

STELLUNGNAHME
BKK DACHVERBAND E.V.

vom 04.06.2021

Zur zweiten öffentlichen Anhörung

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsver- sorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwick- lungsgesetz – GVWG)

BT-Drs. 19/26822

Inhalt

I. VORWORT	3
II. DETAILKOMMENTIERUNG	7
Änderungen auf Ausschussdrucksache 19(14)320.1	7
Zu Änderungsantrag Nr. 1: Versorgung mit Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus	7
Zu Änderungsantrag Nr. 1: Pauschale Beteiligung der GKV an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege	9
Zu Änderungsantrag Nr. 1: Stärkung von Pflegefachpersonen (Konzertierte Aktion Pflege)	9
Zu Änderungsantrag Nr. 3: Anhebung des Beitragszuschlags für Kinderlose um 0,1 BSP; Beteiligung des Bundes an Aufwendungen der sozialen Pflegeversicherung	10
Zu Änderungsantrag Nr. 4: Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen in der vollstationären Pflege	11
Zu Änderungsantrag Nr. 5: Tarifliche Entlohnung (Konzertierte Aktion Pflege)	12
Zu Änderungsantrag Nr. 7: Stärkung der Kurzzeitpflege zur Sicherstellung einer wirtschaftlich tragfähigen Vergütung durch Bundesempfehlung Kurzzeitpflege und Anpassung der Landesrahmenverträge durch die Pflegeselbstverwaltung	13
Zu Änderungsantrag Nr. 19: Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen	14
Weitere beabsichtigte Änderungen	19
Vergütung PIA	19
Verlängerung der Übergangsfrist für Produkte zur Wundversorgung	20
Verkürzung Frist Abrechnungsdaten	21
III. WEITERER ÄNDERUNGSBEDARF	22
Landesbasisfallwerte (§10 Abs. 4 Satz 3 KHEntgG)	22
Orientierungswert/ Veränderungswert gem. § 10 Abs. 6 KHEntgG	23

I. VORWORT

Der Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) stellt das letzte gesundheitspolitische Gesetzgebungspaket der aktuellen Wahlperiode dar. Entsprechend zahlreich sind die Änderungen, die mit diesem Gesetz noch vorgenommen werden sollen.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen, dass so wesentliche, von den Betriebskrankenkassen geforderte Änderungen im **Bereich der Pflege bzw. der Pflegeversicherung**, wie die Reduzierung der Eigenanteile von Pflegebedürftigen und Kompetenzsteigerung bei Pflegefachkräften, noch in dieser Wahlperiode umgesetzt werden. Darüber hinaus sehen die Betriebskrankenkassen in Bezug auf die soziale Pflegeversicherung (SPV) in der nächsten Legislaturperiode jedoch umfassenderen Reformbedarf, um das wesentliche Ziel der Pflegeversicherung zu erreichen: Eine bedarfsgerechte Pflegeversorgung mit ausreichend qualifiziertem Personal zu gewährleisten und insbesondere die häusliche Pflege zu unterstützen und zu fördern.

Mit Blick auf die vorliegenden Änderungsanträge sehen die Betriebskrankenkassen für den Bereich der Pflege/Pflegeversicherung folgenden Änderungs- bzw. Anpassungsbedarf:

- Die Betriebskrankenkassen begrüßen grundsätzlich die Zielsetzung, Brüche in der Versorgung zu schließen. Dies gilt auch für Lücken zwischen der stationären Versorgung im Krankenhaus und einer ggf. erforderlichen pflegerischen Anschlussversorgung. Die vorgesehene **Einführung einer Übergangspflege** im Krankenhaus halten die Betriebskrankenkassen jedoch nicht für den richtigen Weg. Hier bestehen Unklarheiten etwa in Bezug auf die genaue Zielgruppe der Neuregelung, die Abgrenzung zum Entlassmanagement und die Vergütung. Zudem stellt sich die Frage, ob die neue Leistung angesichts knapper Personalressourcen und der bereits hohen Arbeitsbelastung auf den Stationen noch in der gebotenen Qualität durch die Krankenhäuser erbracht werden kann. Sollte die Übergangspflege im Krankenhaus dennoch eingeführt werden, müssten somit zumindest noch Anpassungen vorgenommen werden.
- Die Betriebskrankenkassen lehnen die Neuregelung zur Beteiligung der GKV an den Kosten der **medizinischen Behandlungspflege** ab. Die "Finanzierungsbrücke" von der GKV zu SPV ist weiterhin fachlich frag- und diskussionswürdig. Die strukturellen Probleme der getrennten Kostenträgerschaft HKP/GKV vs. SPV im Kontext von Pflegebedürftigkeit werden durch die beabsichtigte Regelung nicht behoben. Hinzu kommt die erheblich verschlechterte Finanzlage der GKV. Eine Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege vollständig über die soziale Pflegeversicherung ist aus Sicht der Betriebskrankenkassen zielführender.
- Alle Regelungen mit der Zielsetzung, **Pflegefachpersonen Verordnungskompetenzen** zu übertragen, begrüßen die Betriebskrankenkassen ausdrücklich. Schließlich sind mehr Kompetenzen für entsprechend qualifizierter Fachkräfte notwendig, um eine vereinfachte bedarfsgerechte pflegerische Versorgung, insbesondere in ländlichen Regionen, zu gewährleisten. Zudem führt eine Kompetenzsteigerung zu einer gesteigerten Berufsattraktivität, was angesichts des mangelnden pflegerischen Nachwuchses

und eines ansteigenden Berufsausstiegs dringend notwendig ist. Der Entwurf kommt jedoch bezüglich des angestrebten Kompetenzniveaus der betreffenden Pflegefachkräfte nicht über den bestehenden Modellparagrafen des § 63 Abs. 3c SGB V hinaus. Mithin könnte die angestrebte verbindliche Umsetzung demnach auch pragmatisch über eine Ergänzung des § 63 Abs. 3c SGB V geregelt werden. Stattdessen ist eine Anpassung des § 64d SGB V zu empfehlen, um die avisierte und modifizierte Regelung in Richtung (neuer) pflegerischer Leistungserbringer mit erweiterten Kompetenzen auf dem Niveau einer Advanced Practice Nurse (APN) in die Versorgung zu integrieren.

- Angesichts der **derzeitigen finanziellen Situation der sozialen Pflegeversicherungen**, welche u.a. auch die pandemiebedingten Mehraufwendungen und Mindereinnahmen der Pflegeeinrichtungen auf fängt, ist ein nachhaltiges Finanzierungskonzept notwendig. Dies ist zu kombinieren mit einer Neuordnung der Leistungs- und Versorgungsmodelle in der Pflege. Die Anhebung des Beitragszuschlags für Kinderlose um 0,1 Beitragssatzpunkte und eine pauschale Beteiligung des Bundes an den Aufwendungen der sozialen Pflegeversicherung von jährlich 1 Mrd. Euro ist in diesem Sinne nicht ausreichend. Zudem ist darauf zu verweisen, dass eine zusätzliche Entlastung der Pflegebedürftigen über eine verlässliche Finanzierung von Investitionskosten durch die dafür zuständigen Länder umzusetzen ist.
- Eine **Begrenzung des pflegebedingten Eigenanteils in der Pflege**, um betroffene Pflegebedürftige finanziell zu entlasten, wird von den Betriebskrankenkassen ausdrücklich begrüßt. Eine regelgebundene Dynamisierung u.a. der ambulanten Leistungsbeträge der SPV ist jedoch nicht vorgesehen. Eine Dynamisierung auch der ambulanten Leistungsbeträge der SPV ist zielführender, um das wesentliche Ziel der Pflegeversicherung – nämlich in besonderem Maße die häusliche Pflege zu unterstützen - zu erreichen.
- Die Betriebskrankenkassen begrüßen grundsätzlich die angedachte **angemessene Bezahlung und damit u.a. verbesserte Arbeitsbedingungen für die Beschäftigte in der Pflege**. Sie sehen jedoch hinsichtlich der Regelungen zur tariflichen Entlohnungen kritisch, dass die Landesverbände der Pflegekassen die Wirtschaftlichkeit von Tarifverträgen bestimmen sollen. Sie sollen damit feststellen, ob das enthaltene Lohnniveau über die Pflegesätze refinanzierbar ist. Hierbei wird zum einen in die Tarifautonomie der jeweiligen Institutionen eingegriffen, was insbesondere kleinere Betriebe gefährden könnte. Zum anderen werden die Landesverbände der Pflegekassen verpflichtet, die Tarife der einzelnen Institutionen zu überwachen und entsprechende Konsequenzen zu verhängen. Eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgungsplanung ist mit der beabsichtigten Regelung gefährdet.

Die Betriebskrankenkassen unterstützen darüber hinaus ausdrücklich, dass der Gesetzgeber die Forderung der gesetzlichen Krankenkassen und ihrer Verbände nach einem **ergänzenden Bundeszuschuss für das Jahr 2022** teilt. Kritisch ist jedoch die Höhe des bislang der GKV für das Jahr 2022 in Aussicht gestellten ergänzenden Bundeszuschusses und der weiterhin bestehenden Unsicherheit für die Haushaltsplanung der gesetzlichen Krankenkassen. Nachdem zunächst die Summe von 12,5 Mrd. Euro im Raum gestanden hatte, sieht der vorliegende Änderungsantrag nun einen Betrag in Höhe von 7 Mrd. Euro vor. Über eine Rechtsverordnung soll dieser Betrag zudem bis zum Ende des Jahres angepasst werden können. Ziel soll es sein, den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz für 2022 bei 1,3% stabil und damit die sog. "Sozialgarantie" einzuhalten. Die Mindestreserve des Gesundheitsfonds zu Ende des Geschäftsjahres 2021 überschreitenden Mittel sollen zudem in die Einnahmen des Gesundheitsfonds für das Jahr 2022 überführt werden.

