

[Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz](#)

26.06.2018
Referentenentwurf

11.07.2018
Verbändeanhörung

01.01.2019
Inkrafttreten (mit Ausnahmen einiger Artikel)

[Zum Download](#)
Referentenentwurf
Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz

*Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus


Referentenentwurf zum Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz liegt vor

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat am 27.06.2018 den Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (PpSG) vorgelegt. Im Wesentlichen werden mit dem Gesetz die bereits in den Eckpunkten zum Sofortprogramm für die Kranken- und Altenpflege genannten Maßnahmen umgesetzt (wir berichteten in Berlin kompakt Nr. 4 vom 24. Mai 2018).

Von den Fallpauschalen unabhängige Personalkostenvergütung im Krankenhaus

Der Referentenentwurf sieht vor, die Pflegepersonalkosten im Krankenhaus ab dem Jahr 2020 unabhängig von den DRG-Pauschalen über ein hausindividuelles Pflegebudget zu vergüten. Das Pflegebudget soll auf Ortsebene verhandelt werden und die hausindividuellen Pflegepersonalkosten unter Berücksichtigung des Pflegepersonalbedarfs abbilden. Dabei soll das Budget keiner Obergrenze unterliegen. Bisherige Sonderfinanzierungstatbestände (z. B. Pflegestellen-Förderprogramm) sollen im Pflegebudget berücksichtigt werden. Die vereinbarten Mittel müssen zweckgebunden für Pflegepersonalkosten eingesetzt werden, der Nachweis ist über ein Testat eines Wirtschaftsprüfers zu erbringen. Flankiert wird diese Regelung durch eine Rückzahlungsverpflichtung bei zweckfremdem Mitteleinsatz.

Aufgabe der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene wird es sein, die in den Fallpauschalen enthaltenen Bewertungsrelationen für Pflegepersonalkosten zu ermitteln und auszugliedern. Dem InEK* obliegt die Erarbeitung eines Konzepts, auf dessen Grundlage ein Pflegeerlöskatalog für die ausgliederten Pflegepersonalkosten entwickelt werden soll, der auf Bewertungsrelationen je voll- oder teilstationärem Belegungstag beruht. Damit werden die Pflegepersonalkosten tagesbezogen finanziert.

 **Eine Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRGs lehnt die BARMER ab. Es bedarf anderer Anreize zur Sicherstellung von mehr und besserer Pflege. Durch die Einführung eines krankenhausesindividuellen Pflegebudgets ohne Obergrenze wird das Selbstkostendeckungsprinzip reaktiviert und das Wirtschaftlichkeitsgebot ausgehebelt. Außerdem kann die vollständige Refinanzierung der Pflegepersonalkosten dazu führen, dass über eine Gehaltsspirale ein Wettbewerb um die begrenzte Zahl an Pflegekräften eröffnet wird, ohne dass das Problem des Fachkräftemangels behoben würde.**

Die vom Gesetzgeber geplante Ausweisung der Bewertungsrelationen für Pflegepersonalkosten ist aus Sicht der BARMER nachvollziehbar. Das gilt auch für die zweckgebundene Mittelverwendung in Verbindung mit der Rückzahlungsverpflichtung bei Nichteinhaltung.

Teilweise Finanzierung der Medizinischen Behandlungspflege durch die GKV

Mit dem Referentenentwurf wird die bisherige Finanzierungssystematik der medizinischen Behandlungspflege in Einrichtungen der Altenpflege zum Teil verändert: Um die Eigenanteile der Pflegebedürftigen zu begrenzen, sollen neue Stellen in Zukunft durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gezahlt werden. Geplant ist, dass die Krankenkassen einen pauschalen Betrag pro Versicherten leisten. Dieser wird über den GKV-Spitzenverband in den Ausgleichsfonds der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) eingezahlt. Ziel dieser Regelung ist die Schaffung von 13.000 zusätzlichen Pflegestellen in vollstationären Altenpflegeeinrichtungen. Die Bundesregierung sieht dafür insgesamt 640 Mio. Euro vor.

Auf Antrag erhalten Pflegeeinrichtungen in einem zweiten Schritt einen Vergütungszuschlag. Voraussetzung dafür ist, dass zusätzliches Pflegepersonal eingestellt wird.

