

Stellungnahme
der Deutschen Krankenhausgesellschaft

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung

zur

**Modernisierung der epidemiologischen
Überwachung übertragbarer Krankheiten**

hier:

**Änderungsantrag der Fraktionen
der CDU/CSU und SPD**

**Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven
Krankenhausbereichen**

Ausschussdrucksache 18(14)249.2

12.05.2017

Inhaltsverzeichnis

Allgemeiner Teil	3
Besonderer Teil	9
Zu Artikel 8a: § 137i Absatz 1 SGB V	9
Zu Artikel 8a: § 137i Absatz 2 SGB V	12
Zu Artikel 8a: § 137i Absatz 3 SGB V	12
Zu Artikel 8a: § 137i Absatz 4 SGB V	13
Zu Artikel 8a: § 137i Absatz 5 SGB V	15
Zu Artikel 8a: § 137i Absatz 6 SGB V	16
Zu Artikel 8a: § 137i Absatz 7 SGB V	16
Zu Artikel 8b Nummer 1: § 4 Absatz 8 Satz 12 KHEntgG.....	17
Zu Artikel 8b Nummer 2: § 5 Absatz 3c KHEntgG.....	19
Zu Artikel 8b Nummer 3 Buchstabe b: § 8 Absatz 10 Satz 3 KHEntgG	20
Zu Artikel 8b Nummer 4 Buchstabe a: § 9 Absatz 1a Nummer 1 KHEntgG.....	21
Zu Artikel 8b Nummer 4 Buchstabe c: § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG	22
Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf	23

Allgemeiner Teil

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) unterstützt das gesundheitspolitische Ziel der Koalition, die Personalsituation für die Pflege am Krankenhausbett zu verbessern und abzusichern. Gut qualifiziertes Personal sowie eine bedarfsorientierte Personalausstattung sind eine grundlegende Voraussetzung für die Krankenhäuser, um eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte medizinische Versorgung sicherstellen zu können. Globale Vorgaben zu Personaluntergrenzen sind allerdings keine Lösung und werden strikt abgelehnt. Der tatsächliche Personalbedarf hängt von vielen Faktoren wie beispielsweise den baulichen Voraussetzungen und der technischen Ausstattung eines Krankenhauses sowie den Erkrankungen der Patienten ab. Starre Personalvorgaben können diese Komplexität nicht sachgerecht abbilden und werden den krankenhausesindividuellen Gegebenheiten nicht gerecht.

Die DKG ist bereit, konstruktive Verhandlungen mit den Kostenträgern und den zu Beteiligten über die Entwicklung von Pflegepersonaluntergrenzen, also über eine im Sinne der Sicherung des Patientenschutzes und der Versorgungsqualität nicht zu unterschreitende Mindestanzahl an Pflegepersonal für ausgewählte pflegesensitive Bereiche, zu führen. Das Instrument der Pflegepersonaluntergrenzen ist ausschließlich für die Bereiche der Patientenversorgung vorzusehen und zu rechtfertigen, für die nachgewiesen werden kann, dass diese in besonderer Weise pflegesensitiv sind. Die Pflegepersonaluntergrenzen sind daher keine Anhaltzahlen, sondern nur für ein begrenztes Leistungs- und Patientenspektrum anzuwenden, welches durch pflegesensitive Fälle definiert wird. Insofern können die Pflegepersonaluntergrenzen nur dort Anwendung finden, wo entsprechende pflegesensitive Fälle in maßgeblichem Umfang auch tatsächlich behandelt werden. Dies muss für jedes Krankenhaus individuell anhand in der Vereinbarung festzulegender Kriterien überprüft werden. In diesem Kontext ist auch die Intention des Gesetzgebers zu verstehen, dass in den pflegesensitiven Bereichen auch die dazugehörigen Intensiveinheiten sowie die Besetzungen im Nachtdienst zu berücksichtigen sind. Es geht auch bei Intensiveinheiten und Nachtdiensten nicht darum, globale Personalvorgaben festzulegen, sondern nur dann, wenn diese in Verbindung mit den zu identifizierenden pflegesensitiven Bereichen stehen.

Arbeitsmarktsituation berücksichtigen

In weiten Teilen sind die vorgesehenen gesetzlichen Vorgaben zur Umsetzung der Pflegepersonaluntergrenzen nachvollziehbar. Für die Krankenhäuser ist jedoch unabdingbar, dass die Arbeitsmarktsituation der Pflegefachkräfte adäquat berücksichtigt wird. Derzeit können zwischen 6.000 und 10.000 Stellen in der Pflege nicht besetzt werden. In diesem Zusammenhang ist es unerlässlich, dass angemessene Übergangsfristen und Ausnahmeregelungen vorgesehen sind. Mit den Ausnahmetatbeständen können krankenhausesindividuelle Gegebenheiten wie beispielsweise vorübergehende Vakanzen sowie starke Erhöhungen der Patientenzahlen durch unvorhergesehene Ereignisse berücksichtigt werden. Es ist allerdings absehbar, dass der Fachkräftemangel auf dem Arbeitsmarkt in den kommenden Jahren nicht zu beheben sein wird, so dass diese Sachlage auch längerfristig und mit flexiblen Regelungen Berücksichtigung in den Ausnahmetatbeständen finden muss. Ein arbeitsmarktbedingter Fachkräfteman-

gel darf nicht zu Lasten der Krankenhäuser gehen. Eine diesbezügliche Klarstellung durch den Gesetzgeber für die Vereinbarungen der Selbstverwaltung ist zwingend erforderlich.

Des Weiteren muss die Ausgestaltung von Pflegepersonaluntergrenzen den Anforderungen einer zeitgemäßen und wirtschaftlichen Personalplanung Rechnung tragen und die hierfür notwendige Flexibilität erhalten bleiben, um kurzzeitige Auslastungs- und Personalschwankungen auszugleichen. Dies wird erreicht, in dem die jahresdurchschnittliche Personalausstattung als Maßstab für die Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen festgelegt wird. Eine entsprechende gesetzliche Vorschrift fehlt und muss dringend ergänzt werden.

Dokumentationsaufwand für Nachweise begrenzen

Mit dem Bezug „Pflegepersonaluntergrenzen auf Jahresdurchschnittswerte“ könnte darüber hinaus der Dokumentationsaufwand durch die vorgesehene Nachweispflicht in vertretbaren Grenzen gehalten werden. Ein massiver Aufbau von Bürokratie für das Pflegepersonal durch neue, patientenbezogene Dokumentationspflichten, die unnötigerweise Pflegepersonal von ihrer eigentlichen Aufgabe „Patientenversorgung“ abziehen würde, muss gesetzlich ausgeschlossen werden. Hinsichtlich des Nachweises der entsprechenden Personalgruppen sind zudem weitere, die Pflege unterstützende bzw. entlastende Personalgruppen ebenfalls bei der Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen zu berücksichtigen. Dies muss ebenfalls für Auszubildende in Pflegeberufen gelten, die bei der Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen zumindest anteilig einzubeziehen sind.

