonalkostenvergütung, die den krankenhausindividuellen Pflegepersonalbedarf in der Patientenversorgung berücksichtigt. Ziel ist es, Pflegepersonalkosten zukünftig besser und unabhängig von Fallpauschalen zu vergüten. Zugleich sollen die Transparenz und Leistungsorientierung der pflegerischen Versorgung gestärkt werden. Hierzu wird die Krankenhausvergütung ab dem Jahr 2020 auf eine Kombination des DRG-Systems mit einer krankenhausindividuellen Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt. Als Voraussetzung hierfür sind die in den Bewertungsrelationen des DRG-Systems enthaltenen Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung zu ermitteln und auszugliedern. Durch Absatz 4 wird das DRG-Vergütungssystem umfassend verändert.

Buchstabe c)

Die Arbeiten im Zusammenhang mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten nach Absatz 4 Satz 1 und der Einführung einer gesonderten Pflegepersonalkostenvergütung durch Absatz 4 sind mit dem DRG-Systemzuschlag zu finanzieren.

B Stellungnahme

Das Vorhaben, die Pflegepersonalkosten mit dem Ziel auszugliedern, „die Situation der Pflegenden im Krankenhaus generell zu verbessern“ oder „mehr Pflege beim Patienten ankommen zu lassen“, ist als Einzelmaßnahme kaum geeignet zum Erfolg zu führen und sollte daher aus dem PpSG ausgegliedert werden.

Wenn diese Maßnahme durchgeführt werden soll, was aufgrund der Kollateralschäden am DRG System ohnehin zweifelhaft ist, ist eine im PpSG unterlassene Regelung verschiedener begleitender Tatbestände erforderlich, weil ansonsten die Gefahr unerwünschter Ergebnisse erheblich ist. Diese sind insbesondere:

- Zur dauerhaften Senkung des Drucks auf die Personalkosten in der stationären Versorgung stellen Bund und Länder sicher, dass eine sich dynamisch anpassende Investitionsquote von acht Prozent oder mehr in jedem Bundesland für die auskömmliche Finanzierung der Krankenhäuser zur Verfügung gestellt wird.
- Bis zum Jahr 2020 werden wie im Koalitionsvertrag vorgesehen, flächendeckende Pflegepersonaluntergrenzen eingeführt. Diese werden zum 01.01.2021 um Pflegepersonalanzahlzahlen ergänzt und die Selbstkostendeckung wird hinsichtlich der Anzahl der Beschäftigten Vollkräfte auf dieses Niveau beschränkt. Bereits zur Einführung der flächendeckenden Pflegepersonaluntergrenzen wird der Begriff „Pflege

- am Bett“ inhaltlich klar gefasst und ist vor dem Inkrafttreten der Regelungen gesetzlich im Rahmen einer Verordnung festzulegen. Der Auftragnehmer für die Kontrolle der Nachweise wird vom Krankenhaus und örtlichen Pflegesatzparteien gemeinsam bestellt, um die Neutralität bei der Kontrolle der Nachweise zu gewährleisten.
- Verletzungen der Pflegepersonaluntergrenzen sind als Verletzung von Mindestqualitätsvorgaben zu begreifen und müssen zeitnah zu spürbaren Konsequenzen führen um Patientengefährdungen vorzubeugen. Dabei ist es unerheblich, ob Krankenhäuser sich bemüht haben, die Verletzung der Pflegepersonaluntergrenzen zu verhindern. Die Inkaufnahme der Verletzung von Mindeststandards ist das Akzeptieren vermeidbarer Komplikationen bei der Patientenversorgung und muss zu zeitnahen und robusten Maßnahmen führen, auch wenn dies im Einzelfall zu Schließungen von Abteilungen in Krankenhäusern führt. Die Regularien sind rechtlich so zu gestalten, dass Rechtsmittel keine aufschiebende Wirkung haben, wie dies bei Anordnungen von Gewerbeaufsichtsämtern im Zusammenhang mit Hygieneproblemen der Fall ist. Für Patienten ist nämlich gleichgültig, ob sie aufgrund der Verletzung von Hygienestandards oder der Nichterfüllung von Pflegepersonaluntergrenzen vermeidbaren Risiken ausgesetzt sind.
 - Die Regelungen für die Erfassung von Pflegekräften bedürfen einer erheblichen Präzisierung, weil die Daten des Statistischen Bundesamtes und der gesetzlichen Qualitätsberichte bzgl. des Pflegepersonals nicht übereinstimmen. Zudem werden die Pflegekräfte, die über Agenturen beschäftigt werden, nicht eindeutig erfasst, was aber für die Frage von Bedeutung ist, ob Personaluntergrenzen oder -anzahlzahlen erreicht oder überschritten werden, weil die Erlösausgleiche der Pflegebudgets über diese Zahlen auszugleichen sind.

Aus dieser nicht abschließenden Aufzählung von erforderlichen Begleitmaßnahmen wird deutlich, dass Verbesserungen bei der Pflege mutmaßlich nicht mit Einzelmaßnahmen ohne schlüssiges Gesamtkonzept erreicht werden können. Insgesamt zeigt sich, dass die genannten Maßnahmen auch ohne die Ausgliederung der Pflegekosten erforderlich sind, gleichwohl aber für positive Perspektiven in der Pflege am Krankenhaus einen hohen Stellenwert haben. Insofern sollte die Konzertierte Aktion Pflege in ihrer Aufgabenstellung erweitert werden, um ein schlüssiges Gesamtkonzept für diesen Prozess zu erarbeiten. Um die Zwischenzeit nicht ungenutzt zu lassen, kann zunächst die Ausdehnung der Pflegepersonaluntergrenzen auf alle bettenführenden Abteilungen vorgenommen werden, weil diese unabhängig von den Empfehlungen aus Gründen der Qualitätssicherung erforderlich ist.

C Änderungsvorschlag

Änderungsvorschläge im Sinn der Umsetzung der oben genannten Ziele können im Bedarfsfall erstellt werden. Hilfsweise wird auf den ergänzenden Änderungsbedarf des GKV-SV zur Neufassung des § 137i verwiesen.

Artikel 3 Weitere Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

§ 17a Absatz 1 KHG Refinanzierung der Ausbildungsvergütungen in den Ausbildungsberufen der Pflege im ersten Jahr der Ausbildung durch die Kostenträger ab 2019

A Beabsichtigte Neuregelung

Wie in der Kranken- und Kinderkrankenpflege soll die Ausbildungsvergütung in der Kranken- und Kinderkrankenpflegehilfe im ersten Ausbildungsjahr vollständig durch die Kostenträger durch die Ausbildungsbudgets refinanziert werden. Die entsprechende Regelung zur Aufhebung des Anrechnungsschlüssels für die Auszubildenden der Kinderkrankenpflegehilfe im ersten Ausbildungsjahr soll im Gesetz klarstellend verankert werden.

B Stellungnahme

Die in Art. 3 vorgeschlagene Anpassung ergänzend zu Art. 2 ist nicht geeignet, um dieses Ziel zu erreichen. Sie passt nicht zur gegebenen Textfassung des § 17 a Abs. 1 Satz 3 KHG in der Fassung des Art. 2. Auch wäre die gewünschte explizite Regelung für die Kinder-Krankenpflegehilfe nicht § 17 a Abs. 1 Satz 3 sondern Satz 4 zuzuordnen.

C Änderungsvorschlag

Art. 3 wird wie folgt gefasst:

„In § 17a Absatz 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 2 dieses Gesetzes geändert worden ist, werden nach dem Wort „Krankenpflegehilfe,“ die Wörter „und Kinderkrankenpflegehilfe“ eingefügt.“

Artikel 4 Änderungen der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 1 § 3 Abs. 4 BPfIV Änderung der zu berücksichtigenden Tarifierhöhungen in der Psychiatrie

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht eine vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen für Pflegekräfte in psychiatrischen Krankenhäusern und Fachabteilungen vor. Damit die bisher für alle Berufsgruppen geltende hälftige Tarifrefinanzierung für den Pflegebereich auf 100% gesteigert wird, ist der bisher zu berücksichtigende Anteil der Erhöhungsrates von 40% auf 55% zu erhöhen. Eine Erhöhung der Erlössumme, die sowohl Personal- als auch Sachkosten umfasst, um 55% der Erhöhungsrates, entspricht einer vollständigen Tarifrefinanzierung beim Pflegepersonal und einer bisher geltenden hälftigen Tarifrefinanzierung für den übrigen nichtärztlichen und für den ärztlichen Personalbereich. Dabei sind die unterschiedlichen Anteile der drei Personalbereiche an den Gesamtpersonalkosten berücksichtigt.

B Stellungnahme

Die Änderung setzt das gesetzgeberische Ziel um, die tarifbedingten zusätzlichen Kosten für den Pflegedienst zu 100% zu finanzieren. Im Zuge dieser Anpassung sollte die sogenannte Meistbegünstigtenklausel in § 10 Abs. 6 KHEntgG, nach der je nach Ergebnis der Orientierungswert oder die Grundlohnsomme als Obergrenze für die Verhandlung des Landesbasisfallwerts abgeschafft und der Orientierungswert als alleinige Obergrenze festgesetzt werden. Dieser Schritt erhöht die Finanzierungsgerechtigkeit, weil der Orientierungswert die Kostensteigerungen der Krankenhäuser korrekt wiedergibt.

C Änderungsvorschlag

Änderung der entsprechenden Regelungen in § 10 KHEntgG Abs. 6 sowie der redaktionellen Folgeänderungen.

Nr. 2 a, b § 11 BPfIV Rückzahlung nicht zweckentsprechend verwendeter Mittel

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu Buchstabe a

Um sicherzustellen, dass ein Krankenhaus die zusätzlichen Mittel, die es zur vollständigen Tariffinanzierung für das Pflegepersonal erhält, auch zur Finanzierung von Pflegepersonal einsetzt, sind nicht zweckentsprechend verwendete Mittel zurückzuzahlen. Die Vertragsparteien nach § 11 haben im Rahmen der Budgetvereinbarung auf Grundlage der nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 KHEntgG vorzulegenden Nachweise festzulegen, ob und wie die Rückzahlung von nicht zweckentsprechend verwendete Mittel zu erfolgen hat.

Zu Buchstabe b

Krankenhäuser sollen zukünftig zur Vorbereitung der jährlichen Budgetverhandlungen den Krankenkassen auch den Nachweis über die zweckentsprechende Verwendung der für das Pflegepersonal zusätzlich erhaltenen Mittel vorzulegen. Da die vollständige Tariffinanzierung für das Pflegepersonal erstmals für das Jahr 2018 gilt, ist der Nachweis erstmals für das Jahr 2018 vorzulegen. Obwohl die näheren Einzelheiten des Nachweises erst im Jahr 2019 von den Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbart werden, soll der Nachweis für das Jahr 2019, ebenso wie für die Folgejahre, frühestmöglich vorgelegt werden. Den konkreten Zeitpunkt der Vorlage haben die Vertragspartner auf Bundesebene im Rahmen der Vereinbarung über die näheren Einzelheiten des Nachweises (§ 9 Absatz 1 Nummer 7 KHEntgG) festzulegen. Der Nachweis ist die Grundlage für eine etwaige Rückzahlung, die die Vertragsparteien nach § 11 im Rahmen der Vereinbarung des Gesamtbetrags zu vereinbaren haben.

B Stellungnahme

Die Änderungen verfolgen den Zweck sicherzustellen, dass nicht zweckentsprechend verwendete Mittel von den Krankenhäusern zurückzuzahlen sind. Insofern sind die Regelungen zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 5 Änderungen der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung

Nr. 3 § 11 Teil 2 Förderung nach § 12a KHG - Förderungsfähige Vorhaben

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Überarbeitung bzw. Erweiterung der förderungsfähigen Vorhaben werden neue Fördertatbestände definiert:

- Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen
- Bildung integrierter Notfallstrukturen
- Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen und Krankenhausverbänden
- Verbesserung der IT-Sicherheit von Krankenhäusern
- Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten für Krankenpflegeberufe

B Stellungnahme

Die Erweiterungen der Fördertatbestände des Strukturfonds führen zu einer gewissen Beliebigkeit. Ursprüngliches Ziel war bei der Einführung des Strukturfonds eine qualitätsorientierte Krankenhauslandschaft insbesondere durch Konzentration von Leistungen und Schließung nicht benötigter Krankenhauskapazitäten zu erreichen. Das Schließungspotenzial wird von zahlreichen Experten mit zehn bis zwanzig Prozent beziffert. Gemessen daran sind die Mittel im ausgelaufenen Strukturfonds eher knapp bemessen und insofern ist es nicht überraschend, dass dieses Ziel nur in sehr kleinen Teilen erreicht worden ist, auch wenn der endgültige Bericht über alle geförderten Maßnahmen noch nicht vorliegt.

Damit wird keinesfalls unterstellt, dass die anderen in § 11 genannten Fördertatbestände nicht verfolgenswert sind. Allerdings steht zu erwarten, dass auch diese Ziele allenfalls nur in sehr kleinen Umfang erreicht werden können und daher sollte eine Ausweitung der Fördertatbestände und damit der Ziele des Fonds unterbleiben.

Besonders kritisch ist zu anzumerken, dass betriebswirtschaftliche Entscheidungen für die Bildung eines Krankenhausverbands für die gemeinsame Abstimmung des Versorgungsangebots förderungsfähig werden sollen. Es handelt sich hierbei um eine betriebswirtschaftliche Entscheidung, die keinen Mehrwert für die Versicherungsgemeinschaft offeriert. Der Ausbau von IT-Sicherheitsstrukturen gehört zu den originären Aufgaben eines jeden Krankenhauses. Eine gesonderte Förderung der IT-Strukturen erweckt den Eindruck, dass es gegenwärtig nicht zwingend erforderlich ist.

Will man diese Ziele gesondert unterstützen, wären Bund und Länder aufgerufen, das Umsetzen dieser Ziele durch zusätzliche spezielle Förderprogramme und besonders durch eine erhebliche Anhebung der dualen Krankenhausfinanzierung auf ein auskömmliches Niveau zu ermöglichen.

Bezogen auf die konkreten Änderungsvorschläge bedeutet dies folgendes:

- Die Änderungen Nr. 1 und Nr. 2 in Teil sind als überwiegend redaktionell einzustufen.
- Damit sollten nur die Ziffern 1, 2a, 3b, 5 und 6 eingeführt werden. Für diese Vorhaben sind andere Wege zu erschließen. Um sicherzustellen, dass der Kapazitätsabbau auch angemessen vorgenommen wird, sollten die Mittel für diese Maßnahmen pro Bundesland durch eine interne Budgetierung mindestens fünfzig Prozent betragen.

C Änderungsvorschlag

Die in Teil 2 „Förderung nach § 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ benannten Fördertatbestände sollten nur dann erhalten bleiben, wenn diese unmittelbar den Zwecken „Schließung und Konzentration von Leistungen nicht benötigter Krankenhauskapazitäten“ dienen oder das Ansinnen, die sektorenübergreifende Versorgung zu fördern, verfolgen. Bei einer Auswahl der Projekte durch die Landesbehörden sollte das Ziel der Schließung von Krankenhauskapazitäten Vorrang haben.

Der Paragraph § 11 wird daher wie folgt angepasst:

- § 11 Abs. 1 Nr. 2 b,c werden gestrichen
- § 11 Abs. 1 Nr. 3a wird gestrichen
- § 11 Abs. 1 Nr. 4 wird gestrichen

Nr. 3 § 12 Förderungsfähige Kosten, §13 Verwaltungsaufgaben, § 14 Antragstellung, § 15 Anwendbare Vorschriften

A Beabsichtigte Neuregelung

Unter der Änderung von § 12 werden förderungsfähige Kosten im Fall einer vollständigen und ersatzlosen Schließung einer akutstationären Einrichtung eines Krankenhauses aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung pauschalisiert. Darüber hinaus sollen nun neben Schließung eines Krankenhauses auch erforderliche Baumaßnahmen für die Errichtung von Notfallzentren, Ausbildungsstätten, Zentren für seltene Krankheiten oder Beschaffungs-, Erweiterungs- oder Entwicklungskosten für allgemeine Krankenhäuser oder auch Hochschulkliniken finanziert werden können.

Durch eine Änderung der Verwaltungsaufgaben des Bundesversicherungsamtes soll zukünftig auf der Internetseite bis zum 30. März eines Jahres einen Bericht zum Stand der Maßnahmen oder Einzelvorhaben veröffentlicht werden.

B Stellungnahme

- Die Anpassungen in § 12 hängen sachlogisch mit den vorgeschlagenen Änderungen in § 11 zusammen und müssten entsprechend vorgenommen werden.
- Die Änderungen bzgl. der Verwaltungsaufgaben des Bundesversicherungsamtes in § 13 sind grundsätzlich zu begrüßen, weil sie die Verfahrenstransparenz erhöhen.

C Änderungsvorschlag

Hinsichtlich des Änderungsbedarfs wird auf die Ausführungen zu Artikel 5 Nr. 3 verwiesen.

Artikel 6 Änderungen des Infektionsschutzgesetzes

Nr. 1 § 36 Infektionsschutzgesetz

A Beabsichtigte Neuregelung

Ausländer, die

- im Rahmen des Familiennachzugs zu Asylberechtigten, anerkannten Flüchtlingen oder subsidiär Schutzberechtigten einen Aufenthaltstitel erhalten haben oder
- einen Asylantrag nach § 14 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 Asylgesetz beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge gestellt haben,

sollen verpflichtet werden, ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind. (§ 36 IfSG), soweit nicht bereits entsprechende Untersuchungen durchgeführt wurden.

Soweit ein solches Zeugnis nicht vorgelegt werden kann, sollen die o.g. Personen verpflichtet werden, entsprechende ärztliche Untersuchungen zu dulden. Die zuständige Behörde kann

- anordnen, dass die ärztlichen Untersuchungen im medizinisch erforderlichen Ausmaß jeweils im Abstand von mindestens einem Jahr zu wiederholen sind.
- auch (neben der Röntgenuntersuchung der Lunge) weitere Untersuchungsmethoden zulassen.

B Stellungnahme

Die Benennung der zuständigen Behörden erfolgt durch die Landesregierungen (§ 54 IfSG). In der Regel werden die Untersuchungen auf Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose von den Gesundheitsämtern vorgenommen. Die Kosten sind aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten, soweit nicht die von der Maßnahme betroffene Person oder Dritte zur Kostentragung verpflichtet sind (§ 69 Abs. 1 Nr. 11 IfSG).

Die Krankenkasse kann nur insoweit betroffen sein, als

- die betreffenden Personen versichert sind oder für sie nach § 264 SGB V die Krankenbehandlung gegen Kostenerstattung auftragsweise von der Krankenkasse übernommen wird und
- es sich bei den fraglichen Untersuchungen und insbesondere der Ausstellung der Bescheinigung um eine Leistung der GKV handelt.
 - o Bei den Untersuchungen könnte ggf. Leistungen nach § 11 Abs. 1 Nr. 4 i. V. mit § 27 SGB V, „Krankenbehandlung“ in Frage kommen. Bei „Krankenbehandlung“ handelt es sich um eine ärztliche Behandlung, „[...] wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen [...]“. Voraussetzung für den Leistungsanspruch ist das Vorliegen einer Krankheit, also eines „regelwidrigen Körper- oder Geisteszustandes, der einer Behandlung zugänglich ist“. Diesen Krankheitsbegriff erfüllt auch ein hinreichend konkreter Krankheitsverdacht. Bei der Untersuchung im Sinne des § 36 IfSG dürfte es sich in der Regel um ein verdachtsunabhängiges Screening handeln, bei dem

es sich somit um keine Leistung der GKV handelt. Sofern im Einzelfall doch ein konkreter Krankheitsverdacht vorliegt, ändert sich der GKV-Leistungsanspruch des Versicherten durch die Neuregelung nicht.

- Das Ausstellen einer Bescheinigung über das Nicht-Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose ist jedenfalls keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 7 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1 bis 3 §§ 20, 20b, 20d SGB V Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen werden verpflichtet, mindestens einen Euro jährlich je Versicherten aufzuwenden, um mit Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Krankenhäusern im Sinne des § 107 Absatz 1 SGB V sowie (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 2 SGB XI bei der Erhaltung und Förderung der Gesundheit ihrer Beschäftigten zu unterstützen.

