

04.10.2018

**Stellungnahme zum
Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Stärkung des Pflegepersonals
(Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz – PpSG)**

A. Vorbemerkung

Wir begrüßen, dass die Bundesregierung mit den Maßnahmen dieses Gesetzes die Pflegekräfte u. a. in Krankenhäusern spürbar entlasten und besserstellen will. Voraussetzung dafür ist die Einstellung von **zusätzlichen Pflegekräften** in den Krankenhäusern und eine schnelle **bessere Bezahlung** der Pflegekräfte.

Auswirkungen auf Krankenhäuser

1. Pflegestellenförderprogramm

Das weiterentwickelte Pflegestellenförderprogramm schafft die nötige Motivation und Finanzierungssicherheit für die Krankenhäuser, zusätzliche Pflegekräfte einzustellen. Dies ist ab 2019 möglich und wird direkt auf den Stationen von den Pflegekräften entlastend gespürt. Dies ist zu begrüßen.

2. Voller Tarifausgleich

Die Umstellung von der halben auf die volle Tarifausgleichsrate für die Pflegekräfte ist für die Krankenhäuser wichtig und sinnvoll, wird aber von den Pflegekräften nicht unmittelbar in Form höherer Gehälter bemerkt: Denn die Tarifraten fließen über den Landesbasisfallwert den Krankenhäusern zu und reduziert dort die bestehende Personalkostenunterdeckung durch Tarifabschlüsse. Damit bleibt es bei der bisherigen Systematik, dass die Krankenhäuser in Tarifverhandlungen bestrebt sein werden, möglichst niedrige Tarifabschlüsse zu erreichen. Erst ab 2020 wird sich dies mit der neuen Pflegefinanzierung verändern. Dann können die Gehälter in den Pflegebudgets angepasst werden und die Krankenhäuser können die Mehrkosten refinanzieren. Bis dahin spüren die Pflegekräfte möglicherweise nur wenig Positives aus dem PpSG. Damit läuft die Politik Gefahr, bei den Pflegekräften an Glaubwürdigkeit zu verlieren.

Vor allem in den neuen Bundesländern werden Pflegekräfte meist schlechter bezahlt¹. Aber auch innerhalb einzelner Bundesländer unterscheiden sich die Tarifverträge je nach Träger durchaus, was schon jetzt zu einem verschärften Wettbewerb um Pflegekräfte zwischen den Krankenhäusern führt. Diesen verschärften Wettbewerb um Pflegekräfte, beispielsweise an den Ost-/West-Ländergrenzen können die Krankenhäuser mit

¹ Jahresbericht der Bundesregierung „Stand der deutschen Einheit 2018“

niedrigeren Tarifverträgen nicht gewinnen, weshalb schon jetzt eine Angleichung der Gehaltsstrukturen nötig ist.

Vorgeschlagen wird, dass die Krankenhäuser die unterschiedlichen Tarifverträge bereits ab 2019 an den TVÖD angleichen können und die sich daraus ergebenden Personalkostensteigerungen bereits 2019 in einem krankenhausindividuellen Tarifausgleich für die Pflege geltend machen können. Die Mittelverwendung ist in den entsprechenden Budgetverhandlungen nachzuweisen.

Diese unter 1. und 2. genannten Maßnahmen sind zusammen mit den Pflegepersonaluntergrenzen geeignet, schnelle Verbesserung der Situation der Pflege zu erreichen.

3. Ausgliederung von Pflegekosten

Die Ausgliederung der Pflegekosten aus den Fallpauschalen ab 2020 wird keinen zusätzlichen Nutzen für die Einstellung von zusätzlichen Pflegekräften in den Krankenhäusern haben. Stattdessen wird der Anreiz von Krankenhäusern, die sich bisher mit Hilfe von Innovationen und Prozessoptimierungen um die Wirtschaftlichkeit ihrer Leistungen bemüht haben, verloren gehen. Gefährdet sind auch Krankenhäuser in den neuen Bundesländern, da in diesen tendenziell ein niedrigeres Lohnniveau in der Pflege existiert. Auf der einen Seite werden die höheren Durchschnittswerte gemäß der InEK-Kalkulation aus den DRG heraus gerechnet. Auf der anderen Seite fließen geringere Ist-Lohnkosten ins Pflegebudget ein. Die Ost-Krankenhäuser werden damit zu den Netto-Verlierern. Die Ausgliederung ist im Ergebnis eine ordnungspolitisch fragwürdige Wiedereinführung des Selbstkostendeckungssystems für die Pflegepersonalkosten, die den Ausstieg aus dem DRG-System bedeutet, ohne dass es dafür eine sinnvolle Alternative gäbe.

Die Vorstellung des Gesetzgebers, sich zum einen ausschließlich auf examinierte Pflegekräfte und zum anderen nur auf deren Tätigkeit unmittelbar am Patienten fokussieren zu können, ist praxisfern und nicht sinnvoll organisierbar. Dies erfordert theoretische und praxisferne Festlegungen, die mit der Realität der Patientenversorgung im Krankenhaus nicht in Übereinstimmung zu bringen sind:

- Jeder Pflegeassistent schafft durch seine Tätigkeiten (Essenausgabe, Bettendesinfektion, Transportdienste zu Untersuchungen etc.) Freiräume für die höherqualifizierte Tätigkeit examinierter Pflegekräfte am Patienten. Die Krankenhäuser sind dringend auf diesen Personalmix angewiesen, um die examinierten Pflegekräfte zu entlasten. Der Versuch, examinierte Pflege und Pflegeassistenz zu trennen, birgt die Gefahr, dass examinierte Pflegekräfte zukünftig wieder weniger qualifizierte Tätigkeiten übernehmen müssen.

- Die Rückkehr zur Selbstkostendeckung wird die Bemühungen der Krankenhäuser um sinnvolle und qualifikationsgerechte Arbeitsteilung stoppen. Sie nimmt Krankenhäusern Anreize zur sinnvollen organisatorischen Weiterentwicklung und stoppt Innovationen. Warum sollte ein Krankenhaus in moderne Infrastruktur wie Robotics oder pflegeentlastende IT investieren, wenn es stattdessen subventionierte Pflegefachkräfte einstellen kann?
- Die Fokussierung auf tagesbezogene Pflegekostenerstattung stoppt den medizinisch sinnvollen und politisch gewollten Anreiz zur Verkürzung der Verweildauern. Diese sind schon heute im internationalen Vergleich deutlich länger.² In der Folge würden mehr Krankenhausbetten benötigt.

Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen betonte in seinem kürzlich veröffentlichten Gutachten kritisch: „Eine Vergütung der Pflegekosten analog zum früheren Selbstkostendeckungsprinzip beinhaltet zahlreiche Risiken“.³ Besonders bedenklich ist, dass trotz der vorgesehenen Ausgliederung ein bundeseinheitlicher Pflegeerlöskatalog als Abrechnungsinstrument entwickelt werden soll, der offensichtlich einen Leistungsbezug für Pflegekosten vorsieht. Hierdurch würden unvereinbare Elemente unterschiedlicher Finanzierungssysteme vermischt. Die im Referentenentwurf vorgesehene Streichung des Pflegezuschlags wird von uns abgelehnt. Sie würde der Krankenhausversorgung ab dem Jahr 2020 jährlich 500 Millionen Euro entziehen und wäre konträr zum Ziel der Verbesserung der Situation der Pflege.

