Gesundheitspolitische Nachrichten aus der Hauptstadt

Berlin kompakt

Nr. 4 // 24. Mai 2018

Eckpunkte Sofortprogramm Kranken- und Altenpflege liegen vor

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat am 23.05.2018 „Eckpunkte zum Sofortprogramm Kranken- und Altenpflege" vorgelegt. Die darin enthaltenen Regelungen sollen bereits zum 01.01.2019 in Kraft treten. Die weiteren im Koalitionsvertrag vereinbarten Maßnahmen zur Verbesserung der Pflege, wie die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen für alle bettenführenden Abteilungen, verbindliche Personalbemessungsinstrumente und die sogenannte „Konzertierte Aktion Pflege", sollen in einem nächsten Schritt ausgearbeitet und in einem zweiten Gesetz umgesetzt werden.
Im Detail enthält das Eckpunktepapier folgende Neuregelungen:

Maßnahmenpaket zur Förderung der Pflege im Krankenhaus

Zum Download

Eckpunkte Sofortprogramm

Fortsetzung und Modifizierung des Pflegestellen-Förderprogramms

Bereits mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurde das sogenannte zweite Pflegestellen-Förderprogramm mit einem Finanzvolumen von insgesamt 660 Mio. Euro (2016-2018) eingeführt. Die Eckpunkte sehen vor, dass die im KHSG festgelegte Obergrenze von 0,15 Prozent des Krankenhausbudgets für die Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen und der von den Krankenhäusern gegenwärtig zu leistende Eigenanteil in Höhe von 10 Prozent entfallen. Damit wird künftig jede zusätzliche und jede aufgestockte Pflegestelle, die für die unmittelbare Patientenversorgung vorgesehen ist, von den Kostenträgern vollständig refinanziert. Die finanziellen Mittel sind zweckgebunden und ausschließlich für die Aufstockung und Neueinstellung von Pflegekräften vorgesehen. Mittel, die nicht für zusätzliches Pflegepersonal eingesetzt werden, müssen vom Krankenhaus zurückgezahlt werden. Darüber hinaus wird auf die geplante Mittelüberführung des Pflegestellen-Förderprogramms in den Pflegezuschlag verzichtet. So verbleiben die Gelder dem einzelnen Krankenhaus. Die Regelungen sollen solange Bestand haben, bis die Finanzierung des Pflegepersonals grundsätzlich neu geregelt wird.

Es ist fraglich, ob sich mit der Fortsetzung des Pflegestellen-Förderprogramms der gewünschte Effekt erzielen lässt, zumal die laufenden Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms von den Krankenhäusern bisher nicht vollständig ausgeschöpft werden, da Pflegekräfte auf dem Markt fehlen. Mit dem Wegfall der Obergrenze und des Eigenanteils für Krankenhäuser wird das Wirtschaftlichkeitsgebot unterlaufen: Es besteht die Gefahr, dass jegliche Personalkostensteigerungen – auch übertarifliche Vergütungen – auf die Kostenträger abgewälzt werden. Die Zweckbindung und die Rückzahlungserfordernis werden von der BARMER ausdrücklich begrüßt. Es ist darauf zu achten, dass die Nachweispflicht praktikabel ausgestaltet wird.

Vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen

Die Koalitionäre haben sich auf eine vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen im Krankenhaus verständigt. Dies soll bereits für das Jahr 2018 gelten. Flankiert wird die Neuregelung mit der Nachweispflicht, dass die zusätzlichen Gelder auch tatsächlich bei den Pflegekräften ankommen.

Tarifsteigerungen werden bei der Festlegung des Krankenhaus-Orientierungswerts sowie im Rahmen der Landesbasisfallwert-Verhandlungen schon jetzt ausreichend berücksichtigt.

BARMER
Abteilung Politik, Ruth Rumke (V.i.S.d.P.)
politik@barmer.de
Tel. 030-23 00 22-012

Die BARMER begrüßt die Verpflichtung zum Nachweis, dass die zusätzlichen Gelder auch tatsächlich bei den Pflegekräften ankommen müssen.