Vor dem Hintergrund, dass die Rücklagen der Krankenkassen bis Ende 2021, wie politisch vorgegeben, fast vollständig abgebaut sind und die beschlossenen Gesetze auch weiter eine erhebliche Finanzwirkung entfalten, besteht jedoch die Gefahr, dass die nun vorgesehenen zusätzlichen Steuermittel hierzu nicht ausreichen werden. Es klingt zudem zunächst positiv, dass im Sommer/Herbst auf Basis aktueller Zahlen über weitere mögliche finanzielle Anpassungen diskutiert werden. Im Sinne von Planbarkeit und Verlässlichkeit für die Krankenkassen (und ihre Haushaltsplanung) muss aber spätestens bis Anfang Oktober für die Beratungen im Schätzerkreis der GKV der Betrag bekannt sein, der zur Behebung des drohenden Finanzdefizits für 2022 vom Bund ausgeglichen wird.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen zudem, dass über die nun vorliegenden Änderungen hinaus auch **weitere Änderungen** beabsichtigt sind, die teilweise von den Betriebskrankenkassen gefordert werden. In Bezug auf andere, ebenfalls geplante Änderungen sehen die Betriebskrankenkassen jedoch Nachbesserungsbedarf im weiteren Beratungsverfahren:

- Die Betriebskrankenkassen hatten moniert, dass die Folgen der Ausgliederung der Pflege aus dem Vergütungssystem der Krankenhäuser bislang nicht im GVWG thematisiert wurden. Diese Ausgliederung hatte ursprünglich zum Ziel, dass Krankenhäuser nicht mehr auf Kosten der Pflege am Bett Einsparungen vornehmen. Seither zahlen die gesetzlichen Krankenkassen die Pflegebudgets komplett. Eine konkrete Definition dessen, was hier als Pflege abzugrenzen und damit separat zu finanzieren ist, erfolgte durch Gesetz bislang jedoch nicht. Daher begrüßen es die Betriebskrankenkassen ausdrücklich, dass entsprechende **Konkretisierungen zum Pflegebudget** vorgenommen werden sollen. Die vorgesehene Regelung, nach der für die bislang noch nicht vereinbarten Pflegebudgets für das Jahr 2020 die für den Vereinbarungszeitraum 2021 geschlossene Vereinbarung über die Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten und der Zuordnung von Pflegepersonalkosten anzuwenden ist, schafft zudem für die noch ausstehenden Vereinbarungen Rechtsverbindlichkeit und –sicherheit und wird von den Betriebskrankenkassen somit ebenfalls ausdrücklich befürwortet. Die hierzu vorgetragene Kritik können die Betriebskrankenkassen daher nicht teilen und plädieren ausdrücklich für deren Beibehalt.
- Die Betriebskrankenkassen begrüßen das Vorhaben, dass die **psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA)** künftig einen **Nachweis gegenüber den Krankenkassen** erbringen müssen, dass sie von der Vergütung, die sie von den Krankenkassen für die durch einen Aus- oder Weiterbildungsteilnehmenden erbrachte Leistung erhalten, jeweils einen Anteil in Höhe von mindestens 40 Prozent an den jeweiligen Aus- oder Weiterbildungsteilnehmenden weitergeleitet haben. Sie regen allerdings an, gesetzlich klarzustellen, dass dieser Nachweis durch die Bestätigung eines Wirtschaftsprüfers oder Steuerberaters erfolgen sollte, um Streitigkeit über Form und Inhalt des Nachweises auf Landesebene zu vermeiden.
- Die Betriebskrankenkassen sehen im Hinblick auf die Patientensicherheit eine mögliche weitere Verlängerung der **Übergangsfrist für Produkte der Wundversorgung**, noch über die im Gesetzentwurf bereits vorgesehene Verlängerung auf 24 Monate hinaus, kritisch. Die bisherige und erst recht die beabsichtigte neue Frist sind mehr als ausreichend für die Hersteller, um sich auf die neuen Rahmenbedingungen einzustellen. Es ist zudem nach Auffassung der Betriebskrankenkassen im Hinblick auf die vorzulegenden Studien hervorzuheben, dass es sich hier nicht um eine frühe Nutzenbewertung wie im Arzneimittelbereich handelt.

- Die Betriebskrankenkassen begrüßen die **Verkürzung der Frist von Abrechnungsdaten** ausdrücklich. Eine zeitnahe Verfügbarkeit von Daten ist wichtig zur Beurteilung des Leistungsgeschehens und bei der Unterstützung von Kundenanliegen. Gleichzeitig ist sie technisch durch die digitalen Instrumente möglich und damit zeitgemäß. Grundsätzlich sollten hierbei alle Ärzte, also auch Vertragszahnärzte sowie Psychotherapeuten, berücksichtigt werden. Darüber hinaus sollte eine Entkoppelung der Leistungsdaten von den Abrechnungsdaten erfolgen, um Leistungsdaten zeitnah – idealer Weise taggleich - als vorläufige Informationen zur Verfügung zu stellen.

Die Betriebskrankenkassen haben bereits in der Stellungnahme zum Gesetzentwurf die Umsetzung der Gutachtenempfehlung zur Neufassung der Zuweisungen für Auslandsversicherte sowie den **vollständigen Ausgleich der Krankengeldausgaben bei Erkrankung des Kindes** nach § 45 SGB V kommentiert. Beide Anpassungen sind bislang für das Ausgleichsjahr 2023 vorgesehen. Zwischenzeitlich wurde die mögliche Bezugsdauer des Kinderkrankengeldes jedoch erheblich verlängert. Da nun neben Krankheit auch Sonderatbestände, wie die Schließung von Kinderbetreuungseinrichtungen, als Anspruchsvoraussetzung anerkannt werden, ist mit erheblichen Mehraufwendungen bzw. einer Vervielfachung der bisherigen Leistungsausgaben für diesen Bereich zu rechnen. Diese Mehrbelastungen treffen die einzelnen Krankenkassen unterschiedlich, je nach Versichertenstruktur und individueller Betroffenheit (z.B. nach Wohnort der Versicherten). Die Betriebskrankenkassen erneuern daher ihre, von allen Kassenartenverbänden geteilte, Forderung nach Umsetzung der Regelung eines Ist-Ausgabenausgleichs für das Kinderkrankengeld bereits zum Ausgleichsjahr 2021.

Die Betriebskrankenkassen schließen sich zudem dem Vorschlag aller Kassenartenverbände nach **Streichung des § 10 Abs. 4 Satz 3 KHEntgG sowie des § 10 Abs. 4 Satz 6 KHEntgG** mit Wirkung für die Verhandlungen der Landesbasisfallwerte (LBFW) 2022 an. Damit können Verwerfungen bei den Landesbasisfallwerten, die aus den Folgen der Corona-Pandemie und einer politisch gewollten stärkeren Ambulantisierung resultieren, vermieden werden. Darüber hinaus bedarf es nach Auffassung der Betriebskrankenkassen endlich auch einer **adäquaten Bereinigung des Orientierungswertes um die Kostenentwicklung des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen**. Die hierzu bereits vorhandene gesetzliche Vorgabe wurde bislang leider nur unzureichend umgesetzt.

II. DETAILKOMMENTIERUNG

Änderungen auf Ausschussdrucksache 19(14)320.1

Zu Änderungsantrag Nr. 1: Versorgung mit Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist die Zielstellung der Neuregelung richtig, bestehende Versorgungslücken zwischen stationärer Krankenhausbehandlung und pflegerischer Anschlussversorgung zu schließen. Ziel aller Anstrengungen muss es sein, langfristig Pflegebedürftigkeit zu verhindern und für eine bedarfsgerechte Versorgung im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt sicherzustellen. Allerdings sehen die Betriebskrankenkassen die Einführung einer Übergangspflege im Krankenhaus nicht als die richtige Maßnahme an, um dieses Ziel zu erreichen. Zudem wirft die geplante Neuregelung etliche Fragen und Unschärfen auf, weshalb die Betriebskrankenkassen den vorliegenden Änderungsantrag ablehnen. Sollte der Anspruch eingeführt werden, müssen zumindest die folgenden Anpassungen vorgenommen werden.

