



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

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

Stand: 6.7.2018

Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkung	6
2. Grundsätzliche Bemerkungen	6
3. Kommentierung des Gesetzes	11
• Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) Nr. 1 § 12a – neu (Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019)	11
• Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) Nr. 1 § 12 Absatz 3 (Förderung von Vorhaben zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen)	12
• Artikel 2 (Weitere Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) Nr. 1 § 17a (Finanzierung von Ausbildungskosten)	12
• Artikel 2 (Weitere Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) Nr. 2 § 17b (Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser)	13
• Artikel 4 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung) Nr. 1 und 2 § 3 (Vereinbarung eines Gesamtbetrags) und § 11 (Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus).....	14
• Artikel 5 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung) Nr. 2 § 8 (Auswertung der Wirkungen der Förderung).....	15
• Artikel 5 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung) Nr. 3 § 11 (Förderungsfähige Vorhaben).....	16
• Artikel 5 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung) Nr. 3 § 12 (Förderungsfähige Kosten).....	17
• Artikel 5 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung) Nr. 3 § 13 (Verwaltungsaufgaben des Bundesversicherungsamts).....	17
• Artikel 5 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung) Nr. 3 § 14 (Antragstellung).....	18
• Artikel 5 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung) Nr. 3 § 15 (Anwendbare Vorschriften)	18
• Artikel 6 (Änderung des Infektionsschutzgesetzes) Nr. 1 § 36 Absatz 5a – neu (Infektionsschutz bei bestimmten Einrichtungen, Unternehmen und Personen; Verordnungsermächtigung)	18
• Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 1 § 20 Absatz 6 (Primäre Prävention und Gesundheitsförderung)	19
• Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 2 § 20 b Absatz 3 (Betriebliche Gesundheitsförderung)	20

- Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 3
§ 20 d Absatz 3 (Nationale Präventionsstrategie).....20
- Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 4
§ 37 (Häusliche Krankenpflege)21
- Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 5
§ 40 Absatz 2 (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation)22
- Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 6
§ 87 Absatz 2a (Bundesmantelvertrag, einheitlicher
Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte).....23
- Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 7
§ 119b (Ambulante Behandlung in stationären
Pflegeeinrichtungen)24
- Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 8
§ 132 a Absatz 1 (Versorgung mit häuslicher Krankenpflege).....27
- Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 9
§ 137i (Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen
in Krankenhäusern; Verordnungsermächtigung)28
- Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 12
§ 301 Absatz 2a – neu (Krankenhäuser)28
- Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) Nr. 2 § 4
(Vereinbarung eines Erlösbudgets)29
- Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) Nr. 3 § 6
(Vereinbarung sonstiger Entgelte).....31
- Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) Nr. 4 § 6a
– neu (Vereinbarung eines Pflegebudgets)32
- Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) Nr. 5 § 7
(Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen)33
- Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) Nr. 6 § 8
(Berechnung der Entgelte)33
- Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) Nr. 7 § 9
(Vereinbarung auf Bundesebene)34
- Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) Nr. 8 § 10
(Vereinbarung auf Landesebene)35
- Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) Nr. 9 § 11
(Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus).....35
- Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) Nr. 10 §
12 (Vorläufige Vereinbarung).....35
- Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) Nr. 11 §
14 (Genehmigung)36

- Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) Nr. 12 § 15 (Laufzeit).....36
- Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) Nr. 13 § 21 (Übermittlung und Nutzung von Daten)36
- Artikel 9 (Weitere Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes) Nr. 1 § 6 (Vereinbarung sonstiger Entgelte)37
- Artikel 9 (Weitere Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes) Nr. 2 § 9 (Vereinbarung auf Bundesebene)37
- Artikel 9 (Weitere Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes) Nr. 3 § 10 (Vereinbarung auf Landesebene).....38
- Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 1 § 1 (Soziale Pflegeversicherung)38
- Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 2 § 8 (Gemeinsame Verantwortung)39
- Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 3 § 33 (Leistungsvoraussetzungen)43
- Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 4 § 37 (Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen).....44
- Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 5 § 38 a Absatz 1 (Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen)45
- Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 6 § 44 Absatz 5 (Leistungen sozialen Sicherung der Pflegepersonen)45
- Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 7 § 45a Absatz 1 (Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung)47
- Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 8 § 45b Absatz 1 (Entlastungsbetrag).....47
- Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 9 § 45d (Förderung der Selbsthilfe, Verordnungsermächtigung)48
- Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 10 § 46 Absatz 2 (Pflegekassen).....49
- Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 11 § 55 Absatz 3a (Beitragsatz, Beitragsbemessungsgrenze)49
- Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 12 § 56 (Beitragsfreiheit).....49
- Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 13 § 78 Absatz 4 (Verträge über Pflegehilfsmittel).....50

- Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 14
§ 89 Absatz 3 (Grundsätze für die Vergütungsregelung)50
- Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 15
§ 106a (Mitteilungspflichten).....51
- Artikel 11 (Weitere Änderungen des Elften Buches
Sozialgesetzbuch) Nr. 1 § 146 (Übergangs- und
Überleitungsregelung zur Beratung nach § 37 Absatz 3)52
- Artikel 11 (Weitere Änderungen des Elften Buches
Sozialgesetzbuch) Nr. 2 § 28 Absatz 1 (Leistungsarten,
Grundsätze)52
- Artikel 11 (Weitere Änderungen des Elften Buches
Sozialgesetzbuch) Nr. 3 § 30 Absatz 2 (Dynamisierung,
Verordnungsermächtigung)53
- Artikel 11 (Weitere Änderungen des Elften Buches
Sozialgesetzbuch) Nr. 4 § 37 Absatz 3 (Pflegegeld für selbst
beschaffte Pflegehilfen)53
- Artikel 11 (Weitere Änderungen des Elften Buches
Sozialgesetzbuch) Nr. 6 § 146 – neu (Übergangs- und
Überleitungsregelung zur Beratung nach § 37 Absatz 3)54
- 4. Ergänzender Änderungsbedarf 56**
 - § 275b Absatz 1 Satz 1 SGB V (Durchführung und Umfang von
Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der
häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst)56
 - § 20 Absatz 5 SGB V (Primäre Prävention und
Gesundheitsförderung).....56

1. Vorbemerkung

Im vorliegenden Text nimmt der vdek grundsätzlich zum Referentenentwurf zum Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG) grundsätzlich Stellung. Anschließend werden unter 3. die einzelnen Regelungen des Gesetzentwurfs kommentiert. Unter 4. finden sich zwei ergänzende Vorschläge. Zum einen handelt es sich um eine redaktionelle Korrektur im § 275b SGB V. Zum anderen handelt es sich um eine Klarstellung, dass die Entscheidungen der Zentralen Prüfstelle Prävention über die Zertifizierung von Anbietern keinen Verwaltungsakt darstellen.

2. Grundsätzliche Bemerkungen

Mit dem Referentenentwurf zum PpSG werden die bekannten Eckpunkte für ein Pflegesofortprogramm umgesetzt. Darüber hinaus enthält der Entwurf eine Änderung des Infektionsschutzgesetzes. Danach sollen Familienangehörige, die zu Asylberechtigten, anerkannten Flüchtlingen oder subsidiär Schutzberechtigten nachziehen und die nicht in Gemeinschaftseinrichtungen untergebracht sind, ein ärztliches Zeugnis über das Nichtvorliegen einer ansteckenden Lungentuberkulose vorzulegen haben beziehungsweise eine entsprechende Untersuchung erlauben müssen. In den Gemeinschaftsunterkünften ist dies bereits durch das Asylgesetz geregelt. Zur Stärkung des Gesundheitsschutzes wird hier eine Lücke geschlossen.

Der Referentenentwurf enthält entsprechend der bekannten Eckpunkte aus dem Mai dieses Jahres Maßnahmen zur Stärkung der Pflege im Krankenhaus, in der Altenpflege und zur betrieblichen Gesundheitsförderung.

Krankenhauspflege

Seit der DRG-Einführung ist es zu einer Leistungsverdichtung in der Krankenhauspflege gekommen. Dies führte zu Abwanderungen und höheren Ausfallquoten in den Pflegediensten. Seit Jahren werden milliardenschwere Fördermaßnahmen aus Beitragsmitteln finanziert. Pflegezuschlag, Pflegestellenförderprogramm, PKMS-Zusatzentgelte und weitere Maßnahmen konnten bislang nicht dazu beitragen, dass nennenswert mehr Pflegepersonal in den Krankenhäusern eingestellt worden ist. Dies hat zu einer deutlichen Überfinanzierung im Betriebskostenbereich geführt. Eine Investitionsfinanzierung aus DRG-Entgelten und höhere Gewinne für die Krankenhausträger waren die Folge. Das eigentliche Problem des Pflegenotstandes wurde durch die Finanzmittel nicht behoben, sondern noch verstärkt.

Die Überfinanzierung im Betriebskostenbereich hat die Fallzahlentwicklung beflügelt. Eine Notwendigkeit, die im internationalen Vergleich viel zu hohe Anzahl an Krankenhäusern zu reduzieren, ist durch die Überfinanzierung konter-

kariert worden. Die Beseitigung von Fehlbelegung und stationären Überkapazitäten in den Ballungsgebieten könnte einen wirkungsvollen Beitrag zur Bekämpfung des Pflegenotstandes leisten. Die bereits in der Vergangenheit zusätzlichen finanziellen Mittel aus Beitragsgeldern führten und führen zu kontraproduktiven Fehlanreizen, die den Pflegenotstand verstärken. Damit die im PpSG vorgesehenen Maßnahmen in die erhoffte Richtung führen, müssen die Überkapazitäten im Krankenhausbereich abgebaut werden, denn ohne einen notwendigen Strukturwandel bzw. einen unausweichlichen Konzentrationsprozess in der Krankenhauslandschaft, der mit einer deutlichen Reduzierung der Zahl der Standorte einhergeht, werden auch die Probleme im Pflegedienst nicht zu lösen sein. Dies setzt aber voraus, dass die Länder endlich ihre Investitionsförderverpflichtungen erfüllen und dass der Krankenhausstrukturfonds nicht zweckentfremdet wird. Diese Strukturbereinigung muss durch effiziente Instrumente zur Mengenreduzierung begleitet werden. Die verschlagenen Regelungen zum Fixkostendegressionsabschlag werden hingegen eher ökonomisch motivierte Mengensteigerungen begünstigen, als diese abzubauen.

Eine Strukturbereinigung der Krankenhauslandschaft ist vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, insbesondere auf dem Arbeitsmarkt, unbedingt planerisch und nicht wettbewerbsorientiert vorzunehmen. Der Wettbewerb über die am Arbeitsmarkt noch zur Verfügung stehenden Arbeitskräfte darf nicht von der Finanzkraft der Krankenhausträger bestimmt werden. Ansonsten werden die Krankenhausträger, die in der Vergangenheit Personal am stärksten abgebaut haben oder die sich stark auf lukrative Geschäftsfelder, wie beispielsweise die Endoprothetik oder Wirbelsäulen Chirurgie spezialisiert haben, im Wettbewerb noch belohnt.

Die Ersatzkassen begrüßen ausdrücklich die längst überfällige Ausbildungs-offensive für Pflegekräfte. Ebenso werden Maßnahmen zur Förderung von Familie und Beruf begrüßt, wenn diese dazu beitragen, Pflegekräfte in den Arbeitsmarkt zurückzuholen oder die Arbeitszeit der Teilzeitkräfte zu erhöhen.

- In den Krankenhäusern wird künftig jede zusätzliche und jede aufgestockte Stelle durch die Krankenkassen refinanziert. Für die zusätzlichen Mittel gibt es keine Obergrenze. Der bisherige Eigenanteil der Krankenhäuser in Höhe von zehn Prozent entfällt. Das Pflegestellenförderprogramm wird, anders als bisher vorgesehen, nicht in den Pflegezuschlag überführt. Die Mittel verbleiben im Krankenhaus, bis 2020 die neue Pflegepersonalkostenfinanzierung greift. Dann sollen die Pflegepersonalkosten über ein Pflegebudget vergütet werden. Diese sind auf der Ortsebene krankenhausesindividuell zu vereinbaren und für Pflegepersonal zweckentsprechend zu verwenden. Folgerichtig ist, dass die Mittelverwendung nachgewiesen werden muss. Flankierend werden die Diagnosis Related Groups (DRG) um die Pflegepersonalkosten bereinigt. Diese Maßnahme bewirkt faktisch eine Rückkehr zur Selbstkostendeckung bei den Pflegeaufwänden mit den bekannten Risiken für die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung. Wenn auf diesem Weg aber tatsächlich mehr Pflege am Krankenhausbett ankommt, ist dies vertretbar.

- Die Tarifsteigerungen für die Pflegekräfte sollen künftig vollständig refinanziert werden. Heute geschieht dies nur anteilig. Die zusätzlichen Mittel sind für Pflegepersonal einzusetzen, was ebenfalls nachzuweisen ist. Dessen ungeachtet besteht auch hier die Gefahr, dass die Tarifsteigerungen einfach an die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) durchgereicht werden.
- Die Ausbildungsvergütung für das erste Ausbildungsjahr in der (Kinder)Krankenpflege und Krankenpflegehilfe sollen künftig vollständig von den Kostenträgern refinanziert werden; der Anrechnungsschlüssel für Auszubildende entfällt für dieses Jahr. Darüber hinaus sollen für alle in Krankenhaus ausgebildeten Berufe Ausbildungsvergütungen gezahlt werden, sofern mit dem Krankenhaus eine Ausbildungsvergütung vereinbart worden ist. Die Ausbildungsbudgets sind entsprechend der Kostenentwicklung anzupassen und unterliegen keiner Obergrenze. Der Ansatz ist dann vertretbar, wenn es gelingt, dass tatsächlich mehr Menschen in den Pflegeberufen ausgebildet werden.
- Der Krankenhausstrukturfonds wird entsprechend weitergeführt, flexibilisiert und soll zudem Investitionen in Digitalisierung ermöglichen. Daneben sollen auch Investitionen in Ausbildungsstätten gefördert werden können. Auch wenn der Krankenhausstrukturfonds grundsätzlich ein geeignetes Instrument zur Förderung der Konzentration und von Umwidmungen in der Krankenhauslandschaft ist – gehört die Förderung anderer Ziele nicht zu seinen originären Aufgaben. Dies ist vor dem Hintergrund der mangelhaften Investitionsförderung durch die Länder nicht zu vertreten.