Vollständige Finanzierung der Ausbildungsvergütung
Künftig sollen Ausbildungsvergütungen des ersten Lehrjahres für die (Kinder-) Krankenpflege sowie die Krankenpflegehilfe von den Kostenträgern vollständig ausgeglichen werden. Ziel ist es, Krankenhäuser zu motivieren, mehr Pflegekräfte auszubilden. Bislang werden Ausbildungsvergütungen von Pflegekräften nur zum Teil über einen durchschnittlichen Anrechnungsschlüssel von den Kostenträgern refinanziert. Grund für die nur anteilige Refinanzierung ist, dass Auszubildende auf der Station die voll ausgebildeten Pflegekräfte unterstützen und entlasten. Die Entlastungswirkung könne sich aber im ersten Ausbildungsjahr noch nicht vollständig entfalten. Mit der Neuregelung setzt das BMG den bestehenden Anrechungsschlüssel für das erste Ausbildungsjahr außer Kraft. Darüber hinaus soll eine vollständige Finanzierung der Ausbildungsvergütungen für alle im Krankenhausfinanzierungsgesetz vorgesehenen Ausbildungsberufe (also auch für Ergo- und Physiotherapeuten, Diätassistenten) erfolgen, sofern für diese eine Ausbildungsvergütung vereinbart wurde. Desweiteren wird die Mittelverwendung des Krankenhausstrukturfonds dahingehend erweitert, dass hieraus auch Investitionen in Ausbildungsstätten getätigt werden können.

Angesichts des drängenden Personalmangels in der Pflege werden Maßnahmen, die die Attraktivität des Pflegeberufes erhöhen, ausdrücklich begrüßt. Anstatt der vollständigen Refinanzierung der Ausbildungsvergütungen im ersten Ausbildungsjahr sollte aber vielmehr eine Überprüfung und ggf. Anpassung des aus dem Jahr 2003 stammenden Anrechnungsschlüssels angestrebt werden. Problematisch ist, dass mit der zweckfremden Mittelverwendung des Krankenhausstrukturfonds für Investitionen in Ausbildungsstätten die Länder aus ihrer Finanzierungsverantwortung entlassen werden.

Valide Datengrundlage zur Abbildung des Pflegeaufwands
Die Krankenkassen werden verpflichtet, den Krankenhäusern künftig die notwendigen Informationen über den Pflegegrad bzw. das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit ihrer Versicherten mitzuteilen. Begründet wird diese Neuregelung damit, dass die Krankenhäuser gegenwärtig wegen fehlender valider Daten die Zusatzentgelte zur besseren Abbildung des erhöhten Pflegebedarfs (für Menschen mit Demenz, Behinderung oder bei vorliegender Pflegebedürftigkeit) häufig nicht geltend machen können.

Bisher war die Weiterleitung der versichertenbezogenen Daten aus datenschutzrechtlichen Gründen problematisch. Daher ist eine gesetzliche Klarstellung sinnvoll.

Fortsetzung und Ausbau des Krankenhausstrukturfonds
Der ebenfalls mit dem KHSG eingeführte Krankenhausstrukturfonds soll um vier Jahre fortgesetzt werden. Er soll ein Finanzvolumen von einer Milliarde Euro jährlich umfassen. Die finanziellen Mittel des Strukturfonds kommen je zur Hälfte aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds sowie aus der Beteiligung der Länder. Das Finanzvolumen und die Finanzierungssystematik des Strukturfonds sollen auch weiterhin beibehalten werden. Das bedeutet insbesondere, dass die Länder dazu verpflichtet werden, das durchschnittliche Fördervolumen der Jahre 2015-2017 mindestens in den Jahren 2019-2022 beizubehalten und um ihren Kofinanzierungsanteil zu erhöhen. Ebenso sollen künftig Investitionen zur Digitalisierung in Krankenhäusern, die der strukturellen Verbesserung

BARMER
Abteilung Politik, Ruth Rumke (V.i.S.d.P.)
politik@barmer.de
Tel. 030-23 00 22-012

dienen, sowie Investitionen in Ausbildungsstätten durch den Strukturfonds finanziert werden können.