Zum einen ist unklar, für welche Zielgruppe neben den Leistungsansprüchen nach §§ 39c, 37 Abs. 1a SGB V und § 38 Abs. 1 S.3 SGB V die Übergangspflege greifen soll. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen können bspw. Versicherte, die bereits in einer stationären Pflegeeinrichtung untergebracht sind und aus dieser heraus temporär ins Krankenhaus müssen, nicht anspruchsberechtigt sein. Sinnvoll wäre eine Einschränkung auf diejenigen Versicherten, welche nach einem Krankenhausaufenthalt erstmalig der Versorgung mit pflegerischen und frührehabilitativen Leistungen bedürfen. Zudem sieht der Änderungsantrag (Wirtschaftlich tragfähige Vergütung der Kurzzeitpflege) umfassende Empfehlungen zum Inhalt der Landesrahmenverträge nach § 75 Absatz 1 SGB XI für die Kurzzeitpflege vor, welche die spezifischen Besonderheiten hinsichtlich der kurzen Verweildauer der Pflegebedürftigen und speziell hinsichtlich der medizinischen Behandlungspflege, des Überleitungsmanagements oder je nach Bedarf auch hinsichtlich ärztlich verordneter oder in der Pflegeeinrichtung angebotenen therapeutischen Leistungen berücksichtigen sollen, die inhaltlich zumindest vergleichbar mit dem Zweck der hier geregelten Übergangspflege sein dürften. Die Landesrahmenverträge nach § 75 Absatz 1 SGB XI sind auf dieser Grundlage zeitnah entsprechend anzupassen. Hieraus begründet sich nach Ansicht der Betriebskrankenkassen die Notwendigkeit, dass etwaige Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI vorrangig zu gewähren sind und ausgebaut werden müssen, sodass es eine medizinisch nicht begründeten längeren Liegedauer im Krankenhaus nicht bedarf. Nicht eindeutig ist, was in diesem Zusammenhang unter "erheblichem Aufwand" zu verstehen ist, den Patienten betreiben müssten zur anderweitigen Sicherstellung der Versorgung.

An dieser Stelle weisen die Betriebskrankenkassen zudem auf den expliziten Anspruch der Patientinnen und Patienten auf ein Entlassmanagement des Krankenhauses hin. Wenn die Übergangspflege im Krankenhaus tatsächlich eingeführt werden soll, bedarf es klarer Regularien für ein Entlassmanagement auch im Rahmen der Leistungen des neu geschaffenen § 39d SGB V. Diese sollten ergänzend in den Rahmenvertrag Entlassmanagement gesetzlich verpflichtend aufgenommen werden. Für die Patienten ist entscheidend, dass der voraussichtliche Bedarf für die nach Krankenhausbehandlung erforderliche Anschlussversorgung durch ein

multidisziplinäres Team im Krankenhaus frühzeitig festgestellt wird, die notwendigen Anschlussmaßnahmen rechtzeitig eingeleitet und der weiterbehandelnde Arzt bzw. die weiterversorgende (Pflege-)Einrichtung informiert und eingebunden werden.

Es ist wichtig, den Anreiz zu erhalten, dass Krankenhäuser ihren Verpflichtungen im Rahmen des Entlassmanagements umfassend und frühzeitig nachkommen und kein Fehlanreiz geschaffen wird, durch fehlendes Engagement im Entlassmanagement Patienten länger als notwendig im Krankenhaus zu versorgen. Die Betriebskrankenkassen sprechen sich dafür aus, den pauschalen Anspruch auf Übergangspflege im Krankenhaus, sollte diese in der vorgesehenen Form tatsächlich eingeführt werden, von zehn auf fünf Tage herabzusetzen.

Außerdem sollte ein Anspruch auf Erbringung von Übergangspflege für das Krankenhaus nur bestehen, wenn das Entlassmanagement nachweislich trotz aktivem Bemühen nicht erfolgreich war. Von einem aktiven Bemühen kann jedoch nicht ausgegangen werden, wenn Krankenhäuser trotz offensichtlichem Unterstützungsbedarf im Entlassmanagement zur Sicherstellung der pflegerischen Anschlussversorgung die Krankenkasse nicht einbeziehen. Derzeit werden die Unterstützungsbedarfe seitens der Krankenhäuser nur marginal angefordert bzw. Unterstützung kaum in Anspruch genommen.

Die Formulierungshilfe sieht derzeit vor, dass die Krankenkasse Leistungen der Übergangspflege in dem Krankenhaus, in dem die Behandlung erfolgt ist, erbringt, wenn eine pflegerische Anschlussversorgung nicht erbracht werden kann. Dies ist so nicht richtig. Vielmehr sollte formuliert werden, dass "*...die Versicherten Anspruch auf Leistungen der Übergangspflege in dem Krankenhaus haben, in dem die Behandlung erfolgt ist.*"

Angesichts des zunehmenden Mangels an qualifiziertem Pflegepersonal und der bereits heute bestehenden hohen Arbeitsbelastung auf den Stationen ist darüber hinaus fraglich, ob die vorgesehene Übergangspflege in den Kliniken überhaupt personell geleistet werden kann. Daran schließen sich sowohl Fragen nach der Qualitätssicherung an, als auch die Fragen nach Strukturvoraussetzungen, die Krankenhäuser vorweisen müssen, damit nach dem neu geschaffenen § 132m SGB V die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen mit den Landeskrankenhausesgesellschaften Verträge über die Erbringung von Übergangspflege nach § 39d schließen können.

Völlig unklar ist, nach welcher Systematik die Leistungen der Übergangspflege vergütet werden sollen. Aus Sicht des stationären Sektors ist eine Abgrenzung zur Krankenhausfinanzierung zwingend notwendig, insbesondere zum Pflegebudget, um eine Doppelfinanzierung von Pflegepersonal im Krankenhaus zu vermeiden. Auch die Anrechnung von Personal auf Pflegepersonaluntergrenzen und Pflegequotient gilt es zu regeln. Um keine Anreizwirkung zur Verlagerung von Pflegeleistungen und Pflegepersonal in den Krankenhausbereich zu schaffen, ist es letztlich zwingend erforderlich, dass die Vergütung von Übergangspflege im Krankenhaus die ortsübliche Vergütung der stationären/ambulanten Pflege nicht übersteigt.

Die Abrechnung der Leistungen der Übergangspflege hat analog der Regelungen zur Datenübermittlung nach § 301 SGB V zu erfolgen.

Zu Änderungsantrag Nr. 1: Pauschale Beteiligung der GKV an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege

Die Betriebskrankenkassen lehnen die Neuregelung ab. Argumentiert wird, dass mit der Einführung der Personalbemessung im SGB XI das Pflegestellenförderprogramm n. § 8 Abs. 6 SGB XI auslaufen wird. Allerdings wurde mit dem Pflegestellenförderprogramm der avisierte Stellenaufwuchs bislang nicht erreicht und das jährliche Fördervolumen von 640 Mio. p.a. damit nicht annähernd ausgeschöpft. Damals wie heute ist die "Finanzierungsbrücke" von der GKV zu SPV fachlich frag- und diskussionswürdig, denn die strukturellen Probleme der getrennten Kostenträgerschaft HKP/GKV vs. SPV im Kontext von Pflegebedürftigkeit werden durch die beabsichtigte Regelung nicht angegangen und sind offenbar auch nicht Anlass der Regelung. Die Unterstützung der SPV durch die GKV wurde beginnend ab dem Jahr 2019 vor dem Hintergrund einer stabilen Finanzlage in der GKV verbunden mit hohen Rücklagen, sowohl bei den Krankenkassen als auch dem Gesundheitsfonds eingeführt. Die Belastung der einzelnen Krankenkassen erfolgt hieraus zwar wettbewerbsneutral, allerdings verbunden mit einer Anhebung des GKV-durchschnittlichen ZBS um rund 0,05 Prozentpunkte. Die Finanzlage der GKV hat sich seitdem erheblich verschlechtert. Ohne gesetzgeberische Maßnahmen muss für das Jahr 2022 in der KV von einem durchschnittlichen ZBS weit über 2 % ausgegangen werden. Eine Subvention der SPV erscheint vor diesem Hintergrund nicht zielführend. Auch der Umstand der Umgliederung bestimmter Leistungen von der GKV in die SPV (der in den konkreten Einzelfällen sachlogisch begründet wird) ist hier nicht von Relevanz, da es sich bei dem Transfer gemäß § 37 SGB V (neu) um eine pauschale Unterstützung ohne konkrete Zweckbestimmung handelt. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen wäre die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege im Kontext einer festgestellten Pflegebedürftigkeit i. S. d. SGB XI vollständig über die soziale Pflegeversicherung auch vor dem Hintergrund des "neuen" Pflegebedürftigkeitsbegriffes sachgerecht, der die "Behandlungspflege" explizit umfasst.

Zu Änderungsantrag Nr. 1: Stärkung von Pflegefachpersonen (Konzertierte Aktion Pflege)

Hierzu der Hinweis auf ein vermutlich redaktionelles Versehen. In § 37 Abs. 8 -neu- wird im Gesetzestext formuliert, dass "Pflegefachkräfte (...) selbst über die erforderliche Häufigkeit und Dauer bestimmen können. In der Gesetzesbegründung heißt es hierzu, dass "die nähere Ausgestaltung der verordnungsfähigen Maßnahmen hinsichtlich Häufigkeit, Dauer und Ausgestaltung der verordnungsfähigen Maßnahmen durch eine entsprechend qualifizierte Pflegefachkraft" vorgenommen wird. Insofern deckt sich die Begründung nicht mit dem Gesetzestext und ist auch nicht sachlogisch, da die Ausgestaltung der Verordnung eine therapeutische (ärztliche) Entscheidung darstellt und somit zumindest nicht von den qualifizierten Pflegefachkräften die das aktuelle Pflegebildungssystem ermöglicht getroffen werden kann.