Keine Ausweitung der Nachweise auf nicht pflegesensitive Bereiche

Mit der Ausgestaltung des Nachweises soll es zudem möglich sein, Personalverlagerungseffekte aufzuzeigen. Sofern sich die Verhältniszahlen von Pflegepersonal zu Belegungstagen in den nicht pflegesensitiven Krankenhausbereichen „nicht wesentlich“ verringern, soll daraus geschlossen werden, dass keine Personalverlagerung stattgefunden hat. Auch wenn die gesundheitspolitische Absicht grundsätzlich nachvollziehbar ist, zeigen bereits die Formulierungen der Gesetzesbegründung, dass hierzu kein eindeutiger Nachweis möglich ist. Vor allem aber hätte die praktische Umsetzung dieser Vorschrift auch unerwünschte Konsequenzen für die Pflege in den nicht pflegesensitiven Bereichen, die unbedingt zu vermeiden sind. Die Personalbesetzung in den nicht pflegesensitiven Bereichen würde de facto auf den Stand des Jahres 2019 „eingefroren“ werden, unabhängig davon, wie hoch die aktuelle Personalbesetzung im jeweiligen Krankenhaus tatsächlich ist. In der Konsequenz würde den Krankenhäusern die Möglichkeit genommen werden, auch bei der Versorgung von weniger pflegeintensiven Patienten das Personal flexibel einzusetzen. Anstatt einer bürokratiearmen krankhausindividuellen Lösung, Personal dort einzusetzen, wo es am meisten gebraucht wird, würden de facto Personalbesetzungsregelungen mittelbar und unmittelbar für alle Bereiche des Krankenhauses eingeführt. Dies widerspricht der Zielsetzung des Gesetzgebers, Pflegepersonaluntergrenzen ausschließlich für ausgewählte pflegesensitive Bereiche einzuführen. Eine zusätzliche Herausforderung der praktischen Umsetzung liegt zudem in der Nachweispflicht von Personalverlagerungen bei Krankenhäu-

sern, für die Übergangsregelungen oder Ausnahmetatbestände gelten. Im Ergebnis ist es mit der gesetzlichen Verpflichtung der Krankenhäuser zur Wirtschaftlichkeit nicht vereinbar, die Gestaltungsmöglichkeiten des Krankenhauses zur Sicherstellung des sich weiterentwickelnden Pflegebedarfs derart einzuschränken. Auf die gesetzliche Verpflichtung zum Nachweis von „Personalverlagerungseffekten“ sollte daher gänzlich verzichtet werden. In diesem Kontext ist auch darauf hinzuweisen, dass die Krankenhäuser im Zuge der Neuordnung von Aufgaben des Pflegepersonals heutzutage eine Vielzahl weiterer Berufsgruppen (z.B. Medizinische Fachangestellte, Servicepersonal etc.) einsetzen, um das Pflegepersonal von sogenannten pflegefremden Tätigkeiten zu entlasten. Darüber hinaus sind auch neue Berufsbilder wie Operations- und Anästhesietechnische Assistenten entstanden. Diese neue Aufgabenverteilung hat sich mittlerweile in den meisten Krankenhäusern für alle Seiten bewährt. Die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen mit dem alleinigen Fokus auf das eingesetzte Pflegepersonal darf nicht zu Verlagerungseffekten zulasten der anderen Berufsgruppen führen, die in letzter Konsequenz am Ende sogar freigesetzt werden müssten. Dies würde sich auch negativ auf die Attraktivität des Pflegeberufs auswirken, da die oben genannten pflegefremden Tätigkeiten dann wieder durch das Pflegepersonal selbst übernommen werden müssten. Der vorhandene Personal- und Qualifikationsmix muss daher bei der Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen ausreichend berücksichtigt werden.

Volle Ausfinanzierung der Pflegestellten

Die DKG nimmt zur Kenntnis, dass Finanzmittel aus dem Pflegestellten-Förderprogramm, wie bereits mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) angekündigt, über den Pflegezuschlag in die Regelfinanzierung überführt werden. Bedauerlich ist, dass das mit dem KHSG angekündigte Fördervolumen von 330 Millionen Euro nicht in voller Höhe in die Regelfinanzierung überführt wird, da nicht alle Krankenhäuser die Möglichkeit zur Förderung der pflegerischen Versorgung ausschöpfen können und darüber hinaus die Höhe des Fördervolumens vom Ergebnis der Budgetverhandlungen auf Ortsebene abhängt. Dennoch ist die Bereitstellung des mit dem KHSG angekündigten Fördervolumens in voller Höhe von 330 Millionen Euro für die Krankenhäuser zur Finanzierung der stetig steigenden Pflegepersonalkosten von hoher Bedeutung. Aufgrund der bestehenden Tariflohn-Personalkosten-Schere würde eine Verminderung des vorgesehenen Fördervolumens den Kostendruck auf den Pflegebereich zweifellos verschärfen. Unabhängig vom Pflegezuschlag erfordert ein nachhaltiger Personalaufbau und Personalerhalt zwingend eine vollständige Refinanzierung aller tarifbedingten Kostensteigerungen. Nur so kann eine bedarfsgerechte Personalausstattung mit guten Arbeitsbedingungen und leistungsgerechten Löhnen in den Krankenhäusern sichergestellt werden. Die Ausfinanzierung der Personalkosten stellt insofern eine zwingende Voraussetzung für die verpflichtende Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen dar.

Keine Verlängerung der Nachweisfrist für das Pflegestellten-Förderprogramm

Die um drei Jahre verlängerte Nachweispflicht von Informationen zu neu geschaffenen Pflegestellten sowie zur jahresdurchschnittlichen Pflegestelltenbesetzung, die bei den Krankenhäusern durch die Inanspruchnahme des Pflegestellten-Förderprogramms entsteht, ist nicht nachvollziehbar. Da für die Jahre 2019 bis 2021 keine zusätzlichen Fördermittel mehr vorgesehen sind, kann demzufolge auch kein Nachweis über die im För-

derjahr zusätzlich beschäftigten Pflegekräfte erfolgen. Zudem kann auch kein Nachweis über die zweckentsprechende Verwendung von Fördermitteln erfolgen, da die Fördermittel ab dem Jahr 2019 in den Pflegezuschlag überführt und in Abhängigkeit des Pflegepersonalbestands an die allgemeinen Krankenhäuser ausgeschüttet werden. Der Anspruch auf die Erhebung des Pflegezuschlags ist jedoch von der vorherigen Inanspruchnahme des Pflegestellen-Förderprogramms unabhängig. Aus diesem Grunde entbehrt die Nachweispflicht über die zweckentsprechende Verwendung von Mitteln, die unter den bisherigen Voraussetzungen nicht mehr zur Verfügung gestellt werden, einer Grundlage und ist insoweit nicht umsetzbar. Diese gesetzliche Regelung muss daher gestrichen werden.

Vergütungsabschläge kontraproduktiv

Die von der Bundesregierung vorgesehenen Vergütungsabschläge bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen sind grundsätzlich keine geeignete Maßnahme, um die Versorgungsqualität für die Patienten zu stärken. Es ist nicht nachvollziehbar wie ein Krankenhaus zusätzliches Personal gewinnen und angemessen entlohnen soll, wenn gleichzeitig die hierfür erforderlichen Finanzmittel gekürzt werden. Die Veröffentlichung des Erfüllungsgrads zur Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen in dem Qualitätsbericht führt zu einem hohen Maß an Transparenz über die Personalausstattung eines Krankenhauses, so dass Vergütungsabschläge grundsätzlich verzichtbar sind und allenfalls als ultima ratio zur Anwendung kommen können. Daher muss gesetzlich zumindest sichergestellt sein, dass ein erstmaliges Unterschreiten der Pflegepersonaluntergrenzen nicht zu einem sofortigen Vergütungsabschlag führen kann, sondern den Krankenhäusern eine angemessene Zeit eingeräumt wird, um das erforderliche Pflegepersonal zu gewinnen. Zudem muss die Höhe eines möglichen Vergütungsabschlags verhältnismäßig sein und sich analog der Zuschläge an den in der DRG-Vergütung abgebildeten Pflegekosten orientieren.