Die Verlängerung des Strukturfonds um vier Jahre ist ein wichtiger und richtiger Schritt. Damit werden bei konsequenter Anwendung eine qualitative und wirtschaftliche Krankenhausversorgung sowie strukturelle Anpassungen der Versorgungslandschaft gefördert. Das bisher geltende Vetorecht der Krankenkassen muss ebenso wie die finanzielle Beteiligung der Länder beibehalten werden. Die Förderkriterien des Strukturfonds dürfen nicht aufgeweicht werden. Der Gesetzgeber sollte klar stellen, dass die Mittel nur für Strukturveränderungen der Krankenhauslandschaft eingesetzt werden dürfen und nicht für zweckfremde Investitionen.

Von den Fallpauschalen unabhängige Personalkostenvergütung im Krankenhaus

Die Eckpunkte sehen vor, dass die Personalkosten im Krankenhaus ab dem Jahr 2020 separat vergütet werden. Der Gesetzgeber erhofft sich durch die Neuerung eine bessere Vergütung der Pflegepersonalkosten im Krankenhaus.

Nach den Plänen des BMG wird das Finanzierungssystem künftig aus einer Kombination aus Fallpauschalen und Pflegekosten bestehen – die DRGs werden um die Personalkosten bereinigt. Die Selbstverwaltungspartner (GKV-SV, DKG, PKV-Verband) werden beauftragt, die Fallpauschalen ohne Pflegekostenanteile darzustellen. Gleichzeitig sollen die Verhandlungspartner der Pflegesatzvereinbarungen die krankenhausindividuelle Personalausstattung verhandeln. Als Basis hierfür gelten laut Eckpunktepapier die geplante und nachgewiesene Pflegepersonalaustattung und die damit verbundenen Kosten eines jeden Krankenhauses. Dabei muss die zweckgebundene Mittelverwendung nachgewiesen werden und es ergeben sich Rückzahlungspflichten, wenn Gelder zweckentfremdet eingesetzt werden. Mit der Neuregelung wird ca. ein Fünftel der Krankenhauskosten aus dem Fallpauschalenkatalog ausgegliedert. Gegenwärtig entfallen ca. 20 Prozent der Gesamtkosten auf das Pflegepersonal. Dies umfasst ein Finanzvolumen von etwa 15 Mrd. Euro.

Die Neuregelung stellt einen massiven Eingriff in die Kalkulationssystematik der DRG-Leistungen und eine Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip dar. Damit wird das DRG-System weiter ausgehöhlt. Das ursprüngliche Ziel einer einheitlichen und leistungsgerechten Vergütung wird damit aufgegeben. Alleine die Schaffung zusätzlicher Finanzierungsmöglichkeiten garantiert noch keine Aufstockung der Pflegestellen oder eine bessere Bezahlung für Pflegekräfte.

Eine zweckgebundene Mittelverwendung mit einer Rückzahlungsverpflichtung bei Nichteinhaltung ist sinnvoll. Um sicherzustellen, dass die Krankenhäuser die zusätzlichen Mittel ausschließlich für die Stärkung der Pflege einsetzen, müssen die Vorgaben konkret und nachvollziehbar gesetzlich vorgegeben werden.

Eine alleinige Bereinigung der DRGs um die Pflegepersonalkosten reicht nicht aus. Vielmehr sollte im DRG-Katalog eine separate Ausweisung von Bewertungsrelationen für den „DRG-Hauptteil“ und den „Pflegeteil“ erfolgen.

Mit der Einführung eines separaten Vergütungssystems für die Pflege stellt sich auch die Frage, wie in Zukunft die Aufgaben der unterschiedlichen Gesundheitsberufe voneinander abgegrenzt werden können. Es ist zu befürchten, dass sich die Prozesse im Krankenhaus verkomplizieren und Innovationen in der Pflege erschwert werden.

BARMER
Abteilung Politik, Ruth Rumke (V.i.S.d.P.)
politik@barmer.de
Tel. 030-23 00 22-012

Verbesserungen für Pflegeeinrichtungen und pflegende Angehörige

Zusätzliche Pflegestellen

In vollstationären Altenpflegeeinrichtungen sollen rund 13.000 Pflegestellen zusätzlich geschaffen werden. Eine finanzielle Mehrbelastung der Pflegebedürftigen soll dabei vermieden werden. Deshalb plant das BMG, einen Teil der Kosten für die medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen künftig von den gesetzlichen Krankenkassen finanzieren zu lassen. Dazu ist eine pauschale Zahlung jeder Kasse an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung vorgesehen. Die genaue Höhe dieser Zahlung wurde bisher nicht genannt. Bei 13.000 Stellen wäre von einer Gesamtbelastung der GKV in Höhe von ca. 650 Mio. Euro auszugehen.