Zu Änderungsantrag Nr. 3: Anhebung des Beitragszuschlags für Kinderlose um 0,1 BSP; Beteiligung des Bundes an Aufwendungen der sozialen Pflegeversicherung

Mit dem vorliegenden Änderungsantrag zeigt sich, dass die bislang angedachte Übernahme der Rentenversicherungsbeiträge für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen durch den Bund offenbar nicht mehr für eine Umsetzung vorgesehen ist. Die daran gekoppelte Erstattung der Aufwendungen für Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen aus dem Bundeshaushalt wurde folglich ebenfalls gestrichen. Dies bedauern die Betriebskrankenkassen ausdrücklich, da mit der Aufbringung der Beitragsmittel durch den Bund die Würdigung der Pflege als gesamtgesellschaftliche Aufgabe durch den Gesetzgeber sachgerecht umgesetzt hätte werden können. Außerdem würde diese Maßnahme eine durchaus solide Entlastung der sozialen Pflegeversicherung bedeuten. Die Betriebskrankenkassen hatten in diesem Zusammenhang vorgeschlagen – dem zugrundeliegenden Gedanken ganzheitlich folgend – sich ggf. bei der Finanzierung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen durch den Bund nicht nur auf den Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung zu beschränken, sondern auch auf die Beitragszahlungen der Pflegekassen zur Arbeitslosenversicherung für Pflegepersonen in den Blick zu nehmen.

Nunmehr verbleibt an dieser Stelle die bislang bereits vorgesehene Anhebung des Beitragszuschlags für Kinderlose um 0,1 Beitragssatzpunkte ab dem 01. Januar 2022 und eine pauschale Beteiligung des Bundes an den Aufwendungen der sozialen Pflegeversicherung von jährlich 1 Mrd. Euro an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung. Hieraus lässt sich schließen, dass die angedachte Novellierung der gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung allein das Ziel verfolgt, die vorliegenden Reformmaßnahmen einigermaßen finanziell abzusichern. Eine nachhaltige Anpassung, welche gleichermaßen notwendige Reformschritte für eine zielgerichtete und zeitgemäße pflegerische Versorgung mit einem entsprechenden Finanzierungskonzept koppelt, ist nicht angedacht. Angesichts der derzeitigen finanziellen Situation der sozialen Pflegeversicherungen, welche u.a. auch die derzeitigen pandemiebedingten Mehraufwendungen und Mindereinnahmen der Pflegeeinrichtungen auffängt, dürfte sich damit alsbald eine Situation darstellen, bei welcher in der 20. Legislaturperiode des Deutschen Bundestag weitere Reformanstrengungen und eine finanzielle Stabilisierung der sozialen Pflegeversicherung zu diskutieren sein wird. In diesem Zusammenhang sei auch die Anmerkung erlaubt, dass es für alle Beteiligten schwierig ist, ein so umfassendes Reformvorhaben hinsichtlich seiner finanzpolitischen Wirkungen zu beurteilen, wenn die sonst in Gesetzentwürfen übliche Darstellung der *Haushaltsausgaben* und der betreffenden *Erfüllungsaufwände* außen vor bleibt. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass gravierende Neuerungen der Finanzierungssystematik der SPV implementiert werden und gleichzeitig gravierende leistungsrechtliche Neuerungen umgesetzt werden.

Ergänzend sei darauf verwiesen, dass mit den vorliegenden Änderungsanträgen die mit dem Arbeitsentwurf zu einem Gesetz zur Reform der Pflegeversicherung zuletzt vorgesehene zusätzliche Entlastung der Pflegebedürftigen über eine verlässliche Finanzierung von Investitionskosten durch die dafür zuständigen Länder nicht mehr vorgesehen ist, was die Betriebskrankenkassen ausdrücklich bedauern.

Zu Änderungsantrag Nr. 4: Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen in der vollstationären Pflege

Die angedachte Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile in der stationären Pflege, welche ergänzend zu den Sachleistungsbeträgen der sozialen Pflegeversicherung (SPV) von den betroffenen Pflegebedürftigen selbst zu tragen sind, soll die seit Jahren zunehmenden finanziellen Belastungen der Betroffenen abmildern. Die Entlastung der Pflegebedürftigen soll konkret durch eine gestaffelte Beteiligung der SPV an den pflegebedingten Eigenanteilen erfolgen. Gewählt wurde damit eine „kleine“ Lösung, die sich der bestehenden Problematik im Teilleistungssystem der SPV im stationären Setting widmet. Mit dem Änderungsantrag 18 zur Artikel 2 erfolgt zwar eine Anpassung der Leistungsbeträge n. § 36 Absatz 3 SGB XI (und mithin der Kurzzeitpflege n. § 42 Absatz 2 SGB XI) um 5 Prozent, was aber ausdrücklich dem Ausgleich des sich aus der vorgesehenen Anbindung der Löhne an Tarife ergebenden Kostenanstieg dient. Damit wird hinsichtlich der Abfederung der Eigenanteile nach wie vor die ambulante Versorgung strukturell bei diesem Reformschritt ausklammert und somit das wesentliche Ziel der Pflegeversicherung – nämlich in besonderem Maße die häusliche Pflege zu unterstützen und zu fördern – außer Acht gelassen. Eine regelgebundene Dynamisierung u.a. der ambulanten Leistungsbeträge der SPV ist, wie noch im Arbeitsentwurf zu einem Gesetz zur Reform der Pflegeversicherung angedacht, nicht vorgesehen. Dies hätte das beschriebene und weiterhin bestehende Ungleichgewicht des Ansatzes zumindest ansatzweise austariert. Zudem ist der noch im Dezember 2020 auf der Grundlage von § 30 Absatz 1 Satz 1 SGB XI durch die Bundesregierung selbst empfohlene Anstieg der Leistungsbeträge für die stationäre Pflege explizit nicht vorgesehen und dies soll, so die Berechnungsgrundlage für diese „Pflegerreform“, bis zum Jahr 2025 insgesamt auch nicht mehr erfolgen. Hieraus ergibt sich an dieser Stelle wiederum eine Benachteiligung der stationären Leistungsbezieher insbesondere im ersten Jahr des entsprechenden Leistungsbezugs, da hier lediglich die Entlastung des Eigenanteils, aber nicht der mit einer Dynamisierung implizierte Ausgleich des Wertverlusts der Pflegeleistungen vorgenommen wird. Die Betriebskrankenkassen sehen an dieser Stelle einen grundlegenden Reformbedarf im Leistungsrecht (und mithin im Vertragsrecht) der SPV, welche die Verwerfungen an den Sektorengrenzen angeht, und insofern sollte es sich hierbei nur um eine Übergangslösung bis zu einer grundlegenden Reform des Pflegeversicherungsrechts handeln. Gleichwohl wird die angedachte Regelung mit systemischen Folgewirkungen verbunden sein, welche entweder nicht bedacht oder bewusst ignoriert werden. Befürchtet werden muss insofern eine verstetigende Auswirkung auf die derzeitige Ausgestaltung der sozialen Pflegeversicherung und damit eine Verschärfung der inhärenten Sektorengrenzen. Dies muss – sofern die Notwendigkeit einer grundlegenden Reform anerkannt wird – vom Gesetzgeber deutlich gemacht werden, um den Handlungsbedarf herauszustellen und die Möglichkeiten für eine Strukturreform der sozialen Pflegeversicherung offen zu halten.

Anders als der bisherige Entwurf des vorliegenden Änderungsantrags suggeriert das (spätere) Inkrafttreten der Regelungen zum 01. Januar 2022, dass die damit verbundenen und notwendigen Veranlassungen der stationären Pflegeeinrichtungen und mithin der Pflegekassen zeitlich bewältigt werden können. Dennoch werden alle Beteiligten – und nicht zuletzt die pflegebedürftigen Menschen – vor erhebliche organisatorische, prozessuale und strukturell komplexe Herausforderungen gestellt, insofern muss der Mehrwert der Maßnahmen mit Blick auf die vorangehenden Feststellungen deutlich hinterfragt werden und lässt den Schluss zu, dass die vorgesehene Regelung kurzfristig zugunsten einer umfassenden strukturellen Pflegereform in der kommenden Legislaturperiode überdacht werden sollte.

Zu Änderungsantrag Nr. 5: Tarifliche Entlohnung (Konzertierte Aktion Pflege)

Der Änderungsantrag sieht Regelungen vor, nach denen die Entlohnung der Beschäftigten in der Pflege und Betreuung mittels Tarifverträge oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen als Voraussetzung ab dem 01. September 2022 vereinbart sein muss, um als Pflegeeinrichtung einen Versorgungsvertrag abschließen zu können. Gleiches gilt auch für Pflegeeinrichtungen, die bereits einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben. Pflegeeinrichtungen ohne Tarifvertrag oder entsprechender kirchenarbeitsrechtlicher Regelung müssen hierfür mindestens eine Entlohnung zahlen, welche die Höhe eines vergleichbaren Tarifvertrags oder kirchenarbeitsrechtlichen Regelung nicht unterschreitet.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen grundsätzlich die angedachte gesetzgeberische Maßnahme, um eine angemessene Bezahlung und damit u.a. verbesserte Arbeitsbedingungen für die Beschäftigte in der Pflege umzusetzen. Das Anliegen des Gesetzgebers für eine möglichst flächendeckende Anwendung von Tarifverträgen ist nachvollziehbar – insbesondere nach dem Scheitern eines verpflichtenden Tarifvertrags für die gesamte Pflegebranche.