Die DKG begrüßt, dass eine Zuschlagsfinanzierung für Personalanforderungen geschaffen wird, die durch die bestehenden Entgelte nicht in vollem Umfang abgedeckt werden. Dennoch bedarf es einer Klarstellung, dass die vorgesehene Vereinbarung der Vertragspartner unabhängig von der bereits bestehenden Vereinbarung zur Finanzierung von Mehrkosten aufgrund der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung ist.

Insgesamt bedürfen die zu vereinbarenden Pflegepersonaluntergrenzen aufgrund ihrer weitreichenden Bedeutung einer fachlich unabhängigen wissenschaftlichen Begleitung. Daher stuft die DKG die Beauftragung von externen Sachverständigen zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit des Verfahrens als sachgerecht ein. Es gilt jedoch festzuhalten, dass es sich bei der Einführung von verbindlichen Pflegepersonaluntergrenzen um eine qualitative Systementwicklung zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung handelt. Daher muss die Finanzierung der zusätzlichen wissenschaftlichen Begleitungen des Verfahrens aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen. Eine entsprechende gesetzliche Vorschrift fehlt und muss ergänzt werden. Eine zusätzliche wissenschaftliche Evaluation über die Auswirkungen von Pflegepersonaluntergrenzen auf die Patientenversorgung sowie die damit zusammenhängenden finanziellen Belas-

tungen wird ebenfalls uneingeschränkt unterstützt. Die Finanzierung ist ebenfalls aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung sicherzustellen.

Zusammenfassend sehen die Krankenhäuser noch folgenden dringlichen Anpassungs- und Klarstellungsbedarf:

- Als zwingende Voraussetzung für die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen und für eine nachhaltige Absicherung des Pflegepersonalbestands ist die vollständige Refinanzierung von Tarifentwicklungen dringend erforderlich.
- Pflegepersonaluntergrenzen dürfen nur in ausgewählten pflegesensitiven Bereichen Anwendung finden. Dieser Grundsatz muss auch für Intensiveinheiten und Nachtschichten gelten.
- Klarstellung, dass Vergütungsabschläge nicht zum Tragen kommen, wenn Krankenhäuser aus nicht verschuldeten Gründen Pflegepersonaluntergrenzen nicht einhalten können, und zudem erst bei mehrmaligem Unterschreiten der Untergrößen möglich sind. Zudem muss die Höhe des Vergütungsabschlags verhältnismäßig sein und sich analog der Zuschläge an den in der DRG-Vergütung abgebildeten Pflegekosten orientieren.
- Klarstellung, dass die vorgesehene Vereinbarung der Selbstverwaltung auf Bundesebene zur Umsetzung von Zuschlägen für Pflegepersonaluntergrenzen unabhängig von der bereits bestehenden Vereinbarung zur Finanzierung von Mehrkosten aufgrund der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung (G-BA-Mehrkostenzuschlagsvereinbarung) ist.
- Zwingende Voraussetzung für die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen ist zudem die gesetzliche Klarstellung, dass sich Pflegepersonaluntergrenzen sowie die Nachweise zu deren Einhaltung auf Jahresdurchschnittswerte beziehen müssen. Zudem muss klargestellt werden, dass der auf den Jahresdurchschnitt bezogene Nachweis auf Grundlage der vorhandenen Personalplanung und Personalstatistiken zu führen ist.
- Der vorhandene Personal- und Qualifikationsmix in den Krankenhäusern ist bei der Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen zu berücksichtigen. Neben dem Pflegepersonal muss zudem das die Pflege entlastende und unterstützende Personal angerechnet werden können.
- Die Finanzierung der Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit des Verfahrens sowie der wissenschaftlichen Evaluation erfolgt aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung.
- Die Nichtverfügbarkeit von qualifiziertem Pflegepersonal auf dem Arbeitsmarkt stellt die Krankenhäuser vor eine dauerhafte Herausforderung. Diese muss in den Ausnahmetatbeständen explizit berücksichtigt werden.
- Auf den hochaufwändigen, unflexiblen und faktisch kaum umsetzbaren Nachweis zur Vermeidung von Personalverlagerungen zwischen den pflegesensitiven und den übrigen Krankenhausbereichen muss verzichtet werden.

-
- Die Einführung von neuen, patientenbezogenen Dokumentationspflichten für das Pflegepersonal ist absolut inakzeptabel und kann nicht im Sinne des Gesetzgebers sein.
 - Nach Ablauf des Pflegestellen-Förderprogramms sollte das mit dem Krankenhausstrukturgesetz anvisierte Fördermittelvolumen in Höhe von 330 Millionen Euro im Jahr 2018 auf die bisherige Fördersumme von 500 Millionen Euro beim Pflegezuschlag aufgeschlagen werden.
 - Aufgrund der Inkongruenz der Voraussetzungen für die Höhe der Fördermittel aus dem Pflegestellen-Förderprogramm einerseits und dem Pflegezuschlag andererseits muss auf eine Verlängerung der Nachweispflicht für die Jahre 2019 bis 2021 verzichtet werden.

Besonderer Teil

Zu Artikel 8a: § 137i Absatz 1 SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und die DKG haben im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) bis zum 30. Juni 2018 mit Wirkung zum 1. Januar 2019 eine Vereinbarung über Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen für alle nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern zu schließen.

Stellungnahme

Zu Satz 1

Die DKG weist darauf hin, dass der vorgesehene Zeitrahmen zum Abschluss der Vereinbarung bis zum 30. Juni 2018 als sehr ambitioniert anzusehen ist. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass gemäß Satz 8 unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige zu beauftragen sind. Es ist davon auszugehen, dass hierfür eine entsprechende Ausschreibung im Rahmen eines Vergabeverfahrens zu erfolgen hat. Aus Erfahrung anderer vergleichbarer Ausschreibungen ist zu erwarten, dass das Vergabeverfahren bis zur tatsächlichen Auftragsvergabe einige Monate in Anspruch nehmen wird. Darüber hinaus sind gemäß Satz 9 weitere Verbände qualifiziert zu beteiligen und bei der Entscheidungsfindung mit einzubeziehen, was ebenfalls beim Zeitplan zu berücksichtigen ist.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Satz 4

§ 137i Absatz 1 Satz 4 sieht vor, dass in den pflegesensitiven Bereichen auch die dazugehörigen Intensiveinheiten und die Besetzung im Nachtdienst zu berücksichtigen sind. Diese Formulierung bedeutet, dass der Gesetzgeber ausdrücklich nicht auf generelle Pflegepersonaluntergrenzen für alle Intensivstationen und Nachtdienstbesetzungen abzielt. Vielmehr soll dies nur für die Intensiveinheiten und Nachtdienste der pflegesensitiven Bereiche gelten. Diese Klarstellung ist ausdrücklich zu begrüßen.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Satz 5

Die Vorgabe zur Vermeidung von Personalverlagerungseffekten dürfte in der Praxis schwer rechtssicher umzusetzen sein und würde den Krankenhäusern jegliche noch verbliebene Flexibilität hinsichtlich des Personaleinsatzes nehmen. Es müsste zudem berücksichtigt werden, dass auch in den nicht als pflegesensitiv eingestuften Bereichen in den Krankenhäusern unterschiedliche Pflegepersonalausstattungen existieren. Krankenhäuser mit einer relativ hohen Personalausstattung in diesen Bereichen wären dann benachteiligt, da ihnen die Möglichkeit genommen werden würde, den Personaleinsatz abteilungsübergreifend in angemessenem Umfang anzupassen. Damit würden de facto krankenspezifische Pflegepersonalanhaltzahlen in den nicht pflegesensitiven Bereichen eingeführt und perpetuiert werden.

