

Bundesministerium für Gesundheit
Leiterin der Abteilung 4
Frau Ministerialdirektorin
Birgit Naase

Per E-Mail: PpSG-Verbaende@bmg.bund.de

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, 6. Juli 2018
Sch/Win/Kl
 030 246 255 -11/-23

•

BVMed-Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

zum

••

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (PpSG)

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

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

Fortschrittliche Medizintechnologien helfen den Patienten, Ärzten und Pflegekräften, z. B. durch Absenkung der Liegezeiten und Verbesserung der Lebensqualität. Die Pflege wird durch die Anwendung pflegeerleichternder Technologien, wie z. B. resultierender Liegezeitverkürzungen bei innovativen Gelenkimplantaten, entlastet. Dadurch werden Personalressourcen kompensiert, die derzeit - unabhängig von der Finanzierung – praktisch nicht zur Verfügung stehen. Durch die geplante kalkulatorische Ausgliederung der Pflegepersonalkosten werden wirtschaftliche Anreize gesetzt, die eine Fehlallokation in den Krankenhäusern zur Folge haben können.

Die strikte Trennung von Pflegekosten und anderen Kosten im künftigen G-DRG-System führt dazu, dass es keinen wirtschaftlichen Anreiz mehr gibt, in innovative Technologien zu investieren, die heute durch kürzere Liegezeiten und somit niedrigere Pflegekosten kompensiert werden.

Beispielsweise sind Instrumentenkosten bei minimalinvasiven Operationen in der Regel höher als bei offenen Operationen. Gleichzeitig führen minimalinvasive Eingriffe dazu, dass Patienten schneller genesen und damit zur Verkürzung der Liegezeiten.

Die Pflegepersonalkosten sollten zukünftig sachgerechter innerhalb des G-DRG-Systems ermittelt werden und innerhalb des G-DRG-Systems verbleiben, um Effizienzgewinne mit der gleichzeitigen sachgerechten Anwendung fortschrittlicher Medizintechnologien für die Gesamtversorgung der Patienten sicherzustellen.

Die geplante Neuregelung des Referentenentwurfes wäre ein gravierender Eingriff in den Grundgedanken der G-DRG-Systematik und bedürfte 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, wären durch eine Rechtsverordnung zu konkretisieren.

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.

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. Dies könnte ggf. dadurch erfolgen, dass den Vertragsparteien und dem InEK vorgegeben wird, dass bei den Pflegekosten eine obere Grenzverweildauer 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.

Rücknahme der Regelungen zur Kürzung von Sachkosten

Für die mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) eingeführte Absenkung bestimmter Sachkostenanteile in den Fallpauschalen entfällt mit der im Referentenentwurf des Ministeriums 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, der 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 Versorgungen führen werden.

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 Regelung ist daher im Zuge einer umfassenden Reform des G-DRG-Systems generell aufzuheben.

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 u. a. 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.

Zu den Änderungen im Einzelnen:

Zu Artikel 1 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)

Nr. 6 § 17c – Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen

Originaltext des Gesetzentwurfes:

In § 28 Absatz 4 Nummer 4 werden die Wörter „Zu- und Abschläge und sonstigen Entgelte“ durch die Wörter „Zu- und Abschläge, sonstigen Entgelte und tagesbezogene Pflegeentgelte“ ersetzt.

Änderungsvorschlag:

Streichung des Wortes “ tagesbezogene”.

Begründung:

Tagesbezogene Pflegeentgelte führen zu Fehlanreizen durch das Selbstkostendeckungsprinzip und zu Allokationsfehlanreizen. Die bestehenden Entgeltregelungen und die bestehende Systematik der Grenzerweildauersätze im Fallpauschalensystem sind beizubehalten. Im Zuge einer Pflegekostenabgrenzung ist eine degressive Ausgestaltung oberhalb der oberen Grenzerweildauer ein Weg, um die möglichen Fehlanreize in Bezug auf die Liegezeiten vorzubeugen. In diesem Zusammenhang wird auch auf die Regelung durch eine Rechtsverordnung hingewiesen.

Zu Artikel 2 – Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 2 § 17b Absatz 4 – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser

Änderungsvorschlag:

„Das Bundesministerium für Gesundheit regelt per Rechtsverordnung die grundlegenden Bedingungen die die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 zu erfüllen haben, die Pflegepersonalkosten der Patientenversorgung aus dem Vergütungssystem auszugliedern und eine neue Pflegepersonalkostenvergütung zu entwickeln. Dabei kann das Ministerium auf der Grundlage eines

Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus zurückgreifen. Auf Grundlage der Rechtsverordnung haben die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 insbesondere bis zum 31. Januar 2019 [...] Der Katalog ist erstmals für das Jahr 2020 von den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 für die Abzahlung des Pflegebudgets nach § 6a des Krankenhausentgeltgesetzes anzuwenden.“

Begründung:

Grundsätzlich halten wir den eingeschlagenen Weg der Ausgliederung von Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen für nicht geeignet, um eine adäquate Vergütung für die stationäre medizinische Versorgung mit fortschrittlichen Behandlungsmethoden sicherzustellen. Moderne und innovative Medizintechnologien helfen den Patienten und Pflegekräften, z. B. durch den Abbau von Liegezeiten, und verbessern darüber hinaus die Lebensqualität der betroffenen Patienten. Die Pflege wird durch die Anwendung pflegeunterstützender Technologien entlastet. Dadurch können auch Personalressourcen kompensiert werden, die derzeit unabhängig von der Finanzierung auch praktisch nicht zur Verfügung stehen. Durch die geplante Ausgliederung der Finanzierung von Pflegepersonalkosten werden wirtschaftliche Anreize gesetzt, die eine kontraproduktive Ressourcenausschöpfung der Leistungsvergütungen in den Krankenhäusern zur Folge haben können.

