

Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG)

Bundestagsbeschluss: 9.11.2018 (keine Genehmigungspflicht durch den Bundesrat)

Inkrafttreten: 1.1.2019

Link zum Gesetz:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/181109_Pflegepersonalstaerkungsgesetz_PpSG.pdf

(Beschlussfassung Bundestag 09.11.2018)

Wichtigste Inhalte

Bereiche	Beschreibung
Ärzte und Zahnärzte	<p>Künftig gilt zwischen (Zahn-)Ärzten und Heimen eine Kooperationspflicht (bislang Sollregelung). Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen bei Antrag einer Pflegeeinrichtung innerhalb einer Frist von 3 Monaten (bislang 6) einen Kooperationsvertrag vermitteln. Die stationären Pflegeeinrichtungen haben eine verantwortliche Pflegefachkraft als Ansprechpartner für die Zusammenarbeit zu benennen. Die schnittstellen- und sektorenübergreifende elektronische Kommunikation erfolgt nach festgelegten Standards. Eine Evaluation der Kooperationsverträge ist künftig auch im zahnärztlichen Bereich Pflicht.</p> <p>Die medizinische Versorgung von Pflegebedürftigen (in Heimen oder im häuslichen Umfeld) soll im ärztlichen sowie psychotherapeutischen Bereich durch Videosprechstunden und Online-Konferenzen verbessert werden. Die Videosprechstunde soll für alle GKV-Versicherten weiterentwickelt werden. Die Beschränkung auf die bisherigen Indikationen entfällt. Künftig liegt es allein im Ermessen des behandelnden Arztes, in welchen Fällen er (in Absprache mit dem Patienten) eine Videosprechstunde für sachgerecht und medizinisch vertretbar hält. Eine entsprechende Anpassung hat durch den Bewertungsausschuss mit Wirkung zum 1.4.2019 zu erfolgen. Dabei sind die Besonderheiten bei der Versorgung von Pflegebedürftigen in Heimen oder der häuslichen Umgebung (durch entsprechende Zuschläge zur Videosprechstunde für Fallkonferenzen mit der Pflegekraft) sowie jene bei der psychotherapeutischen Versorgung zu berücksichtigen.</p> <p>Die bereits im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) enthaltenen Fallkonferenzen (z. B. bei der Palliativversorgung oder beim Mammografie-Screening) dürfen künftig ebenfalls digital erbracht und entsprechend abgerechnet werden.</p> <p>Das digitale Leistungsangebot in Form von Videosprechstunden und Online-Fallkonferenzen wird bei Kooperationen nach § 119b SGB V für die Versorgung Pflegebedürftiger und Menschen mit</p>