B Stellungnahme

Die Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen ist grundsätzlich positiv zu bewerten. Betriebliche Gesundheitsförderung im Rahmen des SGB V kann allerdings nur ein Baustein sein, um die Gesundheit von Pflegekräften zu unterstützen. Neben einer höheren gesellschaftlichen Wertschätzung muss diese auch innerhalb der Unternehmen selbst gestärkt werden. Gesundheit von Mitarbeitern, ihr Engagement und Verbleib im Beruf hat viel mit Unternehmenskultur, Strukturen, Verantwortung zu tun. Die Träger von Krankenhäusern sowie Pflegeeinrichtungen in die regionalen Koordinierungsstellen einzubinden, ist daher sachgerecht. Die AOK hat bereits Maßnahmen, die gezielt in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen zum Einsatz kommen. Es zeigt sich, dass dabei nicht nur eine große Bereitschaft in diesen Unternehmen bestehen muss, Veränderungen mit zu gestalten, sondern auch die Länder hier gefordert sind, dass Investitionen in die Krankenhausstrukturen zu besseren Arbeitsbedingungen beitragen.

Um das gesetzlich angestrebte Ziel zu erreichen, reicht es zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und Senkung des Krankenstandes nicht aus, dass nur die Sozialversicherungsträger ihre Leistungen koordinieren und gemeinsam Ziele mit weiteren Akteuren in der Nationalen Präventionskonferenz vereinbaren. Vielmehr müssen die mitberatenden Ländervertreter einen konkreten Beitrag im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie einbringen und für die Träger der jeweiligen Einrichtungen muss eine analoge Regelung des § 20 a (2) SGB V eingefügt werden, die vor allem Investitionen in die Arbeitsbedingungen beinhaltet.

Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit den angesprochenen Einrichtungen bei der Umsetzung der Maßnahme zeigen, dass die Rahmenbedingungen so gestaltet werden müssten, dass eine Übergangszeit geschaffen wird. Denn es ist nicht davon auszugehen ist, dass die Einrichtungen sofort in der Lage sind, Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung in die Arbeitsabläufe zu implementieren. Eine Einbindung in die Regelung des § 20 b (4) SGB V ist nicht zielführend, da das Geld in voller Höhe dem Erhalt der Gesundheit der Mitarbeiter zugeführt werden sollte. Daher wird vorgeschlagen, Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Krankenhäusern im Sinne des § 107

Absatz 1 SGB V sowie in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 2 SGB XI analog zum § 20 (6) Satz 3 SGB V zu behandeln. Die Verwendung der Mittel kann über einen Zeitraum von vier Jahren im Rahmen des 2. Präventionsberichtes nachgewiesen werden.

In Nr. 1 b) § 20 Absatz 6 wird auf einen falschen Satz verwiesen. Es müsste Satz „2“ nicht Satz „3“ heißen.

C Änderungsvorschlag

In § 20 (6) wird Satz 4 wie folgt geändert:

„Unterschreiten die jährlichen Ausgaben einer Krankenkasse den Betrag nach Satz 2 für Leistungen nach § 20 Satz 3 sowie § 20a SGB V, so stellt die Krankenkasse diese nicht ausgegebenen Mittel im Folgejahr zusätzlich für Leistungen nach § 20 Satz 3 sowie § 20a SGB V zur Verfügung“.

Nr. 4 § 37 Absatz 2a SGB V Häusliche Krankenpflege in Verbindung mit Artikel 10 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch Nr. 2 § 8 Absätze 6 und 9 Satz 2f. SGB XI

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dieser Maßnahme wird kurzfristig das Ziel verfolgt, die Personalausstattung in der vollstationären Langzeitpflege zu verbessern, um der Arbeitsverdichtung entgegenzuwirken und ohne damit die Eigenbeteiligung der Pflegeleistungsempfänger zu erhöhen. Avisiert wird auf Antrag je nach Einrichtungsgröße die Finanzierung einer halben bis max. zwei Pflegefachkraftstellen pro Einrichtung (Zuschlagsregelung), insgesamt zusätzlich 13.000 Stellen, finanziert durch die Mittel der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die hierdurch entstehende finanzielle Belastung der gesetzlichen Krankenkassen erfolgt wettbewerbsneutral nach Versicherten (KM1) über die Verortung in § 37 SGB V.

Ausweislich der Gesetzesbegründung entfallen bei der Verteilung der zusätzlichen Ausgaben zehn Prozent auf andere Kostenträger, wobei hiervon 75 Prozent der PKV und 25 Prozent der Beihilfe zugeordnet werden. Die PKV wird mit 44 Mio. Euro lt. Referentenentwurf beteiligt.

Die Erhebung der Zuschläge bei den gesetzlichen Krankenkassen wie auch das Nähere zum Antrags- und Zahlungsverfahren bestimmt der GKV-Spitzenverband.

Nicht näher geregelt ist die Bemessung des Zuschlags zur Refinanzierung des zusätzlichen Pflegepersonals im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege.

B Stellungnahme

Die Intention des Gesetzgebers, die Arbeitssituation der Pflegekräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu verbessern und damit der Arbeitsverdichtung entgegen zu wirken, wird begrüßt. Allerdings sind die Vorschläge zur gesetzlichen Normierung des Ziels nicht nachvollziehbar, systematisch fremd verortet, konterkarieren das Wirtschaftlichkeitsgebot und gefährden damit insgesamt das Ziel, dass die von den Krankenkassen zur Verfügung gestellten finanziellen Mittel auch tatsächlich für zusätzliches Personal in vollstationären Pflegeeinrichtungen und damit verbunden für die Pflegefachkräfte eingesetzt wird.

In der Gesamtschau der Regelungsvorschläge im Referentenentwurf wird neu eine systemfremde Logik etabliert: eine Finanzierungsverpflichtung der Gesetzlichen Krankenkassen für eine Refinanzierungssicherheit vollstationärer Pflegeeinrichtungen ohne Leistungsverpflichtung respektive ohne individuellen Leistungsanspruch des Versicherten. Auch eine Verortung der Zahlungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenversicherung im leistungsrechtlichen Paragraphen der häuslichen Krankenpflege korrigiert diesen Umstand nicht. Würde in diesem Zusammenhang der Aufwand im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege pauschal teilweise berücksichtigt (vgl. Gesetzesbegründung zu Ziffer 2), müssten in der Konsequenz - neben den Nachweispflichten über den Einsatz des Personals – auch Nachweise darüber erfolgen, dass dieses Personal

ausschließlich für die Erbringung der medizinischen Behandlungspflege eingesetzt wird. Folglich würden auch die Gesamtvergütung und das Begutachtungsinstrument für den Leistungszugang zur Pflegeversicherung (Modul 5) bereinigt werden müssen, um dem Gebot der Wirtschaftlichkeit noch entsprechen zu können.

Die Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen kommt dem traditionellen ganzheitlichen pflegerischen Ansatz am nächsten. Pflegebedingte Aufwendungen, Aufwendungen für Betreuung und Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sind Grundlagen der Gesamtvergütung. Das ergibt sich folgerichtig auch aus der pflegerischen Handlung. Diese pflegerische Handlung lässt sich weder inhaltlich noch kostenmäßig voneinander trennen, denn z.B. körperbezogene Pflegemaßnahmen und medizinische Behandlungspflege erfolgen oftmals gleichzeitig. Die Pflege in stationären Pflegeeinrichtungen baut also folgerichtig – ebenso wie die Krankenhauspflege – sehr viel stärker auf dem traditionellen Verständnis von ganzheitlicher Pflege auf und spiegelt ein umfassendes Verständnis von Pflege wider. Dieses ganzheitliche Verständnis von Pflege wurde politisch mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, den drei Pflegegestärkungsgesetzen, dem Bundesteilhabegesetz und durch das Pflegeberufereformgesetz noch einmal deutlich gestärkt und unterstrichen. Diesen traditionellen ganzheitlichen Ansatz in der stationären pflegerischen Versorgung durch Änderung der Finanzierungsgrundlage zu schwächen, ist nicht sachgerecht.

Bemessungsgröße zur Finanzierung der 13.000 zusätzlichen Stellen ist nicht nachvollziehbar

Die Höhe der GKV-Finanzierung (640 Mio. €) und PKV-Beteiligung (44 Mio. €) an der Gesamt-Finanzierung der zusätzlichen Stellen im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege sind nicht nachvollziehbar. Ausweislich der Gesetzesbegründung soll zur Verbesserung der Arbeitssituation in vollstationären Pflegeeinrichtungen 13.000 Stellen à 50.000 € (Arbeitgeberbrutto) geschaffen werden. Dies entspricht einem finanziellen Mehrbedarf von 650 Mio. €. Bei der Verteilung der zusätzlichen Ausgaben auf die Kostenträger wird im Referentenentwurf davon ausgegangen, dass 90 Prozent der Leistungen und Vergütungen auf die gesetzliche Krankenversicherung (585 Mio. €) entfallen und zehn Prozent auf den Kostenträger Private Krankenversicherung resp. PKV-Verband (65 Mio. €).

Refinanzierungsanspruch der vollstationären Pflegeeinrichtungen

Mit der Regelung ist kein individueller leistungsrechtlicher Anspruch des Versicherten, sondern lediglich ein Vergütungsanspruch der vollstationären Pflegeeinrichtung zur Refinanzierung des zusätzlichen Personals verbunden (analog der Regelungen für zusätzliche Betreuungskräfte gemäß § 87b SGB XI a.F.). Zwar wird dem GKV-Spitzenverband die Aufgabe übertragen, die Umlage bei den gesetzlichen Krankenkassen nach KM1 zu erheben und das Nähere zum Umlageverfahren, zur Zahlung an die Pflegeversicherung und zur Antragstellung für den Vergütungszuschlag und zum Zahlungsverfahren für seine Mitglieder zu bestimmen, jedoch nicht explizit aufgegriffen ist, nach welchen Bemessungsgrundsätzen und nach welchem Verfahren der Zuschlag vereinbart wird. Die Festsetzung der Zuschläge wird nicht explizit geregelt; es ist aber davon auszugehen,

dass mit Ausnahme nach § 8 Abs. 6 Satz 1 die Regelungen nach §§ 84 und 85 SGB XI zur Ermittlung des Zuschlags Anwendung finden. Zur Klarstellung und für die Rechtssicherheit wird daher eine explizite Regelung in den Bemessungsgrundsätzen und für das Pflegesatzverfahren etabliert. Dabei kann der Refinanzierungsanspruch für die zusätzlichen Betreuungskräfte als systemgleiche Regelung in stationären Einrichtungen herangezogen werden. Damit ist auch sichergestellt, dass die anspruchsberechtigten Personen und die Träger der Sozialhilfe mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden.

Für eine rechtssichere Auslegung bedarf es darüber hinaus in der gesetzlichen Normierung einer Klarstellung, dass von dem Refinanzierungsanspruch nur eine Pflegefachkraft umfasst sein kann; Pflegehilfskräfte u.a. an der pflegerischen Versorgung Beteiligte werden nicht auf die 13.000 Stellen angerechnet.

Die Staffelungsregelung selbst ist streitanfällig und unter Gleichbehandlungsaspekten zu hinterfragen. Es wird daher angeregt, die Staffelungsregelung durch eine Verhältniszahlbildung analog dem Betreuungszuschlag für zusätzliche Betreuung in stationären Einrichtungen zu ersetzen. Unter Zugrundlegung der aktuellen Bewohnerzahl wird ein Verteilungsschlüssel von 1:60 vorgeschlagen.

Zweckbindung von finanziellen Mitteln der GKV

Eine Ansparsituation innerhalb des Ausgleichsfonds oder gar pauschale Stützung der SPV durch feste Zahlungen aus der GKV wird abgelehnt. Aufgrund der Zweckbindung der Mittel ist daher die Charakterisierung durch das Wort ‚pauschal‘ nicht zutreffend und zu streichen. Durch den angedachten Abfluss von Mitteln aus ehemaligen Beiträgen an die GKV ist ein bedarfsgerechter Mittelzufluss zum Ausgleichsfonds einzurichten, d.h. Orientierung am Ist-Volumen.

C Änderungsvorschlag

Verortung der zweckgebundenen Zahlungsverpflichtung von GKV und PKV in § 54a neu SGB XI

§ 54a SGB XI

Zur Abgeltung der Vergütungszuschläge der Pflegekassen nach § 84 Absatz 9 dieses Buches leisten die Krankenkassen jährlich bis zu 585 Millionen Euro und die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, jährlich 65 Millionen Euro inklusive Beihilfe an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erhebt eine Umlage gemäß dem Anteil der Versicherten der Krankenkassen an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen bei seinen Mitgliedern. Das Nähere zum Umlageverfahren und zur Auszahlung an die Pflegeversicherung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden. Die zur Abgeltung der Vergütungszuschläge der Pflegekassen

nach § 84 Absatz 9 dieses Buches erhobenen Mittel sind zweckgebunden. Sie dürfen nicht dem Finanzausgleich nach § 66 SGB XI zugeführt werden.

§ 65 Abs. 1 SGB XI

Im § 65 Abs. 1 SGB XI wird als neue Nr. 4 die neue Einnahmenart aufgenommen.
 Nr. 4 neu: Umlage zur pauschalen Abgeltung der Vergütungszuschläge der Pflegekassen nach § §§ 84 und 85 dieses Buches ergänzt.

Aufnahme eines Absatzes 9 in § 84 und 85 SGB XI

Anspruch auf Refinanzierung von zusätzlichen Pflegefachkräften analog bereits etablierter Verfahren in §§ 84 und 85 SGB XI

§ 84 Absatz 9:

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen erhalten als Ergänzung zur Pflegevergütung nach Absatz 4 Satz 1 einen Vergütungszuschlag für zusätzliche Pflegefachkräfte gemäß § 85 Abs. 9 Satz 1 Nr. 1. Die dafür vorgesehenen finanziellen Mittel der Krankenkassen und der privaten Versicherungsunternehmen nach § 65a werden vom Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung verwaltet.

§ 85 Absatz 9:

Die Vereinbarung nach § 84 Abs. 9 setzt voraus, dass die Vergütungszuschläge auf der Grundlage vereinbart werden, dass in der Regel für jeden Heimbewohner ein sechzigstel der Personalaufwendungen für eine Vollzeit-Pflegefachkraft finanziert wird und dass

1. die Pflegeeinrichtung über zusätzliche Pflegefachkräfte verfügt, welches über das nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhaltende Personal hinausgeht, *und die Aufwendungen für diese Personal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt wurden und*
2. *die Aufwendungen für die zusätzlichen Pflegefachkräfte nachgewiesen werden.*

Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse monatlich zu zahlen und wird zum 15. eines jeden Monats fällig. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 31. Dezember 2019 und danach jährlich über die Zahl der durch diesen Zuschlag finanzierten Pflegekräfte einschließlich der Ausgabenentwicklung.

Nr. 5 § 40 Abs. 2 Satz 1 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

A Beabsichtigte Neuregelung

Der § 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V sieht bereits jetzt vor, dass die besonderen Belange pflegender Angehöriger bei der Prüfung eines Reha-Antrages eines pflegenden Angehörigen zu berücksichtigen sind. Die Ergänzung nach Satz 1 stellt eine Konkretisierung des gesetzlichen Auftrags dar.

B Stellungnahme

Die Folgeänderungen sind sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 6 § 87 Abs.2a Satz 17 bis 20 SGB V Ausweitung der Videoonlinesprechstunde

A Beabsichtigte Neuregelung

Bisher sah der gesetzliche Auftrag vor, für konsiliarische Befundbeurteilungen die Videoonlinesprechstunde im Einheitlichen Bewertungsmaßstab einzuführen und für die technische Umsetzung eine Vereinbarung auf Basis des § 291g SGB V zu treffen. Diese Aufträge wurden erfüllt. Mit der neuen Regelung wird diese nun etablierte Leistung der Videoonlinesprechstunde inhaltlich ausgeweitet. Die Vorgabe für Indikationen entfällt. Auch der Personenkreis, der die Videoonlinesprechstunde anbieten bzw. in Anspruch nehmen kann, wird mit der Neuregelung erweitert. Um eine zusätzliche Förderung der Videoonlinesprechstunde zu erreichen, sollen Zuschläge für die Versorgung von Pflegebedürftigen vereinbart werden. Außerdem sind bei der Vereinbarung die Besonderheiten der psychotherapeutischen Versorgung zu berücksichtigen. Die Vereinbarung nach § 291g SGB V ist entsprechend anzupassen.

B Stellungnahme

Grundsätzlich wird die Ausweitung der Leistung der Videoonlinesprechstunde begrüßt. Es ist richtig, dass bei der Vereinbarung auf die Besonderheiten der psychotherapeutischen Versorgung in besonderem Maße zu achten ist. Die Begründung, die Leistung der Videoonlinesprechstunde auszuweiten, ist sachgerecht. Allerdings den Anwendungsbe-
 reich alleine in das Ermessen der Ärzte bzw. des Arztes zu legen, erscheint zu weitgehend; bisherige Erfahrungen mit der Qualität und den Ergebnissen der Videoonlinesprechstunde liegen noch nicht ausreichend vor. Wichtig wäre, dass bisherige Qualitätsstandards, wie ein zwingend vorgegebener Arzt- Patientenkontakt vor einer Videoonlinesprechstunde, beibehalten werden.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 7 a), 7 b) und 7c § 119b SGB V Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

- a) Bisher war der gesetzliche Auftrag, dass stationäre Pflegeeinrichtungen Kooperationsverträge mit niedergelassen (Zahn-) Ärzten zur ärztlichen Versorgung der Pflegebedürftigen schließen sollen. Die geplante Neuregelung verpflichtet nunmehr die stationäre Pflegeeinrichtung Kooperationsverträge abzuschließen. Sollte ihr das nicht möglich sein, hat die Kassenärztliche Vereinigung, auf Antrag der Pflegeeinrichtung, dieser - als weitere Neuregelung - innerhalb von drei Monaten einen Vertrag zu vermitteln. Zudem wurde der Absatz 1 des § 119b dahingehend konkretisiert, dass die stationäre Pflegeeinrichtung eine verantwortliche Pflegefachkraft für die Zusammenarbeit mit den kooperierenden Ärzten benennt.
- b) Im neu gefassten Absatz 2a wird die Selbstverwaltung verpflichtet, einheitliche Anforderungen für die elektronische Kommunikation zwischen den stationären Einrichtungen und den mit diesen kooperierenden (Zahn-)Ärzten festzulegen. Mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene ist das Benehmen herzustellen.
- c) Mit dem neuen Absatz 2b werden telemedizinische Dienste wie die Videosprechstunde auch im Kontakt zwischen Arzt und Leistungserbringer im Pflegeheim als Leistung etabliert.
- d) Die Auswirkungen der Verträge nach Absatz 1 sollen auch im zahnmedizinischen Sektor evaluiert werden.

B Stellungnahme

Grundsätzlich begrüßt der AOK-Bundesverband die Konkretisierung der bisherigen gesetzlichen Regelung des § 119b SGB V. Die geplante Neuregelung bzgl. der Benennung der verantwortlichen Pflegefachkraft lässt jedoch die Frage offen, an wen die Benennung erfolgt. Daher schlägt der AOK-Bundesverband vor, dieses zu konkretisieren und zum Bestandteil des Kooperationsvertrages zu machen. Die direkte Mitwirkung der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu Anforderungen an eine elektronische Kommunikation kann zielführend sein.

Die Einführung telemedizinischer Dienste im Rahmen der Zusammenarbeit nach Absatz 1 Satz 1 wird grundsätzlich begrüßt.

Die Auswertung über die Auswirkungen der geschlossenen Verträge für den zahnmedizinischen Bereich ist ausdrücklich zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

Absatz 1 Satz 8 wird um die „im Kooperationsvertrag“ ergänzt und wie folgt gefasst: Stationäre Pflegeeinrichtungen benennen im Kooperationsvertrag eine verantwortliche Pflegefachkraft für die Zusammenarbeit nach Satz 1.

