



## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals  
(Pflegepersonal-Stärkungsgesetz - PpSG) (BT-Drs. 19/4453)

Anhörung im Deutschen Bundestag am 10. Oktober 2018

Berlin, 02.10.2018

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

## **1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs**

Die mit dem vorgelegten Gesetzentwurf vorgesehenen Änderungen zur Stärkung der Pflege in den Kliniken werden grundsätzlich als Schritt in die richtige Richtung begrüßt.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat die durch die Ärzteschaft wiederholt vorgetragene Forderung nach einer deutlichen Verbesserung der Personalsituation in den Kliniken aufgegriffen und basierend auf den Vorgaben des Koalitionsvertrags vom 12. März 2018 eine Trendwende in Richtung einer deutlich verbesserten Personalrefinanzierung eingeleitet.

Der zeitgleich mit der geplanten Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem G-DRG-Fallpauschalensystem einhergehende Paradigmenwechsel in der Krankenhausfinanzierungssystematik kann Grundlage für eine verbesserte Personalverfügbarkeit sowie für verbesserte Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals und somit der Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten in den Kliniken werden.

Die Ärzteschaft hat sich wiederholt für das Primat der Medizin und eine Sicherung der Patientenversorgung gegenüber der Dominanz der Ökonomie und der Wirtschaftlichkeit um jeden Preis eingesetzt. Mit dem jetzt geplanten Schritt besteht eine große Chance, die notwendige Systemkorrektur der Finanzierungssystematik und somit eine deutliche Reduktion von Fehlanreizen einleiten zu können.

Dies kann allerdings nur gelingen, wenn die geplante Ausgliederung und besondere Berücksichtigung der Personalkosten und Aufwendungen für Personalentwicklung für alle Gesundheitsberufe gelten wird.

Die Notwendigkeit einer Erweiterung des Geltungsrahmens auf alle in den Kliniken tätigen Gesundheitsberufe umfasst auch eine entsprechende Erweiterung der vorgesehenen und begrüßenswerten Neuregelung eines vollständigen Tarifausgleichs ab dem Jahr 2018.

Die Bundesärztekammer begrüßt weiterhin die vorgesehenen Regelungen zur Refinanzierung der Ausbildungsvergütung im ersten Ausbildungsjahr durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels in den Kliniken sowie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (siehe Arbeitsmarktreport der Deutschen Industrie- und Handelskammer vom 14. Mai 2018) kann mit diesem Schritt eine Steigerung der Attraktivität der Ausbildung in der Krankenpflege verbunden sein.

Die Bundesärztekammer begrüßt zudem grundsätzlich die mit dem Gesetzentwurf verbundene Fortführung, Aufstockung und Erweiterung der Nutzungsoptionen des Krankenhausstrukturfonds. Während sich laut Zwischenauswertung des Bundesversicherungsamts aus dem Jahr 2018 viele der beantragten und genehmigten Maßnahmen auf Konzentration und Schließungen von Abteilungen und Kliniken bezogen, soll die Nutzung der Mittel zukünftig zum Beispiel auch für die integrierte Notfallversorgung (siehe Empfehlungen des Gutachtens des Sachverständigenrates Gesundheit vom 2. Juli 2018) oder die Förderung der EDV- und IT-Strukturen eröffnet werden.

Angesichts der erheblichen und im G-DRG-Fallpauschalensystem nicht abgebildeten finanziellen Herausforderungen einer Digitalisierung der stationären Versorgung sollte allerdings eine weitere Aufstockung der Mittel des Strukturfonds um zusätzlich mindestens 500 Millionen Euro pro Jahr erfolgen. Dies würde auch dazu beitragen, einer Fehlallokation von Mitteln der Betriebsmittelfinanzierung vorzubeugen.

Die Bundesärztekammer unterstützt zudem die Forderung des Bundesrates vom 21. September 2018 (DS 376/1/18), auf eine ersatzlose Streichung des Pflegezuschlages zu

verzichten. Da der Pflegezuschlag den Krankenhäusern nicht zweckgebunden zur Verfügung gestellt worden war und zudem dauerhaft vorgesehen war, bestünde nunmehr die Gefahr von Finanzierungslücken. Darüber hinaus fordert die Bundesärztekammer die Bundesländer nochmals auf, ihren Krankenhausinvestitionsverpflichtungen umfassend nachzukommen, um Verlagerungs- und Kompensationseffekten vorzubeugen.

