

Stellungnahme
der Deutschen Krankenhausgesellschaft
zu den Änderungsanträgen 19 (14) 320.1
(Stand: 2. Juni 2021)
zum Entwurf eines
Gesetzes zur Weiterentwicklung der
Gesundheitsversorgung (GVWG)

vom 4. Juni 2021

Inhaltsverzeichnis

Allgemeiner Teil	3
Besonderer Teil	7
Zu den Änderungsanträgen der Fraktionen CDU/CSU und SPD vom 2. Juni 2021	
Bundestags-Drucksache 19 (14) 320.1	7
Zu Änderungsantrag Nr. 1, c (§ 39e SGB V neu – Übergangspflege im Krankenhaus).....	7
Zu Änderungsantrag Nr. 1, d (§ 64d SGB V neu – Verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten, bei denen es sich um die selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf Pflegefachkräfte).....	8
Zu Änderungsantrag Nr. 1, g (§ 132m SGB V neu - Versorgung mit Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus).....	9
Zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsentwicklungsgesetz - GVWG)	
Bundestags-Drucksache 19/26822	10
Zu Artikel 1 Nr. 41 d) GVWG (§ 136b Abs. 5 SGB V - Ausnahmetatbestand flächendeckende Versorgung (Mindestmengenregelung))	10
Zu den Formulierungshilfen für Änderungsanträge Nr. 20 - 41 mit Stand 11. Mai 2021 und Nr. 42 bis 54 mit Stand 18. Mai 2021	12
Zu Formulierungshilfe Nr. 27 (§ 110a SGB V – Befugnis zur Datenübermittlung bei Qualitätsverträgen)	12
Zu Formulierungshilfe Nr. 31 (§ 137a SGB V – Eigenständige Patientenbefragung).....	14
Zu Formulierungshilfe Nr. 33 (§ 137i SGB V – Pflegepersonaluntergrenzen).....	16
Zu Formulierungshilfe Nr. 34 (§ 137k SGB V – Personalbemessung im Krankenhaus)	18
Zu Formulierungshilfe Nr. 36 (§ 277 SGB V - Mitteilungspflichten).....	22
Zu Formulierungshilfe Nr. 38 (Artikel 5 Nummer 2 (§ 17b des Krankenhausfinanzierungs- gesetzes), Artikel 6 Nummer 2a, Nummer 4 (§§ 6a, 9 des Krankenhausentgeltgesetzes) Ergänzungen der Regelungen zum Pflegebudget.....	26
Zu Formulierungshilfe Nr. 40 (§ 2a TPG – Erweiterung des Zeitpunkts für die Zulässig- keit der Abfrage beim Register für Erklärungen zur Organ- und Gewebespende)	31
Zu Formulierungshilfe Nr. 48 (§ 2 Abs. 4 DRKG – Ausbildung Pflegekräfte aus Dritt- staaten, Anpassung DRKG).....	32
Zu Formulierungshilfe Nr. 50 (§ 120 SGB V - Vergütung ambulanter Krankenhaus- leistungen (ambulante Notfallversorgung, Ersteinschätzungsverfahren)	33
Zu Formulierungshilfe Nr. 53 (§ 301 SGB V – Befugnis zur elektronischen Übermittlung von Anträgen auf Anschlussrehabilitation von Krankenhäusern).....	37
Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf – Landesbasisfallwertverhandlun- gen 2022	39

Allgemeiner Teil

Die Krankenhäuser begrüßen die Intention und Zielrichtung des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes sowie des vorgelegten Änderungsantrages zur Übergangspflege im Krankenhaus. Im Folgenden nehmen die Krankenhäuser zu diesem Änderungsantrag, zu den zentralen Reformvorschlägen des Gesetzentwurfes und weiteren zwischenzeitlich bekannt gewordenen Formulierungshilfen für Änderungsanträge Stellung. Ergänzend machen wir auf weiteren dringenden, noch in dieser Legislaturperiode umzusetzenden gesetzlichen Handlungsbedarf aufmerksam.

Krankenhäuser begrüßen Einführung der Übergangspflege

Die Krankenhäuser begrüßen ausdrücklich, dass die Krankenhäuser in Zukunft und unter bestimmten Voraussetzungen Leistungen der Kurzzeitpflege erbringen dürfen und die Krankenkassen verpflichtet werden, diese sachgerecht zu vergüten. Krankenhäuser werden in der Praxis vielfach mit dem Problem konfrontiert, dass Patientinnen und Patienten zwar nicht mehr akut stationär behandlungsbedürftig sind, aber einer Anschlussbehandlung bedürfen. Die Unterbringung in einer entsprechenden Einrichtung oder die Entlassung der Patientin/des Patienten in ihr/sein Zuhause scheidet oftmals aus, da entweder keine entsprechenden Kapazitäten in geeigneten Einrichtungen zur Verfügung stehen oder die häusliche Pflege nicht möglich ist. Werden Patientinnen und Patienten in diesen Fällen aus sozialen Gründen nicht entlassen, sondern verbleiben sie im Krankenhaus, führt dies häufig zu MD-Prüfungen mit der Folge, dass – formal korrekt, da eine medizinische Behandlungsbedürftigkeit in diesen Fällen nicht besteht – eine sekundäre Fehlbelegung festgestellt wird, die zu Rechnerkürzungen zu Lasten der Krankenhäuser führt. Die geplante Einführung der Übergangspflege verbessert die Versorgung und könnte die geschilderten Probleme abmildern.

Ambulante Notfallversorgung ganzheitlich und nachhaltig reformieren – Beauftragung des G-BA zum Ersteinschätzungsverfahren zurücknehmen

Die Beauftragung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), ein Ersteinschätzungsverfahren für die ambulante Notfallversorgung im Krankenhaus zu entwickeln, sollte zurückgenommen werden. Die Versorgungsmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten werden durch die Einführung eines solchen Systems nicht verbessert. Vielfach sind die Krankenhäuser aufgrund der regionalen Erreichbarkeit oder wegen der direkten Zuweisung aus dem niedergelassenen Bereich die geeignete Anlaufstelle für ambulante Notfälle. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den ärztlich geleiteten Notfallambulanzen der Krankenhäuser sind qualifiziert, jederzeit die Behandlungsnotwendigkeit und Behandlungspriorität der Patientinnen und Patienten sachgerecht zu bewerten. Entsprechende Einschätzungen nehmen sie bei allen Patientinnen und Patienten tagtäglich vor. Hinzu kommt, dass Krankenhäuser ab der Basisnotfallversorgung durch die Vorgaben des G-BA zum gestuften System der Notfallstrukturen schon heute ver-

pflichtet sind, die Priorisierung der Behandlung anhand eines strukturierten und validierten Systems vorzunehmen. Die Einführung des geplanten Ersteinschätzungsverfahrens würde darüber hinaus erhebliche haftungsrechtliche Fragen aufwerfen, für die der Gesetzentwurf und auch die vorgelegten Änderungsanträge keine Antworten vorsieht. Auch vor diesem Hintergrund schließen sich die Krankenhäuser der Forderung des Bundesrates an, die Beauftragung des G-BA aus dem Gesetzentwurf zu streichen und stattdessen in der nächsten Legislaturperiode eine grundlegende und nachhaltige Reform der sektorenübergreifenden Notfallversorgung auf den Weg zu bringen.

Flächendeckende Versorgung sicherstellen – Länderrechte bei den Mindestmengenvorgaben erhalten

Äußerst kritisch bewerten die Krankenhäuser die geplante Streichung des Rechts der Landesplanungsbehörden, zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung Leistungen zu bestimmen, für welche die Mindestmengenvorgaben des G-BA nicht anzuwenden sind. Die geplante Regelung gefährdet die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung und stellt einen unzulässigen Eingriff in die Krankenhausplanung und damit in die Gesetzgebungskompetenz der Länder dar. Es muss davon ausgegangen werden, dass die Länder von ihrem Ausnahmerecht nur im begründeten Fall Gebrauch machen werden. Die Krankenhäuser schließen sich daher der Forderung des Bundesrates, die Streichung der Ausnahmebefugnisse zurückzunehmen, ausdrücklich an. Gleiches gilt für die Regelung, nach der der G-BA in Zukunft nicht mehr die Möglichkeit haben soll, Ausnahmen für festgelegte Mindestmengen, insbesondere bei nachgewiesener, hoher Qualität, festzulegen. Auch diese Regelung muss zurückgenommen werden.

Selbstverwaltungsprinzip darf nicht konterkariert werden – Einigung der Selbstverwaltung zum Pflegebudget muss bestehen bleiben

Für erheblichen Unmut in den Krankenhäusern sorgt die geplante Regelung, wonach die von den Selbstverwaltungspartnern für das Jahr 2021 vereinbarten Konkretisierungen zum Pflegebudget rückwirkend auch für die bislang noch nicht vereinbarten Pflegebudgets für das Jahr 2020 gelten sollen. Im Dezember 2020 haben sich der GKV-SV und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) gemeinsam nach langem Ringen um einen guten Kompromiss darauf verständigt, die neuen Regelungen für das Vereinbarungsjahr 2020 ausdrücklich als Empfehlungen umzusetzen. Die nun vorgenommene Änderung konterkariert diesen Kompromiss und stellt letztlich das bewährte Selbstverwaltungsprinzip infrage. Vor allem aber würde die Regelung rückwirkend in ein bereits abgeschlossenes Wirtschaftsjahr und bereits geschlossene Sachverhalte eingreifen. Die Regelung verstößt damit gegen das Rechtsstaatsprinzip und ist nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts grundsätzlich verboten. Die betreffenden Regelungen sollten daher nicht in das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz aufgenommen werden.

Auch die geplante Verpflichtung des InEK, die Ergebnisse der Pflegebudgetverhandlungen auf dessen Internetseite krankenhausbezogen zu veröffentlichen, bewerten die Krankenhäuser äußerst kritisch. Die krankenhausbezogene Veröffentlichung der Pflegebudgetvereinbarungen würde nicht nur schützenswerte Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse der Krankenhäuser offenlegen. Da absehbar ist, dass die Kostenträger die veröffentlichten Pflegebudgets in Form eines Krankenhausvergleichs als Druckmittel in zukünftigen Budgetverhandlungen einsetzen werden, würde die Veröffentlichung vielmehr auch das politische Ziel einer Selbstkostendeckung im Bereich der Pflegepersonalkosten massiv konterkarieren. Dies kann so nicht gewollt sein. Auch diese Regelung darf nicht in das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz aufgenommen werden.

Personalbemessungsinstrument für die Pflege im Krankenhaus bereits jetzt einsetzen – PPR 2.0 ist startklar

Die Krankenhäuser bewerten die über einen Änderungsantrag auf den Weg gebrachte Beauftragung der Selbstverwaltungspartner, bis Ende 2024 ein Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument zu entwickeln und zu erproben als positiv. Die Krankenhäuser hätten sich allerdings gewünscht, dass bis dahin die von der DKG, dem Deutschen Pflegerat (DPR) und der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) gemeinsam entwickelte PPR 2.0 als Interimsinstrument zum Einsatz kommt. Die PPR 2.0 ist nachweislich unmittelbar einsatzfähig, elektronisch in die Krankenhausinformationssysteme (KIS) eingebunden und damit bestens geeignet, die äußerst dokumentationsaufwändigen Pflegepersonaluntergrenzen schon kurzfristig zu ersetzen. Nicht nachvollziehbar ist auch, dass die DKG aus eigenen Mitteln für die Hälfte der Entwicklungskosten des neuen Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrumentes aufkommen soll. Sachgerecht und systemkonform wäre vielmehr eine Finanzierung über einen gesonderten Pflegepersonal-Systemzuschlag analog der Systemzuschläge zur Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und des InEK.