Alten-/Langzeitpflege

- In vollstationären Pflegeeinrichtungen sollen 13.000 zusätzliche Pflegekräfte eingestellt werden können, die über Leistungen der medizinischen Behandlungspflege von den Krankenkassen finanziert werden. Je nach Größe der Einrichtung können eine halbe bis zu zwei zusätzliche Stellen je Einrichtung über Zuschläge finanziert werden. Mit der Zuordnung der Kosten zur GKV wird ein Verschiebepark für jährlich 640 Millionen Euro aufgemacht. Das gesetzlich festgelegte jährliche Transfervolumen (§ 37 Absatz 2a SGB V) ist eine Pauschale, die unabhängig vom tatsächlichen Mittelbedarf für zusätzlich Pflegestellen geleistet werden muss. Eine Spitzabrechnung und ein Rückzahlungsmechanismus bei Nichtauserschöpfung sind nicht vorgesehen. Dieser dauerhafte, pauschale – damit tendenziell intransparente und wenig kontrollierbare – Verschiebepark zu Lasten der GKV ist kritisch zu sehen. Mit Blick auf die spätere Umsetzung ist es wichtig, dass der Finanztransfer von der GKV in die Soziale Pflegeversicherung (SPV) wettbewerbsneutral gestaltet wird. Dazu ist es notwendig, dass bei der Berechnung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds die Ausgaben der Krankenkassen für die Umlage gegenüber dem Bundesversicherungsamt (BVA) den nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben zugerechnet werden. Auch hinsichtlich der konkreten Umsetzung der Finanzierung der Stellen

durch den Ausgleichsfonds (im Binnenverhältnis der SPV) lässt der Entwurf noch wichtige Fragen offen, so zum Beispiel zu einer konkreten Nachweispflicht.

- Pflegeeinrichtungen sollen aus den Mitteln des Ausgleichsfonds in den Jahren 2019 bis 2024 jährlich bis zu 100 Millionen Euro für Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf erhalten. Die gleiche Regelung gilt auch für die Krankenhäuser. Solche Anreize können sinnvoll sein, sind aber zwingend aus Steuermitteln zu finanzieren.
- Des Weiteren sollen Pflegeeinrichtungen in den Jahren 2019 bis 2021 Zuschüsse erhalten, wenn sie in Digitalisierung investieren, die die Pflegekräfte entlastet. Die Maßnahmen werden bis zu 40 Prozent oder maximal 12.000 Euro bezuschusst. Die Finanzierung müsste hier konsequenterweise, da es sich um Investitionen handelt, von den Ländern geleistet werden.
- Die Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegeeinrichtungen wird verbindlicher vorgeschrieben. Aus der bisherigen Soll-Vorgabe wird eine Muss-Regelung. Auf Antrag der Pflegeeinrichtungen sind die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, innerhalb von drei Monaten Kooperationsverträge mit niedergelassenen Ärzten zu vermitteln. Zusätzlich sollen Impulse für den Einsatz von elektronischer Kommunikation gegeben werden, indem zum Beispiel Videosprechstunden und Fallkonferenzen ermöglicht werden. Die Maßnahmen werden bei konsequenter Umsetzung die medizinische Versorgung in den Pflegeeinrichtungen verbessern. Das ist gut. Der Bewertungsausschuss soll zum 1. April 2019 die notwendigen Anpassungen beschließen.
- In ländlichen Gebieten sollen die Wegezeiten, die die ambulanten Pflegedienste aufwenden müssen, über einen unbürokratischen Wegekostenzuschlag besser honoriert werden. Dies soll für die Häusliche Krankenpflege (SGB V) als auch für die ambulante Pflege (SGB XI) gelten. Die Rahmenvertragspartner nach dem SGB V haben entsprechende Festlegungen zu treffen, die dann auf die Pflegeversicherung übertragen werden sollen. In der Folge ist mit steigenden Preisen zu rechnen. In der ambulanten Pflege führt dies unter gleichen Bedingungen zu höheren Eigenanteilen der Pflegebedürftigen.
- Pflegenden Angehörige erhalten einen vereinfachten Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation. Grundlage ist eine entsprechende ärztliche Verordnung. Dies soll einen Beitrag zur Entlastung pflegender Angehöriger in ihrer oftmals belastenden Situation leisten.
- Die Vergütung der aufsuchenden Beratungsbesuche für Pflegegeldempfänger soll neu gestaltet werden. Die geltende gesetzliche Festlegung der Vergütung soll zugunsten einer Verhandlungslösung zwischen Pflegediensten und Pflegekassen entfallen, um eine leistungsgerechtere Vergütung der verpflichtenden Beratungsbesuche zu ermöglichen. Dies erscheint sachgerecht.

Betriebliche Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen

- Für die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) in Krankenhäusern und Altenpflegeeinrichtungen soll es mehr Geld von der Krankenversicherung geben, in dem ein eigener Mindestausgabenwert in Höhe von einem Euro je Versicherten festgelegt wird. Dies entspricht einer vereinfachenden politischen Auffassung, dass sich mit zusätzlichen Geld alle Defizite beheben lassen. Das ist hier nicht so, vielfach fehlt es noch an den notwendigen betrieblichen Steuerungsstrukturen für eine funktionierende und qualitätsgestützte Präventionsarbeit in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Da (bislang) der gesetzlich festgelegte Gesamtbetrag der Präventionsmittel der Krankenkassen nicht angehoben werden soll, müssen die Kassen ihre Aktivitäten im Bereich der Individualprävention zurückfahren.
- Die regionalen Koordinierungsstellen, die in den Ländern heute insbesondere die kleinen und mittleren Unternehmen in der betrieblichen Gesundheit beraten, sollen ihre Angebote mit Blick auf Krankenhäuser und Alteneinrichtungen ausbauen. Auch dies kann nur erfolgreich gelingen, wenn sich ein entsprechendes Präventionsbewusstsein in den Einrichtungen der Kranken- und Altenpflege entwickelt.
- Aus diesem Blickwinkel sollen auch die Präventionsziele der nationalen Präventionskonferenz überarbeitet und entsprechend ergänzt werden.

Das Gesetz ist mit erheblichen Ausgabensteigerungen verbunden. Schon im ersten Jahr 2019 werden allein auf die GKV Mehrausgaben in Höhe von 1,2 Milliarden Euro zukommen. Das ist zusatzbeitragsrelevant. Da das Gesetz eine Reihe von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben und staatlichen Finanzierungsverantwortlichkeiten beinhaltet, bedarf es dringend eines schlüssigen Gesamtkonzepts für eine ausgewogene Finanzierung durch GKV, PKV, SPV, Bund und Ländern.

3. Kommentierung des Gesetzes

Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 1

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

Sachverhalt

Der Strukturfonds wird um weitere vier Jahre verlängert. Die Mittel für den Krankenhausstrukturfonds werden ab 2019 aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt. Dies entspricht der bisherigen Ausgestaltung des Krankenhausstrukturfonds. Die Zuführung erfolgt jährlich bis zu einem Betrag von 500 Millionen Euro. Der Gesamtförderbetrag liegt bei zwei Milliarden Euro. Die neuen Fördertatbestände gehen über die heutige Förderung hinaus. Künftig können nicht nur Schließungen, Konzentrationen und Umwandlungen akutstationärer Versorgungskapazitäten, sondern auch gesundheitspolitisch besonders herausragende Zwecke gefördert werden. Hierzu gehören die Förderung der Bildung von Zentren zur Behandlung seltener, komplexer oder schwerwiegender Erkrankungen (NAMSE), der Bildung zentralisierter Notfallstrukturen, telemedizinischer Netzwerkstrukturen, der Verbesserung der IT-Sicherheit von Krankenhäusern oder die Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten für Krankenpflegeberufe.

Bewertung

Der Strukturfonds ist an sich das richtige Instrument zur Förderung der Konzentration und Umwidmung in der Krankenhauslandschaft sowie der Schließung von Krankenhäusern. Auch werden die Länder angehalten, ihrer Investitionspflicht nachzukommen. Die Verlängerung des Strukturfonds ist daher aus unserer Sicht ein Schritt in die richtige Richtung.

Nicht zu befürworten ist die Förderung des Einsatzes digitaler Anwendungen. Wenn aus dem Fonds IT-Infrastruktur bezahlt wird, steht dieses Geld für den Abbau von Überkapazitäten und die Versorgungskonzentration nicht zur Verfügung. Telemedizinische Netzwerke werden schon heute von den Krankenkassen vergütet, z. B. über Zentrumszuschläge. Auch die Telematikinfrastruktur wird heute bereits vergütet. Es sollte nicht zu den Aufgaben des Strukturfonds gehören, die Bildung von Zentren für seltene Erkrankungen zu fördern. Die Finanzierung von Zentren ist über Zentrumszuschläge gesichert. Es gibt im Übrigen mehr Zentren als benötigt, was z. B. durch die Zahl der Brustzentren in Nordrhein-Westfalen belegt wird. Auch die Bildung zentralisierter Notfallstrukturen sollte nicht Aufgabe des Strukturfonds sein. Die solchermaßen beabsichtigte Aufgabenverbreiterung verwässert seine eigentliche Bestimmung, den Umbau der Krankenhauslandschaft voranzubringen. Zu begrüßen ist, dass künftig auch länderübergreifende Projekte gefördert werden können.

Sofern der Referentenentwurf so in das Gesetz eingeht, hat der Strukturfonds auch Auswirkungen auf die Versorgung und nicht nur die Krankenhauslandschaft. Daher wäre es sachgerecht, dass sich auch die private Krankenversicherung (PKV) verpflichtend an der Finanzierung des Strukturfonds beteiligt.

Änderungsvorschlag

In § 12a Absatz 1 (i. d. F. d. Referentenentwurfs) wird Satz 3 gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) Nr. 1
§ 12 Absatz 3 (Förderung von Vorhaben zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen)

Sachverhalt

In der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung soll das Nähere zur Förderung von Vorhaben von Hochschulkliniken geregelt werden können, soweit diese zur Verbesserung der informationstechnischen Sicherheit von Hochschulkliniken oder die Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten für Pflegeberufe in den mit Hochschulen verbundenen Ausbildungsstätten zum Gegenstand haben.

Bewertung

Die Uniklinken werden bereits ausreichend finanziert. Die Verbesserung der informationstechnischen Sicherheit der Hochschulen kann nicht zulasten der GKV gehen; hier stehen vielmehr die Länder in der Pflicht.

Änderungsvorschlag

§ 12a Absatz 3 Nr. 4 wird gestrichen.

Artikel 2 (Weitere Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)
Nr. 1

§ 17a (Finanzierung von Ausbildungskosten)

Sachverhalt

Die Vergütung von Auszubildenden in der Pflege soll im ersten Lehrjahr vollständig über das Ausbildungsbudget finanziert werden. Für die Vergütung im zweiten und dritten Ausbildungsjahr gelten weiterhin die Anrechnungsschlüssel aus § 17a KHG, d. h. ein Teil wird über das Ausbildungsbudget finanziert, der restliche Teil ist über die DRG abgegolten. Außerdem soll klargestellt werden, dass die Vergütungen für alle Ausbildungsberufe am Krankenhaus über das Ausbildungsbudget finanziert werden sollen und dieses keiner Begrenzung unterliegt.

Bewertung

Die Erhöhung der Attraktivität der Ausbildungsberufe ist auch ein Anliegen der Ersatzkassen. Die Regelung schafft einen Anreiz, mehr neue Auszubildende aufzunehmen. Die Regelung ist leider nicht daran gebunden, dass ein Auszubildender nach erfolgreichem Abschluss in einem zugelassenen Krankenhaus eine Anschließtätigkeit aufnimmt.

Laut Krankenhausbuchführungsverordnung gehören die Ausbildungsvergütungen zu den Kosten der Krankenhäuser, die über Pflegesätze zu finanzieren sind. Ausbildungsvergütungen werden heute über DRG, teils über DRG und zum anderen lediglich die Mehrkosten über den Ausbildungsbildungsfonds und für Hebammen vollständig über den Ausbildungsfonds finanziert. Die neue Regelung sieht vor, dass alle Ausbildungsberufe bis auf die Kranken- bzw. Kinderkrankenpflege sowie -hilfe über die Ausbildungsbudgets finanziert werden sollen. Daher fehlen Anrechnungsschlüssel für die Ausbildungsberufe außerhalb der Pflege.

Derzeit werden für schulische Ausbildungsberufe an Ausbildungsstätten der Krankenhäuser gar keine Vergütungen bezahlt. Hierzu bedürfte es einer Anpassung in den jeweiligen Berufsgesetzen sowie der Abschluss von tarifvertraglichen Vereinbarungen.

Änderungsvorschlag

In § 17 a Absatz sollte folgender Satz 5 neu eingefügt werden:

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

Artikel 2 (Weitere Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2

§ 17b (Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser)

Sachverhalt

Die Kosten des Pflegedienstes sollen künftig tagesbezogen und krankenhaushausindividuell vergütet werden. Die Pflegekosten werden aus dem DRG-Katalog herausgelöst und separat aufgeführt.

Bewertung

Die DRG-Vergütung war auskömmlich. Pflegekräfte wurden eingespart, um aus den DRG-Erlösen zweckwidrig Investitionsverpflichtungen finanzieren zu können.

Die krankenhaushausindividuelle Vergütung des Pflegedienstes entspricht einer Abkehr vom Festpreissystem und Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip. Dies ist grundsätzlich abzulehnen. Künftig wird eine Leistung einerseits fallbe-

zogen über eine DRG und andererseits tagesbezogenen nach einem hausindividuellen Kostenwert vergütet. Dies führt zu einem doppelten Abrechnungs- und Prüfaufwand bei den Krankenhäusern und Krankenkassen. Da die Bewertungsrelationen anzupassen sind und die Landesbasisfallwerte unverändert bleiben, verliert die Bezugsgröße aus dem InEK-Kalkulationsverfahren an Aussagekraft.

Ausreichend wäre eine separate Ausweisung und Abrechnung von tagesbezogenen Relativgewichten für die Aufwendungen im Pflegedienst. Diese Leistungen können tagesbezogen abgerechnet werden, damit dem verweildauerabhängigen Aufwand im Pflegedienst Rechnung getragen wird. Die getrennte Abrechnung von DRG-Fallpauschalen und tagesbezogenen Pflegeentgelten würde auch transparent machen, welche Mittel die Krankenkassen den Krankenhäus-trägern bereitgestellt haben und welche Mittel die Krankenhäusträger im Umkehrschluss dem Pflegedienst zukommen lassen haben.

Änderungsvorschlag

In der Neuregelung zu § 17b Absatz 4 sind in Satz 1 die Worte *„auszugliedern und eine neue Pflegepersonalkostenvergütung zu entwickeln“* zu streichen und durch die Worte *„separat auszuweisen“* zu ersetzen. Satz 5 und 6 sind wie folgt zu fassen:

„Die ausgegliederten Pflegepersonalkosten nach Satz 1 sind bis zum 30. September 2019 gesondert im DRG-Katalog mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen je Belegungstag auszuweisen, der jährlich weiter zu entwickeln ist. Der erweiterte DRG-Katalog ist erstmals für das Jahr 2020 für die Abzahlung des Pflegebudgets nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes anzuwenden.“

In diesem Zusammenhang werden im § 4 Absatz 2 Satz 2 KHEntgG nach dem Wort *„Fallpauschalen“* das Wort *„wird“* durch die Wörter *„sowie die tagesbezogenen Pflegeentgelte werden“* ersetzt.