## **2. Stellungnahme im Einzelnen**

### **Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)**

#### **§ 17a Abs. 1 Sätze 3 und 4, Ausbildungsvergütung**

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Ausbildungsvergütung soll verbessert werden. Bei der Ermittlung der Mehrkosten der Ausbildungsvergütung sollen Auszubildende der (Kinder-)Krankenpflege im zweiten und dritten Ausbildungsjahr im Verhältnis 9,5:1 auf die Stelle einer voll ausgebildeten Person anrechenbar werden.

##### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Bundesärztekammer hält diese Regelung für sachgerecht.

### **Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)**

#### **§ 17b Abs. 4 KHG, Ausgliederung der Pflegepersonalkosten**

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Pflegepersonalkosten sollen aus der bisherigen Krankenhausfinanzierungssystematik des G-DRG-Systems ausgegliedert werden mit dem Ziel der Entwicklung einer neuen Personalkostenvergütung. Es soll ein Katalog der ausgegliederten Pflegepersonalkosten mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen je Belegungstag entwickelt werden. Grundlage soll ein durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu entwickelndes Konzept sein.

##### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Mit der Neuregelung wird ein Paradigmenwechsel in der Krankenhausfinanzierungssystematik eingeleitet. Mit der geplanten Änderung wird eine langjährige Forderung der Ärzteschaft nach einer deutlich verbesserten Berücksichtigung der Personalrefinanzierung (hier: Pflege) aufgegriffen.

Die damit einhergehende Änderung der Krankenhausfinanzierungssystematik bietet erstmals die Chance, den Fokus von einem rein preisgetriebenen Wettbewerb zu Lasten des Personals und der Patientenversorgung hin zu einer wieder deutlich mehr versorgungsorientierten Ausgestaltung zu legen. Dies kann allerdings nur gelingen, wenn mit dem geplanten Schritt alle in den Kliniken tätigen Gesundheitsberufe erfasst werden.

### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Bei der geplanten Neuregelung sollten alle in den Kliniken tätigen Gesundheitsberufe berücksichtigt werden. Mithin sollte die Regelung nicht allein auf eine Ausgliederung der Pflegepersonalkosten zielen, sondern sich auf die Personalkosten aller in der stationären Versorgung tätigen Gesundheitsberufe beziehen.

### **Artikel 2 (Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)**

#### ***§ 12a neu, Fortführung und Aufstockung des Krankenhausstrukturfonds***

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Der mit dem Krankenhausstrukturgesetz eingeführte Strukturfonds wird ab dem Jahr 2019 fortgeführt und das Volumen um jeweils eine Milliarde Euro pro Jahr aufgestockt.

##### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die geplante Neuregelung entspricht einer Forderung der Ärzteschaft und wird in Verbindung mit den geplanten Erweiterungen der Einsetzbarkeit der Mittel grundsätzlich begrüßt, zumal damit eine Trendwende der Mittelverwendung des Strukturfonds weg von einer primären Konzentrations- und Schließungsförderung (siehe Zwischenauswertung des Bundesversicherungsamtes 1. Halbjahr 2018) hin zu einer Förderung innovativer Maßnahmen eingeleitet werden kann.

### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Die Bundesärztekammer plädiert für eine weitere Aufstockung der Mittel des Krankenhausstrukturfonds um zusätzlich mindestens 500 Millionen Euro pro Jahr, da derzeit keine ausreichende Finanzierung von Maßnahmen zur Förderung der Digitalisierung in der stationären Versorgung gegeben ist.

Ziel der Bundesregierung und aller Beteiligten im Gesundheitswesen ist ein zeitnahe Ausbau der digitalen Infrastruktur und die Nutzung digitaler Möglichkeiten im Sinne einer besseren Vernetzung und Kooperation zur Qualitätssteigerung der Patientenversorgung. Die dazu erforderlichen Finanzierungsgrundlagen sollten mit der geplanten Gesetzgebung verbunden sein. In der aktuellen Krankenhausfinanzierungssystematik sind die erforderlichen Aufwendungen für das dazu notwendige (und zum Teil nur schwer verfügbare) Fachpersonal sowie die Infrastruktur bisher nicht hinterlegt.

