

Bundesverband  
Medizintechnologie e.V.  
Reinhardtstraße 29b  
10117 Berlin  
Tel. +49 (0)30 246 255 - 0  
Fax +49 (0)30 246 255 - 99  
info@bvmed.de  
www.bvmed.de

Berlin, 5. Oktober 2018  
Sch/Win  
 030 246 255 -11/-26

## **BVMed-Stellungnahme zum**

### **Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG),**

#### **BT-Drs. 19/4453**

Der BVMed nimmt zum Gesetzentwurf nur insoweit Stellung, wie dieser seine Mitgliedsunternehmen betrifft.

## I.

### **Bewertung des Gesetzentwurfes**

#### 1.

#### **Anmerkungen zur Systematik des Fallpauschalensystems (G-DRG-System) und der geplanten Ausgliederung der Pflegepersonalkosten**

Moderne und innovative Medizintechnologien stellen oftmals eigenständige Methoden mit einer besseren medizinischen Ergebnisqualität dar. Zudem helfen sie den Patienten und Pflegekräften, z. B. durch die Verkürzung der notwendigen Liegezeiten bei innovativen Gelenkimplantaten, und verbessern darüber hinaus die Lebensqualität der betroffenen Patienten. Die Pflege wird durch die Anwendung pflegeunterstützender Technologien entlastet. Dadurch werden auch Personalressourcen kompensiert, die derzeit unabhängig von der Finanzierung auch praktisch nicht zur Verfügung stehen. Durch die geplante unbegrenzte Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem G-DRG-System werden wirtschaftliche Anreize gesetzt, die eine kontraproduktive Ressourcenausschöpfung der Leistungsvergütungen in den Krankenhäusern mit negativen Auswirkungen auf die Behandlungsqualität zur Folge haben können.

Am bestehenden System der Fallpauschalenfinanzierung wird kritisiert, dass es einseitig technische Leistungen begünstige und pflegeorientierte Leistungen benachteilige. Die Folge sei eine nicht ausreichende Finanzierung des Pflegepersonals und eine entsprechende systematische Unterbesetzung der Pflegestationen. Hieraus resultierend wird neben qualitativen Einbußen und fehlender Patientenorientierung in der Stationspflege, die Überbelastung des verbleibenden Pflegepersonals und zunehmende Unattraktivität des Pflegeberufs beschrieben.

Um diesen Fehlanreiz zu heilen, sollen die Pflegekosten aus den DRGs herausgelöst und separat finanziert werden. Der Gesetzgeber will mit der Herausnahme der Pflegekosten erreichen, dass das Pflegepersonal wieder mehr Zeit für den einzelnen Patienten auf Station hat.

Grundsätzlich hält der BVMed den vorgeschlagenen Weg der Ausgliederung von Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen für nicht geeignet, das Pflegeproblem zu lösen. Er riskiert als unbeabsichtigte Nebenwirkung, dass eine adäquate Vergütung für die stationäre medizinische Versorgung im chirurgischen und interventionellen Bereich mit innovativen Behandlungsmethoden zukünftig nicht mehr sichergestellt ist. Die strikte Trennung von Pflegekosten und anderen Kosten im geplanten künftigen G-DRG-System führt dazu, dass es keinen wirtschaftlichen Anreiz mehr gibt, die Verweildauer reduzierende, innovative Behandlungsalternativen oder Prozessinnovationen zu wählen, deren höhere Sachkosten heute durch kürzere Liegezeiten und somit niedrigere Pflegekosten innerhalb der Fallpauschale kompensiert werden. Beispielsweise sind Instrumentenkosten bei minimalinvasiven Operationen in der Regel höher als bei offenen Operationen. Gleichzeitig führen minimalinvasive Eingriffe zur schnelleren Genesung der Patienten und damit zur Verkürzung der Liegezeiten. Viele Verfahren weisen zudem auch ein besseres klinisches Ergebnis auf. Aufgrund der sehr ähnlichen Fallkosten sind sie teilweise über dieselbe DRG abgebildet (sogenannten kostenhomogene Misch-DRGs). Bei einer Ausgliederung der verweildauerabhängigen Pflegekosten, ohne entsprechende Neudefinition dieser DRGs, würden z. B. offene OP-Verfahren überfinanziert und der Erlös minimalinvasiver Verfahren deren Kosten nicht mehr decken.