Der BDPK lehnt deshalb eine Ausgliederung der Pflegekosten aus den Fallpauschalen ab. Dies würde den Ausstieg aus dem DRG-System bedeuten, ohne dass es eine sinnvolle Alternative gäbe. Sollte trotz dieser Risiken an der Neuregelung festgehalten werden, empfehlen wir, dringend den Zeitraum zur Vorbereitung des Systemwechsels um mindestens ein Jahr bis zum Jahr 2021 zu verlängern, um Klarheit über die Wirkung der übrigen, mit dem Gesetz eingeführten Instrumente zu erlangen.

Auswirkungen auf Rehabilitationseinrichtungen

Ein besonderes Augenmerk muss auf die Folgewirkung der gesetzgeberisch geplanten Maßnahmen für die rund 30.000 Pflegekräfte in Rehabilitationskliniken gerichtet werden: Wenn Krankenhäuser und Pflegeheime die Personalkosten für zusätzlich eingestellte Pflegekräfte erstattet bekommen, werden sie versuchen, gut und fertig ausgebildete Pflegekräfte aus den Rehabilitationskliniken abzuwerben. Die Tatsache, dass für die Einstellung neuer Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeheimen so gut wie keine zusätzlichen Personalkosten anfallen, schafft Raum für Abwerbepremien und

² Siehe <https://data.oecd.org/healthcare/length-of-hospital-stay.htm>

³ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: [Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung](#). 2018, S. 246.

Gehaltszuschläge, denen die Rehabilitationskliniken finanziell nichts entgegenzusetzen haben.

Der Verlust von Pflegekräften in der Rehabilitation würde die Anschlussversorgung für Krankenhauspatienten, beispielsweise nach Schlaganfall, Herzchirurgie, Gelenkersatz und Krebserkrankungen gefährden. Deshalb müssen auch die Rehabilitationseinrichtungen wirksame Refinanzierungsmöglichkeiten für steigende Personalkosten erhalten!

Derzeit werden Preissteigerungen in der Rehabilitation durch die Grundlohnrate begrenzt. Diese Regelung muss für Rehabilitationseinrichtungen in § 111 SGB V explizit außer Kraft gesetzt und die Möglichkeit der Refinanzierung der stark steigenden Personalkosten im Bereich Pflege geschaffen werden. Auf die existenzielle Bedrohung haben die Verbände der Reha- Leistungserbringer mit diversen Pressemeldungen hingewiesen (BDPK-Pressemeldungen vom 30.01.18 und 18.04.18, DEGEMED-Pressemeldung vom 27.06.18, Verbund Norddeutscher Rehakliniken-Pressemeldung vom 28.06.18).

B. Stellungnahme im Einzelnen

I. Entwicklung einer neuen Pflegepersonalkostenvergütung

Art. 1 Nr. 2, § 17b KHG, Art. 9 Nr. 4, § 6a KHEntgG

Neuregelung

Die Krankenhausvergütung wird auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenerstattung umgestellt. Ziel ist es, Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung besser und unabhängig von Fallpauschalen zu vergüten. Über ein neu einzuführendes Pflegebudget werden die Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung unter Berücksichtigung des krankenhausesindividuellen Pflegepersonalbedarfs finanziert. Ab dem Jahr 2020 vereinbaren die Vertragsparteien auf der Ortsebene das Pflegebudget auf Basis der von den Krankenhäusern geplanten und nachgewiesenen Pflegepersonalausstattung und der krankenhausesindividuellen Kosten. Die vereinbarten Mittel sind zweckentsprechend zu verwenden. Sofern festgestellt wird, dass Mittel nicht zweckentsprechend eingesetzt werden, sind diese zurückzuzahlen. Zur Umsetzung der krankenhausesindividuellen Pflegebudgets werden die DRG-Berechnungen um die entsprechenden Pflegepersonalkosten bereinigt.

Bewertung

Eine Ausgliederung der Pflege aus den Fallpauschalen ist ordnungspolitisch fragwürdig und wird vom BDPK abgelehnt. Das DRG-System wäre mit dieser Entscheidung de facto zerstört, ohne dass es eine Alternative gäbe. Neben der Pflege sind eine Vielzahl weiterer nichtärztlicher Berufsgruppen an der Krankenhausbehandlung beteiligt. Die Entscheidung das DRG-System bei Pflegepersonalkosten außer Kraft zu setzen, würde Pflegekräfte willkürlich aus dem multidisziplinären Behandlungsteam der Patienten (Ärzte, Therapeuten, Pflegehelfer) herausheben. Es wäre nur eine Frage der Zeit bis auch die Ärzte eine Ausgliederung aus dem DRG-System verlangen würden.

Die Zahl der Vollkräfte im Pflegedienst mit direktem Beschäftigungsverhältnis hat sich zwischen 2005 von 302.346 und 2016 auf 325.119 erhöht. Im gleichen Zeitraum sank die Zahl aufgestellter Betten von 523.824 (2005) auf 498.718 (2016). Die Fallzahl stieg von 16.539.398 (2005) auf 19.532.779 (2016).⁴ Der steigende Druck auf das Krankenhauspersonal ist nicht Ergebnis des DRG-Systems, sondern einer bestehenden Unterfinanzierung der Investitions- und Betriebskosten. Die Länder kommen seit Jahren ihren Verpflichtungen und damit der ihnen obliegenden Verantwortung in der Investitionsfinanzierung nicht nach. Es besteht eine jährliche Unterdeckung von drei

⁴ Daten des Statistischen Bundesamtes

Milliarden Euro. Ähnlich ist es im Bereich der Betriebskosten. Zusätzlich vereinbarte Leistungen unterliegen dem Fixkostendegressionsabschlag von mindestens 35 %. Die Pflege wird für diese Leistungen nicht bezahlt (Anteil Pflegekosten ca. 30 %). Bislang wurden die Kosten für Tarifabschlüsse nur zur Hälfte bezahlt. Die Summe der nicht refinanzierten Personalkosten hat sich so über die Jahre immer weiter erhöht.

Statt einer Änderung des Finanzierungsmechanismus, der eine Berufsgruppe willkürlich aus der organisatorischen Einheit Krankenhaus hebt, muss die bestehende Unterfinanzierung aufgelöst werden. Dazu gehört:

- Eine vollständige Finanzierung des Investitionsbedarfs; auch ein weiterentwickelter Strukturfonds ist hierfür kein ausreichender Ersatz.
- 100 % Refinanzierung der Tarifkosten für alle Berufsgruppen im Krankenhaus.
- Die Beseitigung von praktischen Mängeln des FDA (vgl. V zu Art. 8).

Hingegen ist der Pflegezuschlag (§ 8 Abs. 10 KHEntgG) ein geeignetes und systemkonformes Instrument zur Förderung der Pflege. Um sicherzustellen, dass die Mittel der Pflege zu Gute kommen, könnte der Pflegezuschlag um einen Mittelverwendungsnachweis ergänzt werden. Gemeinsam mit dem vorgesehenen weiterentwickelten Pflegestellenförderprogramm könnte Pflege so zielgerichtet gestärkt werden, ohne die Vergütungssystematik zu verändern.

Änderungsvorschlag

Streichung der Neuregelung und Weiterentwicklung des Pflegezuschlags zur systemkonformen Stärkung der Pflege mit Einführung eines Mittelverwendungsnachweises.

Wenn an der Entwicklung einer neuen Pflegepersonalkostenvergütung festgehalten werden soll, empfehlen wir dringend einen ausreichenden Zeitraum zur Vorbereitung des Systemwechsels vorzusehen. Um ausreichend Zeit zur Vorbereitung zu gewinnen, sollte die Ausgliederung frühestens ab 2021 vorgenommen werden.