### **Artikel 4 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)**

#### ***§§ 3, 11, vollständige Tariffinanzierung***

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

In Verknüpfung mit der Neufassung von § 10 Abs. 5 Satz 2 KHEntgG ist eine vollständige Tariffinanzierung von Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal vorgesehen. Die Mittel sind zweckgemäß für das Pflegepersonal einzusetzen. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel müssen zurückgezahlt werden.

## **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Aus Sicht der Bundesärztekammer ist dies eine begrüßenswerte Neuregelung, die eine langjährige Forderung der Ärzteschaft aufgreift. Mit dieser Regelung wird die Chance eröffnet, die bestehende Arbeitsverdichtung und den Fachkräftemangel (hier: Pflege) in den Kliniken reduzieren zu können. Unverzichtbar bleibt allerdings, den geplanten und erforderlichen Schritt umfassend zu gehen und die geplanten Regelungen auf alle in den Kliniken tätigen Gesundheitsberufe zu erweitern. Eine nur auf die Pflege beschränkte Neuregelung hilft nicht bei dem grundsätzlichen Problem des Fachkräftemangels in allen in den Kliniken tätigen Gesundheitsberufen.

## **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Die geplante Neuregelung sollte auf alle in den Kliniken tätigen Gesundheitsberufe ausgeweitet werden.

## **Artikel 5 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)**

### **§§ 8, 10, 11, 12**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Optionen für förderungsfähige Vorhaben des Krankenhausstrukturfonds sollen erweitert werden. Die neuen Fördertatbestände sollen dazu beitragen, die pflegerische Versorgung durch neue Ausbildungskapazitäten zu verbessern, weitere Konzentrationen von stationären Versorgungskapazitäten zu ermöglichen, Investitionen in die IT-Ausstattung und Sicherheit sowie den Ausbau telemedizinischer Netzwerkstrukturen zu unterstützen. Zudem soll gemäß den neu geplanten Fördertatbeständen die Bildung integrierter Notfallzentren unterstützt werden können. Zur Vermeidung von Mitnahmeeffekten werden nur neue Vorhaben gefördert.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

In Kombination mit der Aufstockung und Fortschreibung des Krankenhausstrukturfonds ist eine Erweiterung der Fördertatbestände und die damit unter anderem verbundene Berücksichtigung von Förderungsbedarfen im Bereich Personal, Digitalisierung/IT/Cybersicherheit und der integrierten Notfallversorgung sachgerecht.

Der wachsende medizinische Versorgungsbedarf der Bevölkerung sowie die grundgesetzlich verbrieft Krankenhausplanungshoheit der Bundesländer sollte bei der weiteren Nutzung der Mittel des Krankenhausstrukturfonds größere Berücksichtigung finden. Die noch zu sehr auf Konzentration und Schließung ausgerichteten Fördermaßnahmen (siehe Zwischenbericht Bundesversicherungsamt 1. Halbjahr 2018) dürfen in keinem Fall die wohnortnahe Versorgung gefährden, beziehungsweise zu einer weiteren Disparität des medizinischen Versorgungsangebotes zwischen Ballungsräumen und Flächenregionen führen.

## **Artikel 6 (Änderung des Infektionsschutzgesetzes)**

### ***§ 36 Abs. 6 neu, Infektionsschutz bei bestimmten Einrichtungen, Unternehmen, und Personen, Verordnungsermächtigung***