	<p>Behinderungen auf den zahnärztlichen Bereich ausgeweitet. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben eine Vereinbarung zu den technischen Vorgaben und zur sicheren Durchführung der digitalen Leistungen zu treffen. Der Bewertungsausschuss Zahnärzte hat dann den Auftrag, die neuen Leistungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab für Zahnärzte abzubilden.</p>
Stationäre Altenpflege	<p>Für vollstationäre Altenpflegeeinrichtungen sind rund 13.000 neue Stellen geplant (Umfang rund 640 Mrd. €). Die Zuteilung der zusätzlichen Stellen (möglich ist auch eine entsprechende Aufstockung von Teilzeitstellen) richtet sich dabei nach der Größe der Einrichtungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einrichtungen ≤ 40 Bewohner: ½ Pflegestelle • Einrichtungen mit 41 - 80 Bewohnern: 1 Pflegestelle • Einrichtungen mit 81 - 120 Bewohnern: 1,5 Pflegestellen • Einrichtungen > 120 Bewohner: 2 Pflegestellen <p>Für die zusätzlichen Stellen ist ein Antrag erforderlich. Sofern eine Stellenbesetzung mit Pflegefachkräften nicht möglich ist, darf nach vier Monaten eine Pflegehilfskraft (die sich zur Pflegefachkraft ausbilden lässt) eingesetzt werden.</p> <p>Finanzierung: Jährlicher, pauschaler Beitrag der GKV an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung (der GKV-SV erhebt hierfür bei den Krankenkassen eine Umlage pro Versicherten); anteilige Beteiligung der privaten Pflegeversicherung entsprechend der Zahl der Pflegebedürftigen.</p> <p>Anstelle des bisherigen Pflege-TÜV tritt ab dem 1.10.2019 in der vollstationären Altenpflege das von der Selbstverwaltung entwickelte neue System der Qualitätsprüfung und -darstellung mit einem Verfahren zur Messung und Darstellung von Ergebnisqualität verpflichtend in Kraft.</p>
Ambulante Alten- und Krankenpflege	<p>Künftig werden Wegezeiten in der ambulanten Alten- und Krankenpflege im ländlichen Raum durch einen unbürokratischen Wegezeitenzuschlag besser vergütet, wenn die Versorgung nur über längere Anfahrtszeiten sichergestellt werden kann. Darüber hinaus sind die Krankenkassen verpflichtet, auch in der häuslichen Krankenpflege künftig Tariflöhne zu akzeptieren.</p>
Krankenhäuser	<p>Ab 2020 werden die Pflegepersonalkosten in den Kliniken fallpauschalenunabhängig und krankenhausindividuell durch ein zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen vor Ort zu vereinbarendes klinikindividuelles Pflegebudget (für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen) abgegolten. Verhandlungsgrundlage bilden die von den Krankenhäusern geplante und nachgewiesene Pflegepersonalausstattung und die entsprechenden Kosten. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind zurückzuzahlen. Die DRG (Diagnosis Related Groups) werden um den entsprechenden</p>

Pflegepersonalkostenanteil bereinigt. Krankenhäuser können bis zu 3% des Pflegebudgets für **pflegeentlastende Maßnahmen** ausgeben. Eventuelle, mit der Umstellung verbundene Budgetverluste werden im Jahr 2020 auf 2% und im Jahr 2021 auf 4% begrenzt.

Der **Fixkostendegressionsabschlag** zur Mengensteuerung wird bundeseinheitlich auf 35% festgelegt. Die Vereinbarung der Höhe der Zu- und Abschläge bei der **stationären Notfallversorgung** muss künftig unabhängig vom Landesbasisfallwert erfolgen.

Die Kosten für **lineare und strukturelle Tarifsteigerungen im Pflegebereich** werden (rückwirkend für 2018) in voller Höhe von den Kostenträgern (GKV und PKV) übernommen (bisher hälftige Refinanzierung).

Das **Pflegestellen-Förderprogramm** wird über das Jahr 2018 hinaus weiterentwickelt. Ab 2019 müssen die Kostenträger jede zusätzliche oder aufgestockte Stelle für die Pflege am Bett vollständig refinanzieren, wobei für die zusätzlichen Mittel künftig weder eine Obergrenze noch ein Eigenanteil der Krankenhäuser (bisher 10%) gilt. Die laufenden Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms verbleiben bei zweckentsprechendem Einsatz beim einzelnen Krankenhaus (andernfalls Rückzahlungsverpflichtung).

Der **Pflegezuschlag** (500 Mio. Euro) wird ab 2020 abgeschafft und in Höhe von rund 200 Mio. Euro in die Landesbasisfallwerte (zur Finanzierung anderer Personalkosten) überführt. Weitere rund 50 Mio. Euro aus dem Pflegezuschlag stehen ab 2020 für die Förderung versorgungsrelevanter kleiner Krankenhäuser in ländlichen Gebieten zur Verfügung.