Nr. 8 § 132a SGB V Versorgung mit häuslicher Krankenpflege in Verbindung mit Artikel 10 Nr. 14 § 89 SGB XI

A Beabsichtigte Neuregelung

- a) Die Rahmenempfehlungspartner haben, insbesondere durch angemessene Zuschläge für längere Wegezeiten, in den Rahmenempfehlungen den besonderen Anforderungen an eine flächendeckende Versorgung im ländlichen Raum Rechnung zu tragen. Die entsprechenden Vorgaben u.a. für Honorierung von Wegezeiten in unterversorgten ländlichen Räumen und die Höhe der Zuschläge werden Teil der Rahmenempfehlung nach § 132a SGB V und sollen durch die Selbstverwaltung bestimmt werden.
- b) Neuregelung § 89 Absatz 3 SGB XI: Der von den Rahmenvereinbarungspartnern nach § 132a Absatz 1 SGB V festzulegende Sachverhalt ist auch in den Vergütungsvereinbarungen im Bereich der Pflegeversicherung zu berücksichtigen.

B Stellungnahme

Grundsätzlich wird die sachgerechte Berücksichtigung und Honorierung von längeren Wegezeiten begrüßt, die u.a. dazu beitragen soll, die Versorgung im ländlichen Raum zu stärken. Den Rahmenempfehlungspartnern auf der Bundesebene wird in diesem Zusammenhang aufgegeben, die infrastrukturellen Bedingungen im ländlichen Raum differenziert zu betrachten und bei der Zuschlagsregelung für Wegezeiten zu berücksichtigen. Die Betrachtung der Gesundheitsversorgung, insbesondere die pflegerische Versorgung im ländlichen Raum, muss auch unter Einbeziehung z.B. der ärztlichen und therapeutisch/medizinischen Versorgung gesehen werden, da der Bedarf an gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung sich durch ein komplexes Wirkungsgefüge ergibt. Wie viele Ärzte/innen, (Kranken-)Pfleger/innen und Krankenhausbetten, Pflegedienste, Pflegeeinrichtungen für eine optimale Versorgung erforderlich sind, kann somit nicht pauschal gesagt werden. Zwischen Ländern, die mit Blick auf zentrale epidemiologische Merkmale wie der Lebenserwartung oder einzelnen Erkrankungshäufigkeiten Ähnlichkeiten aufweisen, sind sehr große Unterschiede in der jeweiligen Infrastruktur zu beobachten. Ein konkreter Bedarf ist daher kaum objektivierbar oder quantifizierbar. In der Gesetzesbegründung führt der Gesetzgeber zwar aus, dass für die Festlegung der Kriterien u.a. Anhaltzahlen für geringe Bevölkerungsdichte, Feststellungen zu unterversorgten Gebieten und hierbei auch die Empfehlungen der Landespflegeausschüsse bzw. regionaler Ausschüsse nach § 8 Absatz 2 und 3 SGB XI maßgeblich sind. Bisher wurde dieser Auftrag an die genannten Ausschüsse durch den Gesetzgeber nicht in dieser konkreten Form adressiert. Die geplante Neuregelung beauftragt die Rahmenempfehlungspartner nach § 132a SGB V aber gerade, diese sehr differenzierte Länderspezifika für eine bundesweit einheitliche Regelung u.a. zu der Gewährung und der Höhe von Wegepauschalen abzubilden und festzulegen.

Mit der geplanten Regelung erfolgt zudem ein Bruch mit der bisherigen Systematik der Rahmenempfehlung nach § 132a SGB V. Die Rahmenempfehlungspartner verständigen

sich bisher ausschließlich auf „Grundsätze der Vergütungen ...“ (Nr. 5), die den Verträgen auf Landesebene zu Grunde zu legen sind. Die konkrete Verhandlung und Festlegung von Vergütungshöhen wäre dagegen ein Novum.

Vor dem Hintergrund der bisherigen Systematik und der Schwierigkeit auf der Bundesebene zum einen, eine Art Pflege-Infrastruktur-Landkarte zu erstellen, auf dessen Grundlage versucht werden soll, Zuschläge zu vereinbaren, die zudem den sehr unterschiedlichen Personal- und Sachkosten der einzelnen Pflegedienste gerecht werden soll, ist die konkrete Verhandlung der Vergütungshöhen für Wegezeiten besser auf der Länderebene zu verorten; das auch Zusammenhang mit der Berücksichtigung der Empfehlungen der Landespflegeausschüsse bzw. regionaler Ausschüsse nach § 8 Absatz 2 und 3 SGB XI.

Die gesundheitliche und pflegerische Versorgung ist ein wichtiger Bereich der Daseinsvorsorge. In strukturschwachen ländlichen Räumen stellen gesundheitliche und pflegerische Dienstleistungen einen besonders sensiblen Bereich dar, der unmittelbar die Lebensqualität bestimmt. Nachfrageseitig ist das Gesundheitswesen stark abhängig von der Bevölkerungsstruktur. Grundsätzlich steigt durch die Zunahme älterer Menschen die Zahl altersbedingter, mehrfach- und chronischer Erkrankungen, womit der Versorgungsbedarf grundsätzlich weiter zunimmt. Diese Problematik kann demnach nicht alleine über eine veränderte Wegezeit-Vergütung gelöst werden. Insbesondere auch nicht vor dem Hintergrund des zunehmenden Pflegepersonalmangels im ländlichen Bereich; dagegen kann auch ein Risiko darin gesehen werden, dass durch die Bindung von pflegerischer Ressourcen für sehr weite Wegstrecken der Mangel noch verstärkt werden kann.

C Änderungsvorschlag

Es wird vorgeschlagen, den unter § 132a Absatz 1 nach Satz 5 neu eingefügten Satz zu streichen und unter Nummer 5 folgende Ergänzungen nach dem Wort Arbeitsentgelte aufzunehmen:

sowie erstmalig bis zum 30. Juni 2019 Vorgaben für die Honorierung von längeren Wegezeiten in unterversorgten ländlichen Räumen durch Zuschläge

Nr. 9 § 137i SGB V Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des Pflegebudgets nach § 6a KHEntgG, 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. Diese Finanzierung über Zuschläge entfällt im Jahr 2020, also sobald die Pflegepersonalkosten umfassend durch die vereinbarten Pflegebudgets finanziert werden und somit auch etwaige Kosten aus der Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen berücksichtigt sind.

B Stellungnahme

Die Folgeänderung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Auf den ergänzenden Änderungsbedarf zum § 137i SGB V in der Stellungnahme des GKV-SV wird verwiesen.

Nr. 11 § 271 SGB V Beteiligung des Bundes an Aufwendungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu Buchstabe a

Zu § 221 Abs. 3 Nr. 2.

Die Vorschrift enthält die Rechtsgrundlage für die Zuführung von Mitteln aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zum Krankenhausstrukturfonds. Sie soll für den Zeitraum ab 2019 angepasst werden.

§ 271 Absatz 2 Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds werden dem Strukturfonds zur Finanzierung der Fördermittel nach § 12 und § 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ab dem Jahr 2016 Finanzmittel bis zu einer Höhe von 500 Millionen Euro und ab dem Jahr 2019 Finanzmittel bis zu einer Höhe von zwei Milliarden Euro, jeweils abzüglich des anteiligen Betrags der landwirtschaftlichen Krankenkassen gemäß § 221 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 und Satz 5 zugeführt, soweit die Fördermittel von den Ländern nach Maßgabe der §§ 12 bis 14 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abgerufen werden“.

B Stellungnahme

Ursprüngliches Ziel war bei der Einführung des Strukturfonds eine qualitätsorientierte Krankenhauslandschaft insbesondere durch Konzentration von Leistungen und Schließung nicht benötigter Krankenhauskapazitäten zu erreichen. Hierfür sollten, da das ursprüngliche Ziel noch nicht erreicht wurde, weitere Mittel bereitgestellt werden.

Was die weiteren in § 11 Krankenhausstrukturfondsverordnung genannten Fördertatbestände betrifft, ist die Stellungnahme zu Nr. 3 § 1, 2, 3, 4, 5 zu beachten.

C Änderungsvorschlag

Voraussetzung für die Änderung von § 271 SGB V ist die Anpassung von § 12 a KHG entsprechend der Stellungnahme zu Nr. 3 § 1, 2, 3, 4, 5

Nr. 12 § 301 SGB V Absatz 2a und 3 Krankenhäuser

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu Buchstabe a

Seit dem Jahr 2018 können Krankenhäuser für einen bestehenden erhöhten Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten eine zusätzliche Vergütung abrechnen (Zusatzentgelte ZE162 und ZE163). Die Krankenhäuser verfügen für ihre Patientinnen und Patienten aber weder über gesicherte Informationen zum Pflegegrad nach dem SGB XI noch kann dieser im Wege der Diagnostik von ihnen selbst festgestellt werden. Insoweit sind die Krankenhäuser auf entsprechende Informationen der Patientinnen und Patienten oder deren Angehörige angewiesen. Die Praxis zeigt, dass diese Informationsgrundlage vielfach nicht belastbar und fehleranfällig ist. Damit die Krankenhäuser die zusätzliche Vergütung zukünftig auf einer gesicherten Basis abrechnen können ist es notwendig, die Krankenkassen zu verpflichten den Krankenhäusern, die hierfür erforderlichen Informationen zur Pflegebedürftigkeit der bei ihnen versicherten Patientinnen und Patienten mitzuteilen. Ziel muss es sein, dass unverzüglich nachdem das Krankenhaus dem Kostenträger die Aufnahme anzeigt, also möglichst zeitnah nach der Aufnahme, dem Krankenhaus die vom Kostenträger übermittelte Information zu einem bestehenden Pflegegrad vorliegt, so dass keine Verzögerungen für das Krankenhaus bei der Abrechnung seiner Leistungen entstehen. Durch die frühzeitige Datenübermittlung wird gewährleistet, dass für die Abrechnung die notwendigen belastbaren Daten rechtzeitig vorliegen und diesbezüglich insoweit spätere Prüfungen und Beanstandungen vermieden werden.

Gemäß § 96 SGB XI dürfen die Pflegekassen und die Krankenkassen personenbezogene Daten, die zur Erfüllung ihrer jeweiligen gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind, gemeinsam verarbeiten und nutzen. Durch die organisatorische Anbindung der Pflegekassen unter dem Dach der Krankenkassen liegen den Krankenkassen insoweit die Informationen zum Pflegegrad ihrer Versicherten vor. Mit der Übermittlungspflicht der Pflegegrade für Abrechnungszwecke an die Krankenhäuser wird für die Krankenkassen eine verbindliche Rechtsgrundlage zur Datenübermittlung an die Krankenhäuser geschaffen. Das Krankenhaus hat die übermittelten Informationen der Krankenkassen seiner Abrechnung zugrunde zu legen. Der übermittelte Pflegegrad ist für die Kodierung des Operationen- und Prozedurenschlüssels zum Pflegegrad zu verwenden. Auf diese Weise wird auch gewährleistet, dass belastbare Daten zum Pflegegrad über den Datensatz nach § 21 KHEntgG an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt werden und damit in die Kalkulation der Entgelte eingehen.

Zu Buchstabe b

Der GKV-Spitzenverband und die DKG haben bei der Ausgestaltung der Datenübermittlung nach Absatz 3 zum frühestmöglichen Zeitpunkt das Nähere zur Form der in Absatz 2a vorgesehenen unverzüglichen Übermittlungspflicht der Pflegegrade nach SGB XI zu vereinbaren.

B Stellungnahme

Zu Buchstabe a)

Die Änderung ist sachgerecht.

Zu Buchstabe b)

Die Änderungen sind folgerichtig. Eine vollumfängliche Abbildung der Informationsweitergabe seitens der Kassen auf dem Wege der Datenübermittlung nach § 301 SGB V wird erst zum 1.1.2020 möglich sein. Ab 1.1.2019 soll die Vereinbarung nach § 301 SGB V dahingehend angepasst werden, dass eine frühestmögliche Übermittlung möglich sein wird. Erste Gespräche mit der DKG wurden seitens der GKV bereits geführt, um eine zeitnahe Umsetzungsvereinbarung zu erzielen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 8 Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 1 § 3 KHEntgG Grundlagen

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung von Pflegebudgets nach § 6a für die krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung und dessen Abzahlung über tagesbezogene Pflegeentgelte.

B Stellungnahme

Die Folgeänderung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 2c § 4 KHEntgG Regelungen zur Vereinbarung von zusätzlichen Leistungen im Erlösbudget ab dem Jahr 2017

A Beabsichtigte Neuregelung

Gesetzliche Festlegung der regelhaften Höhe des Fixkostendegressionsabschlages (FDA) über das Jahr 2018 hinaus auf 35%. Streichung des erhöhten FDA.

Redaktionelle Folge-Anpassungen und Bereinigung des Gesetzes um die – wegen Zeitablaufs - nicht mehr relevanten Regelungen zum Mehrleistungsabschlag aus Abs. 2a (alt) sowie die Regelungen zur Vergütung von Leistungen für ausländische Patienten oder für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem AsylbLG außerhalb des Erlösbudgets im Jahr 2015.

B Stellungnahme

Zu Art. 8 Nr. 2 Buchstabe c), Doppelbuchstabe aa) und Doppelbuchstabe bb)

Die Entfristung der bundeseinheitlichen gesetzlichen Festlegung zur regelhaften Höhe des FDA wird von der AOK unter den auch in der Begründung genannten Aspekten der Planungssicherheit und der Bürokratieentlastung auf Landesebene begrüßt. Die Festlegung der regelhaften Höhe auf dauerhaft nur 35% dagegen ist insbesondere bei Beibehaltung aller Ausnahmen und mit Blick auf die zugleich vorgesehene Streichung des Instrumentes des erhöhten Fixkostendegressionsabschlages abzulehnen.

1. Zum einen ist die in der Begründung zugrunde gelegte Annahme, dass der erhöhte Abschlag nicht zur Anwendung kam, nicht zutreffend. Die Streichung würde somit zu deutlichen Mehrkosten führen, nicht - wie in der Begründung dargestellt - zu keinen Mehrausgaben. Die irrige Aussage der Begründung, dass die Streichung des erhöhten FDA sich nicht auf die Höhe des effektiven FDA auswirke, gründet auf der Betrachtung, dass der jetzt vereinbarte durchschnittliche Abschlagssatz auf einem Niveau von ca. 35 % liegt und die Vereinbarungen den anteiligen Effekt des erhöhten FDA vielfach nicht gesondert ausweisen, und ist damit falsch. Die Krankenkassen haben sehr wohl regelhaft für einen Teil der Mehrleistungen einen Abschlag bis zu 50 % vereinbart, aber aufgrund der Wirkung der zahlreichen Ausnahmetatbestände liegt der effektive FDA unter 35 %. Würde nun die Option zur Vereinbarung höherer Sätze gestrichen und die Ausnahmen ansonsten belassen, muss zwangsläufig der - effektive - durchschnittliche Abschlagssatz in Richtung 20 % oder darunter absinken. Damit entstehen selbstverständlich Mehrkosten, deren Volumen sich – nach ersten Auswertungen der bisher vorliegenden Vereinbarungen - auf einen mittleren zweistelligen Millionenbetrag belaufen. Dies wäre nur zu vermeiden durch eine gleichzeitige Anhebung der regelhaften Höhe des FDA oder Verschlinkung von Ausnahmen.
2. Bei einer Streichung (allein) des erhöhten FDA ohne sonstige Anpassungen des Instrumentes ist das mit diesem Instrument angestrebte Mengensteuerungsziel infolge der somit gegebenen Erhöhung des Preisniveaus der Vergütung stationärer Leistungen zwangsläufig ebenfalls gefährdet. Die resultierende Preiserhöhung würde Fehlansätze zur Mengenausweitung und letztlich eine verstärkte Auslastung der Pflege

induzieren und die Anreize zur Erbringung medizinisch nicht erforderlicher Leistungen erhöhen. Bei einer Fortschreibung der regelhaften Höhe des FDA bei nur 35% muss der erhöhte FDA daher erhalten bleiben.

3. Das in der Begründung genannten gesetzlichen Ziel des - ansonsten ausgabenneutralen - Bürokratieabbaus und der reinen Erhöhung der Planungssicherheit wird allein durch die vorgeschlagene Maßnahme der Streichung des § 10 Abs. 13 KHEntgG auf Landesebene und der dauerhaften gesetzlichen Festlegung des Regel-FDA auf 35% allerdings auch nicht hinreichend gewährleistet. Nach mehr als einem Jahr Anwendung des FDA (seit 2017) auf der Ortsebene sind schon jetzt massive Umsetzungsprobleme und problematische Auswirkungen auf die Zusammenarbeit zwischen den Vertragspartnern sowie das Verhandlungs- und Leistungsgeschehen durch den FDA zu verzeichnen.

Vor diesem Hintergrund ist eine weitergehende Verschlinkung des Instrumentes auch auf der Ortsebene geboten, als sie der Gesetzesentwurf bisher vorsieht. Es wird dazu vorgeschlagen, die regelhafte Höhe des dreijährigen Fixkostendegressionsabschlages ab dem Jahr 2019 dauerhaft auf 45,0% festzulegen, um die Erreichung des Mengensteuerungszieles zu gewährleisten sowie die bestehenden Ausnahmen zu überprüfen und zu verschlanken. Hierzu wären – überblickshaft - folgende Maßnahmen bzgl. der Anpassung der Ausnahmen aus § 4 Abs. 2b Satz 3 Nr. 1 KHEntgG zu empfehlen:

Lfd. Nr.	Ausnahme	Bewertung	Modifikation
1	Transplantationen	Eher sinnvoll bzgl. Organ-TX	Konkretisierung der Regelung
2	Polytrauma	Eher sinnvoll	Konkretisierung der Regelung
3	Schwerbrandverletzte	Sinnvoll	--
4	Versorgung von Frühgeborenen	Eher sinnvoll	Konkretisierung der Regelung
5	Leistungen mit Sachkostenanteil von mehr als 2/3	Eher sinnvoll	Berücksichtigung der Effekte aus der Einführung des Pflegebudgets nach § 6a KHEntgG
6	Zusätzlich bewilligte Versorgungsaufträge, für die bislang keine Abrechnungsmöglichkeit bestand	Bedingt sinnvoll (qualitativ) bzw. schädlich (quantitativ)	Qualitative neue Versorgungsaufträge beibehalten, quantitative neue Versorgungsaufträge differenzieren und konkretisieren
7	Krankenhausplanerisch ausgewiesene Zentren	Nicht sinnvoll	Streichung
8	Leistungen mit abgesenkter oder abgestufter Bewertung	Nicht sinnvoll	Streichung
9	Nicht mengenanfällige Leistungen – hälftiger FDA	Nicht sinnvoll	Streichung
10	Leistungsverlagerungen – hälftiger FDA	Nicht sinnvoll	Streichung

4. Keinesfalls darf durch die gesetzliche Anpassung der Status Quo hinsichtlich der Erreichung des Mengensteuerungszieles und der Ausgabenwirkung gefährdet werden. Insbesondere sofern der erhöhte FDA gestrichen wird, ist der regelhafte FDA-Satz zwingend zu erhöhen, damit das Mengensteuerungsziel nicht gefährdet wird. Um Fehlentwicklungen hinsichtlich der Mengenentwicklung wie jüngst z.B. im Bereich der Knieendoprothetik zu sehen, nachhaltig entgegenzuwirken, sollten die hier unterbreiteten Vorschläge für die Weiterentwicklung des FDA Berücksichtigung finden.