Es sollte entgegen der Begründung des Kabinettsentwurfs S. 54 klargestellt werden, dass sich die Neuregelung **nur auf Pflege am Bett auf der Normalstation** bezieht. Andernfalls werden Anreize geschaffen, zusätzliche intensivmedizinische Kapazitäten aufzubauen und auszulasten. Dies wäre teuer und nicht zwangsläufig im Interesse der Patienten. Um den bestehenden Qualifikationsmix nicht zu gefährden, sollte klargestellt werden, dass die Regelung vollumfänglich auch pflegeentlastende Assistenzberufe umfasst.

Formulierungsvorschlag Art. 1 Nr. 2 § 17b KHG (Neufassung)

„(4) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus die Pflegepersonalkosten der Patientenversorgung für Pflege am Bett auf Normalstationen durch examinierte Pflegekräfte und pflegentlastende Assistenzberufe aus dem Vergütungssystem auszugliedern [...].“

II. Vereinbarung eines Pflegebudgets ab 2020: Pflegeentlastende und substituierende Maßnahmen

Art. 9 Nr. 4, § 6a Abs. 2 KHEntgG

Neuregelung

Ab dem Jahr 2020 können pflegentlastende und pflegesubstituierende Maßnahmen bis zu einer Obergrenze von 5 % des Pflegebudgets berücksichtigt werden.

Bewertung

Mit der Neuregelung werden Anreize für effizienten Pflegepersonaleinsatz und innovative Versorgungskonzepte gesetzt. Eine Begrenzung der Anrechenbarkeit solcher Maßnahmen auf eine Obergrenze von 5 % ist nicht sachgerecht. Die Maßnahmen der der Kliniken zur Pflegeentlastung und Pflegesubstitution sollten in voller Höhe berücksichtigt werden.

Krankenhäuser sollten die Möglichkeit erhalten, pflegentlastende Maßnahmen vor 2020 bei der Erstvereinbarung des Pflegebudgets geltend zu machen.

Änderungsvorschlag

Neufassung § 6a Abs. 2 KHEntgG

„[...] Die Höhe der eingesparten Pflegepersonalkosten ist im Pflegebudget ~~in einer Höhe von bis zu fünf Prozent des Pflegebudgets~~ erhöhend zu berücksichtigen. ~~Pflegeentlastende oder pflegesubstituierende Maßnahmen ab 2019 können bei der erstmaligen Vereinbarung des Pflegebudgets geltend gemacht werden.~~ Die Pflegepersonalkosten einsparende Wirkung von Maßnahmen nach Satz 6 ist vom Krankenhaus zu begründen und die Durchführung der Maßnahmen ist nachzuweisen.“

III. Strukturfonds und Neugestaltung förderungsfähige Vorhaben

Art. 5 Nr. 3, § 11 KHSFV (Neufassung)

Neuregelung

Die Rahmenbedingungen für die Durchführung des Krankenhausstrukturfonds werden an den neuen Förderzeitraum angepasst. Das bedeutet, dass die Länder ihr durchschnittliches Investitionsniveau der Jahre 2015 bis 2017 in den Jahren 2019 bis 2022 mindestens beibehalten und um die Ko-Finanzierung erhöhen müssen.

Die bisherigen Zwecke der Förderung von Schließungen, Konzentrationen und Umwandlungen akutstationärer Versorgungskapazitäten werden beibehalten. Insgesamt wird der Krankenhausstrukturfonds stärker darauf ausgerichtet, die Struktur der akutstationären Versorgung durch die Bildung von Zentren mit besonderer medizinischer Kompetenz für seltene oder schwerwiegende Erkrankungen, von zentralisierten Notfallstrukturen und von Krankenhausverbänden, insbesondere in Form telemedizinischer Netzwerke zu verbessern. Daneben können mit den Mitteln des Krankenhausstrukturfonds auch Vorhaben zur Verbesserung der IT-Sicherheit von Krankenhäusern und zur Schaffung von Ausbildungskapazitäten für Pflegeberufe gefördert werden.

Bewertung

Umwandlung in Reha-Kliniken

Nicht mehr bedarfsgerechte akutstationäre Versorgungseinrichtungen sollen mit Mitteln des Strukturfonds umgewandelt werden können. Unter anderem ist eine Umwandlung in Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen vorgesehen.

Wir befürchten weitere erhebliche Wettbewerbsverzerrungen, die unbedingt vermieden werden sollten. Bereits ohne die finanzielle Unterstützung durch den Strukturfonds besteht ein sehr breites Angebot an Rehabilitationseinrichtungen. Die Anzahl der Rehabilitationseinrichtungen ist seit Jahren rückläufig, jedes Jahr schließen Einrichtungen.

Die Bedarfsnotwendigkeit sollte zur Voraussetzung der Förderung einer Umwandlung gemacht werden.

Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung informationstechnischer oder kommunikationstechnischer Anlagen

In die Liste der förderungsfähigen Vorhaben soll die Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung informationstechnischer oder kommunikationstechnischer Anlagen

derjenigen Krankenhäuser aufgenommen werden, die als kritische Infrastrukturen im Sinne der BSI-Kritisverordnung gelten.

Das Thema IT-Sicherheit betrifft alle Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und alle Patienten gleichermaßen.

Die Beschränkung auf Krankenhäuser, die als kritische Infrastrukturen gelten, sollte deshalb aufgehoben werden und allen Krankenhäusern die Möglichkeit eröffnet werden, Fördermittel zur Verbesserung der IT-Sicherheit aus dem Strukturfonds zu erhalten.

Die Unterstützung der Modernisierung der IT-Infrastruktur muss auch Rehabilitationseinrichtungen zugute kommen.

Änderungsvorschlag

Neufassung § 11 Abs. 1 Nr. 3b KHSFV

- b) eine **bedarfsnotwendige** nicht akutstationäre Versorgungseinrichtung, insbesondere in eine Einrichtung der ambulanten, der sektorenübergreifenden oder der palliativen Versorgung **oder** in eine stationäre Pflegeeinrichtung **oder in eine Einrichtung der stationären Rehabilitation**; bei Umwandlung eines gesamten Krankenhauses in eine Einrichtung der sektorenübergreifenden Versorgung muss mindestens die Hälfte der stationären Versorgungskapazitäten des Krankenhauses von der Umwandlung betroffen sein,

Einberufung einer Kommission zur Entwicklung von Vorschlägen zur Nutzung der Potentiale der Digitalisierung für das Gesundheitswesen.

Neufassung § 11 Abs. 1 Nr. 4a KHSFV

[...] die Informationstechnik der Krankenhäuser **und Rehabilitationskliniken, die die Voraussetzungen des Anhangs 5 Teil 3 der BSI-Kritisverordnung erfüllen**, an die Vorgaben von § 8a des BSI-Gesetzes anzupassen oder [...].

IV. Stärkung der betrieblichen Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und bei Pflegeeinrichtungen

Art. 7 Nr. 1, 3 und 4, §§ 20 ff. SGB V

Neuregelung

Die Krankenkassen werden verpflichtet, von dem Betrag nach Satz 2 mindestens einen Euro jährlich je Versicherten aufzuwenden, um mit Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung Krankenhäuser im Sinne von § 107 Absatz 1 sowie Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 1 und 2 des Elften Buches bei der Erhaltung und Förderung der Gesundheit ihrer Beschäftigten zu unterstützen.

