



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum

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

Stand:4.10.2018

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeiner Teil	6
2. Kommentierung des Gesetzes	9
• Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetz	9
• Zu Artikel 1 Nr. 1 § 17a (Finanzierung von Ausbildungskosten)	9
• Zu Artikel 1 Nr. 2 § 17 b (Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG- Krankenhäuser).....	10
• Artikel 2 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetz	12
• Zu Artikel 2 Nr. 1 § 12a (Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019).....	12
• Artikel 3 Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ...	14
• Zu Artikel 3 Nr. 1 § 17 (Grundsätze für die Pflegesatzregelung)	14
• Artikel 4 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetz	15
• Zu Artikel 4 Nr. 1 § 3 (Vereinbarung eines Gesamtbetrags)	15
• Zu Artikel 4 Nr. 2 a) § 11 (Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus).....	16
• Zu Artikel 4 Nr. 2 b) § 11 (Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus).....	17
• Artikel 5 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetz	18
• Zu Artikel 5 Nr. 4 § 11 (Förderungsfähige Vorhaben)	18
• Zu Artikel 5 Nr. 4 § 12 (Förderungsfähige Kosten)	20
• Zu Artikel 5 Nr. 4 § 13 (Verwaltungsaufgaben des Bundesversicherungsamts).....	21
• Zu Artikel 5 Nr. 4 § 14 (Antragstellung)	22
• Zu Artikel 5 Nr. 4 § 15 (Auszahlungsbescheide des Bundesversicherungsamts).....	23
• Zu Artikel 5 Nr. 4 § 16 (Rückforderung, Verzinsung und Bewirtschaftung von Fördermitteln).....	24
• Artikel 6 Änderung des Infektionsschutzgesetzes	25
• Zu Artikel 6 Nr. 2 b) § 36 (Einhaltung der Infektionshygiene)	25
• Artikel 7 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	26
• Zu Artikel 7 Nr. 1 § 20 (Primäre Prävention und Gesundheitsförderung)	26

- Zu Artikel 7 Nr. 3 § 20b (Betriebliche Gesundheitsförderung)27
- Zu Artikel 7 Nr. 6 § 20d (Nationale Präventionsstrategie)28
- Zu Artikel 7 Nr. 5 § 37 (Häusliche Krankenpflege)29
- Zu Artikel 7 Nr. 6 a) § 40 (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation)31
- Zu Artikel 7 Nr. 6 b) § 40 (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation)32
- Zu Artikel 7 Nr. 7 § 60 (Fahrkosten)33
- Zu Artikel 7 Nr. 8 a) § 87 (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte)34
- Zu Artikel 7 Nr. 8 b) § 87 (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte)36
- Zu Artikel 7 Nr. 10 § 132a (Versorgung mit häuslicher Krankenpflege)37
- Zu Artikel 7 Nr. 11 § 137i (Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern; Verordnungsermächtigung))38
- Zu Artikel 7 Nr. 12 § 137j (Pflegepersonalquotienten; Verordnungsermächtigung)39
- Zu Artikel 7 Nr. 15 § 275b (Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch den Medizinischen Dienst).....40
- Artikel 8 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes41
 - Zu Artikel 8 Nr. 2 § 10 (Vereinbarung auf Landesebene)41
- Artikel 9 Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes.....42
 - Zu Artikel 9 Nr. 2 b) aa) § 4 (Vereinbarung eines Erlösbudgets).....42
 - Zu Artikel 9 Nr. 2 d) § 4 (Vereinbarung eines Erlösbudgets).....43
 - Zu Artikel 9 Nr. 2 e) § 4 (Vereinbarung eines Erlösbudgets).....44
 - Zu Artikel 9 Nr. 3 a) § 6 (Vereinbarung sonstiger Entgelte)45
 - Zu Artikel 9 Nr. 3 b) § 6 (Vereinbarung sonstiger Entgelte)46
 - Zu Artikel 9 Nr. 4 § 6a –neu–(Vereinbarung eines Pflegebudgets).....47
 - Zu Artikel 9 Nr. 5 a) § 7 (Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen).....48

• Zu Artikel 9 Nr. 7 a) aa) § 9 (Vereinbarung auf Bundesebene)	49
• Zu Artikel 9 Nr. 7 a) bb) § 9 (Vereinbarung auf Bundesebene)	50
• Zu Artikel 9 Nr. 7 a) cc) § 9 (Vereinbarung auf Bundesebene)	51
• Zu Artikel 9 Nr. 8 a) § 10 (Vereinbarung auf Landesebene).....	52
• Zu Artikel 9 Nr. 8 b) § 10 (Vereinbarung auf Landesebene).....	53
• Zu Artikel 9 Nr. 8 c) § 10 (Vereinbarung auf Landesebene).....	54
• Zu Artikel 9 Nr. 9 a) § 11 (Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus).....	55
• Zu Artikel 9 Nr. 9 b) § 11 (Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus).....	56
• Zu Artikel 9 Nr. 10 § 12 (Vorläufige Vereinbarung).....	57
• Zu Artikel 9 Nr. 11 § 14 (Genehmigung)	58
• Zu Artikel 9 Nr. 12 § 15 (Laufzeit).....	59
• Zu Artikel 9 Nr. 13 a) aa) aaa) § 21 (Übermittlung und Nutzung von Daten).....	60
• Zu Artikel 9 Nr. 13 a) aa) bbb) § 21 (Übermittlung und Nutzung von Daten).....	61
• Zu Artikel 9 Nr. 13 a) bb) § 21 (Übermittlung und Nutzung von Daten).....	62
• Artikel 10 Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes.....	63
• Zu Artikel 10 Nr. 1 § 4 (Vereinbarung eines Erlösbudgets)	63
• Zu Artikel 10 Nr. 2 § 6 (Vereinbarung sonstiger Entgelte).....	64
• Zu Artikel 10 Nr. 3 § 9 (Vereinbarungen auf Bundesebene)	65
• Zu Artikel 10 Nr. 4 a) § 10 (Vereinbarungen auf Landesebene).....	66
• Zu Artikel 10 Nr. 4 b) § 10 (Vereinbarungen auf Landesebene).....	67
• Artikel 11 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	68
• Zu Artikel 11 Nr. 2 § 1 (Soziale Pflegeversicherung)	68
• Zu Artikel 11 Nr. 3 § 8 Absatz 5 –neu–(Gemeinsame Verantwortung).....	69
• Zu Artikel 11 Nr. 3 § 8 Absatz 6 –neu–(Gemeinsame Verantwortung).....	70
• Zu Artikel 11 Nr. 3 § 8 Absatz 7 –neu–(Gemeinsame Verantwortung).....	72

• Zu Artikel 11 Nr. 3 § 8 Absatz 8 –neu–(Gemeinsame Verantwortung).....	73
• Zu Artikel 11 Nr. 3 § 8 Absatz 9 –neu–(Gemeinsame Verantwortung).....	74
• Zu Artikel 11 Nr. 3 § 8 Absatz 10 –neu–(Gemeinsame Verantwortung).....	75
• Zu Artikel 11 Nr. 4 § 30 (Dynamisierung, Verordnungsermächtigung)	76
• Zu Artikel 11 Nr. 5 § 33 (Leistungsvoraussetzungen)	77
• Zu Artikel 11 Nr. 6 a) aa) § 37 (Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfe)	78
• Zu Artikel 11 Nr. 6 a) bb) § 37 (Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfe)	79
• Zu Artikel 11 Nr. 6 b) § 37 (Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfe)	80
• Zu Artikel 11 Nr. 6 c) § 37 (Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfe)	81
• Zu Artikel 11 Nr. 6 d) § 37 (Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfe)	82
• Zu Artikel 11 Nr. 7 § 38a (Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen).....	83
• Zu Artikel 11 Nr. 8 § 44 (Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen).....	84
• Zu Artikel 11 Nr. 9 § 45a (Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags, Verordnungsermächtigung)	86
• Zu Artikel 11 Nr. 10 b) § 45b (Entlastungsbetrag)	87
• Zu Artikel 11 Nr. 12 § 46 (Pflegekassen)	88
• Zu Artikel 11 Nr. 17 § 89 (Grundsätze für die Vergütungsregelung)	89
• Zu Artikel 11 Nr. 18 a) § 106a (Mitteilungspflichten).....	90
• Zu Artikel 11 Nr. 18 b) § 106a (Mitteilungspflichten).....	91
• Zu Artikel 11 Nr. 22 § 146 –neu–(Übergangs- und Überleitungsregelung zur Beratung nach § 37 Absatz 3)	92
3. Ergänzender Änderungsbedarf	93
• § 20 Absatz 5 SGB V (Primäre Prävention und Gesundheitsförderung)	93

1. Allgemeiner Teil

Mit dem Gesetzentwurf zum PpSG werden die bekannten Eckpunkte für ein Pflegesofortprogramm umgesetzt. Darüber hinaus enthält der Entwurf eine Änderung des Infektionsschutzgesetzes. Zur Stärkung des Gesundheitsschutzes wird hier eine gesetzliche Lücke geschlossen.