Artikel 4 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 1 und 2

§ 3 (Vereinbarung eines Gesamtbetrags) und § 11 (Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus)

Sachverhalt

1. Der Gesetzgeber plant die vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen beim Pflegepersonal für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser und Fachabteilungen. Durch eine Erhöhung des Gesamtbetrags um 15 Prozentpunkte auf 55 Prozent der Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen wird diese Regelung umgesetzt. Die vollständige Tarifrefinanzierung folgt aus der Neufassung von § 10 Absatz 5 Satz 2 KHEntgG.

2. a) Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung der vollständigen Tarifierfinanzierung für das Pflegepersonal. Es soll sichergestellt werden, dass die zusätzlichen Mittel zweckentsprechend verwendet werden.

2. b) Der Gesetzgeber verpflichtet mit dieser Ergänzung die Krankenhausträger zur Vorbereitung der jährlichen Verhandlung des Gesamtbudgets den übrigen Beteiligten den Nachweis über die zweckentsprechende Mittelverwendung der auf Grund der vollständigen Tarifierfinanzierung für das Pflegepersonal zusätzlich erhaltenen Mittel bereits ab 2018 vorzulegen.

Bewertung

Zu 1. Bislang gilt eine hälftige Tarifierfinanzierung für den nichtärztlichen und ärztlichen Personalbereich. Die vollständige Tarifierfinanzierung beim Pflegepersonal führt zu Kostensteigerungen. Folgerichtig wurde der Prozentsatz angehoben. Eine zusätzliche Tarifierfinanzierung über die bisherige Regelung hinaus wird abgelehnt.

Zu 2. a) Bleibt es bei der Regelung unter 1., ist die Ergänzung notwendig, um sicherzustellen, dass die zusätzlichen Mittel tatsächlich zur Finanzierung des Pflegepersonals verwendet werden. Die Änderung ist dann folgerichtig und wichtig.

Zu 2. b) Bleibt es bei der Regelung unter 1., ist die Übermittlung des Nachweises über die zweckentsprechende Verwendung der zusätzlichen Mittel folgerichtig und wichtig. Zu beachten ist, dass die näheren Einzelheiten des Nachweises erst 2019 auf Bundesebene vereinbart werden.

Änderungsvorschlag

Die Regelungen sollten gestrichen werden.

Artikel 5 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Nr. 2

§ 8 (Auswertung der Wirkungen der Förderung)

Sachverhalt

Zur Vereinfachung des Verfahrens sollen die Unterlagen von den Ländern einheitlich an das BVA übermittelt werden.

Bewertung

Die Änderung ist unkritisch.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Sachverhalt

Die Krankenhausstrukturfonds-Verordnung enthält neue Fördertatbestände. Künftig können nicht nur Schließungen, Konzentrationen und Umwandlungen akutstationärer Versorgungskapazitäten, sondern auch gesundheitspolitisch besonders herausragende Zwecke gefördert werden. Hierzu gehören die Förderung der Bildung von Zentren zur Behandlung seltener, komplexer oder schwerwiegender Erkrankungen (NAMSE), die Bildung zentralisierter Notfallstrukturen, telemedizinischer Netzwerkstrukturen, die Verbesserung der IT-Sicherheit von Krankenhäusern oder die Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten für Krankenpflegeberufe.

Bewertung

Zur Bewertung wird im Wesentlichen auf die Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 1 verwiesen. Darüber hinausgehende Änderungen werden nachfolgend bewertet. Im Ergebnis enthält der Referentenentwurf entsprechende Konkretisierungen.

Die Konzentration von akutstationären Versorgungseinrichtungen zur Behandlung schwerwiegender oder komplexer Erkrankungen soll gefördert werden. Dies kann allerdings nicht gelingen, wenn die gesetzlichen Vorgaben zur Zentrenfinanzierung weiterhin unkonkret bleiben und allen angebotswilligen Leistungserbringern eine auskömmliche Finanzierungsgrundlage schafft. Ziel muss es sein, dass die Behandlung dieser Erkrankungen in Zentren gebündelt wird. Investitions- und Betriebskostenfinanzierung müssen der gleichen Richtung folgen.

Die Förderung krankenhausesübergreifender Konzentrationsprozesse an das Bestehen von Mindestmengen oder Mindestfallzahlen zu knüpfen wird begrüßt. Eine finanzielle Förderung der Zusammenarbeit von Krankenhäusern aus Strukturfondsmitteln wird abgelehnt, da diese eine organisatorische und keine räumliche Konzentration zum Inhalt hat. Die Förderung von Konzentrationsprozessen, die die Behandlung von seltenen Erkrankungen ermöglichen soll, wird ebenso kritisch gesehen, da es sich nicht um wirkliche Konzentrationsprozesse handelt. Regional übergreifend tätig werdende Schwerpunktkliniken sollen bei der Behandlung von seltenen Erkrankungen mit kleineren Satellitenkliniken der Grund- oder Regelversorgung zusammenarbeiten. Dies sind keine Konzentrations- sondern organisatorische Prozesse, die über die Zentrenvereinbarung abgedeckt werden. Eine Finanzierungsgrundlage über den Strukturfonds ist somit überflüssig.

Die Regelungen zeigen, dass im Referentenentwurf Zentralisierungs- und Spezialisierungsaspekte miteinander vermengt werden. Zentralisierungen folgen versorgungspolitischen Zielen. Spezialisierungen hingegen folgen betriebswirtschaftlichen Zielen der Krankenhausträger. Spezialisierungsaspekte der Kliniken dürfen nicht zu Lasten der GKV über den Strukturfonds erfolgen. Daher ist

auch die Regelung zur Zusammenarbeit im Rahmen eines Krankenhausverbundes nicht sachgerecht.

Aus denselben Gründen ist auch die Regelung in Nr. 3 abzulehnen, wonach mindestens eine vollständige Abteilung eines Krankenhauses umgewandelt werden soll. Hier würde den Krankenhäusern Tür und Tor für eine sog. „Türschildfinanzierung“ geöffnet, wo sich die Krankenhäuser die für sich lukrativste Fachrichtung herauspicken.

Die Regelung zur Finanzierung von Informationstechnik und die Finanzierung von telemedizinischen Netzwerkstrukturen kann ebenfalls kein Fördertatbestand des Strukturfonds sein, da diese keinem Konzentrationsprozess dienen. Im Gegenteil, durch den Aufbau von digitaler Infrastruktur werden notwendige Konzentrationsprozesse und auch notwendige Schließungen erschwert. Telemedizin und auch die Telematikinfrastruktur werden heute bereits von der GKV oder durch Länderförderung vergütet. Die beabsichtigten Regelungen würden zu einer Doppelfinanzierung führen.

Änderungsvorschlag

§ 11 Absatz 1 Nr. 2b und c, Nr. 3a, 4 bis 6 werden gestrichen.

Artikel 5 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Nr. 3

§ 12 (Förderungsfähige Kosten)

Sachverhalt

Es werden die förderfähigen Kosten und Folgeänderungen aufgelistet.

Bewertung

Wie in den Ausführungen zu Artikel 5 § 11 dargestellt, sind die Kosten für die digitale Infrastruktur nicht von den Krankenkassen zu tragen.

Änderungsvorschlag

§ 12 Absatz 1 Nr. 3 wird gestrichen.

Artikel 5 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Nr. 3

§ 13 (Verwaltungsaufgaben des Bundesversicherungsamts)

Sachverhalt

Dem BVA werden Aufgaben zur Veröffentlichung im Zusammenhang mit dem Krankenhausstrukturfonds zugewiesen.

Bewertung

Die Änderung ist unkritisch.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 5 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Nr. 3

§ 14 (Antragstellung)

Sachverhalt

Es wird das Verfahren der Antragsstellung geregelt.

Bewertung

Diese Regelung ist grundsätzlich unkritisch. Allerdings müssen auch hier die Regelungen in Absatz 3 der Nr. 4 bis 6 aus den o. g. Gründen gestrichen werden.

Änderungsvorschlag

In § 14 Absatz 3 werden die Nr. 4 bis 6 gestrichen.

Artikel 5 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Nr. 3

§ 15 (Anwendbare Vorschriften)

Sachverhalt

Eine Finanzierung von länderübergreifenden Projekten ist künftig möglich.

Bewertung

Diese Regelung ist sehr zu begrüßen, da sinnvolle Projekte nicht mehr an Landesgrenzen scheitern.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 6 (Änderung des Infektionsschutzgesetzes)

Nr. 1

§ 36 Absatz 5a – neu (Infektionsschutz bei bestimmten Einrichtungen, Unternehmen und Personen; Verordnungsermächtigung)

Sachverhalt

Mit dem neuen Absatz 5a werden nachziehende Familienangehörige von Asylberechtigten und minderjährige Asylanten, die nicht in Aufnahmeeinrichtungen oder Gemeinschaftsunterkünften wohnen, ebenfalls wie diese verpflichtet, ein ärztliches Zeugnis über das Nichtvorliegen einer Lungentuberkulose vorzulegen; anderenfalls haben sie entsprechende ärztliche Untersuchungen zu dulden (Verweise auf § 36 Absatz 4 und 5 IfSG).

Bewertung

Die Erweiterung des Anwendungskreises auf nachziehende Familienangehörige ist nachvollziehbar. Mit Blick auf die in § 69 Absatz 1 Nr. 11 IfSG geregelte Kostenübernahme solcher Untersuchungen aus öffentlichen Mitteln muss jedoch gesetzlich geregelt werden, dass auch die Untersuchungen für nachziehende Angehörige aus öffentlichen Mitteln bezahlt werden. Die Regelung ist daher in Bezug auf die Untersuchungen nach § 36 Absatz 5a IfSG n. F. zu erweitern.

Änderungsvorschlag

§ 69 Absatz 1 Nr. 11 IfSG ist nach „Absatz 5“ um „und 5a“ zu ergänzen.

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 20 Absatz 6 (Primäre Prävention und Gesundheitsförderung)

Sachverhalt

Für den Bereich der BGF in Krankenhäusern und Altenpflegeeinrichtungen soll ein eigener Mindestausgabenwert in Höhe von einem Euro je Versicherten festgelegt wird. Dieser soll mit der Steigerung der monatlichen Bezugsgröße in den Folgejahren dynamisiert werden. Der gesetzlich festgelegte Richtwert von derzeit 7,65 Euro wird nicht erhöht.

Bewertung

Die Stärkung des betrieblichen Gesundheitsmanagements in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen ist ein wichtiges Anliegen. Dennoch ist die Festlegung eines eigenen Mindestausgabenwertes aus Sicht des vdek zum jetzigen Zeitpunkt nicht sachdienlich. Mit den bestehenden Mindestausgabewerten (insgesamt 151 Millionen Euro für BGF durch die gesetzlichen Krankenkassen) können ausreichend Maßnahmen der BGF auch in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen finanziert werden. Der Richtwert für Prävention nach § 20 ist zuletzt mit dem Präventionsgesetz in einem bisher einmaligen Maße um mehr als das Doppelte angehoben worden (Anhebung von 3,17 Euro auf 7,65 Euro). Um die Gelder der Krankenkassen qualitätsgesichert ausgeben zu können, müssen in den Betrieben nachhaltige betriebliche Steuerungsstrukturen etabliert und betriebsseitig dauerhaft Ressourcen eingebracht werden. Die bisherigen Erfahrungen des mit dem Präventionsgesetz eingeführten § 5 SGB XI zeigen, dass der Strukturaufbau noch nicht abgeschlossen ist.

Änderungsvorschlag

Die Regelung sollte gestrichen werden.

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 20 b Absatz 3 (Betriebliche Gesundheitsförderung)

Sachverhalt

Die regionalen Koordinierungsstellen, die in den Ländern heute insbesondere die kleinen und mittleren Unternehmen in der betrieblichen Gesundheit beraten, sollen ihre Angebote mit Blick auf Krankenhäuser und Alteneinrichtungen ausbauen.

Bewertung

Bislang zielen die regionalen Koordinierungsstellen vorwiegend auf die Erreichung von klein- und mittelständischen Unternehmen ab und verfolgen keinen branchenspezifischen Beratungsansatz. Zudem haben die regionalen Koordinierungsstellen lediglich einen Auftrag zur Erstberatung, welcher aufgrund der Komplexität von Krankenhäusern oder Alteneinrichtungen nicht als ausreichend erachtet wird.

Änderungsvorschlag

Die Regelung sollte gestrichen werden.

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 20 d Absatz 3 (Nationale Präventionsstrategie)

Sachverhalt

Die Präventionsziele der nationalen Präventionskonferenz sollen überarbeitet und um den Aspekt der Erhaltung und Förderung der Beschäftigungsfähigkeit sowie der Senkung des Krankenstandes der Beschäftigten in Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 und Einrichtungen nach § 71 Absatz 2 SGB XI ergänzt werden.

Bewertung

Die Bundesrahmenempfehlungen sind von grundsätzlicher Natur und global ausgestaltet und führen das Oberziel „Gesund leben und arbeiten“. Dabei wird auf die Themen Erhaltung und Förderung der Beschäftigungsfähigkeit und Senkung des Krankenstandes im Allgemeinen eingegangen, einzelne Berufsgruppen werden nicht explizit hervorgehoben. Die angedachte exklusive Nennung

eines einzelnen Berufszweiges führt daher eher zu einem Ungleichgewicht und einer Benachteiligung von anderen hochbelasteten Berufsgruppen.

Änderungsvorschlag

Die Regelung sollte gestrichen werden.

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 37 (Häusliche Krankenpflege)

Sachverhalt

Hier wird die Finanzierung der zusätzlichen (13.000) Pflegekräfte zur medizinischen Behandlungspflege nach § 8 Absatz 6 SGB XI geregelt. Die Höhe der jeweils von den Krankenkassen zu zahlenden Umlage an den Ausgleichsfonds der SPV bemisst sich nach ihrer Versichertenzahl im Verhältnis zur Gesamtzahl der Versicherten der GKV.