Durch die geplante kalkulatorische Ausgliederung der Pflegepersonalkosten werden insbesondere in den chirurgischen und interventionellen Fallpauschalen wirtschaftliche Anreize gesetzt, die eine neue Fehlallokation in den Krankenhäusern zur Folge haben können. Um die bestehenden Fehlanreize für die Pflegefinanzierung zu heilen und neue Fehlanreize zu vermeiden, muss der Gesetzgeber im Rahmen der Reform des Fallpauschalensystems sicherstellen, dass das Krankenhaus den Anreiz hat,

- > die individuell erforderliche Stationspflege mit qualifizierten Pflegepersonal wirtschaftlich durchzuführen,
- > die Verfahren mit dem besten medizinischen Ergebnis und höchster Lebensqualität für den Patienten wirtschaftlich durchzuführen,
- > Prozessinnovationen, die knappe Pflegeressourcen kompensieren, einzuführen.

Eine Ausgliederung der Pflegekosten setzt daher eine Auflösung sogenannter Misch-DRGs und eine entsprechende Neudefinition aller DRGs voraus, deren bisheriger Pflegekostenanteil nicht kostenhomogen ist. Nur dann kann zukünftig sichergestellt werden, dass Effizienzgewinne mit der gleichzeitigen sachgerechten Anwendung fortschrittlicher Medizintechnologien für die Gesamtversorgung der Patienten realisiert werden.

Die geplante Neuregelung des Gesetzentwurfes ist ein gravierender Eingriff in den Grundgedanken der G-DRG-Systematik und bedarf in der Umsetzung einer politischen Legitimation durch das Bundesministerium für Gesundheit. Die methodisch-inhaltlichen Neuregelungen einer systematischen und damit strukturbeeinflussenden Änderung der kalkulatorischen Grundelemente einer Vergütungsbasis für Behandlungsleistungen in der stationären Krankenhausversorgung sind durch eine Rechtsverordnung zu konkretisieren. Diese Rechtsverordnung sollte so konkret wie möglich sein und durch klare Regeln den Willen des Gesetzgebers umsetzen.

Unabhängig davon, wäre in jedem Falle die Offenlegung der Vorgehensweise bzw. des Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zur Umsetzung der Neuregelung notwendig. Darüber hinaus wäre ein Prüfbericht, der die Untersuchung aller DRG-Fallgruppen auf Verweildauerhomogenität nachweist, durch das InEK zu veröffentlichen. Vor Verabschiedung der Definition der Pflegekosten, des neuen Kalkulationsansatzes durch die Vertragsparteien auf Bundesebene sollte Verbänden der Hersteller von Medizinprodukten und Fachgesellschaften die Möglichkeit zur Stellungnahme und Anhörung gegeben werden.

Sollte es aus politischen Gründen bei einer strikten Abtrennung der Pflegekosten von den anderen Kosten im G-DRG-System bleiben, müssen unerwünschte Fehlanreize so weit wie möglich vermieden werden. Neben den beschriebenen Herausforderungen für chirurgische und interventionelle Fallgruppen, sollten verweildauerbedingte Fehlanreize, wie sie vor der Einführung des G-DRG-Systems vielerorts bestanden, vermieden werden. Dies könnte ggf. dadurch erfolgen, dass den Vertragsparteien und dem InEK vorgegeben wird, dass bei den Pflegekosten eine mittlere Verweildauer bestehen bleibt, nach deren Überschreiten die tagesbezogenen Pflegesätze degressiv gestaltet werden. So würde auch möglichem Missbrauch, wie vor der Einführung des G-DRG-Systems, entgegengewirkt.

Da der Gesetzgeber mit der Herausnahme der Pflegekosten erreichen will, dass das Pflegepersonal wieder mehr Zeit am Bett hat, muss dies auch zielgerichtet verfolgt werden. Es muss daher ausgeschlossen werden, dass Leistungen, die nah an der ärztlichen Leistung sind, namentlich der Funktionsdienst, aus dem G-DRG-System ausgegliedert werden und am Ende das Pflegebudget zu Lasten der Pflege auf Station geht.

## **2.**

### **Erforderliche Rücknahme der Regelungen zur Kürzung von Sachkosten**

Für die mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) eingeführte Absenkung bestimmter Sachkostenanteile in den Fallpauschalen entfällt mit der im Gesetzentwurf geplanten Einführung einer separaten Vergütung der Pflegepersonalkosten die Grundlage. Sie ist daher zu streichen.