Der **Krankenhausstrukturfonds** (Volumen: 1 Mrd. Euro/Jahr) zur Anpassung der Krankenhausstrukturen an den regionalen Versorgungsbedarf sowie zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung wird ab 2019 für 4 Jahre fortgeführt und ausgebaut. Die Länder haben die Pflicht, das in den Haushaltsplänen der Jahre 2015 - 2017 zu diesem Zweck veranschlagte durchschnittliche Fördervolumen in den Jahren 2019 - 2022 aufrechtzuerhalten und es um den von ihnen zu tragenden Kofinanzierungsanteil zu erhöhen. Im Rahmen des Fonds sollen künftig medizinische Kompetenzzentren für seltene oder schwerwiegende Erkrankungen, zentralisierte Notfallstrukturen und telemedizinische Netzwerke besonders berücksichtigt und die Anreize zum Bettenabbau erhöht werden. Förderfähig sind auch digitale Anwendungen mit dem Potenzial struktureller Verbesserungen der stationären Versorgung (z. B. telemedizinische Vernetzung von Kliniken).

	<p>Künftig sind über den Krankenhausstrukturfonds auch Investitionen in die Ausbildungsstätten bzw. die Schaffung neuer Ausbildungskapazitäten für Pflegepersonal förderfähig. Die Ausbildungsvergütungen im ersten Ausbildungsjahr werden ab 2019 in der (Kinder)Krankenpflege und der Krankenpflegehilfe vollständig von den Kostenträgern übernommen (bislang nur anteilig). Sofern eine Ausbildungsvergütung vereinbart wurde, erfolgt künftig eine Finanzierung der Ausbildungsvergütungen für alle im Krankenhausfinanzierungsgesetz genannten Ausbildungsberufe. Bei der Vereinbarung der Ausbildungsbudgets finden künftig die tatsächlichen Kostensteigerungen - ohne Obergrenze - Anwendung.</p> <p>Maßnahmen der Krankenhäuser zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf werden für einen Zeitraum von sechs Jahren hälftig von den Kostenträgern finanziert.</p> <p>Die Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen werden weiterentwickelt und auf weitere pflegeintensive Bereiche (Neurologie und Herzchirurgie bis 31.8.2019; weitere Bereiche bis 1.1.2020) ausgedehnt. Bei Unterschreitung greifen Sanktionen. Ab 2020 greift eine Mindestpflegpersonalausstattung (jeweils für das gesamte Krankenhaus), deren Einhaltung anhand der Relation von eingesetztem Pflegepersonal zum individuellen Pflegeaufwand eines Krankenhauses (sog. Pflegequotient) überprüft wird. Bei Unterschreitung eines noch festzulegenden Wertes drohen künftig Sanktionen in Form von Mittelkürzungen.</p> <p>Krankenkassen haben den Krankenhäusern künftig Informationen zur Pflegebedürftigkeit ihrer Versicherten mitzuteilen, um die seit 2018 mögliche Abrechnung des erhöhten Pflegeaufwands bei pflegebedürftigen Klinikpatienten zu erleichtern.</p> <p>Um die Stroke Units zu stützen und die teilweise erheblichen finanziellen Einbußen der Krankenhäuser abzufedern, die sich in Folge von BSG-Urteilen durch Rückforderungen der Kassen bei abgeschlossenen Behandlungsfällen (insbesondere bei der Abrechnung von Komplexleistungen zur Schlaganfallbehandlung) ergeben, wird die Verjährungsfrist für Rückforderungsansprüche der Krankenkassen auf zwei Jahre verkürzt. Ferner darf das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information rückwirkend Klarstellungen zum Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) und zur Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) vornehmen.</p>
<p>Pflegepersonal</p>	<p>Die Krankenkassen stellen künftig über 70 Mio. Euro pro Jahr für die betriebliche Gesundheitsförderung der Beschäftigten in Kliniken/Pflegeeinrichtungen bereit. Der gesetzlich vorgesehene Mindestausgabenwert der Kassen für Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung steigt von gegenwärtig 2,15 Euro pro Versicherten und Jahr auf 3,15 Euro. Die nationale Präventionsstrategie wird um spezifische und gemeinsame Ziele der Sozialversicherungsträger und weiterer Akteure zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit des Personals in der Alten- und Krankenpflege ergänzt. Eine Verbesserung bzw. ein Ausbau der Beratung und Unterstützung der Krankenhäuser/Pflegeeinrichtungen durch die regionalen Koordinierungsstellen der Krankenkassen ist vorgesehen.</p>