Bewertung

Wir begrüßen die Festschreibung einer Mindestfördersumme durch die Krankenkassen für die Stärkung der betrieblichen Maßnahmen zu Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung.

Die Neuregelung ist aktuell auf Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen beschränkt. Auch in Rehabilitationskliniken sind die Mitarbeiter physisch und psychisch belastet. Die Regelung sollte auf Rehabilitationskliniken erweitert werden.

Änderungsvorschlag

Neufassung § 20 Abs. 6 Satz 2 und 3 SGB V

„Von diesem Betrag wenden die Krankenkassen für jeden ihrer Versicherten mindestens 2,15 Euro für Leistungen nach § 20a und mindestens 3,15 Euro für Leistungen nach § 20b auf. Von dem Betrag für Leistungen nach § 20b wenden die Krankenkassen für Leistungen nach § 20b, die in Einrichtungen nach § 107 ~~Absatz 1~~ und in Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 und 2 des Elften Buches erbracht werden, für jeden ihrer Versicherten mindestens 1 Euro auf.“

Neufassung § 20b Abs. 3 SGB V

Satz 1 „insbesondere Einrichtungen nach § 107 ~~Absatz 1~~ und Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 und 2 des Elften Buches,“

Satz 3 und 4 „und die für die Wahrnehmung der Interessen der Einrichtungen nach § 107 ~~Absatz 1~~ oder der Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 oder 2 des Elften Buches auf Landesebene maßgeblichen Verbände“

Neufassung § 20d Abs. 3

„Die Träger nach Absatz 1 vereinbaren auch gemeinsame Ziele zur Erhaltung und zur Förderung der Gesundheit und der Beschäftigungsfähigkeit der Beschäftigten in Einrichtungen nach § 107 ~~Absatz 1~~ und Einrichtungen nach § 71 Absatz 1 und 2 des Elften Buches.“

V. Verbesserter Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation

Art. 7 Nr. 6, § 40 Abs. 2 und 3 SGB V (Neufassung)

Neuregelung

Der Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD sieht eine Verbesserung der Situation pflegender Angehöriger vor. So ist vorgesehen, dass die pflegenden Angehörigen einen Anspruch auf medizinisch erforderliche Rehabilitationsleistung direkt nach ärztlicher Verordnung erhalten.

Die nun im Gesetzentwurf vorgesehenen Änderungen für pflegende Angehörige sehen weiterhin eine Genehmigung durch die jeweils zuständige Krankenkasse vor. Damit würde sich an der Rehabilitationsversorgung für pflegende Angehörige schlicht und ergreifend nichts ändern.

Ein vom BMG in Auftrag gegebenes [Gutachten des BQS-Instituts „Vom Bedarf zur Reha: Bestandsaufnahme zur medizinischen Rehabilitation für pflegende Angehörige“](#) aus dem Jahr 2014 zeigt die bestehenden Schwachstellen und den Änderungsbedarf auf.

Bewertung

Um einen bedarfsgerechten und verbesserten Zugang zur Rehabilitation für pflegende Angehörige zu gewährleisten, sind folgende Änderungen nötig:

- Um die Rehabilitationsleistung für den pflegenden Angehörigen sicherzustellen, ist die pflegerische Versorgung des Pflegebedürftigen während der Rehabilitation Bestandteil des Leistungsanspruchs nach § 40 SGB V.
- Der Leistungsanspruch richtet sich aus pragmatischen Gründen nur gegen die Krankenkasse des pflegenden Angehörigen. § 40 Abs. 4 SGB V gilt für diese Leistung nicht.
- Die Genehmigung der Rehabilitationsleistung durch die Krankenkassen entfällt.
- Der Arzt stellt den Rehabilitationsbedarf für den pflegenden Angehörigen anhand des Verordnungsvordrucks Muster 61 B-D fest. Es gelten die in den Reha-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses formulierten Kriterien für die medizinische Indikation Reha-Bedürftigkeit, Reha-Fähigkeit, positive Reha-Prognose.
- Keine Entscheidung der Krankenkasse zur Auswahl der Klinik (der Versicherte wählt eine für seine Bedürfnisse geeignete, zertifizierte Rehabilitationseinrichtung mit Versorgungsvertrag). Für die Leistungsdauer gelten die gesetzlichen Vorschriften gemäß § 40 Abs. 3 Satz 2 SGB V. Einen Überblick über geeignete Kliniken erhalten

die pflegenden Angehörigen bei den Pflegestützpunkten und im Internet (Nationales Gesundheitsportal).

- Die Krankenkasse des pflegenden Angehörigen übernimmt auch die gesamten Kosten für die Leistungen des Pflegebedürftigen für die Dauer der Rehabilitation. Eventuelle Erstattungsansprüche gegen die Pflege- und Rentenversicherung (oder andere Krankenkassen?) für die Pflegeleistung sind politisch zu entscheiden.
- Die Kosten für die Versorgung des Pflegebedürftigen in der Reha-Einrichtung sollten sich aus Vereinfachungsgründen an den durchschnittlichen Kosten für die stationäre Pflege des jeweiligen Pflegegrades je Bundesland orientieren.
- Der pflegende Angehörige kann entscheiden, ob er den Pflegebedürftigen mit in eine geeignete Rehabilitationseinrichtung mit Pflege nimmt oder ob der Pflegebedürftige am Wohnort versorgt werden soll.
- Beide sind von der Zuzahlung nach § 40 Abs. 5 SGB V und weiteren Eigenbeteiligungen befreit.
- Versorgungsverträge: Diese umfassen zukünftig auch die Vergütung der Leistung und werden schiedsstellenfähig. Zwischen Rehabilitationseinrichtungen und den Verbänden der Krankenkassen abgeschlossene Vergütungsvereinbarungen sind wirtschaftlich im Sinne des SGB V. Die Verträge gelten für alle gesetzlichen Krankenkassen, um dem Versicherten ein potenzielles Wahlrecht unter allen zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen zu ermöglichen. Die Möglichkeit einzelvertraglicher Vergütungsregelungen zwischen Krankenkasse und Rehabilitationseinrichtungen bleiben erhalten.

Änderungsvorschlag

§ 40 Abs. 2 SGB V wird um folgende Sätze erweitert:

„Pflegende Angehörige erhalten ärztlich verordnete Rehabilitationsleistungen mit Unterkunft und Verpflegung in einer zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 oder § 111a besteht. Der Anspruch umfasst auch Unterkunft, Verpflegung und pflegerische Versorgung des Pflegebedürftigen in der Einrichtung oder am Wohnort. Die pflegenden Angehörigen wählen zwischen den dafür geeigneten Rehabilitationseinrichtungen aus. Absatz 4, 5 und 6 gelten für pflegende Angehörige nicht.“

§ 111 Absatz 2, 5 und 6 neu SGB V:

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam schließen mit Wirkung für ~~ihre Mitgliedsassen~~ **alle gesetzlichen Krankenkassen** einheitliche **Versorgungs- und Vergütungsverträge** über die Durchführung der in Absatz 1 genannten Leistungen mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die

1. die Anforderungen des § 107 Abs. 2 erfüllen und
2. für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten ihrer Mitgliedsassen mit stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlussheilbehandlung notwendig sind.