Als Bestandteil des KHSG war die Analyse von Übervergütungen der Sachkosten im G-DRG-System durch das Kalkulationsinstitut vorzunehmen und Vorschläge zu deren – ggf. in Einzelfällen – erforderlichen Abbau zu entwickeln. Das Institut hatte eine Regelung vorgelegt, die die generelle Übervergütung der Sachkosten aller Fallpauschalen unterstellt, ohne die dafür begründenden Daten auszuweisen.

Dies hatte im Ergebnis eine massive Umverteilung der Mittel von Sachkosten zu personalkostenlastigen Fallpauschalen zur Folge. Leistungen hochspezialisierter Krankenhäuser, wie Universitätskliniken und Zentren, verlieren überproportional Finanzmittel, die in der Konsequenz zu Qualitätseinbußen für diese Versorgung führen werden.

### **3. Mengensteuerung**

Die geplante Anpassung der Fixkostendegression löst nicht die demografischen Herausforderungen und die damit bedingte Zunahme von Patientenbehandlungen. Die vom Gesetzgeber geförderte konzentrierte Versorgung in spezialisierten Zentren wird weiterhin finanziell benachteiligt. Das steht in starkem Widerspruch zur Festlegung des Koalitionsvertrages. Die Fixkostendegressionsregelung ist im Zuge einer umfassenden Reform ersatzlos aus dem G-DRG-System zu entfernen.

### **4. Investitionskostenfinanzierung**

Die seit Jahren mangelnden Mittel für die Investitionsleistungen in den Krankenhäusern durch die Bundesländer haben zur fehlerhaften Ressourcenallokation der Fallpauschalen geführt und damit die Finanzierungslücken der Pflege verursacht. Es muss zukünftig sichergestellt werden, dass die fehlenden Investitionsmittel zur Verfügung stehen, damit auch fortschrittliche Medizintechnologien und die Digitalisierung der Krankenhäuser finanziert werden können. Es reicht dabei nicht aus, weitere Appelle an die Bundesländer zu richten. Der Bund sollte sich mit in einem Anreizsystem stärker engagieren und mehr Länderinvestitionen ermöglichen.

## **II. Änderungsvorschläge**

### **1. Zu Artikel 1 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)**

#### **a. Änderungsvorschlag:**

**In Artikel 1 Nummer 2 b)  
werden in § 17b, Absatz 4 die Sätze 1 und 2 durch folgende Formulierung ersetzt:**

Das Bundesministerium für Gesundheit regelt per Rechtsverordnung die grundlegenden Bedingungen (Ausgliederung der Pflegepersonalkosten der Patientenversorgung aus dem Vergütungssystem und Entwicklung einer neuen Pflegepersonalkostenvergütung), die die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 zu erfüllen haben. Dabei kann das Ministerium auf ein Konzept des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus zurückgreifen.

#### **Begründung:**

Die geplante grundlegende Veränderung der Systematik der Fallpauschalenvergütung und die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen ist ein wesentlicher Eingriff in die Fallpauschalensystematik aus politischen Gründen. Damit trägt auch die Politik die Verantwortung für die Ausgestaltung der systematischen Veränderung und kann diese nicht an die Selbstverwaltung delegieren. Um diesem Aspekt Rechnung zu tragen und die demokratische Legimitation zu berücksichtigen, sind die wesentlichen Regelungen über eine Rechtsverordnung durch das Ministerium auszugestalten. Damit wird ein transparenter Prozess des Umbaus der Pflegepersonalkostenfinanzierung sichergestellt. Es kann zugleich der eng gesteckte Zeitrahmen der vorgeschlagenen Veränderungsprozesse sichergestellt werden.

#### **b. Änderungsvorschlag:**

**In Artikel 1 Nummer 2 b)  
wird in § 17b, Absatz 4 nach Satz 2 folgender Text eingefügt (nach „... bundeseinheitliche Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten zu vereinbaren.“):**

„Zu den Pflegepersonalkosten gehören nicht die Kosten für den Funktionsdienst im Krankenhaus.“

**Begründung:**

Zum Funktionsdienst gehören das Krankenpflegepersonal und medizinisch technische Leistungen für den Operationsdienst. Die Kosten für den Funktionsdienst sind eng mit der ärztlichen Leistung verbunden. Sie hängen auch nicht von der Liegezeit ab. Die Intention des Gesetzentwurfes zielt eindeutig auf die persönliche Pflegeleistung am Patientenbett ab, etwa im Nachgang einer Operation. Davon ist der Funktionsdienst nicht erfasst. Er ist bereits heute in der Kostenmatrix des InEK von den Pflegepersonalkosten getrennt. Daher sollte diese Frage klarstellend gegenüber den Vertragsparteien geregelt werden.