Mindestens müsste den Krankenhäusern jedoch ein ausreichender Flexibilitätskorridor eingeräumt werden. Angemessene Veränderungen in der Personalausstattung der nicht pflegesensitiven Bereiche müssen auch weiterhin möglich sein. Dies müsste im Gesetz notwendigerweise klargestellt werden.

Änderungsvorschlag

Diese Regelung ist zu streichen.

Zu Satz 6

Die DKG begrüßt, dass Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen zu vereinbaren sind. Dabei ist insbesondere die Arbeitsmarktsituation der Pflege zu berücksichtigen. Es ist davon auszugehen, dass es auf absehbare Zeit einen Fachkräftemangel in der Pflege gibt. Bereits heute können die Krankenhäuser zwischen 6.000 und 10.000 Pflegepersonalstellen nicht besetzen. Dabei ist der Personalmangel insbesondere in Bereichen wie der Intensivpflege besonders ausgeprägt. Der Fachkräftemangel kann daher kein Gegenstand einer etwaigen Übergangsregelung sein, sondern sollte ausdrücklich als Ausnahmetatbestand angeführt werden. Dies gilt auch insbesondere für unvorhersehbare Belegungsschwankungen und Personalausfälle (z.B. Krankheit, Schwangerschaft etc.).

Berechtigerweise angeführte Ausnahmetatbestände müssen zudem zur Folge haben, dass die Pflegepersonaluntergrenzen in diesem Fall ebenfalls in Gänze als erfüllt gelten und nicht lediglich zu einem Aussetzen eines etwaigen Vergütungsabschlags führen.

Änderungsvorschlag

Neben einer gesetzlichen Klarstellung in der amtlichen Begründung ist nach Satz 6 folgender neuer Satz 7 einzufügen: **„Zu den Ausnahmetatbeständen gehört insbesondere die Nichtverfügbarkeit von Pflegepersonal auf dem Arbeitsmarkt.“**

Zu Satz 7

Die Veröffentlichung der Pflegepersonaluntergrenzen im Qualitätsbericht führt zu einer ausreichend transparenten Darstellung im Qualitätswettbewerb, so dass Patienten und Einweiser ihre Entscheidung auch aufgrund der Pflegepersonalausstattung des jeweiligen Krankenhauses treffen können und werden. Ein Vergütungsabschlag ist grundsätzlich verzichtbar und birgt insbesondere bei regional benachteiligten Krankenhäusern die Gefahr, dass betroffene Krankenhäuser, die bereits heute Schwierigkeiten bei der Personalbesetzung haben, zukünftig noch weniger finanzielle Mittel für die Einstellung weiterer Pflegekräfte haben. Besonders für Krankenhäuser in Gebieten mit einer besonders problematischen Verfügbarkeit von Pflegepersonal auf dem Arbeitsmarkt sollten flexible Rahmenbedingungen geschaffen werden wie beispielsweise eine befristete Regelung, die ermöglicht, Pflegekräfte aus anderen Krankenhausbereichen in pflegesensitive Bereiche zu versetzen. Bei der weiteren Ausgestaltung der Vergütungsabschläge gilt es insbesondere eine unverhältnismäßige Härte zu vermeiden. Häuser, die vorgegebene Pflegepersonaluntergrenzen einhalten, sollten nicht bei einem einmaligen Unterschreiten, mit sofortigen Vergütungsabschlägen sanktioniert werden.

Es muss sichergestellt werden, dass etwaige Vergütungsabschläge verhältnismäßig und sachgerecht ausgestaltet werden, erst nach wiederholten Nichteinhalten der Untergrenzen zum Tragen kommen und sich am Erfüllungsgrad der Vorgaben orientieren.

Änderungsvorschlag

Entfällt (siehe Stellungnahme zu Artikel 8a § 137i Absatz 5 SGB V).

Zu Satz 8

Die DKG erkennt an, dass eine Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit des Verfahrens vor dem Hintergrund der Komplexität und der Bedeutung des Regelungsgegenstandes durchaus sinnvoll ist. Die DKG weist jedoch, wie bereits in der Stellungnahme zu Satz 1 ausgeführt, darauf hin, dass die Beauftragung aufgrund vergaberechtlicher Umstände einige Monate andauern und somit die Einhaltung der Vereinbarungsfrist bis zum 30.06.2018 erschwert wird.

Die DKG weist zudem ebenfalls darauf hin, dass die Einführung von verbindlichen Pflegepersonaluntergrenzen auf eine qualitative Systementwicklung zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung der Patienten bzw. Versicherten abzielt. Sachlogisch muss daher die Finanzierung der zusätzlichen wissenschaftlichen Begleitungen des Verfahrens aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen.

Änderungsvorschlag

Im Anschluss an Satz 8 wird ein neuer Satz 9 eingefügt: **„Die Finanzierung erfolgt aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung.“**

Zu Satz 9

Neben den genannten Organisationen sind auch die für die Tarifpolitik der Krankenhäuser zuständigen Arbeitgeberverbände (insbesondere VKA, TdL, Dienstgeberseite der kirchlichen Einrichtungen) einzubeziehen. Neben der tarif- und personalpolitischen Expertise der Arbeitgeberverbände ist dies zudem darin begründet, dass auch die entsprechenden Gewerkschaften einzubeziehen sind.

Änderungsvorschlag

In Satz 9 wird hinter dem Wort „Gewerkschaften“ **„und Arbeitgeberverbände“** eingefügt.

Zu Artikel 8a: § 137i Absatz 2 SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Einbeziehung des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) in die Verhandlungen zur Vereinbarung über Pflegepersonaluntergrenzen.

Stellungnahme

Die Einbeziehung des BMG in die Verhandlungen zur Vereinbarung zu Pflegepersonaluntergrenzen wird vor dem Hintergrund der politischen Verantwortung ausdrücklich befürwortet. Dies gilt auch für die Möglichkeit, das Institut nach § 137a mit Gutachten zur Unterstützung der Vertragsparteien zu beauftragen.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 8a: § 137i Absatz 3 SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Sofern die Vertragsparteien bis zum 30. Juni 2018 keine Vereinbarung abschließen oder sich nur teilweise einigen, nimmt das BMG eine Ersatzvornahme per Rechtsverordnung vor.

Stellungnahme

Die Möglichkeit einer Ersatzvornahme durch das BMG im Falle einer Nichteinigung wird von der DKG als sachgerecht bewertet, da für die Umsetzung von Pflegepersonaluntergrenzen im Wesentlichen gesundheitspolitische Entscheidungen erforderlich sind.

Es ist nachvollziehbar, dass das BMG im Rahmen einer Ersatzvornahme weitere Datenerhebungen und Sachverständigengutachten einholen kann. Inakzeptabel und auch rechtlich problematisch ist allerdings, dass das BMG über den Inhalt und Umfang einer Beauftragung sowie die Auswahl des Auftragnehmers entscheiden kann und anschließend die daraus resultierenden Kosten an die Vertragsparteien weiterreicht. Die Einführung von verbindlichen Pflegepersonaluntergrenzen zielt darauf ab, eine qualitative Systementwicklung zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung der Patienten bzw. Versicherten sicherzustellen. Demzufolge muss die Finanzierung der zusätzlichen wissenschaftlichen Begleitungen des Verfahrens aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen.

Änderungsvorschlag

§ 137i Absatz 3 Satz 2 und 3 SGB V sind wie folgt zu fassen:

(3) Zum Erlass der Vorgaben nach Absatz 1 kann das Bundesministerium für Gesundheit ~~auf Kosten der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1~~ Datenerhebungen oder Auswertungen in Auftrag geben oder Sachverständigengutachten einholen. **Die Finanzierung erfolgt aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung.**

Zu Artikel 8a: § 137i Absatz 4 SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 4 wird insbesondere das Nachweisverfahren geregelt. Der Nachweis über den Erfüllungsgrad der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen – differenziert nach Personalgruppen – ist vom Wirtschaftsprüfer zu bestätigen.