- **Das politische Ziel, die Pflegebedürftigen nicht weiter durch steigende Eigenanteile zu belasten, ist nachvollziehbar. Die Finanzierung ist jedoch nicht Aufgabe der GKV. Die geplante technische Umsetzung des Vorhabens auf Basis einer pauschalen Finanzierung pro Versicherten ist sinnvoll. Hierbei ist von den Altenpflegeeinrichtungen zwingend nachzuweisen, dass die zusätzlichen Pflegekräfte auch dauerhaft in der Versorgung vor Ort beschäftigt werden.**

Förderkriterien des Krankenhausstrukturfonds werden ausgeweitet

Das PpSG sieht vor, den mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) eingeführten Krankenhausstrukturfonds um vier Jahre fortzusetzen und seine Förderkriterien auszuweiten. Geplant ist die Vervierfachung des Finanzvolumens auf eine Milliarde Euro jährlich. Neu ist auch, dass der Ko-Finanzierungsanteil der Länder bei Trägerbeteiligung auf mindestens 25 Prozent gesetzlich festgeschrieben werden soll. Neben der bereits heute existierenden Förderung zur Schließung, Konzentration und Umwandlung akutstationärer Versorgungsangebote können die Mittel des Strukturfonds künftig auch für „gesundheitspolitisch besonders herausragende Zwecke“ verwendet werden. Hierzu zählen laut Referentenentwurf Zentren zur Behandlung seltener Erkrankungen, integrierte Notfallzentren, telemedizinische Netzwerkstrukturen, Verbesserungen der IT-Sicherheit von Krankenhäusern sowie Investitionen in Ausbildungsstätten zur Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten (auch für Hochschulkliniken).

- **Die Verlängerung des Strukturfonds um vier Jahre zur Bereinigung der Krankenhausstrukturen ist ein richtiger Schritt. Die nahezu beliebige Ausweitung der Förderkriterien des Strukturfonds ist hingegen nicht nachzuvollziehen. Zwingende Voraussetzung für jede geförderte Maßnahme muss primär und stringent der Abbau von Überkapazitäten durch Strukturbereinigung sein. Hierfür ist eine Priorisierung der förderungsfähigen Maßnahmen erforderlich. Erst wenn die Strukturveränderungen und die damit verbundenen Ressourcenoptimierungen abgeschlossen sind, sollten die Mittel für weitere Zwecke (z. B. IT-Sicherheit, integrierte Notfallzentren) verwendet werden können.**

Bessere Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf

Zur Gewinnung von zusätzlichem Pflegepersonal können Krankenhäuser Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf mit der Personalvertretung vereinbaren. Die Hälfte der erforderlichen Aufwendungen hierfür sollen Krankenhäuser künftig für einen Zeitraum von sechs Jahren aus Mitteln der GKV erstattet bekommen. Hierzu kann bei den jährlichen Verhandlungen des Erlösbudgets ein zusätzlicher Betrag in Höhe von 0,1 Prozent des Gesamtbetrages vereinbart werden. Geplant ist, dass die Finanzierung über einen Zuschlag auf die abgerechneten DRGs erfolgt. Ein Nachweis über die Mittelverwendung verbunden mit einer Rückzahlungsverpflichtung bei zweckwidrigem Mitteleinsatz ist vorgesehen.

Auch in der Pflegeversicherung sollen von 2019-2024 jährlich bis zu 100 Mio. Euro aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung für Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf bereitgestellt werden.

- **Die vorgesehenen Maßnahmen können die Vereinbarkeit von Beruf und Familie verbessern und damit die Attraktivität des Pflegeberufs steigern. Dies ist jedoch nicht Aufgabe**

der GKV. Die Finanzierung solcher Maßnahmen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und sollte daher aus Steuermitteln erfolgen.

Neue Aufgabe für gesetzliche Krankenkassen in der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Mit dem Referentenentwurf weitet die Bundesregierung die Aufgaben der gesetzlichen Krankenkassen in der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) massiv aus. Künftig muss jährlich 1 Euro pro Versicherten in die Prävention für Pflegekräfte in Krankenhäusern und in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen fließen. Damit steigen die verpflichtenden Leistungen der Krankenkassen im Bereich der BGF von aktuell 2,10 Euro auf 3,10 Euro je Versicherten. Der Orientierungswert der gesamten Präventionsausgaben der Kassen in Höhe von aktuell 7,34 Euro pro Versicherten bleibt jedoch mit dem aktuell vorliegenden Referentenentwurf unverändert.

- Die Stärkung der Betrieblichen Gesundheitsförderung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen ist ein wichtiges Ziel. Bei der Umsetzung müssen auch die Einrichtungen dafür dauerhaft Ressourcen bereitstellen.