Zeitlicher Rahmen für die Prüfung von Strukturmerkmalen unzumutbar (§ 275d SGB V) – gesetzliche Fristen anpassen

Die erheblichen Belastungen aller mit der stationären Versorgung befassten Beteiligten in Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie hat den Gesetzgeber dazu veranlasst, die Durchführung von Prüfungen von Strukturmerkmalen nach § 275d SGB V auf das Jahr 2022 zu verschieben. Auch wenn die Pandemiesituation langsam abflaut, agieren noch viele Krankenhäuser an ihrer Belastungsgrenze. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind aufgrund der langandauernden, außergewöhnlichen Belastungen durch die COVID-19-Pandemie noch nicht wieder in der Lage, weitere Aufgaben wahrzunehmen, die zu einer enormen Bindung von (Personal-)Ressourcen führen. Gelingt es den Krankenhäusern nicht, diese Vielzahl an Unterlagen und Nachweisen zu übermitteln, fällt die Vergütung für diese hochspezialisierten Leistungen weg. Das hat direkte Auswirkungen auf die medizinische Versorgung der Bevölkerung im kommenden Jahr.

Hinzu kommt, dass der MDS in seinem Entwurf für eine Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V zur Durchführung von Strukturprüfungen vorsieht, dass Krankenhäuser bis zum 30.06. eines Jahres die Durchführung einer Strukturprüfung zu beantragen haben, um eine zeitgerechte Bearbeitung sicher zu stellen. Leider liegt die Richtlinie in ihrer genehmigten Fassung erst seit Ende Mai 2021 vor. Nachdem das BMG nun drei Monate gebraucht hat, die Richtlinie zu prüfen, sollen den Krankenhäusern nun nur fünf Wochen Zeit bleiben, alle Belege, Unterlagen und Nachweise zusammenzustellen. Dieses Zeitfenster wäre schon unter normalen Rahmenbedingungen aufgrund des von den Krankenhäusern zu bewältigenden Aufwandes als viel zu knapp zu beurteilen; unter den aktuellen Rahmenbedingungen der immer noch bestehenden COVID-19-Pandemie gilt dies erst recht. Eine aktuelle Blitzumfrage des Deutschen Krankenhausinstitutes kam zum Ergebnis, dass rund die Hälfte der Krankenhäuser, die 21 oder mehr OPS-Codes nach MDS-Richtlinie erbringen, die erforderlichen Nachweise und Unterlagen nicht bis Ende Juni 2021 vorhalten können. Bei 30 % dieser Krankenhäuser ist aktuell unsicher, ob sie die Frist einhalten werden können.

Daher ist es dringend geboten, den Beginn der Durchführung der Strukturprüfungen vom Jahr 2022 auf das Jahr 2023 zu verschieben. Hilfsweise könnte eine Verschiebung von mindestens drei Monaten vorgenommen werden, so dass die Krankenhäuser drei Monate mehr Zeit hätten, um alle erforderlichen Unterlagen zusammenzustellen.

Faire Vorgaben für die Verhandlungen der Landesbasisfallwerte 2022 - vollen Orientierungswert ermöglichen

Die gesamtwirtschaftlichen Bedingungen der Pandemie machen eine Anpassung der Rahmenbedingungen für die Landesbasisfallwertverhandlungen 2022 notwendig. Angesichts der wirtschaftlichen Entwicklung im Pandemiejahr 2021 wird die Veränderungsrate 2022 („Grundlohnrate“) vermutlich deutlich niedriger als in den Vorjahren ausfallen. Wenngleich der für die Landesbasisfallwertverhandlungen ebenfalls heranzuziehende Orientierungswert vermutlich höher ausfallen wird, ist schon jetzt abzusehen, dass unter den geltenden gesetzlichen Rahmenbedingungen eine Erhöhung der Landesbasisfallwerte bzw. Krankenhausbudgets entsprechend der für das Jahr 2022 zu erwartenden Kostensteigerungen im Personal- und Sachkostenbereich nahezu unmöglich sein wird. Insbesondere die Personalkosten werden aufgrund der Tarifentwicklung absehbar erneut deutlich ansteigen.

Die Krankenhäuser haben unter Berücksichtigung der pandemiebedingten Rahmenbedingungen und mit Bedacht einer möglichst minimalistischen Gesetzesanpassung einen pragmatischen Lösungsansatz für das Jahr 2022 entwickelt: als Ausnahmeregelung für das Jahr 2022 ist der volle Orientierungswert als Veränderungswert vorzugeben, falls dieser oberhalb der Veränderungsrate liegt. Auch wenn der Orientierungswert aufgrund seiner systematischen Schwächen die Personal- und Sachkostenentwicklung der Krankenhäuser nicht zeitnah und sachgerecht abbilden kann, so ist er doch unter den aktuellen gesamtwirtschaftlichen Bedingungen der Pandemie die bessere Referenzgröße.

Die dazugehörigen und weiteren Gesetzesänderungsvorschläge können dem besonderen Teil der Stellungnahme entnommen werden.

Besonderer Teil

Zu den Änderungsanträgen der Fraktionen CDU/CSU und SPD vom 2. Juni 2021 – Bundestags-Drucksache 19 (14) 320.1

Zu Änderungsantrag Nr. 1, c (§ 39e SGB V neu – Übergangspflege im Krankenhaus)

Beabsichtigte Neuregelung

Künftig soll ein Anspruch des Versicherten auf unmittelbar im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erfolgende Übergangspflege in demjenigen Krankenhaus, in dem die Behandlung erfolgt ist, bestehen, sofern erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem SGB XI nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können. Dieser Anspruch auf Übergangspflege umfasst die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung sowie Grund- und Behandlungspflege der Versicherten, Unterkunft und Verpflegung sowie Entlassmanagement. Der Anspruch auf Übergangspflege besteht für maximal 10 Tage je Krankenhausbehandlung. Das Vorliegen der Voraussetzungen für Übergangspflege ist vom Krankenhaus zu dokumentieren, eine entsprechende Vereinbarung über das Nähere zur Dokumentation ist von GKV-SV, PKV-Verband und DKG innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten des § 39e SGB V abzuschließen, andernfalls legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG die Inhalte ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von weiteren sechs Wochen fest.

Stellungnahme

Die Aufnahme der Möglichkeit eines Krankenhauses, Leistungen der Kurzzeitpflege erbringen zu dürfen und der Verpflichtung der Krankenkasse, diese Leistungen zu vergüten, ist ausdrücklich zu begrüßen. Eine entsprechende gesetzliche Verankerung wird seit langem von der DKG gefordert, da die bestehende Gesetzeslage die Problematik der aus sozialen Gründen erfolgenden Unterbringung von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus nicht lösen kann.

Die nunmehr in § 39e SGB V – neu – verankerte Regelung, die den Anregungen der DKG für eine sachgerechte Ausgestaltung der Übergangspflege weitgehend Rechnung getragen hat, eröffnet Krankenhäusern für diese in der Praxis vielfach anzutreffende Problematik der fehlenden Anschlussversorgung den Weg zu einer angemessenen Lösung.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Änderungsantrag Nr. 1, d (§ 64d SGB V neu – Verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten, bei denen es sich um die selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf Pflegefachkräfte)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen werden verpflichtet, gemeinsam in jedem Bundesland mindestens ein Modellvorhaben zur Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt, auf Pflegefachkräfte mit einer Zusatzqualifikation nach § 14 des Pflegeberufgesetzes durchzuführen. Die Spitzenorganisationen nach § 132a Absatz 1 Satz 1 SGB V und die Kassenärztliche Bundesvereinigung sollen in einem Rahmenvertrag die Einzelheiten bis zum 31. März 2022 festlegen. Der Bundespflegekammer und den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene und der Bundesärztekammer ist die Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Stellungnahme

In der Konzertierten Aktion Pflege wurde vereinbart, dass in dem vom BMG initiierten Strategieprozess zur interprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheits- und Pflegebereich Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V durchgeführt werden und ein Rahmenvertrag zu schließen ist. Die DKG, als einer der Vereinbarungspartner der Konzertierten Aktion Pflege und zudem handelnd für die Krankenhausträger, die gleichzeitig Träger zahlreicher Pflegeschulen und praktischer Aus- und Weiterbildungsplätze sind, bittet somit auch um die Möglichkeit der Stellungnahme vor Abschluss des Rahmenvertrages.

Änderungsvorschlag

§ 64d Abs. 1 Satz 4 SGB V neu ist wie folgt zu fassen:

„Der Bundespflegekammer und den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene, ~~und~~ **der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft** ist vor Abschluss des Rahmenvertrages Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“

Zu Änderungsantrag Nr. 1, g (§ 132m SGB V neu - Versorgung mit Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus)

Beabsichtigte Neuregelung

Folgevorschrift zu § 39e SGB V. Die Einzelheiten der Versorgung mit einer Übergangspflege im Krankenhaus nach § 39e SGB V sowie deren Vergütung sind in Landesverträgen zu regeln.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen ausdrücklich, dass die Vergütung der Übergangspflege in Landesverträgen zu regeln ist, da somit erkennbar wird, dass die Übergangspflege in Ergänzung zur akutstationären Versorgung und somit außerhalb des DRG-Systems zu vergüten ist.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz - GVWG) Bundestags-Drucksache 19/26822

Zu Artikel 1 Nr. 41 d) GVWG (§ 136b Abs. 5 SGB V - Ausnahmetatbestand flächendeckende Versorgung (Mindestmengenregelung))

Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige Absatz 5 des § 136b SGB V soll gestrichen und damit der Ausnahmetatbestand zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung abgeschafft werden.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser lehnen die Streichung des bisherigen § 136b Absatz 5 SGB V ab. Struktur und Angebot an Krankenhausleistungen müssen auf den Bedarf der Bevölkerung abgestimmt sein. Die Ziele des Krankenhausplanungsrechts, Versorgungssicherheit und Bedarfsdeckung zu schaffen, sind mit den Zielen der Qualitätssicherung in Einklang zu bringen. Mit der krankenhauserplanerischen Ausnahmeregelung in § 136b Abs. 5 SGB V – alt – war dies gewährleistet. Auf diese Weise war ein unzulässiger Eingriff in die Krankenhausplanung und damit in die Gesetzgebungskompetenz der Länder durch den Bundesgesetzgeber ausgeschlossen.

Im Übrigen hat der Ausnahmetatbestand nach § 136b Abs. 5 SGB V – alt – im Rahmen der Entscheidungsfindung der Krankenhauseite bzw. der DKG im G-BA zur Festlegung oder Anpassung von bereits bestehenden Mindestmengen Eingang und bei etwaigen Entscheidungen entsprechend Berücksichtigung gefunden. Einer Gefahr für die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung durch das Qualitätssicherungsinstrument Mindestmengen muss mithilfe von Ausnahmeregelungen zu Mindestmengen von vornherein entgegengewirkt werden. Die Einschätzung der Gefährdung muss hierbei in der spezifischen Versorgungssituation des Landes begründet sein und kann nicht auf allgemeinen, vom G-BA vorgenommenen Erwägungen basieren. Vielmehr muss das Land eine das individuelle Krankenhaus betreffende Abwägung zwischen den positiven Effekten und den negativen Auswirkungen einer strikten Umsetzung der festgelegten Mindestmenge vornehmen können. So ist es im Falle einer über den Ausschluss von Gelegenheitsversorgung hinausgehenden Mindestmenge wahrscheinlich, dass durch ein Krankenhaus in einem Flächenland, das die Mindestmenge zwar geringfügig unterschreitet aber eine hohe Qualität nachweist, keine negativen Effekte sondern vor allem positive Effekte auf die Versorgung erreicht werden können.