Konterkariert wird dies allerdings dadurch, dass es mit den Regelungen in § 82c SGB XI (n.F.) nunmehr die Aufgabe der Landesverbände der Pflegekassen sein soll, alle Tarifverträge dahingehend zu beurteilen, ob eine nach ortsüblichen Maßstäben wirtschaftliche Entlohnungsstruktur vorliegt und diese Tarifverträge und kirchenarbeitsrechtlichen Regelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden dürfen. Gleichzeitig zeichnen die Landesverbände der Pflegekassen dafür verantwortlich, zu prüfen, ob und wann ein Tarifvertrag bzw. kirchenrechtliche Arbeitsregelung vorliegt bzw. die Entlohnung der Arbeitnehmer*innen eine tarifliche Anlehnung begründet. Dabei ist die Prüfung der jeweiligen Entlohnung im Sinne einer räumlichen, zeitlichen, fachlichen und persönlichen Anwendung von Tarifverträgen bei Pflegeeinrichtungen, welche nicht tarifgebundenen sind, eine enorme Herausforderung, die dem Grunde nach nicht dem originären Portfolio der Landesverbände der Pflegekassen entspricht. Dies bedeutet, dass die Landesverbände der Pflegekassen faktisch als „Tarifpolizei“ auftreten und darüber entscheiden sollen, welche Entlohnung als wirtschaftlich und damit in den Pflegesatzvereinbarungen als berücksichtigungsfähig gilt. Damit wird den Landesverbänden eine schwierige und sich widersprechende Doppelrolle auferlegt, denn diese sind originärer Vertragspartner der hier gegenständlichen Versorgungsverträge. Außerdem ist mit der Regelung insgesamt ein erheblicher Eingriff in die Tarifautonomie gegeben, welcher von den Betriebskrankenkassen abgelehnt wird. Abgesehen davon wird sowohl dem GKV-Spitzenverband, der für die Bewertung der Tarifverträge Kriterien festlegen soll, als auch den Landesverbänden der Pflegekassen, welche die wirtschaftlichen Tarifverträge im Bundesland regelmäßig (zur Information der Pflegeeinrichtungen) veröffentlichen sollen, die bislang ungelöste Aufgabe auferlegt, eine angemessene Bezahlung von Pflegekräften zu bestimmen.

Wie oben beschrieben, wird das übergeordnete Ziel, eine breitere Tarifbindung und damit eine angemessene Entlohnung in der pflegerischen Versorgung zu erreichen, vom BKK Dachverband grundsätzlich unterstützt. Insofern wird es grundsätzlich auch unterstützt, Tarifverträge bzw. kirchenrechtlichen Arbeitsregelungen auch zur Zulassungsvoraussetzung für Pflegeeinrichtungen zu machen. Zu deren Absicherung bedarf es aber einheitliche Vorgaben für die Landesverbände insbesondere auch zu den Konsequenzen etwaiger Pflichtverstöße, denn die Kündigung der Versorgungsverträge darf angesichts der Sicherstellung der

Versorgung, welche ebenfalls den Pflegekassen obliegt, nicht alleiniges Mittel zur Durchsetzung der Zulassungsvoraussetzung sein, sondern müsste innerhalb von gestuften Sanktionierungsmechanismen als faktische Ultima Ratio definiert werden.

Insgesamt empfiehlt der BKK Dachverband deshalb – sollte der Gesetzgeber an den avisierten Regelungen festhalten – diese enger und plausibler miteinander zu verzahnen, ohne dass die Grenzen der Tarifautonomie überschritten werden und mithin die Landesverbände der Pflegekassen in die beschriebene Dilemma-Situation getrieben werden, bestenfalls in einer einheitlichen rechtlichen Regelung. Dabei sollte zwingend berücksichtigt werden, dass die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 72 Absatz 3c SGB XI (n.F.) auch ein Verfahren bei Pflichtverletzung des Trägers der Pflegeeinrichtung beinhalten sollte.

Zwingend zu streichen ist in diesem Zusammenhang zudem die Regelung von § 82c Absatz 5 SGB XI (n.F.), da der Mehrwert der geforderten>Listenerstellung durch die Landesverbände der Pflegekassen nicht ersichtlich ist. Dies gilt insbesondere angesichts der oben beschriebenen Limitationen und auch aufgrund der schwer herzustellenden Vollständigkeit (z.B. bei einer landesübergreifenden Perspektive). Auch der Gesetzgeber hat in diesem Zusammenhang sinnvollerweise berücksichtigt, dass eine über die Tätigkeit der Landesverbände hinausgehende Ausforschung nicht erforderlich sein soll.

Zu Änderungsantrag Nr. 7: Stärkung der Kurzzeitpflege zur Sicherstellung einer wirtschaftlich tragfähigen Vergütung durch Bundesempfehlung Kurzzeitpflege und Anpassung der Landesrahmenverträge durch die Pflegeselbstverwaltung

Das Anliegen des Koalitionsvertrages zwischen CDU/CSU und SPD für die 19. Legislaturperiode, die Angebote für eine verlässliche Kurzzeitpflege durch eine wirtschaftlich tragfähige Vergütung sicherzustellen, wird von den Betriebskrankenkassen unterstützt. Auch die Herangehensweise, den Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu beauftragen, handlungsleitende Empfehlungen zum Inhalt der Verträge nach § 75 Absatz 1 SGB XI für die Kurzzeitpflege zu erarbeiten, wird geteilt. Inhaltlich ist insbesondere im Kontext der Gesetzesbegründung zu konstatieren, dass gerade hinsichtlich der Ausgestaltung und des Bedarfs von Kurzzeitpflegeplätzen regionale Strukturen zu berücksichtigen sein werden und sich zudem die regionale Ausgangslage sehr heterogen darstellt. Dies stellt im Detail allgemeingültige Empfehlungen auf Bundesebene vor die Herausforderung, diese regionalen Komponenten nicht vollumfänglich bzw. und in jedem einzelnen Detail abbilden zu können. Hierfür sprechen allein die in der Gesetzesbegründung genannten landesbezogenen Verfahren zur Bemessung einer leistungsrechten Vergütung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen. Insofern muss die Möglichkeit im Vordergrund stehen, dass gemäß § 75 Absatz 1 SGB XI die Rahmenverträge für die Kurzzeitpflege auf der Grundlage der avisierten *Empfehlungen zur wirtschaftlich tragfähigen Vergütung für die Kurzzeitpflege* zu überprüfen und individuell anzupassen sind. Dies sollte bestenfalls auf der Grundlage einer wissenschaftlichen Erhebung zum Stand und zu den Bedarfen der Kurzzeitpflege in den jeweiligen Ländern, wie für NRW bspw. im Jahr 2017 und für Bayern 2019 geschehen. Konterkariert würde ein solches Vorgehen mit der Maßgabe nach § 88a Absatz 1 Satz 2 SGB XI (n.F.), dass bis zur jeweiligen Anpassung der Landesrahmenverträge, die Empfehlungen für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen in ihrer Gesamtheit unmittelbar verbindlich sind.

Ergänzend sei mit Blick auf die Gesetzesbegründung zur Entgeltermittlung ausdrücklich darauf verwiesen, dass es sich dem Wesen einer Kurzzeitpflegeeinrichtung nach bei der Berücksichtigung vergütungsrelevanter Aspekte nicht um die "Vergütung bei Abwesenheit des Pflegebedürftigen" handeln kann, da die entsprechende Personengruppe nicht dauerhaft in Kurzzeitpflegeeinrichtungen untergebracht ist

ÄNDERUNGSVORSCHLAG:

§88a SGB XI wird wie folgt gefasst:

„Zur Sicherstellung einer wirtschaftlich tragfähigen Vergütung in der Kurzzeitpflege sind Empfehlungen nach dem Verfahren gemäß § 75 Absatz 6 zur Kurzzeitpflege bis zum ...[einsetzen: 9 Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 16 Absatz 3a] abzugeben. Die Empfehlungen berücksichtigen insbesondere die verschiedenen Arten und Formen sowie die inhaltlichen und strukturellen Besonderheiten der Kurzzeitpflege. Auf Grundlage dieser Empfehlungen haben die Vertragspartner nach § 75 Absatz 1 in den Ländern ihre Rahmenverträge für die Kurzzeitpflege zu überprüfen und bei Bedarf an die Empfehlungen anzupassen. Bis zur Entscheidung über eine Anpassung der Rahmenverträge nach Satz 3 sind die Empfehlungen nach Satz 1 für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich.“

(2) Kommen die Empfehlungen nach Absatz 1 innerhalb der in Absatz 1 Satz 1 genannten Frist ganz oder teilweise nicht zustande, bestellen die in § 75 Absatz 6 genannten Parteien gemeinsam eine unabhängige Schiedsperson. Kommt eine Einigung auf eine Schiedsperson bis zum Ablauf von 28 Kalendertagen ab der Feststellung der Nichteinigung auf die Empfehlungen nicht zustande, erfolgt eine Bestellung der Schiedsperson durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Die Schiedsperson setzt den betreffenden Empfehlungsinhalt einschließlich der Kostentragung des Verfahrens innerhalb von zwei Monaten nach Bestellung fest.“

Zu Änderungsantrag Nr. 19: Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen

Mit der avisierten Regelung sollen weitere Modellprojekte zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachkräfte zügig umgesetzt werden. Grundsätzlich begrüßen die Betriebskrankenkassen die zugrundeliegende Intention. Der Entwurf kommt jedoch bezüglich des angestrebten Kompetenzniveaus der betreffenden Pflegefachkräfte nach wie vor nicht über den bestehenden Modellparagrafen § 63 Abs. 3c SGB V hinaus, mithin könnte die angestrebte verbindliche Umsetzung demnach auch pragmatisch über eine Ergänzung des § 63 Abs. 3c SGB V selbst geregelt werden.