Weitere Anmerkungen zu Art. 8 Nr. 2 Buchstabe c) cc)

Die bisherige gesetzliche Vorgabe zum FDA sieht vor, dass dieser u.a. nicht bei „Leistungen mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln“ gilt (§ 4 Abs. 2b Satz 2 Nr. 1b KHEntgG, alte Fassung). Diese Regelung findet nun ab 2020 auf die DRG-Fallpauschalen Anwendung, die um die Leistungen der Pflege bereinigt worden sind. Um die gleiche Wirkung der Regelung zu erzielen, ist eine Anpassung erforderlich. Dabei ist zu berücksichtigen, dass dort, wo früher 66,67 Anteile von 100 Sachkosten erreicht werden mussten, um vom FDA befreit zu werden, jetzt nur noch 53,33 Anteile erforderlich wären. Dies führt im Ergebnis zu einer Verschiebung der Messlatte nach unten und kann

vom Gesetzgeber sicher so nicht gewollt sein. Um also die 66,67 von 100 auch nach der Herausnahme der Pflege zu behalten, müssten jetzt 83,33 % von 80 gerechnet werden. Denn wenn sich die Grundlage für die anzuwendende Regelung ändert, muss sich auch der zu berücksichtigende Anteil ändern. Es ist daher eine entsprechende Regelung erforderlich, die diesen Sachverhalt berücksichtigt. Bei einer Annahme von 20 Prozent Pflegebudget an den Fallpauschalen vor der Änderung ergibt sich nach der Bereinigung rechnerisch ein Sachkostenanteil in Höhe von 83,33 % (2 dividiert durch 3 mal 100 dividiert durch 80-mal 100).

C Änderungsvorschlag

Vorschlag 1: (45% Regel-FDA, Verschlinkung der Ausnahmen)

Zu Art. 8 Nr. 2 Buchstabe c)

Doppelbuchstabe aa) wird wie folgt geändert:

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

Doppelbuchstaben bb) und cc) werden wie folgt gefasst:

„bb) § 4 Abs. 2b Satz 3 wird wie folgt gefasst:

Der für das Krankenhaus anzuwendende Abschlag nach Satz 1 oder Satz 2 gilt nicht bei

- a) Organtransplantationen in Einrichtungen, welche laut Krankenhausplan in Verbindung mit den Feststellungsbescheiden dafür ausgewiesen sind; Polytraumata der MDC 21 des Kataloges nach § 17b KHG; schwer brandverletzten Patienten und der Versorgung von Frühgeborenen unter 1.500 g in den Perinatalzentren gem. Level 1 und 2 der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL),
- b) Leistungen mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln; ab dem Jahr 2020 Leistungen mit einem Sachkostenanteil von mehr als 83,33 von Hundert,
- c) erstmals bewilligten zusätzlichen Versorgungsaufträgen, für die bislang keine Abrechnungsmöglichkeit bestand oder ex ante durch die zuständigen Landesbehörde bewilligte Ausweitungen des bestehenden Versorgungsauftrages eines Krankenhauses, die hinsichtlich des Versorgungsangebotes in der Region kapazitätsneutral sind oder zu einer Begrenzung des regionalen Versorgungsangebotes führen (geplante Strukturbereinigungsmaßnahmen).“

„cc) § 4 Abs. 2b Satz 4 wird gestrichen.“

Hilfsweiser Vorschlag:

Vorschlag 2: (Beibehaltung Status Quo: Fortschreibung der bestehenden Regelungen 35% Regel-FDA, Beibehaltung des erhöhten FDA und der Ausnahmen)

Zu Art. 8 Nr. 2 Buchstabe c):

Doppelbuchstaben bb), cc) und ff) werden gestrichen.

Doppelbuchstaben dd) wird bb) und Doppelbuchstabe ee) wird cc).

Ergänzender Vorschlag zu Artikel 8, Nummer 2 c) cc)

Die Regelung in Art. 8 Nr. 2 c) cc) wird wie folgt ergänzt:

„Leistungen mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln; ab dem Jahr 2020
Leistungen mit einem Sachkostenanteil von mehr als 83,33 von Hundert,“

Nr. 2e, f § 4 KHEntgG Vereinbarung eines Erlösbudgets

A Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe e)

Zur Verbesserung der Personalausstattung in der Pflege wird das bestehende Pflegestellen-Förderprogramm bedarfsgerecht weiterentwickelt und ausgebaut. Anstelle der bislang zum Jahresende vorgesehenen Beendigung der Förderung wird diese über das Jahr 2018 verlängert. Zudem werden die Rahmenbedingungen der Förderung weiter ausgebaut. Zum einen werden zukünftig zusätzliche Neueinstellungen oder Aufstockungen von Teilzeitstellen für die Pflege am Bett vollständig von den Kostenträgern refinanziert. Der bisherige zehnpromtente Eigenanteil entfällt für ab dem Jahr 2019 getätigte Neueinstellungen und Personalaufstockungen bei Personalstellen für die Pflege am Bett. Zum anderen wird die bislang vorgesehene Begrenzung des jährlich zu vereinbarenden Betrags zur Finanzierung der Neueinstellung oder Aufstockung von Teilzeitstellen bis zu einem maximal 0,15-prozentigen Budgetanteil aufgehoben. Ferner verbleiben die Mittel des laufenden Pflegestellen-Förderprogramms weiterhin dem einzelnen Krankenhaus, so dass auf die bislang vorgesehene Mittelüberführung in den Pflegezuschlag zum Jahr 2019 verzichtet wird. Die Regelung gilt bis zum Inkrafttreten der neuen Regelung zur Pflegepersonalkostenfinanzierung ab dem Jahr 2020.

Buchstabe f)

Zusätzlich zu der durch § 4 Absatz 8 erfolgenden umfassenden Finanzierung der Personalkosten von Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen für Pflegepersonal am Bett werden zur strukturellen Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen in der Pflege zukünftig durch Absatz 8a geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf anteilig von den Kostenträgern finanziert.

B Stellungnahme

Zu e) Die Öffnung des Pflegestellen-Förderprogramms wird im Sinn eines politischen Zeichens an das Pflegepersonal begrüßt. Allerdings zeigen die Berichte zur Ausschöpfung des Programms bisher, dass selbst die heute zur Verfügung stehenden Mittel nicht abgerufen werden, so dass zumindest aktuell nicht von erheblichen Effekten ausgegangen werden kann. So zeigen die Statistiken der Bundesagentur für Arbeit, dass es nur wenige Pflegekräfte auf dem Arbeitsmarkt gibt und die Wiederbesetzungszeiten in Kranken- und Altenpflege über 150 Tage betragen. Die bisherige Form der Nachweise hat sich nicht bewährt und sollte verbessert werden.

Zu f) Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarung von Pflege, Familie und Beruf im Allgemeinen sind ein unbestimmter Begriff und werden zusätzliche finanzielle Mittel erfordern. Beispielsweise vorstellbar sind Zuschüsse für den verlängerten Betrieb von Kitas oder für unbeliebte Randzeiten bei der Kinderbetreuung. Derartige Leistungen sind gesamtgesellschaftlicher Natur und sind bei institutionellen Ansätzen durch die jeweils

zuständigen Haushalte von Bund, Ländern und Kommunen zu bestreiten. Sollten Gehaltsanhebungen, beispielsweise erhöhte Bezüge für die Betreuung kleiner Kinder oder zu pflegenden Angehörigen in Erwägung gezogen werden, sind diese Maßnahmen mit anderen Sozialleistungen wie Kindergeld, Pflegegeld etc. abzustimmen, um den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit nicht außer Kraft zu setzen. Schichtdienste und längere Abwesenheit von zuhause sind in zahlreichen Berufen anzutreffen und werden mit Bezug auf Einzelpersonen am besten durch die Tarifpartner geregelt. Diese Regelung ist daher aus grundsätzlichen Erwägungen abzulehnen, auch schon aufgrund des zusätzlichen bürokratischen Aufwands.

C Änderungsvorschlag

Zu e) An geeigneter Stelle sollte ein Passus aufgenommen werden, der dazu führt, dass die Prüfungen der Nachweise durch nicht (allein) vom Krankenhaus beauftragte Institutionen durchgeführt werden.

Zu f) Die Regelung ist zu streichen.

Nr. 2g § 4 KHEntgG Vereinbarung eines Erlösbudgets

A Beabsichtigte Neuregelung

Doppelbuchstabe aa

Die Regelung beinhaltet eine Präzisierung zur KRINKO-Empfehlung.

Doppelbuchstabe bb

Die Mittel des Hygieneförderprogramms nach § 4 Absatz 9 sind insoweit zu kürzen, als es sich um Pflegepersonalkosten handelt, die über das Pflegebudget finanziert werden.

B Stellungnahme

Doppelbuchstabe aa

Die Änderung ist sachgerecht.

Doppelbuchstabe bb

Die Änderung ist sinnvoll um Doppelfinanzierungen zu vermeiden.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 3 § 6 KHEntgG Vereinbarung sonstiger Entgelte

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der vollständigen Tarifierfinanzierung beim Pflegepersonal. Bei der überwiegenden Mehrheit der Krankenhäuser, deren Leistungen mit auf der Bundesebene kalkulierten Fallpauschalen vergütet werden, erfolgt die vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen, die oberhalb der geltenden Obergrenze liegen, über eine Anhebung der Landesbasisfallwerte. Der neu gefasste Satz 5 gewährleistet, dass auch bei Leistungen, deren Vergütung krankenhaushausindividuell vereinbart wird, bei Tarifsteigerungen oberhalb der geltenden Obergrenze die Tarifsteigerungen des Pflegepersonals vollständig finanziert werden. Dies betrifft speziell besondere Einrichtungen. Um eine vollständige Tarifierfinanzierung beim Pflegepersonal zu gewährleisten, darf der Anstieg der Erlössumme nicht durch eine Obergrenze beschränkt werden. Die Begrenzung des Anstiegs der Erlössumme findet daher insoweit bei einer Umsetzung der Tarifierfinanzierung keine Anwendung. Für Mittel, die für eine vollständige Tarifierfinanzierung beim Pflegepersonal vorgesehen sind, aber für andere Zwecke verwendet werden, ist in der Vereinbarung der Erlössumme ebenso wie bei der Vereinbarung des Erlösbudgets eine Rückzahlung zu regeln (siehe dazu Ausführungen zu § 11 Absatz 1 Satz 5).

B Stellungnahme

Die grundsätzlichen Anmerkungen zur Einführung der vollständigen Tarifierfinanzierung beim Pflegepersonal wurden bereits unter Artikel 4 Nr. 1 und Artikel 8 Nr. 8 vorgenommen.

C Änderungsvorschlag

Siehe Ausführungen zu Artikel 4 Nr. 1 und Artikel 8 Nr. 8

Nr. 4 § 6a KHEntgG Vereinbarung eines Pflegebudgets

A Beabsichtigte Neuregelung

Im Zusammenhang mit der neuen Pflegepersonalkostenvergütung gibt § 6a die Einzelheiten für die Vereinbarung eines Pflegebudgets durch die Vertragsparteien nach § 11 vor. Die Regelung gibt den rechtlichen Rahmen für die Anwendung des nach § 17b Absatz 4 KHG vereinbarten Pflegeerlöskatalogs für eine bessere und krankenhausespezifische Vergütung der Pflegepersonalkosten für die Patientenversorgung vor.

Absatz 1

Satz 1 gibt vor, dass das Pflegebudget von den Vertragsparteien nach § 11 zur Finanzierung der auf der Grundlage von § 17b Absatz 4 Satz 1 und 2 KHG definierten Pflegepersonalkosten für die Patientenversorgung zu vereinbaren ist.

Satz 2 listet ergänzend zu der positiven Definition des Pflegebudgets auf, welche Entgelte nicht Gegenstand des Pflegebudgets sind. Hierzu gehören die Entgelte des Erlösbudgets, soweit nicht bisherige Bestandteile des Erlösbudgets nach Absatz 2 Satz 3 ausdrücklich bei der erstmaligen Vereinbarung in das Pflegebudget einbezogen werden bzw. nach Absatz 2 Satz 4 zumindest eine teilweise Einbeziehung in Frage kommt. Auch umfasst das Pflegebudget nicht die in der Erlössumme nach § 6 zusammengefassten, krankenhausespezifisch zu vereinbarenden Entgelte, soweit nicht enthaltene Pflegeerlösanteile zu bereinigen sind. Ferner schließt es die aus unterschiedlichen Gründen zu leistenden Zu- und Abschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 nicht ein. Ebenso beinhaltet es nicht die Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Absatz 2 und die Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern.

Absatz 2

Nach Satz 1 ist die Summe der krankenhausespezifischen Pflegepersonalkosten für die Patientenversorgung, die auf Basis der bundeseinheitlichen Vorgaben der Vertragsparteien auf Bundesebene auszugliedern sind, Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des ersten Pflegebudgets für das Jahr 2020. Dabei sind die Vorgaben der Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 17b Absatz 4 Satz 1 und 2 KHG zur sachgerechten Zuordnung der über das Pflegebudget zu finanzierenden Pflegepersonalkosten von den Krankenhäusern und den anderen Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG zu beachten.

Gegenüber dem Vorjahr für das Jahr 2020 zu erwartende kostenwirksame Veränderungen sind nach Satz 2 zusätzlich zu berücksichtigen. Die bisher im Rahmen des Pflegestellen-Förderprogramms nach § 4 Absatz 8 krankenhausespezifisch vereinbarten Mittel gehen nach Satz 3 in dem Pflegebudget auf. Nach Satz 4 sind Mittel des Hygieneförderprogramms nach § 4 Absatz 9 insoweit einzubeziehen, als es sich um Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung handelt und diese dauerhaft zu zahlen sind, z. B. bei Neueinstellungen. Sofern die Vertragsparteien nach § 11 bei der Vereinbarung des Pflegebudgets von einer Fehlschätzung der Pflegepersonalkosten und der nach Satz 2 für das Jahr 2020 zu erwartenden kostenwirksamen Veränderungen ausgehen, ist nach Satz 5 eine falsche Basis des Pflegebudgets 2020 im Folgejahr zu berichtigen und zusätzlich in Form einer Ausgleichszahlung zu berücksichtigen.

Nach Satz 6 wird der Zuwachs des Pflegebudgets nicht durch die Obergrenze des Veränderungswerts nach § 9 Absatz 1b Satz 1 begrenzt. Sofern die Kostenentwicklung dies erfordert, kann ein dynamisch wachsendes Pflegebudget vereinbart werden, unabhängig davon, ob die Kostenentwicklung durch zusätzliche Einstellungen oder Lohn- und Gehaltssteigerungen des Pflegepersonals in der Patientenversorgung bedingt ist.

Um dementsprechend eine dem krankenhausindividuellen Pflegepersonalbedarf und dem hierfür erforderlichen Aufwand ausreichende Finanzierung zu gewährleisten, sind nach Satz 7 die dem einzelnen Krankenhaus entstehenden Pflegepersonalkosten als wirtschaftlich anzusehen. Das Wirtschaftlichkeitsgebot wird daher unabhängig von der Höhe der geltend gemachten Kosten nicht verletzt. Die Mittel des Pflegebudgets sind nach Satz 8 vom Krankenhaus zweckgebunden zur Finanzierung der Kosten von Pflegepersonal in der Patientenversorgung zu verwenden. Soweit ein Krankenhaus dieser Anforderung nicht entspricht, sind die nicht zweckentsprechend verwendeten Mittel nach Absatz 3 Satz 4 zurückzuzahlen. Die Rückzahlung erfolgt über die Verrechnung mit dem Pflegebudget des nächstmöglichen Vereinbarungszeitraums.

Satz 9 gibt vor, dass für die Vereinbarung des Pflegebudgets in den Folgejahren mit Ausnahme der für das Jahr 2020 geltenden einmaligen Sonderregelungen der Sätze 3 und 4 entsprechend vorzugehen ist.

Zu Absatz 3

Absatz 3 trifft Vorgaben für die Unterlagen, die für die Verhandlung des Pflegebudgets vom Krankenhaus den anderen Vertragspartnern nach § 11 vorzulegen sind. Die Vorgaben werden nach Satz 5 durch die von den Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 zu vereinbarenden näheren Einzelheiten zu den vorzulegenden Unterlagen präzisiert und ergänzt.

Zu Absatz 4

Das vereinbarte Pflegebudget wird leistungsorientiert durch einen krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert abgezahlt. Der Pflegeentgeltwert wird unter Nutzung des zu kalkulierenden Pflegeerlöskatalogs ermittelt. Nach Satz 2 wird hierzu für das Vereinbarungsjahr das vereinbarte Pflegebudget durch die auf der Grundlage des Pflegeerlöskatalogs ermittelte Summe der voraussichtlichen Bewertungsrelationen des Krankenhauses dividiert. Damit wird die Transparenz über das Leistungsgeschehen in der Pflege gestärkt, da Unterschiede im pflegerischen Aufwand der Häuser und in der verfügbaren Pflegepersonalausstattung offenbar werden. Der resultierende Pflegeentgeltwert für das jeweilige Kalenderjahr ist als Bestandteil der allgemeinen Krankenhausleistungen bei zugelassenen Krankenhäusern für alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich für die Abrechnung im Zusammenhang mit voll- und teilstationären Belegungstagen in Rechnung zu stellen.

Zu Absatz 5

Entstehen bei der Abzahlung des Pflegebudgets während des Kalenderjahrs Abweichungen gegenüber dem vereinbarten Pflegebudget, so sind diese nach Satz 1 unabhängig von deren Ursache vollständig auszugleichen. Hintergrund ist, dass das Pflegebudget vom Krankenhaus zur vollständigen Deckung von Pflegepersonalkosten benötigt wird. Nach Satz 2 ist durch entsprechende Anwendung von § 4 Absatz 3 Satz 7 für die

Ermittlung der Mehr- oder Mindererlöse vom Krankenhaus eine bestätigte Aufstellung über die Erlöse aus den tagesbezogenen Pflegeentgelten vorzulegen. Durch entsprechende Anwendung von § 4 Absatz 3 Satz 9 wird vorgegeben, dass bei der Verhandlung des Pflegebudgets Abschlagszahlungen auf einen erforderlichen Ausgleichsbetrag zu berücksichtigen sind, wenn zum Verhandlungszeitpunkt der endgültige Betrag noch nicht bekannt ist. Nach Satz 3 ist der Ausgleichsbetrag durch Verrechnung mit dem Pflegebudget des nächstmöglichen Vereinbarungszeitraums abzuwickeln.

B Stellungnahme

Die grundsätzlichen Anmerkungen zur Einführung eines Pflegebudgets wurden bereits unter Art. 2 Nr. 2 vorgenommen. Die sich aus der Umsetzung dieser Vorschläge ableitende Anpassungen wären entsprechend zu berücksichtigen.

Zu Absatz 1

Bei der Vereinbarung eines Pflegebudgets ist grundsätzlich sicherzustellen, dass es nicht zu Doppelfinanzierungen kommt. Verschiebepauschalen, die zu Lasten der Pflege gehen, sind auszuschließen. Hierzu ist erforderlich, dass die Pflegeanteile aus den DRG-Fallpauschalen, den unbepreisten DRG-Fallpauschalen und den Zusatzentgelten herausgelöst werden. Alle bisherigen Entgeltbestandteile (E1, E2, E3 inkl. teilst. Leistungen und besonderer Einrichtungen) sind um die Pflegeanteile zu bereinigen. Der Gesetzentwurf sieht in Absatz 1 Satz zwar vor, dass die nach § 6 berücksichtigten Entgelte, die Zu- und Abschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 und die Entgelte nach § 6 Absatz 2 nicht im Pflegebudget enthalten sind. Um eine Doppelfinanzierung auszuschließen, ist darüber hinaus jedoch eine Regelung erforderlich, dass die Vertragsparteien vor Ort eine Vereinbarung über die in den Zu- und Abschlagstatbeständen nach § 5 KHEntgG sowie nach § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG enthaltenen Pflegeanteile treffen.

Zu Absatz 2

Die Regelung ist von dem Gedanken getragen, dass alle vom Krankenhaus geltend gemachten Kosten für das Pflegepersonal gerechtfertigt und als wirtschaftlich anzusehen sind. Mit dieser Regelung wird den Krankenhäusern ein Blankoscheck ausgestellt. Im Ergebnis wird dies dazu führen, dass sich die Krankenhäuser bei den Gehältern überbieten werden. Vor diesem Hintergrund sollten überdurchschnittliche Gehälter nicht finanziert werden. Ein Überbieten bei Gehältern bringt für die Patientenversorgung keine Verbesserung, sondern sorgt für Fehlanreize (Fluktuation) und eine bloße Umverteilung des Personals, das dorthin gehen wird, wo die Gehälter am höchsten sind. In diesem Zusammenhang ist die gesetzliche Annahme, dass alle dem einzelnen Krankenhaus entstehenden Pflegepersonalkosten als wirtschaftlich gelten, zu streichen oder zumindest dahingehend zu ergänzen, dass eine Anbindung an einen Leittarifvertrag erfolgt.