**c.**

**Änderungsvorschlag:**

**In Artikel 1 Nummer 2 b)**

**wird in § 17b, Absatz 4 folgender Text eingefügt** (nach „... bundeseinheitliche Definition der auszugliedern- den Pflegepersonalkosten zu vereinbaren.“):

„Fallpauschalen mit inhomogenem Pflegekostenanteil sind neu zu definieren.“

**Begründung:**

Zur Vermeidung von neuen Fehlanreizen sind DRGs mit kostenhomogenen Gesamtfallkosten, aber unterschiedlicher Gesamtverweildauer zu differenzieren. Dadurch wird eine Unterfinanzierung von Fallgruppen mit geringerer Verweildauer unterbunden.

**d.**

**Änderungsvorschlag:**

**In Artikel 1 Nummer 2 b)**

**wird in § 17b, Absatz 4 folgender Text eingefügt** (nach „... Fallpauschalenvereinbarung bis zum 30. September 2019 abzuschließen.“):

„Dabei haben sie sicherzustellen, dass Prozess- und Ergebnisqualität erhöhende oder Liegezeit verkürzende, alternative Behandlungsmethoden im Vergleich zur Standardmethode sachgerecht vergütet werden.“

**Begründung:**

Die Ausgliederung der Pflegekosten aus dem G-DRG-System setzt in Verbindung mit ihrer unbegrenzten Erstattung einen Anreiz, moderne Behandlungsmethoden, die die Liegezeiten verkürzen, nicht einzusetzen und stattdessen pflegeintensive Methoden einzusetzen. Denn Standardmethoden mit langer Liegezeit erhalten nach Ausgliederung der Pflegekosten innerhalb derselben DRG eine höhere Vergütung als z. B. minimalinvasive Eingriffe mit kurzer Verweildauer. Der Änderungsvorschlag instruiert die Vertragspartner, bei der Ausgestaltung des G-DRG-Systems Vorkehrungen dagegen zu treffen.

**e.**

**Änderungsvorschlag:**

**In Artikel 1 Nummer 2 b)**

**wird in § 17b Absatz 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz folgender Satz 7 neu eingefügt:**

"Vor Abschluss der Vereinbarungen nach Satz 2 und Satz 6 (neu) ist den medizinischen Fachgesellschaften und den Verbänden der Hersteller von Medizinprodukten die Möglichkeit zur Stellungnahme zu geben."

**Begründung:**

Sowohl die Definition der auszugliedernden Pflegekosten als auch die Neuordnung des Fallpauschalen-Katalogs haben grundsätzliche Bedeutung für die Finanzierungsbedingungen unterschiedlicher Behandlungsmethoden. Es muss sichergestellt werden, dass es hierbei zu keinen unbeabsichtigten Wirkungen kommt, die die Versorgung betroffener Patienten verschlechtern können. Hierzu sollte der Sachverstand der Fachgesellschaften und der Verbände der Medizinproduktehersteller transparent in den Prozess einbezogen werden.

**f.**

**Änderungsvorschlag:**

**In Artikel 1 Nummer 2 b**

**wird in § 17b, Absatz 4 folgender Text eingefügt** (nach „... Katalog jährlich weiter zu entwickeln.“):

„Dabei haben sie die mittlere Verweildauer beider Katalogbestandteile je zugehöriger Fallpauschale festzulegen, nach deren Überschreiten der zuvor taggleiche Pflegesatz degressiv ausgestaltet wird.“

**Begründung:**

Die Ausgliederung der Pflegekosten aus dem G-DRG-System setzt in Verbindung mit ihrer unbegrenzten Erstattung einen Anreiz, moderne Behandlungsmethoden, die die Liegezeiten verkürzen, nicht einzusetzen und stattdessen pflegeintensive Methoden einzusetzen. Standardmethoden mit langer Liegezeit erhalten nach Ausgliederung der Pflegekosten innerhalb derselben DRG eine höhere Vergütung als z. B. minimalinvasive Eingriffe mit kurzer Verweildauer. Die unbegrenzte und taggleiche Erstattung von Pflegeleistungen setzt einen Anreiz, Patienten länger als medizinisch notwendig im Krankenhaus zu behalten. Das gilt zumindest dann, wenn ausreichend Pflegepersonal vorhanden ist. Die degressive Ausgestaltung der Pflegekostenerstattung wirkt diesem Effekt entgegen und stellt sicher, dass Patienten entlassen werden, wenn sie geheilt sind. Der Pflegekostenkatalog hat ebenfalls eine mittlere Verweildauer und degressive tagesgleiche Pflegesätze bei Überschreitung der mittleren Verweildauer auszuweisen.