Der bisher bestehende Finanzierungsmechanismus der medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen wird mit dieser Neuregelung grundlegend verändert und führt zu einer höheren Belastung der GKV. Bei der Umsetzung muss ein einfaches und praktikables Verfahren gefunden werden. Es sind Nachweispflichten einzuführen, um sicherzustellen, dass die zusätzlichen Pflegekräfte auch tatsächlich beschäftigt werden.

Veränderungen bei der Ausbildungsfinanzierung

Auszubildende sollen ab dem Jahr 2020 im ersten Lehrjahr nicht mehr auf die bestehende Fachkraftquote angerechnet werden dürfen. Damit soll die Ausbildung in der Pflege – nicht nur im Krankenhaus – attraktiver gestaltet werden. Die Pflegeeinrichtungen müssen dadurch mehr Personal vorhalten und einstellen. Diese Regelung fällt zusammen mit dem Start des Pflegeberufegesetzes zum 01.01.2020. Die dafür nötige Finanzierungsverordnung steht noch aus und wird voraussichtlich bis zum Herbst 2018 vorliegen.

Der Einsatz von Auszubildenden für den normalen Betrieb in Pflegeeinrichtungen ist leider zu oft die Regel und nicht die Ausnahme. Daher ist die geplante Regelung nachvollziehbar. Sie wird jedoch im Zuge der anstehenden Finanzierungsverordnung zum Pflegeberufegesetz das Finanzierungsvolumen weiter erhöhen. Dieses könnte allein für die Kranken- und Pflegeversicherung insgesamt über 1,5 Mrd. Euro jährlich betragen.

Digitalisierung soll Pflegekräfte entlasten

Entlastungen sollen auch durch eine stärkere Digitalisierung im Bereich der Pflege erfolgen. Dies gilt sowohl für ambulante als auch stationäre Pflegeeinrichtungen. Das Eckpunktepapier nennt zum Beispiel die Entbürokratisierung der Pflegedokumentation sowie die Zusammenarbeit von Pflegeeinrichtungen und Ärzten. Je Einrichtung ist ein Gesamtvolumen von bis zu 30.000 Euro vorgesehen. Mit einer Kofinanzierung in Höhe von 40 Prozent durch die Pflegeversicherung soll die entsprechende technische digitale Ausrüstung mit bis zu 12.000 Euro finanziert werden.

Die Einbindung der Pflege in die digitalen Prozesse ist entscheidend für eine künftige sektorenübergreifende Versorgung. Mit der geplanten Unterstützung der Einrichtungen der ambulanten und stationären Pflege mit einmalig bis zu 12.000 Euro entsteht der Pflegeversicherung ein Finanzierungsvolumen von fast 400 Mio. Euro. Unklar bleibt, wer die übrigen Kosten trägt und inwieweit die private Pflegeversicherung einbezogen werden soll.

BARMER
Abteilung Politik, Ruth Rumke (V.i.S.d.P.)
politik@barmer.de
Tel. 030-23 00 22-012

Verbesserte Kooperation zwischen KVen und Pflegeeinrichtungen
Da Pflegebedürftige häufig einen sehr hohen Bedarf an medizinischen Leistungen aufweisen, werden die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und die Pflegeeinrichtungen in Zukunft verpflichtet, Kooperationsverträge abzuschließen. Die bisherige Soll-Regelung wird damit durch eine Muss-Regelung ersetzt. Liegt ein Antrag einer Pflegeeinrichtung für einen Kooperationsvertrag zwischen Pflegeeinrichtung und ärztlichen Leistungserbringern vor, so muss die KV innerhalb von drei Monaten darüber entscheiden.

Die Verpflichtung zu einer stärkeren Zusammenarbeit ist sinnvoll und muss zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung in Pflegeeinrichtungen führen. Bereits bestehende rechtliche Möglichkeiten (z. B. § 119 b SGB V) wurden bisher zu wenig genutzt.