Bewertung

Die Regelung legt fest, dass zusätzlich 13.000 Stellen zur medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen pauschal von der GKV finanziert werden. Hierfür wird ein Pauschalbetrag von jährlich 640 Millionen Euro per Gesetz festgelegt, der an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung zu transferieren ist. Eine Spitzabrechnung abhängig vom tatsächlichen Mittelverbrauch mit Rückzahlungsmechanismus an die GKV ist nicht vorgesehen. Mit dieser Zuordnung der Kosten wird ein Verschiebeparkhaus aufgemacht, der sich ganz offensichtlich an der Kassenlage in den jeweiligen Sozialversicherungssystemen orientiert. Dieser letztlich intransparente und wenig kontrollierbare Verschiebeparkhaus ist grundsätzlich sehr kritisch zu sehen, auch wenn die Regelung dazu führt, dass der Pflegebedürftige nicht zusätzlich (über die Eigenanteile in der Pflegeversicherung) belastet wird. Es sollte klargestellt werden, dass die Zahlungen der Krankenkassen in den Ausgleichsfonds der SPV davon abhängig sind, dass zusätzliche Ausgaben der Pflegeversicherung durch zusätzliches Pflegepersonal entstehen.

Sollte der Gesetzgeber an der Regelung festhalten, ist die versichertenbezogene Umlage für den Transfer an den Ausgleichsfonds der SPV grundsätzlich geeignet, um eine Finanzierung über die GKV unbürokratisch zu regeln. Bei einer pauschalen Umlagefinanzierung der Leistungen seitens der GKV sind diese Ausgaben aus vdek-Sicht zwar im Gesundheitsfonds ausgleichsfähig, sie müssen allerdings zwingend separat von den Krankenkassen erfasst, gebucht und im Risikostrukturausgleich (RSA) als nicht-morbiditätsorientierte Leistungsausgaben eingestuft werden. Nur so kann sichergestellt werden, dass die Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds an die Kassen für diese Leistung ebenfalls pauschal je Versicherten erfolgt und die Ausgaben vollständig wettbewerbsneutral finanziert werden. Andernfalls drohen aufgrund der Verteilungswirkung des Morbi-RSA Wettbewerbsverzerrungen, denn Umlage und Zuweisung wäre für die Krankenkasse nicht deckungsgleich und abzulehnen.

Änderungsvorschlag

§ 37 Absatz 2a SGB V ist um den folgenden Satz zu ergänzen:

„Bei der Berechnung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sind die Ausgaben der Krankenkassen für die Umlage als nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben einzustufen und als solche in die Berechnung der Morbi-RSA-Zuweisungen einzubeziehen.“

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 40 Absatz 2 (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation)

Sachverhalt

Pflegende Angehörige sind aufgrund ihrer Situation besonders belastet. Die Pflege erschwert die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen. Deshalb wird für sie der eigentliche Grundsatz „ambulant vor stationär“ ausgesetzt und ein Anspruch auf stationäre Leistungen geschaffen, auch wenn aus medizinischer Sicht eine ambulante Leistung ausreichend wäre. Das Vorrang- / Nachrangprinzip soll dabei lt. Begründung nicht verlassen werden. Sofern also ein anderer Rehabilitationsträger (z. B. Rentenversicherung) für die Rehabilitation aufgrund der medizinischen und persönlichen Voraussetzungen zuständig ist, bleibt diese vorrangige Zuständigkeit bestehen.

Bewertung

Die Intention, für pflegende Angehörige und damit für eine besonders belastete Personengruppe die Möglichkeit zur Inanspruchnahme notwendiger Rehabilitationsleistungen zu verbessern, ist nachvollziehbar und richtig. Die jetzt getroffene Regelung geht davon aus, dass dies durch den erleichterten Zugang zu stationären Leistungen in Verbindung mit Leistungen zur Verhinderungspflege/ Kurzzeitpflege gelingen kann. Diesem Ansatz kann grundsätzlich gefolgt werden. Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen muss aber in jedem Fall sein, dass eine Rehabilitationsbedürftigkeit vorliegt. Nur so kann die in der Gesetzesbegründung ausdrücklich erwähnte Vorrangigkeit beispielsweise der Rentenversicherung tatsächlich erhalten und die gerade aktualisierten Regelungen des BTHG (SGB IX neu) zu Leistungsvoraussetzungen und zur Zusammenarbeit der Reha-Träger etc. aufrechterhalten bleiben. Um für erwerbstätige pflegende Angehörige, die besonders belastet sind, gleiche Voraussetzungen für die Erleichterung der Inanspruchnahme von Reha-Leistungen zu schaffen, bedarf es einer entsprechenden Regelung im SGB VI, z. B. durch einen Verweis auf das SGB V. Alternativ wäre auch eine für alle Rehabilitationsträger geltende Sonderregelung für pflegende Angehörige im SGB IX – dem übergreifenden Gesetz für Rehabilitation und Teilhabe – denkbar.

Änderungsvorschlag

In der Begründung wird klargelegt:

„Die grundsätzlichen Voraussetzungen zur Rehabilitationsbedürftigkeit für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wie sie im SGB V und SGB IX festgelegt sind gelten weiterhin auch für diesen Personenkreis.“

In § 9 Absatz 1 wird ein Satz 3 angefügt:

„Den besonderen Belangen pflegender Angehöriger ist Rechnung zu tragen.“

Begründung: Gerade berufstätige pflegende Angehörige sind einer besonderen Belastung ausgesetzt. Vor diesem Hintergrund sind ihnen der Zugang und die Inanspruchnahme stationärer Rehabilitationsleistungen entsprechend den Regelungen in der GKV zu erleichtern.

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 87 Absatz 2a (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte)

Sachverhalt

Der Anwendungsbereich der Videosprechstunde soll nicht mehr durch Indikationsvorgaben im EBM begrenzt werden. Die Entscheidung, ob eine Videosprechstunde sinnvoll ist, soll im Ermessen des Arztes in Abstimmung mit seinem Patienten liegen. Videosprechstunden sollen auch im Rahmen von Fallkonferenzen in der Pflegeheimversorgung gefördert sowie in der psychotherapeutischen Versorgung zum Einsatz kommen.

Bewertung

Die Ersatzkassen sehen einen flächendeckenden Ausbau von Videosprechstunden grundsätzlich als sinnvoll an, um die Versorgung insbesondere auch in ländlichen Regionen zu unterstützen. Allerdings ist eine telemedizinische Betreuung nicht in jedem Fall sinnvoll. Im EBM sollten daher auch in Zukunft Regelungen enthalten sein, unter welchen Umständen eine Videosprechstunde abrechenbar sein kann. Nach Auffassung der Ersatzkassen ist dies u. a. der Fall, wenn es praxisbekannten Patienten nicht möglich ist, aufgrund einer schweren Erkrankung oder eines Auslandsaufenthalts die Arztpraxis aufzusuchen, bei Patienten in strukturschwachen Gebieten und Patienten in Pflegeeinrichtungen, zur Steuerung in die geeignete Versorgungsebene bzw. bei besonderen medizinischen Beratungen (Zweitmeinung, Medikationscheck etc.).

Die Organisation von Fallkonferenzen in der Pflegeheimversorgung über Videosprechstunden wird aufgrund der wegfallenden Fahrzeiten für die beteiligten Vertragsärzte ebenfalls positiv gesehen. Daraus ergeben sich Effizienzsteigerungen, die Ärzte für die Erbringung zusätzlicher Leistungen nutzen können

und somit auch finanziell profitieren. Eine weitere Förderung durch Zuschläge ist damit nicht sachgerecht.

Derzeit schließen sowohl das Berufsrecht als auch die Psychotherapievereinbarung eine psychotherapeutische Behandlung mittels Videosprechstunde im Regelfall aus. Der persönliche Arzt–Patienten–Kontakt sowie die Neutralität des Behandlungsortes haben in der Therapie eine besondere Bedeutung, so dass vor Einführung regelhafter Videosprechstunden zu prüfen ist, ob der Behandlungserfolg bei Verwendung dieses Instruments gesichert bleibt. Telemedizinische Ansätze im Bereich der Psychotherapie sind derzeit außerdem Gegenstand von Modellvorhaben und Selektivverträgen. Dabei soll auch der Nutzen dieser Instrumente evaluiert werden. Diese Ergebnisse sollten abgewartet werden, bevor psychotherapeutische Videosprechstunden im Rahmen der Regelversorgung angeboten werden. Ob sie einbezogen und in den EBM aufgenommen wird, ist daher zuvor durch die gemeinsame Selbstverwaltung zu prüfen.

Änderungsvorschlag

§ 87 Absatz 2a Satz 17 bis 20 (i. d. F. d. Referentenentwurfs) wird wie folgt geändert:

Die Sätze 18 bis 20 werden gestrichen.

Nach Satz 17 werden folgende Sätze angefügt: *„Die Anwendungsbereiche sind im einheitlichen Bewertungsmaßstab festzulegen. Hierbei sind auch Fallkonferenzen im Rahmen der Versorgung nach § 119b SGB V zu berücksichtigen.“*

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 119b (Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen)

Zu 7. a)

Sachverhalt

Die Partner des Bundesmantelvertrages–Ärzte (BMV–Ä) haben in Anlage 27 BMV–Ä zum 1. Januar 2014, aktualisiert zum 1. Juli 2016, die Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen festgelegt (§ 119b Absatz 2 SGB V). In Umsetzung eines entsprechenden Auftrages aus dem Hospiz– und Palliativgesetz (§ 87 Absatz 2a Satz 13 SGB V) ist zudem mit Wirkung zum 1. Juli 2016 das Kapitel 37 (Kooperations– und Koordinationsleistungen in Pflegeheimen) in den EBM aufgenommen worden.

Die vorgeschlagene Gesetzesänderung sieht eine verbindlichere Ausgestaltung der bereits normierten Verpflichtung der Pflegeheime vor, Kooperationsverträge mit geeigneten vertrags(zahn)ärztlichen Leistungserbringern zu schließen, indem die bisherige „Soll–Regelung“ durch eine „Muss–Regelung“ ersetzt wird.

Für die bereits bestehende Verpflichtung der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen, entsprechende Kooperationsverträge zu vermitteln, wenn Pflegeheime einen Antrag auf Vermittlung solcher Verträge gestellt haben, wird eine gesetzliche Frist von drei Monaten vorgesehen. Die stationären Pflegeeinrichtungen werden zudem verpflichtet, eine verantwortliche Pflegefachkraft für die Zusammenarbeit zwischen der stationären Pflegeeinrichtung und den mit ihr kooperierenden Ärzten zu benennen.

Bewertung

Der Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen hat gemäß § 119b Absatz 3 SGB V die mit der Vergütungsregelung nach § 87 Absatz 2a SGB V verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen evaluiert und der Bundesregierung bis zum 31. Dezember 2017 über die Ergebnisse berichtet. Demnach wurden nach Aufnahme des Kapitels 37 in den EBM im Vergleich zu der vorhergehenden gesetzlichen Regelung zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung zwar wesentlich mehr Kooperationsverträge abgeschlossen (Stand 31. März 2017: 7.888 Kooperationsverträge mit 3.034 Pflegeeinrichtungen). Der Anteil der Pflegeeinrichtungen mit Kooperationsvereinbarungen nach § 119b Absatz 1 SGB V an allen zugelassenen Pflegeeinrichtungen in Deutschland betrug gleichwohl nur 28 Prozent (ohne Berücksichtigung der Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg, Brandenburg, Hamburg und Rheinland-Pfalz, zu denen keine Angaben vorlagen).

Eine verbindlichere Ausgestaltung der Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen, Kooperationsverträge mit geeigneten vertrags(zahn)ärztlichen Leistungserbringern zu schließen, wird vor diesem Hintergrund begrüßt. Gleiches gilt für die Verpflichtung der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen, bei Vorliegen eines Antrags einer Pflegeeinrichtung zur Vermittlung eines Kooperationsvertrages einen entsprechenden Vertrag innerhalb einer Frist von drei Monaten zu vermitteln. Beide Maßnahmen scheinen geeignet, die Entwicklung von Kooperationen voranzutreiben und die Versorgungssituation in Pflegeeinrichtungen zu verbessern.

Die Benennung einer verantwortlichen Pflegefachkraft für die Koordination der Zusammenarbeit mit den Ärzten wird ebenfalls begrüßt. Bisher werden diese Aufgaben von der Pflegedienstleitung oder den Wohnbereichsleitungen wahrgenommen. Die Bündelung der Aufgaben ist daher sinnvoll. Analog der Einführung der Ausbildungs- bzw. Qualitätsbeauftragten wird auch diese Koordinationskraft für ihre Tätigkeit mit einem gewissen Stellenanteil von den Pflegeaufgaben freigestellt werden und damit eine Pflegesatzrelevanz entwickeln.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu 7. b)

Sachverhalt

2 a) Die Inhalte der regionalen 119b-Verträge sollen, was die Koordination und Kommunikation der Ärzte und Pflegeeinrichtungen betrifft, in den BMV-Ä übernommen werden. Dort sind auch die Anforderungen definiert, die die Ärzte zur Abrechnung der Ziffern im Kapitel 37 EBM berechtigt (Abrechnung über DTA § 295 SGB V).

Daneben sollen die stationären Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur angebunden werden, um z. B. die Kommunikation zwischen Arzt und Pflegeeinrichtung über die einzurichtende Anwendung „Sichere Kommunikation zwischen Leistungserbringern (KOM-LE)“ führen zu können. Darüber hinaus könnte dann auch die elektronische Patientenakte von beiden LE genutzt werden und – wenn die elektronischen Verordnungen (Arzneimittel, nicht genehmigungspflichtige Hilfsmittel etc.) einmal definiert und eingeführt sind – die TI-Anbindung dazu verwendet werden, diese Verordnungen von der Pflegeeinrichtung direkt (über einen Dienst in der TI) an die Apotheke zu senden.

2 b) fördert ergänzend zu dem Änderungsvorschlag Nr. 6 auch im § 119b die Videosprechstunden.

Bewertung

Die geplanten Regelungen werden mit Blick auf die Bemühungen zur Digitalisierung im Gesundheitswesen begrüßt. Eine Anbindung der stationären Pflegeeinrichtungen und perspektivisch weiterer Leistungserbringer an die Telematikinfrastruktur kann die medizinische Betreuung und Versorgung der in Pflegeeinrichtungen befindlichen Patienten/Versicherten, insbesondere durch die Nutzung der demnächst zur Verfügung stehenden elektronischen Patientenakte, verbessern. Die Technik einer sicheren Kommunikation zwischen Leistungserbringern (Telematik-Anwendung „KOM-LE“) befindet sich in der fortgeschrittenen Planung und wird schnell zur Verfügung stehen. Wenn in einem weiteren Schritt die elektronische Verordnung (eRezept) definiert und eingeführt ist, kann die TI-Anbindung dazu genutzt werden, mittels eRezept beispielsweise Arzneimittel, nicht genehmigungspflichtige Hilfsmittel etc. online von der Pflegeeinrichtung direkt (über einen Dienst in der TI) an die Apotheke zu senden. Die Apotheke liefert per Lieferdienst direkt an die Pflegeeinrichtung. Auch die Patienten/Versicherten können entlastet werden.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu 7. c)

Sachverhalt

Die Entwicklung in der aufsuchenden Versorgung in Pflegeeinrichtungen nach § 119b (Kooperationsverträge) soll hinsichtlich der Auswirkungen in der Vertragszahnärztlichen Versorgung evaluiert werden.