Keinen Ersatz für § 136b Abs. 5 SGB V – alt – bietet die in der Gesetzesbegründung erwähnte Folgenabschätzung durch den G-BA. Zwar werden in diesem Rahmen etwaige Standortschließungen, Umverteilungen von Patienten sowie geänderte

Entfernungen und Fahrzeiten zu den verbleibenden Standorten betrachtet, allerdings handelt es sich hierbei nur um Näherungswerte auf Grundlage einer Datenlage, die grundsätzlich ca. zwei Jahre zurückliegt. Auch kann im Rahmen der Beratungen im G-BA nicht auf einzelne Krankenhausstandorte eingegangen und für diese pauschal eine grundsätzliche Ausnahme von der Mindestmenge geschaffen werden. Der G-BA setzt in dieser Hinsicht regelmäßig und ganz bewusst auf die Möglichkeit der Länder zur Feststellung eines Ausnahmetatbestand zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung, da nur die Länder im Einzelfall das aktuelle und regionale Versorgungsgeschehen umfassend abschätzen können.

Änderungsvorschlag

Die Neuregelung in § 136b Abs. 5 SGB V ist ersatzlos zu streichen und in der alten Fassung beizubehalten.

Zu den Formulierungshilfen für Änderungsanträge Nr. 20 - 41 mit Stand 11. Mai 2021 und Nr. 42 bis 54 mit Stand 18. Mai 2021

Zu Formulierungshilfe Nr. 27 (§ 110a SGB V – Befugnis zur Datenübermittlung bei Qualitätsverträgen)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit Ergänzung des Satzes 5 in § 110a Absatz 1 werden die Vertragsparteien von Qualitätsverträgen gesetzlich befugt und verpflichtet, Vertragsdaten, die nach § 136b Absatz 8 Satz 5 (neu) veröffentlicht werden sollen und die für die Evaluation der Qualitätsverträge erforderlich sind, an das IQTIG zu übermitteln.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser sehen die normative Regelung zur Übermittlung erforderlicher Informationen unter Nennung der vorgesehenen Zwecke als sinnvoll an. Die mit Verweis auf § 136b Absatz 8 Satz 5 neu vorgesehene Veröffentlichung von Vertragsdaten ist mit ihrem verpflichtenden Charakter kritisch zu bewerten und sollte eine Anpassung durch optionale Zustimmung der Vertragspartner zur Informationsveröffentlichung erfahren.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Formulierungshilfe Nr. 28 (§ 117 Abs. 3c SGB V - Weiterleitung der Vergütungsanteil von PiA)

Stellungnahme

Die Krankenhäuser lehnen die Informationsweitergabe der Höhe der Ausbildungskosten sowie die Information zu den weitergeleiteten Vergütungsanteilen an die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) vollumfänglich ab. Es ist nicht angemessen und ein absolutes Novum, dass eine berufsständische Kammer diese Informationen zur Verfügung gestellt bekommt und diese dann als bundesweite Übersicht veröffentlicht. Darüber hinaus ist vollkommen unklar, wie und auf welchem Weg und in welcher Frequenz die Informationen zur Verfügung zu stellen wären. Die Regelung ist folglich aus datenschutzrechtlicher Perspektive kritisch zu hinterfragen. Auch ist unklar, ob die Informationssammlung mit den satzungsgemäßen Aufgaben der BPtK deckungsgleich ist; andernfalls wird das Aufgabenspektrum an dieser Stelle über den eigentlichen satzungsgemäßen Auftrag hinaus erweitert.

Zu Formulierungshilfe Nr. 31 (§ 137a SGB V – Eigenständige Patientenbefragung)

Beabsichtigte Neuregelung

Das Wort „ergänzende“ soll gestrichen werden, um klarzustellen, dass Patientenbefragungen im Rahmen von Qualitätssicherungsverfahren auch eigenständig genutzt werden können.

Stellungnahme

Die in der Begründung aufgeführte Maßgabe, dass die Konsequenzen aus den Ergebnissen von Patientenbefragungen im jeweiligen Versorgungskontext zu beurteilen sind, wird im G-BA nicht konsequent beachtet. Stattdessen werden die gleichen Konsequenzen vorgesehen, wie in den klassischen datengestützten Qualitätssicherungsverfahren. Die Ergebnisse von Patientenbefragungen werden aber anonym und aggregiert berichtet, sodass keine Einzelfallbetrachtung möglich und nur eine eingeschränkte Beeinflussbarkeit durch das Krankenhaus gegeben ist. Bei einer eigenständigen Etablierung von Patientenbefragungen muss zwingend beachtet werden, dass die Ergebnisse von Patientenbefragungen grundsätzlich andere Interpretationen und Aussagen ermöglichen, als dies bei den klassischen datengestützten Qualitätssicherungsverfahren der Fall ist, und aus diesem Grund andere Konsequenzen folgen müssen. Dies sollte in der Gesetzesbegründung betont werden.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Formulierungshilfe 32 (§§ 137e, 137h SGB V - Unterjährige Überprüfung und Anpassung der Voraussetzungen für die Vereinbarung eines krankenhausesindividuellen Entgelts für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden aufgrund einer Bewertung nach § 137h SGB V oder einer Erprobungsrichtlinie nach § 137e SGB V)

Stellungnahme

Eine sachgerechte Abbildung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im pauschalierenden Vergütungssystem ist eine grundlegende Voraussetzung für die Akzeptanz der Krankenhäuser von Studien, die vom G-BA im Rahmen von Erprobungsrichtlinien initiiert werden. Für die Krankenhäuser ist nachvollziehbar, dass das InEK seine Bewertung nach erfolgter Beschlussfassung nochmals prüfen soll. Dabei ist zu betonen, dass die fachliche Bewertung des InEK unabhängig von Beschlüssen des G-BA ausschließlich auf plausible Kostendaten abstellen kann und daher auf Grundlage der verfügbaren Daten erfolgt.

Zu Formulierungshilfe Nr. 33 (§ 137i SGB V – Pflegepersonaluntergrenzen)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Änderungsantrag soll klargestellt werden, dass die Pflegepersonaluntergrenzen auch zukünftig jährlich zu überprüfen bzw. weiterzuentwickeln sowie jedes Jahr neue pflegesensitive Bereiche festzulegen sind. Zudem soll die Frist für den Evaluationsbericht gemäß § 137i Abs. 6 SGB V um ein Jahr auf den 31.12.2023 verschoben werden.

Stellungnahme

Aus Sicht der Krankenhäuser wäre vielmehr ein Moratorium hinsichtlich der Pflegepersonaluntergrenzen – auch und gerade im Hinblick auf die Aufträge aus der Konzertierten Aktion Pflege, ein Interimsinstrument und ein Pflegepersonalbemessungsinstrument zu entwickeln, notwendig. Die Pflegepersonaluntergrenzen in der jetzigen Form sind kein zukunftsfähiges Instrument, das mit jedem Jahr noch bürokratischer und komplexer in der Anwendung wird. Auch eine Weiterentwicklung im Sinne pflegebedarfsorientierter Personalvorgaben ist bisher gescheitert. Es ist nicht davon auszugehen, dass dies in Zukunft mit dem vorhandenen Instrumentarium (Perzentilansatz und InEK-Pflegelastkatalog) noch gelingen wird. Gut 90 % der Krankenhäuser sprechen sich für eine Abschaffung der Pflegepersonaluntergrenzen aus, während gleichzeitig 2/3 der Krankenhäuser die Einführung eines Pflegepersonalbemessungsinstruments befürworten (DKI-Krankenhaus-Barometer 2020). Aus diesem Grunde fordert die DKG zusammen mit ver.di und dem DPR die kurzfristige Ablösung der Pflegepersonaluntergrenzen durch die im Auftrag der Konzertierten Aktion Pflege entwickelte PPR 2.0.

Auch die vorgesehene Ausweitung der Pflegepersonaluntergrenzen auf nochmals neue pflegesensitive Bereiche ist kritisch zu bewerten. Spätestens mit der Ausweitung der Pflegepersonaluntergrenzen auf die Innere Medizin, Allgemeinchirurgie und Pädiatrie sowie mit der derzeit geplanten Regelung für die Geburtshilfe/Gynäkologie ist zum einen der größte Teil des Leistungsspektrums im Krankenhaus erfasst. Zum anderen wurde mit der Ausweitung auf die o. g. Bereiche der gesetzlich vorgesehene Ansatz der pflegesensitiven Bereiche, d. h. die Identifikation von besonders vulnerablen Bereichen, ad absurdum geführt. Eine weitere, noch kleinteiligere Ausweitung auf (Sub-)Bereiche ist nach Auffassung der Krankenhäuser nicht zielführend.

Die DKG fordert daher, die Pflegepersonaluntergrenzen in dieser Form mit sofortiger Wirkung abzulösen und stattdessen die PPR 2.0 als verbindliches Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument einzuführen.

Die vorgesehene Verschiebung der Frist für den Evaluationsbericht gemäß § 137i Abs. 6 SGB V um ein Jahr ist hingegen grundsätzlich zu begrüßen und wurde gemeinsam von der DKG und dem GKV-Spitzenverband angeregt. Sofern die PPR 2.0 zeitnah verbindlich eingeführt wird und die Pflegepersonaluntergrenzen ablöst, könnte der vorgesehene Evaluationsbericht auch ganz entfallen.

Änderungsvorschlag

§ 137i Abs. 1 Sätze 1 bis 6 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft überprüfen bis zum 31. August ~~2019~~ **2021** im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung die in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen und vereinbaren im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung mit Wirkung zum 1. Januar 2020 ~~2~~ eine Weiterentwicklung **Fortschreibung** der in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung festgelegten pflegesensitiven Bereiche in Krankenhäusern sowie der zugehörigen Pflegepersonaluntergrenzen. ~~Darüber hinaus~~

~~1.~~

~~vereinbaren sie im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum 31. August 2019 mit Wirkung zum 1. Januar 2020 Pflegepersonaluntergrenzen mit Wirkung für alle gemäß zugelassenen Krankenhäuser für die pflegesensitiven Bereiche der Neurologie und Herzchirurgie,~~

~~2.~~

~~legen sie im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum 1. Januar eines Jahres, erstmals bis zum 1. Januar 2020, weitere pflegesensitive Bereiche in Krankenhäusern fest, für die sie Pflegepersonaluntergrenzen mit Wirkung für alle gemäß § 108 zugelassenen Krankenhäuser bis zum 31. August des jeweils selben Jahres mit Wirkung für das Folgejahr, erstmals bis zum 31. August 2020 mit Wirkung zum 1. Januar 2021, im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung vereinbaren.~~

Für jeden pflegesensitiven Bereich im Krankenhaus sind die Pflegepersonaluntergrenzen nach den Sätzen 1 und 2 differenziert nach Schweregradgruppen nach dem jeweiligen Pflegeaufwand, der sich nach dem vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus entwickelten Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand bestimmt, festzulegen. ~~Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat den Katalog zur Risikoadjustierung für Pflegeaufwand zum Zweck der Weiterentwicklung und Differenzierung der Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern jährlich zu aktualisieren.~~ Für die Ermittlung der Pflegepersonaluntergrenzen sind alle Patientinnen und Patienten gleichermaßen zu berücksichtigen. Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung nach **§136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 136a Absatz 5** und § 36a Absatz 2 Satz 2 bleiben unberührt.“

Einfügung eines neuen § 137i Absatz 7 SGB V:

„Die Pflegepersonaluntergrenzen gemäß Absatz 1 finden mit Einführung eines verbindlichen Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrumentes gemäß § 137k, spätestens jedoch zum 30. Juni 2022, keine Anwendung mehr.“

Zu Formulierungshilfe Nr. 34 (§ 137k SGB V – Personalbemessung im Krankenhaus)

Beabsichtigte Neuregelung

Durch einen neu aufzunehmenden § 137k in das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuchs wird die Entwicklung und Erprobung eines Pflegepersonalbedarfsbemessungsverfahrens im Krankenhaus geregelt. Dazu verständigen sich die DKG gemeinsam mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung zunächst auf eine Beschreibung des Inhalts der Beauftragung sowie einen Zeitplan mit konkreten Zeitzielen für die Entwicklung und Erprobung der näher ausgeführten Vorgaben. Die Entwicklung und Erprobung soll bis zum 31. Dezember 2024 abgeschlossen sein.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen den Änderungsantrag, mit dem – 1 Jahr und 4 Monate nachdem die DKG, der Deutsche Pflegerat (DPR) und die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) dem Bundesminister für Gesundheit im Auftrag der Konzertierten Aktion Pflege das Interimsinstrument „PPR 2.0“ zur Pflegepersonalbedarfsbemessung vorgelegt haben – nun die Entwicklung eines Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrumentes durch die Selbstverwaltung in Auftrag gegeben werden soll. Dabei basiert der Änderungsantrag im Wesentlichen auf einem Konsenspapier zwischen DKG, DPR, ver.di und dem GKV-SV, das einen Minimalkonsens bei grundsätzlich unterschiedlichen Zielen und unterschiedlichem Vorgehen der drei Partner einerseits und der Kassenseite andererseits bei der Entwicklung des Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrumentes darstellt.