Krankenhauspflege

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. Der bisherige Eigenanteil der Krankenhäuser in Höhe von zehn Prozent entfällt. Das Pflegestellen-Förderprogramm wird nicht in den Pflegezuschlag überführt. Die Mittel verbleiben im Krankenhaus, bis 2020 die neue Pflegepersonalkostenfinanzierung greift. Dann sollen die Pflegepersonalkosten über ein neues Pflegebudget vergütet werden. Nach Einschätzung des vdek ist es richtig, 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 aus Sicht des vdek vertretbar.

Tarifsteigerungen für die Pflegekräfte sollen künftig vollständig refinanziert werden. Bisher geschieht dies nur anteilig. Die zusätzlichen Mittel sind für Pflegepersonal einzusetzen, was ebenfalls nachzuweisen ist. Dessen ungeachtet besteht hier die große Gefahr, dass die Tarifsteigerungen einfach an die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) durchgereicht werden. Vereinbarungen der Tarifparteien zulasten Dritter lehnt der vdek ab. Dies kann durch Einführung einer Obergrenze verhindert werden.

Die Ausbildungsvergütung für das erste Ausbildungsjahr in der (Kinder)Krankenpflege und Krankenpflegehilfe sollen künftig vollständig von den Kostenträgern refinanziert werden. Darüber hinaus sollen für alle im 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 vdek unterstützt die Bemühungen, mehr Menschen in den Pflegeberufen auszubilden. Auch hier gilt: Vereinbarungen zulasten Dritter sind zu vermeiden, zum Beispiel durch die Festlegung von Obergrenzen.

Der Krankenhausstrukturfonds wird weitergeführt, flexibilisiert und soll zudem u. a. Investitionen in Digitalisierung ermöglichen. Der vdek lehnt eine Ausweitung der Fördertatbestände ab. Der Krankenhausstrukturfonds ist grundsätzlich ein geeignetes Instrument zur Förderung der Konzentration und von Umwidmungen in der Krankenhauslandschaft – die Förderung anderer Ziele gehört nicht zu seinen originären Aufgaben. Dies ist auch vor dem Hintergrund der mangelhaften Investitionsförderung durch die Länder nicht zu vertreten.

Alten-/Langzeitpflege

In vollstationären Pflegeeinrichtungen sollen 13.000 zusätzliche Pflegekräfte über Leistungen der medizinischen Behandlungspflege von den Krankenkassen finanziert werden. Der vdek lehnt dieses Vorhaben ab. Mit der Zuordnung der Kosten zur GKV wird ein Verschiebepark von jährlich 640 Millionen Euro aufgemacht. Das gesetzlich festgelegte jährliche Transfervolumen in Form einer Pauschale, die unabhängig vom tatsächlichen Mittelbedarf für zusätzliche Pflegestellen geleistet werden muss, ist ebenfalls abzulehnen. Es besteht die Gefahr eines dauerhaften, pauschalen, intransparenten und wenig kontrollierbaren Verschiebeparks zulasten der GKV.

Mit Blick auf die Umsetzung ist es aus Sicht der Ersatzkassen zwingend erforderlich, 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. Hinsichtlich der konkreten Umsetzung der Finanzierung der Stellen durch den Ausgleichsfonds lässt der Entwurf noch wichtige Fragen offen, so zum Beispiel zu einer konkreten Nachweispflicht.

Der vdek begrüßt grundsätzlich Maßnahmen, die geeignet sind Familie und Beruf besser zu vereinbaren. Laut Gesetzentwurf sollen Pflegeeinrichtungen 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 Maßnahmen können sinnvoll sein, sind aus Sicht des vdek als gesamtgesellschaftliche Aufgabe aber 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 aus Mitteln des Ausgleichsfonds lehnt der vdek ab. Diese müsste konsequenterweise, da es sich um Investitionen handelt, von den Ländern geleistet werden.

Der Gesetzentwurf ist mit erheblichen Ausgabensteigerungen verbunden. Schon im ersten Jahr 2019 werden allein auf die GKV Mehrausgaben in Höhe

von 1,2 Milliarden Euro zukommen. Ein solcher Aufwuchs ist zusatzbeitragsrelevant. Da das Gesetz eine Reihe von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben und staatlichen Finanzierungsverantwortlichkeiten beinhaltet, bedarf es aus Sicht der Ersatzkassen dringend eines schlüssigen Gesamtkonzepts für eine ausgewogene Finanzierung durch GKV, private Krankenversicherung (PKV), soziale Pflegeversicherung (SPV), Bund und Ländern.

2. Kommentierung des Gesetzes

Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetz

Zu Artikel 1 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. Sie ist leider nicht daran gebunden, dass ein Auszubildender nach erfolgreichem Abschluss in einem zugelassenen Krankenhaus eine Anschließtätigkeit aufnimmt.

Laut Krankenhaus-Buchführungsverordnung gehören die Ausbildungsvergütungen zu den Kosten der Krankenhäuser, die über Pflegesätze zu finanzieren sind. 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 1 wird folgender Satz 5 eingefügt:

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

Zu Artikel 1 Nr. 2
§ 17 b (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 fallbezogen 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 Kalkulationsverfahren des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) 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 Krankenhausträgern bereitgestellt haben und welche Mittel die Krankenhausträger im Umkehrschluss dem Pflegedienst zukommen lassen haben.

Änderungsvorschlag

1)

In § 17b Absatz 4 Satz 1 –neu– werden die Worte „*auszugliedern und eine neue Pflegepersonalkostenvergütung zu entwickeln*“ durch die Worte „*separat auszuweisen*“ ersetzt.

2)

Satz 5 und 6 werden wie folgt gefasst:

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

3)

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

Artikel 2 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetz

Zu Artikel 2 Nr. 1

§ 12a (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 Kabinettsentwurf 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 PKV verpflichtend an der Finanzierung des Strukturfonds beteiligt.

Änderungsvorschlag

In § 12a Absatz 1 werden die Nummern 1 bis 4 gestrichen.

Artikel 3 Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu Artikel 3 Nr. 1

§ 17 (Grundsätze für die Pflegesatzregelung)

Sachverhalt

Der Anrechnungsschlüssel für Auszubildende in der Krankenpflegehilfe wird für das erste Ausbildungsjahr abgeschafft.

Bewertung

Diese Regel stellt sicher, dass die in Artikel 1 Nummer 1 vorgesehenen Änderungen tatsächlich umgesetzt werden, da der § 17a Absatz 1 Satz 3 KHG auch durch das am 1.1.2019 in Kraft tretende Pflegeberufereformgesetz geändert wird.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetz

Zu Artikel 4 Nr. 1

§ 3 (Vereinbarung eines Gesamtbetrags)

Sachverhalt

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.

Bewertung

Bislang gilt eine hälftige Tarifrefinanzierung für den nichtärztlichen und ärztlichen Personalbereich. Die vollständige Tarifrefinanzierung beim Pflegepersonal führt zu Kostensteigerungen. Folgerichtig wurde der Prozentsatz angehoben. Eine zusätzliche Tarifrefinanzierung über die bisherige Regelung hinaus wird abgelehnt, siehe auch Artikel 9 Nr. 8 b).

Änderungsvorschlag

Die Regelung wird gestrichen.

Zu Artikel 4 Nr. 2 a)
§ 11 (Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus)

Sachverhalt

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

Bewertung

Die Regelung wäre notwendig um sicherzustellen, dass die zusätzlichen Mittel tatsächlich zur Finanzierung des Pflegepersonals verwendet werden.

Änderungsvorschlag

Siehe hierzu Änderungsvorschlag zu Artikel 4 Nummer 1.