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Durch die Änderung des Infektionsschutzgesetzes soll der Gesundheitsschutz für Personen, die aufgrund ihrer Herkunft oder ihrer Lebenssituation wahrscheinlich einem erhöhten Infektionsrisiko für bestimmte schwerwiegende übertragbare ausgesetzt waren, verbessert und zugleich der Schutz der öffentlichen Gesundheit gestärkt werden. Diese Regelung erlaubt es den Ländern, das Verwaltungsverfahren weitgehend selbst zu bestimmen. Gesundheitsuntersuchungen werden nicht vorgeschrieben, es handelt nur um eine Duldungsermächtigung, nach der die betroffenen Personen, falls die Länder Gesundheitsuntersuchungen durchführen, sich solchen auch unterziehen müssen.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Durch die neu geschaffenen Untersuchungsmöglichkeiten im Infektionsschutzgesetz wird der Infektionsschutz für Personen, die aufgrund ihrer Herkunft oder ihrer Lebenssituation wahrscheinlich einem erhöhten Infektionsrisiko für bestimmte schwerwiegende übertragbare ausgesetzt waren, verbessert. Damit wird zudem die öffentliche Gesundheit gestärkt. Dies wird von der Bundesärztekammer prinzipiell begrüßt.

Wir weisen jedoch darauf hin, dass die medizinische Untersuchung und Feststellung von Infektionskrankheiten der o.g. Personengruppe weitere Zusatzaufgaben für die Ärztinnen und Ärzte im Gesundheitsamt bedeuten. Vor dem Hintergrund dessen, dass bereits heute viel zu wenige Ärztinnen und Ärzte in Gesundheitsämtern tätig sind, um die gesetzlichen Aufträge des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) im Sinne der bevölkerungsmedizinischen Daseinsfürsorge zu erfüllen, ist es alarmierend, dass den stetig steigenden Aufgaben nicht durch eine adäquate personelle und finanzielle Ausstattung in den Gesundheitsämtern Rechnung getragen wird. Die Bundesärztekammer fordert, dass der ÖGD deutlich gestärkt wird, um den Anforderungen der öffentlichen Gesundheit in Zeiten der Globalisierung gerecht zu werden.

## **Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### ***§ 20b Abs.3 Satz 1, Einführung einer betrieblichen Gesundheitsförderung für Pflegekräfte in der Kranken- und Altenpflege***

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die betriebliche Gesundheitsförderung soll für Pflegekräfte in der Kranken- und Altenpflege gestärkt werden. Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf sollen für Pflegekräfte in der Kranken- und Altenpflege finanziell gefördert werden. Die in diesem Gesetz aufgeführten Maßnahmen sollen der Beginn sein, eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege zu erreichen. Darauf aufbauend sollen insbesondere im Rahmen einer „Konzertierten Aktion Pflege“ Maßnahmen entwickelt und erörtert werden, welche die Situation in der Langzeitpflege bedarfsgerecht verbessern.

## **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Bundesärztekammer begrüßt die geplanten Maßnahmen. Betriebliche Gesundheitsförderung in Einrichtungen zu etablieren, ist jedoch nur ein erster Schritt in die richtige Richtung.

Daneben müssen in den Einrichtungen auch Maßnahmen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention für die Beschäftigten im Rahmen eines geplanten betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) unter Koordination einer Betriebsärztin/eines Betriebsarztes und unter Einhaltung von Qualitätsstandards erfolgen.

## **Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### ***§ 20d Absatz 3 Satz 2 neu, Erhaltung und Förderung der Beschäftigungsfähigkeit und zur Senkung des Krankenstandes***

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Sozialversicherungsträger vereinbaren gemeinsame Ziele zur Erhaltung und zur Förderung der Gesundheit und der Beschäftigungsfähigkeit der Beschäftigten in Einrichtungen nach § 107 Absatz 1 und § 71 Absatz 2 des Elften Buches. Dies soll der Verzahnung der Leistungen der Krankenkassen mit den Präventionsleistungen der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung dienen und eine verstärkte und abgestimmte Leistungserbringung der maßgeblichen Leistungsträger fördern.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Bundesärztekammer begrüßt, dass die nationale Präventionsstrategie um spezifische und gemeinsame Ziele der Sozialversicherungsträger und weiterer Akteure zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit und der Beschäftigungsfähigkeit der Beschäftigten in Krankenhäusern sowie in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen ergänzt wird. Die Bundesärztekammer begrüßt, dass durch die Ergänzung von § 20d Absatz 3 SGB V die neuen Ziele der nationalen Präventionsstrategie gesetzlich verankert werden.