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 Legitimation zu berücksichtigen, sind die wesentlichen Regelungen über eine Rechtsverordnung durch das Ministerium auszugestalten. Damit wird zudem ein transparenter Prozess des Umbaus der Pflegepersonalkostenfinanzierung sichergestellt. Damit kann zugleich der eng gesteckte Zeitrahmen der vorgeschlagenen Veränderungsprozesse sichergestellt werden.

Zu Artikel 7 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Originaltext des Gesetzentwurfes:

Nr. 6

§ 87 Absatz 2a Satz 17 bis 20 werden wie folgt gefasst:

„Mit Wirkung zum 1. April 2019 ist eine Regelung zu treffen, nach der Videosprechstunden 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 zu berücksichtigen. Die Anpassung erfolgt auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 291g.“

Änderungsvorschlag:

In Satz 17 werden nach „Videosprechstunden“ die Worte „und telemedizinische konsiliarische Beratung während Operationen“ eingefügt.

In Satz 19 werden nach den Worten „in der psychotherapeutischen Versorgung“ die Worte „sowie in der ambulanten Versorgung mit Hilfs-, Verbandmitteln und medizinischer Ernährung nach § 126 SGB V“ eingefügt.

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, jedoch auch für die weiteren sonstigen Leistungserbringer bestehen, wie z. B. für die Hilfsmittel- und Homecare-Leistungserbringer nach § 126 SGB V möglich sein. Diese versorgen Patienten im ambulanten Umfeld mit Hilfs-, Verbandmitteln und medizinischer Ernährung. Dabei sorgen sie u. a. mit der fachlichen Einweisung von Patienten, Angehörigen und Pflegekräfte in die Produkte sowie regelmäßigen Nachkontrollen etc. für eine Entlastung der Pflege.

Nr. 7 § 119b

Originaltext des Gesetzentwurfes:

...

b) Nach Absatz 2 werden folgende Absätze 2a und 2b angefügt:

„(2a) Für die Informations- und Kommunikationstechnik zum elektronischen Datenaustausch in der Zusammenarbeit nach Absatz 1 Satz 1 gelten Anforderungen, die von den Vertragsparteien nach Absatz 2 erstmals bis zum 30. Juni 2019 zu vereinbaren sind und bezüglich derer das Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene herzustellen ist. In den Anforderungen nach Satz 1 können auf Verlangen der für die Interessensvertretung maßgeblichen Verbände auf Bundesebene auch technische Anforderungen an den elektronischen Datenaustausch mit ambulanten Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern, Apotheken sowie mit Heil- und Hilfsmittelerbringern berücksichtigt werden. In den Anforderungen nach Satz 1 sollen die Dienste der Telematikinfrastruktur nach § 291a SGB V berücksichtigt werden, sobald sie für den Bereich der Altenpflege zur Verfügung stehen.“

Änderungsvorschlag:

In Satz 2 wird das Wort "können" ersetzt durch „sollen“.

Begründung:

Weiterentwicklung der elektronischen Kommunikation setzt die Definition gemeinsamer technischer Anforderungen voraus. Nur so kann die akteurs- 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.

Zu Artikel 8 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 2 § 4 Vereinbarung eines Erlösbudgets

Änderungsvorschlag:

Die Regelung des bisherigen Absatzes 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.

Nr. 4 § 6a i. V. mit Nummer 12 § 15

Änderungsvorschlag:

Die Formulierung: "tagesbezogene" in § 15 ist ersatzlos zu streichen.

Gegebenenfalls ist eine degressive Ausgestaltung der tagesbezogenen Kalkulationsansätze in den oberen Grenzerweildauern zu prüfen, um den Fehlanreizen auf eine medizinisch unbegründete Liegezeitenausweitung vorzubeugen.

Begründung:

Tagesbezogene Pflegeentgelte führen zu Fehlanreizen durch das Selbstkostendeckungsprinzip und zu Allokationsfehlreizen. Die bestehenden Entgeltregelungen und die bestehende Systematik der Grenzerweildauersätze im Fallpauschalensystem sind beizubehalten. Gegebenenfalls ist eine degressive Ausgestaltung der oberen Grenzerweildauern ein Weg, um die möglichen Fehlanreize, in Bezug auf die Liegezeiten, vorzubeugen.

Mit freundlichen Grüßen

BVMed – Bundesverband
Medizintechnologie e. V.



Joachim M. Schmitt
Geschäftsführer
Mitglied des Vorstands