Stellungnahme

Die Bestätigung der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen durch einen Wirtschaftsprüfer ist für die DKG grundsätzlich akzeptabel, zumal sich dieses Vorgehen bereits im Rahmen des Nachweisverfahrens zum Pflegestellten-Förderprogramm bewährt hat. Das in der Begründung angeführte Nachweisverfahren im speziellen Leistungsbereich der G-BA-Richtlinie zur Versorgung von Früh- und Reifgeborenen (QFR-RL) eignet sich jedoch nicht, da es sich hier um eine schichtbezogene Dokumentation handelt. Pflegepersonaluntergrenzen können jedoch nur durchschnittsbezogene Schlüssel sein (z.B. bezogen auf den Jahresdurchschnitt). Müssten die Krankenhäuser für die pflegesensitiven Bereiche schichtbezogen die Einhaltung der Pflegepersonal-

untergrenzen dokumentieren, würde dies zu einem enormen Dokumentations- und Bürokratieaufwand für das Pflegepersonal führen. Dies würde das Ziel, ausreichend Pflegepersonal für die Patientenversorgung sicherzustellen, geradezu konterkarieren. Die Krankenhäuser schlagen daher vor, dass der Nachweis auf Basis der durchschnittlichen Pflegepersonalbesetzung und der Belegungstage des jeweiligen Jahres zu führen ist. Auf Grundlage der durchschnittlichen Pflegepersonalbesetzung (in Vollkräften auf Basis der tatsächlich geleisteten Arbeitszeit) und der Belegungstage kann nachgewiesen werden, ob bzw. zu welchem Erfüllungsgrad die Krankenhäuser die Pflegepersonaluntergrenzen erreicht haben, ohne dass die Pflege dadurch unnötig belastet wird.

Die Differenzierung nach Personalgruppen und Berufsbezeichnungen sollte einerseits die unterschiedlichen Berufsbezeichnungen innerhalb der Pflege umfassen, insbesondere

- Gesundheits- und Krankenpfleger,
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger,
- Krankenpflegehelfer,
- Ggf. Altenpfleger,
- Ggf. Angabe der pflegerischen Fachweiterbildung (sofern erforderlich) und
- Schülerinnen und Schüler in der (Kinder-)Krankenpflege.

Für die Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen müssen zwingend auch Schülerinnen und Schüler in der (Kinder-)Krankenpflege - mindestens im Umfang des Anrechnungsschlüssels 1:9,5 – anrechenbar sein. Zudem stellt dies einen positiven Anreiz zur Bereitstellung von entsprechenden Ausbildungskapazitäten dar.

Neben dem oben genannten Pflegepersonal im engerem Sinne muss andererseits auch Personal berücksichtigt werden, das die Pflege entlastet und unterstützt (z.B. Servicepersonal, MFA, OTA/ATA). Ein Großteil der Krankenhäuser hat bereits entsprechende Modelle einer neuen Arbeitsteilung im Zuge der Neuordnung von Aufgaben erfolgreich eingeführt. Dies muss zumindest als entsprechender Ausnahmetatbestand geltend gemacht werden können.

Änderungsvorschlag

In Absatz 4 Satz 1 Streichung der Wörter „und unter Berücksichtigung des Ziels der Vermeidung von Personalverlagerungseffekten“ (Folgeänderung aus Streichung Absatz 1 Satz 5).

Hinter Satz 1 wird ein neuer Satz 2 eingefügt: **„Der Nachweis ist auf Grundlage des im Jahresdurchschnitt beschäftigten Pflegepersonals sowie sonstiger relevanter Personalgruppen zu erbringen.“**

Zu Artikel 8a: § 137i Absatz 5 SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Verpflichtung der Vertragsparteien auf der Ortsebene, bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen durch das Krankenhaus einen Vergütungsabschlag zu vereinbaren. Ausnahmetatbestände oder Übergangsregelungen sind durch die Vertragsparteien auf Bundesebene zu regeln.

Stellungnahme

Die vorgesehenen Vergütungsabschläge sind grundsätzlich nicht geeignet, um die Versorgungsqualität zu verbessern. Es ist nicht nachvollziehbar wie ein Krankenhaus zusätzliches Personal gewinnen und finanzieren soll, wenn gleichzeitig die hierfür erforderlichen Finanzmittel gekürzt werden. Die Veröffentlichung des Erfüllungsgrads zur Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen in den Qualitätsberichten führt zu einem hohen Maß an Transparenz über die Personalausstattung eines Krankenhauses, so dass Vergütungsabschläge grundsätzlich nicht begründet sind.

Ein Vergütungsabschlag auf der Ortsebene wäre zudem nur nachvollziehbar, wenn gesetzlich sichergestellt wird, dass die Pflegepersonaluntergrenzen und die Höhe des Abschlags sachgerecht festgelegt werden. Es ist zu begrüßen, dass an dieser Stelle klargestellt wird, dass ein Vergütungsabschlag nicht bei den auf der Bundesebene zu vereinbarenden Ausnahmetatbeständen und Übergangsregelungen vorzunehmen ist. Daneben muss aber auch gesetzlich sichergestellt werden, dass vorübergehende Unterbesetzung in der Pflege nicht zu einem Vergütungsabschlag führen und den Krankenhäuser eine angemessene Zeit eingeräumt wird, um Personalunterbesetzungen zu beseitigen. Hierzu ist die vorgesehene Vorschrift zur Vereinbarung eines Vergütungsabschlages auf der Ortsebene so zu ergänzen, dass ein Vergütungsabschlag frühestens nach zwei Jahren mit Unterbesetzung in Folge vorzunehmen ist.

Ein weiterer entscheidender Faktor für eine sachgerechte Umsetzung des Vergütungsabschlages wird die Vereinbarung auf Bundesebene sein. Zu den gesetzlichen Vorgaben für die Bundesvereinbarung besteht dringlicher Anpassungsbedarf bezüglich der Festlegung der Untergrenzen, der Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen sowie der Höhe des Abschlags. So muss sichergestellt werden, dass ein Vergütungsabschlag nicht zum Tragen kommt, wenn das Krankenhaus nicht für die Unterbesetzung der Pflege verantwortlich ist. Zudem muss die Höhe des Vergütungsabschlages verhältnismäßig sein und sich analog der Zuschläge an den in der DRG-Vergütung abgebildeten Pflegekosten orientieren.

Zu den Verweisen in Absatz 5 auf Absatz 1 in der Fassung der Formulierungshilfe ist nur der Vollständigkeit wegen darauf hinzuweisen, dass die entsprechenden Vorgaben für die Vereinbarung auf der Bundesebene in Absatz 1 nicht in den Sätzen 4 und 5, sondern 6 und 7 zu finden sind.