Unverständlich ist, warum die Entwicklungszeit dieses Instrumentes, die bis Dezember 2024 angesetzt ist, nicht mit dem Interimsinstrument PPR 2.0 überbrückt wird, das nachweislich unmittelbar einsatzfähig, elektronisch in KIS eingebunden und bürokratiearm ist, zumal die PPR 2.0 inzwischen um Module für die Kinderversorgung und für die Intensivstationen ergänzt wurde. Dies wäre ein Signal für die Pflege, dass eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen konkret eingeleitet wird. Statt dessen die dokumentationsaufwändigen und den tatsächlichen Pflegebedarf nicht abbildenden Pflegepersonaluntergrenzen beizubehalten und sogar weiter auszubauen (s. AA 33), halten die Krankenhäuser auch mit Blick auf die Pflegepersonalgewinnung und -bindung für äußerst kontraproduktiv und den Vereinbarungen der Konzertierten Aktion Pflege entgegenstehend.

Kritisch ist zudem, dass die DKG die Entwicklungskosten des Instrumentes hälftig tragen muss, und zwar auch dann, wenn das Bundesministerium eine Ersatzvornahme der Beauftragung vornimmt. Sachgerecht und systemkonform wäre die Finanzierung über einen gesonderten Pflegepersonal-Systemzuschlag analog der Systemzuschläge zur Finanzierung des G-BA und des InEK.

Fehlende Regelung zur Personalbemessung in Psychiatrie und Psychosomatik

Mit der geplanten Einfügung eines neuen § 137k SGB V wird an die DKG, den GKV-SV und den Verband der PKV im Einvernehmen mit dem BMG der gesetzliche Auftrag erteilt, ein einheitliches Personalbemessungsverfahren in der Pflege im Krankenhaus zu entwickeln. Das Verfahren soll nicht die Pflege in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung umfassen. Das neu zu entwickelnde Personalbemessungsverfahren adressiert ausdrücklich die Pflege in der somatischen Versorgung. Der letzte Satz in Absatz 1 führt aus, dass die Mindestvorgaben zur Personalausstattung in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen nach § 136a Absatz 2 Satz 2 SGB V unberührt bleiben. Die Gesetzesbegründung erläutert dazu ergänzend, dass das neu zu etablierende Personalbemessungsverfahren sich nicht auf die stationären Einrichtungen der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung erstrecken soll, da die entsprechenden Mindestvorgaben für diese Einrichtungen vom G-BA nach § 136a Absatz 2 SGB V festgelegt werden.

Die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) des G-BA regelt ausschließlich Mindestpersonalvorgaben. Mindestvorgaben dürfen nicht unterschritten werden und sollen einen Beitrag zu leitliniengerechter Behandlung leisten. Davon abzugrenzen ist die Festlegung eines Verfahrens zur Personalbemessung, welches die Höhe einer über Mindestvorgaben hinaus gehenden Personalausstattung festlegt, um eine leitliniengerechte Behandlung sicherzustellen. Mit dem Auslaufen der Psych-PV zum 31. Dezember 2019 und der Ablösung durch die PPP-RL liegt den psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern aktuell kein Personalbemessungsinstrument mehr vor, welches zuvor auch als Grundlage für die Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen diente. Die DKG hatte sich in den Beratungen im G-BA dafür eingesetzt, dass innerhalb der PPP-RL eine Differenzierung zwischen Personalbemessungsinstrument und der nicht unterschreitbaren Mindestvorgabe erfolgt. Dies wurde mehrheitlich im G-BA abgelehnt. Nunmehr zeichnet sich eine Entwicklung ab, dass den Kliniken in den Budgetverhandlungen lediglich eine Personalausstattung finanziert wird, die sich sehr nah an den Mindestvorgaben orientiert und so die erforderliche Flexibilität des Personaleinsatzes verhindert und für eine leitliniengerechte Patientenversorgung nicht ausreicht.

Es ist nachvollziehbar, dass die psychiatrische und psychosomatische Versorgung nicht in den Auftrag für ein Personalbemessungsverfahren für die somatische Pflege einbezogen wird. Mit der PPP-RL liegt zwar eine Grundlage für eine systematische Personalermittlung für Mindestvorgaben vor, jedoch wurde keine Höhe für eine Personalbemessung festgelegt, sondern lediglich Personalmindestvorgaben im Sinne einer Untergrenze. Dennoch benötigt die psychiatrische und psychosomatische Versorgung ebenso eine verbindliche Personalbemessungsgrundlage. Mindestens ist jedoch der entsprechende Absatz in der Gesetzesbegründung zu korrigieren.

Änderungsvorschlag

§ 137k SGB V wird wie folgt geändert:

§ 137 k

Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus

(1) Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung (**Vertragsparteien**) stellen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Pflegepersonalbedarfs in nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben sicher. Die Entwicklung und Erprobung ist spätestens bis zum 31. Dezember 2024 abzuschließen. Dazu ist ein bedarfsgerechtes, standardisiertes, aufwandsarmes, transparentes, digital anwendbares und zukunftsfähiges Verfahren für die Pflegepersonalbemessung über einen analytischen Ansatz unter Hinzuziehung empirischer Daten zu entwickeln, durch das eine fachlich angemessene pflegerische Versorgung in den Krankenhäusern gewährleistet wird. Die Vertragsparteien nach Satz 1 beauftragen zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit des Verfahrens fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder ein **Konsortium von Sachverständigen auf ihre Kosten; dabei trägt die Deutsche Krankenhausgesellschaft 50 Prozent der Kosten, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung tragen unter Berücksichtigung ihres jeweiligen Versichertenanteils gemeinsam 50 Prozent der Kosten. Zur Finanzierung der Entwicklung und Erprobung nach Abs. 1 bis 4 vereinbaren die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1**

1. einen Zuschlag für jeden abzurechnenden Krankenhausfall, mit dem die Entwicklung und Erprobung des Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstruments finanziert werden; der Zuschlag dient der Finanzierung, insbesondere auch der Vergabe von Aufträgen, auch soweit die Vertragsparteien die Aufgaben durch fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder ein Konsortium von Sachverständigen wahrnehmen lassen oder das Bundesministerium für Gesundheit nach Absatz 4 anstelle der Vertragsparteien entscheidet,

2. Maßnahmen, die sicherstellen, dass die durch den unter Nummer 1 genannten Zuschlag erhobenen Finanzierungsbeträge ausschließlich zur Umsetzung der in diesem Absatz genannten Aufgaben verwendet werden,

3. das Nähere zur Weiterleitung der entsprechenden Einnahmen der Krankenhäuser an die Vertragsparteien,

4. kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

Der Zuschlag ist von den Krankenhäusern je voll- und teilstationärem Krankenhausfall dem selbstzahlenden Patienten oder dem jeweiligen Kostenträger zusätzlich zu den tagesgleichen Pflegesätzen oder einer Fallpauschale in Rechnung zu stellen; er ist an die Vertragsparteien oder eine von ihnen benannte Stelle abzuführen. Der Zuschlag unterliegt nicht der Begrenzung der Pflegesätze durch §

10 Absatz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 10 Absatz 3 der Bundespflegegesetzverordnung; er geht nicht in den Gesamtbetrag und die Erlösausgleiche nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegegesetzverordnung ein.

Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung nach § 136a Absatz 2 Satz 2 bleiben unberührt.

(2) Bei der Durchführung des Auftrags nach Absatz 1 Satz 4 sind insbesondere der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, der Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege, der Deutsche Pflegerat e. V. - DPR, Vertreter der für Personalfragen der Krankenhäuser maßgeblichen Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände, die in § 2 Absatz 1 der Patientenbeteiligungsverordnung genannten Organisationen sowie die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. zu beteiligen.

(3) Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 legen dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 15. Dezember 2021 eine Beschreibung des Inhalts der Beauftragung sowie einen Zeitplan mit konkreten Zeitzielen für die Entwicklung und Erprobung der Vorgaben nach Absatz 1 vor. Die Beauftragung nach Absatz 1 Satz 4 durch die Vertragsparteien hat spätestens bis zum 30. Juni 2022 zu erfolgen. Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 sind verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit fortlaufend, insbesondere wenn die Umsetzung der Vorgaben nach Absatz 1 oder die Erreichung der gesetzlich oder in dem Zeitplan festgelegten Zeitziele gefährdet sind, und auf dessen Verlangen unverzüglich Auskunft über den Bearbeitungsstand der Beratungen zu geben und mögliche Lösungen für Vereinbarungshindernisse vorzulegen.

(4) Wird ein gesetzlich oder ein in dem Zeitplan nach Absatz 3 Satz 1 festgelegtes Zeitziel nicht fristgerecht erreicht und ist deshalb die fristgerechte Entwicklung oder Erprobung gefährdet, kann das Bundesministerium für Gesundheit nach Fristablauf einzelne Verfahrensschritte selbst durchführen. Haben sich die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 bis zum 15. Dezember 2021 nicht über den Inhalt der Beauftragung zur Entwicklung des Bemessungsverfahrens gemäß Absatz 1 Satz 4 geeinigt, beauftragt das Bundesministerium für Gesundheit die Entwicklung und Erprobung nach Absatz 1 Satz 4 spätestens bis zum 31. August 2022 auf Kosten der Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit erlässt bis zum 30. September 2021 eine Verordnung, die Einzelheiten zur verbindlichen Anwendung der Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0), welche durch die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, den Deutschen Pflegerat und die Deutsche Krankenhausgesellschaft entwickelt wurde, in den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern ab 1. Januar 2022 als Interimsinstrument bis zur Einführung des verbindlichen Pflegepersonalbedarfsbemessungsverfahrens nach Abs. 1 bis 4 regelt. Die Pflegepersonaluntergrenzen gemäß § 137i SGB V finden mit Einführung des Interimsinstrument PPR 2.0, spätestens jedoch zum 30. Juni 2022 entsprechend keine Anwendung mehr.

Zu Formulierungshilfe Nr. 36 (§ 277 SGB V - Mitteilungspflichten)

Beabsichtigte Neuregelung

In § 277 Absatz 1 SGB V werden die Sätze 1 bis 5 dahingehend neu gefasst, dass der Medizinische Dienst der Krankenkasse das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis mitzuteilen hat. Die bislang obligatorische Übermittlung des Ergebnisses der Begutachtung an den geprüften Leistungserbringer wird beschränkt, da diesem das Ergebnis der Begutachtung sowie die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis lediglich in den Fällen zu übermitteln ist, in denen es von der Einordnung der erbachten Leistung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Abrechnung der Leistung durch den Leistungserbringer abweicht. Eine Übermittlung der wesentlichen Gründe an das Krankenhaus kommt jedoch nur dann in Betracht, soweit diese keine zusätzlichen, vom Medizinischen Dienst erhobenen versichertenbezogenen Daten enthalten. Weiterhin soll zudem eine Ausnahme von dieser Übermittlungspflicht für die Fälle gelten, in denen die MD-Begutachtung eine Prüfung hinsichtlich des Vorliegens eines Behandlungsfehlers durch den Leistungserbringer zum Gegenstand hat. In diesen Fällen ist dem geprüften Leistungserbringer das Ergebnis der Begutachtung nur nach vorheriger Einwilligung des betroffenen Versicherten zu übermitteln.