~~§ 109 Abs. 1 Satz 1 gilt entsprechend. Die Landesverbände der Krankenkassen eines anderen Bundeslandes und die Ersatzkassen können einem nach Satz 1 geschlossenen Versorgungsvertrag beitreten, soweit für die Behandlung der Versicherten ihrer Mitgliedsassen in der Vorsorge oder Rehabilitationseinrichtung ein Bedarf besteht. Absatz 5 Sätze 3 und 4 gelten entsprechend.“~~

(5) Die Vergütungen für die in Absatz 1 genannten Leistungen ~~werden~~ **können** zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen **abweichend von Absatz 2 einzelvertraglich** vereinbart werden. **Die Vergütung bei Mitaufnahme und Versorgung des Pflegebedürftigen nach § 40 Abs. 2 Satz 6 wird in der Höhe der durchschnittlichen Kosten für einen Platz im Pflegeheim mit entsprechender Pflegestufe im jeweiligen Bundesland erstattet.** Kommt eine Vereinbarung innerhalb von zwei Monaten, nachdem eine Vertragspartei nach Satz 1 schriftlich zur Aufnahme von Verhandlungen aufgefordert hat, nicht oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Landesschiedsstelle nach § 111b festgesetzt. Die Landesschiedsstelle ist dabei an die für die Vertragsparteien geltenden Rechtsvorschriften gebunden.

(6) § 71 Abs. 2 gilt nicht. Abgeschlossene Vergütungsverträge nach Absatz 2 gelten als wirtschaftlich im Sinne des SGB V.

VI. Vereinheitlichung der Mengensteuerung (Fixkostendegressionsabschlag)

Art. 9 Nr. 2a-c, § 4 Abs. 2a KHEntgG (Neufassung)

Neuregelung

Die Höhe des Fixkostendegressionsabschlags wird gesetzlich auf 35 Prozent festgeschrieben. Konflikte und aufwendige Verhandlungen auf der Landes- und Ortsebene werden dadurch vermieden und unnötige Bürokratie abgebaut.

Bewertung

Bundesweite Festlegung und Höhe

Die fortgesetzte bundeseinheitliche Festlegung des FDA und die Streichung der Möglichkeit der Vereinbarung eines höheren Abschlagssatzes oder einer längeren Abschlagsdauer wird von uns begrüßt und wird dazu führen, dass Konflikte und aufwendige Verhandlungen auf der Landes- und Ortsebene vermieden und unnötige Bürokratie abgebaut werden.

FDA und Leistungsverlagerung durch Krankenhausschließungen, Abschluss von Qualitätsverträgen und Kündigung von IV-Verträgen

Nach § 4 Abs. 2b Satz 4 KHEntgG ist vorgesehen, dass Mehrleistungen eines Krankenhauses, die durch Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern begründet sind, dem hälftigen Abschlag unterliegen. Diese Leistungen sollten vollständig vom Fixkostendegressionsabschlag befreit werden. Ein hälftiger Abschlag wirkt den Zielen Leistungskonzentration, Spezialisierung und Qualitätswettbewerb entgegen.

Mit Inkrafttreten des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) hat der Gesetzgeber den Fokus auf die Qualität der Krankenhausversorgung weiter gestärkt. Unter anderem wurde die Möglichkeit geschaffen, durch einzelvertragliche Regelungen die Versorgungsqualität für ausgewählte Leistungen oder Leistungsbereiche mit Krankenkassen oder Zusammenschlüsse von Krankenkassen abzuschließen. Folgerichtig wäre nun, die Krankenhausträger zu unterstützen, die sich im besonderen Maße für die Etablierung von Qualitätssicherungsinstrumenten im Krankenhaus einsetzen. Um eine möglichst hohe Evidenz der Qualitätsverträge nach der Erprobungsphase zu generieren, sind die Leistungen aus Qualitätsverträgen nach § 110a SGB V als Ausnahmetatbestand im Gesetzestext aufzunehmen.

Auch die Krankenhausbehandlungen aus IV-Verträgen nach § 140a SGB V sollten als Ausnahmetatbestand berücksichtigt werden. Die Krankenkassen gehen dazu über, ihre mit den Krankenhäusern geschlossenen IV-Verträge zu kündigen. Bei der anschließenden Budgetverhandlung unterliegen diese Leistungen dem FDA.

FDA und Krankenhausplanung

Dringend notwendig ist zusätzlich die Wiederaufnahme des alten Ausnahmetatbestands vom FDA bei krankenhauserischen Entscheidungen.

Beim früheren Mehrleistungsabschlag wurden zusätzliche Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes vom Mehrleistungsabschlag ausgenommen, um die Umsetzung der Krankenhausplanung in den Krankenhäusern gewährleisten zu können.

Auch der FDA sieht eine Ausnahme vor, wenn für zusätzlich bewilligte Versorgungsaufträge noch keine Abrechnungsmöglichkeit bestand (§ 4 Abs. 2b Satz 3 Nr. 1c KHEntgG)

Diese Formulierung lässt große Interpretationsspielräume zu, die dazu führen, dass weite Teile der von der jeweiligen Landesregierung beschlossenen Maßnahmen der Krankenhausplanung nicht mehr umsetzbar sind, weil sie nach Auffassung der Krankenkassen dem vollen FDA unterfallen.

Auch ein Schreiben des BMG vom 07.11.2016, das klarstellt, dass eine Leistungsanpassung dann unter den Ausnahmetatbestand der Befreiung fällt, wenn sie von der Krankenhausplanungsbehörde ausdrücklich gebilligt worden ist, wird von Kostenträgern nicht akzeptiert, weil es kein Rechtsmittel ist.

Finanzierungsproblem der neurologisch / neurochirurgischen Frührehabilitation

Seit Jahren weisen die Deutsche Gesellschaft für Neurologie DGNR, der Bundesverband NeuroRehabilitation BNR und der BDPK auf die bestehende Problematik des Fixkostendegressionsabschlags bei der neurologischen Frührehabilitation hin. Es geht um die Behandlung von schwerstbetroffenen Patienten in speziellen Einrichtungen und begrenzten Behandlungskapazitäten. Das Behandlungsangebot wurde in den letzten Jahren permanent ausgebaut. Epidemiologisch ist mit einer weiteren Zunahme von Schlaganfällen und neurodegenerativen Erkrankungen zu rechnen. Dies liegt an der demographischen Entwicklung, die Baby-Boomer kommen in das gefährdete Alter.

Die Ausnahmeregelungen vom FDA sind sehr begrenzt und müssen für Schlaganfälle und neurodegenerative Erkrankungen erweitert werden. Derzeit kommen beim beschriebenen Patienten gut folgende Fixkostendegressionsabschläge (FDA) zum Tragen:

| | | |
|--|------------|---|
| Schlaganfall oder Schwerstschädelhirnverletzung mit Frührehabilitation mit einer Verweildauer unter 14 Tage | Halber FDA | § 4 (2b) Satz 3 Nr. 2 i.V.m. § 9 (1) Nr. 6 KHEntgG |
| Schlaganfall oder Schwerstschädelhirnverletzung mit Frührehabilitation mit einer Verweildauer von 14 – 28 Tage B42B | Voller FDA | § 4 (2b) Satz 1 KHEntgG |
| Schlaganfall oder Schwerstschädelhirnverletzung mit Frührehabilitation mit einer Verweildauer über 28 Tage B43Z (E3.3) | Kein FDA | |
| Polytraumatisierte Patienten | Kein FDA | § 4 (2b) Satz 3 Nr. 1a KHEntgG |

Maßgeblich für die Eingruppierung in die einzelne Gruppe ist die Verweildauer. In den Einrichtungen der neurologisch / neurochirurgischen Frührehabilitation herrscht in der Regel Vollauslastung. Wenn es zu Verschiebungen innerhalb der AEB kommt, d.h. weniger Fälle in der Erlössumme E3.3 und dafür mehr Fälle im Erlösbudget E1, entsteht derzeit systembedingt ein voller Fixkostendegressionsabschlag. Dies ist unsinnig, da die Fachabteilung als Ganzes zu 100 % ausgelastet war, d.h. Erlössumme / Erlösbudget (E1 / E 3.3 Belegung) sind kommunizierende Röhren. Laut BT Drucksache 18/5372 S. 49 sollen durch den FDA betriebswirtschaftliche Kostenvorteile, die durch zusätzliche Leistungen entstehen, bei den Krankenhäusern abgeschöpft werden. Unterm Strich (E1 und E3) erzielt das Krankenhaus keine zusätzlichen Leistungen, es kommt zu Verschiebungen zwischen den Erlöstöpfen, die zu Gunsten der Sozialleistungsträger dem Krankenhaus Geld entziehen!