Zu Absatz 3

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 werden und nicht Überstunden aufgebaut werden. Zur Herstellung der entsprechenden Transparenz ist es erforderlich, dass der Vollkräfte-Anteil 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

Art. 8 Nr. 4 wird wie folgt geändert:

Änderung des § 6a Abs. 2

In § 6a Abs. 2 KHEntgG wird Satz 6 ergänzt um folgenden Halbsatz und Folgesätze: „... , soweit die Pflegepersonalvergütung auf tarifvertraglichen Regelungen oder entsprechenden Regelungen beruht. Dabei sind durchschnittliche Vergütungen, die um mehr als 5 % vom Tarifvertrag mit den meisten Beschäftigten in diesem Bereich abweichen, im Pflegebudget nicht berücksichtigungsfähig. Die in § x SGB V i.V. mit § 9 Abs. x KHEntgG bis zum Jahr 2021 entwickelten Pflegepersonalanhaltszahlen, sind ab dem Jahr 2023 zusätzlich bei der Vereinbarung des Pflegebudgets zu berücksichtigen. Die dem Pflegebudget zugrunde gelegte Anzahl an Vollkräften kann maximal um 5 % oberhalb der sich aus den Pflegepersonalanhaltszahlen ergebenden Anzahl an Vollkräften berücksichtigt werden.“

Änderung des § 6 a Abs. 3

§ 6 a Abs. 3 Satz 1 wird um folgenden Satzteil ergänzt:

(...) die nach den Berufsbezeichnungen entsprechend aufzugliedern sind.

Nach § 6 a Abs. 3 Satz 1 wird folgender Satz 2 angefügt:

„Überstunden sind entsprechend in Vollkraftäquivalente umzurechnen und separat auszuweisen“.

Nach § 6 a Abs. 3 Satz 5 werden folgende Sätze 6 und 7 angefügt:

„Die Pflegepersonalkosten sind nach den Berufsbezeichnungen entsprechend aufzugliedern. Überstunden sind entsprechend in Vollkraftäquivalente umzurechnen und separat auszuweisen“.

Vgl. auch die Hinweise zu Art. 9 Nr. 3

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 Abs. 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.

Nr. 5 § 7 KHEntgG Entgeltarten und Abrechnung

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Folgeregelungen zur Einführung von Pflegebudgets nach § 6a für die krankenhausesindividuellen Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung und dessen Abzahlung über tagesbezogene Pflegeentgelte.

B Stellungnahme

Die Folgeänderung ist innerhalb der Gesetzeslogik sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

s. Stellungnahme zu Artikel 8 Nr. 4

Nr. 6 § 8 KHEntgG Berechnung der Entgelte

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu Buchstabe a)

Es handelt sich um Folgeregelungen zur Einführung von Pflegebudgets nach § 6a für die krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung und dessen Abzahlung über tagesbezogene Pflegeentgelte.

Zu Buchstabe b)

Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung, da die Regel durch Zeitablauf nicht mehr relevant ist.

Zu Buchstabe c)

aa) Mit der Regelung wird gewährleistet, dass die krankenhausindividuell vereinbarten Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms auch über das Jahr 2018 hinaus dem einzelnen Krankenhaus in der vereinbarten Höhe verbleiben.

bb) Klarstellung, dass der Pflegezuschlag auch psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen in allgemeinen Krankenhäusern zugutekommt.

cc) Der Pflegezuschlag wird für Patientenaufnahmen ab dem 1. Januar 2020 nicht mehr bezahlt. Für Patientinnen und Patienten, die noch im Jahr 2019 aufgenommen wurden, ist dagegen der Pflegezuschlag weiterhin zu bezahlen. Eine Überführung der Mittel des Pflegezuschlags in das Pflegebudget nach § 6a erfolgt nicht.

B Stellungnahme

Zu Buchstabe a)

Die Folgeänderung ist innerhalb der Gesetzeslogik sachgerecht.

Zu Buchstabe b)

Die Rechtsbereinigung ist sachgerecht.

Zu Buchstabe c)

aa) Da es Wille des Gesetzgebers ist, den Pflegebereich zu stärken, ist es folgerichtig, bis zur Geltung eines eigenständigen Pflegebudgets, das Pflegestellenförderprogramm bis zu dessen Geltung im Jahr 2020 für das Jahr 2019 zu verlängern. Auf die Schwächen des Pflegestellenförderprogramms ist bereits in vorhergehenden Stellungnahmen ausführlich hingewiesen worden.

bb) Die Klarstellung wird unter dem Gesichtspunkt der Gleichbehandlung der Krankenhäuser begrüßt. Nach aktuellem Entwurf würde die Klarstellung jedoch erst ab und damit für 2019 gelten. Um Streitigkeiten auf der Ortsebene zu vermeiden, sollte bereits mit Wirkung für 2018 eine entsprechende Klarstellung erfolgen. Verhinderung von Irritationen wegen des nicht definierten Begriffes der Einrichtungen.

aaa)

Darüber hinaus ist der verwendete Begriff der „Einrichtung“ gesetzlich nicht definiert, was zu Irritationen führen kann. Stattdessen sollte auf den Begriff der Fachabteilung abgestellt werden.

cc) Das Auslaufen des Pflegezuschlags ab dem Jahr 2020 wird begrüßt, da eine Weitergeltung nur eine Doppelfinanzierung darstellt. Mit dem neuen Pflegebudget nach § 6a werden alle Pflegeaufwände finanziert. Einer weiteren Finanzierung durch den Pflegezuschlag bedarf es nicht. Aus diesem Grund ist es auch folgerichtig, die Mittel des Pflegezuschlags nicht in das Pflegebudget nach § 6a zu überführen.

Da der Pflegezuschlag ab dem Jahr 2020 entfällt, ist eine entsprechende Abrechnung von Differenzbeträgen nach § 10 Abs. 5 Satz 6 KHEntgG nicht mehr möglich. Eine entsprechende Anschlussregelung ist vorzusehen.

C Änderungsvorschlag

Zu c) bb)

vgl. Hinweise zu Artikel 12

zu c) bb) aaa)

Streichung des Wortes Einrichtungen und Ersetzung durch den Begriff „Fachabteilungen“

zu c) cc)

s. Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 2 und Artikel 8 Nr. 4

Da der Pflegezuschlag ab dem Jahr 2020 entfällt, ist eine entsprechende Anschlussregelung zu § 10 Abs. 5 Satz 6 KHEntgG zu treffen.

Nr. 7 § 9 KHEntgG Vereinbarung auf Bundesebene

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu Buchstabe a)

aa) Mit der Regelung werden die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragt, einen Katalog zu vereinbaren, in dem die Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen je Belegungstag auszuweisen sind. Über den Katalog erfolgt ab der erstmaligen Vereinbarung des Pflegebudgets gemäß § 6a zudem die tagesbezogene Abzahlung der Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser.

bb) Für den nach Nummer 2a zu vereinbarenden Katalog haben die Vertragsparteien auf Bundesebene Abrechnungsbestimmungen vorzusehen. Die Abrechnungsbestimmungen bilden die Grundlage für die Anwendung des neuen Katalogs durch die Krankenhäuser.

cc) Um sicherzustellen, dass zusätzliche Finanzmittel, die ein Krankenhaus auf Grund der vollständigen Tarifrefinanzierung für das Pflegepersonal erhält, auch zur Finanzierung von Pflegepersonal eingesetzt werden, haben die Vertragsparteien auf Bundesebene mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 einen entsprechenden Nachweis zu vereinbaren, den das Krankenhaus den Kostenträgern auf Ortsebene vorzulegen hat. Die näheren Einzelheiten für den Nachweis und das Rückzahlungsverfahren sind von den Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 31. März 2019 zu vereinbaren. Gelingt eine fristgerechte Vereinbarung nicht, so entscheidet die Bundesschiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG auf Antrag einer Vertragspartei.

dd) Die Vertragsparteien auf Bundesebene erhalten mit der Regelung den Auftrag, nähere Einzelheiten zur Verhandlung des Pflegebudgets nach § 6a, insbesondere zu erforderlichen Unterlagen und zur Rückzahlungsabwicklung nicht zweckentsprechend verwendeter Mittel, zu vereinbaren. Des Weiteren werden die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragt sich bis Ende Februar 2019 auf die Benennung derjenigen Prozedurschlüssel zu einigen, deren Dokumentation für Zwecke des DRG-Vergütungssystems zukünftig nicht mehr erforderlich ist und die daher zu streichen sind. Dabei ist eine Entlastung im Dokumentationsaufwand insbesondere durch eine Streichung der Pflegekomplexmaßnahmen-Scores zu erwarten.

Zu Buchstabe b)

Es handelt sich um eine Folgeänderung auf Grund des Wegfalls der bislang vorgesehenen Überführung der in den Jahren 2016 bis 2018 krankenhausindividuell vereinbarten Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms in den Pflegezuschlag.

B Stellungnahme

Zu Buchstabe a)

Innerhalb der Gesetzeslogik sind die Änderungen nachvollziehbar und notwendig. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass mit der Implementierung eines neuen Pflegebudgets nach § 6a auch neue Regeln aufgestellt werden, die hier beschrieben sind. Dazu zählen

neue Abrechnungsbestimmungen, Nachweis- und Rückzahlungsverfahren. Den hier zwischen den Verhandlungspartnern auf Bundesebene zu treffenden Vereinbarungen werden langwierige, umfangreiche und konflikträchtige Verhandlungen vorausgehen. Auf der einen Seite möchte der Gesetzgeber mit diesem Gesetz Verfahrensvereinfachungen und Bürokratieabbau, schafft aber in den Detailregelungen genau das Gegenteil. Hier werden die Verhandlungspartner auf Bundesebene weiter belastet, als es bei einer weniger komplexen Herangehensweise notwendig wäre.

Eine Streichung von Prozedurenschlüsseln wird abgelehnt. Zwar mögen diese Prozedurenschlüssel in der Systematik eines Pflegebudgets nicht mehr relevant sein, sie sind jedoch ein wichtiger Schlüssel für mehr Transparenz im Leistungsgeschehen. Einmal gestrichen, wird es nicht möglich sein, sie bei einem anderen sachgerechten Vergütungssystem einfach wieder zu reaktivieren. Bei einem zukünftigen Vergütungssystem, welches sich mehr an einem Leistungsbezug orientiert, werden derartige Prozedurenschlüssel nur mit großem Aufwand wieder zu entwickeln sein. Hier wird umfangreiches Wissen in der Darstellung von Prozeduren im Krankenhaus verloren gehen.

Zu Buchstaben a) cc)

In der Begründung des Referentenentwurfs (S. 80) ist der Hinweis zur zweckentsprechenden Mittelverwendung der zusätzlichen Tarifierfinanzierung durch Einstellung zusätzlichen Personals zu streichen. Diese Stellen wurden bereits über § 4 Abs. 8 KHEntgG finanziert. Die daraus ansonsten folgende Doppelfinanzierung ist in jedem Fall auszuschließen.

Zu Buchstabe b)

Im Rahmen der Gesetzeslogik ist die Folgeänderung sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

s. Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 2 und Artikel 8 Nr. 4

zu Buchstabe a) cc) In der Begründung des Referentenentwurfs (S. 80) ist der Hinweis zur zweckentsprechenden Mittelverwendung durch Einstellung zusätzlichen Personals zu streichen, weil diese Stellen bereits über § 4 Abs. 8 KHEntgG finanziert wurden.

zu Buchstabe a) dd) Streichung der Nummer 9.

Nr. 8 § 10 KHEntgG Vereinbarung auf Landesebene

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu Buchstabe a)

aa) Die Änderung in Satz 1 sieht vor, dass erstmals für die Auswirkungen von Tarifsteigerungen des Jahres 2018 eine vollständige Tarifierfinanzierung für das Pflegepersonal Anwendung findet.

bb) Durch Satz 2 wird eine vollständige Refinanzierung von erhöhten Personalkosten eingeführt, die durch Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal in Krankenhäusern entstehen. Die vollständige Tarifierfinanzierung gilt für das Pflegepersonal unabhängig von seinem konkreten Einsatzgebiet im Krankenhaus. Für die anderen Beschäftigtengruppen bleibt die bislang bestehende Regelung einer hälftigen Tarifierfinanzierung inhaltsgleich bestehen.

cc) Durch die vollständige Refinanzierung der Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal erhöht sich der Anteil der Erhöhungsrates, um den der Landesbasisfallwert anzuheben ist, von einem Drittel auf 40 Prozent.

Zu Buchstabe b)

Zur Verbesserung der Planungssicherheit und um unnötige Bürokratie zu vermeiden, ist die regelhafte Abschlagshöhe des Fixkostendegressionsabschlages auch nach dem Jahr 2018 nicht durch die Vertragsparteien auf Landesebene zu verhandeln.

B Stellungnahme

Zu Buchstabe a)

Die bislang gültige hälftige Refinanzierung von Tarifsteigerungen wird künftig im Pflegebereich durch eine vollständige Tarifierfinanzierung ersetzt. Aufgrund der Vielzahl an sich überschneidenden 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 abgebildet.

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

Die volle Tarifierfinanzierung hat darüber hinaus weitreichende Folgen für die zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern stattfindenden Tarifverhandlungen. Die Arbeitgeber werden durch die Möglichkeit der vollständigen Weiterreichung der Kostensteigerungen nur noch ein geringes Interesse haben, niedrige Tarifabschlüsse zu vereinbaren. Damit

würden künftig Tarifsteigerungen zulasten Dritter ausgehandelt. Wenn keiner der Verhandlungspartner für die finanziellen Folgen der Verhandlungsergebnisse aufkommen muss, wird das Konzept der Lohnfindung durch Tarifverhandlungen ad absurdum geführt. Ein solcher Freibrief kann nicht zu sachgerechten Ergebnissen führen. Unter dem Deckmantel eines Verhandlungsergebnisses würde der Gesetzgeber einem erneuten Kostenschub in der Kranken- und Pflegeversicherung Tür und Tor öffnen, von dem weder Versicherte noch Pflegebedürftige einen unmittelbaren Nutzen hätten. 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 im hohen Millionenbereich für die GKV wären die Folge.

Zu Buchstabe b)

Folgeänderung zu Artikel 8 Nummer 2

C Änderungsvorschlag

zu Buchstabe a) Streichung der Regelung

zu Buchstabe b) Vgl. Ausführungen zu Artikel 8 Nummer 2 a-d)

Nr. 9 § 11 KHEntgG Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu Buchstabe a)

aa) Mit den Ergänzungen in Satz 1 wird vorgegeben, dass auch das Pflegebudget nach § 6a unter der Berücksichtigung der dort getroffenen Vorgaben von den Vertragsparteien nach § 11 im Rahmen der jährlichen Verhandlung zu vereinbaren ist.

bb) Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung der vollständigen Tarifierfinanzierung für das Pflegepersonal. Um sicherzustellen, dass ein Krankenhaus die zusätzlichen Mittel, die es auf Grund der vollständigen Tarifierfinanzierung für das Pflegepersonal erhält, auch zur Finanzierung von Pflegepersonal einsetzt, sind nicht zweckentsprechend verwendete Mittel zurückzuzahlen.

Zu Buchstabe b)

aa) Die Regelung sieht vor, dass die Krankenhäuser zur Vorbereitung der jährlichen Budgetverhandlungen den übrigen Beteiligten zusätzlich zu den bislang vorzulegenden Unterlagen auch den Nachweis über die zweckentsprechende Verwendung der auf Grund der vollständigen Tarifierfinanzierung für das Pflegepersonal zusätzlich erhaltenen Mittel vorzulegen haben.

bb) Es handelt sich um die redaktionelle Korrektur eines fehlerhaften Verweises.

B Stellungnahme

Es handelt sich um der Gesetzeslogik folgende Änderungen. Diese beinhalten entsprechende Nachweisvereinbarungen zur Mittelverwendung bei der vollständigen Tarifierfinanzierung für das Pflegepersonal sowie Vereinbarungen zur Rückzahlung nicht zweckentsprechend verwendeter Mittel auf Krankenhausebene.

Zu Buchstabe b)

bb) Die redaktionelle Korrektur ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

zu Buchstabe a) und b) vgl. Ausführungen zu Artikel 2 Nummer 2 und Artikel 8 Nummer 8

zu Buchstabe b) bb) Keine

Nr. 10 § 12 KHEntgG Vorläufige Vereinbarung

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu Buchstabe a)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der Pflegebudgets nach § 6a.

B Stellungnahme

Die Folgeänderung bewegt sich im Rahmen der Gesetzeslogik.

C Änderungsvorschlag

Vgl. die Ausführungen zu Artikel 2 Nummer 2 und Artikel 8 Nummer 4

Nr. 11 § 14 KHEntgG Genehmigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich zum einen um Folgeänderungen dazu, dass der Fixkostendegressionsabschlag zukünftig dauerhaft gesetzlich fixiert wird und somit nicht mehr durch die Vertragsparteien auf Landesebene zu verhandeln ist und daher auch nicht mehr zu genehmigen ist.

Zum anderen handelt es sich um eine Folgeänderung zur Einführung der Pflegebudgets, die zukünftig ebenfalls durch die zuständige Landesbehörde zu genehmigen sind.

B Stellungnahme

Die Folgeänderungen bewegen sich im Rahmen der Gesetzeslogik.

C Änderungsvorschlag

Vgl. die Ausführungen zu Artikel 2 Nr. 2, zu Artikel 8 Nummer 2 a-d) und Nummer 4

Nr. 12 § 15 KHEntgG Laufzeit

A Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der Pflegebudgets.

Buchstabe b)

Die Regelung verhindert Liquiditätsprobleme der Krankenhäuser, die entstehen könnten, wenn 2020 die Bewertungsrelationen für die DRG-Fallpauschalen um die Kosten für das Pflegepersonal in der Patientenversorgung abgesenkt worden sind, die Vertragsparteien vor Ort jedoch noch kein Pflegebudget vereinbart haben.

B Stellungnahme

Buchstabe a)

Die Folgeänderung bewegt sich im Rahmen der Gesetzeslogik.

Buchstabe b)

Die Regelung ist sachgerecht, um regelungsfreie Zeiträume zu vermeiden.

C Änderungsvorschlag

Vgl. die Ausführungen zu Artikel 2 Nummer 2 und Artikel 8 Nummer 4

Nr. 13 §21 KHEntgG Übermittlung und Nutzung von Daten

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Die zu übermittelnden Strukturdaten werden um Daten des Pflegeerlöskatalogs nach § 17b Absatz 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.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Die Änderung von Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e sieht vor, dass die Anzahl der im Pflegedienst beschäftigten Personen nach Personalgruppen und Berufsbezeichnungen gegliedert zu übermitteln sind. Zu unterscheiden ist dabei z. B. examiniertes Pflegepersonal und Pflegehilfspersonal. Hierdurch werden die unterschiedlichen Qualifikationen des Pflegepersonals deutlich. Die Aufteilung nach Personalgruppen und Berufsbezeichnungen ist erforderlich, damit die Vertragsparteien, die durch die Pflegepersonaluntergrenzen verursachten Mehrkosten, ermitteln können, die nicht bereits über die Entgelte des DRG-Vergütungssystems oder andere Entgelte abgedeckt sind und die durch Vereinbarung krankenhausesindividueller Entgelte zu finanzieren sind. Eine Orientierung dabei kann die Ausgestaltung des Nachweises über die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i Absatz 4 SGB V bieten, für den ebenfalls eine Aufteilung der Pflegevollkräfte nach Personalgruppen und Berufsbezeichnungen vorgesehen ist. Die Personalgruppen und Berufsbezeichnungen sind jedoch mindestens insoweit aufzuschlüsseln, wie es für die Sichtbarmachung und Quantifizierung von Aufwandsunterschieden erforderlich ist. Das Nähere zu den zu übermittelnden Daten ist nach Absatz 4 Satz 2 von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbaren.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Änderung von Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe e sieht vor, dass als Bestandteil des Datensatzes nach § 21 auch die Zeiträume einer Intensivbehandlung und bei Verlegungen zwischen Fachabteilungen die Aufenthaltsdauer auf der jeweiligen Fachabteilung zu übermitteln ist. Die Daten sind bereits nach geltendem Recht grundsätzlich zu erheben (§ 301 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 SGB V). Die Informationen werden im Zusammenhang mit den Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V benötigt, um prüfen zu können, inwieweit den Krankenhäusern Mehrkosten entstehen, die noch nicht durch bestehende Entgelte finanziert werden. Dafür müssen die ergänzten Strukturinformationen nach Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e zur differenzierten Pflegepersonalausstattung und Informationen zum Leistungsgeschehen analysiert werden können. Für belastbare Analysen bedarf es dazu eines gemeinsamen Begriffsverständnisses für die Abgrenzung der jeweils zu übermittelnden Daten. Dies gilt insbesondere für die Definition der Zeiträume einer Intensivbehandlung.