Zu Artikel 4 Nr. 2 b)
§ 11 (Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus)

Sachverhalt

Der Gesetzgeber verpflichtet die Krankenhausträger, bereits ab 2018 zur Vorbereitung der jährlichen Verhandlung des Gesamtbudgets den Nachweis über die zweckentsprechende Mittelverwendung der aufgrund der vollständigen Tarifierfinanzierung für das Pflegepersonal zusätzlich erhaltenen Mittel vorzulegen.

Bewertung

Bleibt es bei der Regelung unter Artikel 4 Nummer 1, ist die Übermittlung des Nachweises über die zweckentsprechende Verwendung der zusätzlichen Mittel folgerichtig. Zu beachten ist, dass die näheren Einzelheiten des Nachweises erst 2019 auf Bundesebene vereinbart werden.

Änderungsvorschlag

Siehe hierzu unter Artikel 4 Nummer 1.

Artikel 5 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetz

Zu Artikel 5 Nr. 4

§ 11 (Förderungsfähige Vorhaben)

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

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 grundsätzlich 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.

Der Gesetzentwurf vermengt die Regelungen zu Zentralisierungs- und Spezialisierungsaspekten. Zentralisierungen folgen versorgungspolitischen Zielen. Spezialisierungen hingegen folgen betriebswirtschaftlichen Zielen der Krankenhausträger. Spezialisierungsaspekte der Kliniken dürfen nicht zulasten 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 abzulehnen, wonach mindestens eine vollständige Abteilung eines Krankenhauses umgewandelt werden soll. Hier würde den Krankenhäusern Tür und Tor für eine sogenannte „Türschildfinanzierung“ geöffnet, aus der 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.

Die Klarstellung, wonach ein Krankenhaus nicht gefördert werden soll, wenn ein entsprechender Insolvenzantrag vorliegt, ist gegenüber dem Referententwurf entfallen. Dies ist nicht nachvollziehbar, da eben solche Krankenhäuser über kurz oder lang sowieso geschlossen würden. So wird auf Kosten der GKV „schlechtem Geld“ „gutes Geld“ hinterhergeworfen.

Änderungsvorschlag

1)

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

2)

In § 11 Absatz 3 wird folgender Satz angehängt:

„Eine Förderung ist ausgeschlossen, soweit für einen der betroffenen Krankenhausträger ein Insolvenzantrag gestellt worden ist.“

Zu Artikel 5 Nr. 4
§ 12 (Förderfähige Kosten)

Sachverhalt

Es werden die förderfähigen Kosten und Folgeänderungen aufgelistet.

Bewertung

Wie bereits oben ausgeführt, sind die Kosten für die digitale Infrastruktur nicht von den Krankenkassen zu tragen.

Änderungsvorschlag

§ 12 Absatz 1 Nummer 4 und 5 werden gestrichen.

Zu Artikel 5 Nr. 4
§ 13 (Verwaltungsaufgaben des Bundesversicherungsamts)

Sachverhalt

Dem BVA werden Aufgaben zur Veröffentlichung im Zusammenhang mit dem Krankenhausstrukturfonds zugewiesen. Das BVA kann nähere Bestimmungen zur Durchführung des Förderverfahrens treffen.

Bewertung

Die Änderung ist unkritisch.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 5 Nr. 4
§ 14 (Antragstellung)

Sachverhalt

Das Verfahren der Antragsstellung beim BVA wird geregelt. Hier wird aufgeführt, welche Unterlagen dem Antrag als Nachweis beizufügen sind.

Bewertung

Diese Regelung ist grundsätzlich unkritisch. Allerdings müssen auch hier die Regelungen in Absatz 3 der Nummern 4 bis 6 gestrichen werden. Wie bereits dargelegt, kann die Förderung von Versorgungseinrichtungen zur Behandlung seltener Erkrankungen, von Krankenhausverbänden und die Finanzierung von Informationstechnik und Telematikinfrastruktur in den Krankenhäusern nicht über den Strukturfonds gefördert werden, da diese Fördertatbestände bereits anderweitig finanziert werden oder keinem Konzentrationsprozess dienen. Insofern ist auch eine entsprechende Nachweisführung bei der Antragstellung entbehrlich.

Änderungsvorschlag

In § 14 Absatz 2 –neu– werden die Nummern 5, 6, 8 und 9 gestrichen.

Zu Artikel 5 Nr. 4
§ 15 (Auszahlungsbescheide des Bundesversicherungsamts)

Sachverhalt

Eine Finanzierung von länderübergreifenden Projekten ist künftig möglich. Zudem enthält der Entwurf Regelungen zu den Auszahlungsbescheiden des BVA.

Bewertung

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

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 5 Nr. 4
§ 16 (Rückforderung, Verzinsung und Bewirtschaftung von Fördermitteln)

Sachverhalt

Die Krankenhausstrukturfonds-Verordnung enthält nun Klarstellungen zu möglichen Rückforderungen sowie Bewirtschaftung von Fördermitteln.

Bewertung

Die Regelung schafft Rechtsklarheit und ist daher zu begrüßen.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 6 Änderung des Infektionsschutzgesetzes

Zu Artikel 6 Nr. 2 b)
§ 36 (Einhaltung der Infektionshygiene)

Sachverhalt

Mit dem neuen Absatz 6 werden nachziehende Familienangehörige von Asylberechtigten und minderjährige Asylbewerber, 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 Nummer 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 6 IfSG n. F. zu erweitern.

Änderungsvorschlag

In § 69 Absatz 1 Nummer 11 IfSG werden nach den Worten „Absatz 5“ die Worte „und 6“ eingefügt.

Artikel 7 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Artikel 7 Nr. 1

§ 20 (Primäre Prävention und Gesundheitsförderung)

Sachverhalt

Für den Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) in Krankenhäusern und Altenpflegeeinrichtungen soll ein eigener Mindestausgabenwert in Höhe von einem Euro je Versicherten festgelegt werden. Dieser soll mit der Steigerung der monatlichen Bezugsgröße in den Folgejahren dynamisiert werden. Der gesetzlich festgelegte Richtwert von derzeit 7,34 Euro wird nicht erhöht.

Bewertung

Die Stärkung des betrieblichen Gesundheitsmanagements in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen ist ein wichtiges Anliegen. Dennoch ist die Festlegung eines branchenspezifischen Mindestausgabenwertes aus Sicht des vdek zum jetzigen Zeitpunkt nicht sachdienlich und erfolgt zulasten der Individualprävention der einzelnen Versicherten.

Die derzeitige Formulierung setzt die Unzulänglichkeit des Präventionsgesetzes einer einseitigen Verpflichtung der gesetzlichen Krankenkassen fort, indem es Gesundheitsförderung auch hier wieder nicht als gesamtgesellschaftliche Aufgabe festlegt. Für eine nachhaltige Gesundheitsförderung braucht es aber auch das strukturelle und finanzielle Engagement der Träger bzw. Arbeitgeber. Diese werden jedoch nicht in die Pflicht genommen.

Daher muss es politische Anreize oder Verpflichtungen für die Arbeitgeber geben, sich für das Thema zu engagieren und betriebliche Steuerungsstrukturen sowie Personalressourcen zur Verfügung zu stellen.

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 7,34 Euro). Mit den bestehenden Mindestausgabenwerten (insgesamt 151 Millionen Euro für BGF durch die gesetzlichen Krankenkassen) können ausreichend Maßnahmen der BGF auch in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen finanziert werden.

Sollte an dem Mindestausgabewert festgehalten werden, ist die Einführung schrittweise vorzunehmen, damit zunächst der mit dem Gesetz avisierte Personalaufbau vollzogen werden kann, auf die Zielgruppe angepasste Maßnahmen entwickelt und das Geld in qualitätsgesicherte Strukturen fließen kann.

Änderungsvorschlag

Die Regelung wird gestrichen.

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 sowie ambulante Pflegedienste ausbauen.

Bewertung

Bislang zielen die regionalen Koordinierungsstellen vorwiegend auf die Erreichung von klein- und mittelständischen Unternehmen ab und verfolgen keinen branchenspezifischen Beratungsansatz. Die branchenspezifischen Beratungs- und Organisationsanforderungen von Krankenhäusern, Alteneinrichtungen und ambulanten Pflegediensten können daher hierüber nicht abgedeckt werden. Zudem haben die regionalen Koordinierungsstellen lediglich einen Auftrag zur Erstberatung.