Bewertung

Wegen der bisher noch völlig unklaren Effekte, die durch die Kooperationsverträge ausgelöst werden, ist eine entsprechende Evaluation positiv zu bewerten.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 132 a Absatz 1 (Versorgung mit häuslicher Krankenpflege)

Sachverhalt

Um die Versorgung der häuslichen Krankenpflege in dünn besiedelten ländlichen Räumen zu verbessern, sollen Fahrtkosten bei längeren Anfahrtswege durch angemessene Zuschläge höher vergütet werden können. Durch die Vereinbarungspartner auf Bundesebene sollen bis zum 30. Juni 2019 entsprechende Vorgaben (z. B. Zuschlagshöhe) und Kriterien (Verfahrensweise zur Feststellung von betroffenen Gebieten) in den bestehenden Rahmenempfehlungen nach § 132a SGB V vereinbart werden. Durch die (Folge-)Änderung des § 89 Absatz 3 SGB XI (vgl. Artikel 10 Nr. 14 PpSG) ist eine Übernahme der Zuschläge auch für die Leistungen in der ambulanten Pflege vorgesehen.

Bewertung

Die Intention, die Versorgung der häuslichen Krankenpflege im ländlichen Raum zu verbessern, ist angesichts der abnehmenden Verfügbarkeit von Pflegediensten insgesamt und im ländlichen Raum im Besonderen nachvollziehbar. Im Sinne eines Impulses zur Verbesserung dieser Versorgung ist eine Zuschlagsregelung nachvollziehbar. Bereits heute besteht die Möglichkeit, dass die Besonderheiten des einzelnen Pflegedienstes in den Vergütungsverhandlungen berücksichtigt werden können, da dieser in den Verhandlungen seine Gesteungskosten nachweist. Geschieht dies für den Pflegedienst nicht befriedigend, kann er ein Schiedsamsverfahren einleiten.

Durch die (Folge-)Änderung für den Bereich der ambulanten Pflegeleistungen würden durch die mit der Regelung einhergehenden steigenden Fahrtkosten jedoch Probleme bei der Finanzierung der Pflegeleistungen bzw. höhere Eigenleistungen (siehe Kommentierung zu § 89 Absatz 3 SGB XI) entstehen.

Änderungsvorschlag

Die Regelung sollte gestrichen werden.

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9

§ 137i (Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern; Verordnungsermächtigung)

Sachverhalt

Die von den Vereinbarungspartnern noch zu schließende Mehrkostenvereinbarung soll ein- und letztmalig für 2019 verhandelt werden.

Bewertung

Die Änderung ist wichtig und wird begrüßt. Durch die Einführung des Pflegebudgets nach § 6a KHEntgG werden dort alle Pflegepersonalkosten abgebildet. Eine zu vereinbarende Mehrkostenvereinbarung wird daher obsolet.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 301 Absatz 2a – neu (Krankenhäuser)

Sachverhalt

a) Die Krankenkassen werden verpflichtet, dem Krankenhaus nach Aufnahme eines Patienten unverzüglich elektronisch mitzuteilen, welchen Pflegegrad der Patient hat.

b) Es handelt es sich um eine Folgeänderung.

Bewertung

a) Die Regelung ist zu begrüßen. Sie wurde von der GKV gefordert, um einen datenschutzrechtlich sicheren Übermittlungsweg für die Auskunft zu schaffen. Krankenhäuser benötigen die Information bei einigen vorgegebenen Behandlungen, um Zusatzentgelte bei der Versorgung von Patienten mit einem Pflegegrad 3 und höher sowie einer Verweildauer von mindestens fünf Tagen abzurechnen. Auch wenn durch die Einführung des Pflegebudgets und damit die Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip Zusatzentgelte wegfallen und damit die neu eingeführte Datenübermittlung bereits 2020 nicht mehr für den eigentlichen Zweck gebraucht würde, ergibt sie dennoch Sinn, denn es entsteht eine valide Datengrundlage, insbesondere auch bei den Kalkulationsdaten.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2

§ 4 (Vereinbarung eines Erlösbudgets)

Sachverhalt

a) Der Mehrleistungsabschlag wird im Rahmen einer Rechtsbereinigung aus dem Gesetz gestrichen.

b) redaktionelle Folgeänderung

Bewertung

Zu a) Die Regelung ist folgerichtig, denn 2018 läuft die Regelung zum Mehrleistungsabschlag aus.

Zu b) Entfällt.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Sachverhalt

c) Der Fixkostendegressionsabschlag wird auf 35 Prozent festgeschrieben.

Bewertung

Die Festlegung des Fixkostendegressionsabschlags auf Bundesebene und damit der Wegfall der Verhandlung auf Landesebene ist eine wirksame Maßnahme, um Bürokratiekosten abzubauen. Allerdings ist eine Höhe von 35 Prozent nicht ausreichend, um ökonomische Steuerungswirkungen zu entfalten. Deshalb wäre es zumindest sinnvoll, die Ausnahmetatbestände auf der Ortsebene zu reduzieren. Diese erschweren die Budgetverhandlungen und wirken dem Ziel einer effektiven Mengensteuerung entgegen.

Änderungsvorschlag

In § 4 Absatz 2a (i. d. F. d. Referentenentwurfs) werden die Sätze 2 und 3 gestrichen.

Sachverhalt

d) Die Regelung, nach der ein Krankenhaus nachträglich verlangen kann, dass Leistungen für Asylbewerber außerhalb des Erlösbudgets vergütet werden können, wird gestrichen.

Bewertung

Es handelt sich um eine folgerichtige Rechtsbereinigung wegen Zeitablaufs.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Sachverhalt

e) Das Pflegestellen-Förderprogramm wird verlängert, bis die Neuregelung für die Finanzierung der Pflege in Kraft tritt. Dabei entfallen die Begrenzung des Förderbetrags und die Eigenbeteiligung der Krankenhäuser. Die bei Neueinstellung oder Aufstockung von Pflegepersonal entstehenden Kosten werden ab 2019 vollständig finanziert. Nachweise durch Wirtschaftsprüfer und Rückzahlungsverpflichtung bei zweckwidriger Inanspruchnahme sind vorgesehen.

Bewertung

Die Regelungen werden vom Grundsatz her abgelehnt. Sollten sie aber so umgesetzt werden, wäre eine Übergangsregelung bis zur Neuregelung der Pflegefinanzierung vertretbar, da mehr Zeit für die Umstellung des Pflegevergütungssystems gewonnen wird. Gut ist, dass das Krankenhaus bereits bezahlte Mittel wieder zurückzahlen muss, wenn das Krankenhaus die Zahl der Pflegekräfte reduziert oder Mittel zweckwidrig verwendet.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Sachverhalt

f) Zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf werden geeignete Maßnahmen der Krankenhäuser von 2019 bis 2024 zur Hälfte von den Kostenträgern gefördert; maximal bis zur Höhe von 0,1 Prozent des Gesamtbetrags. Voraussetzung ist eine schriftliche Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung. Die Förderung wird über einen Zuschlag auf jedes Entgelt finanziert. Das Krankenhaus weist über einen Wirtschaftsprüfer nach, ob es die Mittel zweckentsprechend verwendet hat. Der GKV-SV erstellt einmal jährlich einen Bericht über Art und Anzahl der geförderten Maßnahmen.

Bewertung

Es wird ein sechsjähriges Förderprogramm zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf eingeführt. Der vdek erkennt an, dass in der Krankenpflege (Schichtdienst) besondere Betreuungsbedarfe entstehen können. Wenn es gelingt, mit solchen Maßnahmen „Familie und Beruf“ besser in Einklang zu bringen, ist das für die Pflegekräfte im Einzelfall sehr entlastend und für ein gutes Image des Berufsbildes förderlich.

Auch wenn solche Anreize insgesamt begrüßt werden, sind die Programme zwingend aus Steuermitteln zu finanzieren. Es handelt sich um gesamtgesell-

schaftliche Aufgaben, die nicht über die Krankenkassen zu finanzieren sind (versicherungsfremde Leistungen).

Änderungsvorschlag

Die Regelung wird gestrichen, die Inhalte in ein berufsgruppenübergreifendes Programm unter Verwendung von Bundes- und Landesmitteln überführt.

Sachverhalt

g) Zum einen handelt sich um eine Präzisierung, da die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) zwischenzeitlich eine neue Empfehlung erlassen hat. Zum anderen sind Mittel aus dem Hygieneförderprogramm um die im Pflegebudget finanzierten Bestandteile zu kürzen.

Bewertung

Die Regelungen sind nachvollziehbar bzw. konsequent.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 3

§ 6 (Vereinbarung sonstiger Entgelte)

Sachverhalt

a) Es handelt sich um eine Folgeänderung der vollständigen Tariffinanzierung krankenhausindividueller Entgelte.

b) Neben Leistungen ausländischer Patienten, die mit dem Ziel einer Krankenhausbehandlung in Deutschland eingereist sind, sollen auch Leistungen für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz auf Verlangen des Krankenhauses ausgegliedert werden.

Bewertung

Zu a) Eine vollständige Tariffinanzierung wird abgelehnt, da sie die Tarifautonomie präjudiziert und zu einem durchreichen von Tarifabschlüssen zu Lasten der Beitragszahler führt. Die Erlössumme enthält darüber hinaus zahlreiche krankenhausindividuelle Zusatzentgelte für Arzneimittel oder Medizinprodukte, die keine Personalkosten enthalten. Eine pauschale Erhöhung dieser Entgelte um eine Tariferhöhungsrate wäre somit nicht sachgerecht.

Zu b) Es sollte eine bundeseinheitliche Regelung gefunden werden.

Änderungsvorschlag

Zu a) Die Regelungen sollten gestrichen werden.

Zu b) Absatz 4 sollte wie folgt formuliert werden: *„(4) Bei besonderen Einrichtungen nach § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden Leistungen für ausländische Patientinnen und Patienten, die mit dem Ziel einer Krankenhausbehandlung in die Bundesrepublik Deutschland einreisen sowie Leistungen für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz nicht im Rahmen der Erlössumme vergütet.“*

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 4

§ 6a – neu (Vereinbarung eines Pflegebudgets)

Sachverhalt

Die Krankenhausvergütung soll ab 2020 aus einer DRG–Fallpauschale und einer von den DRG unabhängigen Pflegepersonalkostenvergütung bestehen, die den Pflegepersonalbedarf des Krankenhauses berücksichtigt. Die DRG sollen um die Pflegekostenanteile bereinigt werden. Den Krankenhäusern sollen die Kosten der Pflegepersonalausstattung erstattet werden. Die Pflegepersonalausstattung soll in der Budgetverhandlung vereinbart werden.

Bewertung

Eine krankenhausesindividuelle Kostenerstattung bedeutet die Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip für das Pflegepersonal. Dies ist aus Sicht der Ersatzkassen keine gute Lösung, da das Selbstkostendeckungsprinzip einen Anreiz zur Ausweitung des Budgets ohne Bezug zur Leistung bietet. Zudem ist nicht klar, wie der krankenhausesindividuelle Pflegepersonalbedarf in der Patientenversorgung bei der Pflegepersonalkostenvergütung berücksichtigt werden soll, wenn die Personalausstattung in der Verhandlung vereinbart wird und dann einfach die Kosten erstattet werden sollen. Die ungedeckelte Refinanzierung der krankenhausesindividuellen Pflegepersonalkosten führt darüber hinaus dazu, dass über steigende Gehaltsspiralen ein Wettbewerb zwischen Krankenhäusern und/oder Pflegeheimen um Pflegekräfte eröffnet wird. Ein Fachkräftemangel wird dadurch nicht behoben.

Eine bessere Lösung wäre, die Relativgewichte für Pflege gesondert auszuweisen und abzurechnen. Der Leistungsbezug bliebe erhalten. Es gäbe Transparenz über den Mittelzufluss für Pflege und diese könnte mit der tatsächlichen Personalausstattung abgeglichen werden.

Änderungsvorschlag

Die Regelung sollte gestrichen werden.

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)
Nr. 5
§ 7 (Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen)

Sachverhalt

Es handelt sich um eine Folgeregelung.

Bewertung

Eine tagesbezogene Vergütung der Pflegeerlöse im Rahmen der DRG-Systematik wäre ein sinnvoller Kompromiss zur transparenten und leistungsbezogenen Vergütungen von Pflegeleistungen im Krankenhaus.

Änderungsvorschlag

a) In Absatz 1 Satz 1 wird nach der Nr. 6 folgende Nr. 6a eingefügt:

„6a. tagesbezogene Pflegeentgelte für die Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung,“.

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)
Nr. 6
§ 8 (Berechnung der Entgelte)

Sachverhalt

a) Es handelt sich um eine Folgeregelung.

b) Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung.

c) Aufgrund sprachlicher Missverständnisse wird das Wort *„allgemeine“* als Beschreibung eines Krankenhauses wieder gestrichen. Es wird klargestellt, dass Pflegekräfte in psychiatrischen Fachabteilungen unberücksichtigt bleiben, jedoch Pflegekräfte in somatischen Fachabteilungen „sonstiger“ Krankenhäuser einbezogen werden. Zudem wird die geplante Überführung der Mittel des Pflegestellenförderprogramms in den Pflegezuschlag gestrichen. Der Pflegezuschlag kann letztmalig für Patienten abgerechnet werden, die am 31. Dezember 2019 aufgenommen wurden.

Bewertung

Die Regelungen dienen der Klarstellung. Es ist jedoch notwendig, diese Regelungen rückwirkend ab 2018 umzusetzen.

Änderungsvorschlag

Artikel 12 (Inkrafttreten) wird wie folgt geändert:

(4) – neu Artikel 8 Nr. 6 tritt rückwirkend zum 1. Januar 2018 in Kraft.

Aus (4) wird (5).

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 7

§ 9 (Vereinbarung auf Bundesebene)

Sachverhalt

aa) Die Vertragsparteien auf Bundesebene werden beauftragt, einen Katalog zu vereinbaren, in dem die Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen auszuweisen sind.

bb) Auf Bundesebene sind Abrechnungsbestimmungen zu vereinbaren.

cc) Es werden Regelungen zur vollständigen Tariffinanzierung vorgesehen.

dd) Auf Bundesebene sind Regelungen für die Verhandlungen der Pflegebudgets auf Ortsebene vorzusehen.