Stellungnahme

Die beabsichtigte Änderung führt im Ergebnis zu einer Schlechterstellung der Krankenhäuser in der Praxis. Während die Krankenkasse über sämtliche Befunde sowie sämtliche Begutachtungsergebnisse des Medizinischen Dienstes vollumfänglich informiert wird und damit Klarheit über den Begutachtungsfall hat, wird den geprüften Krankenhäusern diese Klarheit verwehrt, indem sie nur in den Fällen einer Abweichung des Begutachtungsergebnisses des Medizinischen Dienstes von der gestellten Abrechnung informiert werden.

Oftmals wird den Krankenhäusern in der Praxis aktuell nach Ermessen des Medizinischen Dienstes in jedem Fall das gesamte Gutachten zur Verfügung gestellt. Dies ist konsequent und auch unabdingbar, denn für geprüfte Krankenhäuser ist es nicht ausreichend, lediglich das Begutachtungsergebnis zu erhalten, sie müssen auch Kenntnis von den wesentlichen Gründen des Medizinischen Dienstes, wie er zu diesem Begutachtungsergebnis kommt, erhalten. Die Krankenhäuser müssen nachvollziehen können, aus welchen Gründen der Medizinische Dienst zu einem von den Angaben des Krankenhauses abweichenden Ergebnis kommt, um die Plausibilität des Begutachtungsergebnisses bewerten zu können.

Bedeutsam ist die Kenntnis des Begutachtungsergebnisses und der wesentlichen Gründe dafür auch vor dem Hintergrund, dass die leistungsrechtliche Entscheidung der Krankenkasse vom Gutachten des Medizinischen Dienstes abweichen kann. Ohne Kenntnis des Begutachtungsergebnisses und der wesentlichen Gründe dafür kann das Krankenhaus weder erkennen, ob die Krankenkasse von der Einschätzung des Medizinischen Dienstes abgewichen ist, noch – falls ja – aus welchen Beweggründen.

Diese Kenntnis ist für das Krankenhaus jedoch von großer Bedeutung, da es nur in Kenntnis dieser Umstände für sich prüfen kann, ob es die leistungsrechtliche Entscheidung akzeptiert oder ob plausible Gründe vorliegen, die leistungsrechtliche Entscheidung der Krankenkasse anzuzweifeln. Dies umso mehr, als zukünftig verpflichtend ein einzelfallbezogenes Erörterungsverfahren nach § 17c Absatz 2b KHG durchzuführen ist, wenn eine Ungewissheit über die Abrechnung besteht. Eine sinnvolle Vorbereitung auf dieses verpflichtende Verfahren ist nur dann möglich, wenn auch das Krankenhaus in jedem Begutachtungsfall vollumfängliche Kenntnis sämtlicher Erwägungen des Medizinischen Dienstes hat. Die Bedeutung der vollumfänglichen Information des Krankenhauses über das Ergebnis der Begutachtung sowie der wesentlichen Gründe dafür zeigt sich auch darin, dass eine entsprechende Forderung der DKG auch Gegenstand des aktuell laufenden Schiedsstellenverfahrens zur Festsetzung einer überarbeiteten PrüfV ist. Die beabsichtigte Regelung verschlechtert die ohnehin ungünstige aktuelle Situation, was letztlich das bestehende Wissensgefälle zu Lasten der Krankenhäuser noch verstärkt, das der Intention eines transparenten Prüfverfahrens und einer vertrauensvollen Zusammenarbeit aller an einer Prüfung Beteiligten widerspricht.

Anzumerken ist zudem, dass der geprüfte Leistungserbringer keinesfalls lediglich dann Interesse an einer Mitteilung des Begutachtungsergebnisses sowie der wesentlichen Gründe dafür habe, wenn dieses von seiner Darstellung des Behandlungsfalles abweicht. Auch die Kenntnis der Bestätigung der Darstellung des Krankenhauses durch den Medizinischen Dienst oder einer Abweichung zu Gunsten des Krankenhauses ist für das Krankenhaus wichtig, um nachhalten zu können, ob die Krankenkasse von der Bewertung des Medizinischen Dienstes abweicht. Ohne Kenntnis des Begutachtungsergebnisses sowie der wesentlichen Gründe dafür bleibt es dem Krankenhaus unbekannt, ob die Krankenkasse für das Krankenhaus positive Begutachtungsergebnisse ignoriert. In Fällen eines für das Krankenhaus positiven Begutachtungsergebnisses durch den Medizinischen Dienst ist eine vollumfängliche Mitteilung des Begutachtungsergebnisses auch deshalb erforderlich, damit das Krankenhaus frühzeitig erkennen kann, ob das Prüfverfahren beendet ist oder nicht. Sonst müsste es den kompletten Fristablauf des Prüfverfahrens – aktuell 16 Monate nach Beauftragung des Medizinischen Dienstes – abwarten, was zu bilanziellen Belastungen führen kann.

Die weiterhin vorgesehene Begrenzung der Verpflichtung des Medizinischen Dienstes, aus Gründen des Datenschutzes dem Krankenhaus nachteilige Begutachtungsergebnisse in den Fällen, in denen das Vorliegen eines Behandlungsfehlers Gegenstand der Begutachtung gewesen ist, nur mit Zustimmung des betroffenen Patienten übermitteln zu dürfen, ist nicht erforderlich. Das betroffene Krankenhaus hat sämtliche Behandlungsdaten im Rahmen des Prüfverfahrens mitgeteilt, sämtliche Daten wären in einem späteren Gerichtsverfahren zudem ohnehin offenzulegen. Aus diesen Gründen ist es fair und transparent, dem Krankenhaus das Begutachtungsergebnis und die entsprechenden Gründe des Medizinischen Dienstes mitzuteilen, insbesondere auch um die Möglichkeit einer außergerichtlichen Einigung nicht von vorneherein zu vereiteln, weil das Krankenhaus keine genaue Kenntnis der Begutachtung des Medizinischen Dienstes hat.

Änderungsvorschlag

§ 277 Absatz 1 Sätze 1 bis 5 werden gestrichen und durch folgenden Satz 1 ersetzt:

~~„Der Medizinische Dienst hat der Krankenkasse das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis mitzuteilen. Der Medizinische Dienst ist befugt und in dem Fall, dass das Ergebnis seiner Begutachtung von der Verordnung, der Einordnung der erbrachten Leistung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Abrechnung der Leistung mit der Krankenkasse durch den Leistungserbringer abweicht, verpflichtet, diesem Leistungserbringer das Ergebnis seiner Begutachtung mitzuteilen; dies gilt bei Prüfungen nach § 275 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 nur, wenn die betroffenen Versicherten in die Übermittlung an den Leistungserbringer eingewilligt haben. Fordern Leistungserbringer nach der Mitteilung nach Satz 2 erster Halbsatz mit Einwilligung der Versicherten die wesentlichen Gründe für das Ergebnis der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst an, ist der Medizinische Dienst zur Übermittlung dieser Gründe verpflichtet. Bei Krankenhausabrechnungsprüfungen nach § 275c gilt Satz 2 erster Halbsatz auch für die wesentlichen Gründe, soweit diese keine zusätzlichen, vom Medizinischen Dienst erhobenen versichertenbezogenen Daten enthalten. Der Medizinische Dienst hat den Versicherten die sie betreffenden Gutachten nach § 275 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 schriftlich oder elektronisch vollständig zu übermitteln.“~~

„Der Medizinische Dienst hat der Krankenkasse und dem geprüften Leistungserbringer das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis zeitgleich mitzuteilen; dies gilt auch bei Prüfungen nach § 275 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4.“

§ 277 Absatz 1 Sätze 4 bis 6 werden zu Sätzen 2 bis 4.

Ergänzend zu der beabsichtigten Neureglung der Mitteilungspflichten in § 277 Absatz 1 SGB V ist an dieser Stelle nochmals explizit darauf hinzuweisen, dass der Beginn des Verfahrens zur Prüfung von Strukturmerkmalen nach § 275d SGB V um ein weiteres Jahr auf das Jahr 2023 zu verschieben ist.

Durch das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vom 27.03.2020 wurde der Beginn der Durchführung von Prüfungen von Strukturmerkmalen nach § 275d SGB V auf das Jahr 2022 verschoben. Beweggrund dafür war die Erkenntnis des Gesetzgebers, dass die COVID-19-Pandemie zu erheblichen Belastungen aller mit der stationären Krankenhausbehandlung befassten Beteiligten führe, was eine Verschiebung der Einführung von Strukturprüfungen um ein Jahr rechtfertige.

Auch, wenn aktuell ein Abflauen der Pandemiesituation erkennbar ist, operieren Krankenhäuser nach wie vor an ihrer Belastungsgrenze. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind aufgrund der langandauernden, außergewöhnlichen Belastungen durch die COVID-19-Pandemie noch nicht wieder in der Lage, weitere Aufgaben wahrzunehmen, die zu einer enormen Bindung von (Personal-)Ressourcen führen. Die beabsichtigten

Strukturprüfungen bedingen einer solchen Ressourcenbindung, da sie für zahlreiche Leistungsbereiche im Krankenhaus vorgesehen sind.

Dazu kommt ein äußerst kritisches Zeitfenster. In seiner Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V zur Durchführung von Strukturprüfungen sieht der MDS vor, dass Krankenhäuser bis zum 30.06. eines Jahres die Durchführung einer Strukturprüfung zu beantragen haben, um eine zeitgerechte Bearbeitung sicher zu stellen. Aufgrund der erst Ende Mai 2021 erfolgten Veröffentlichung der Richtlinie des MDS verbleiben den Krankenhäusern nur knapp vier Wochen, um sich auf diese völlig neue Art der Prüfung einzustellen. Erst jetzt wissen die Krankenhäuser verbindlich, auf welche Form der Prüfung sie sich einzustellen haben, was konkret geprüft wird und welche Unterlagen sie gegebenenfalls vorzulegen haben. Dieses Zeitfenster wäre schon unter normalen Rahmenbedingungen aufgrund des von den Krankenhäusern zu bewältigenden Aufwandes als viel zu knapp zu beurteilen, unter den aktuellen Rahmenbedingungen der immer noch bestehenden COVID-19-Pandemie gilt dies erst recht.

Daher ist es dringend geboten, den Beginn der Durchführung der Strukturprüfungen vom Jahr 2022 auf das Jahr 2023 zu verschieben. Ergänzend ist zu regeln, dass die Bescheinigung erstmals für die Vereinbarung für das Jahr 2023 an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu übermitteln ist. Die Frist für die erste Übermittlung wird somit auf den 31. Dezember 2022 verschoben. Hilfsweise ist eine Verschiebung von mindestens drei Monaten vorzunehmen, so dass die Krankenhäuser drei Monate mehr Zeit erhalten, um alle erforderlichen Unterlagen zusammenzustellen.

Daher ergibt sich folgender weiterer **Änderungsvorschlag**:

1. § 275d Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Für die Vereinbarung für das Jahr ~~2022~~ **2023** ist die Bescheinigung spätestens bis zum 31. Dezember ~~2021~~ **2022** zu übermitteln.“

2. In § 275d Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „2022“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.

3. In § 275d Absatz 4 Satz 2 wird die Angabe „2021“ durch die Angabe „2022“ ersetzt

Hilfsweise ist eine Verschiebung von mindestens drei Monaten vorzunehmen. Der Antrag ist dann bis zum 30.09.2021 zu stellen.