Die gesetzliche Verankerung der genannten maßgeblichen Verbände als Multiplikatoren zur Verbreitung von BGF-Leistungen benötigt keine gesetzliche Verankerung. Diese Funktion können die genannten Interessensvertretungen auch heute schon wahrnehmen.

Änderungsvorschlag

Die Regelung wird gestrichen.

Stattdessen sollte mit der bestehenden Überlaufregelung gemäß Absatz 4 Satz 3 eine Erweiterung des Verwendungszwecks zur Entwicklung von qualitätsgesicherten zielgruppenspezifischen BGF-Maßnahmen unter Beteiligung der o. a. Einrichtungen und Verbände verfolgt werden und eine Verknüpfung mit § 20g SGB V erfolgen.

Zu Artikel 7 Nr. 6
§ 20d (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 Ersatzkassen lehnen die Regelung ab. 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 zu einem Ungleichgewicht und einer Benachteiligung von anderen hochbelasteten Berufsgruppen.

Änderungsvorschlag

Die Regelung wird gestrichen.

Sachverhalt

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

Bewertung

Mit der 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.

Bei einer pauschalen Umlagefinanzierung der Leistungen seitens der GKV sind diese Ausgaben aus Sicht des vdek 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. Auch wenn der Entwurf die Forderung des vdek aufgreift, dass die zusätzlichen Aufwände als berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben im RSA zu behandeln und versichertenbezogen zu erfassen sind, greift dies zu kurz. Die Regelung ist zwingend dahingehend zu ergänzen, dass diese Leistungsausgaben als nicht-morbiditätsorientiert einzustufen sind. Damit blieben sie in der Regressionsrechnung zur Bestimmung der Krankheitszuschläge außen vor. Nur so kann sichergestellt werden, dass die Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds an die Kassen für diese Leistung, wie die per Gesetz vorgegebene Versichertenumlage, pauschal je Versicherten erfolgt und die Ausgaben der Krankenkassen vollständig wettbewerbsneutral finanziert werden. Andernfalls drohen aufgrund

der Verteilungswirkung des Morbi-RSA Wettbewerbsverzerrungen in zweistelliger Millionenhöhe zu Gunsten der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK), denn Umlage und Zuweisung wäre für die Krankenkasse nicht deckungsgleich.

Änderungsvorschlag

In § 37 Absatz 2a SGB V wird folgender Satz ergänzt:

„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.“

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 (weiterhin) sein, dass eine Rehabilitationsbedürftigkeit vorliegt. Um für abhängig Beschäftigte, die Angehörige pflegen und besonders belastet sind, gleiche Voraussetzungen für die Erleichterung der Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen zu schaffen, bedarf es einer entsprechenden Regelung im SGB VI, z. B. durch einen Verweis auf das SGB V. Dem Hinweis in der Gesetzesbegründung, dass es einer entsprechenden Regelung für die Rentenversicherung nicht bedarf, da diese das Prinzip ambulant vor stationär ohnehin nicht kennt, wird als nicht ausreichend angesehen. Auch die Rentenversicherung verweist regelmäßig in ihren Ablehnungsbescheiden darauf, dass eine ambulante, ggf. auch fachärztliche Behandlung, ausreichend ist. Statt eines Verweises auf das SGB V wäre auch eine für alle Rehabilitationsträger geltende Sonderregelung für pflegende Angehörige im SGB IX denkbar.

Änderungsvorschlag

In § 9 Absatz 1 SGB VI wird folgender Satz 3 angefügt:

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

Sachverhalt

Aufgrund der aufwendigen Organisation erhalten pflegende Angehörige einen Anspruch auf Versorgung des Pflegebedürftigen während der Rehabilitation durch die Krankenkasse. Diese bewilligt und erbringt in Abstimmung mit der Pflegekasse die Pflegeleistungen (Kurzzeitpflege § 42 Absatz 4 SGB XI). Die Pflegekasse erstattet der Krankenkasse die Pflegeaufwendungen.

Bewertung

Die Intention des Gesetzgebers, den Angehörigen die Inanspruchnahme der Rehabilitation zu erleichtern, indem gleichzeitig mit der Bewilligung der Rehabilitation auch die Versorgung des pflegebedürftigen Angehörigen von der Krankenkasse geregelt werden muss, ist nachvollziehbar. Allerdings wird durch die vorliegende Regelung der Anspruch des Pflegebedürftigen auf Leistungen der Pflegeversicherung (Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege) auf den pflegenden Angehörigen übertragen. Dies geschieht lt. Gesetzestext ohne jegliche Antragstellung, Information und Einwilligung des eigentlich Leistungsberechtigten (Pflegebedürftigen). Das von der Politik immer wieder proklamierte Selbstbestimmungsrecht (hier: der Pflegebedürftigen) wird nicht beachtet.

Sobald also die Krankenkasse die Pflegeleistung für den Rehabilitationszeitraum bewilligt hat, ist die Leistung Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege für den Pflegebedürftigen blockiert. Tritt vor Antritt der Rehabilitation ein akuter Ausfall der Pflegeperson ein, kann der Pflegebedürftige nicht mehr über die Leistung verfügen.

Problematisch ist zudem, dass die Krankenkasse über eine sachfremde Leistung entscheiden soll. Dies ist insbesondere schwierig, wenn der Pflegebedürftige und der pflegende Angehörige nicht bei derselben Kranken-/Pflegekasse versichert sind, was häufig vorkommt. Eine entsprechende Regelung für pflegende Angehörige, die eine Rehabilitation zulasten der Rentenversicherung durchführen (der Anteil dürfte überwiegen), fehlt völlig.

Änderungsvorschlag

Die Regelung ist zu streichen.

Um das Gewollte zu erreichen, könnte eine Regelung aufgenommen werden, wonach die Krankenkasse auf Wunsch des pflegenden Angehörigen und mit Einwilligung des eigentlich leistungsberechtigten Pflegebedürftigen die begleitende Versorgung mit der zuständigen Pflegekasse koordiniert.

Sachverhalt

Mit der Regelung werden bestimmte Personenkreise (Schwerbehindertenausweis „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3, 4 und 5 oder eine vergleichbare Einschränkung der Mobilität) vom Genehmigungsvorbehalt für Krankenfahrten ausgenommen.

Bewertung

Der vdek lehnt die Neuregelung ab. Es ist mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Absatz 1 SGB V nicht vereinbar, Leistungen von vornherein für genehmigt zu erklären. Gerade im Fahrkostensektor besteht die Gefahr, dass nicht erforderliche Leistungen in Anspruch genommen werden. Mit der angedachten Regelung müssen von den Krankenkassen Krankenfahrten selbst dann ungemindert übernommen werden, wenn weiter entfernte bzw. nicht nächsterreichbare Vertrags-/-(zahn)Ärzte in Anspruch genommen werden, ungeachtet dessen, ob das in Anspruch genommene Transportmittel für den Hin- und Rückweg das Wirtschaftlichste ist.

Die Aufnahme der Regelung ist auch deshalb unverständlich, da der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bereits angekündigt hat, eine Lösung der (angeblichen) Problematik auf der Selbstverwaltungsebene herbeizuführen. Angedacht ist, eine Ergänzung der Vordruckerläuterungen für die Verordnung einer Krankenbeförderung vorzunehmen (Vordruck-Muster 4).

Unklar ist zudem, weshalb zu Beginn des Satzes die Formulierung „*ambulant fachärztlichen Behandlung*“ aufgenommen wurde. Hieraus kann zwar geschlossen werden, dass Behandlungen bei Allgemeinmediziner nicht erfasst werden sollen. Bei diesen handelt es sich streng genommen jedoch ebenfalls um Fachärzte (§ 95a SGB V, § 3 Absatz 2 Ärzte-ZV). Sollte die Regelung beschlossen werden müsste an dieser Stelle eine Präzisierung erfolgen.

Änderungsvorschlag

Die Regelung wird gestrichen.

Zu Artikel 7 Nr. 8 a)

§ 87 (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte)

Sachverhalt

Der Anwendungsbereich der Videosprechstunde soll nicht mehr durch Indikationsvorgaben im einheitlichen Bewertungsmaßstab (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 –neu– wird wie folgt geändert:

1)
Die Sätze 18 bis 20 werden gestrichen.

