

**Stellungnahme**  
**der Deutschen Krankenhausgesellschaft**  
**zum**  
**Referentenentwurf**  
**des Bundesministeriums für Gesundheit**  
**eines**  
**Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung**  
**im Krankenhaus sowie zur Anpassung**  
**weiterer Regelungen im Krankenhauswesen**  
**und in der Digitalisierung**  
**(Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfIEG)**

**Stand: 18.08.2022**

## Inhaltsverzeichnis

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Allgemeiner Teil</b> .....   | <b>4</b>  |
| <b>Besonderer Teil</b> .....  | <b>10</b> |
| <b>Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</b> .....   | <b>10</b> |
| Zu Artikel 1 Nummer 2 (§ 137k SGB V)<br>Verschiebung der Frist zur Entwicklung und Erprobung eines einheitlichen Instrumentes zur<br>Pflegepersonalbedarfsbemessung.....            | 10        |
| Zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 137l Abs. 1 SGB V - neu)<br>Personalbesetzung in der Pflege im Krankenhaus; Verordnungsermächtigung .....  | 10        |
| Zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 137l Abs. 2 SGB V – neu)<br>Rechtsverordnung zu Vorgaben zum Soll-Ist-Abgleich .....   | 12        |
| Zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 137l Abs. 3 SGB V -neu)<br>Beauftragung einer Erprobung.....   | 13        |
| Zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 137l Abs. 4 SGB V – neu)<br>Opt-out für Krankenhäuser mit Entlastungstarifverträgen.....   | 15        |
| Zu Artikel 1 Nummer 5 Buchstabe a (§ 275c Absatz 2 Satz 6 SGB V)<br>Klarstellung zum Anwendungsbereich der Ausnahmetatbestände .....  | 15        |
| Zu Artikel 1 Nummer 5 Buchstabe b (§ 275c Absatz 3 SGB V)<br>Geltendmachung des Aufschlages im Wege elektronischer Datenübertragung .....   | 16        |
| Zu Artikel 1 Nummer 6 Buchstabe a (§ 275d Absatz 1a SGB V)<br>Ausnahmeregelung zur Abrechnung von Leistungen, bevor der MD die Einhaltung von<br>Strukturmerkmalen geprüft hat..... | 18        |
| Zu Artikel 1 Nummer 13 Buchstabe a (§ 312 Absatz 1 SGB V)<br>Chargennummer beim eRezept .....   | 19        |
| Zu Artikel 1 Nummer 14 (§ 332b SGB V - neu)<br>Rahmenvereinbarungen mit Anbietern und Herstellern informationstechnischer Systeme ...   | 19        |
| Zu Artikel 1 Nummer 24 Buchstabe a Unterbuchstabe bb (§ 360 Absatz 2 SGB V)<br>Ausnahmeregelung für Direktzuweisung (eRezept) .....   | 20        |
| <b>Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes</b> .....  | <b>22</b> |
| Zu Artikel 2 Nummer 1 (§ 4 Absatz 2a KHEntgG)<br>Anpassung der Vorgaben zum Fixkostendegressionsabschlag .....  | 22        |
| Zu Artikel 2 Nummer 2 (§ 9 Absatz 1 KHEntgG)<br>Vereinbarungen auf der Bundesebene .....  | 22        |
| Zu Artikel 2 Nummer 3 Buchstabe a (§ 11 Absatz 3 KHEntgG)<br>Schiedsstellenautomatismus / Präklusion .....  | 24        |
| Zu Artikel 2 Nummer 3 Buchstabe b (§ 11 Absatz 4 KHEntgG)<br>Vorlagepflichten / Rechnungsabschlag .....   | 27        |
| Zu Artikel 2 Nummer 3 Buchstabe c (§ 11 Absatz 6 KHEntgG - neu)<br>Übergangsregelung für Vereinbarungszeiträume bis 2023 .....  | 29        |
| <b>Artikel 4 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes</b> .....  | <b>31</b> |
| Zu Artikel 4 Nummer 2 (§ 14b KHG)<br>Evaluierung des Reifegrades der Krankenhäuser .....  | 31        |
| Zu Artikel 4 Nummer 3 (§ 17b Absatz 3 KHG)<br>Beauftragung des InEK.....  | 32        |
| Zu Artikel 4 Nummer 4 Buchstabe a (§ 17c Absatz 2b KHG)<br>Datenübermittlung vom Medizinischen Dienst an die Krankenkasse) .....  | 33        |

---

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf .....</b> | <b>35</b> |
| Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V ..... | 35        |
| Pflegepersonalquotient nach § 137j SGB V .....     | 35        |

## Allgemeiner Teil

---

Mit dem vorliegenden Referentenentwurf eines Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfIEG) setzt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) das im Koalitionsvertrag angekündigte Vorhaben um, die PPR 2.0 als Übergangsinstrument zur verbindlichen Personalbemessung einzuführen. Ziel ist es dabei, die Personalsituation in der Pflege schnell und spürbar zu verbessern.

### Einführung eines Übergangsinstrumentes zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs und zur Festlegung der Personalbesetzung auf den bettenführenden, somatischen Stationen

Vor diesem Hintergrund begrüßen die Krankenhäuser, dass die Bundesregierung nun bereit ist, ein Pflegepersonalbemessungsinstrument einzuführen und damit einen Schritt festzulegen, um mittelbar die Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern zu verbessern. Der Deutsche Pflegerat (DPR), die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) haben das Instrument gemeinsam entwickelt und bereits Anfang 2020 dem damaligen Gesundheitsminister Jens Spahn vorgelegt.