Ausbau der Videosprechstunde als telemedizinische Leistung

Die Möglichkeiten zum Einsatz der Videosprechstunde werden erheblich ausgeweitet: Der Gesetzgeber legt es zukünftig in das Ermessen der Ärzte zu entscheiden, wann eine Videosprechstunde mit Patienten als sachgerecht erscheint. Bedingung ist, dass die Entscheidung ärztlich vertretbar ist und dabei die erforderliche ärztliche Sorgfalt gewahrt wird. Die Videosprechstunde soll besonders auch für Pflegebedürftige und in der psychotherapeutischen Versorgung besser genutzt werden können.

Bislang ist die Videosprechstunde nur für wenige Krankheitsbilder über den EBM abrechenbar, es handelt sich dabei im Wesentlichen um Verlaufskontrollen einer Behandlung. Die Patienten müssen der Arztpraxis bereits bekannt sein. Der Bewertungsausschuss von Ärzten und Krankenkassen wird zukünftig von der Aufgabe entbunden, weitere für die Anwendung einer Videosprechstunde geeignete Krankheitsbilder zu definieren. Videokonferenzen sollen in Zukunft auch bei Fallkonferenzen im Rahmen der Kooperation von ärztlichem und pflegerischem Personal abgerechnet werden können.

- Mit den geplanten Neuregelungen zum Ausbau von Videosprechstunden setzt der Gesetzgeber ein richtiges Signal. Durch Videosprechstunden können Engpässe in der Patientenversorgung zum Beispiel in ländlichen Regionen abgemildert werden. Auch für Pflegebedürftige kann die Videosprechstunde ein wichtiges Instrument für eine umfassende Patientenversorgung sein.

Wichtig ist jedoch, dass Telemedizin nicht den Arzt-Patienten-Kontakt ersetzt. Videosprechstunden sollen dann zur Anwendung kommen, wenn sie medizinisch sinnvoll sind und dem Patienten einen Nutzen bringen. Die Neuregelung muss den Anforderungen an die Qualität der Versorgung und an die Wirtschaftlichkeit genügen.

Ergebnisse der Gesundheitsministerkonferenz der Länder

Die 91. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) der Länder fand am 20. und 21. Juni in Düsseldorf statt. Insgesamt hat die GMK nahezu 40 inhaltliche Beschlüsse gefasst. Diese betreffen unter anderem die Themenbereiche Gesundheitsvorsorge und -sicherung, Infektionsschutz sowie das Arzneimittel- und Apothekenwesen. Nachfolgend zwei Beschlüsse der GMK im Detail:

Prüfauftrag zum Thema Lieferengpässe bei Arzneimitteln

Die GMK erteilt dem BMG mit ihrem einstimmigen Beschluss einen Prüfauftrag zum Thema Lieferengpässe bei Arzneimitteln. Das BMG solle prüfen, inwieweit ein gesetzlicher oder anderweitiger Änderungsbedarf bei Rabattverträgen bestehe, um Lieferengpässe zu beheben. Obwohl in der Vergangenheit bereits zahlreiche Maßnahmen auf den Weg gebracht worden seien (zum Beispiel Verpflichtung zur Meldung von Lieferengpässen der Arzneimittelhersteller an Kliniken, Vorratsbeschaffungsmöglichkeit für Importe durch Krankenhäuser), würden Lieferengpässe nach wie vor ein Problem darstellen. Als Gründe nennt die GMK unter anderem Probleme bei der Herstellung und Engpässe bei den Ausgangsstoffen, den Preis- und Rabattdruck auf nationaler Ebene sowie unternehmerische Entscheidungen in Form von Rationalisierung der Produktionsprozesse und Anpassungen der Produktpalette.

➤ **Für den Zusammenhang zwischen Lieferengpässen und den von Kassen und Pharmaunternehmen geschlossenen Rabattverträgen gibt es keine empirischen Belege. Eine jüngst veröffentlichte Studie kommt sogar zu einem gegenteiligen Ergebnis: Rabattverträge sorgen für mehr, nicht für weniger Anbieter im Generikamarkt. Außerdem findet bei knapp drei Viertel aller BARMER-Rabattverträge das Mehrpartnermodell Anwendung, bei dem bis zu drei Hersteller zum Zuge kommen. Dies hat sowohl Vorteile für den Arzt als auch für Apotheker und die Patienten, da es mehrere Verordnungsalternativen mit positiven Effekten auf Therapietreue und Lieferfähigkeit bietet.**