**2.**

**Zu Artikel 7 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

**a.**

**Änderungsvorschlag:**

**Artikel 7 Nummer 8**

**§ 87 Absatz 2a Satz 17 bis 20 wird wie folgt geändert:**

„Mit Wirkung zum 1. April 2019 ist eine Regelung zu treffen, nach der Videosprechstunden und telemedizinische konsiliarische Beratung während Operationen in einem weiten Umfang ermöglicht werden. Die bisherige Vorgabe von Indikationen im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen entfällt. Bei der Anpassung sind die Besonderheiten in der Versorgung von Pflegebedürftigen durch Zuschläge und die Besonderheiten in der psychotherapeutischen Versorgung sowie in der ambulanten Versorgung mit Hilfsmitteln, Verbandmitteln und medizinischer Ernährung nach § 126 zu berücksichtigen. Die Anpassung erfolgt auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 291g.“

**Begründung:**

Um die Qualität der Versorgung in chirurgischen Fächern zu verbessern, kann eine telemedizinische konsiliarische Beratung während einer laufenden Operation sinnvoll sein. In der stationären Versorgung ist dies innerhalb der Fallpauschale darzustellen. Dagegen ist es in der belegärztlichen Versorgung bzw. bei ambulanten Operationen im niedergelassenen Bereich notwendig, eine eigenständige Abrechnungsmöglichkeit zu schaffen, wenn man hier die qualitätssteigernden Potenziale neuer technischer Möglichkeiten, durch Zuschaltung von Ärzten mit besonderer Expertise im Interesse der Patientinnen und Patienten, nutzen will.

Es ist folgerichtig, die Option der Videosprechstunde auszuweiten. Diese Möglichkeit sollte im Sinne einer zukunftsfähigen und an den Bedürfnissen des Patienten ausgerichteten Versorgung auch für die weiteren sonstigen Leistungserbringer bestehen, wie z. B. für die Hilfsmittel- und Homecare-Leistungserbringer nach § 126 SGB V. Diese versorgen Patienten im ambulanten Umfeld mit Hilfsmitteln, Verbandmitteln und medizinischer Ernährung. Dabei sorgen sie u. a. mit der fachlichen Einweisung von Patienten, Angehörigen und Pflegekräften in die Produkte sowie regelmäßigen Nachkontrollen etc. für eine Entlastung der Pflege.

**b.**  
**Änderungsvorschlag:**

**In Artikel 7 Nummer 9**  
**§ 119b wird in Absatz 2a, Satz 2 das**  
Wort "können" ersetzt durch „sollen“.

**Begründung:**

Die Weiterentwicklung der elektronischen Kommunikation setzt die Definition gemeinsamer technischer Anforderungen voraus. Nur so kann die aktors- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit gestärkt werden. Um dies auch abseits der Kommunikation zwischen Pflege und (Zahn-) Ärzteschaft sicherzustellen und Medienbrüche im Austausch, z. B. mit Hilfsmittel- und Homecare-Leistungserbringern, abzuwenden, sind verbindliche Regelungen und klare Anforderungen an den elektronischen Datenaustausch, zwischen allen an der Gesundheitsversorgung Beteiligten, obligatorisch.

**3.**  
**Zu Artikel 9 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**

**Änderungsvorschlag:**

**Artikel 9 Nr. 2b**  
**§ 4 Abs. 2b**

Die Regelung des bisherigen § 4 Absatz 2b ist ersatzlos aufzuheben.

**Begründung:**

Die Ausgestaltung des Fixkostendegressionsabschlages behindert die politisch gewollte qualitätsorientierte und zentralisierte Versorgung u. a. bei Methoden mit Medizinprodukten. Dies bedeutet eine Fortschrittsbremse bei medizinisch notwendigen Leistungen mit elementarem Anteil von Medizinprodukten. Außerdem wird die Einführung neuer medizintechnischer oder anderer Verfahren, welche die Pflege bzw. das Pflegepersonal entlasten oder die Liegezeit der Patienten auf Station verkürzen, behindert.

Mit freundlichen Grüßen

BVMed – Bundesverband  
Medizintechnologie e. V.



Joachim M. Schmitt  
Geschäftsführer  
Mitglied des Vorstands



Olaf Winkler  
Leiter Referat Gesundheitssystem