Dieses Problem kann durch die komplette Herausnahme vom Fixkostendegressionsabschlag analog der Polytraumata in § 4 Abs. 2b KHEntgG behoben werden.

Änderungsvorschlag

Neufassung von § 4 Abs. 2a Satz 3 KHEntgG:

§ 4 Abs. 2a Satz 3 KHEntgG

1. Der für das Krankenhaus anzuwendende Abschlag (FDA) gilt nicht bei

- a) Schlaganfallpatienten, zerebralen Blutungen, Critical-Illness Polyneuropathien, Schädelhirntraumata, jeweils mit anschließender Frührehabilitation und jeweils mit und ohne Beatmung sowie Transplantationen, Polytraumata, schwer brandverletzten Patienten und der Versorgung von Frühgeborenen.
- b) Leistungen mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln
- c) ~~zusätzlich bewilligte Versorgungsaufträgen, für die bislang keine Abrechnungsmöglichkeit bestand.~~ **Zusätzlichen Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes**
- d) Leistungen von nach § 2 Absatz 2 Satz 4 krankenhausesplanerisch ausgewiesenen Zentren sowie
- e) Leistungen, deren Bewertung nach § 9 Absatz 1c abgesenkt oder abgestuft wurde
- f) **Leistungen, durch eine Verlagerung von Leistungen von krankenhausindividuellen Entgelten § 6 Abs. 3 Erlössumme zum Erlösbudget nach § 4 Abs. 1. Diese Leistungsverlagerungen von der Erlössumme zum Erlösbudget sind vom Krankenhaus auf der Grundlage von Informationen, die den Vertragsparteien nach § 11 Abs. 4 vorliegen, glaubhaft darzulegen**
- g) **Leistungen aus Qualitätsverträgen nach § 110a SGB V und Leistungen aus gekündigten IV-Verträgen nach § 140a SGB V**
- h) **hälftig** für Leistungen, die in dem Katalog nicht mengenanfälliger Leistungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 aufgeführt sind.

Neufassung § 4 Abs. 2a Satz 3 KHentgG:

Abweichend von Satz 1 ist für Leistungen, die durch eine Verlagerung von Leistungen zwischen Krankenhäusern begründet sind, der Fixkostendegressionsabschlag nicht anzuwenden.

VII. Weiterentwickeltes Pflegestellenförderprogramm

Art. 9 Nr. 2d, § 4 Abs. 8 KHEntgG (Neufassung)

Neuregelung

Um die Personalausstattung in der Pflege im Krankenhaus zu verbessern, wird zukünftig jede zusätzliche und jede aufgestockte Pflegestelle am Bett vollständig von den Kostenträgern refinanziert. Das mit dem Krankenhausstrukturgesetz eingeführte Pflegestellen-Förderprogramm wird damit über das Jahr 2018 hinaus bedarfsgerecht weiterentwickelt und ausgebaut. Für die zusätzlichen Mittel gilt anders als bisher keine Obergrenze. Zudem entfällt der bisherige Eigenanteil der Krankenhäuser von zehn Prozent. Die zusätzlichen Mittel sind zweckgebunden für Pflegestellen am Bett und zwar sowohl für zusätzliche Pflegestellen als auch für die Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen zu verwenden. Die Mittel des laufenden Pflegestellen-Förderprogramms verbleiben dem einzelnen Krankenhaus, so dass auf die bisher vorgesehene Mittelüberführung in den Pflegezuschlag zum Jahr 2019 verzichtet wird. Diese Regelung gilt bis zum Inkrafttreten der neuen Pflegepersonalkostenfinanzierung ab dem Jahr 2020.

Bewertung

Die Fortführung des Pflegestellenförderprogramms mit dem Wegfall des Eigenfinanzierungsanteils der Kliniken kann für somatische Krankenhäuser neue Möglichkeiten zur Einstellung zusätzlicher Pflegekräfte schaffen, sofern Pflegekräfte auf dem Arbeitsmarkt verfügbar sind. Um eine wirksame Entlastung der Pflege sicherzustellen, sollte das Pflegestellenförderprogramm auf das gesamte Pflegepersonal erweitert werden. Es gilt damit für das gesamte Pflegepersonal sowohl im medizinisch-technischen Dienst und im Funktionsdienst sowie zukünftige Fachfrauen und Fachmänner und umfasst auch das Pflegehilfspersonal (Krankenpflegehelferinnen und -helfer).

Das Programm muss zudem zwingend auf Rehabilitationskliniken erweitert werden.

Ansonsten werden auf somatische Krankenhäuser und Pflegeheime beschränkte Förderprogramme zu einem massiven Abwerben von dringend benötigten Pflegefachkräften aus Rehabilitationskliniken führen.

Es sollte zusätzlich eine Ausweitung auf psychiatrische und psychosomatische Kliniken geprüft werden, soweit der zusätzliche Aufbau von Pflegepersonal nicht über bestehende Mechanismen möglich ist (Psych-PV Nachverhandlungsmöglichkeit).

Änderungsvorschlag

Das Pflegestellenförderprogramm muss auf Rehabilitationskliniken erweitert werden.

VIII. Pflegezuschlag

Art. 8 Nr. 1, § 8 Abs. 10 KHEntgG,

Neuregelung

Es handelt sich um eine Folge­regelung zur Einführung eines Pflegebudgets nach § 6a für die krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten in der Patientenversorgung und deren Abzahlung über tagesbezogene Pflegeentgelte. Der Pflegezuschlag wird für Patientenaufnahmen ab dem 1. Januar 2020 nicht mehr bezahlt. Für Patientinnen und Patienten, die noch im Jahr 2019 aufgenommen werden, ist dagegen der Pflegezuschlag weiterhin zu zahlen. Eine Überführung der Mittel des Pflegezuschlags in das Pflegebudget nach § 6a erfolgt nicht. Pflegepersonalkosten, die bis Ende des Jahres 2019 mit dem Pflegezuschlag finanziert werden, werden ab dem Jahr 2020 im Rahmen des Pflegebudgets abgegolten.

Es wird eine Klarstellung in der Berechnungsmethodik des Pflegezuschlags vorgenommen.

Bewertung

Streichung ab 2020

Der Pflegezuschlag entstand aus dem Versorgungszuschlag, der eingeführt worden war um einen Ausgleich für die doppelte Berücksichtigung der Mengenentwicklung des Mehrleistungsabschlags auf der Haus- und Landesebene zu schaffen. Würde der Zuschlag ab 2020 entfallen, würden der Krankenhausversorgung jährlich 500 Millionen Euro entzogen werden. Dies widerspricht dem Ziel der Verbesserung der Situation der Pflege.