2)
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.“

Zu Artikel 7 Nr. 8 b)

§ 87 (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte)

Sachverhalt

Es werden Videosprechstundenleistungen in der vertragszahnärztlichen Versorgung für die Untersuchung und die Behandlung von Versicherten, die die Zahnarztpraxis z. B. aufgrund von Pflegebedürftigkeit nicht aufsuchen können, eingeführt.

Bewertung

Die Einführung von Videosprechstunden auch in der vertragszahnärztlichen Versorgung ist grundsätzlich zu begrüßen. Auch die gewählten Personenkreise sind adäquat, da sie immobil sind und die vertragszahnärztliche Versorgung in der Zahnarztpraxis nicht in Anspruch nehmen können. Durch Videosprechstunden können zeitsparend Hausbesuche und Besuche in Pflegeheimen vermieden werden.

In welchem Umfang Untersuchung und Behandlung wie intendiert im Rahmen einer Videosprechstunde abgewickelt werden können, ist anhand von Fallkonsultationen festzulegen und sollte in das Ermessen der Parteien des Bewertungsmaßstabes übergeben werden.

Die Organisation von Fallkonferenzen in der Pflegeheimversorgung über Videosprechstunden wird positiv gesehen.

Änderungsvorschlag

§ 87 Absatz 2k wird wie folgt geändert:

1)

In Satz 1 werden die Worte *„Untersuchung und Behandlung von den“* gestrichen.

2)

Satz 2 wird gestrichen.

3)

Nach Satz 1 werden folgende Sätze 2 und 3 angefügt:

„Die Anwendungsbereiche sind im einheitlichen Bewertungsmaßstab festzulegen. Hierbei sind auch Fallkonferenzen im Rahmen der Versorgung nach § 119b SGB V zu berücksichtigen.“

4)

Die Sätze 3 und 4 werden zu den Sätzen 4 und 5.

Sachverhalt

Um die Versorgung der häuslichen Krankenpflege in unterversorgten ländlichen Räumen zu verbessern, sollen Fahrtkosten bei längeren Anfahrtswegen durch angemessene Zuschläge höher vergütet werden können. Durch die Vereinbarungspartner auf Bundesebene sollen bis zum 30.6.2019 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 Nummer 14) und dem ausdrücklichen Hinweis auf die ambulante Pflege in der Regelung selbst 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 dennoch abzulehnen. Bereits heute besteht die Möglichkeit, dass die Besonderheiten des einzelnen Pflegedienstes in den Vergütungsverhandlungen berücksichtigt werden können, da dieser in den Verhandlungen seine Gestehungskosten nachweist. Geschieht dies für den Pflegedienst nicht befriedigend, kann er ein Schiedsamtverfahren einleiten. Durch die (Folge-)Änderung für den Bereich der ambulanten Pflegeleistungen entstehen durch die mit der Regelung einhergehenden steigenden Fahrtkosten zudem Probleme bei der Finanzierung der Pflegeleistungen bzw. höhere Eigenleistungen (siehe Kommentierung zu § 89 Absatz 3 SGB XI).

Änderungsvorschlag

Die Regelung wird gestrichen.

Zu Artikel 7 Nr. 11

§ 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.

Sachverhalt

Die Änderung soll der Verbesserung der Pflegepersonalausstattung in den Krankenhäusern sowie der Patientensicherheit dienen. Sie soll damit die ab 2019 anzuwendenden Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen gemäß § 137i SGB V ergänzen und zur weiteren Stärkung der Pflege im Krankenhaus beitragen, da eine angemessene Pflegepersonalausstattung nicht nur in pflegesensitiven Bereichen im Sinne des Patientenschutzes relevant ist. Dazu wird die Zahl der Beschäftigten in der Pflege des gesamten Krankenhauses ins Verhältnis zu den anfallenden Pflegeaufwänden gesetzt. Durch den Vergleich der für jedes Krankenhaus berechneten Quotienten wird deutlich, welche Krankenhäuser im Verhältnis zu dem anfallenden Pflegeaufwand viel oder weniger Personal einsetzen als im Bundes- oder auch Ländervergleich. Eine über Rechtsverordnung definierte Untergrenze soll einen Sanktionsmechanismus für Häuser auslösen, die nicht genügend Pflegekräfte beschäftigen. Die notwendigen Zahlen zur Berechnung liefert das InEK.

Bewertung

Die Regelung wird begrüßt, denn sie wird die seitens des vdek immer wieder geforderte Transparenz hinsichtlich des tatsächlichen Pflegeeinsatzes herstellen und die Häuser sanktionieren, die ihre Finanzprobleme auf dem Rücken des Pflegepersonals austragen. Eine Gewähr, über diesen Weg tatsächlich mehr Pflegekräfte gewinnen zu können, ist aber nicht gegeben. Mittelfristig ist die Koexistenz der Regelung von Personaluntergrenzen für pflegesensitive Bereiche (§ 137i SGB V) und dieser Regelung hier infrage zu stellen. Die Koexistenz führt nur zu weiteren Verschiebepbahnhöfen. Im Sinne eines Ganzhausansatzes zur Vermeidung derartiger Verschiebungen soll der Ansatz der Pflegepersonalquotienten mittelfristig allein weiterverfolgt werden. Eine Differenzierung auf Fachabteilungsebene ist bei diesem Ansatz zudem möglich.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 7 Nr. 15

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

Beabsichtigte Neureglung

Mit der Vorschrift des § 275b SGB V werden die Prüfaufgaben des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (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.

Begründung

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 Satz 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 gehandelt haben, da sowohl im Gesetzestext als auch in der Gesetzesbegründung auf die Analogie des SGB XI Bezug genommen wird. Die Klarstellung wird begrüßt.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 8 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Zu Artikel 8 Nr. 2
§ 10 (Vereinbarung auf Landesebene)

Sachverhalt

Zu- und Abschläge für die stationäre Notfallversorgung sollen nicht bei den Landesbasisfallwertverhandlungen berücksichtigt werden.

Bewertung

Die Regelungen werden abgelehnt. Die Kosten der Vorhaltung der Notfallstrukturen gehören zu den allgemeinen Krankenhausleistungen und sind in den DRG eingepreist. Die Regelung führt zu einer Doppelfinanzierung und ist nicht nachvollziehbar.

Änderungsvorschlag

Die Regelung wird gestrichen.

Artikel 9 Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Zu Artikel 9 Nr. 2 b) aa)
§ 4 (Vereinbarung eines Erlösbudgets)

Sachverhalt

Die Regelung sieht vor, den Fixkostendegressionsabschlag auf 35 Prozent festzuschreiben.

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 werden die Sätze 2 und 3 gestrichen.

Zu Artikel 9 Nr. 2 d)
§ 4 (Vereinbarung eines Erlösbudgets)

Sachverhalt

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.

Zu Artikel 9 Nr. 2 e)
§ 4 (Vereinbarung eines Erlösbudgets)

Sachverhalt

Pflegeeinrichtungen sollen aus den Mitteln des Ausgleichsfonds in den Jahren 2019 bis 2024 jährlich bis zu 100 Millionen Euro für Maßnahmen zur Förderung von Vereinbarkeit von Familie und Beruf erhalten. Nicht in Anspruch genommene Mittel erhöhen den Förderbetrag der Einrichtung im kommenden Jahr, sofern der Gesamtförderbetrag des jeweiligen Landes noch nicht ausgeschöpft ist. 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 sachgerechte Verteilung der Mittel sicher.

Bewertung

Der vdek erkennt an, dass in der Kranken- und Altenpflege mit Blick auf die besonderen Arbeitszeiten (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 gesamtgesellschaftliche Aufgaben, die nicht über die Pflegeversicherung zu finanzieren sind. So ist beispielsweise der Aufbau von Betreuungsangeboten eine kommunale Aufgabe und betrifft – neben den Pflegekräften – eine große Menge weiterer Berufsgruppen.

Änderungsvorschlag

Die Regelung wird gestrichen.

Zu Artikel 9 Nr. 3 a)
§ 6 (Vereinbarung sonstiger Entgelte)

Sachverhalt

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

Bewertung

Eine vollständige Tariffinanzierung wird abgelehnt, da sie die Tarifautonomie präjudiziert und zu einem durchreichen von Tarifabschlüssen zu Lasten der Beitragszahler führt, siehe auch Artikel 9 Nummer 8 b).