Die Umsetzungsmaßnahmen zu den gemeinsamen Zielen der Sozialversicherungsträger sollten jedoch explizit benannt werden. Diese Maßnahmen sollten im Rahmen eines geplanten betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) unter Koordination des Betriebsarztes und unter Einhaltung von Qualitätsstandards erfolgen.

## **Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### ***§ 40 Absatz 2 Satz 1, Stationäre Rehabilitation für pflegende Angehörige***

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Pflegende Angehörige sollen einen verbesserten Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation bekommen.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Bundesärztekammer begrüßt, dass pflegende Angehörige einen verbesserten Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation erhalten. Gerade pflegende Angehörige

nehmen eine wichtige Stellung in der Gesundheitsversorgung ein. Sie stehen für ihre pflegebedürftigen Angehörigen oft Tag und Nacht zur Verfügung und arbeiten oftmals über ihre Kräfte, sodass es nicht selten vorkommt, dass sie selbst erkranken.

Deswegen ist das Vorhaben des Gesetzgebers ein erster Schritt in die richtige Richtung. Angebote zur Tertiärprävention (Schadensrevision, Rehabilitation) können dazu beitragen, größeren Schaden von pflegenden Angehörigen abzuwenden. Ziel muss es aus Sicht der Bundesärztekammer aber sein, dass auch Primärprävention und Gesundheitsförderung (Schadensverhütung, Gesundheitserhaltung) und Sekundärprävention (Schadensbegrenzung, Risikoerkennung) durchgeführt werden. Diese Angebote sollten qualitätsgesichert sein und einem Präventionsplan folgen.

## **Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### ***Nr. 6, § 87 Abs. 2a, Videosprechstunde***

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Neuregelung sieht vor, dass die einschränkenden Vorgaben im einheitlichen Bewertungsmaßstab zur Durchführung von Videosprechstunden zwischen Arzt und Patient aufgehoben werden. Zukünftig soll es in das Ermessen des Arztes gelegt werden, bei welchen Indikationen er eine Videosprechstunde für sachgerecht und ärztlich vertretbar hält.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Bundesärztekammer begrüßt die Neuregelung und schlägt darüber hinaus eine weitergehende Regelung vor. Die vorgesehene Neuregelung betrifft nur die Möglichkeit einer Videosprechstunde zwischen Arzt und Patient.

#### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Aus Sicht der Bundesärztekammer ist es notwendig, dass insbesondere im Rahmen der hausärztlichen Versorgung während eines Patientenkontaktes die Möglichkeit besteht, externe fachärztliche Expertise mittels einer Videokonsultation hinzuzuziehen. Die Bundesärztekammer schlägt vor, die Regelungen in § 87 Abs. 2a und in § 291g so zu harmonisieren, dass Telekonsile zwischen Ärzten nicht auf die konsiliarische Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen beschränkt bleiben.

Telekonsile in der vertragsärztlichen Versorgung sollten dann möglich sein, wenn Arzt und Patient dies für eine Befundbeurteilung für sachgerecht halten und die Vorgaben des § 12 SGB V gewährleistet sind.

## **Artikel 7 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### ***Nr. 12, § 137j, Personalquotienten, Verordnungsermächtigung***

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

In Ergänzung zu § 137i SGB V (Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern) soll ein Pflegepersonalquotient eingeführt werden, der jährlich für jedes zugelassene Krankenhaus aus (a) der Anzahl der in dem betreffenden Jahr durchschnittlich

beschäftigten Pflegepersonal-Vollzeitkräfte und (b) dem durchschnittlich in dem betreffenden Krankenhaus anfallenden Pflegeaufwand berechnet werden soll.

## **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Grundsätzlich begrüßt die Bundesärztekammer die Einführung von Maßnahmen, die zu einer Verbesserung der personellen Ausstattung der Krankenhäuser beitragen. Die Bundesärztekammer verweist auf ihre Stellungnahme zum Referentenentwurf der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung [PpUGV], in der die Einführung von Personaluntergrenzen für alle maßgeblich an der Patientenversorgung Beteiligten, in allen bettenführenden Krankenhausbereichen und auf der Grundlage des tatsächlichen Versorgungsbedarfs der Patienten und der Tätigkeitsprofile der am Patienten tätigen Mitarbeiter gefordert wird.