Forderung nach Erhöhung der Beiträge für Bezieher von ALG II

Einstimmig fiel auch der Beschluss der GMK zur Anhebung der Beiträge des Bundes an die Krankenkassen für Bezieher von Arbeitslosengeld II aus. Darin heißt es, die GMK bitte die Bundesregierung, die Beiträge des Bundes an die gesetzlichen Krankenkassen für Empfänger von ALG II stufenweise anzuheben, um die Finanzierungslücke zu schließen. Die GMK beruft sich in ihrem aktuellen Beschluss auf die Ergebnisse des vom BMG in Auftrag gegebenen Forschungsgutachtens zur Berechnung kostendeckender Beiträge für gesetzlich krankenversicherte Bezieher von Arbeitslosengeld II bzw. Sozialgeld im SGB II. Das im letzten Jahr veröffentlichte Gutachten hatte aufgezeigt, dass die Krankenversicherungsbeiträge, die der Bund den gesetzlichen Krankenkassen für die medizinische Versorgung der Empfänger von ALG II erstattet, die anfallenden Kosten bei weitem nicht abdecken. Die Finanzierungslücke liege bei knapp 9,6 Mrd. Euro, was bedeutet, dass nur 38 Prozent der Leistungsausgaben der Kassen für ALG II Bezieher über Steuermittel des Bundes gedeckt werden.

➤ **Bereits seit Jahren fordern die gesetzlichen Krankenkassen eine Erhöhung des pauschalen Beitrags des Bundes für Bezieher von ALG II. Die gegenwärtig gezahlte Monatspauschale von knapp 97 Euro ist nicht annähernd ausgabendeckend und führt damit zu einer erheblichen finanziellen Belastung der Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung. Es ist daher gut, dass die Länder weiterhin darauf drängen, die Finanzierungslücke aus Mitteln des Bundeshaushalts zu schließen und die GKV damit zu entlasten.**

Vorschlag des Beirats beim BMF zur Investitionsfinanzierung

Der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesministerium für Finanzen (BMF) hat ein Gutachten zur Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern veröffentlicht und stellt darin verschiedene Reformoptionen vor. Unter anderem unterbreiten die Gutachter Vorschläge, wie die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser auf eine verlässliche Grundlage gestellt werden kann.

Um den Investitionsstau der Länder aufzulösen, schlagen die Gutachter zwei mögliche Lösungen vor: Als erstbeste Lösung sollte die monistische Finanzierung durch die Krankenkassen eingeführt und das duale System der Krankenhausfinanzierung abgeschafft werden. Sollte sich diese Lösung aus politischen und gegebenenfalls verfassungsrechtlichen Gründen nicht umsetzen lassen, empfehlen die Gutachter als zweitbeste Option, die Länder gesetzlich zur Finanzierung von Krankenhauskapazitäten durch eine von ihnen zu entrichtende Bettenpauschale pro Krankenhausbett zu verpflichten. Diese obligatorische Pauschale solle (ausschließlich) von den Ländern an einen neu einzurichtenden Investitionsfonds gezahlt werden. Die Pauschale müsse sich an den Investitionskosten für die jeweilige Fachabteilung pro Bett orientieren. Die Auszahlung der Mittel aus dem Investitionsfonds an die Krankenhäuser solle durch die Krankenkassen über leistungsorientierte Investitionspauschalen pro Behandlungsfall erfolgen. Die Höhe der von den Ländern aufzubringenden Pauschale müsse so bemessen sein, dass die leistungsorientierten Investitionspauschalen vollständig über die Fondseinnahmen gedeckt werden können.

➤ **Der Vorschlag einer monistischen Finanzierung ist nicht sinnvoll, weil damit die Länder vollständig aus der Finanzierungsverantwortung entlassen würden. Die Idee eines Investitionsfonds hingegen wird grundsätzlich positiv gesehen. Abweichend vom vorliegenden Gutachten sollte der Fonds allerdings zu gleichen Teilen von Bund, Ländern und Kassen finanziert werden. Die Mittel müssten dabei leistungsorientiert pro Behandlungsfall über Investitionspauschalen verteilt werden. Die Kassen würden im Zuge der gesteigerten Finanzierungsverantwortung ein verbindliches Mitspracherecht bei der Krankenhausplanung erhalten. Der Sicherstellungsauftrag sollte bei den Ländern verbleiben. Es wäre zudem erforderlich, ein Investitionsvolumen des Fonds in Höhe von acht bis zehn Prozent der Krankenhausgesamtausgaben gesetzlich vorzugeben.**