Änderungsvorschlag

Die Regelung wird gestrichen.

Zu Artikel 9 Nr. 3 b)
§ 6 (Vereinbarung sonstiger Entgelte)

Sachverhalt

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

Es sollte eine bundeseinheitliche Regelung gefunden werden.

Änderungsvorschlag

In § 6 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(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.“

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. Zusätzlich können pflegeentlastende Maßnahmen im Budget berücksichtigt 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 positive Änderung im Kabinettsentwurf ist der Bezug auf die Finanzierung der Pflegepersonalkosten und nicht mehr der Pflegeleistungen. Dies bedeutet, dass andere Berufsgruppen, die subsidiär Pflegeleistungen erbringen, nicht mehr berücksichtigt werden.

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.

Die Berücksichtigung von pflegeentlastenden Maßnahmen soll die innovationshemmende Wirkung der Selbstkostendeckung eindämmen. Jedoch beseitigt diese Regel nicht die grundsätzliche Problematik. Vielmehr besteht die Gefahr, dass Personalabbau belohnt wird, ohne dass tatsächlich pflegeentlastende Innovationen eingeführt werden. Zudem ist unklar, ob die erhöhende Berücksichtigung der eingesparten Personalkosten der Zweckbindung aus Absatz 1 unterliegt.

Änderungsvorschlag

Die Regelung wird gestrichen.

Zu Artikel 9 Nr. 5 a)
§ 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 Vergütung von Pflegeleistungen im Krankenhaus.

Änderungsvorschlag

Nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 wird folgende Nummer 6a eingefügt:

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

Zu Artikel 9 Nr. 7 a) aa)
§ 9 (Vereinbarung auf Bundesebene)

Sachverhalt

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

Bewertung

Die Regelung ist unkritisch.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 9 Nr. 7 a) bb)
§ 9 (Vereinbarung auf Bundesebene)

Sachverhalt

Auf Bundesebene sind Abrechnungsbestimmungen zu vereinbaren.

Bewertung

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

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 9 Nr. 7 a) cc)
§ 9 (Vereinbarung auf Bundesebene)

Sachverhalt

Auf Bundesebene sind die Rate zur Refinanzierung von Tarifsteigerungen und Details im Zusammenhang mit dem neuen Pflegebudget zu vereinbaren.

Bewertung

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 Prozent finanziert werden. Bundesweit existieren etwa 700 Tarifverträge. Die Regelung ist daher strategieanfällig und grundsätzlich abzulehnen, siehe auch Artikel 9 Nummer 8 b).

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 9 Nr. 8 a)
§ 10 (Vereinbarung auf Landesebene)

Sachverhalt

Durch die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten bedingte Katalogeffekte sollen nicht in die Berechnung der Landesbasisfallwerte eingehen.

Bewertung

Die Regel soll eine Doppelfinanzierung des auszugliedernden Pflegebudgets verhindern. Zur Einführung des Pflegebudgets siehe Artikel 9 Nummer 4.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 9 Nr. 8 b)
§ 10 (Vereinbarung auf Landesebene)

Sachverhalt

Tariferhöhungen, 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.

Bewertung

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 weiteren Erhöhung der Mehrausgaben gegenüber 2017 zu rechnen. Eine vollständige Tariffinanzierung ist abzulehnen. Es sollte zumindest 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 Prozent finanziert werden. Bundesweit existieren etwa 700 Tarifverträge. Die Regelung ist daher strategieanfällig und grundsätzlich abzulehnen.

Änderungsvorschlag

Die Regelung wird gestrichen.

Zu Artikel 9 Nr. 8 c)
§ 10 (Vereinbarung auf Landesebene)

Sachverhalt

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

Bewertung

Der Wegfall der Verhandlung des Fixkostendegressionsabschlags auf Landesebene ist als Bürokratiekostenabbau positiv anzusehen.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 9 Nr. 9 a)
§ 11 (Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus)

Sachverhalt

Es handelt sich um Folgeregelungen zum krankenhausesindividuellen Pflegebudget.

Bewertung

Ein krankenhausesindividuelles Pflegebudget wird abgelehnt, siehe hierzu auch Artikel 9 Nummer 4.

Änderungsvorschlag

Die Regelung wird gestrichen.

Zu Artikel 9 Nr. 9 b)
§ 11 (Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus)

Sachverhalt

Der Krankenhausträger soll im Rahmen der Verhandlung den Nachweis über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel aus der Tarifierfinanzierung übermitteln.

Bewertung

Es handelt sich um eine Folgeänderung, die sich aus Artikel 9 Nummer 8 b) ergibt.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 9 Nr. 10
§ 12 (Vorläufige Vereinbarung)

Sachverhalt

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des Pflegebudgets.

Bewertung

Regelungen zum krankenhausindividuellen Pflegebudget werden abgelehnt, siehe hierzu auch Artikel 9 Nummer 4.

Änderungsvorschlag

Die Regelung wird gestrichen.

Zu Artikel 9 Nr. 11
§ 14 (Genehmigung)

Sachverhalt

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur gesetzlichen Fixierung des Fixkostendegressionsabschlags 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.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 9 Nr. 12
§ 15 (Laufzeit)

Sachverhalt

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des Pflegebudgets.

Bewertung

Regelungen zum krankenhausindividuellen Pflegebudget werden abgelehnt, siehe hierzu auch Artikel 9 Nummer 4.

Änderungsvorschlag

Die Regelung wird gestrichen.

Zu Artikel 9 Nr. 13 a) aa) aaa)
§ 21 (Übermittlung und Nutzung von Daten)

Sachverhalt

Die an das InEK zu übermittelnden Strukturdaten werden um Daten des Pflegeerlöskatalogs sowie um Informationen zu Zahlungen zum Ausgleich der Abweichungen zwischen den tatsächlichen und den vereinbarten Pflegepersonalkosten ergänzt.

Bewertung

Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt. Die Krankenhäuser werden dazu verpflichtet, Abweichungen zwischen vereinbarten und tatsächlichen Pflegepersonalkosten zu übermitteln.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 9 Nr. 13 a) aa) bbb)
§ 21 (Übermittlung und Nutzung von Daten)

Sachverhalt

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 examinier-tem Pflegepersonal und Pflegehilfspersonal unterschieden werden.

Bewertung

Die Änderung ist wichtig und wird begrüßt. Die Information wird zur Festle-gung und Überprüfung der Einhaltung von Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V benötigt.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 9 Nr. 13 a) bb)
§ 21 (Übermittlung und Nutzung von Daten)

Sachverhalt

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.

Bewertung

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 10 Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Zu Artikel 10 Nr. 1
§ 4 (Vereinbarung eines Erlösbudgets)

Sachverhalt

Das Pflegestellenförderprogramm wird um Abschlüsse nach dem Pflegeberufgesetz ergänzt.

Bewertung

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 10 Nr. 2
§ 6 (Vereinbarung sonstiger Entgelte)

Sachverhalt

Es handelt sich um Folgeregelungen der vollständigen Tariffinanzierung und der Einführung des Pflegebudgets.

Bewertung

Nachdem die Pflegepersonalkosten ab 2020 über das Pflegebudget finanziert werden und somit eine vollständige Tarifrefinanzierung sichergestellt sein soll, sind Pflegepersonalkosten folgerichtig nicht mehr bei der anderweitigen Refinanzierung von Tarifsteigerungen zu berücksichtigen. Die vollständige Tariffinanzierung wird darüber hinaus kritisch bewertet, siehe hierzu Artikel 9 Nummer 8 b).

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 10 Nr. 3
§ 9 (Vereinbarungen auf Bundesebene)

Sachverhalt

Es handelt sich um Folgeregelungen der vollständigen Tariffinanzierung und der Einführung des Pflegebudgets.

Bewertung

Siehe hierzu Artikel 10 Nummer 2.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 10 Nr. 4 a)
§ 10 (Vereinbarungen auf Landesebene)

Sachverhalt

Es handelt sich um Folgeänderungen der vollständigen Tariffinanzierung und der Einführung des Pflegebudgets.