Vor dem Hintergrund der aktuellen Versorgungsbedarfe ist vielmehr ein kommunal verankerter (neuer) pflegerischer Leistungserbringer mit erweiterten Kompetenzen auf dem Niveau einer *Advanced Practice*

Nurse (APN)¹, der eine Antwort auf die folgenden konkreten versorgungspolitischen Herausforderungen in Deutschland gibt:

- Über ein Drittel der Hausärzte sind über 60 Jahre alt und gehen (oft ohne Nachfolger) in absehbarer Zeit in den Ruhestand. Insbesondere in ländlichen Regionen ist damit die flächendeckende gesundheitliche Versorgung zunehmend gefährdet.
- Die Anzahl von Menschen mit chronischen Erkrankungen steigt kontinuierlich. Damit rücken verstärkt Fragen der Lebensführung und der Alltagsbewältigung – und damit komplexe pflegfachliche Themen – ins Zentrum der Versorgungsrealität.
- Insbesondere „high potentials“ in der Pflege haben aufgrund der bestehenden Rollen und Tätigkeiten in Deutschland heute kaum eine Möglichkeit ihr Tätigkeitsprofil „am Bett“ weiterzuentwickeln. Nach einem (mangels Optionen) oft eingeschlagenen pflegfachlichen Studium (Pflegemanagement, Pflege-Pädagogik usw.), stehen diese der direkten pflegfachlichen Versorgung nicht mehr zur Verfügung.
- Vor dem Hintergrund der sich massiv eintrübenden Finanzsituation in der GKV und der SPV muss reflektiert werden, ob (teure) hausärztliche Ressourcen bei gleichwertigen pflegfachlichen Alternativen (s.u.) im bisherigen Umfang eingesetzt werden sollten und können.

Die internationalen Erfahrungen zeigen, dass APN eine erprobte und wirksame Versorgungskomponente darstellen, um den genannten Herausforderungen zielgenau begegnen zu können. In der Primärversorgung könnten so zwischen 67 und 93% der üblichen (haus-) ärztlichen Tätigkeiten durch APN abgedeckt werden. Auch qualitativ werden – im Vergleich zu Medizinern – durch diese hochqualifizierten Pflegefachkräfte gleichwertige Behandlungsergebnisse erzielt, wobei die Bereiche Kommunikation, Information und Beratung sowie Anleitung zum Selbstmanagement durch APNs sogar besser abgebildet werden². Auch im Sinne der „learnings“ aus Corona legen Mitglieder des SVR Gesundheit zum wiederholten Mal nahe, in Richtung

¹ Advanced Practice Nurses (APN) sind erfahrene Pflegenden mit einer Qualifikation auf Masterniveau (300 Credits) die im Rahmen eigener berufsrechtlicher Regelungen zu (bestimmten) Assessments, Diagnosenstellung, Medikamenten- und Behandlungsverordnung sowie als Primärversorger berechtigt sind (siehe <https://international.aanp.org/practice/apnroles>) und somit pflegerische und medizinische Kompetenz in Persona vereinen. Eine Übersicht zur internationalen Situation findet sich bei Maier et al. (Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. <https://academic.oup.com/eurpub/article/26/6/927/2616280>. (Zugriff vom 02.06.2021).

² Maier, Claudia B.; Buchan James (2018): Integrating Nurses in advanced roles in Health Systems to address the growing burden of chronic conditions. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332589/Eurohealth-24-1-24-27-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Zugriff vom 02.06.2021).

APN konkrete Schritte zu gehen³. Ziel sollte es sein, diese als Teil eines kommunalen teambasierten Primäerversorgungsnetzwerks, mit sich ergänzenden "Federführerschaften" der Professionen und "auf Augenhöhe" zu etablieren.

Aus unserer Sicht ist daher eine mutige versorgungspolitische Richtungsentscheidung zu treffen. Es ist Frage zu beantworten, ob (nach mittlerweile Jahrzehnten der Diskussion) den sich abzeichnenden Versorgungslücken (insbesondere in ländlichen Regionen) durch die Etablierung von Pflegefachkräften mit erweitertem Tätigkeitsprofil (auf APN-Niveau) sinnvoll begegnet werden soll und so perspektivisch eine effektive inhaltliche Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung ermöglicht wird.

Diese Weiterentwicklung war bereits im Pflegeweiterentwicklungsgesetz (mit dem der Modellparagraf § 63 Abs. 3c SGB V geschaffen wurde) vom Gesetzgeber avisiert. Demnach sollten qualifizierte Pflegefachkräfte als "eigenständige Leistungserbringer in der gesetzlichen Krankenversicherung" auftreten bei deren Tätigkeit es sich "die eigenständige Ausübung von Heilkunde handelt". Dies spiegelt sich jedoch nicht in den aktuellen bestehenden Regelungen wider. Um die Inhalte und Ausrichtung in diesem Sinne klarer und verbindlicher festzulegen, empfehlen wir dringend folgende Modifikationen der Regelung:

ÄNDERUNGSVORSCHLAG:

§ 64d (-neu-) SGB V wird wie folgt gefasst:

„(1) Gegenstand der Modellvorhaben ist die Entwicklung ambulanter Primärversorgungsangebote insbesondere für chronisch kranke, ältere Menschen durch Pflegefachpersonen mit einer Berechtigung für eine erweiterte Pflegepraxis im Sinne eines eigenständigen Leistungserbringers in Zusammenarbeit mit weiteren an der Versorgung beteiligten Gesundheitsprofessionen. Das Leistungsangebot kann neben kurativen Leistungen auch Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention einschließlich ihrer Koordination umfassen und soll die Versorgungskontinuität sicherzustellen.“

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundespflegekammer, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene und die kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren gemeinsam die Einzelheiten zu den Modellvorhaben nach Absatz 1 und 2 im Benehmen mit dem Medizinischen Dienst Bund und unter Beteiligung der deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft, der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, der Bundesärztekammer und den für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene nach § 132a Absatz 1 Satz 1.

³ Augurzky, Boris; Busse, Reinhard; Gerlach, Ferdinand; Meyer Gabriele (2020): Zwischenbilanz nach der ersten Welle der Corona-Krise 2020 Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren. https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2020-11/ePaper_Richtungspapier-Corona.pdf. S. 54-57. (Zugriff vom 02.06.2021).

(3) In den Vereinbarungen nach Absatz 3 sind insbesondere festzulegen:

1. das Nähere zu Voraussetzungen, Inhalt und Umfang der Leistungen erweiterter Pflegepraxis, welches im Einzelnen auf der Grundlage von § 73 Absatz 1 folgende Versorgungsinhalte umfassen:

a. In Abgrenzung zu § 73 Abs. 1 Nummer 1 in einem fest definierten Umfang, die allgemeine und fortgesetzte Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes. Arznei- und Verbandsmittel nach § 31 SGB V sind eingeschlossen.

b. In Abgrenzung zu § 73 Absatz 1 Nummer 2 in einem fest definierten Umfang die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen einschließlich der Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer,

c. In Abgrenzung zu § 73 Abs. 1 Nummer 3 in einem fest definierten Umfang, die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung,

d. in Abgrenzung zu § 73 Absatz 1 Nummer 4 in einem fest definierten Umfang, die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nicht-ärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen,

2. Rahmenvorgaben für die teambasierte interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation,

3. einheitliche Vorgaben zur Abrechnung der Leistungen sowie zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit,

4. Anforderungen an die hierfür erforderliche Qualifikation der Pflegefachkräfte,

5. Maßnahmen bei Vertragsverstößen und

6. Beauftragung von unabhängigen Sachverständigen zur Durchführung einer Begleitevaluation im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit mit der Maßgabe, dass der Evaluationsbericht einen Vorschlag zur Übernahme in die Regelversorgung enthalten muss.

(4) Die Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz entwickelt in Abstimmung mit den Vertragspartnern nach Absatz 3 zu den Vereinbarungsinhalten nach Absatz 4 Nummer 1 bis zum xy standardisierte Module für entsprechende Studiengänge.

(5) Im Fall einer Nichteinigung wird der Inhalt der Vereinbarung nach Absatz 2 durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten auf Antrag einer der Vertragspartner oder das Bundesministerium für Gesundheit festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese vom Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt. Die Kosten für das Schiedsverfahren tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.

(6) Die Modellvorhaben sind längstens auf xy Jahre zu befristen. Xy Monate nach Ablauf der Befristung legen die Vereinbarungspartner nach Absatz 3 auf der Grundlage der Evaluation nach Absatz 4 Nummer 5 dem Bundesministerium für Gesundheit einen Bericht zu den Ergebnissen der Modellvorhaben vor. Nach Ablauf der Befristung und bis zur Vorlage des Evaluationsberichts nach Absatz 4 Nummer 5 können die Modellvorhaben nach Absatz 1 auf Grundlage eines Vertrages nach § 140a fortgeführt werden. Enthält der Bericht einen Vorschlag, der die Übernahme in die Regelversorgung empfiehlt, prüft das Bundesministerium für Gesundheit auf der Grundlage der Vereinbarung nach Absatz 3 die Übernahme der Inhalte in die Regelversorgung bis zum xy.