Bewertung

Zu aa) Die Regelung ist unkritisch.

Zu bb) Abrechnungsbestimmungen für die Abrechnung tagesbezogener Pflegeentgelte neben den Fallpauschalen sind notwendig.

Zu cc) Eine vollständige Tariffinanzierung ist abzulehnen. Es sollte eine Obergrenze für die Tariffinanzierung vorgesehen werden. Wünschenswert ist eine Regelung, die eine Verbindung zur Rate nach § 71 SGB V herstellt. Die Auswirkungen des maßgeblichen Tarifabschlusses für die Pflege sollten nur bis zu einer Überschreitung der Steigerungsrate nach § 71 SGB V in Höhe von 50 vom Hundert finanziert werden. Bundesweit existieren etwa 700 Tarifverträge. Die Regelung ist daher strategieanfällig und grundsätzlich abzulehnen.

Zu dd) Die Regelungen sind abzulehnen, da ein krankenhausindividuelles Pflegebudget abgelehnt wird.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)
Nr. 8
§ 10 (Vereinbarung auf Landesebene)

Sachverhalt

a) Tarifierhöhungen, die über den Veränderungswert (Obergrenze für die Steigerung der Landesbasisfallwerte) hinausgehen, sollen zukünftig vollständig statt hälftig von den Krankenkassen finanziert werden. Die zweckentsprechende Verwendung der Mittel soll dabei nachzuweisen sein.

b) Es handelt sich um eine Folgeänderung zur gesetzlichen Fixierung des FDA bei 35 Prozent. Da ein Wert nicht mehr auf Landesebene zu verhandeln ist, entfällt er hier als Verhandlungstatbestand.

Bewertung

Zu a) Grundsätzlich werden alle Tarifsteigerungen in den Landesbasisfallwerten abgebildet. Die zusätzliche Refinanzierung über die Tarifraten 2017 auf Bundesebene hat zu Mehrkosten von 125 Millionen Euro für die GKV geführt. Es ist fraglich, ob die zusätzlichen Finanzmittel zu einer Entlastung der Pflege geführt haben. Es ist mit einer Erhöhung der Mehrausgaben gegenüber 2017 zu rechnen.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)
Nr. 9
§ 11 (Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus)

Sachverhalt

Es handelt sich um Regelungen zum krankenhausindividuellen Pflegebudget.

Bewertung

Ein krankenhausindividuelles Pflegebudget wird abgelehnt.

Änderungsvorschlag

Die Regelungen sollten gestrichen werden.

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)
Nr. 10
§ 12 (Vorläufige Vereinbarung)

Sachverhalt

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des Pflegebudgets.

Bewertung

Regelungen zum krankenhausindividuellen Pflegebudget werden abgelehnt.

Änderungsvorschlag

Die Regelungen sind zu streichen.

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 11

§ 14 (Genehmigung)

Sachverhalt

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur gesetzlichen Fixierung des FDA bei 35 Prozent. Da ein Wert nicht mehr auf Landesebene zu verhandeln ist, muss er auch nicht mehr von der zuständigen Landesbehörde genehmigt werden.

Bewertung

Die Regelung ist folgerichtig.

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 12

§ 15 (Laufzeit)

Sachverhalt

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des Pflegebudgets.

Bewertung

Regelungen zum krankenhausindividuellen Pflegebudget werden abgelehnt.

Änderungsvorschlag

Die Regelungen sollten gestrichen werden.

Artikel 8 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 13

§ 21 (Übermittlung und Nutzung von Daten)

Sachverhalt

a)

aaa) Die an das IneK zur übermittelnden Strukturdaten werden um Daten des Pflegeerlöskatalogs ergänzt.

bbb) Zukünftig sind die Anzahl der im Pflegedienst beschäftigten Personen nach Personalgruppen und Berufsbezeichnung gegliedert mit dem Datensatz nach § 21 KHEntgG zu übermitteln. Hierbei soll insbesondere zwischen examiniertem Pflegepersonal und Pflegehilfspersonal unterschieden werden.

bb) Zukünftig sind die Zeiträume einer Intensivbehandlung und bei Verlegungen zwischen Fachabteilungen die Aufenthaltsdauer auf der jeweiligen Fachabteilung mit dem Datensatz nach § 21 KHEntgG zu übermitteln.

b) Hierbei handelt es sich um eine Folgeänderung.

Bewertung

Zu aaa) Die Regelung ist sachgerecht.

Zu bbb) Die Änderung ist wichtig und wird begrüßt. Die Information wird zur Festlegung und Überprüfung der Einhaltung von Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V benötigt.

Zu bb) Die Änderung ist wichtig und wird begrüßt. Die Information wird zur besseren Risikoadjustierung und Bestimmung der Pflegelast benötigt, um die Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V festlegen zu können.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 9 (Weitere Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 1

§ 6 (Vereinbarung sonstiger Entgelte)

Sachverhalt

Es handelt sich um Regelungen zur Einführung eines Pflegebudgets und zur vollständigen Tariffinanzierung.

Bewertung

Die Einführung eines Pflegebudgets und die vollständige Tariffinanzierung werden abgelehnt.

Änderungsvorschlag

Die Regelungen sollten gestrichen werden.

Artikel 9 (Weitere Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2

§ 9 (Vereinbarung auf Bundesebene)

Sachverhalt

Es handelt sich um Regelungen zur Einführung eines Pflegebudgets und zur vollständigen Tariffinanzierung.

Bewertung

Die Einführung eines Pflegebudgets und die vollständige Tariffinanzierung werden abgelehnt.

Änderungsvorschlag

Die Regelungen sollten gestrichen werden.

Artikel 9 (Weitere Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 3

§ 10 (Vereinbarung auf Landesebene)

Sachverhalt

Es handelt sich um Folgeänderungen.

Bewertung

Die Regelungen werden im Kontext abgelehnt.

Änderungsvorschlag

Die Regelungen sollten gestrichen werden.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 1 (Soziale Pflegeversicherung)

Sachverhalt

Mit der Regelung wird sichergestellt, dass eingetragene Lebenspartner bei allen Vorschriften der Pflegeversicherung dauerhaft Berücksichtigung finden. Damit wird für das gesamte SGB XI im Hinblick auf die eingetragenen Lebenspartner Rechtssicherheit hergestellt.

Bewertung

Der vdek begrüßt, dass eingetragene Lebenspartner in Hinsicht auf alle Vorschriften innerhalb des Elften Buches als Familienangehörige des jeweils anderen eingetragenen Lebenspartners gelten.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 8 (Gemeinsame Verantwortung)

Absatz 5

Sachverhalt

Mit der Änderung wird die Finanzierungsgrundlage der fachlich unabhängigen Institution nach § 113b SGB geregelt. Sie soll aus den Mitteln des Ausgleichsfonds finanziert werden. Die Institution wurde mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) benannt und ist im Zusammenhang mit der Neuausgestaltung der Qualitätssicherung im Bereich Pflege mit der Datenübermittlung zur Messung und Darstellung der Ergebnisqualität zuständig. Zwischen den Vertragsparteien nach § 113 und dem BVA ist eine Vereinbarung abzuschließen, in der das Nähere des Verfahrens zur Auszahlung geregelt wird.

Bewertung

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) wurde die Selbstverwaltung auf Bundesebene dazu verpflichtet, eine fachliche unabhängige Institution für Übermittlung und Auswertung der Indikatoren zur Ergebnisqualität zu beauftragen. Hierfür führt der Qualitätsausschuss nach § 113b SGB XI derzeit ein Vergabeverfahren durch. Im PSG II fehlte jedoch eine Vorgabe, wie die Finanzierung dieser Institution erfolgen soll. Mit der Vorschrift wird daher eine Regelungslücke aus dem PSG II geschlossen.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Absatz 6

Sachverhalt

Die Regelung ermöglicht vollstationären Pflegeeinrichtungen zusätzliche Pflegekräfte im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege einzustellen. Die Finanzierung erfolgt durch die Krankenkassen. Die Einrichtungen haben Anspruch auf einen entsprechenden Zuschlag, je nach Größe der Einrichtung können auf diese Weise eine halbe bis zu zwei zusätzliche Stellen finanziert werden. Refinanziert werden nur zusätzlich eingestellte Pflegekräfte, die über das in der Pflegesatzvereinbarung nach § 84 Absatz 5 festgelegte Personal hinausgehen. Die monatliche Zahlung des Vergütungszuschlages soll federführend durch eine Pflegekasse erfolgen. Das Antrags- und Zahlungsverfahren wird durch den GKV-SV festgelegt.

Bewertung

Der vdek begrüßt grundsätzlich den Ansatz, dass zusätzliche Stellen in Pflegeeinrichtungen geschaffen werden, ohne dass dies mit einer zusätzlichen finan-

ziellen Belastung der Pflegebedürftigen einhergeht. Wir bereits in der Bewertung zu Artikel 7, Nr. 4 (Änderung § 37 Absatz 2 SGB V) dargestellt, wird mit der Zuordnung der Kosten zur GKV ein Verschiebebahnhof aufgemacht, den der vdek kritisch sieht.

Der nach Einrichtungsgröße in vier Stufen unterteilte Anspruch auf zusätzliches Personal führt dazu, dass Einrichtungen am oberen Rand der Stufen gegenüber Einrichtungen am unteren Rand benachteiligt werden. Im Ergebnis kann bspw. ein Pflegeheim mit 81 Betten einen fast 30 Prozent besseren (zusätzlichen) Personalschlüssel realisieren als eine Einrichtung mit 120 Betten. In der zweiten Stufe (41 bis 80 Plätze) fällt dieser Unterschied mit knapp 50 Prozent sogar noch deutlicher aus. Dies ist nicht sachgerecht.

Der vdek schlägt daher zur Verteilung der Stellen (bzw. der damit verbundenen Finanzansprüche der Einrichtung) eine stetige Verteilung vor, die auf Basis einer bundesweit einheitlichen Verhältniszahl errechnet wird. Bei aktuell bundesweit rund 928.000 Pflegeplätzen und insgesamt 13.000 Soll-Stellen ergibt sich ein Schlüssel von 0,014 zusätzlichen Stellen je Pflegeplatz. Dieser Schlüssel führt dann je nach Größe der Einrichtung zum konkreten Finanzierungsanspruch (z. B. erhält eine Einrichtung mit 100 Plätzen ca. 1,4 zusätzliche Stellen finanziert). Eine lineare Vorgehensweise ist neben der zuvor beschriebenen Benachteiligung im Vergleich zur pauschalen Gestaltung der Zuschläge nach Plätzen der Einrichtung zudem flexibler im Hinblick auf zukünftige Anpassungen.

Die konkrete Finanzierung der Stellen lässt wichtige Fragen offen. So ist nicht geregelt, wie und durch wen die Zuschläge berechnet werden. Zudem ist weder eine konkrete Nachweispflicht der Einrichtungen geregelt noch wird eine finanzielle Obergrenze für eine Einstellung definiert. Auch wenn der GKV-SV das Nähere zum Antragsverfahren regeln soll, wären hier klare gesetzliche Vorgaben wichtig. Dies insbesondere auch, um bei der Nachweispflicht datenschutzrechtlichen Hürden vorzugreifen.

Der vdek schlägt ein verwaltungsarmes Verfahren zur Finanzierung der Stellen vor, bei der die Auszahlung an das Pflegeheim als Zuschlag je Bewohner unabhängig vom Pflegegrad monatlich direkt von der Pflegekasse erfolgt. Solche Zuschlagsverfahren werden bereits im Bereich der zusätzlichen Betreuungskräfte praktiziert (§ 43b i. V. m. § 53c SGB XI). Die Regelung ist bei den beteiligten Vertragspartnern bekannt und wird seit mehreren Jahren erfolgreich umgesetzt.

Änderungsvorschlag

Die Verteilung der Stellen sollte linear erfolgen. Auf Basis der zusätzlichen 13.000 Stellen und eine bundesweiten Gesamtplatzzahl von 929.000 Plätzen ergibt sich ein Verteilschlüssel von 1:71 (0,014 Vollzeitkräfte pro Platz). Dies sollte gesetzlich festgelegt werden.

Analog zum Vergütungszuschlag für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung nach § 85 Absatz 8 SGB XI sollte die Vereinbarung des Zuschlags in das Pflege-satzverfahren nach § 85 SGB XI integriert werden.

Auch sollte gesetzlich die konkrete Nachweispflicht der Einrichtungen geregelt werden, um datenschutzrechtliche Probleme zu vermeiden. Die Einrichtungen sollten darauf verpflichtet werden, die Nachweise im Rahmen der Pflegesatz-verhandlungen zu führen.

Absatz 7

Sachverhalt

Pflegeeinrichtungen sollen aus den Mitteln des Ausgleichsfonds in den Jahren 2019 bis 2024 jährlich bis zu 100 Millionen Euro für Maßnahmen zur Förde-rung von Vereinbarkeit von Familie und Beruf erhalten. Die Bereitstellung von Geldern erfolgt als Teilfinanzierung (50 Prozent) in Höhe von max. 7.500 Euro je Einrichtung und Jahr. Die Landesverbände der Pflegekassen stellen die sach-gerechte Verteilung der Mittel sicher.

Bewertung

Der vdek erkennt an, dass in der Kranken- und Altenpflege mit Blick auf die besonderen Arbeitszeiten (Schichtdienst) besondere Betreuungsbedarfe entste-hen können. Wenn es gelingt, mit solchen Maßnahmen „Familie und Beruf“ bes-ser in Einklang zu bringen, ist das für die Pflegekräfte im Einzelfall sehr entlas-tend und für ein gutes Image des Berufsbildes förderlich.

Auch wenn solche Anreize insgesamt begrüßt werden, sind die Programme zwingend aus Steuermitteln zu finanzieren. Es handelt sich um gesamtgesell-schaftliche Aufgaben, die nicht über die Pflegeversicherung zu finanzieren sind. So ist beispielsweise der Aufbau von Betreuungsangeboten eine kommu-nale Aufgabe und betrifft – neben den Pflegekräften – eine große Menge weite-rer Berufsgruppen.

Änderungsvorschlag

Streichung und Überführung in ein berufsgruppenübergreifendes Programm unter Verwendung von Bundes- und Landesmitteln.

Absatz 8

Sachverhalt

Pflegeeinrichtungen sollen in den Jahren 2019 bis 2021 Zuschüsse erhalten, wenn sie in Digitalisierung investieren, die die Pflegekräfte entlasten. Die Maß-nahmen werden bis zu 40 Prozent oder maximal 12.000 Euro bezuschusst.