Der hier gewählte Ansatz der Pflegepersonalquotienten kann die im Koalitionsvertrag bereits angekündigte Ausweitung der Anwendung von Personaluntergrenzen auf alle Krankenhausbereiche nicht ersetzen.

Aus Sicht der Bundesärztekammer hat ein Quotient grundsätzlich das Potential, die Transparenz der Personalausstattung gerade auch für Patienten zu verbessern. Grundvoraussetzung ist jedoch die valide Erfassung der zugrundeliegenden Daten und deren Vergleichbarkeit. Zum einen gilt auch hier, dass die „Pflebelast“ nicht den tatsächlich anfallenden Pflegebedarf abbildet. Damit wird das Risiko zementiert, dass die Patienten anhand einer statistisch ermittelten Mindestbesetzung unterversorgt sind. Zum anderen birgt die Einführung von Untergrenzen für nur eine der im Krankenhaus beschäftigten Berufsgruppen die Gefahr der Verschiebung von Tätigkeitsspektren. Das genaue Tätigkeitsspektrum von Pflegekräften ist in der Realität schwer eingrenzbar, dies betrifft z.B. die Essensausgabe, Transportdienste, Oberflächendesinfektionen, Blutentnahmen, administrative Tätigkeiten und vieles mehr. Vor diesem Hintergrund ist es möglich, dass in einer Klinik mit einem hohen Personalquotienten und einem breitem Tätigkeitsspektrum weniger Pflege beim Patienten ankommt als in einer Klinik mit einem niedrigen Quotienten.

Die Bundesärztekammer gibt außerdem die folgenden Punkte zu bedenken:

Bei der Regelung sollte die Definition von Krankenhausstandorten gemäß der Vereinbarung nach § 2a Abs. 1 KHG zugrunde gelegt werden, um eine Zuordnung des Quotienten auf einzelne Krankenhäuser zu gewährleisten.

Sofern an einer alleinigen Betrachtung der Personalausstattung in der Pflege festgehalten wird, sollte sich der Quotient ausschließlich auf im Pflegedienst tätige, examinierte Pflegekräfte beziehen um einen fairen Vergleich der Krankenhäuser zu ermöglichen.

Die Bundesärztekammer sieht finanzielle Abschläge als Sanktionsmaßnahme für eine Nichteinhaltung von Personaluntergrenzen kritisch. Die Konsequenzen im Falle einer Nichteinhaltung der Untergrenzen erfordern eine sorgsame Diskussion, an der die maßgeblichen Berufsgruppen beziehungsweise deren Vertreterorganisationen beteiligt werden müssen.

Die Bundesärztekammer unterstützt die Erwägungen des Bundesrates, zusätzlich zu einer Untergrenze des Quotienten auch einen Wert für eine durchschnittliche Personalausstattung anzugeben, um der Gefahr vorzubeugen, dass Untergrenzen sich als Standard der Personalausstattung etablieren.

## **Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)**

### **§ 4 Abs. 2a Satz 1, Fixkostendegressionsabschlag**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Regelung des Fixkostendegressionsabschlags soll angepasst und homogenisiert und auf 35 Prozent (bundesweit) festgeschrieben werden.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die mit dem Gesetzentwurf vorgesehene Homogenisierung der Finanzierungsregelung des Fixkostendegressionsabschlags auf 35 Prozent ist zweckmäßig und trägt zu einer Entbürokratisierung in diesem Bereich bei.

## **Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)**

### **§ 4 Abs. 8a neu, Förderung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Für die Jahre 2019 bis 2024 sollen geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf zu 50 Prozent finanziell gefördert werden. Ziel ist es, Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildetem Pflegepersonal zusätzlich zu fördern.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Die Regelung ist grundsätzlich sachgerecht. Vor dem Hintergrund des bestehenden Fachkräftemangels sollte erwogen werden, den Zeitrahmen der Förderung zu erweitern. Zudem sind so gut wie alle Gesundheitsberufe in den Kliniken vom Fachkräftemangel betroffen. Es ist nicht nachvollziehbar, warum diese Maßnahme alleine auf die Pflege beschränkt sein soll. Die Förderung von Neueinstellungen und Teilzeitstellen sowie eine Verbesserung des Angebotes der Kinderbetreuung sind auch für andere Gesundheitsberufe erforderlich. Diese Maßnahmen tragen dazu bei, Arbeitsverdichtung entgegenzuwirken und Arbeitszufriedenheit zu steigern.

#### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Die Bundesärztekammer schlägt die Aufnahme von weiteren in den Kliniken betroffenen Gesundheitsberufen in die vorgesehene Regelung vor.

## **Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)**

### **§ 6 Abs. 3 Satz 5, Pflegebudgets**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Zur Finanzierung der Kosten, die dem einzelnen Krankenhaus für Pflegeleistungen entstehen sollen Pflegebudgets vereinbart und die Entgelte, die nicht Gegenstand des zukünftigen Pflegebudgets sind, beschrieben werden. Krankenhausindividuell bisher im Rahmen des Pflegestellen-Förderprogramms vereinbarte Mittel sollen in die Budgets einfließen. Der Zuwachs der Pflegebudgets soll nicht durch die Obergrenze des

Veränderungswertes (§ 9 Abs. 1b Satz 1 KHentgG) begrenzt werden. Die dem Krankenhaus entstehenden Pflegepersonalkosten sind als wirtschaftlich anzusehen. Es besteht eine entsprechende Zweckbindung der Mittel und eine Nachweispflicht (jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in der Pflege). Bei nicht zweckentsprechender Nutzung sind die Kliniken zur Rückzahlung verpflichtet.

### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Grundsätzlich begrüßt die Bundesärztekammer die Regelung im Sinne der Konkretisierung der Ausgliederung der Personalkosten aus dem bisherigen G-DRG-Fallpauschalensystem, die sich bisher allerdings nur auf die Pflegepersonalkosten bezieht. Der Entfall einer Obergrenze schafft für die Kliniken eine deutlich verbesserte Planungs- und Verhandlungssicherheit.

### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Die Bundesärztekammer plädiert für eine Erweiterung im Sinne einer umfassenden Regelung eines Personalbudgets für alle in den Kliniken tätigen Gesundheitsberufe und deren Personalkosten.

## **Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)**

### **§ 9 Abs. 1 Nummern 8 und 9 neu, Anpassung OPS-Prozedurenschlüssel**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Klassifikationen (hier: OPS-Prozedurenschlüssel) sollen bis zum 28. Februar 2019 angepasst und die Codes, die nach Einführung eines Pflegebudgets nicht mehr erforderlich sind, gestrichen werden.

#### **B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Es handelt sich um eine grundsätzlich sachgerechte Regelung im Rahmen der Finanzierungsreform. Der vorgegebene Zeitrahmen scheint jedoch ambitioniert bemessen. Das mit der Neuregelung erreichbare Entbürokratisierungspotential wird begrüßt.

#### **C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Eine Ausweitung des Zeitrahmens zur Benennung und Bereinigung der erforderlichen Codes scheint gegebenenfalls nötig zu sein. Die Interdependenzen in den Klassifikationen sind teilweise recht umfangreich. (siehe Diskussionen des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen, Arbeitsgruppen OPS etc.)

## **Artikel 9 (Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)**

### **§ 10 Abs. 5, Sätze 2 und 3, Tarifrefinanzierung**

#### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Neuregelung sollen, bezogen auf die Personalkosten für den Pflegedienst 100 Prozent sowie für den übrigen nichtärztlichen Personalbereich und für den ärztlichen

Personalbereich, jeweils 50 Prozent des Unterschieds zwischen dem Veränderungswert und der Tarifraten berücksichtigt werden.

**B) Stellungnahme der Bundesärztekammer**

Mit dieser Neuregelung wird eine langjährige Forderung der Ärzteschaft aufgegriffen. Allerdings ist es unverzichtbar, dass die Integration des sehr wesentlichen Prinzips der vollumfänglichen Refinanzierung von Tarifsteigerungen auch für die in den Kliniken tätigen Ärztinnen und Ärzten sowie alle weiteren dort tätigen Gesundheitsberufe gelten muss.

**C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer**

Die Bundesärztekammer fordert dringend die Erweiterung der Regelung auf alle in den Kliniken tätigen Gesundheitsberufe.