(7) Die Partner nach § 90 Absatz 1 und die Länder führen gemeinsam, insbesondere in ländlichen versorgungsschwachen Regionen, in jedem Bundesland mindestens zwei Modellvorhaben nach Absatz 1 durch. Diese beginnen spätestens am xy. Der Bund fördert in jedem Bundesland zwei Modellprojekte in den ersten drei Kalenderjahren mit xy Euro pro Kalenderjahr. Voraussetzung ist die Finanzierung durch den jeweiligen Kreis oder die Kreisfreie Stadt in gleicher Höhe wie der Bund.

Weitere beabsichtigte Änderungen

Vergütung PIA

Vor dem Hintergrund bisheriger Erfahrungen hat sich gezeigt, dass die Ausbildungsinstitute den von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in den Verhandlungen geforderten Nachweis über die Weiterleitung eines mindestens 40-prozentigen Vergütungsanteils an die Weiterzubildenden mittels einer Eigenerklärung durch den Institutsleiter als ausreichend ansehen wollen. Die Betriebskrankenkassen vertreten jedoch die Auffassung, dass ein solcher Nachweis durch einen Wirtschaftsprüfer bzw. Steuerberater geführt werden sollte.

In der vorgesehenen Änderung wird nun explizit ein solcher Nachweis gegenüber den Krankenkassen verlangt, was die Betriebskrankenkassen ausdrücklich begrüßen, der aber nicht näher definiert wird. Damit besteht die Gefahr, dass es auf Landesebene zu Streitigkeiten über Form und Inhalt der Nachweisführung kommt. Auch die Begründung zum Änderungsantrag bietet hier keine Klarstellung.

Um unnötige Diskussionen auf Landesebene zu vermeiden, plädieren die Betriebskrankenkassen daher für eine entsprechende gesetzliche Präzisierung.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG:

§ 117 Abs. 3c SGB V wird wie folgt gefasst:

„Für die Vergütung der in den Ambulanzen nach den Absätzen 3 bis 3b erbrachten Leistungen gilt § 120 Absatz 2 Satz 1 und 2 entsprechend mit der Maßgabe, dass dabei eine Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen erfolgen soll. § 120 Absatz 3 Satz 2 und 3 sowie Absatz 4 Satz 1 gilt entsprechend. Die Ambulanzen sind verpflichtet, von der Vergütung, die sie von den Krankenkassen für die durch einen Aus- oder Weiterbildungsteilnehmenden erbrachte Leistung erhalten, jeweils einen Anteil in Höhe von mindestens 40 Prozent an den jeweiligen Aus- oder Weiterbildungsteilnehmenden weiterzuleiten. Sie haben die Weiterleitung des Vergütungsanteils den Krankenkassen bzw. den Landesverbänden der Krankenkassen jährlich nachzuweisen. Der Nachweis erfolgt erstmalig bis zum 31. Juli 2021 durch eine Bestätigung eines Wirtschaftsprüfers oder Steuerberaters. Die Ambulanzen haben der Bundespsychotherapeutenkammer die jeweils aktuelle Höhe der zu zahlenden Ausbildungskosten sowie des weiterzuleitenden Vergütungsanteils, erstmalig bis zum 31. Juli 2021, mitzuteilen. Die Bundespsychotherapeutenkammer hat eine bundesweite Übersicht der jeweiligen aktuellen Ausbildungskosten der Ambulanzen und die jeweilige Höhe des Vergütungsanteils zu veröffentlichen.“

Verlängerung der Übergangsfrist für Produkte zur Wundversorgung

Die Übergangsfrist nach § 31 Absatz 1a Satz 4 SGB V für sonstige Produkte zur Wundversorgung soll von 24 auf 36 Monate verlängert werden. Begründet wird die Verlängerung mit der auf Grund der Corona-Pandemie verzögerten Durchführung und Umsetzung klinischer Studien für diese Produkte.

Mit dem HHVG wurden zum 11.4.2017 die Verbandsmittel neu geregelt: Der Gesetzgeber führte eine Legaldefinition für Verbandmittel ein, um somit Rechtsstreitigkeiten, ob es sich bei einem Produkt um ein Verbandmittel handelt, zu vermeiden. Gemäß HHVG gelten nun die Produkte als Verbandmittel, die eine die Wunde bedeckende oder Wundsekret aufsaugende Wirkung haben bzw. im klassischen Sinne Körperteile bedecken. Darüberhinausgehende Wirkungen sollen allein dann unschädlich sein, wenn es sich um die Funktion handelt, eine Wunde feucht zu halten oder wenn diese Wirkungen von so untergeordneter Bedeutung sind, dass die Wirkung des Mittels auf die beschriebenen dennoch begrenzt ist. Verbandmittel wurden unterteilt in sofort erstattungsfähige Produkte (normale Pflaster, Verbände) und andere Produkte, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu bewerten sind und dann als erstattungsfähig (Anlage 5 der Arzneimittel-RL) gelistet werden müssen. Strittige Produkte sind z. B. mit medizinischem Honig beschichtete oder mit Antiseptika/Ibuprofen versehene Wundauflagen. Bei Letzteren dürfte die Arzneimittelwirkung im Vordergrund stehen. Bei einem OTC-Status der Wirkstoffe wäre das Produkt nicht erstattungsfähig, als Verbandmittel hingegen doch, was nicht sachlogisch ist.

Alle Verbandmittel, die vor dem 11.4.2017 durch die Krankenkassen erstattet wurden, blieben vorerst erstattungsfähig, bis der G-BA seine Richtlinie zur Bestimmung der Verbandmittel fertiggestellt hatte. Am 2.12.2020 trat die G-BA-Richtlinie in Kraft. Nach Beschluss des G-BA mussten die Hersteller der kritischen Produkte Studien vorlegen, um ggf. die Erstattung zu erreichen. In den Studien gilt es nun zu zeigen, dass die rein physikalische Wirkung im Vordergrund steht. Da die schnelle Wundheilung im Vordergrund steht, wären dabei auch keine langen Zeiträume zu betrachten. Bei anderen Medizinprodukten, die ausnahmsweise in die Erstattung gehen, reichen vergleichende Untersuchungen über wenige Monate aus, um eine Wirksamkeit zu zeigen. Wunden sollen schnell geschlossen werden, so das Ziel.

Seitens der Hersteller und ihrer Verbände wird vorgetragen, dass man sich zunächst beim G-BA zum Studiendesign beraten lassen müsse. Hier ist jedoch festzuhalten, dass es sich nicht um eine frühe Nutzenbewertung, wie bei den Arzneimitteln, handelt.

Die bislang im Gesetz (§ 31 Absatz 1a Satz 4 SGB V) vorgesehenen 12 Monate als Übergangszeitraum, bis die Studien vorliegen, sind somit nach Auffassung der Betriebskrankenkassen bereits völlig ausreichend. Die im Entwurf zum GVWG bereits vorgesehene Verlängerung auf 24 Monate wird daher bereits von den Betriebskrankenkassen abgelehnt. Dies gilt umso mehr für die eine vorgesehene Verlängerung auf 36 Monate. Damit bliebe die Versorgung der Versicherten mit den kritischen Produkten langfristig unwirtschaftlich und wohl auch medizinisch fragwürdig.

Verkürzung Frist Abrechnungsdaten

Die Betriebskrankenkassen begrüßen ausdrücklich die vorgesehene Verkürzung der Frist von Abrechnungsdaten, um Versorgungsdaten schneller verfügbar zu machen. Eine Fristreduzierung ist gerade vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie deutlich geworden: Für eine gezielte Versorgungssteuerung müssen den Krankenkassen die Versorgungsdaten so rasch als möglich vorliegen. Beispielhaft sei die in die Kritik geratene Ermittlung der Leistungsberechtigten von FFP2-Masken sowie Impfberechtigte im Land Niedersachsen genannt, die nur anhand „veralteter“ Daten erfolgen konnte. Die notwendigen technischen Möglichkeiten hierfür bestehen. Im Idealfall ist also eine taggleiche, zumindest jedoch eine zeitnahe Datenübermittlung anzustreben.

Um diese Lücken zu schließen, sollen Vertragsärzte, Vertragszahnärzte sowie Psychotherapeuten künftig verpflichtet werden, Versorgungsdaten zeitnah als vorläufige Informationen zur Verfügung zu stellen. Der Abrechnungsprozess und die Abrechnungsdaten bleiben dabei unberührt. Stattdessen könnten Prozesse, wie bspw. die der Übermittlung der Aufnahmediagnosen in Krankenhäusern, die innerhalb von 3 Tagen an die jeweilige Krankenkasse übermittelt werden, als Vorbild dienen. Des Weiteren ist auf die eAU-Strukturen via KIM zu verweisen. Diese aufgebauten KIM Strukturen könnten zu Nutze gemacht werden, indem die Krankenkassen über die Telematikinfrastruktur die Diagnosedaten direkt übermittelt bekommen. Der Abrechnungsprozess könnte auch hierbei außen vor bleiben und eingereichte Leistungsdaten an die KVen können zunächst direkt an die Krankenkassen weitergeleitet werden, ohne diese zu bearbeiten und Vergütungsinformation daraus zu erstellen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG:

In §67 SGB V wird ein Absatz 4 eingefügt:

„(4) Die an der Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte, Vertragszahnärzte sowie Psychotherapeuten sind ab 01. Januar 2022 verpflichtet, taggleich und ungeachtet etwaiger Prüf- und Bearbeitungspflichten der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Daten nach § 295 und §296 SGB V, insbesondere Versichertenidentifikation, der Behandlungstag, Diagnosen versichertenbezogen an die jeweils zuständige Krankenkasse zu übermitteln. Das Nähere zu den Lieferungen nach Satz 1 vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen [bis zum 30.09.2021] als Bestandteil der Bundesmantelverträge. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 nicht innerhalb der gesetzten Frist zustande, legt die Schiedsstelle nach § 129 Absatz 8 auf Antrag einer Vertragspartei oder des Bundesministeriums für Gesundheit innerhalb einer Frist von zwei Monaten den Vereinbarungsinhalt fest.“