Bewertung

Eine Stärkung der Digitalisierung in der Pflege wird begrüßt. Offensichtlich steht diese Regelung auch in engem Zusammenhang mit der Verbesserung der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten. Diese soll zukünftig verstärkt über eine elektronische Kommunikation erfolgen.

Digitalisierung darf aber kein Selbstzweck sein, sondern muss in jedem Einzelfall nachweislich dem übergeordneten Ziel dienen, mehr Zeit für „Pflege am Bett“ zu schaffen.

Die Finanzierung über die Pflegeversicherung wird abgelehnt, da Investitionen grundsätzlich von den Ländern zu tragen sind (siehe § 9 SGB XI). Die Anschaffungskosten für Softwarekäufe einschließlich damit verbundener Anwendungsschulungen überschreiten in der Regel den Schwellenwert für geringwertige Wirtschaftsgüter (GWG) und sind insofern über die Investitionskosten zu finanzieren. Über die Investitionskostenförderung haben die Länder bereits heute die Möglichkeit die Einführung von EDV zu fördern. Da bereits heute je nach regionaler Situation derartige Investitionen gefördert werden, kann die Regelung entweder zu Doppelförderungen führen oder aber die regionale Förderbereitschaft unterlaufen.

Eine Teil-Förderung würde zudem auch zu einer deutlichen Preissteigerung (Gesamtheimentgelt) führen, da die nicht subventionierten Kosten entsprechend in den Investitionskosten berücksichtigt und den Pflegebedürftigen in Rechnung gestellt werden.

Änderungsvorschlag

Die Regelung sollte gestrichen werden.

Absatz 9

Sachverhalt

Gegenstand der Regelung ist die Beteiligung der PKV an den Kosten für die Förderprogramme. Die Kostenbeteiligung der PKV für die Datenauswertungsstelle, die Förderung von Vereinbarkeitsprojekten und die IT-Förderung beträgt jeweils zehn Prozent. Für die Beteiligung am Stellenprogramm für Behandlungspflege ist die Beteiligung mit 44 Millionen Euro gedeckelt.

Bewertung

Es ist unklar, warum die PKV sich im Gegensatz zu den übrigen Regelungen (zehn Prozent) mit nur mit 6,875 Prozent (44 Millionen Euro/640 Millionen Euro) am Stellenprogramm beteiligen soll. Das ist nicht sachgerecht, die PKV sollte sich auch hier mit zehn Prozent beteiligen.

Änderungsvorschlag

Satz 2 wird wie folgt gefasst: *„Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich zur Finanzierung der Aufgaben gemäß Absatz 6 mit jährlich 64 Millionen Euro.“*

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 3
§ 33 (Leistungsvoraussetzungen)

Sachverhalt

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

Bewertung

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

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

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

Änderungsvorschlag

Dem Formulierungsvorschlag des Referentenentwurfs in Artikel 10 Nr. 3 (§ 33 Absatz 1 Satz 3) wird wie folgt geändert: Der Punkt wird durch ein Semikolon ersetzt und folgender Teil angehängt: *„...; dies gilt auch bei einem Antrag auf Änderung einer Pflegeeinstufung.“*

Ergänzend zum Formulierungsvorschlag in Artikel 10 Nr. 3 des Referentenentwurfs wird § 33 Satz 2 wie folgt geändert: Das Wort *„Antragstellung“* wird durch die Worte *„dem ersten Tag des Monats der Antragstellung“* ersetzt.

Sachverhalt

a) In Beratungsbesuchen darf die beratende Pflegefachkraft, bei nicht sicher gestellter Pflege des Pflegebedürftigen, den Bedarf einer weitergehenden Beratung an die zuständige Pflegekasse melden, auch wenn der Pflegebedürftige keine Einwilligung zu einer umfassenden Mitteilung gegeben hat. Personenbezogene Daten über die Pflegesituation sind dabei mangels Einwilligung nicht zu übermitteln.

b) Durch diese Ergänzungen wird konkretisiert, für welche Bereiche die Empfehlungen nach Absatz 5 Anforderungen formulieren sollen.

Bewertung

Zu a) Die Regelung wird begrüßt. Sie trägt dazu bei, dass die Versorgung der Pflegebedürftigen durch eine weiterführende Beratung der Pflegekasse optimiert werden kann. Die Regelung sollte allerdings dahingehend präzisiert werden, dass die zuständige Pflegekasse auch ohne Einwilligung des Pflegebedürftigen informiert wird, wenn die häusliche Pflege nicht sichergestellt ist.

Zu b) Die entsprechenden Empfehlungen sind bereits verabschiedet und enthalten die aufgeführten Aspekte. Insofern dient diese Regelung eher der Klarstellung bzw. soll nach vorne blickend verhindern, dass bei einer Überarbeitung dieser Empfehlungen diese Aspekte weiterhin unberücksichtigt bleiben. Einheitliche Vorgaben für die interne Dokumentation sind entbehrlich. Sie greifen in bestehende effiziente, interne Verfahren der Pflegekassen ein und bringen im Zweifel einen hohen Bürokratieaufwand mit sich.

Änderungsvorschlag

Zu a) § 37 Absatz 4 Satz 3 – neu (i. d. F. d. Referentenentwurfs) wird wie folgt geändert: Nach dem Wort „*Beratungsperson*“ werden die Worte „*die häusliche Pflege nicht sichergestellt ist oder*“ eingefügt.

Zu b) In der durch den Referentenentwurf beabsichtigten Ergänzung des Absatzes 5 werden in der Nr. 3 die Worte „*einschließlich ihrer Aufbereitung und standardisierten Dokumentation*“ gestrichen.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 38 a Absatz 1 (Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen)

Sachverhalt

Mit der Regelung wird die Vorschrift zum einen an den seit dem 1. Januar 2017 in diesem Buch verwendeten Sprachgebrauch angepasst. Zum anderen kommt durch die Anpassung der Formulierung noch besser zum Ausdruck, dass die Person (Präsenzkraft), die durch die Mitglieder der ambulant betreuten Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt wird, nicht im Rahmen der individuellen pflegerischen Versorgung, sondern für die gesamte Wohngruppe tätig wird.

Bewertung

Es wird klargestellt, dass ein anderweitiger Einsatz der Präsenzkraft (z. B. für pflegerische Tätigkeiten) nicht erlaubt ist.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 44 Absatz 5 (Leistungen soziale Sicherung der Pflegepersonen)

Sachverhalt

Die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen haben für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, die Ansprüche auf Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge haben oder für die die Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung anteilig getragen werden, der zuständigen Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn die Feststellung der Beitragspflicht mitzuteilen. Diese Meldung ist nach Ansicht des Gesetzgebers erforderlich um die Entrichtung der Rentenversicherungsbeiträge für die Pflegeperson durch die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen reibungslos sicherzustellen. Hierzu soll ein maschinelles Meldeverfahren eingeführt werden, dass ab dem 1. Januar 2020 verpflichtend wird.

Nach Auffassung des Bundesrechnungshofes waren diese Meldungen in der Vergangenheit nicht immer sichergestellt, wodurch Beitragsausfälle bzw. verspätete Beitragsabführungen zu Lasten der Rentenversicherungsträger entstanden sind. Dies soll vermieden werden indem für Meldungen der Beitragspflicht die nicht, nicht unverzüglich, nicht vollständig oder fehlerhaft durchgeführt wurden, Säumniszuschläge erhoben werden.

Bewertung

Die Personengruppe der Pflegepersonen mit Beteiligung der Beihilfestellen macht im Schnitt etwa 2 Prozent des Gesamtvolumens der rentenversicherungspflichtigen Pflegepersonen seitens der Ersatzkassen aus. Im Verhältnis dazu ist der Meldeaufwand erheblich, wenn man die Meldeinhalte und insbesondere die Vielzahl der Meldeanlässe berücksichtigt. Ein elektronisches Verfahren führt lediglich auf Seiten der Beihilfestellen bzw. Dienstherren und Rentenversicherungsträger zu einer Verschlankung.

Die Pflegekassen haben keinen Überblick darüber, ob und wie die Meldungen nach § 44 Absatz 5 SGB XI bei den Beihilfestellen verarbeitet werden und die richtigen Schlüsse zur Beitragsbemessung erhoben werden und welche Vereinbarungen zwischen den Rentenversicherungsträgern und den Beihilfestellen zu deren Beitragszahlungsverfahren getroffen sind. Dabei stellt sich die Frage, welche Angaben die Beihilfestelle tatsächlich benötigt. Diese werden gem. § 44 Absatz 3 Satz 2 SGB XI bereits zum großen Teil durch andere leistungsrechtliche Meldeverfahren den Beihilfestellen übermittelt.

Des Weiteren ist im Gesetz nicht klar geregelt, zu wann bzw. bis wann diese Meldungen an die Beihilfestellen übermittelt werden müssen. Lediglich das Rundschreiben zur Renten- und Arbeitslosenversicherung der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegeperson vom 13. Dezember 2016 sieht über den Terminus „unverzüglich“ die Abgabe der Meldungen im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit dem Meldeanlass vor.

Änderungsvorschlag

Sofern die Beihilfestellen lediglich die Höhe des Entgeltes benötigen um ihren hälftigen Beitragsanteil zu ermitteln, ist ein schlankeres Meldeverfahren ausreichend. Danach

- soll eine sofortige Meldung an die Beihilfestelle lediglich bei Beginn und Ende der Pflgetätigkeit (= Beginn oder Ende der Versicherungspflicht) durch die Pflegekassen abgegeben werden
- sollen alle weiteren Meldungen aufgrund von Änderungen oder Unterbrechungen in Form einer Jahresmeldung bis spätestens zum 15. April des Folgejahres übermittelt werden.

So kann der Verwaltungsaufwand, der aufgrund der bisherigen Vorgaben zu den abzusetzenden Meldungen und der kasseninternen aufwendigen Bearbeitung, deutlich verringert werden.

Das Vorhaben ist ambitioniert, weil es beispielsweise mit der Vielzahl der Beihilfestellen noch keine Übertragungswege gibt. Von daher wird vorgeschlagen, den Einsatztermin auf den 1. Januar 2022 zu verlegen.

§ 44 Absatz 5 Satz 1 (i. d .F. d. Referentenentwurfs wird wie folgt geändert:

„Für die Mitteilungen nach Satz 2 haben ~~die Pflegekassen~~ *der Spitzenverband Bund der Pflegekassen* und *die privaten Versicherungsunternehmen im Einvernehmen mit Vertretern der Festsetzungsstellen für die Beihilfe und der Dienstherrn* spätestens zum 1. Januar 2020 *das Nähere über Form und Inhalt eines elektronischen Verfahrens vorzusehen für* ~~bei dem die Mitteilungen an die Beihilfestellen und Dienstherrn automatisch und gleichzeitig bei allen Meldungen an die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung erfolgen.~~ *festzulegen.*“

Idealerweise sollten sich die Träger der Beihilfe und die Dienstherrn auf eine gemeinsame Datenannahmestelle einigen.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 45a Absatz 1 (Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung)

Sachverhalt

Es wird ergänzt, dass die Angebote zur Unterstützung im Alltag neben den pflegenden Angehörigen auch von vergleichbar nahestehenden Personen in Anspruch genommen werden können.

Bewertung

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung, mit der der Sprachgebrauch des § 45a vereinheitlicht wird.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 45b Absatz 1 (Entlastungsbetrag)

Sachverhalt

Die Ergänzung dient dazu, die Voraussetzungen für eine noch differenzierte statistische Erfassung der Nutzung des Entlastungsbetrages zu schaffen. Damit soll die Transparenz über die Inanspruchnahme der Leistungen erhöht werden.

Bewertung

Es ist zu beachten, dass es sich hier um eine Erstattungsleistung an den Versicherten handelt. Die Pflegekassen sind daher bei der Erstellung der Statistik darauf angewiesen, dass die geforderten Angaben von den Leistungserbringern auch getätigt werden. Dies kann nicht sichergestellt werden, da die in Absatz 1 Satz 3 Nr. 4 genannten Leistungserbringer nur durch Landesrecht anerkannt werden und in keinem Vertragsverhältnis zu den Pflegekassen stehen.

Insbesondere die ambulanten Pflegedienste bieten neben den Entlastungsleistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 3 Nr. 3 SGB XI auch ein nach Landesrecht anerkanntes Angebot zur Unterstützung im Alltag (§ 45b Absatz 1 Satz 3 Nr. 4 SGB XI) an. Somit kann bei Einreichung einer Rechnung eines ambulanten Pflegedienstes nicht unterschieden werden, ob es sich um eine Leistung nach Nr. 3 oder Nr. 4 handelt. Die Leistungserbringer sollen zwar verpflichtet werden, auf den Rechnungen konkret anzugeben, welche Leistung erbracht wurde. Zur Abrechnung der Entlastungsleistungen bestehen mit den Leistungserbringern jedoch keine vertraglichen Vereinbarungen (s. o.). Es handelt sich um einen Erstattungsanspruch des Versicherten. Die Pflegekassen können somit nicht auf die Leistungserbringer einwirken und müssten fehlende Deklarationen im Nachgang mit den Leistungserbringern abklären. Der Nutzen über die Hinweise, welche Leistungen in Anspruch genommen werden, steht in keinem Verhältnis zu dem Aufwand für die Pflegekassen.

Änderungsvorschlag

Die Regelung sollte gestrichen werden.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9

§ 45d (Förderung der Selbsthilfe, Verordnungsermächtigung)

Sachverhalt

Zusätzlich zu den Angehörigen werden „vergleichbar nahestehende Personen“ ergänzt.

Bewertung

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung an den Sprachgebrauch, der im Übrigen in § 45d verwendet wird.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 10
§ 46 Absatz 2 (Pflegekassen)

Sachverhalt

Mit der Ergänzung wird die Legitimation für die Rückerstattung durch einen gemeinsamen Bescheid von Kranken- und Pflegeversicherung im Interesse der Verwaltungsökonomie geschaffen. An der getrennten finanziellen Buchung zu Lasten der Kranken- und Pflegeversicherung ändert sich durch die Neuregelung nichts.

Bewertung

Der vdek begrüßt diese Regelung. Sie schließt eine Gesetzeslücke, da es nach aktueller Rechtsprechung den Krankenkassen an Legitimation fehlt für die bei ihnen jeweils errichtete Pflegekasse Beitragsrückerstattungen von zu Unrecht gezahlten Beiträgen vorzunehmen (vgl. zuletzt BSG, Urteil vom 23. Mai 2017 –B 12 KR 9/16 R –, mit Hinweis auf frühere Rechtsprechung).

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 11
§ 55 Absatz 3a (Beitragssatz, Beitragsbemessungsgrenze)

Sachverhalt

Neben der Ehe wird die eingetragene Lebenspartnerschaft aufgeführt.