Pflegezuschlag und Rehabilitation

Damit die Förderung der Pflege in Allgemeinkrankenhäusern nicht zu einem Abwerben der Pflegekräfte der Rehabilitationseinrichtungen führt, muss der Pflegezuschlag auf diese Bereiche erweitert werden.

Es sollte zusätzlich eine Ausweitung auf psychiatrische und psychosomatische Kliniken geprüft werden, soweit die Finanzierung des Pflegepersonals nicht über bestehende Mechanismen möglich ist.

Klarstellung zur Berechnungssystematik

Mit der vorgesehenen Änderung wird nicht die Problematik behoben, dass in der maßgeblichen Statistik des Statistischen Bundesamtes auch Krankenhäuser geführt werden, die nicht dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen und damit keinen Anspruch

auf den Pflegezuschlag haben. Im Ergebnis wird dadurch weniger als die vorgesehene Fördersumme von 500 Mio. Euro an die Krankenhäuser verteilt. Die Krankenhäuser ohne Versorgungsauftrag können auf keinen Fall dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, erhöhen aber durch die derzeitige Einbeziehung in die bundesweite Bezugsgröße (Personalkosten für das Pflegepersonal aller allgemeinen Krankenhäuser) den Divisor, der für die Ermittlung der krankenhausesindividuellen Fördersumme herangezogen wird. Dieser Problematik könnte durch eine Gesetzesanpassung begegnet werden, indem das in Krankenhäusern ohne Versorgungsvertrag ausgewiesene Personal bei der Ermittlung der Personalkosten für das Pflegepersonal aller allgemeinen Krankenhäuser nicht einbezogen wird.

Änderungsvorschlag

Streichung der Neuregelungen.

Erweiterung des Pflegezuschlags auf Rehabilitationskliniken.

IX. Refinanzierung Personalkosten

Art. 9 Nr. 8, § 10 Abs. 5 KHEntgG, Art. 4 Nr. 1, § 3 Abs. 4 BPfIV

Neuregelung

Bereits für das Jahr 2018 werden anstelle der bisherigen hälftigen Refinanzierung die linearen und strukturellen Tarifsteigerungen für die Pflegekräfte vollständig von den Kostenträgern refinanziert. In der Vergangenheit wurde der Teil der Tarifsteigerungen, der oberhalb der maßgeblichen Obergrenze lag, soweit er nicht ausgeglichen wurde, teilweise durch Einsparungen zu Lasten der Pflege kompensiert. Die zusätzlichen Finanzmittel sind daher für Pflegepersonal einzusetzen. Dies ist durch einen Nachweis zu belegen. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind zurückzuzahlen.

Bewertung

Seit Jahren steigen die Löhne stärker als die durch die Grundlohnrate und den Orientierungswert zugelassenen Preiszuwächse. Die Erweiterung des bisher hälftigen Tarifausgleichs zu einer vollen Refinanzierung der Tarifsteigerungen im Bereich der Pflege ist deshalb dringend notwendig und zu begrüßen. Der volle Tarifausgleich sollte sich aber auf alle Berufsgruppen und nicht nur Pflegekräfte beziehen. Auch die weiteren Berufsgruppen im Krankenhaus (OTA/ATA, Physiotherapeuten usw.) werden tarifgerecht entlohnt. Auch ihre Tarifikostensteigerungen müssen im vollen Umfang refinanziert werden. Wird die bestehende Unterfinanzierung der Entwicklung der Personalkosten nur für die Pflege aufgelöst, stünden diese weiteren Berufsgruppen unter Rationalisierungsdruck.

Bei Leistungen, deren Vergütung krankenhausesindividuell vereinbart wird, sollen bei Tarifsteigerungen oberhalb der geltenden Obergrenze die Tarifsteigerungen des Pflegepersonals vollständig finanziert werden. Betroffen sind hiervon in erster Linie die besonderen Einrichtungen.

Die Umstellung von der halben auf die volle Tarifausgleichsrate wird von den Pflegekräften nicht unmittelbar im Geldbeutel bemerkt: Denn die Tarifraten fließen über den Landesbasisfallwert den Krankenhäusern zu und reduziert dort die bestehende Personalkostenunterdeckung. Auch werden unterschiedliche Tarifverträge zu einem verschärften Wettbewerb um Pflegekräfte zwischen den Trägern führen. Vorgeschlagen wird deshalb, dass die Krankenhäuser die unterschiedlichen Tarifverträgen bereits ab 2019 an den TVöD angleichen können und die sich daraus ergebenden Personalkostensteigerungen bereits 2019 in einen krankenhausesindividuellen Tarifausgleich für die Pflege geltend machen können. Die Mittelverwendung ist in den entsprechenden Budgetverhandlungen nachzuweisen.

Ein voller Tarifausgleich muss auch für alle Berufsgruppen in Rehabilitationseinrichtungen gelten! Ein Gutachten der aktiva – Beratung im Gesundheitswesen GmbH stellt fest, dass das aktuelle Vergütungsniveau der Rehabilitationseinrichtungen deutlich unter dem liegt, was zur Erfüllung der Strukturanforderungen der Krankenkassen notwendig ist⁵. Preissteigerungen werden mittlerweile nur noch in der Rehabilitation durch die Grundlohnrate begrenzt. Dies ist nicht sachgerecht, denn die bei der Leistungserbringung anfallenden Sach-, Investitions- und Personalkosten, insbesondere im pflegerischen und therapeutischen Bereich müssen adäquat vergütet werden. Die Nichteinbeziehung der medizinischen Rehabilitationseinrichtungen bei der Refinanzierung von Personalkosten ist weder fachlich begründbar, sinnvoll noch versorgungspolitisch angemessen. Die Weiterversorgung von Krankenhauspatienten mit notwendigen Rehabilitationsleistungen gerät ansonsten in Gefahr.

Änderungsvorschlag

Neufassung § 10 Abs. 5 Satz 2 KHEntgG

„Bezogen auf die Personalkosten werden ~~für den Pflegedienst 100 Prozent sowie für den übrigen nichtärztlichen Personalbereich und für den ärztlichen Personalbereich jeweils 50~~ 100 Prozent des Unterschieds zwischen dem Veränderungswert und der Tarifraten berücksichtigt.“

Neufassung § 3 Abs. 4 BPfIV

„Bei der Vereinbarung einer ~~Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen~~ Tarifraten nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes ~~oberhalb des Veränderungswerts~~ ist der von den Vertragsparteien vereinbarte Gesamtbetrag nach Absatz 2 oder Absatz 3 ~~erstmalig für das Jahr 2018 um 40 bis 80 Prozent der nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen~~ Differenz zwischen dem Veränderungswert und der nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Tarifraten erhöhend zu berichtigen, wobei der Berichtigungsbetrag über das Budget des nächstmöglichen Pflegesatzzeitraums abzuwickeln ist; Absatz 2 Satz 5 zweiter Halbsatz und Absatz 3 Satz 12 sind zu beachten. Eine Begrenzung nach Absatz 3 Satz 5 gilt insoweit nicht.“

Neufassung § 4 Abs. 8b KHEntgG

„Zur Vorbereitung der Pflegepersonalkostenvergütung ab 2020 können Kliniken 2019 auf der Hausebene einen Tarifzuschlag zur Anhebung des Tarifniveaus gegen Nachweis geltend machen.“

⁵ https://agmedreha.de/index.php?option=com_rubberdoc&view=doc&id=77&format=raw&Itemid=56

Neufassung § 6 Abs. 3 Satz 5 KHEntgG

„Bei Vereinbarung einer Tarifraten nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 oberhalb des Veränderungswerts ist die von den Vertragsparteien vereinbarte Erlössumme erstmals für das Jahr 2018 um 80 Prozent der Differenz zwischen dem Veränderungswert und der nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarten Tarifraten erhöhend zu berichtigen, wobei der Berichtigungsbetrag über das Budget des nächstmöglichen Vereinbarungszeitraums abzuwickeln ist; eine Begrenzung der Erhöhung der Erlössumme nach Satz 4 gilt insoweit nicht.“

In § 111 Abs. 2 und 5 SGB V werden wie folgt geändert und ein neuer Absatz 6 wird eingefügt:

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam schließen mit Wirkung für ~~ihre Mitglieds-kassen~~ **alle gesetzlichen Krankenkassen** einheitliche **Versorgungs- und Vergütungsverträge** über die Durchführung der in Absatz 1 genannten Leistungen mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die

1. die Anforderungen des § 107 Abs. 2 erfüllen und
2. für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten ihrer Mitglieds-kassen mit stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlussheilbehandlung notwendig sind.