Zu Formulierungshilfe Nr. 38 (Artikel 5 Nummer 2 (§ 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes), Artikel 6 Nummer 2a, Nummer 4 (§§ 6a, 9 des Krankenhausentgeltgesetzes))

Ergänzungen der Regelungen zum Pflegebudget

Zu Artikel 6 Nummer 2a Buchstabe a)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit den Änderungen in § 6a Abs. 2 Satz 1 und 2 KHEntgG sowie § 6a Abs. 3 Satz 2 KHEntgG und der Anpassung in § 17b Abs. 4 Satz 2 KHG wird die Aufgabenübertragung an die Vertragsparteien nachträglich konkretisiert und somit eine höhere Rechtssicherheit für die Umsetzung der von den Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbarten Konkretisierung der Abgrenzung der Pflegepersonalkosten für das Jahr 2021 geschaffen.

Stellungnahme

Der Gesetzgeber stellt mit dieser Regelung klar, dass die Vertragsparteien im Sinne des lernenden Systems prospektiv die entsprechenden Anpassungen an den Vorgaben zur Verhandlung der Pflegepersonalkostenbudgets vornehmen können. Hiermit wird das Mandat der Selbstverwaltung bei der Konkretisierung und Ausgestaltung des Finanzierungssystems durch den Gesetzgeber gestärkt.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 6 Nummer 2a Buchstabe b)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neufassung des § 6a Abs. 3 KHEntgG werden in den Sätzen 3 bis 7 Anpassungen bei den Dokumentations- und Nachweispflichten vorgenommen. Die zusätzliche Dokumentation des Vereinbarungsergebnisses sowie die erweiterte Nachweispflicht des Jahresabschlussprüfers sollen zur Weiterentwicklung des Entgeltsystems sowie zur Erfüllung der Berichtspflichten nach § 17b Absatz 4 Satz 9 KHG herangezogen werden.

Stellungnahme

Es erschließt sich nicht, warum zur Erfüllung dieser Ziele schützenswerte Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse der Krankenhäuser krankenhausesbezogen auf der Internetseite des InEK veröffentlicht werden sollen. Diese gesetzliche Änderung lässt sich nicht mit einem Anspruch auf Transparenz begründen und wird von den Krankenhäusern abgelehnt. Die krankenhausesbezogene Veröffentlichung von Details zur Budgetvereinbarung,

wie die genannten Rechengrößen sowie die testierten Pflegepersonalkosten, gehen deutlich über die notwendigen Transparenzerfordernisse hinaus. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass durch die Verpflichtung zur Offenlegung der benannten Daten auch das Grundrecht der Berufsfreiheit (Art. 12 GG) der Krankenhäuser tangiert wird. Dieses Grundrecht gewährleistet auch den Schutz von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen (s. dazu BVerfG, Beschl. v. 14.03.2006, Az.: 1 BvR 2087/03, NVwZ 2006, 1041). Selbst bei einer bestehenden hinreichenden gesetzlichen Grundlage für einen solchen Eingriff in Art. 12 GG unterliegen derartige Beeinträchtigungen der Berufsfreiheit stets dem Vorbehalt der Geeignetheit, Erforderlichkeit und Verhältnismäßigkeit (siehe hierzu Ruffert, in: BeckOK Grundgesetz, Art. 12. Rdnr. 87 m. w. Nachweisen). Die in der Neuregelung enthaltene überschießende Veröffentlichungspflicht legt jedoch zumindest einen unverhältnismäßigen Eingriff in Art. 12 GG nahe.

Die weiterhin bestehende Vorgabe des § 6a Abs. 3 Satz 7 KHEntgG ist nach wie vor mit Nachdruck abzulehnen. Es wird vorgegeben, dass die Einzelheiten zur Übermittlung der Daten nach Satz 6 sowie die entsprechenden Sanktionsmaßnahmen vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Benehmen mit dem GKV-SV festgelegt werden. Eine Beteiligung der DKG bei diesen Beratungen ist in jedem Falle sicherzustellen, da die Krankenhäuser unmittelbar betroffen sind.

Darüber hinaus sind die zusätzlichen Vorgaben für die Jahresabschlussprüfertestate, die im Rahmen der Änderung des § 6a Abs. 3 KHEntgG in die Änderungsanträge aufgenommen wurden, mit noch höherem zusätzlichem bürokratischem und finanziellem Aufwand für die Krankenhäuser verbunden. Die Erweiterung des Mandates der Jahresabschlussprüfer führt zudem dazu, dass die Kosten für die Krankenhäuser für die Beibringung des Testates – ohne Refinanzierungsmöglichkeit für die Krankenhäuser – weiter steigen werden. Aus diesem Grund ist die geplante Änderung ersatzlos zu streichen.

Änderungsvorschlag

Die geplanten Änderungen in Artikel 6 Nummer 2a Buchstabe b sind zu streichen.

Zu Artikel 6 Nummer 2a Buchstabe c)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Ergänzung von § 6a KHEntgG um einen neuen Absatz 7 soll die nach § 17b Absatz 4 Satz 2 KHG vereinbarte *Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten und der Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal für das Vereinbarungsjahr 2021* auch für bislang noch nicht vereinbarte Pflegebudgets für das Jahr 2020 verbindlich werden.

Stellungnahme

Diese Änderung wird von den Krankenhäusern ausdrücklich abgelehnt.

In einem langen Ringen um einen guten Kompromiss haben sich die Selbstverwaltungsparteien auf der Bundesebene bei der Vereinbarung der Konkretisierungen zum Pflegebudget im Dezember 2020 gemeinsam darauf verständigt, die neuen Regelungen für das Vereinbarungsjahr 2020 ausdrücklich als Empfehlungen umzusetzen, da eine verbindliche rückwirkende Änderung des Regelungsrahmens sowohl in Hinblick auf den Vertrauensschutz geltender Regelungen, als auch unter juristischen Erwägungen als hochproblematisch erkannt wurde. Mit der nun vorgenommenen Änderung konterkariert der Gesetzgeber den auf Selbstverwaltungsebene geschlossenen Kompromiss und greift rückwirkend in ein bereits abgeschlossenes Wirtschaftsjahr ein.

Die Krankenhäuser müssen bei der Planung und Durchführung eines Wirtschaftsjahres auf die Geltung der aktuellen rechtlichen und untergesetzlichen Regelungen vertrauen und ihr Handeln auf die geltenden Rahmenbedingungen ausrichten können. Eine rückwirkende und nicht absehbare Änderung wesentlicher Rahmenbedingungen muss grundsätzlich und für die Zukunft ausgeschlossen werden.

Mit dem vorliegenden Änderungsantrag 38 wird entgegen den Ausführungen in der diesbezüglichen Begründung durch die vorgesehene Änderung des § 6a Abs. 7 KHEntgG – neu – nachträglich in bereits abgeschlossene Sachverhalte eingegriffen. Die Regelung stellt damit eine echte Rückwirkung dar, welche gegen das Rechtsstaatsprinzip verstößt und nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts grundsätzlich verboten ist.

Der abgeschlossene Sachverhalt ist das Budgetjahr 2020, welches unstreitig bereits abgelaufen ist. Sämtliche Dispositionen, die krankenseitig für das Jahr 2020 und im Jahr 2020 vorgenommen wurden, können zum jetzigen Zeitpunkt nicht mehr rückgängig gemacht werden. Somit stellt das Budgetjahr 2020 für diejenigen Krankenhäuser, die noch kein Pflegebudget 2020 vereinbart haben, zumindest einen faktisch abgeschlossenen Sachverhalt dar. Dieser Sachverhalt (das Budgetjahr 2020) wird durch die vorgesehene Änderung des § 6a Abs. 7 KHEntgG – neu – nunmehr nachträglich veränderten Bedingungen unterworfen, indem die nach § 17b Absatz 4 Satz 2 KHG vereinbarte *Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten und der Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal für das Vereinbarungsjahr 2021* auch verbindlich sein soll für noch nicht vereinbarte Pflegebudgets des Jahres 2020. Krankenhäuser, welche bislang noch keine Pflegebudgets für 2020 vereinbart hatten, mussten allenfalls damit rechnen, dass die betreffenden Vereinbarungen noch zu schließen sind, selbstverständlich auf Basis der zum damaligen Zeitpunkt geltenden Rechtslage. Sie mussten jedoch nicht damit rechnen, dass der Gesetzgeber seinerseits die Rahmenbedingungen für die Vereinbarung der Pflegebudgets 2020 rückwirkend ändert; eine solche Regelung war seinerzeit nicht wahrscheinlich oder gar absehbar.

Änderungsvorschlag

Die geplanten Änderungen in Artikel 6 Nummer 2a Buchstabe c) sind zu streichen.

Zu Artikel 6 Nummer 4 Buchstabe a)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung werden die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragt, einheitliche Vorgaben für die Form einer der Vereinbarung des Pflegebudgets beizufügenden Ergebnisdarstellung, die die wesentlichen Rechengrößen zur Herleitung des vereinbarten Pflegebudgets enthält, zu vereinbaren.

Stellungnahme

Diese Änderung führt zu zusätzlichem bürokratischem Aufwand für die Vertragsparteien auf der Ortsebene.

Die Änderung ist insbesondere mit Blick auf den damit verbundenen zusätzlichen Dokumentationsaufwand kritisch zu bewerten. Kritisch ist auch die sehr kurzfristige Umsetzung über die Anpassung der Vereinbarung zu sehen.

Änderungsvorschlag

Die geplanten Änderungen in Artikel 6 Nummer 4 Buchstabe a) sind zu streichen.

Zu Formulierungshilfe Nr. 39 (§ 6 Abs. 2 KHEntgG – Erweiterung des Verfahrens für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (hier: Arzneimittel))

Stellungnahme

Die Einführung einer zusätzlichen Möglichkeit zur Einholung der Information nach § 6 Absatz 2 Satz 3 KHEntgG für Arzneimittel für neuartige Therapien im Sinne von § 4 Absatz 9 Arzneimittelgesetz kann dazu beitragen, den zeitlichen Verzug bis zur Vereinbarung der diesbezüglichen NUB-Entgelte zu verkürzen. Die Regelung, dass die Vereinbarung der Entgelte bereits vor der Zulassung dieser Arzneimittel erfolgen soll, ist aus Sicht der Krankenhäuser und im Interesse einer zeitnahen Bereitstellung dieser Arzneimittel ausdrücklich zu begrüßen. Die Regelung greift jedoch zu kurz, wenn sich die jährlichen Budgetverhandlungen verzögern. Daher muss noch ergänzt werden, dass die NUB-Entgelte auf der Ortsebene spätestens drei Monate nach erfolgter Zulassung zu vereinbaren sind.

Zu Formulierungshilfe Nr. 40 (§ 2a TPG – Erweiterung des Zeitpunkts für die Zulässigkeit der Abfrage beim Register für Erklärungen zur Organ- und Gewebespende)

Beabsichtigte Neuregelung

Das Transplantationsgesetz wird um die Möglichkeit erweitert, dass eine Abfrage beim Register für Erklärungen zur Organ- und Gewebespende bereits dann durch eine berechtigte Person erfolgen kann, wenn in der vorliegenden Behandlungssituation der nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms des möglichen Organ- oder Gewebespenders unmittelbar bevorsteht oder als bereits eingetreten vermutet wird.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen die Erweiterung der Auskunftsmöglichkeit beim Register für Erklärungen zur Organ- und Gewebespende. Die Möglichkeit des frühzeitigen Bekanntwerdens des Patientenwillens im Kontext einer möglichen Organspende unter Zuhilfenahme des Registers unterstützt die behandelnden Personen vor Ort bei der Wahrung der Patientenautonomie sowie bei der frühzeitigen Organisation der entsprechend der Entscheidung des möglichen Organ- und Gewebespenders notwendigen Maßnahmen.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Formulierungshilfe Nr. 48 (§ 2 Abs. 4 DRKG – Ausbildung Pflegekräfte aus Drittstaaten, Anpassung DRKG)

Beabsichtigte Neuregelung

Es soll sichergestellt werden, dass DRK-Schwestern aus Drittstaaten, die bei einer DRK-Schwesternschaft in Deutschland zu Pflegepersonal ausgebildet wurden, einen Aufenthaltstitel erhalten, um bei den DRK-Schwesternschaften weiter – auch in Form der Personalgestellung - beschäftigt werden zu können

Stellungnahme

Vor dem Hintergrund des Pflegefachkräftemangels ist diese die DRK-Schwesternschaft betreffende Gesetzesänderung grundsätzlich zu begrüßen.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Formulierungshilfe Nr. 50 (§ 120 SGB V - Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen (ambulante Notfallversorgung, Ersteinschätzungsverfahren)

Beabsichtigte Neuregelung

In § 120 Abs. 1 SGB V wird klarstellend geregelt, dass die Leistungen der Krankenhäuser im Zusammenhang mit der ambulanten Notfallversorgung nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus der Gesamtvergütung zu vergüten sind.