Änderungsvorschlag

§ 137i Absatz 5 SGB V ist zu streichen oder ersatzweise wie folgt zu ergänzen:

„(5) Hält ein Krankenhaus die nach Absatz 1 oder Absatz 3 festgelegten verbindlichen Pflegepersonaluntergrenzen **zwei Jahre in Folge** nicht ein, ohne dass ein nach Absatz 1 Satz 4~~6~~ oder Absatz 3 bestimmter Ausnahmetatbestand vorliegt oder die Voraussetzungen einer nach Absatz 1 Satz 4~~6~~ oder Absatz 3 bestimmten Übergangsregelung erfüllt sind, ist durch die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes ein nach Absatz 1 Satz 5~~7~~ oder Absatz 3 bestimmter Vergütungsabschlag zu vereinbaren.“

Zu Artikel 8a: § 137i Absatz 6 SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Zur Finanzierung von Mehrkosten durch Pflegepersonaluntergrenzen werden in Anlehnung an die Zuschlagsregelung für Mehrkosten durch Qualitätsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) Zuschläge eingeführt.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen ausdrücklich, dass eine Zuschlagsfinanzierung für Personalanforderungen, die durch die bestehenden Entgelte noch nicht in vollem Umfang abgedeckt werden, geschaffen wird. Auch die vorgesehene gesetzestechnische Umsetzung mit Anlehnung an die Zuschlagsfinanzierung für Mehrkosten durch Qualitätsrichtlinien des G-BA ist nachvollziehbar. Allerdings darf dies nicht so verstanden werden, dass die ebenfalls auf Grundlage des § 9 Absatz 1a Nummer 1 KHEntgG am 23. März 2017 durch die Selbstverwaltung abgeschlossene „G-BA-Mehrkostenzuschlagsvereinbarung“ auch die neuen Zuschlägen für Pflegepersonaluntergrenzen umfasst. Im Interesse einer Einigung der Selbstverwaltung wäre daher eine entsprechende Klarstellung durch den Gesetzgeber sinnvoll.

Änderungsvorschlag

Entfällt (siehe Stellungnahme zu Artikel 8b Nummer 4).

Zu Artikel 8a: § 137i Absatz 7 SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Die Auswirkungen der festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen sind bis zum 31.12.2022 wissenschaftlich zu evaluieren.

Stellungnahme

Die DKG begrüßt die vorgesehene wissenschaftliche Evaluation der festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen bis zum 31. Dezember 2022 ausdrücklich. Da es sich bei der Einführung von verbindlichen Pflegepersonaluntergrenzen um eine qualitative Systementwicklung zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung handelt, ist auch die wissenschaftliche Evaluation aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung zu finanzieren.

Änderungsvorschlag

Es ist folgender Satz in Absatz 7 zu ergänzen:

„Die Finanzierung erfolgt aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung.“

Zu Artikel 8b Nummer 1: § 4 Absatz 8 Satz 12 KHEntgG

Beabsichtigte Neuregelung

Bei Inanspruchnahme des Pflegestellen-Förderprogramms sind auch für die Jahre 2019 bis 2021 vom Krankenhaus die vom Jahresabschlussprüfer zu bestätigenden Informationen im Rahmen der Budgetverhandlungen vorzulegen.

Stellungnahme

Die Notwendigkeit der Vorlage einer Bestätigung des Jahresabschlussprüfers in der für die Jahre 2016 bis 2018 vorgesehenen Form für weitere drei Jahre nach Ablauf des Pflegestellen-Förderprogramms erschließt sich nicht. Darüber hinaus ergeben sich neue Fragestellungen im Rahmen der Umsetzung bei begrenztem Transparenzgewinn.

Die Bestätigung des Jahresabschlussprüfers umfasst gemäß § 4 Absatz 8 Satz 9 Halbsatz 2 KHEntgG folgende Angaben, die nach der vorgesehenen Regelung auch für die Jahre 2019 bis 2021 zu machen wären:

1. Die Stellenbesetzung zum 1. Januar 2015 in der Pflege insgesamt und in dem geförderten Pflegebereich¹,
2. die auf Grund dieser Förderung im jeweiligen Förderjahr zusätzlich beschäftigten Pflegekräfte, differenziert in Voll- und Teilzeitkräfte,
3. die im jeweiligen Förderjahr in der Pflege insgesamt und in dem geförderten Pflegebereich zum 31. Dezember festgestellte jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung sowie
4. über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel.

¹ Pflegepersonal mit einer Berufserlaubnis nach § 1 Absatz 1 KrPflG in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen.

Die Erforderlichkeit und Sinnhaftigkeit dieser Angaben für die Jahre 2019 bis 2021 wird nachfolgend kritisch beleuchtet.

Zu Nummer 1

Die Stellenbesetzung zum 1. Januar 2015 ist eine unveränderbare Größe, die nach den gesetzlichen Vorgaben zwingend ohnehin nur einmalig bei der Bestätigung für das erste Förderjahr anzugeben war. Ein zusätzlicher Erkenntnisgewinn würde sich bei einer Angabe nicht ergeben.

Zu Nummer 2

Es stellt sich die Frage, welche Angaben an dieser Stelle für die Jahre 2019 bis 2021 zu machen sind. Da für die Jahre 2019 bis 2021 keine zusätzliche Förderung mehr vorgesehen ist, kann es auch keine auf Grund der Förderung zusätzlich beschäftigten Pflegekräfte geben. Insofern müsste hier immer eine „Nullmeldung“ erfolgen.

Zu Nummer 3

Eine Ungereimtheit tritt an dieser Stelle bereits dadurch auf, dass auf das jeweilige Förderjahr Bezug genommen wird. Bei den Jahren 2019 bis 2021 handelt es sich jedoch nicht um Förderjahre im Sinne des § 4 Absatz 8 KHEntgG. Vermutlich wird jedoch das Ziel verfolgt, bei vorheriger Inanspruchnahme des Pflegestellen-Förderprogramms auch für die Jahre 2019 bis 2021 Angaben über die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung zu erhalten, um die Entwicklung der Stellenbesetzung nach Ablauf des Pflegestellen-Förderprogramms weiter verfolgen zu können. Eine Erforderlichkeit der Vorlage dieser Angaben für budgetverhandlungsrelevante Fragen ist jedoch auch an dieser Stelle nicht erkennbar.

Zu Nummer 4

Ein Nachweis über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel kann für die Jahre 2019 bis 2021 nicht sinnvoll geführt werden, da in den Jahren 2019 bis 2021 keine zusätzlichen Fördermittel in Anspruch genommen werden können. Wenn keine Fördermittel fließen, können auch keine verwendet werden. Streng genommen kann es daher weder zu einer zweckentsprechenden noch zu einer nicht zweckentsprechenden Verwendung von Fördermitteln kommen. Die Fördermittel werden ab dem Jahr 2019 in den Pflegezuschlag überführt und in Abhängigkeit des Pflegepersonalbestands an die allgemeinen Krankenhäuser ausgeschüttet. Der Anspruch auf die Erhebung des Pflegezuschlags ist unabhängig von einer vorherigen Inanspruchnahme des Pflegestellen-Förderprogramms. Wenn der Nachweis über die zweckentsprechende Mittelverwendung ab dem Jahr 2019 mit den Mitteln aus dem Pflegezuschlag in Verbindung gebracht werden sollte, wäre das nicht sachgerecht, da hierüber eben nicht die bisherigen Förderbeträge aus dem Pflegestellen-Förderprogramm in unveränderter Höhe an die jeweiligen Krankenhäuser zurückfließen. Stattdessen werden die bisherigen Förderbeträge anders an die Krankenhäuser verteilt.

Letztmalig kann daher für das letzte Förderjahr 2018 eine Prüfung über die zweckentsprechende Verwendung von Fördermitteln sinnvoll erfolgen. Insofern ist es auch verwunderlich, wenn es – darauf deuten zumindest die Ausführungen in der Gesetzesbegründung hin – überhaupt für möglich erachtet wird, auch für das Jahr 2019 und die nachfolgenden Jahre Mittel des Förderprogramms nicht zweckentsprechend zu verwenden. Immerhin wird in diesem Zusammenhang folgerichtig eine Rückzahlung ausgeschlossen, da ab dem Jahr 2019 die Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms in den Pflegezuschlag überführt werden.