§ 109 Abs. 1 Satz 1 gilt entsprechend. ~~Die Landesverbände der Krankenkassen eines anderen Bundeslandes und die Ersatzkassen können einem nach Satz 1 geschlossenen Versorgungsvertrag beitreten, soweit für die Behandlung der Versicherten ihrer Mitglieds-kassen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ein Bedarf besteht.~~ **Absatz 5 Sätze 3 und 4 gelten entsprechend.“**

(5) Die Vergütungen für die in Absatz 1 genannten Leistungen ~~werden~~ **können** zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen **abweichend von Absatz 2 einzelvertraglich** vereinbart werden. **Die Vergütung bei Mitaufnahme und Versorgung des Pflegebedürftigen nach § 40 Abs. 2 Satz 6 wird in der Höhe der durchschnittlichen Kosten für einen Platz im Pflegeheim mit entsprechender Pflegestufe im jeweiligen Bundesland erstattet.** Kommt eine Vereinbarung innerhalb von zwei Monaten, nachdem eine Vertragspartei nach Satz 1 schriftlich zur Aufnahme von Verhandlungen aufgefordert hat, nicht oder teilweise nicht

zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Landesschiedsstelle nach § 111b festgesetzt. Die Landesschiedsstelle ist dabei an die für die Vertragsparteien geltenden Rechtsvorschriften gebunden.

(6) § 71 Abs. 2 gilt nicht. Abgeschlossene Vergütungsverträge nach Absatz 2 gelten als wirtschaftlich im Sinne des SGB V.

§ 111 a und c SGB V sind entsprechend zu ändern.

C. Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf

I. Keine Abschläge bei der stationären Notfallversorgung

Sachstand

Der G-BA hat am 19.04.2018 ein viel kritisiertes gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern beschlossen. Bis zum 30.06.2018 hätten der GKV-SV und die DKG Zu- und Abschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung bzw. Nicht-Teilnahme vereinbaren müssen.

Bewertung

Laut G-BA-Beschluss fällt jeder Krankenhausstandort, der auch nur eine einzige Vorgabe der Basisstufe nicht erreicht und keines der speziellen Module erfüllt, in die Stufe der Nichtteilnahme an der Notfallversorgung. Diese Krankenhausstandorte müssen Abschläge für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung vereinbaren, obwohl viele dieser Standorte weiterhin an der Notfallversorgung teilnehmen werden. Hinzu kommt, dass auch laut G-BA-Beschluss Krankenhäuser, die die Vorgaben der Basisstufe nicht erfüllen, weiterhin zur notfallmäßigen Hilfeleistung verpflichtet sein werden. Insofern muss der Abschlag gestrichen werden. Es ist nicht gerechtfertigt, dass ein Krankenhaus, welches lediglich ein Beatmungsbett zu wenig vorhält, und weiterhin 24/7 jederzeit an der Notfallversorgung teilnimmt, Abschläge auf seine Erlöse hinnehmen muss.

Außerdem ist der G-BA-Beschluss aller Voraussicht nach nicht geeignet, um die Vorhaltekosten der Notfallversorgung abzubilden. Somit ist höchst fraglich, ob es überhaupt möglich ist, einen zumindest ansatzweise sachgerechten Abschlag für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung festlegen zu können.

Richtig ist allerdings, dass die neuen Anforderungen an die stationäre Notfallversorgung für die Krankenhäuser mit erheblichen Mehrkosten verbunden sein werden. Eine entsprechende Klarstellung, dass die erforderlichen Mittel von den Kassen zusätzlich bereitzustellen sind, ist daher dringend erforderlich. Dementsprechend muss die gesetzlich vorgesehene Umverteilung der Zu- und Abschläge über den Landesbasisfallwert gestrichen werden, da die neu festgelegten Anforderungen ansonsten zu Lasten aller Krankenhäuser aus dem bestehenden Finanzierungsvolumen umzusetzen sind.

Änderungsvorschläge

Streichung der Abschläge bei der stationären Notfallversorgung.

II. Zahl der Ausbildungsträger für Pflegekräfte erhöhen

Sachstand

Die Pflegeausbildung wurde mit dem Pflegeberufegesetz neu geregelt. Rehabilitationseinrichtungen werden darin nicht als Ausbildungsträger genannt. Auch in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung gibt es keine verpflichtenden Praxiszeiten in Rehabilitationseinrichtungen.

Bewertung

Derzeit sind 38.000 Pflegestellen in Altenheimen und Kliniken unbesetzt. Das PpSG zielt darauf ab, weitere Pflegestellen in Krankenhäusern und Pflegeheimen zu schaffen. Insofern ist es wichtig, die Zahl der Ausbildungsträger für Pflegekräfte zu erhöhen und die Rehabilitationseinrichtungen als Ausbildungsträger im Pflegeberufegesetz aufzunehmen und an der Ausbildungsfinanzierung zu beteiligen. Die Rehabilitationseinrichtungen eignen sich sehr gut als Ausbildungsträger, da Pflegeprozesse in der Rehabilitation über einen deutlich längeren Zeitraum evaluiert werden können. Zudem ist die Rehabilitationspflege sehr gut planbar und ermöglicht dadurch u. a.:

- das Erlernen der Erhebung umfangreicher ICF-orientierter Pflegeanamnesen
- die Formulierung von Pflege Diagnosen
- die Durchführung von Pflegevisiten
- die Anwendung von Assessmentinstrumenten sowohl zur Risikoeinschätzung als auch zur Verlaufsdokumentation
- die Durchführung pflegerischer Maßnahmen primär als störungsbild- und zielorientierte Anleitung des Patienten und weniger als Kompensation verlorener Funktionen
- die Integration interdisziplinär erhobener Befunde (u. a. Berufsanamnese) in die pflegerische Versorgung
- die Hospitationen bei beteiligten Berufsgruppen (Physio- und Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie), die der direkten Vermittlung von Inhalten wie bspw. Hilfsmittelversorgung, Erkennen und Umgang mit Schluck- und Sprachstörungen, Hirnleistungsstörungen dienen und
- die tägliche Anwendung theoretisch erworbener Inhalte zur Pflegeberatung durch die enge Einbindung der Angehörigen in den Rehabilitationsprozess.

Änderungsvorschlag

§ 7 Abs. 1 PflBG wird eine Ziffer 4 hinzugefügt:

„zur Versorgung nach §§ 111, 111a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen.“