III. WEITERER ÄNDERUNGSBEDARF

Landesbasisfallwerte (§10 Abs. 4 Satz 3 KHEntgG)

Der Landesbasisfallwert (LBFW) ist der Basispreis für die einzelnen DRG-Leistungen, der in jedem Bundesland zwischen den Vertragsparteien auf Landesebene verhandelt wird. Bei der Vereinbarung des LBFW für das Folgejahr haben die Vertragsparteien insbesondere Personal- und Sachkostensteigerungen zu berücksichtigen. Bis zum Jahr 2016 wurde bei der Vereinbarung des LBFW zusätzlich die Leistungsentwicklung der Krankenhäuser des Landes berücksichtigt. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurde eine Neuausrichtung der Mengensteuerung angestrebt. Die absenkende Berücksichtigung von Leistungsentwicklungen beim LBFW in § 10 Abs. 3 Nr. 4 KHEntgG wurde ab 2016 ersatzlos gestrichen. Dies hatte zur Folge, dass im Jahr 2016 letztmalig die kollektive absenkende Berücksichtigung von zusätzlichen Leistungen beim LBFW vorgenommen wurde. Seitdem wird die Mengendegression auf die Budgetverhandlungen der individuellen Krankensebene verlagert. Die im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) verbliebene Regelung des § 10 Absatz 4 Satz 3 KHEntgG ist mit den Verhandlungen des LBFW nicht mehr in Einklang zu bringen.

Im Rahmen der Stellungnahme vom 10.11.2020 zum Dritten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite hat der GKV-Spitzenverband bereits Ende 2020 eine Anpassung des § 10 Abs. 4 KHEntgG gefordert, welche der insbesondere in 2020 und 2021 auftretenden Problematik pandemiebedingt geringerer Leistungsmengen adäquat begegnet. Der Gesetzgeber hat daraufhin Ende 2020 die folgende Formulierung im § 10 Abs. 4 Satz 6 KHEntgG eingeführt:

„Satz 3 findet keine Anwendung, sofern rechtliche Regelungen getroffen werden, die dazu dienen, einen Leistungsrückgang, der zu einer niedrigeren Summe der effektiven Bewertungsrelationen führt, auszugleichen.“

Da die sogenannten Corona-Ausgleiche 2020 und 2021 die Leistungsrückgänge ausgleichen, kommt es in diesen Jahren nicht zu entsprechenden Landesbasisfallwertsteigerungen. Es kann aber bei einer niedrigeren Summe der effektiven Bewertungsrelationen durchaus zu einer entsprechend starken Erhöhung der Landesbasisfallwerte 2022 kommen. Diese nicht sachgerechte Basisfallwertsteigerung ist dementsprechend auch für die Jahre 2022ff auszuschließen. Dies gilt vor dem Hintergrund, dass bei Leistungssteigerungen, die insbesondere auch nach diesen Leistungseinbrüchen auftreten können, eine entsprechende Preisminderung aufgrund von Leistungssteigerungen (Degressionseffekt) nicht mehr auf Landesebene möglich ist.

Die aktuelle gesetzliche Regelung ist nicht austariert und belastet die Kostenträger einseitig. Vor diesem Hintergrund ist die Streichung des § 10 Absatz 4 Satz 3 KHEntgG notwendig. Bereits für die bis 31.11.2021 stattfindenden LBFW-Verhandlungen 2022 muss aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes eine entsprechende Anpassung erfolgen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG:

Streichung des § 10 Abs. 4 Satz 3 KHEntgG sowie auch des § 10 Abs. 4 Satz 6 KHEntgG mit Wirkung für die Verhandlungen der LBFW 2022.

Streichung des § 10 Abs. 4 Satz 3 KHEntgG:

~~„[...]“³Wird aus anderen als den in Satz 2 genannten Tatbeständen eine niedrigere Summe der effektiven Bewertungsrelationen vereinbart, kann abweichend von Satz 1 ein höherer Basisfallwert vereinbart werden, wenn dies nicht zu einer Erhöhung der Gesamtausgaben für Krankenhausleistungen führt. [...]“~~

Folgerichtig ist dann auch die Streichung des § 10 Abs. 4 Satz 6 KHEntgG:

~~„⁶Satz 3 findet keine Anwendung, sofern rechtliche Regelungen getroffen werden, die dazu dienen, einen Leistungsrückgang, der zu einer niedrigeren Summe der effektiven Bewertungsrelationen führt, auszugleichen.“~~

Orientierungswert/ Veränderungswert gem. § 10 Abs. 6 KHEntgG

Mit dem Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) wurde 2009 der Anfang vom Ende der Grundlohnorientierung der Preise für Krankenhausleistungen (Landesbasisfallwerte (LBFW)) eingeläutet. Gemäß § 10 Abs. 6 KHEntgG wurde das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) dazu aufgefordert, einen Auftrag an das Statistische Bundesamt zur Ermittlung eines Orientierungswertes für Krankenhäuser zur besseren Abbildung von Kostenstrukturen und -entwicklungen der Krankenhäuser zu geben. Ziel der Ermittlung dieses Orientierungswertes war die Ablösung der langjährig im Krankenhausbereich zur Festlegung der Obergrenze der LBFW geltenden und sich an den Beitragseinnahmen der GKV orientierenden Veränderungsrate. Die Systematik für die Ermittlung des Wertes wurde vom Statistischen Bundesamt erarbeitet und der erste Orientierungswert wurde für 2013 veröffentlicht.

Auf Basis dieses Orientierungswertes haben die Vertragsparteien auf Bundesebene seit dem jährlich den Veränderungswert bis zum 31. Oktober eines jeden Jahres zu vereinbaren. Der Verhandlungskorridor für den Veränderungswert sieht die Grundlohnrate als Untergrenze des Korridors in den Fällen vor, in denen der vom Statistischen Bundesamt ermittelte Orientierungswert oberhalb der Grundlohnrate liegt. Der Orientierungswert stellt die Obergrenze dar. Liegt der Orientierungswert unterhalb der Grundlohnrate, so entfällt die Verhandlung und der Veränderungswert entspricht der Grundlohnrate.

Gemäß § 10 Abs. 6 KHEntgG darf der Orientierungswert seit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System ab 2020 **keine Kostenentwicklung des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen** beinhalten. In dem vom Statistischen Bundesamt am 30.09.2020 veröffentlichten Orientierungswert für das Jahr 2021 wurde dennoch bei der Ermittlung des Teilorientierungswertes für Personalkosten die Veränderungen der Verdienste des Pflegepersonals der Krankenhäuser wie in den Vorjahren mit einberechnet.

Damit ist der gesetzliche Auftrag bislang nicht adäquat erfüllt und es besteht eine Bereinigungsnotwendigkeit um die enthaltenen Pflegepersonalkostensteigerungen. Ohne eine entsprechende Korrektur des Orientierungswertes würde es im KHEntgG-Bereich zu einer Doppelfinanzierung der Pflegepersonalkosten kommen. Da der GKV-Spitzenverband sich mit der Problematik bereits in 2020 an das BMG und das statistische Bundesamt gewendet hatte und bislang keine Anpassung der Berechnungsgrundlage erfolgte, ist eine Ergänzung des § 10 Abs. 6 KHEntgG zwingend erforderlich.

Diese Ergänzung sieht vor, dass zur Vermeidung von Doppelfinanzierungen und, sofern das statistische Bundesamt diese Bereinigung nicht zeitnah umsetzt, im Rahmen der Verhandlungen zum Veränderungswert eine entsprechende Bereinigung des Orientierungswertes um die Pflegepersonalkostensteigerungen von den Vertragsparteien auf Bundesebene vorzunehmen ist.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG:

§ 10 Abs. 6 KHEntgG wird wie folgt gefasst:

"(6) Das Statistische Bundesamt hat jährlich einen Orientierungswert, der die tatsächlichen Kostenentwicklungen der Krankenhäuser ohne die Kostenentwicklung des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen wiedergibt, zu ermitteln und spätestens bis zum 30. September jeden Jahres zu veröffentlichen; die hierfür vom Statistischen Bundesamt zu erhebenden Daten werden vom Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates festgelegt. Unterschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, entspricht der Veränderungswert der Veränderungsrate. Überschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, ermitteln die Vertragsparteien auf Bundesebene die Differenz zwischen beiden Werten und vereinbaren den Veränderungswert gemäß § 9 Absatz 1b Satz 1 und § 9 Absatz 1 Nummer 5 der Bundespflegesatzverordnung; sofern der Orientierungswert nach Satz 1 nicht um die Kostenentwicklung des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen bereinigt wurde, ist diese Bereinigung von den Vertragsparteien auf Bundesebene vor Ermittlung der Differenz zwischen beiden Werten im Rahmen der Vereinbarung des Veränderungswertes durchzuführen. Für die Zeit ab dem Jahr 2018 ist die Anwendung des vollen Orientierungswerts als Veränderungswert sowie die anteilige Finanzierung von Tarifsteigerungen, die den Veränderungswert übersteigen, zu prüfen."