Neben der Bestätigung des Jahresabschlussprüfers soll auch der GKV-SV seine jährlichen Berichte zur Inanspruchnahme des Pflegestellen-Förderprogramms für die Jahre 2019 bis 2021 fortführen. Es stellt sich die Frage, welche neuen Erkenntnisse sich aus dem Bericht ergeben sollen, wenn für die Jahre 2019 bis 2021 kein Anspruch auf Förderung mehr besteht. Es ist allenfalls denkbar, dass nachträglich noch Korrekturen erfolgen, falls Fördermittel für den Förderzeitraum 2016 bis 2018 nicht zweckentsprechend verwendet wurden oder verspätete Budgetabschlüsse noch Berücksichtigung finden. Die dadurch bedingten Anpassungen am Bericht dürften jedoch bereits für das Jahr 2019 nur marginal sein und sich in den Folgejahren noch weiter reduzieren.

Änderungsvorschlag

§ 4 Absatz 8 Satz 12 KHEntgG ist aufzuheben.

Zu Artikel 8b Nummer 2: § 5 Absatz 3c KHEntgG

Beabsichtigte Neuregelung

Vereinbarung von zeitlich befristeten Zuschlägen auf der Ortsebene zur Finanzierung von Mehrkosten durch Pflegepersonaluntergrenzen in Anlehnung an die Zuschlagsregelung für Mehrkosten durch Qualitätsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

Stellungnahme

Die Regelung steht in Verbindung mit der Vorschrift des § 137i Absatz 6 SGB V. Die vorgesehene gesetzestechnische Umsetzung durch Ergänzung des § 5 Absatz 3c KHEntgG, mit dem die Vorgaben für zeitlich befristete Zuschläge für Qualitätsrichtlinien des G-BA geregelt werden und deren entsprechende Anwendung ist nachvollziehbar. Allerdings bezieht sich Satz 2 auf ein „Verbotsvorbehalt“ des G-BA zur Vereinbarung von Mehrkostenzuschlägen, zu der weder in den gesetzlichen Regelungen noch nach der Systematik eine Analogie zu den Zuschlägen für Pflegepersonaluntergrenzen gezogen werden kann. Eine entsprechende Anwendung von Satz 2 für die Vereinbarung von Zuschlägen für Mehrkosten durch Pflegepersonaluntergrenzen sollte gestrichen werden.

Änderungsvorschlag

Dem § 5 Absatz 3c wird folgender Satz angefügt:

„Bei einer Vereinbarung von Zuschlägen aufgrund einer Rahmenvereinbarung nach § 137i Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind die Sätze 1, 2, 4 und 5 entsprechend anzuwenden.“

Zu Artikel 8b Nummer 3 Buchstabe b: § 8 Absatz 10 Satz 3 KHEntgG

Beabsichtigte Neuregelung

Die Fördersumme erhöht sich ab dem Jahr 2019 von 500 Millionen Euro um den Betrag der zweckentsprechend verwendeten Finanzmittel des Jahres 2018 aus dem Pflegestellen-Förderprogramm.

Stellungnahme

Im Rahmen der Verhandlungen der Vertragsparteien auf Bundesebene dürfte das vom Gesetzgeber in Aussicht gestellte maximale Fördervolumen in Höhe von 330 Millionen Euro nicht erreicht werden können. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass alle Krankenhäuser in Deutschland die Möglichkeiten zur Förderung der pflegerischen Versorgung nach § 8 Absatz 10 KHEntgG vollständig ausschöpfen können, weil beispielsweise das Personal auf dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung steht. Darüber hinaus hängt die Höhe des vereinbarten Fördervolumens von dem Ergebnis der Budgetverhandlungen auf Ortsebene ab.

Mit Blick auf die politisch geförderte Stärkung der Pflege am Krankenhausbett sollte das bereits mit dem Krankenhausstrukturgesetz anvisierte Fördermittelvolumen in Höhe von 330 Millionen Euro im Jahr 2018 auf die bisherige Fördersumme von 500 Millionen Euro aufgeschlagen werden. Dazu wäre eine einfache Anpassung des § 8 Absatz 10 KHEntgG ausreichend.

Verhandlungen über die zweckentsprechend verwendeten Finanzmittel durch die Vertragsparteien auf Bundesebene werden sich voraussichtlich über mehrere Jahre erstrecken, weil zum Fristablauf der Vereinbarung auf Bundesebene (31. Oktober 2018) die Höhe der zweckentsprechend verwendeten Mittel des Jahres 2018 noch nicht feststeht und daher zunächst eine Schätzung vorzunehmen ist. Da die Budgetverhandlungen in der Praxis vielfach erst nach Ablauf des Vereinbarungszeitraums abgeschlossen werden, dürften mehrere Jahre vergehen, bis die Höhe der zweckentsprechend verwendeten Finanzmittel des Jahres 2018 endgültig feststeht.

Jährliche Verhandlungen über die vorzunehmenden Berichtigungen infolge unvermeidbarer Fehlschätzungen durch die Vertragsparteien auf Bundesebene wären dagegen entbehrlich, wenn die Erhöhung der Fördersumme beim Pflegezuschlag gesetzlich vor-

gegeben würde. Damit bestünde für Krankenhäuser und Krankenkassen bereits im Jahr 2019 Planungssicherheit über die Höhe des Förderbetrags in den Folgejahren.

Für eine Festlegung der Fördersumme durch den Gesetzgeber spricht auch, dass die Datenbeschaffung über die zweckentsprechend verwendeten Finanzmittel für die DKG problematisch wäre, da keine unmittelbare Zugriffsmöglichkeit auf Daten aus den Budgetvereinbarungen der Krankenhäuser besteht.

Änderungsvorschlag

In § 8 Absatz 10 Satz 3 KHEntgG wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter **„ab dem Jahr 2019 erhöht sich die Fördersumme von 500 Millionen Euro auf 830 Millionen Euro“** eingefügt.

Zu Artikel 8b Nummer 4 Buchstabe a: § 9 Absatz 1a Nummer 1 KHEntgG

Beabsichtigte Neuregelung

Beauftragung der Vertragsparteien auf Bundesebene zur Vereinbarung der Regelungen für die Umsetzung der Zuschlagsfinanzierung von Mehrkosten durch Pflegepersonaluntergrenzen.

Stellungnahme

Die Regelung steht in Verbindung mit der Rahmenvereinbarung nach § 137i Absatz 6 SGB V zu den Mehrkosten durch Pflegepersonaluntergrenzen. Auf Grundlage der Rahmenvereinbarung haben die Vertragsparteien auf Bundesebene insbesondere Vorgaben zur Erhebungsdauer der krankenhausesindividuellen Zuschläge mit Wirkung für die Ortsebene zu vereinbaren. Die Umsetzung der krankenhausesindividuellen Zuschläge auf der Ortsebene wird somit durch die Rahmenvereinbarung nach § 137i Absatz 6 SGB V und die Vereinbarung gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 1 KHEntgG geregelt.

Insofern müsste für alle beteiligten Vertragsparteien auf Bundesebene nachvollziehbar sein, dass die bereits auf der Grundlage des § 9 Absatz 1a Nummer 1 KHEntgG abgeschlossene Vereinbarung zur Finanzierung von Mehrkosten aufgrund der Richtlinien des G-BA vom 23. März 2017 (G-BA-Mehrkostenzuschlagsvereinbarung) keine Gültigkeit für die Zuschläge für Pflegepersonaluntergrenzen haben kann. Dies ist von Bedeutung, da die am 23. März 2017 vereinbarten Grundsätze sowie die als Anlage geregelten Vorgaben zur Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) nicht auf die Systematik von breiter angelegten Pflegepersonaluntergrenzen übertragen werden können. Eine entsprechende Klarstellung durch den Gesetzgeber wäre dennoch sinnvoll, um Fehlinterpretationen vorzubeugen bzw. die Notwendigkeit einer Kündigung der bestehenden Vereinbarung zu vermeiden.