Bewertung

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung, mit der im Wortlaut der Vorschrift klargestellt wird, dass der Zeitpunkt der Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz im Rahmen der Vorschrift ebenso zu behandeln ist wie der Zeitpunkt der Schließung einer Ehe.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 12
§ 56 (Beitragsfreiheit)

Sachverhalt

Es handelt sich um eine redaktionelle (Folge-)Anpassung, mit der der Sprachgebrauch innerhalb des § 56 vereinheitlicht wird.

Bewertung

Keine.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13

§ 78 Absatz 4 (Verträge über Pflegehilfsmittel)

Sachverhalt

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung, da die Festbeträge nach Absatz 3 entfallen sind. Insofern ist auch der Verweis auf diese zu streichen. Zudem wird klargestellt, dass die Verordnung nach § 78 Absatz 4 die vom GKV-SV nach § 40 Absatz 5 Satz 3 erstellten Richtlinien nur im von der Verordnung geregelten Bereich verdrängt.

Bewertung

Es handelt sich um eine rechtliche Klarstellung zu einer bereits zurückliegenden Gesetzesänderung.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

§ 89 Absatz 3 (Grundsätze für die Vergütungsregelung)

Sachverhalt

Die Regelung nimmt Bezug auf die gemäß Artikel 7 Nr. 8 angepassten Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 6 des Fünften Buches, wonach angemessene Zuschläge zu Fahrtkosten in ländlichen Regionen bei den Vergütungsvereinbarungen zu berücksichtigen sind. Damit erhalten diese Zuschläge auch Gültigkeit für die Leistungen der ambulanten Pflege.

Bewertung

Die Intention des Gesetzgebers, die Versorgung mit Leistungen der ambulanten Pflegeversicherung in ländlichen Regionen zu verbessern, ist angesichts der

abnehmenden Verfügbarkeit von Pflegediensten nachvollziehbar. Die Neuregelung ist jedoch nicht unproblematisch, da sie sich unter Umständen sogar negativ für die Pflegebedürftigen in ländlichen Räumen auswirkt. Vor dem Hintergrund begrenzter Sachleistungsbeträge in der Pflegeversicherung, führt ein höherer Fahrtkostenanteil dazu, dass entweder weniger Pflegeleistungen in Anspruch genommen werden können oder die finanzielle Eigenbeteiligung der Pflegebedürftigen steigt. Allerdings werden Wegezeiten schon jetzt im Rahmen der Verhandlungen unter den Vertragspartnern vereinbart. Grundsätzlich berücksichtigen die bereits bestehenden Pauschalen für Wegezeiten die durchschnittlichen Anfahrtszeiten der Pflegekräfte. Eine ausdrückliche Verpflichtung durch den Gesetzgeber ist insofern nicht erforderlich.

Änderungsvorschlag

Die Regelung sollte gestrichen werden.

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15

§ 106a (Mitteilungspflichten)

Sachverhalt

a) Durch die Neufassung des Paragraphen wird zum einen der Begriff „Einverständnis“ durch den Begriff „Einwilligung“ ersetzt. Außerdem wird eine Regelung zur Übermittlung der Erkenntnisse aus den Beratungsbesuchen an die Beihilfesetzungsstellen aufgenommen.

b) Wird bei Beratungsbesuchen durch die Beratungsperson ein weitergehender Beratungsbedarf festgestellt, hat die Beratungsstelle auch ohne Einwilligung der pflegebedürftigen Person hierüber die zuständige Pflegekasse oder das zuständige private Versicherungsunternehmen zu informieren.

Bewertung

Zu a) Bei der Begriffsänderung von „Einverständnis“ in „Einwilligung“ handelt es sich um eine redaktionelle Anpassung an den Sprachgebrauch. Die Regelung zur Übermittlung der Erkenntnisse aus den Beratungsbesuchen an die Beihilfesetzungsstellen dient zur datenschutzrechtlichen Absicherung.

Zu b) Die Neuregelung ist inhaltsgleich zur Änderung des § 37 Absatz 4 SGB XI (vgl. Artikel 10 Nr. 4a PpSG), wird hier jedoch auch bei den Mitteilungspflichten übernommen. Zur Bewertung siehe Kommentierung zur Änderung § 37 Absatz SGB XI (Artikel 10 Nr. 4a PpSG).

Entsprechend dem Änderungsvorschlag zu Artikel 10 Nr. 4 sollte auch hier die Regelung dahingehend präzisiert werden, dass die zuständige Pflegekasse auch ohne Einwilligung des Pflegebedürftigen informiert wird, wenn die häusliche Pflege nicht sichergestellt ist.

Änderungsvorschlag

In Nr. 15 Buchstabe b) werden nach dem Wort „*Beratungsperson*“ die Worte „*die häusliche Pflege nicht sichergestellt ist oder*“ eingefügt.

Artikel 11 (Weitere Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 146 (Übergangs- und Überleitungsregelung zur Beratung nach § 37 Absatz 3)

Sachverhalt

Es handelt sich um eine Ergänzung einer Überleitungsregelung, da die Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 zukünftig verhandelt bzw. durch die Landesverbände der Pflegekassen festgelegt werden sollen (vgl. Artikel 11 Nr. 4 PpSG).

Bewertung

Zur Bewertung siehe Kommentierung zu § 146 (Artikel 11 Nr. 6 PpSG)

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 11 (Weitere Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 28 Absatz 1 (Leistungsarten, Grundsätze)

Sachverhalt

Redaktionelle Änderung

Bewertung

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung, die zum 1. Januar 2020 auch in § 28 Absatz 1 Nr. 9 die Änderung der Überschrift des Vierten Titels des Dritten Abschnitts des Vierten Kapitels des SGB XI nachvollzieht, die gemäß Artikel 1 Nr. 11 des Dritten Pflegestärkungsgesetzes vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I Seite 3191; siehe dort Seite 3194) zum 1. Januar 2020 in Kraft tritt.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 11 (Weitere Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 3
§ 30 Absatz 2 (Dynamisierung, Verordnungsermächtigung)

Sachverhalt

Die Verordnungsermächtigung zur Festlegung der Preise für die Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 SGB XI wird gestrichen.

Bewertung

Die Vergütungssätze für Beratungen nach § 37 Absatz 3 SGB XI werden ab dem 1. Januar 2020 nicht mehr gesetzlich, sondern im Vereinbarungswege festgelegt. Dies macht die Verordnungsermächtigung zur Festlegung der Vergütungssätze entbehrlich.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 11 (Weitere Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 4
§ 37 Absatz 3 (Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen)

Sachverhalt

Zu a) Die Beratungseinsätze werden in der Regel durch ambulante Pflegedienste durchgeführt, daher wird „Pflegeeinrichtung“ durch „Pflegedienst“ ersetzt. Dies ist außerdem zur Klarstellung erforderlich, dass die vorgesehene Verhandlungslösung für die Vergütung der Beratungseinsätze nur für die ambulanten Pflegedienste gilt, nicht für die anderen Akteure, welche Beratungseinsätze durchführen können.

Zu b) Durch die Neufassung des § 37 Absatz 3 sollen die Vergütungen für die Beratungseinsätze durch Pflegedienste ab dem 1. Januar 2020 durch die Pflegekassen oder deren Arbeitsgemeinschaften mit den Trägern der Pflegeeinrichtungen verhandelt werden. Bisher wurden die maximalen Vergütungen für die Beratungseinsätze gesetzlich festgelegt. Bei Beratungsstellen und Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaft wird die Vergütung durch die Landesverbände der Pflegekassen festgelegt.

c) Redaktionell

d) Redaktionell

Bewertung

a) Die Änderung ist eine Folgeänderung zu den Änderungen der Absätze 5 bis 7. Nach dem Wortlaut des § 37 Absatz 3 können nach dem bisher geltenden

Recht auch zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen nach § 71 Absatz 2 Beratungsbesuche durchführen. Dies stellt in der Praxis einen Ausnahmefall dar. Gleichwohl soll durch Satz 2 sichergestellt werden, dass diese Einrichtungen die Beratung auch künftig durchführen können, wenn sie nach § 37 Absatz 3 in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung bisher Beratungseinsätze durchgeführt haben. Sie gelten dann als anerkannte Beratungsstellen nach § 37 Absatz 7, deren Vergütungssätze in dem neuen Verfahren nach dem neuen § 37 Absatz 3 Satz 7 durch die Landesverbände der Pflegekassen festgelegt werden.

Die Umsetzung in der Praxis ist schwierig. Insbesondere die Abrechnung könnte zu Problemen führen. Das Pflegepersonal in stationären Einrichtungen wird entsprechend in der Vergütungsvereinbarung verhandelt. Wie soll die Tätigkeit im ambulanten Bereich in der Vergütung Berücksichtigung finden? Aufgrund des Fachkräftemangels soll in den stationären Einrichtungen das Personal erhöht werden und parallel sollen die Mitarbeiter Leistungen im ambulanten Bereich ausführen. Dies ist widersprüchlich und daher abzulehnen.

b) Die Neuregelung scheint sachgerecht, da die Vergütungen aller übrigen Leistungen im ambulanten Bereich bereits verhandelt und nicht gesetzlich festgelegt werden. Die Verhandlungen der Beratungseinsätze kann daher in die bestehende Verhandlungsstruktur einbezogen werden. Es wird außerdem die Möglichkeit geschaffen, neben der Vergütungssystematik nach Pflegegraden auch Vergütungssätze für bestimmte Gruppen zu verhandeln, wodurch eine leistungsgerechtere Vergütung erfolgen kann.

Anzumerken ist jedoch, dass durch die Einführung der Verhandlungslösung sowohl die Vergütungssätze als auch der Bürokratieaufwand bei allen Beteiligten steigen werden.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 11 (Weitere Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 146 – neu (Übergangs- und Überleitungsregelung zur Beratung nach § 37 Absatz 3)

Sachverhalt

Nach der Neuregelung des § 37 Absatz 3 SGB XI sollen die Vergütungen für die Beratungseinsätze durch Pflegedienste ab dem 1. Januar 2020 durch die Pflegekassen oder der Arbeitsgemeinschaften mit den Trägern der Pflegeeinrichtungen verhandelt werden bzw. bei Beratungsstellen und Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaft durch die Landesverbände der Pflegekassen festgelegt werden (vgl. Artikel 11 Nr. 4 PpSG). Durch die Ergänzung des

§ 146 wird als Übergangsregelung festgelegt, dass bis zur ersten Vergütungsvereinbarung bzw. -festlegung die gesetzlich festgelegten Vergütungssätze bis zum 31. Dezember 2019 fortgelten.

Bewertung

Die Übergangsregelung ist eine Folgeänderung der Änderungen des § 37 Absatz 3. (siehe Bewertung zu Artikel 11 Nr. 4)

Änderungsvorschlag

Keiner.

4. Ergänzender Änderungsbedarf

§ 275b Absatz 1 Satz 1 SGB V (Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst)

Beabsichtigte Neureglung

§ 275b Absatz 1 Satz 1 SGB V wird nach „Die Landesverbände der Krankenkassen“ um die Worte „*und die Ersatzkassen*“ ergänzt.

Begründung

Mit der neuen Vorschrift des § 275b SGB V werden die Prüfaufgaben des MDK im Bereich der Leistungen der Häuslichen Krankenpflege erweitert. Dabei werden die Prüfvorgaben systematisch so ausgestaltet, dass sie den Prüfvorgaben für die Qualitätsprüfungen im Auftrag der Pflegekassen nach den §§ 114 und 114a SGB XI entsprechen.

Im Unterschied zur Pflegeversicherung, in der die Ersatzkassen nach § 52 SGB XI die Aufgaben der Landesverbände der Pflegekassen wahrnehmen, ist im Bereich des SGB V dies nicht der Fall. Nach § 207 SGB V sind die Ersatzkassen zur Bildung und Vereinigung von Landesverbänden nicht berechtigt. Das bedeutet, dass bei der jetzigen gesetzlichen Regelung nach § 275b Absatz 1 S. 1 SGB V die Ersatzkassen zur Veranlassung von Regelprüfungen ausgeschlossen sind.

Aus Sicht des vdek kann es sich bei der Nichtnennung nur um ein „redaktionelles“ Versehen handeln, da sowohl im Gesetzestext als auch in der Gesetzesbegründung auf die Analogie des SGB XI Bezug genommen wird. Aus diesem Grund sollte hier eine entsprechende gesetzliche Klarstellung erfolgen.

§ 20 Absatz 5 SGB V (Primäre Prävention und Gesundheitsförderung)

Beabsichtigte Neuregelung

§ 20 Absatz 5 SGB V wird um den folgenden Satz als neuen Satz 2 ergänzt:

„Anbieter von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention können gegen Entscheidungen über die Zertifizierung unmittelbar vor den Sozialgerichten Klage erheben.“

Aus den Sätzen 2 bis 6 werden die Sätze 3 bis 7.

Begründung

Versicherte haben nach Maßgabe der Satzung ihrer Krankenkasse einen Anspruch auf Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention. Voraussetzung ist,

dass die jeweilige Leistung durch die Krankenkasse oder einen beauftragten Dritten zertifiziert wurde (§ 20 Absatz 5 Satz 1 SGB V). Die Zertifizierung der Präventionskurse wird von einer Kooperationsgemeinschaft der Krankenkassen (mit Ausnahme weniger AOKn sind alle Krankenkassen Mitglied in dieser Kooperationsgemeinschaft) im Rahmen der Prüfstelle Prävention im durchgeführt.

Die Entscheidung der Prüfstelle über die Zertifizierung stellt keinen Verwaltungsakt, sondern schlicht hoheitliches Handeln dar (vgl. SG Lübeck, Urt. v. 27. Juli 2017 – S 5 KR 217/14 u. v. 14. September 2017 – S 5 KR 449/14), da der Anbieter durch die Entscheidung lediglich mittelbar im Sinne eines Rechtsreflexes dergestalt betroffen ist, dass Versicherte für den von ihm angebotenen Kurs von ihren Krankenkassen keinen Zuschuss erhalten. Der Anbieter kann den Kurs aber gleichwohl anbieten. Die Kosten für die Teilnahme werden dann allerdings nicht durch die Krankenkasse bezuschusst. Unzweifelhaft ist in diesem Zusammenhang, dass für den Anbieter die Möglichkeit einer gerichtlichen Überprüfung der Entscheidung über die Zertifizierung bestehen muss. Um hier eine entsprechende Rechtssicherheit zu schaffen, sollte eine entsprechende Klarstellung vorgenommen werden. Die statthafte Klageart ist dann die allgemeine Leistungsklage.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Askanischer Platz 1
10963 Berlin
Tel.: 030/2 69 31 – 0
Fax: 030/2 69 31 – 2900
Politik@vdek.com