Die Neufassung des § 120 Abs. 3b SGB V sieht vor, dass der G-BA innerhalb von zwölf Monaten Vorgaben zur Durchführung eines qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens – unter Berücksichtigung der Vorgaben, die sich aus den Regelungen des § 136c Abs. 4 ergeben – für Hilfesuchende, die sich auf Grundlage des § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V an die Notaufnahmen der Krankenhäuser wenden, zu beschließen hat.

Dabei sollen Vorgaben zur Qualifikation des zur Ersteinschätzung eingesetzten medizinischen Personals, zur Einbeziehung ärztlichen Personals bei der Feststellung des Nichtvorliegens eines sofortigen Behandlungsbedarfs, zu Form und Inhalt des Nachweises der Durchführung der Ersteinschätzung sowie zum Nachweis gegenüber der Terminservicestelle, dass ein Fall nach § 75 Abs. 1a Satz 4 Nr. 2 SGB V vorliegt, und zur Weiterleitung in die vertragsärztliche Versorgung getroffen werden.

Vorgesehen ist, dass die Vergütung am Krankenhaus ambulant erbrachter Notfallleistungen voraussetzt, dass – basierend auf der durchgeführten Ersteinschätzung – ein sofortiger Behandlungsbedarf festgestellt wurde.

Ferner wird geregelt, dass der ergänzte Bewertungsausschuss auf Grundlage der vom Gemeinsamen Bundesausschuss getroffenen Vorgaben die sich daraus ergebende erforderliche Anpassung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab zu beschließen hat.

Sowohl der G-BA als auch der ergänzte Bewertungsausschuss haben eine Evaluation der jeweils getroffenen Vorgaben und Beschlüsse vorzunehmen.

Stellungnahme

Die vorgesehene Einführung eines Ersteinschätzungsverfahrens, welches allein und ausschließlich in Krankenhäusern Anwendung finden soll, ist abzulehnen ebenso wie die damit verbundene Verschärfung der Abrechnungsregelungen, nach der nur bei Feststellung eines sofortigen Behandlungsbedarfs die Leistungsvergütung erfolgen kann.

Grundsätzlich verkennt der Gesetzesentwurf vollkommen, dass ein Großteil der von den Krankenhäusern behandelten ambulanten Notfälle nur am Krankenhaus behandelt werden kann und nicht durch Vertragsärzte (MCK/DGINA 2015). Zudem wird vollkommen außer Acht gelassen, dass die Patienten die Entscheidung treffen, die Notaufnah-

men der Krankenhäuser aufzusuchen, weil sie hier zu Recht Hilfe erwarten, aber auch, weil sie durch niedergelassene Ärzte in die Notaufnahmen weitergeleitet wurden oder aber im Vertragsarztbereich keine Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen (Somasundaram et al.). Die beabsichtigte Neuregelung führt nunmehr dazu, dass eine Rückverweisung in den Vertragsarztbereich zu erfolgen hat, in welchem eine Versorgung offensichtlich nicht möglich war bzw. aus welchem heraus der Patient bewusst in die Notaufnahme des Krankenhauses weitergeleitet wurde. Eine solch ineffiziente Versorgungssteuerung kann nicht im Interesse eines patientenbezogenen Gesundheitssystems sein. Unklar bleibt, warum mit einer Neuregelung die Versorgungsdefizite im vertragsärztlichen Bereich aufgrund nicht vorhandener Behandlungsmöglichkeiten nicht aufgegriffen werden. Wesentlich zielführender wäre es, die ambulante Notfallversorgung möglichst am Krankenhaus zu konzentrieren unter kooperativer Einbindung des vertragsärztlichen Bereiches, beispielsweise über Notdienstpraxen am Krankenhaus, damit patientenunfreundliche, zeitraubende und im ungünstigsten Fall gesundheitsgefährdende Umwege vermieden werden. Das vorgeschlagene Verfahren konterkariert geradezu das zukunftsweisende Konzept einer patientenfreundlichen Versorgungsform im Notfall.

Auch wird durch den Gesetzesentwurf verkannt, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenhäuser qualifiziert sind, jederzeit die Behandlungsnotwendigkeit und Behandlungspriorität der Patientinnen und Patienten sachgerecht einschätzen zu können und entsprechende Bewertungen bzw. Beurteilungen bei allen Patientinnen und Patienten bereits tagtäglich vornehmen. Hierfür bedarf es keiner neuen und damit zusätzlichen fachlich-inhaltlichen Vorgaben durch den G-BA.

Insgesamt ist in diesem Zusammenhang nicht nachvollziehbar, warum der G-BA ein Ersteinschätzungsverfahren für die Krankenhäuser mit weitreichenden inhaltlichen Vorgaben implementieren soll, wenn die Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern nach § 136c Abs. 4 SGB V bereits jetzt schon vorsehen, dass Krankenhäuser ab der Stufe der Basisnotfallversorgung ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme anwenden müssen, welches bei allen – d. h. ambulant als auch stationär zu behandelnden – Notfallpatienten des Krankenhauses zur Anwendung kommen soll. Das bedeutet – wie in der Gesetzesbegründung festgestellt –, es finden bereits Ersteinschätzungssysteme Anwendung. Einer gesonderten, zusätzlichen Regelung für ambulante Notfallkonstellationen bedarf es damit nicht; ansonsten wird hiermit eine weitere Verfahrensvorgabe geschaffen, welche dafür Sorge tragen, dass die Behandlungsabläufe in den Krankenhäusern nicht verbessert werden.

Auch hat der G-BA im Rahmen der Konkretisierung des § 136c Abs. 4 SGB V keine Notwendigkeit gesehen, die Systeme zur Behandlungspriorisierung näher einzugrenzen, so dass inhaltlich als auch softwaretechnisch unterschiedlich ausgestaltete Systeme Anwendung finden. Mit dem vorliegenden Änderungsantrag wird der G-BA hingegen beauftragt, bei den festzulegenden Vorgaben für das Ersteinschätzungsverfahren die bereits vorhandenen Verfahren zur Behandlungspriorisierung mit dem Ziel einer medizinisch sachgerechten Verknüpfung der Systeme zu berücksichtigen. Es ist vollkommen unklar, ob im Ergebnis ein (technisches) Verfahren zur Einschät-

zung/Priorisierung heranzuziehen ist oder zwei Einschätzungs-/Priorisierungsverfahren zur Anwendung kommen müssen. Die Anwendung von zwei Verfahren erhöht hingegen den Arbeitsaufwand in den Notaufnahmen, da zum Zeitpunkt des Eintritts des Patienten in die Notaufnahme unklar ist, ob eine ambulante oder stationäre Versorgung notwendig ist. Die Berücksichtigung der bestehenden Systeme zur Behandlungspriorisierung nach § 136c Abs. 4 SGB V sieht damit eine Vereinheitlichung anhand von Vorgaben des G-BA nunmehr neu vor. Eine Vereinheitlichung würde jedoch den getroffenen Regelungen des § 136c Abs. 4 SGB V entgegenstehen, ebenso würde dies auch einen Eingriff in den freien Software-Markt bedeuten.

Die Neuregelung sieht vor, dass die Leistungsinhalte der ambulanten Notfallleistungen der Krankenhäuser erweitert werden, indem die Ersteinschätzung obligater, d. h. notwendiger Leistungsbestandteil für Krankenhäuser wird. Für Vertragsärzte bzw. im organisierten Bereitschaftsdienst tätige Vertragsärzte ist eine verpflichtende Ersteinschätzung allerdings nicht vorgesehen. Damit bleibt unregelt, wie gewährleistet werden soll, dass die Vertragsärzte Patienten nicht notwendigerweise in die Krankenhäuser weiterleiten. Eine strukturierte Steuerung der Patienten aus der vertragsärztlichen Versorgung in die ambulante Notfall-Krankenhausversorgung ist demnach nicht vorhanden und politisch anscheinend nicht gewollt. Im Ergebnis werden die Krankenhäuser mit den realen Versorgungsproblemen allein gelassen, welche sich vor allem durch die sehr begrenzte Einbindung der originären vertragsärztlichen Strukturen unter Einbeziehung der Vertragsärzte bedingen.

Weiterhin unklar ist, ob eine verpflichtende Ersteinschätzung, welche Voraussetzung zur Leistungserbringung und -vergütung ist, auch dann zu erfolgen hat, wenn Krankenhäuser bzw. deren Notaufnahmen gemäß § 75 Abs. 1b Satz 2 SGB V vertraglich in den Notdienst der niedergelassenen Ärzte eingebunden sind. Aus Sicht der Krankenhäuser ist nicht nachvollziehbar, dass Vertragsärzte, die im organisierten Notdienst tätig sind, ohne Ersteinschätzung Notfallleistungen erbringen und abrechnen können, während eine vertragliche Einbindung der Krankenhäuser zur Erbringung vertragsärztlicher Leistungen im organisierten Bereitschaftsdienst demgegenüber zur Folge haben kann bzw. hat, dass Leistungen nur dann erbracht und berechnet werden dürfen, wenn zusätzlich eine Ersteinschätzung stattgefunden hat.

Die im Änderungsantrag vorgesehene Regelung, wonach der G-BA Vorgaben zur Weiterleitung an Notdienstpraxen oder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Leistungserbringer zu treffen hat, ist unklar. Sofern durch das Personal des Krankenhauses nach Ersteinschätzung eine Weiterleitung in eine Notdienstpraxis nach § 75 Abs. 1b Satz 2 erfolgen muss, ist darauf hinzuweisen, dass diese eben nicht dauerhaft durch Vertragsärzte besetzt sind, so dass die Patienten eben nicht zuverlässig weitergeleitet werden können.

Auch bleibt vollkommen unklar, inwiefern Regelungen zur Weiterleitung in eine Notdienstpraxis aufzunehmen sind, wenn das Ergebnis der Ersteinschätzung keinen sofortigen Behandlungsbedarf nach sich zieht. Denn in diesem Fall ergibt sich auch im organisierten Notdienst kein Behandlungsbedarf, der nicht auch außerhalb der Notfallversorgung behandelbar wäre.

Vernachlässigt wird zudem weiterhin, dass auch im Rahmen der Ersteinschätzung haftungsrechtliche Probleme nicht behoben werden. Sofern Hilfesuchende keiner sofortigen ambulanten Behandlung bedürfen, bleibt offen, wie im Einzelfall durch das Abfragesystem rechtssicher festgestellt werden soll, dass ein Patient keiner weiteren Behandlung bedarf. Denn sollte sich nach dem Wegschicken des Patienten eine Zustandsverschlechterung ergeben, wären die Krankenhäuser, als diejenigen, die den Patienten „abweisen“, damit per se nicht von einer etwaigen (Mit-)Haftung ausgenommen.