Änderungsvorschlag

Klarstellung in der Gesetzesbegründung, dass die vorgesehene Vereinbarung gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 1 KHEntgG zur Umsetzung von Zuschlägen für Pflegepersonaluntergrenzen unabhängig von der bereits bestehenden Vereinbarung gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 1 KHEntgG zur Finanzierung von Mehrkosten aufgrund der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung (G-BA-Mehrkostenzuschlagsvereinbarung) vom 23. März 2017 ist.

Zu Artikel 8b Nummer 4 Buchstabe c: § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG

Beabsichtigte Neuregelung

Die voraussichtliche Höhe der zweckentsprechend verwendeten Mittel aus dem Pflegestellen-Förderprogramm sowie die Berichtigung dieses Betrags in den Folgejahren sind von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbaren.

Stellungnahme

Die Vorschrift steht im Zusammenhang mit der Erhöhung der Fördersumme von 500 Millionen Euro um den Betrag der zweckentsprechend verwendeten Finanzmittel des Jahres 2018 aus dem Pflegestellen-Förderprogramm (s. Artikel 8b Nummer 3, Buchstabe b: § 8 Absatz 10 Satz 3 KHEntgG). Auf die dortige Stellungnahme wird verwiesen. Bei einer entsprechenden Umsetzung ist die vorgesehene Vereinbarung durch die Vertragsparteien auf Bundesebene entbehrlich.

Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Regelung ist zu streichen.

Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf

Refinanzierung von Tarfkostensteigerungen

Die Tarifausgleichsrate wurde im Rahmen des KHSG mit dem Ziel eingeführt, steigende Kosten der Krankenhäuser infolge von Tarifabschlüssen zu refinanzieren und stellte somit eine strukturelle Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung dar. In Kombination mit weiteren Maßnahmen aus dem KHSG sollte damit eine nachhaltige Verbesserung der Krankenhausversorgung insbesondere auch der pflegerischen Versorgung erfolgen. Dieses Ziel kann aber nur erreicht werden, wenn alle finanzwirksamen Tarifkomponenten bei der Tarifausgleichsrate berücksichtigt werden. Die strukturellen Komponenten haben ebenso wie die linearen Tarifkomponenten direkte Auswirkungen auf die Tariflöhne der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Krankenhäusern und damit auch auf die Personalkosten der Krankenhäuser. Beispielhaft für strukturelle Effekte kann hier die neue Entgeltordnung im Bereich des TVöD angeführt werden. Insbesondere die Einführung der neuen Pflegeentgelttabelle führt zu einer - auch von der Politik unterstützten - Aufwertung vieler Pflegekräfte. Daher bedarf es einer entsprechenden gesetzlichen Klarstellung, die zwingend auch die Berücksichtigung struktureller Tarifkomponenten bei der Vereinbarung der Tarifausgleichsrate vorschreibt.

Darüber hinaus wirkt die Tarifausgleichsrate in der derzeitigen Fassung aufgrund der bundeseinheitlichen Regelung zu unspezifisch. Die unterschiedlichen Voraussetzungen und Gegebenheiten in den Bundesländern können dadurch nicht berücksichtigt werden. Damit die Tarifraten zielgerichtet zur Anwendung kommen können, ist deren Umsetzung mit der Vereinbarung der (anteiligen) Erhöhungsraten in der Verhandlung zum Landesbasisfallwert zu verorten. Die derzeitige Tarifausgleichsrate berücksichtigt zudem nur Kostenzuwächse oberhalb des Veränderungswertes und gleicht davon auch nur ein Drittel der Differenz im KHEntgG-Bereich aus. Alles, was unterhalb des Veränderungswertes nicht in die Landesbasisfallwerte eingeflossen ist, verbleibt als nicht refinanzierte Tarfkostenlast bei den Krankenhäusern. Eine relativ hohe Grundlohnrate, die sich in den Landesbasisfallwerten nicht wiederfindet, hebt die Tarifausgleichsrate als Instrument weitgehend aus. Angesichts der unterschiedlichen Preisanpassungen auf der Landesebene sollte der Tarifausgleich daher an den vereinbarten Erhöhungen der Landesbasisfallwerte ansetzen und die Tarfkostensteigerungen vollständig ausgleichen.

Änderungsvorschlag

§ 9 Absatz 1 Nummer 7 KHEntgG wird wie folgt gefasst:

„7. die Erhöhungsraten für Tariferhöhungen **Tarifraten** nach § 10 Absatz 5 Satz 4 **Sätze 2 und 3** sowie den Zeitpunkt der erstmaligen Abrechnung der anteiligen Erhöhungsraten.“

§ 10 Absatz 5 KHEntgG wird wie folgt gefasst:

„(5) Bei der Vereinbarung des Basisfallwerts sind ~~erstmalig für das Jahr 2016~~ nach Maßgabe der folgenden Sätze Tariferhöhungen für Löhne und Gehälter über den Verände-

rungswert nach Absatz 4 Satz 1 hinaus zu berücksichtigen; eine Erhöhung wirkt als Basiserhöhung auch für die Folgejahre. Bezogen auf die Personalkosten werden ~~50~~**100** Prozent des Unterschieds zwischen dem ~~Veränderungswert~~ **der prozentualen Erhöhung des vereinbarten Landesbasisfallwerts nach Absatz 8 Satz 6** und der Tarifraten, die sich aus den durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten Erhöhungen der Vergütungstarifverträge **einschließlich struktureller Veränderungen** und vereinbarter Einmalzahlungen errechnet, nach Maßgabe des Satzes 5 berücksichtigt. Maßstäbe für die Ermittlung der Tarifraten nach Satz 2 sind für den nichtärztlichen Personalbereich einerseits und den ärztlichen Personalbereich andererseits jeweils diejenige tarifvertragliche Vereinbarung, die in dem jeweiligen Bereich für die meisten Beschäftigten maßgeblich ist. Die Vertragsparteien auf ~~Bundesebene nach § 9~~ **Landesebene** vereinbaren **nach Vereinbarung der Tarifraten durch die Vertragsparteien auf Bundesebene** in Höhe des Unterschieds zwischen beiden Raten eine Erhöhungsraten. Der zu vereinbarende Basisfallwert ist unter Berücksichtigung des Zeitpunkts der erstmaligen Abrechnung von den Vertragsparteien auf Landesebene um ~~ein~~ **zwei** Drittel dieser Erhöhungsraten (anteilige Erhöhungsraten) zu erhöhen. Sofern der Basisfallwert für das Vereinbarungsjahr bereits vereinbart oder festgesetzt wurde, ist der Differenzbetrag, der durch die Anwendung der anteiligen Erhöhungsraten auf den Landesbasisfallwert entsteht, durch eine ~~ab dem Zeitpunkt nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 erfolgende~~ unterjährige Erhöhung des Zuschlags nach § 8 Absatz 10 zu berücksichtigen, **die im Rahmen der Vereinbarung nach Satz 4 vorzugeben ist**; dabei ist der für das restliche Kalenderjahr anzuwendende Differenzbetrag infolge der unterjährigen Berücksichtigung entsprechend zu erhöhen. Im Falle von Satz 6 ist die anteilige Erhöhungsraten nach Satz 5 bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Folgejahr erhöhend zu berücksichtigen.“

Darüber hinaus sind Folgeänderungen in der Bundespflegegesetzverordnung erforderlich.

§ 3 Absatz 4 BPfIV wird wie folgt gefasst:

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