Verbesserungen für pflegende Angehörige in der medizinischen Rehabilitation
Pflegenden Angehörigen soll die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen erleichtert werden. Ihre familiäre Situation erschwert häufig die Wahrnehmung einer ambulanten Rehabilitation. Sie sollen daher zukünftig auch dann eine stationäre Rehabilitation erhalten können, wenn aus medizinischen Gründen eigentlich eine ambulante Versorgung ausreichend wäre.

Mit diesem Vorhaben wird der Grundsatz ambulant vor stationär für pflegende Angehörige im Bereich der medizinischen Rehabilitation aufgehoben. In der Leistungspraxis wird dies voraussichtlich nicht zu wesentlichen Veränderungen führen. Schon heute werden berechtigte Wünsche der Versicherten im Rahmen des gesetzlichen Wunsch- und Wahlrechts berücksichtigt.

Betriebliche Gesundheitsförderung für Pflegekräfte

Im Eckpunktepapier des BMG sind auch Verbesserungen in der Gesundheitsförderung für Pfegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen vorgesehen. Die Aufgaben und finanziellen Verpflichtungen der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen werden dafür weiter ausgebaut. Waren mit dem Präventionsgesetz bereits verpflichtende Leistungen der Krankenkassen für die betriebliche Gesundheitsförderung eingeführt worden, so sollen diese von aktuell 2,10 Euro auf 3,10 Euro je Versicherten massiv erhöht werden. Damit verbunden sind bedeutende Veränderungen in der Nationalen Präventionsstrategie: So sollen künftig die Förderung und der Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit von Beschäftigten in der Kranken- und Altenpflege ein wichtiges Ziel der beteiligten Akteure werden.

Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Daher sollte die Finanzierung in der betrieblichen Gesundheitsförderung auf eine breitere Basis gestellt werden.

Deutscher Ärztetag lockert Fernbehandlungsverbot

Die telemedizinische Fernbehandlung von Patientinnen und Patienten wird durch einen Beschluss des Deutschen Ärztetages deutlich erleichtert: Trotz kontroverser Diskussion stimmte die Ärzteschaft beim diesjährigen Ärztetag in Erfurt mit großer Mehrheit für einen Antrag, mit dem medizinische Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien auch ohne vorherigen persönlichen Kontakt zwischen Arzt und Patient ermöglicht wird.

Bislang war eine ausschließliche Fernbehandlung nach der Muster-Berufsordnung Ärzte grundsätzlich untersagt. Allerdings gab es erste Bestrebungen auf Länderebene, das

BARMER
Abteilung Politik, Ruth Rumke (V.i.S.d.P.)
politik@barmer.de
Tel. 030-23 00 22-012

Fernbehandlungsverbot aufzubrechen: Die Landesärztekammer Baden-Württemberg änderte 2016 ihre Berufsordnung, um die ausschließliche ärztliche Fernbehandlung im Rahmen von Modellprojekten zu ermöglichen. In Schleswig-Holstein hat die Landesärztekammer bereits die Berufsordnung zugunsten der Fernbehandlung geändert.

Der Beschluss des Ärztetages sieht nun vor, dass der Grundsatz des persönlichen Kontakts zwischen Arzt und Patient erhalten bleibt. Jedoch wird in Zukunft eine ausschließliche Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien im Einzelfall erlaubt sein, wenn dies ärztlich vertretbar ist und die ärztliche Sorgfalt gewahrt wird. Den Aufbau eines eigenständigen Bereichs einer telemedizinischen Primärarztversorgung lehnen die Ärzte ab.

Der Beschluss des Deutschen Ärztetags zur Fernbehandlung zeugt von einem verantwortungsvollen Umgang der Ärzteschaft mit den Möglichkeiten digitaler Kommunikation. Ärzte und Patienten rücken mit der Fernbehandlung näher zusammen, die rasche Abklärung allgemeiner Beschwerden und besonders die intensivere Betreuung immobiler Patientinnen und Patienten werden gefördert. Die Fernbehandlung sollte nun zügig bundesweit einheitlich geregelt werden. Analog zur Fernbehandlung sollte auch eine Lösung für die bislang nicht erlaubte Fernverordnung gefunden werden.

BARMER
Abteilung Politik, Ruth Rumke (V.i.S.d.P.)
politik@barmer.de
Tel. 030-23 00 22-012