Die mit dem vorliegenden Änderungsantrag aufgenommene Evaluierung, die sowohl durch den G-BA als auch durch den ergänzten Bewertungsausschuss vorzunehmen ist, ändert aus Sicht der Krankenhäuser nichts daran, dass die vorgesehene Neuregelung des § 120 Abs. 3b (neu) insgesamt abzulehnen ist, da der Gesetzesentwurf die Bedeutung der Krankenhäuser für die ambulante Notfallversorgung nicht berücksichtigt, sondern allein den Arbeitsaufwand für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Notaufnahmen erhöht. Hinzu kommt eine absolut nicht sachgerechte Verschärfung der Abrechnungsvoraussetzungen für Krankenhäuser, welche dazu führt, dass ausschließlich die erbrachten ambulanten Notfallleistungen vergütet werden, für die das Ersteinschätzungsverfahren einen sofortigen Behandlungsbedarf festgestellt hat. Vollkommen unklar ist, wie die Vergütung derjenigen Fälle erfolgt, für die kein sofortiger Behandlungsbedarf festgestellt wurde, die jedoch Personalressourcen binden. Die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab grotesk niedrig kalkulierten Gebührenordnungspositionen, die der Abklärung dienen sollen, sind zur Vergütung der nicht akut behandlungsbedürftigen Fälle gänzlich ungeeignet. Auch wird an dieser Stelle dem vom Bundessozialgericht vorgegebenen Gleichheitsgrundsatz nicht entsprochen, da für die in der Notdienstpraxis tätigen Vertragsärzte bei denjenigen Patienten, die keinen sofortigen Behandlungsbedarf haben, eine analoge gesetzliche Abrechnungsvorgabe nicht getroffen wird.

Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Neuregelung in § 120 Abs. 3b SGB V ist in Gänze ersatzlos zu streichen.

Zu Formulierungshilfe Nr. 53 (§ 301 SGB V – Befugnis zur elektronischen Übermittlung von Anträgen auf Anschlussrehabilitation von Krankenhäusern)

Beabsichtigte Neuregelung

Elektronische Übermittlung von Anträgen auf Anschlussrehabilitation

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen die Neuregelung, die den Krankenhäusern die Möglichkeit eröffnet, den Krankenkassen die Anträge auf Anschlussrehabilitation im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln.

Um die Prozesse bei den Anträgen auf Anschlussrehabilitation tatsächlich zu verbessern, muss auch der Krankenkasse die Option eingeräumt werden, die Rückmeldung auf elektronischem Wege zu übermitteln. Daher sollten die Anpassungen auch hier explizit alle Vorgänge der Beantragung umfassen, also auch etwaig notwendige Rückfragen der Krankenkassen und die Kostenübernahme, sofern der Patient zu diesem Zeitpunkt noch stationär im Krankenhaus versorgt wird. Wird der Patient zum Zeitpunkt der Übermittlung von Informationen nicht mehr stationär im Krankenhaus versorgt, sind die Nachrichten (ggf. auch automatisiert) abzulehnen.

Nicht zielführend wäre, wenn nur ein Teil des Verfahrens elektronisch abgebildet würde. Es sollte ein ergänzender, klarstellender Hinweis aufgenommen werden, dass alle Vorgänge im Rahmen der Anschlussrehabilitation von der Neuregelung erfasst sind. Hierbei sollte in der Neuregelung danach unterschieden werden, ob sich der Versicherte noch im Krankenhaus befindet oder nicht.

Zudem schlagen wir vor, die Regelungen zur Vereinbarung zu den Angaben nach Abs. 1 und der Anschlussrehabilitation nicht zu vermischen, sondern eine gesonderte Legitimation zur Vereinbarung des Näheren zum Vorgehen bei der Anschlussrehabilitation in einem Absatz 3a vorzusehen. Die nach § 301 Abs. 3 SGB V bisher vereinbarten Datenübermittlungsvereinbarungen bauen auf gänzlich anderen Übertragungsverfahren und Datenstrukturen auf.

Der Prozess der Kostenübernahme bei Anschlussrehabilitation wird derzeit im G-BA, angestoßen durch die Änderungen durch das GKV-IPReG (§ 40 Abs. 3 Satz 10), einer maßgeblichen Überarbeitung unterzogen. Nach unserem Verständnis sollte mit der Neuregelung dem Verfahren in der Rentenversicherung folgend eine Vereinheitlichung angestrebt werden. Das Vorgehen der Rentenversicherungen („AHB-Direkteinleitung“), eine Kostenübernahme nach Indikationen an die ärztliche Entscheidung über eine Kostenübernahme zu delegieren, ist ein bewährter, schlanker sowie patientenzentrierter Prozess, der für alle Beteiligten Vorteile bietet.

Daher sollte der vorliegende Änderungsantrag nicht der einseitigen Festlegung auf bisherige Vorgehensweisen dienen, sondern eine gewisse Erleichterung für diejenigen

Fälle der Anschlussrehabilitation bewirken, die auch weiterhin einer Vorabgenehmigung durch die Krankenkassen bedürfen, weil sie nicht zum Indikationsspektrum gehören, für welche die o. g. Angleichung („AHB-Direkteinleitung“) die ideale Lösung darstellt.

Änderungsvorschlag:

Der neue § 301 Absatz 1a SGB V wird in Anlehnung an §17c Abs. 2 Satz 2 Punkt 2 KHG wie folgt gefasst:

„(1a) Für alle Vorgänge, die mit der Beantragung und Bewilligung von Anschlussrehabilitation zwischen zugelassenen Krankenhäusern und Krankenkassen übermittelt werden, sind die zugelassenen Krankenhäuser und Krankenkassen befugt, alle zugehörigen Vorgänge im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Bis zur Entlassung des Versicherten ist das Krankenhaus auf Wunsch des Versicherten befugt, die übermittelten Daten der Krankenkasse entgegenzunehmen. Nach der Entlassung des Versicherten sind die übermittelten Daten mit dem Verweis auf die Entlassung des Versicherten zurückzuweisen.“

Nach Absatz 3 wird ein neuer Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Das Nähere über Form und Inhalt der erforderlichen Vordrucke, die Zeitabstände für die Übermittlung der Angaben nach Absatz 1a und das Verfahren der Abrechnung im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern vereinbart die Deutschen Krankenhausgesellschaft mit dem GKV-Spitzenverband gemeinsam.“

Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf - Landesbasisfallwertverhandlungen 2022

Mit Blick auf die Landesbasisfallwertverhandlungen für das Jahr 2022 besteht dringender gesetzlicher Handlungsbedarf. Angesichts der wirtschaftlichen Entwicklung im Zeitraum der Pandemie wird die Veränderungsrate 2022 („Grundlohnrate“) vermutlich deutlich niedriger als in den Vorjahren ausfallen. Wenngleich der für die Landesbasisfallwertverhandlungen ebenfalls heranzuziehende Orientierungswert vermutlich höher ausfallen wird, ist schon jetzt abzusehen, dass unter den geltenden gesetzlichen Rahmenbedingungen eine Erhöhung der Landesbasisfallwerte bzw. der Krankenhausbudgets entsprechend der für das Jahr 2022 zu erwartenden Kostensteigerungen im Personal- und Sachkostenbereich nahezu unmöglich sein wird. Insbesondere die Personalkosten werden aufgrund der Tarifentwicklung absehbar erneut deutlich ansteigen.

In enger Abstimmung mit den Landeskrankenhausgesellschaften hat die DKG unter Berücksichtigung der pandemiebedingten Rahmenbedingungen und mit Bedacht einer möglichst minimalistischen Gesetzesanpassung einen pragmatischen Lösungsansatz für das Jahr 2022 entwickelt: Als Ausnahmeregelung für das Jahr 2022 ist der volle Orientierungswert als Veränderungswert vorzugeben, falls dieser oberhalb der Veränderungsrate liegt. Auch, wenn der Orientierungswert aufgrund seiner systematischen Schwächen die Personal- und Sachkostenentwicklung der Krankenhäuser nicht zeitnah und sachgerecht abbilden kann, so ist er doch unter den aktuellen gesamtwirtschaftlichen Bedingungen der Pandemie die bessere Referenzgröße.

Änderungsvorschläge

Vor diesem Hintergrund unterbreiten die Krankenhäuser folgende Vorschläge für gesetzliche Anpassungen der Vorgaben zur Finanzierung von Kostensteigerungen im Jahr 2022:

1. In § 9 Absatz 1b Krankenhausentgeltgesetz wird folgender Satz angefügt:

„Abweichend von Satz 1 entspricht für das Jahr 2022 der Veränderungswert dem Orientierungswert, wenn die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch den Orientierungswert unterschreitet; § 10 Absatz 6 Satz 3 gilt insoweit nicht.“

Begründung:

Die durch das Coronavirus-SARS-CoV-2 verursachte Pandemie hatte erhebliche Auswirkungen auf die konjunkturelle Entwicklung in Deutschland. Nach Angaben des Statistischen Bundesamts sank das deutsche Bruttoinlandsprodukt preisbereinigt um 4,9 % gegenüber dem Vorjahr. Nach zehn Jahren Wirtschaftswachstum in Folge ging die Wirtschaftsleistung Deutschlands somit erstmals wieder deutlich zurück. Angesichts dessen ist ein außerordentlicher Rückgang der Veränderungsrate der beitragspflichti-

gen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied nach § 71 Abs. 3 SGB V im Vergleich zu den Vorjahren zu erwarten. Die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V ist ein maßgeblicher Faktor für die Ermittlung des Veränderungswertes nach § 9 Abs. 1b KHEntgG und § 9 Abs. 1 Nr. 5 BpflV, mit dem die Steigerung der Landesbasisfallwerte bzw. der Krankenhausbudgets grundsätzlich begrenzt wird. Sofern der Orientierungswert die Veränderungsrate überschreitet, kann der Veränderungswert nach aktueller Rechtslage bis zu maximal einem Drittel der Differenz zwischen Veränderungsrate und Orientierungswert angehoben werden. Durch das einmalige außerordentlich starke Auseinanderfallen von Veränderungsrate und Orientierungswert ist eine ausreichende Finanzierung der absehbaren Personal- und Sachkostensteigerungen für das Jahr 2022 im Krankenhausbereich akut gefährdet. Mit Blick auf bereits bestehende Tarifabschlüsse sind insbesondere erneut deutlich ansteigende Personalkosten zu erwarten. Um diese Kostensteigerungen besser zu refinanzieren, wird daher für die Ermittlung des Veränderungswertes 2022 eine von der bestehenden Systematik abweichende Regelung vorgegeben, nach der der Veränderungswert dem Orientierungswert entspricht, wenn die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V den Orientierungswert unterschreitet. Insofern finden auch die Vorgaben des § 10 Abs. 6 Satz 3 KHEntgG für das Jahr 2022 keine Anwendung.

2. § 6 Abs. 3 Krankenhausentgeltgesetz wird wie folgt geändert:

In Satz 4 wird die Angabe „Satz 1“ gestrichen.

Begründung:

Es handelt sich um eine Folgeänderung in Verbindung mit der Anpassung des § 9 Abs. 1b KHEntgG, nach der die Vereinbarung des Veränderungswertes für das Jahr 2022 abweichend von Satz 1 nach den Vorgaben des Satzes 3 erfolgt. Hiermit wird sichergestellt, dass auch für die besonderen Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 10 KHG für das Jahr 2022 der nach den Vorgaben des § 9 Abs. 1b Satz 3 KHEntgG ermittelte Veränderungswert für den Anstieg der Erlössumme maßgeblich ist.

3. § 9 Absatz 1 Nummer 5 Bundespflegesatzverordnung wird wie folgt geändert:

In Absatz 1 Nummer 5 werden vor dem Komma am Ende ein Semikolon eingefügt und die Wörter „**abweichend davon entspricht für das Jahr 2022 der Veränderungswert dem Orientierungswert, wenn die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch den Orientierungswert unterschreitet; § 10 Absatz 6 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes gilt insoweit nicht**“ ergänzt.

Begründung:

Vgl. Begründung zu Nr. 1