Bewertung

Siehe hierzu Artikel 10 Nummer 2.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 10 Nr. 4 b)
§ 10 (Vereinbarungen auf Landesebene)

Sachverhalt

Es handelt sich um Folgeänderungen der Ausgliederung der Pflege aus den DRG und der Einführung des Pflegebudgets.

Bewertung

Die Regelungen werden im Kontext der Einführung des Pflegebudgets abgelehnt, siehe hierzu Artikel 9 Nummer 4.

Änderungsvorschlag

Die Regelung wird gestrichen.

Artikel 11 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Artikel 11 Nr. 2
§ 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.

Zu Artikel 11 Nr. 3
§ 8 Absatz 5 –neu–(Gemeinsame Verantwortung)

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 Vertragspartner nach § 113 vereinbaren mit dem BVA die Modalitäten zur Auszahlung der Mittel. 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.

Bewertung

Mit dem 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.

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. Die Einrichtungen haben die Stellen unter entsprechender Anwendung des § 84 Absatz 6 Satz 3 und 4 und Absatz 7 gegenüber den Pflegekassen nachzuweisen.

Pflegeeinrichtungen, die nachweisen können, dass sie keine Pflegefachkräfte finden, können auch Pflegehilfskräfte einstellen. Die Anspruchshöhe wird unter Anwendung des § 84 Absatz 2 Satz 5 und 6 (tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen) auf die tatsächlichen Aufwendungen begrenzt.

Das Antrags- und Zahlungsverfahren wird durch den GKV-SV im Benehmen mit den Verbänden der Pflegeeinrichtung festgelegt, diese Festlegung bedarf der Zustimmung des BMG im Benehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Die Festlegungen sollen auch Regelungen zum Nachweisverfahren enthalten.

Bewertung

Der vdek begrüßt grundsätzlich den Ansatz, dass zusätzliche Stellen in Pflegeeinrichtungen geschaffen werden, ohne dass dies mit einer zusätzlichen finanziellen Belastung der Pflegebedürftigen einhergeht. Wie bereits in der Bewertung zu Artikel 7, Nummer 4 (Änderung § 37 Absatz 2 SGB V) dargestellt, wird mit der Zuordnung der Kosten zur GKV ein Verschiebeparkplatz aufgemacht, den der vdek sehr 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 beispielsweise 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.

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.

Mit der gegenüber dem Referentenentwurf vorgenommenen Öffnung der Finanzierungsklausel auf Pflegehilfskräfte wird deutlich, dass offensichtlich auch der Gesetzgeber erkannt hat, dass derzeit Fachkräfte in nicht ausreichendem Maße zur Verfügung stehen. Die damit einhergehende Öffnung der Aufgabengebiete hin zur „allgemeinen Unterstützung“ (vorher: Unterstützung bei medizinischer Behandlungspflege) ist dann auch konsequent.

Begrüßenswert ist die gegenüber dem Referentenentwurf nunmehr explizit enthaltene Regelung zu den Nachweispflichten der Einrichtungen gegenüber den Pflegekassen. Gleiches gilt für die Begrenzung des Anspruchs der Vergütungshöhe auf die tatsächlichen Aufwendungen unter Verweis auf die tariflichen Regelungen sowie kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen. Beides entspricht den Forderungen des vdek.

Änderungsvorschlag

Die Verteilung der Stellen sollte linear erfolgen. Auf Basis der zusätzlichen 13.000 Stellen und einer 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 Pflegesatzverfahren 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 Pflegesatzverhandlungen zu führen.

Zu Artikel 11 Nr. 3
§ 8 Absatz 7 -neu-(Gemeinsame Verantwortung)

Sachverhalt

Pflegeeinrichtungen sollen aus den Mitteln des Ausgleichsfonds in den Jahren 2019 bis 2024 jährlich bis zu 100 Millionen Euro für Maßnahmen zur Förderung von Vereinbarkeit von Familie und Beruf erhalten. Nicht in Anspruch genommene Mittel erhöhen den Förderbetrag der Einrichtung im kommenden Jahr, sofern der Gesamtförderbetrag des jeweiligen Landes noch nicht ausgeschöpft ist. 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 sachgerechte Verteilung der Mittel sicher.

Bewertung

Der vdek erkennt an, dass in der Kranken- und Altenpflege mit Blick auf die besonderen Arbeitszeiten (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 gesamtgesellschaftliche Aufgaben, die nicht über die Pflegeversicherung zu finanzieren sind. So ist beispielsweise der Aufbau von Betreuungsangeboten eine kommunale Aufgabe und betrifft – neben den Pflegekräften – eine große Menge weiterer Berufsgruppen.

Änderungsvorschlag

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

Zu Artikel 11 Nr. 3
§ 8 Absatz 8 –neu–(Gemeinsame Verantwortung)

Sachverhalt

Pflegeeinrichtungen sollen in den Jahren 2019 bis 2021 Zuschüsse erhalten, wenn sie in Digitalisierung investieren, die die Pflegekräfte entlasten. Die Maßnahmen 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 wird gestrichen.

Zu Artikel 11 Nr. 3
§ 8 Absatz 9 –neu–(Gemeinsame Verantwortung)

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 sieben Prozent. Für die Beteiligung am Stellenprogramm für Behandlungspflege ist die Beteiligung mit 44 Millionen Euro gedeckelt. Des Weiteren erhält die PKV die Möglichkeit, die durch dieses Gesetz zusätzlich entstehenden Kosten über eine Anpassung der Prämien auszugleichen.

Bewertung

Die Festlegung des Finanzierungsanteils der PKV auf lediglich sieben Prozent ist nicht sachgerecht. Die PKV sollte sich, wie in anderen Bereichen auch üblich (z. B. Beteiligung an Qualitätsprüfungen nach § 114 Absatz 1) mit zehn Prozent an den Kosten beteiligen.

Änderungsvorschlag

Die Sätze 1 und 2 werden wie folgt gefasst:

„Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 10 Prozent an den Kosten, die sich gemäß den Absätzen 5, 7 und 8 jeweils ergeben. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich zur Finanzierung der Aufgaben gemäß Absatz 6 mit jährlich 64 Millionen Euro.“

Zu Artikel 11 Nr. 3
§ 8 Absatz 10 –neu–(Gemeinsame Verantwortung)

Sachverhalt

Die Einzelheiten der Bereitstellung der erforderlichen Finanzmittel zur Finanzierung der Fördermaßnahmen nach § 8 Absatz 6 bis 8 soll zwischen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen, dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und dem BVA festgelegt werden. Des Weiteren erfolgt eine Regelung zur Feststellung und Erhebung der Beträge der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung nach Absatz 9 Satz 1 und 2 durchzuführen hat.

Bewertung

Die Regelung ist sachgerecht und dient der administrativen Umsetzung.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 11 Nr. 4
§ 30 (Dynamisierung, Verordnungsermächtigung)

Sachverhalt

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

Bewertung

Die Vergütungssätze für Beratungen nach § 37 Absatz 3 SGB XI werden zu-künftig nicht mehr gesetzlich, sondern im Vereinbarungswege festgelegt. Dies macht die Verordnungsermächtigung zur Festlegung der Vergütungssätze ent-behrlich.

Änderungsvorschlag

Keiner.

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 Regelungen hohe Verwaltungsvereinfachungen mit sich, sie sind für die Versicherten 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

Die Regelung wird wie folgt geändert:

Der Punkt wird durch ein Semikolon ersetzt und folgende Formulierung eingefügt:

„...; dies gilt auch bei einem Antrag auf Änderung einer Pflegeeinstufung.“

Ergänzend zum Formulierungsvorschlag in Artikel 11 Nummer 5 wird § 33 Satz 3 wie folgt geändert: Das Wort „Antragstellung“ wird durch die Worte „dem ersten Tag des Monats der Antragstellung“ ersetzt.

Zu Artikel 11 Nr. 6 a) aa)
§ 37 (Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfe)

Sachverhalt

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.

Bewertung

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 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.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 11 Nr. 6 a) bb)
§ 37 (Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfe)

Sachverhalt

Durch die Neufassung des § 37 Absatz 3 sollen die Vergütungen für die Beratungseinsätze durch Pflegedienste zukünftig 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.