Für die Zwecke der Datenübermittlung nach § 21 ist für die Intensivbehandlung und auch für die anderen pflegesensitiven Bereiche davon auszugehen, dass eine belastbare

Festlegung getroffen wird, da diese bereits für die Pflegepersonaluntergrenzen benötigt wird. Zugleich sind entsprechende Festlegungen für solide Datengrundlagen auch bereits für das Konzept und die Vereinbarung nach § 21 Absatz 4 Satz 2 unverzichtbar.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um Folgeänderungen, die im Zusammenhang mit Änderungen durch das PsychVVG beim neuen pauschalierenden Entgeltsystem für die Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen erforderlich sind.

Nach § 21 Absatz 5 Satz 1 vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene einen Abschlag von den pauschalisierten Pflegesätzen für die Krankenhäuser, die ihre Verpflichtung zur Übermittlung der Daten nach § 21 Absatz 1 nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erfüllen.

Absatz 5 Satz 3 sah bislang vor, dass der Abschlag in den Jahren 2013 bis 2021 nur übergangsweise bei der Vereinbarung des krankenhausesindividuellen Basisentgeltwerts berücksichtigt wird. Da mit dem PsychVVG aber geregelt wurde, dass die Vertragsparteien auf Ortsebene dauerhaft krankenhausesindividuelle Basisentgeltwerte zu vereinbaren haben, stellt die Streichung der Jahresangaben sicher, dass der vorgenannte Abschlag bei Bedarf dauerhaft von den Vertragsparteien auf Ortsebene bei der Vereinbarung krankenhausesindividueller Basisentgeltwerte zu berücksichtigen ist.

B Stellungnahme

Die Folgeänderung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 9 Weitere Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 1 § 6 KHG Vereinbarung sonstiger Entgelte

A Beabsichtigte Neuregelung

Die krankenhausesindividuellen Pflegepersonalkosten für das Pflegepersonal in der Patientenversorgung sind zukünftig im Rahmen des Pflegebudgets zu berücksichtigen. Hierdurch ändert sich der Anteil der Erhöhungsrates, um den die Erlössumme anzuheben ist, von bislang 40 Prozent auf einen von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu ermittelnden Anteil der Erhöhungsrates. Die Vertragspartner auf Bundesebene haben bei der konkreten Höhe des Anteilswerts zu berücksichtigen, welche Personalanteile im Krankenhaus im Durchschnitt der Tariffinanzierungsregelung unterliegen und welche Anteile des Pflegepersonals in der Patientenversorgung über das Pflegebudget finanziert werden.

B Stellungnahme

Die Folgeänderung bewegt sich im Rahmen der Gesetzeslogik.

C Änderungsvorschlag

Vgl. die Ausführungen zu Artikel 2 Nummer 2 und Artikel 8 Nummer 4

Nr. 2 § 9 KHG Vereinbarung auf Bundesebene

A Beabsichtigte Neuregelung

Da durch die jährliche Vereinbarung der Pflegebudgets auf der Grundlage der Krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten für das Pflegepersonal in der Patientenversorgung eine vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen gewährleistet ist, wird das Pflegepersonal in der Patientenversorgung zukünftig aus der Regelung zur Tarifrefinanzierung über den Landesbasisfallwert herausgenommen. Die Vertragspartner auf Bundesebene haben bei der konkreten Höhe des Anteilswerts zu berücksichtigen, welche Personalanteile im Krankenhaus im Durchschnitt der Tarifrefinanzierungsregelung unterliegen und welche Anteile des Pflegepersonals in der Patientenversorgung über das Pflegebudget finanziert werden.

B Stellungnahme

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.

C Änderungsvorschlag

Vgl. die Ausführungen zu Artikel 2 Nummer 2 und Artikel 8 Nummer 4
Klarstellung, dass ab dem Jahr 2020 der Prozentsatz so zu ermitteln ist, dass die verbleibenden Personalkosten zu 50% finanziert werden.

Nr. 3 § 10 KHG 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 auf der Grundlage der krankhausindividuellen Pflegepersonalkosten 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 Tarifrefinanzierung über den Landesbasisfallwert herausgenommen. Hierdurch ändert sich auch der Anteil der Erhöhungsrates, um den der Landesbasisfallwert anzuheben ist von 40 Prozent 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 auf der Grundlage der krankhausindividuellen Pflegepersonalkosten 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 ist, 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

Vgl. die Ausführungen zu Artikel 2 Nummer 2 und Artikel 8 Nummer 4

§ 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“.

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 Obergrenze des Landesbasisfallwerts führen darf.

§ 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 § 6 a KHEntgG 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 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 2 § 8 Absatz 5 SGB XI Gemeinsame Verantwortung

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz wurden die Vertragspartner nach § 113 SGB XI verpflichtet, eine fachlich unabhängige Institution zur Zusammenführung und Auswertung der Daten des indikatorengestützten Verfahrens zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich zu beauftragen. Mit der Änderung soll die Finanzierung als notwendige Voraussetzung für den Betrieb der sogenannten Datenauswertungsstelle sichergestellt werden.

B Stellungnahme

Die Finanzierung der Datenauswertungsstelle aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung ist sachgerecht und zu begrüßen. Die Regelung zum Verfahren zur Verwendung der Mittel des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung obliegt jedoch nicht den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI. Die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI tragen die Verantwortung zur Weiterentwicklung der Pflegequalität. Das Verfahren über die Auszahlung der Mittel aus dem Ausgleichsfond ist daher ausschließlich zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Bundesversicherungsamt zu vereinbaren.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 5 der Satz 4 wird wie folgt gefasst:“ Näheres über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Mittel regeln der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesversicherungsamt durch Vereinbarung.“

Nr. 2 § 8 Absatz 7 und Absatz 9 Satz 1 SGB XI Förderung von Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf von Pflegeeinrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dieser Maßnahme fördert die soziale Pflegeversicherung und die private Krankenversicherung mit bis zu 100 Millionen € jährlich hälftig und bis maximal 7.500 € pro Einrichtung Maßnahmen von Pflegeeinrichtungen für individuelle oder gemeinschaftliche Betreuungsangebote von Kindern, aber auch Schulungen und Weiterbildung von Leitungskräften und Mitarbeitern zur Stärkung der Familienfreundlichkeit.

Die privaten Krankenversicherungen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Umfang von zehn Prozent an der Förderung. Der GKV-Spitzenverband erlässt unter Beteiligung des PKV-Verbandes Richtlinien über die Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung der Förderung.

B Stellungnahme

Grundsätzlich ist ordnungspolitisch die Finanzierung von Maßnahmen zur Schaffung besonderer Betreuungsangebote jenseits der üblichen Öffnungszeiten der Kitas über die Beitragszahler der Kranken- und Pflegeversicherung kritisch zu hinterfragen. Wie in vielen Dienstleistungsberufen und in anderen Bereichen der Daseinsvorsorge (Energie, öffentlicher Nahverkehr, öffentliche Sicherheit etc.) umfassen die Arbeitszeiten auch die Nacht und das Wochenende, in denen Betreuungsangebote für Kinder in Kitas von den Kommunen derzeit nicht oder nur lückenhaft bereitgestellt werden. Diese Lücke soll nun für einen Zeitraum von vier Jahren offensichtlich durch eine finanzielle Unterstützung aus Mitteln der Kranken- und Pflegeversicherung geschlossen werden.

Die Finanzierung von Schulungen und Weiterbildung von Leitungskräften, auch für Fortbildungen, Schulungen und Weiterbildung, unabhängig vom Bildungsziel, werden bereits im Rahmen der Vergütungsvereinbarungen über die Nettojahresarbeitszeit (Fortbildungszeit) und entsprechenden Sachkosten (Fortbildungskosten) berücksichtigt. Ein Fördertatbestand für diese Maßnahmen führt in der Konsequenz zur Doppelfinanzierung.

Für eine rechtssichere Auslegung bedarf es darüber hinaus weitere sprachliche Anpassungen und Klarstellungen.

C Änderungsvorschlag

§ 8 Absatz 6 SGB XI wird wie folgt gefasst.

Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung werden in den Jahren 2019 bis 2024 jährlich bis zu 100 Millionen Euro bereitgestellt, um Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen mit dem Ziel einer besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für ihre in der Pflege tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu fördern. Die privaten Versi-

cherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich jeweils mit einem Anteil von 10 Prozent an der Förderung nach Satz 1. Förderfähig sind individuelle und gemeinschaftliche Betreuungsangebote, die auf die besonderen Arbeitszeiten von Pflegekräften ausgerichtet sind. Eine Förderung der in Satz 3 genannten Maßnahmen durch die Pflegeversicherung und durch die privaten Krankenversicherungen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, kann bis zu 50 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung verausgabten Mittel betragen; höchstens ist ein jährlicher Zuschuss von 7 500 Euro pro Pflegeeinrichtung möglich. Die Landesverbände der Pflegekassen stellen die sachgerechte Verteilung der Mittel sicher. Die nach Satz 1 zur Verfügung stehenden Fördermittel sollen unter Berücksichtigung der Zahl der Pflegeeinrichtungen und der Zahl der Pflegebedürftigen auf die Länder aufgeteilt werden. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt unter Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum 31. März 2019 Richtlinien über die Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel für die in Satz 2 genannten Zwecke. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen der Richtlinienprüfung vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zu deren Eingang ist der Lauf der Frist nach Satz 8 unterbrochen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Genehmigung kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden.

§ 8 Absatz 9 SGB XI entfällt.

Nr. 2 § 8 Absatz 8 SGB XI Gemeinsame Verantwortung

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der beabsichtigten Neuregelung zur finanziellen Unterstützung der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen bei der Anschaffung digitaler und technischer Ausstattung sollen die Pflegekräfte entlastet werden. Hierfür steht im Zeitraum 2019 bis 2021 wird ein einmaliger Zuschuss als Anteilsfinanzierung bereitgestellt. Der maximale Förderbetrag beträgt 12.000 Euro bzw. 40 Prozent der Investitionskosten. Das einheitliche Förderverfahren für die Anschaffung technischer und digitaler Ausstattung wird über eine Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbandes sichergestellt. Die Mittel werden aus dem Ausgleichsfond der Pflegeversicherung bereitgestellt.

B Stellungnahme

Die Umsetzung digitaler Vernetzung und Verwaltungsverfahren wird unterstützt. Die Komplexität der Aufgaben in der Pflege insbesondere Pflegedokumentation, Abrechnung, Vernetzungen mit Kooperationspartnern und zur Erhebung von internen Qualitätsindikatoren nimmt stetig zu und somit bietet die Digitalisierung in erheblichem Maße ein Entlastungspotenzial zur Bewältigung dieser Aufgaben. Es ist daher gleichzeitig sicherzustellen, dass diese Investitionen innerhalb des Förderzeitraums von allen Pflegeeinrichtungen verpflichtend eingesetzt werden.

Ebenso ist die Nachweispflicht zum Einsatz der digitalen und technischen Ausstattung verbindlich in der Richtlinie zu den Voraussetzungen für die Förderung sowie zum Verfahren zur Vergabe der Fördermittel zu regeln.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 8 werden nach Satz 1 folgende Sätze eingefügt:

Anschaffungen von digitaler oder technischer Ausrüstung sowie damit verbundene Schulungen werden durch einen einmaligen Zuschuss in Höhe von bis zu 12.000 Euro durch eine Anteilsfinanzierung in Höhe von 40 Prozent gefördert. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich jeweils mit einem Anteil von 10 Prozent an dem einmaligen Zuschuss. Sofern der Zuschuss in Anspruch genommen wird, ist die Pflegeeinrichtung verpflichtet, die technische und digitale Ausstattung zur Erfüllung ihrer Aufgaben in der Pflege gemäß §§ 113 ff. und 105 SGB XI einzusetzen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. nach Anhörung der Verbände der Leistungserbringer auf Bundesebene bis zum 31. März 2019 Richtlinien über die Voraussetzungen, Nachweispflichten und zu dem Verfahren der Gewährung des Zuschusses für die in Satz 1 genannten Zwecke.

Nr. 2 § 8 Absätze 6 und 9 Satz 2f. SGB XI in Verbindung mit Artikel 7 Nr. 4 § 37 Absatz 2a SGB V Finanzierung 13.000 zusätzlicher Stellen für vollstationäre Pflegeeinrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dieser Maßnahme wird kurzfristig das Ziel verfolgt, die Personalausstattung in der vollstationären Langzeitpflege zu verbessern, um der Arbeitsverdichtung entgegenzuwirken und ohne damit die Eigenbeteiligung der Pflegeleistungsempfänger zu erhöhen. Avisiert wird auf Antrag je nach Einrichtungsgröße die Finanzierung einer halben bis max. zwei Pflegefachkraftstellen pro Einrichtung (Zuschlagsregelung), insgesamt zusätzlich 13.000 Stellen, finanziert durch die Mittel der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die hierdurch entstehende finanzielle Belastung der gesetzlichen Krankenkassen erfolgt wettbewerbsneutral nach Versicherten (KM1) über die Verortung in § 37 SGB V.

Ausweislich der Gesetzesbegründung entfallen bei der Verteilung der zusätzlichen Ausgaben zehn Prozent auf andere Kostenträger, wobei hiervon 75 Prozent der PKV und 25 Prozent der Beihilfe zugeordnet werden. Die PKV wird mit 44 Mio. Euro lt. Referentenentwurf beteiligt.

Die Erhebung der Zuschläge bei den gesetzlichen Krankenkassen wie auch das Nähere zum Antrags- und Zahlungsverfahren bestimmt der GKV-Spitzenverband.

Nicht näher geregelt ist die Bemessung des Zuschlags zur Refinanzierung des zusätzlichen Pflegepersonals im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege.

B Stellungnahme

Die Intention des Gesetzgebers, die Arbeitssituation der Pflegekräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu verbessern und damit der Arbeitsverdichtung entgegen zu wirken, wird begrüßt. Allerdings sind die Vorschläge zur gesetzlichen Normierung des Ziels nicht nachvollziehbar, systematisch fremd verortet, konterkarieren das Wirtschaftlichkeitsgebot und gefährden damit insgesamt das Ziel, dass die von den Krankenkassen zur Verfügung gestellten finanziellen Mittel auch tatsächlich für zusätzliches Personal in vollstationären Pflegeeinrichtungen und damit verbunden für die Pflegefachkräfte eingesetzt wird.

In der Gesamtschau der Regelungsvorschläge im Referentenentwurf wird neu eine systemfremde Logik etabliert: eine Finanzierungsverpflichtung der Gesetzlichen Krankenkassen für eine Refinanzierungssicherheit vollstationärer Pflegeeinrichtungen ohne Leistungsverpflichtung respektive ohne individuellen Leistungsanspruch des Versicherten. Auch eine Verortung der Zahlungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenversicherung im leistungsrechtlichen Paragraphen der häuslichen Krankenpflege korrigiert diesen Umstand nicht. Würde in diesem Zusammenhang der Aufwand im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege pauschal teilweise berücksichtigt (vgl. Gesetzesbegründung zu Ziffer 2), müssten in der Konsequenz - neben den Nachweispflichten über den Einsatz des Personals – auch Nachweise darüber erfolgen, dass dieses Personal

ausschließlich für die Erbringung der medizinischen Behandlungspflege eingesetzt wird. Folglich würden auch die Gesamtvergütung und das Begutachtungsinstrument für den Leistungszugang zur Pflegeversicherung (Modul 5) bereinigt werden müssen, um dem Gebot der Wirtschaftlichkeit noch entsprechen zu können.

Die Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen kommt dem traditionellen ganzheitlichen pflegerischen Ansatz am nächsten. Pflegebedingte Aufwendungen, Aufwendungen für Betreuung und Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sind Grundlagen der Gesamtvergütung. Das ergibt sich folgerichtig auch aus der pflegerischen Handlung. Diese pflegerische Handlung lässt sich weder inhaltlich noch kostenmäßig voneinander trennen, denn z.B. körperbezogene Pflegemaßnahmen und medizinische Behandlungspflege erfolgen oftmals gleichzeitig. Die Pflege in stationären Pflegeeinrichtungen baut also folgerichtig – ebenso wie die Krankenhauspflege – sehr viel stärker auf dem traditionellen Verständnis von ganzheitlicher Pflege auf und spiegelt ein umfassendes Verständnis von Pflege wider. Dieses ganzheitliche Verständnis von Pflege wurde politisch mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, den drei Pflegegestärkungsgesetzen, dem Bundesteilhabegesetz und durch das Pflegeberufereformgesetz noch einmal deutlich gestärkt und unterstrichen. Diesen traditionellen ganzheitlichen Ansatz in der stationären pflegerischen Versorgung durch Änderung der Finanzierungsgrundlage zu schwächen, ist nicht sachgerecht.

Bemessungsgröße zur Finanzierung der 13.000 zusätzlichen Stellen ist nicht nachvollziehbar

Die Höhe der GKV-Finanzierung (640 Mio. €) und PKV-Beteiligung (44 Mio. €) an der Gesamt-Finanzierung der zusätzlichen Stellen im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege sind nicht nachvollziehbar. Ausweislich der Gesetzesbegründung soll zur Verbesserung der Arbeitssituation in vollstationären Pflegeeinrichtungen 13.000 Stellen à 50.000 € (Arbeitgeberbrutto) geschaffen werden. Dies entspricht einem finanziellen Mehrbedarf von 650 Mio. €. Bei der Verteilung der zusätzlichen Ausgaben auf die Kostenträger wird im Referentenentwurf davon ausgegangen, dass 90 Prozent der Leistungen und Vergütungen auf die gesetzliche Krankenversicherung (585 Mio. €) entfallen und zehn Prozent auf den Kostenträger Private Krankenversicherung resp. PKV-Verband (65 Mio. €).

Refinanzierungsanspruch der vollstationären Pflegeeinrichtungen

Mit der Regelung ist kein individueller leistungsrechtlicher Anspruch des Versicherten, sondern lediglich ein Vergütungsanspruch der vollstationären Pflegeeinrichtung zur Refinanzierung des zusätzlichen Personals verbunden (analog der Regelungen für zusätzliche Betreuungskräfte gemäß § 87b SGB XI a.F.). Zwar wird dem GKV-Spitzenverband die Aufgabe übertragen, die Umlage bei den gesetzlichen Krankenkassen nach KM1 zu erheben und das Nähere zum Umlageverfahren, zur Zahlung an die Pflegeversicherung und zur Antragstellung für den Vergütungszuschlag und zum Zahlungsverfahren für seine Mitglieder zu bestimmen, jedoch nicht explizit aufgegriffen ist, nach welchen Bemessungsgrundsätzen und nach welchem Verfahren der Zuschlag vereinbart wird. Die Festsetzung der Zuschläge wird nicht explizit geregelt; es ist aber davon auszugehen,

dass mit Ausnahme nach § 8 Abs. 6 Satz 1 die Regelungen nach §§ 84 und 85 SGB XI zur Ermittlung des Zuschlags Anwendung finden. Zur Klarstellung und für die Rechtssicherheit wird daher eine explizite Regelung in den Bemessungsgrundsätzen und für das Pflegesatzverfahren etabliert. Dabei kann der Refinanzierungsanspruch für die zusätzlichen Betreuungskräfte als systemgleiche Regelung in stationären Einrichtungen herangezogen werden. Damit ist auch sichergestellt, dass die anspruchsberechtigten Personen und die Träger der Sozialhilfe mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden.