	<p>Die Situation des Pflegepersonals ist unter anderem hinsichtlich der Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu verbessern. Zu diesem Zweck werden in einem Zeitraum von sechs Jahren Maßnahmen in der Kranken- und Altenpflege finanziell unterstützt, die "besondere Betreuungsbedarfe" abdecken bzw. die Familienfreundlichkeit verbessern (z. B. verlängerte Kita-Öffnungszeiten).</p>
Pflegende Angehörige/Pflegebedürftige	<p>Für pflegende Angehörige ist ein niedrigschwelliger Zugang zu stationären medizinischen Rehabilitationsleistungen (Zuständigkeit bei Erwerbstätigkeit verbleibt bei der gesetzlichen Rentenversicherung) vorgesehen. Auf ärztliche Verordnung und mit Genehmigung der Krankenkasse ist eine stationäre Rehabilitation auch dann möglich, wenn aus medizinischer Sicht eine ambulante Rehabilitation ausreichen würde. Eine gleichzeitige Mitbetreuung der pflegebedürftigen Person in der Reha-Einrichtung ist möglich. Andernfalls haben die Kranken- und Pflegekasse die Betreuung zu organisieren.</p> <p>Das Verfahren der Kostenübernahme für den Transport von Pflegebedürftigen/Behinderten in die (Zahn-)Arztpraxis und/oder zum Heilmittelerbringer durch die Krankenkasse wird vereinfacht. Für Taxifahrten zur ambulanten Behandlung von Menschen mit Behinderungen/Pflegebedürftigen ab Pflegestufe 5 genügt künftig eine ärztliche Verordnung (eine explizite Genehmigung ist nicht mehr erforderlich).</p> <p>Begleitpersonen, die bei der stationären Krankenhausbehandlung von Patienten aus medizinischen Gründen erforderlich sind, können auch außerhalb des Krankenhauses untergebracht werden, sofern eine Mitaufnahme ausgeschlossen ist.</p>
Digitalisierung in der Pflege	<p>Ambulante/stationäre Pflegeeinrichtungen erhalten im Rahmen einer vierzigprozentigen Kofinanzierung durch die Pflegeversicherung einmalig bis 12.000 Euro je Investition in die digitale oder technische Ausrüstung (maximaler Förderumfang: 30.000 Euro je Einrichtung). Die Mittel sind zweckgebunden für Digitalisierungsmaßnahmen einzusetzen, wobei das Ziel eine Entlastung der Pflegekräfte ist (Gebiete: Pflegedokumentation, Abrechnung, Kooperation mit Ärzten, Dienst- und Tourenplanung, internes Qualitätsmanagement, Erhebung von Qualitätsindikatoren, Aus-, Fort- und Weiterbildung).</p> <p>Der Anwendungsbereich der Videosprechstunde wird auf Heimbewohner und Pflegebedürftige in der häuslichen Umgebung ausgeweitet (siehe Ärzte- und Zahnärzte).</p>
Selbsthilfeförderung in der Pflege	<p>Die Selbsthilfeförderung in der Pflege wird vereinfacht und der Finanzierungsanteil der Pflegeversicherung von 50 auf 75 Prozent erhöht. Zu diesem Zweck steigen die von der Pflegeversicherung je Kalenderjahr zur Verfügung gestellten Mittel von 0,10 Euro auf 0,15 Euro je Versicherten (bzw. von rund 8 auf rund 12 Mio. Euro). Ferner sind künftig Gründungszuschüsse und die Unterstützung von Selbsthilfeorganisationen auch auf Bundesebene möglich.</p>