Bewertung

Die Neuregelung erscheint sachgerecht, da auch die Vergütungen aller übrigen Leistungen im ambulanten Bereich auf Landesebene durch die Vertragsparteien verhandelt und nicht gesetzlich festgelegt werde. Dabei wird die Möglichkeit begrüßt, neben der Vergütungssystematik nach Pflegegraden auch Vergütungssätze gezielt für bestimmte Zielgruppen zu verhandeln, was im Einzelfall eine leistungsgerechtere Vergütung sicherstellen kann.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 11 Nr. 6 b)
§ 37 (Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfe)

Sachverhalt

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.

Bewertung

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.

Änderungsvorschlag

In § 37 Absatz 4 Satz 3 –neu– werden nach dem Wort „*Beratungsperson*“ die Worte „*die häusliche Pflege nicht sichergestellt ist oder*“ eingefügt.

Zu Artikel 11 Nr. 6 c)
§ 37 (Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfe)

Sachverhalt

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

Bewertung

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.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 11 Nr. 6 d)
§ 37 (Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfe)

Sachverhalt

Die Regelung sieht vor, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, zusammen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., bis zum 1.1.2020 Richtlinien zur Aufbereitung, Bewertung und standardisierten Dokumentation der Erkenntnisse aus den Beratungsbesuchen beschließt.

Bewertung

Die vorgeschlagene Regelung wird abgelehnt. 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. Schon die abgeschwächte Regelung, die im Referentenentwurf enthalten war, wurde durch den vdek abgelehnt.

Änderungsvorschlag

Die Regelung wird gestrichen.

Zu Artikel 11 Nr. 7
§ 38a (Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen)

Sachverhalt

Mit der Regelung wird die Vorschrift zum einen an den seit dem 1.1.2017 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

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

Änderungsvorschlag

Keiner.

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.

Nach Auffassung des Bundesrechnungshofes war in der Vergangenheit nicht immer sichergestellt, dass diese Meldungen den Beihilfestellen übermittelt wurden, wodurch Beitragsausfälle bzw. verspätete Beitragsabführungen zu Lasten der Rentenversicherungsträger entstanden sind. Dies soll vermieden werden. Zudem sind Sanktionen vorgesehen, nach denen für Meldungen zur Beitragspflicht, die nicht, nicht unverzüglich, nicht vollständig oder fehlerhaft übermittelt wurden, Säumniszuschläge erhoben werden.

Die Meldung an die Beihilfestellen und Dienstherrn ist nach Ansicht des Gesetzgebers erforderlich, um die Entrichtung der Rentenversicherungsbeiträge für die Pflegeperson, die einen beihilfeberechtigten Pflegebedürftigen pflegt sowohl durch die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen aber auch durch die Beihilfestellen oder Dienstherrn reibungslos sicherzustellen. Dazu soll ein internes EDV-gestütztes Verfahren bei den Pflegekassen eingeführt werden, mit dem sichergestellt wird, dass die Sachbearbeitung, das Absetzen einer entsprechenden Meldung an die Beihilfestelle, nicht unterlässt.

Bewertung

Es wird eine gesetzliche Verpflichtung eingeführt, nach der die internen Abläufe der Pflegekassen sicherstellen müssen, dass bei einem gegenüber der Beihilfestelle meldepflichtigen Tatbestand, der entsprechende Briefversand an die Beihilfestelle elektronisch geregelt oder zumindest die Sachbearbeitung aufgefordert wird, eine entsprechende Mitteilung abzusetzen. Dies ergibt sich auch aus der Gesetzesbegründung (Bundestags-Drucksache 376/118, Seite 112). Dort heißt es: *„Künftig werden die Mitteilungen der Pflegekassen... an die Beihilfestellen oder Dienstherrn technisch automatisiert ausgelöst werden“*.

Diese Herangehensweise ist aber zu kritisieren. Denn 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.

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 gezogen 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 13.12.2016 sieht über den Terminus „unverzüglich“ die Abgabe der Meldungen im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang bei jeglichem Meldeanlass vor.

Sofern die Beihilfestellen lediglich die Höhe des Entgeltes benötigen um ihren hälftigen Beitragsanteil zu ermitteln, ist ein schlankeres Meldeverfahren ausreichend. Danach würde es ausreichen, eine sofortige Meldung durch die Pflegekassen an die Beihilfestelle oder Dienstherren lediglich bei Beginn und Ende der Pfllegetätigkeit (= Beginn oder Ende der Versicherungspflicht) abzugeben. Alle weiteren Meldungen aufgrund von Änderungen oder Unterbrechungen sollten in Form einer Jahresmeldung bis spätestens zum 15.4. des Folgejahres übermittelt werden.

Änderungsvorschlag

Dem § 44 Absatz 5 werden folgende Sätze angefügt:

„Meldungen nach Satz 2 sind bei Beginn oder bei Ende der Versicherungspflicht der Pflegeperson unverzüglich zu erstatten; alle weiteren Meldungen aufgrund von Änderungen oder Unterbrechungen in der Pfllegetätigkeit, die Auswirkungen auf die Beitragszahlung haben, sind zusammengefasst in einer Jahresmeldung bis zum 15. April des Folgejahres den Beihilfefestsetzungsstellen oder Dienstherren zu übermitteln. Für die Meldungen nach den Sätzen 2 und 4 ...“ weiter wie im Gesetzentwurf vorgesehen.

So kann der Verwaltungsaufwand, der aufgrund der bisherigen Vorgaben zu den abzusetzenden Meldungen und der damit verbundenen kasseninternen aufwendigen Bearbeitung entsteht, deutlich verringert und trotzdem dem Anliegen des Gesetzgebers entsprochen werden.

Zu Artikel 11 Nr. 9

§ 45a (Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags, 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.

Zu Artikel 11 Nr. 10 b)
§ 45b (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 Nummer 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 Nummer 3 SGB XI auch ein nach Landesrecht anerkanntes Angebot zur Unterstützung im Alltag (§ 45b Absatz 1 Satz 3 Nummer 4 SGB XI) an. Somit kann bei Einreichung einer Rechnung eines ambulanten Pflegedienstes nicht unterschieden werden, ob es sich um eine Leistung nach Nummer 3 oder Nummer 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 wird gestrichen.

Zu Artikel 11 Nr. 12
§ 46 (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 23.5.2017 – B 12 KR 9/16 R, mit Hinweis auf frühere Rechtsprechung).

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 11 Nr. 17
§ 89 (Grundsätze für die Vergütungsregelung)

Sachverhalt

Die Regelung nimmt Bezug auf die gemäß Artikel 7 Nummer 10 angepassten Rahmenempfehlungen nach § 132a Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 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 wird gestrichen.

Zu Artikel 11 Nr. 18 a)
§ 106a (Mitteilungspflichten)

Sachverhalt

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.

Bewertung

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 Beihilfefestsetzungsstellen dient zur datenschutzrechtlichen Absicherung.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 11 Nr. 18 b)
§ 106a (Mitteilungspflichten)

Sachverhalt

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

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

Entsprechend dem Änderungsvorschlag zu Artikel 10 Nummer 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 § 106a Satz 2 –neu– werden nach dem Wort „*Beratungsperson*“ die Worte „*die häusliche Pflege nicht sichergestellt ist oder*“ eingefügt.

Zu Artikel 11 Nr. 22

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

Sachverhalt

Die Regelung wurde redaktionell überarbeitet. Nach der Neuregelung des § 37 Absatz 3 SGB XI sollen die Vergütungen für die Beratungseinsätze durch Pflegedienste zukünftig 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 Nummer 4 PpSG). Durch die Ergänzung des § 146 wird als Übergangsregelung festgelegt, dass bis zur ersten Vergütungsvereinbarung bzw. –festlegung die gesetzlich festgelegten Vergütungssätze bis zum 31.12.2019 fortgelten.

Bewertung

Redaktionelle Folgeänderung der Änderungen des § 37 Absatz 3 (siehe Bewertung zu Artikel 11 Nummer 6).

Änderungsvorschlag

Keiner.

3. Ergänzender Änderungsbedarf

§ 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 AOK sind alle Krankenkassen Mitglied in dieser Kooperationsgemeinschaft) im Rahmen der Prüfstelle Prävention durchgeführt.

Die Entscheidung der Prüfstelle über die Zertifizierung stellt keinen Verwaltungsakt, sondern schlicht hoheitliches Handeln dar (vgl. SG Lübeck, Urt. v. 27.7.2017 – S 5 KR 217/14 u. v. 14.9.2017 – 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