Für eine rechtssichere Auslegung bedarf es darüber hinaus in der gesetzlichen Normierung einer Klarstellung, dass von dem Refinanzierungsanspruch nur eine Pflegefachkraft umfasst sein kann; Pflegehilfskräfte u.a. an der pflegerischen Versorgung Beteiligte werden nicht auf die 13.000 Stellen angerechnet.

Die Staffelungsregelung selbst ist streitanfällig und unter Gleichbehandlungsaspekten zu hinterfragen. Es wird daher angeregt, die Staffelungsregelung durch eine Verhältniszahlbildung analog dem Betreuungszuschlag für zusätzliche Betreuung in stationären Einrichtungen zu ersetzen. Unter Zugrundlegung der aktuellen Bewohnerzahl wird ein Verteilungsschlüssel von 1:60 vorgeschlagen.

Zweckbindung von finanziellen Mitteln der GKV

Eine Ansparsituation innerhalb des Ausgleichsfonds oder gar pauschale Stützung der SPV durch feste Zahlungen aus der GKV wird abgelehnt. Aufgrund der Zweckbindung der Mittel ist daher die Charakterisierung durch das Wort ‚pauschal‘ nicht zutreffend und zu streichen. Durch den angedachten Abfluss von Mitteln aus ehemaligen Beiträgen an die GKV ist ein bedarfsgerechter Mittelzufluss zum Ausgleichsfonds einzurichten, d.h. Orientierung am Ist-Volumen.

C Änderungsvorschlag

Verortung der zweckgebundenen Zahlungsverpflichtung von GKV und PKV in § 54a neu SGB XI

§ 54a SGB XI

Zur Abgeltung der Vergütungszuschläge der Pflegekassen nach § 84 Absatz 9 dieses Buches leisten die Krankenkassen jährlich bis zu 585 Millionen Euro und die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, jährlich 65 Millionen Euro inklusive Beihilfe an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erhebt eine Umlage gemäß dem Anteil der Versicherten der Krankenkassen an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen bei seinen Mitgliedern. Das Nähere zum Umlageverfahren und zur Auszahlung an die Pflegeversicherung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden. Die zur Abgeltung der Vergütungszuschläge der Pflegekassen

nach § 84 Absatz 9 dieses Buches erhobenen Mittel sind zweckgebunden. Sie dürfen nicht dem Finanzausgleich nach § 66 SGB XI zugeführt werden.

§ 65 Abs. 1 SGB XI

Im § 65 Abs. 1 SGB XI wird als neue Nr. 4 die neue Einnahmenart aufgenommen.
 Nr. 4 neu: Umlage zur pauschalen Abgeltung der Vergütungszuschläge der Pflegekassen nach § §§ 84 und 85 dieses Buches ergänzt.

Aufnahme eines Absatzes 9 in § 84 und 85 SGB XI

Anspruch auf Refinanzierung von zusätzlichen Pflegefachkräften analog bereits etablierter Verfahren in §§ 84 und 85 SGB XI

§ 84 Absatz 9:

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen erhalten als Ergänzung zur Pflegevergütung nach Absatz 4 Satz 1 einen Vergütungszuschlag für zusätzliche Pflegefachkräfte gemäß § 85 Abs. 9 Satz 1 Nr. 1. Die dafür vorgesehenen finanziellen Mittel der Krankenkassen und der privaten Versicherungsunternehmen nach § 65a werden vom Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung verwaltet.

§ 85 Absatz 9:

Die Vereinbarung nach § 84 Abs. 9 setzt voraus, dass die Vergütungszuschläge auf der Grundlage vereinbart werden, dass in der Regel für jeden Heimbewohner ein sechzigstel der Personalaufwendungen für eine Vollzeit-Pflegefachkraft finanziert wird und dass

3. die Pflegeeinrichtung über zusätzliche Pflegefachkräfte verfügt, welches über das nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhaltende Personal hinausgeht, *und die Aufwendungen für diese Personal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt wurden und*
4. *die Aufwendungen für die zusätzlichen Pflegefachkräfte nachgewiesen werden.*

Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse monatlich zu zahlen und wird zum 15. eines jeden Monats fällig. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals bis zum 31. Dezember 2019 und danach jährlich über die Zahl der durch diesen Zuschlag finanzierten Pflegekräfte einschließlich der Ausgabenentwicklung.

Nr. 3 § 33 Absatz 1 Satz 3 SGB XI Leistungsvoraussetzungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird gesetzlich klargestellt, wie Fälle zu behandeln sind, bei denen zwischen dem Eintritt Pflegebedürftigkeit und der Antragstellung ein Monatswechsel stattgefunden hat.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung die der Praxis der Pflegekassen entspricht. Die Klarstellung wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 4 § 37 SGB XI Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (Absatz 4-5) Nr. 15 § 106a SGB XI Mitteilungspflichten

A Beabsichtigte Neuregelung

Wird im Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI festgestellt, dass eine weitergehende Beratung zur Verbesserung der Pflegesituation angezeigt ist, kann dies der Pflegekasse bzw. dem privaten Versicherungsunternehmen auch ohne Einwilligung der pflegebedürftigen Person mitteilt werden. In der Folge haben die Pflegekassen eine weitergehende Beratung der pflegebedürftigen Person anzubieten.

Neu werden für die Empfehlungen nach § 37 Abs. 5 SGB XI zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche weitere Mindestinhalte wie Ausführungen zu Beratungsstandards, Qualifikation der Berater, Bewertung der Erkenntnisse der Beratungsbesuche und der einzuleitenden Maßnahmen verbindlich vorgegeben.

B Stellungnahme

Die Konkretisierung zum Umgang mit fehlenden Einwilligungserklärungen wird begrüßt und schafft für die Praxis Klarheit und Rechtssicherheit. Unklar ist das Angebot 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 instabile Pflegesettings bzw. bereits instabile Pflegesettings aufzulösen.

Im Pflege-Qualitätsausschuss wurden die gesetzlich vorgegebenen „Empfehlungen nach § 37 Abs. 5 SGB XI zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI“ abschließend erarbeitet und im erweiterten Qualitätsausschuss am 29.05.2018 beschlossen. Diese Empfehlungen liegen dem Bundesministerium für Gesundheit zur Genehmigung vor, die Frist endet am 31.07.2018.

Die nun im Referentenentwurf ausgewiesenen Konkretisierungen der Empfehlungen werden weitestgehend begrüßt.

Somit könnten diese Empfehlungen rund 7 Monate zu spät in Kraft treten, die gesetzlich vorgegebene Frist zum 01.01.2018 ist längstens überschritten. Die vorgeschlagene Konkretisierung der Empfehlungen wird weitestgehend begrüßt, da die neuen Inhalte überwiegend in den Empfehlungen abgebildet sind (vgl. Tabelle). Kritisch gesehen wird der Konkretisierung „Bewertung der Erkenntnisse aus der jeweiligen Beratung durch die Pflegekasse einschließlich ihrer Aufbereitung und standardisierten Dokumentation“. Der Pflege-Qualitätsausschuss hat keine explizit keine weitergehenden Regelungen hierzu aufgenommen, da diese in der alleinigen Kompetenz der Kassen einen wesentlichen Einfluss auf kassenindividuelle Prozesse nimmt. In der täglichen Praxis werden die Erkenntnisse aus den Beratungsbesuchen von den Mitarbeitern der Pflegekassen erfasst, bewertet und aufbereitet, indem die empfohlenen Maßnahmen geprüft und durch die jeweiligen Mitarbeiter der Pflegekassen die weiteren Schritte veranlasst werden. Die Dokumentation erfolgt in den kassenindividuellen IT-Systemen und die Formulare werden im Rahmen der gesetzlichen vorgegebenen Aufbewahrungsfristen von den Pflegekassen archiviert. Zusammenfassend enthalten die aktuellen Empfehlungen ausreichende

Vorgaben zu Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und können in der Beratungspraxis ein einheitliches Qualitätsniveau sicherstellen. Folgerichtig ist in Absatz 5 die Nummer 3 zu streichen.

Darüber hinaus wird eine gesetzliche Klarstellung zum Einsatz der geeigneten Kraft in § 37 Abs. 4 alter Satz 3 SGB XI für sinnvoll erachtet. So können zugelassene Pflegedienste, von den Pflegekassen beauftragte und nicht angestellte Pflegefachkräfte, anerkannte Beratungsstellen mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz, Pflegeberater nach § 7a SGB XI und Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften mit der erforderlichen pflegefachlichen Kompetenz Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI durchführen. Nur bei den zugelassenen Pflegediensten wird nicht auf die pflegefachliche Kompetenz abgestellt. So heißt es in § 37 Abs. 4 Satz 3 (alt): *„Der beauftragte Pflegedienst und die anerkannte Beratungsstelle haben dafür Sorge zu tragen, dass für einen Beratungsbesuch im häuslichen Bereich Pflegekräfte eingesetzt werden, die spezifisches Wissen zu dem Krankheits- und Behinderungsbild sowie des sich daraus ergebenden Hilfebedarf des Pflegebedürftigen mitbringen und über besondere Beratungsaufgaben verfügen.“* Nach diesen Vorgaben kann den Beratungsbesuch nur eine Pflegefachkraft durchführen und dies sollte auch eindeutig aus dem Gesetz hervorgehen, damit sich in der Praxis kein Interpretationsspielraum ergibt.

C Änderungsvorschlag

§ 37 Abs. 4 ist Satz 4 und § 106a Satz 3 wird wie folgt zu ändern:
Das Wort „Beratung“ ist durch die Wörter „Pflegeberatung nach § 7a“ zu ersetzen.

§ 37 Abs. 4 bisheriger Satz 3 ist wie folgt zu ändern:
Das Wort „Pflegerkraft“ wird durch das Wort „Pflegefachkraft“ ersetzt.

§ 37 Abs. 5 ist wie folgt zu ändern:
Nr. 3 ist ersatzlos zu streichen, aus Nr. 4 wird Nr. 3.

Nr. 6 § 44 Abs. 5 SGB XI – Leistungen für Pflegepersonen

A Beabsichtigte Neuregelung

Nach der neuen Vorschrift haben die Pflegekassen ein maschinelles Meldeverfahren mit den Beihilfestellen und Dienstherren einzurichten, sofern eine rentenversicherungspflichtige Pflegeperson einen Pflegebedürftigen mit Beihilfeansprüchen pflegt. Die Pflegekasse übermittelt damit den Beihilfestellen und Dienstherren neben personenbezogenen Daten insbesondere die beitragspflichtigen Einnahmen der rentenversicherungspflichtigen Pflegepersonen, damit die Beihilfestellen bzw. die Dienstherren den von ihnen zu tragenden Anteil an den Rentenversicherungsbeiträgen ermitteln können. Für die Einführung des Meldeverfahrens ist Frist bis zum 01.01.2020 vorgesehen.

B Stellungnahme

Die Feststellungen des Bundesrechnungshofes zeigten auf, dass die Beihilfestellen bzw. die Dienstherren nicht immer die korrekten Beiträge an die Rentenversicherungsträger abführten und die dafür Mängel in der Ausübung der Informationspflichten durch die Pflegekassen anführten. Auch wenn die Einrichtung eines Meldeverfahrens in Anbetracht der überschaubaren Anzahl an Fällen finanziell sehr aufwendig wird, ist ein Meldeverfahren zur Sicherstellung einer korrekten Beitragsabführung sachgerecht. Da von dem Meldeverfahren jedoch insbesondere die Beihilfestellen, die Dienstherren sowie die Rentenversicherungsträger profitieren, sollten die Entwicklungs- sowie laufenden Kosten anteilig durch alle Parteien getragen werden.

C Änderungsvorschlag

Dem § 44 Abs. 5 wird Satz 6 angefügt:

Die Entwicklungs- und die laufenden Kosten teilen sich die am Meldeverfahren beteiligten Beihilfestellen, Dienstherren und Rentenversicherungsträger zu gleichen Teilen.

Nr. 7 § 45a Absatz 1 Satz 5 SGB XI Angebote zur Unterstützung im Alltag**A Beabsichtigte Neuregelung**

Redaktionelle Ergänzung um „vergleichbar nahstehende Pflegepersonen“.

B Stellungnahme

Die redaktionelle Anpassung ist zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 8 § 45b Absatz 2 SGB XI Entlastungsbetrag**A Beabsichtigte Neuregelung**

Auf den Belegen muss eindeutig und deutlich erkennbar angegeben werden, für welche Leistungsart der Entlastungsbetrag verwendet wird.

B Stellungnahme

Die Neuregelung wird begrüßt, da diese die statistische Erfassung der Aufwendungen für den Entlastungsbetrag bei den Pflegekassen ermöglicht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 13 § 78 Abs. 4 SGB XI – Verordnungsermächtigung BMG

A Beabsichtigte Neuregelung

Es ist beabsichtigt im 1. Halbsatz von § 78 Abs. 4 SGB XI Ermächtigung des BMG die Festbeträge nach Abs. 3 SGB XI durch Rechtsverordnung zu bestimmen, aufgrund des Entfallens der Festbeträge aus der Vorschrift zu entfernen.

Darüber hinaus ist im 2. Halbsatz von § 78 Abs. 4 SGB XI die Klarstellung beabsichtigt, dass die Rechtsverordnung nach § 78 Abs. 4 SGB XI die, durch den GKV-Spitzenverband nach § 40 Abs. 5 Satz 3 SGB XI erstellten Richtlinien, in dem in der Verordnung geregelten Umfang verdrängt.

B Stellungnahme

Die im 1. Halbsatz von § 78 Abs. 4 SGB XI mit der Formulierung „und die Festbeträge nach Absatz 3“ in Bezug genommene Vorschrift im damaligen Absatz 3 ist im Jahr 2007 entfallen. Die beabsichtigte Rechtsbereinigung ist insofern sachgerecht und nachvollziehbar.

Bei der beabsichtigten Änderung im 2. Halbsatz handelt es sich ebenfalls um eine nachvollziehbare Klarstellung des Verhältnisses zwischen Verordnung nach § 78 Abs. 4 SGB XI und Richtlinie nach § 40 Abs. 5 Satz 3 SGB XI. Sie dient der Abbildung des schon rechtssystematisch bestehenden Vorrangs von Verordnungen vor Richtlinien. Klargestellt wird, dass die Verordnung die Richtlinien nur in dem in der Verordnung geregelten Umfang verdrängt und diese ansonsten unberührt bleiben.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 14 § 89 SGB XI Grundsätze für die Vergütungsregelung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Rahmenempfehlungspartner nach § 132a SGB V haben, insbesondere durch angemessene Zuschläge für längere Wegezeiten, in den Rahmenempfehlungen den besonderen Anforderungen an eine flächendeckende Versorgung im ländlichen Raum Rechnung zu tragen. Die entsprechenden Vorgaben u.a. für Honorierung von Wegezeiten in unterversorgten ländlichen Räumen und die Höhe der Zuschläge werden Teil der Rahmenempfehlung nach § 132a SGB V und sollen durch die Selbstverwaltung bestimmt werden. Dieser festzulegende Sachverhalt, ist auch in den Vergütungsvereinbarungen im Bereich der Pflegeversicherung zu berücksichtigen.

B Stellungnahme

Folgeänderung zu Artikel 7 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Nr. 8 § 132a.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 11 Weitere Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 3 § 30 SGB XI Dynamisierung, Verordnungsermächtigung (Abs. 2)

Nr. 4 § 37 SGB XI Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (Abs. 3)

Nr. 6 § 146 SGB XI Übergangs- und Überleitungsregelungen zur Beratung nach § 37 Absatz 3

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Vergütung für die Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI wird künftig nicht mehr gesetzlich vorgegeben, sondern soll auf dem Vereinbarungsweg zwischen den Pflegekassen und den Träger der zugelassenen Pflegeeinrichtungen bzw. den von den Pflegekassen beauftragten Pflegefachkräften geschlossen werden. Ab dem Jahr 2021 legen die Landesverbände der Pflegekassen auf dieser Basis zusätzlich die Vergütung der anerkannten Beratungsstellen und der Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften fest. Diese festgelegten Vergütungssätze gelten jeweils für ein Jahr und sind zu veröffentlichen.

Für den Zeitraum bis zu Inkrafttreten der neuen Vergütungssätze werden ergänzende Übergangs- und Überleitungsregelungen vorgegeben.

B Stellungnahme

Bislang beträgt die Vergütung pro Beratungsbesuche in den Pflegegraden 1-3 bis zu 23 Euro und in den Pflegegraden 4-5 bis zu 33 Euro. Im Jahr 2017 wurden für die Beratungsbesuche mehr als 58 Mio. Euro ausgegeben. Bei einem Vergleich mit dem Jahr 2012 ist feststellbar, dass die Ausgaben insgesamt um 66 Prozent gestiegen sind. Diese Ausgabensteigerung liegt an der Zunahme der Pflegeleistungsempfänger, an der Überleitung auf Pflegegrade und der Erweiterung der Anspruchsberechtigten.

Pflegebedürftige, die Pflegegeld beziehen, müssen bei Pflegegrad 2 und 3 einmal pro Halbjahr und bei Pflegegrad 4 und 5 einmal pro Quartal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen. Darüber hinaus können Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 sowie Pflegebedürftige, die Pflegesachleistungen von einem ambulanten Pflegedienst beziehen, einmal im Halbjahr einen Beratungsbesuch abrufen.

In der Praxis zeigt sich immer wieder, dass insbesondere bei den Pflegegraden 4 und 5 die Pflegesituation weitgehend stabil ist. Auf Seiten der ambulanten Pflegedienste macht sich der Fachkräftemangel auch in diesem Bereich bemerkbar und es zeichnen sich aktuell erste Sicherstellungsprobleme bei der Durchführung der Beratungsbesuche ab. Vor diesem Hintergrund wird empfohlen, die Häufigkeit der Inanspruchnahme der Beratungsbesuche wissenschaftlich zu überprüfen.

Gemäß Pflegestatistik 2015 sind 13.300 ambulante Pflegeeinrichtungen zugelassen. 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 kommunalen Gebietskörperschaften - geht mit einem enormen Verhandlungsaufwand sowohl auf Seiten der Leistungserbringer als auch der Kostenträger einher.

Wenn dem Gesetzgeber und den Pflegediensten die Vergütung für die Beratungsbesuche nicht angemessen erscheint, wäre ein folgerichtiger Schritt, die bisher gesetzlich normierte Vergütung anzupassen. Im diesem Zuge wird vorgeschlagen, einen Vergütung Pflegegrad-unabhängig festzusetzen.

Alternativ:

Sollte der Gesetzgeber an dem geplanten Vereinbarungsweg festhalten, wird vorgeschlagen, dass auf Landesebene ein Höchstbetrag vereinbart wird, der für alle Personen/Institutionen gleichermaßen gilt, die Beratungsbesuche gem. den Empfehlungen nach § 37 Abs. 5 SGB XI durchzuführen. So reduziert sich in jedem Fall der Verhandlungsaufwand und pro Bundesland kann eine transparente, leistungsgerechte Vergütung für die gleiche Leistung gefunden werden.

C Änderungsvorschlag

Der bisherige Satz 5 wird durch folgenden Satz ersetzt:
Sie beträgt pro Beratungseinsatz XX Euro.

In den Sätzen 6 und 7 wird der bisherige zweite Halbsatz jeweils ersatzlos gestrichen.

Nach § 37 Abs. 3 wird folgender neuer Absatz 3a eingefügt:

„Die Vertragsparteien nach § 113 formulieren gem. § 113b bis zum 01.01.2020 Vorschläge zur Häufigkeit der Inanspruchnahme der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI zur Vorlage beim Bundesministerium für Gesundheit. Dieser Beschluss ist unter wissenschaftlicher Begleitung zu treffen.“

§ 113b Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt ergänzt:

Die Wörter „§ 37 Abs. 5“ werden ersetzt durch die Wörter „§ 37 Abs. 3a und 5“.

Alternativvorschlag zu § 37 Abs. 3 Sätze 5-7:

In § 37 Abs. 3 wird der bisherige Satz 5 durch folgenden Satz ersetzt:

„Sie ist landesweit im Rahmenvertrag nach § 75 zu vereinbaren.“

In § 37 Abs. 3 wird der bisherige zweite Halbsatz jeweils in den Sätzen 6 und 7 gestrichen.

§ 75 Abs. 2 SGB XI wird folgende neue Nr. 12 angefügt:

„Die Vergütung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3.“

Nr. 7 a) und 7 b) § 119b SGB XI Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

- e) Bisher sah der gesetzliche Auftrag vor, dass stationäre Pflegeeinrichtungen Kooperationsverträge mit niedergelassen (Zahn-) Ärzten zur (zahn-)ärztlichen Versorgung der Pflegebedürftigen schließen sollen. Die geplante Neuregelung verpflichtet nunmehr die stationäre Pflegeeinrichtung, Kooperationsverträge abzuschließen. Sollte ihr das nicht möglich sein, hat die Kassenärztliche Vereinigung, auf Antrag der Pflegeeinrichtung, dieser - als weitere Neuregelung - innerhalb von drei Monaten einen Vertrag zu vermitteln. Zudem wurde der § 119b Absatz 1 dahingehend konkretisiert, dass die stationäre Pflegeeinrichtung eine verantwortliche Pflegefachkraft für die Zusammenarbeit mit den kooperierenden Ärzten benennt.
- f) Im neu gefassten Absatz 2a wird die Selbstverwaltung verpflichtet, einheitliche Anforderungen für die elektronische Kommunikation zwischen den stationären Einrichtungen und den mit diesen kooperierenden (Zahn-)Ärzten festzulegen. Mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene ist das Benehmen herzustellen.
- g) Mit dem neuen Absatz 2b werden telemedizinische Dienste wie die Videokonferenz auch im Kontakt zwischen Arzt und Leistungserbringer im Pflegeheim als Leistung etabliert.
- h) Die Auswirkungen der Verträge nach Absatz 1 sollen auch im zahnmedizinischen Sektor evaluiert werden.

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.

Die Einführung telemedizinischer Dienste als eine Option der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und zwischen Ärzten und Leistungserbringer ist grundsätzlich zu begrüßen.

Ebenso ist eine Auswertung der Auswirkungen auf die Versorgung zu befürworten, obgleich er eher dem Bereich der Versorgungsforschung zuzuordnen wäre.

C Änderungsvorschlag

Absatz 1 Satz 8 wird um die „im Kooperationsvertrag“ ergänzt und wie folgt gefasst:

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

Artikel 12 Inkrafttreten

Nr. 2 Inkrafttreten des Gesetzes

A Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz ist geregelt, dass das Gesetz, soweit nichts anders bestimmt ist, zum 1. Januar 2019 in Kraft.

Abweichend davon Absatz 2, dass Artikel 2 am Tag nach dem Kabinettsbeschluss in Kraft tritt und gewährleistet damit, dass die entsprechenden Änderungen des KHG noch im Jahr 2018 in Kraft treten. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene frühzeitig die im Zusammenhang mit § 17b Absatz 4 KHG notwendigen, vorbereitenden Arbeiten für eine Pflegepersonalkostenvergütung vornehmen können, die den krankenhausindividuellen Pflegepersonalbedarf in der Patientenversorgung berücksichtigt.

B Stellungnahme

Eine abweichende Regelung für das Inkrafttreten wäre auch für Artikel 8 Nummer 6 Buchstabe c erforderlich, der eine Klarstellung dahingehend vorsieht, dass der Pflegezuschlag in den Krankenhäusern Anwendung finden soll, die nach dem KHEntgG ihre Budgets verhandeln und ihre Leistungen abrechnen und dass hierunter auch somatischen Fachabteilungen von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen fallen. Da hierüber im laufenden Entgeltzeitraum 2018 Unklarheit besteht ist eine Anwendung auf den Zeitraum 2018 notwendig.

C Änderungsvorschlag

Artikel 12 wird in Abs. 2 wie folgt geändert:

(2) Artikel 2 und Artikel 8 Nummer 6 Buchstabe c treten am XX.xx.2018 [Tag nach dem Kabinettsbeschluss] in Kraft.

III. Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes

§ 37 Absatz 1 SGB V Häusliche Krankenpflege

A Änderungsvorschlag

Redaktionelle Anpassung infolge PSG II:

Der Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt gefasst: „Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderlichen körperbezogenen Maßnahmen und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung.“

B Stellungnahme

Redaktionelle Anpassung infolge des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes durch die Neudefinition der häuslichen Pflegehilfe im § 36 SGB XI macht eine Folgeänderung im SGB V erforderlich.

§ 105 SGB XI Abrechnung pflegerischer Leistungen und § 302 SGB V Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer

A Änderungsvorschlag

Folgender Ergänzung im § 105 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB XI wird aufgenommen:

„Die an der Pflegeversorgung teilnehmenden Leistungserbringer sind verpflichtet,

1. in den Abrechnungsunterlagen die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis einschließlich des Tages und dem Beginn und dem Ende der Leistungserbringung in Echtzeit aufzuzeichnen“.

Folgender Ergänzung im § 302 Absatz 1 Satz 2 SGB V wird aufgenommen:

„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“.

B Begründung

Bisher wird mit der Abrechnung bereits die Zeit der Leistungserbringung angegeben. Hierfür gibt es jedoch keine einheitlichen Vorgaben. Bei der Abrechnung von Leistungskomplexleistungen wird vom Leistungserbringer bisher nur der Beginn der Leistungserbringung (z.T. in Echtzeit, aber auch Zeitkorridore) angegeben. Für die Abrechnungsprüfung ist jedoch die genaue Einsatzzeit in Echtzeit notwendig. Daher werden die Leistungserbringer verpflichtet, den Beginn und das Ende der Leistungserbringung zu dokumentieren und an die Pflegekassen mit der Abrechnung zu übermitteln.

§ 7 SGB XI Aufklärung, Auskunft

A Änderungsvorschlag

Der Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt gefasst: „Die Liste hat zumindest die jeweils geltenden Festlegungen der Vergütungsvereinbarungen nach dem Achten Kapitel, die in § 82 Absatz 2 aufgeführten Investitionskosten sowie die im Rahmen der Vereinbarungen nach Absatz 4 übermittelten Angaben zu Art, Inhalt und Umfang der Angebote sowie zu den Kosten in einer Form zu enthalten, die einen regionalen Vergleich von Angeboten und Kosten und der regionalen Verfügbarkeit ermöglicht.“

Daraus resultiert diese Folgeänderung:

§ 82 neuer Abs. 6 Satz 1 ist zu ergänzen: „Die Höhe der Investitionskosten nach Absatz 2 sind den Landesverbänden der Pflegekassen für die Erstellung der Leistungs- und Preisvergleichslisten nach § 7 Absatz 3 mitzuteilen.“

B Begründung

Die Landesverbände der Pflegekassen sind zur Schaffung der Transparenz hinsichtlich der vorhandenen Angebote der pflegerischen Versorgung und deren Kosten verpflichtet. Die Investitionskosten gemäß § 82 Absatz 2 sind für die Herstellung der Kostentransparenz zwingend erforderlich, da sie als Eigenleistung einen erheblichen Kostenfaktor darstellen und somit bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung eine erhebliche Rolle spielen.

§ 18 Absatz 6 SGB XI Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

A Änderungsvorschlag

In Absatz 6 wird Satz 2 wie folgt gefasst: „In seiner oder ihrer Stellungnahme haben der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter auch das Ergebnis der Prüfung, ob und gegebenenfalls welche Maßnahmen der Prävention und der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind, mitzuteilen und Art und Umfang von Pflegeleistungen zu empfehlen.“

B Begründung

Bei der Streichung des „individuellen Pflegeplans“ handelt es sich um eine redaktionelle Änderung infolge des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der damit einhergehenden Anpassung der Richtlinien zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

§ 72a SGB XI: Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag - Transparenz zu neuen Wohnformen

A Änderungsvorschlag

(1) Erbringt eine ambulante Pflegeeinrichtung (Pflegedienst) in einer ambulanten Wohnform nach Absatz 2 Leistungen im Sinne der §§ 36, 45a, hat der Träger der Pflegeeinrichtung die Versorgung innerhalb eines Monats vor Aufnahme der Tätigkeit bei den Landesverbänden der Pflegekassen schriftlich anzuzeigen. Die Anzeige umfasst

1. die Anschrift und Art der Wohnform,
2. Namen und Anschrift der Vermieterin oder des Vermieters der Räumlichkeiten der Wohnform,
3. die Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner und die Zahl der Pflegebedürftigen in den einzelnen Pflegegraden,
4. die Anzahl der vom Pflegedienst in der Wohnform versorgten Pflegebedürftigen,
5. eine Erklärung darüber, ob zwischen dem Pflegedienst bzw. Träger der Pflegeeinrichtung und der Vermieterin oder dem Vermieter eine rechtliche oder tatsächliche Verbindung besteht, und
6. die mit den Bewohnerinnen und Bewohnern geschlossenen Verträge über die Leistungserbringung, ohne dass die Namen der Bewohnerinnen und Bewohnern erkennbar werden.

(2) Ambulante Wohnformen im Sinne des Absatzes 1 sind solche, in denen mehr als vier Pflegebedürftige in einer Wohnanlage leben.

(3) Änderungen der Umstände nach Absatz 1 sind den Landesverbänden der Pflegekassen unverzüglich mitzuteilen.

(4) Kommt eine Pflegeeinrichtung ihren Pflichten nach Absatz 1 und 3 nicht, nicht richtig oder nicht rechtzeitig nach, ist § 115 Absatz 3 entsprechend anzuwenden.

B Begründung

Derzeit gibt es keine Transparenz über die Ausrichtung und Quantität neuer Wohnformen. Vor dem Hintergrund der Entwicklung der Qualitätssicherung in neuen Wohnformen im Zusammenhang mit dem gesetzlichen Auftrag in § 113b SGB XI, zur Entwicklung eines Konzeptes zur Qualitätssicherung ambulanter Wohnformen und zur Umsetzung der Regelungen zur Pflegestrukturplanung (vgl. § 8a SGB XI – Gemeinsame Empfehlung der pflegerischen Versorgung) soll eine Anzeigepflicht für neue Wohnformen im SGB XI implementiert werden. Die föderal gestalteten Wohn- und Teilhabegesetze der Länder reichen insbesondere hinsichtlich der Anzeigepflicht nicht aus, um die Grundlage für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und Altenhilfestrukturen zu schaffen. Eine bundesgesetzlich geregelte Anzeigepflicht für neue Wohnformen bietet die Chance, die Grundlagen für die Umsetzung der gesetzlichen Aufträge nach §§ 8a und 113b SGB XI zu schaffen.

Bei Verstoß gegen diese Pflichten sollte eine Vergütungskürzung drohen, ohne dass Qualitätsmängel festgestellt werden müssen.

§197a SGB V: Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Einfügen Abs. 3b und 3c in § 197a SGB V NEU sowie Änderungen des § 47a SGB XI

A Änderungsvorschlag

Zur effektiven Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen wird eine kassenartenübergreifende, bundesweite GKV-Betrugspräventionsdatenbank benötigt. In dieser Datenbank sollen auffällig gewordene Leistungserbringer gespeichert werden, damit den Zulassungsstellen und den vertragsschließenden Institutionen auf Kassenseite die Möglichkeit eröffnet wird, anhand der Einträge in der Datenbank zu prüfen, ob ein Vertragspartner oder Leistungserbringer bereits auffällig im Sinne eines Fehlverhaltens geworden ist. Einem solchen Leistungserbringer soll es erschwert werden, im selben oder einem anderen Bundesland erneut an der Versorgung teilzunehmen.

Die Klarstellung der gesetzlichen Übermittlungsbefugnis personenbezogener Daten könnte z. B. in enger Anlehnung an den bereits etablierten sog. „Fraud-Pool der deutschen Kreditwirtschaft“ erfolgen;

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 197a SGB V wird wie folgt geändert.

Nach Absatz 3a werden die Absätze 3b und 3c angefügt

(...)

(3b) Krankenkassen müssen, unbeschadet der Regeln des §§ 4 IV, 12, 13 SGB V, über ein angemessenes Risikomanagement sowie über interne Sicherungsmaßnahmen verfügen, die der Verhinderung von Korruption, Fehlverhalten durch z.B. Abrechnungsbetrug, oder sonstigen strafbaren Handlungen, die zu einer Gefährdung des Vermögens der Krankenkassen (oder: des Solidarsystems) führen können, dienen. Sie haben dafür angemessene geschäfts- und kundenbezogene Sicherungssysteme zu schaffen und zu aktualisieren sowie Kontrollen durchzuführen. Die Krankenkassen dürfen personenbezogene Daten verarbeiten, soweit dies zur Erfüllung dieser Pflicht erforderlich ist.

(3c) An die für die Zulassung der Vertragsärzte und Leistungserbringer zuständigen Stellen dürfen die Einrichtungen nach Absatz 1 personenbezogene Daten nur übermitteln, soweit dies für die Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist und im Einzelfall konkrete Anhaltspunkte dafür vorliegen. Der Empfänger darf diese Daten nur zu dem Zweck verarbeiten und nutzen, zu dem sie ihm übermittelt worden sind.

Ebenso dürfen die in Satz 1 genannten Stellen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben erhoben oder an sie weitergegeben oder übermittelt wurden, an die in Absatz 1 genannten Einrichtungen

übermitteln, soweit dies für die Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist.

Die Informationen dürfen auch unter Verwendung von Datenbanken zur Kenntnis gegeben werden, unabhängig davon, ob diese Datenbanken von den Einrichtungen selbst oder von Dritten betrieben werden. Die weitergegebenen Informationen dürfen ausschließlich zum Zweck der Verhinderung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen verwendet werden.“

Begründung:

„Prävention von Fehlverhalten.“

Mit § 197a Abs. 3b soll den Krankenkassen die Möglichkeit geschaffen werden – über die Stellen zur Fehlverhaltensbekämpfung hinaus - im Einzelfall einander Informationen zu übermitteln, wenn es sich um einen in Bezug auf Korruption, Abrechnungsbetrug oder sonstige strafbare Handlung im Sinne des Absatz 1 ungewöhnlichen Sachverhalt handelt. Insbesondere die Zulassungsstellen, die früh über Zulassungen von Leistungserbringern entscheiden, müssen Erkenntnisse an die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen übermitteln und erhalten dürfen. Der MDK wiederum, muss in die Lage versetzt werden, Auffälligkeiten, von denen er im Rahmen seiner Abrechnungsprüfungen erfährt, an die Stellen nach § 197a SGB V zu übermitteln.

Damit können Krankenversicherungen maßgeblich präventiv zur Schadensvermeidung beitragen – z.B. im Rahmen von Vertragsschließungen und Zulassungen von Leistungserbringern. Eine Datenbank, die Daten auffällig gewordener Leistungserbringer des Gesundheitswesens enthält, hilft, diese wichtige Aufgabe zu erfüllen.

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (§197a)

Die Krankenkassen werden in die Lage versetzt, sich mit dem MDK und den zuständigen Zulassungsstellen auszutauschen und bereits präventiv mögliche Schäden zu verhindern und nicht erst repressiv und nach Tatbegehung versuchen, den entstandenen Schaden durch mühevollen und oft fruchtlose Ermittlungsverfahren oder Gerichtsverhandlungen wieder einzuholen.

Entsprechende Änderungen bzw. Verweise müssten im § 47a SGB XI vorgenommen werden.

VI. Gesetzesfolgen

(...)

3 „Haushaltsaufgaben ohne Erfüllungsaufwand“

b) Gesetzliche Krankenversicherung

Unter Bezug auf die Ausführungen des bayerischen Innenministers Hermann anlässlich der Pressekonferenz „Betrügerische Pflegedienste“ am 27. März 2018 in Nürnberg lässt sich die präventive Wirkung der vorgeschlagenen Maßnahmen vor dem Hintergrund der zu erwartender Einsparungen (Stichwort: „**Verhinderter Schaden**“) verdeutlichen.

„Betrug im Gesundheitswesen führt jährlich bundesweit zu einem volkswirtschaftlichen Schaden, der von den Kranken- und Pflegekassen auf mehrere Milliarden Euro geschätzt wird.“ Die PKS weist aber nur die von der Polizei registrierten Straftaten aus. Ein besonderes Problem ist hier das **extrem große Dunkelfeld**“, erklärte Herrmann mit Blick auf den durch interne Kontrollen der Leistungsträger bundesweit festgestellten Schaden von rund 35 Millionen Euro, der auf nur rund 0,25 % des tatsächlichen bundesweiten Schadens in Höhe von circa 14 Milliarden Euro pro Jahr geschätzt wird. Das sind enorme Kosten, die letztendlich auf die Versicherten und damit auf die Allgemeinheit umgelegt werden müssen. Diesen Schaden gilt es mit den vorgeschlagenen Maßnahmen zu verhindern.“

Zusätzlich sollte in **§ 284 SGB V ein Abs. 3a neu** eingefügt werden, der die Kassen befugt, personenbezogene Daten, von denen sie bei Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 und 3 sowie nach § 197a Absatz 1 und 3a und b Kenntnis erlangt haben, zu übermitteln.

Grund hierfür ist die Problematik, dass die „Zulassungsstellen“ verschiedener Bundesländer untereinander keine personenbezogenen Daten über bereits auffällig gewordene Anbieter übermitteln dürfen. Gerade deshalb ist der Aufbau einer kassenartenübergreifenden Datenbank auch von dritter Seite angeregt worden (z.B. Landesregierung NRW, BKA und LKA NRW).

Am Beispiel des PSG III kann das verdeutlicht werden: Hier erfolgte eine Neuregelung des § 75 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI, welche nach der Gesetzesbegründung dem Ausbau des Schutzes vor unlauteren Anbietern auf dem Pflegemarkt dienen sollte. Durch die Umsetzung des gesetzlichen Regelungsauftrages sollte „auch für Sachverhalte effektiv Vorsorge getroffen werden, in denen bereits auffällig gewordene Anbieter (Hervorhebung DS) sich einer gegebenenfalls drohenden Kündigung ihres Versorgungsvertrages entziehen, um stattdessen eine neue Zulassung – unter eigenem Namen oder durch einen ‚Strohmann‘ – zu erlangen“ (vgl. BT-Drs. 18/9518, 72f.).

Als problematisch zeigen sich hierbei in der Praxis jedoch Umgehungsstrategien, in denen ein bereits auffällig gewordener Anbieter, selbst wenn diesem aufgrund von Unzuverlässigkeit in einem Bundesland erfolgreich gekündigt werden konnte, anschließend bei einer Zulassungsstelle in einem anderen Bundesland eine neue Zulassung erlangt hat. Darüber hinaus sind den AOK-Fehlverhaltensbekämpfern Fallkonstellationen bekannt, in denen ein Anbieter in mehreren Bundesländern unabhängig voneinander mehrere Zulassungen erlangen konnte, und zwar jeweils mit dem gleichen Personalstamm. Das war offensichtlich möglich, weil bislang jegliche länderübergreifende datenschutzrechtlich zulässige Austauschmöglichkeit fehlt.

Wäre zukünftig eine länderübergreifende Austauschmöglichkeit über bereits „auffällig gewordene Anbieter“ datenschutzrechtlich zulässig, z.B. unter Verwendung einer kassenartenübergreifenden Datenbank, könnte der Abschluss eines neuen Versorgungsvertrages gem. § 72 SGB XI oder eines neuen Vertrages gemäß § 132a Abs. 4 SGB V in einem anderen Bundesland von Anfang an versagt werden.

So könnte Fehlverhalten im Gesundheitswesen erstmals effektiv verhindert werden.

„Schätzungen des durch Korruption entstehenden ‚Schwunds‘ – und damit des Schadens für die Solidargemeinschaften, aber auch für Private – liegen **zwischen 5 und 10 % der Gesamtsumme.**“

[Vgl. *Fischer, Strafgesetzbuch*, **64. Aufl. 2017**, § 299a StGB, Rn. 4]