Die Krankenhäuser hatten gemeinsam mit den Partnern die Initiative ergriffen und als Interimsinstrument zur Pflegepersonalbedarfsbemessung die PPR 2.0 mit Empfehlung für Anwendungsvorschriften und Eckpunkten sowohl zur Umsetzung als auch zur konkreten Einführung erarbeitet. Ziel war es, ein leicht anwendbares, wissenschaftlich basiertes und transparentes Instrument zu etablieren, das die am Patientenbedarf orientierte Pflege in der Personalbemessung zur Maxime macht. Die Krankenhäuser begrüßen daher grundsätzlich die Einführung von Vorgaben zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfes. Allerdings bleibt der Referentenentwurf in zahlreichen Bereichen hinter den Erwartungen der Krankenhäuser zurück. Einige Punkte bedürfen dringend der Nachschärfung, damit die PPR 2.0 zielführend und sinnvoll umgesetzt werden kann.

Dies gilt insbesondere in folgenden Punkten, die nachfolgend ausgeführt werden:

- **Vollständigkeit:** Intensivmedizin berücksichtigen
- **Parallelität:** Bürokratie und doppelte Sanktionsstrukturen stoppen
- **Qualifikationsmix:** Entlastung für Pflegekräfte berücksichtigen
- **Ganzhausansatz:** Kleinteiligkeit vermeiden
- **Opt-Out-Regelung:** Evidenzgenerierung und Einheitlichkeit sichern
- **Begleitforschung:** Komplexität berücksichtigen
- **Finanzierbarkeit:** Bezug zur Personalrefinanzierung klarstellen
- **Kein kalter Strukturwandel:** Notfallversorgung durch Ausnahmetatbestände sichern
- **Erkenntnisprozess:** Finanzierung des Erfüllungsaufwands sicherstellen
- **Einbindung der Selbstverwaltung** sowie DPR und ver.di

### Vollständigkeit: Intensivmedizin berücksichtigen

Der gemeinsam mit den Partnern DPR und ver.di erarbeitete Vorschlag sieht nicht nur die Einführung in der unmittelbaren Patientenversorgung von Erwachsenen und Kindern auf bettenführenden Stationen der nichtintensivmedizinischen somatischen Versorgung in den nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern unter Berücksichtigung von PPR 2.0 und Kinder-PPR 2.0, sondern auch die Einbeziehung einer Lösung für den Intensivbereich vor. Dieser Bereich wurde im vorliegenden Referentenentwurf nicht berücksichtigt. Den Intensivbereich bis zur Einführung eines Verfahrens nach § 137k SGB V nicht durch bedarfsorientierte Instrumente, sondern Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) zu regeln, wird den spezifischen Anforderungen in diesem sensiblen Bereich nicht gerecht. Damit bleiben insbesondere die teils deutlich unterschiedlichen Pflegebedarfe auf den Intensivstationen (von Low Care bis High Care) unberücksichtigt. Hierfür wurde von DKG, DPR und ver.di nach eingehender Prüfung in Ergänzung der PPR 2.0 im Erwachsenenbereich eine Lösung vorgelegt.

Zusätzlich ist darauf hinzuweisen, dass die Partner die konkrete Umsetzung der Instrumente erwarten. Eine halbherzige und schleppende Unterstützung der Instrumente sorgt vor dem Hintergrund der zeitlichen Ziele für keine sinnvolle Umsetzung und bietet den Beteiligten, wie z. B. den Krankenhäusern aber auch IT-Dienstleistern, keine Planungssicherheit. Nur wenn der tatsächliche Bedarf für Pflegepersonal in den Krankenhäusern bekannt ist, kann die Wirksamkeit von Maßnahmen gemessen und eine Perspektive durch bessere Arbeitsbedingungen mittelbar über eine angemessene Pflegepersonalbedarfsausstattung geschaffen werden.

### Parallelität: Bürokratie und doppelte Sanktionsstrukturen stoppen

Um die stark begrenzten pflegerischen Ressourcen in den Krankenhäusern administrativ nicht zu überlasten, können derzeit nicht zwei Instrumente gleichzeitig getestet und eingeführt werden. Das Nebeneinander von verschiedenen Dokumentations- und Sanktionsregelungen führt zu weiterer Bürokratie in den Krankenhäusern, wodurch Personalkapazitäten im Bereich der Patientenversorgung anderweitig gebunden werden. Daher wäre eine Verzahnung der Instrumente aus Sicht der Krankenhäuser sinnvoll und wünschenswert. In diesem Sinne ist es auch vor dem Hintergrund der zeitlichen Verzögerung zu begrüßen, das Verfahren nach § 137k SGB V in seiner Entwicklung auf einen späteren Zeitpunkt zu verlagern.

Weiterhin ist die Parallelität von unterschiedlichen sanktionsbehafteten Instrumenten nicht denkbar. So ist die PPR 2.0 nicht primär als Instrument zur Sanktionierung, sondern vielmehr als Instrument zum Erkenntnisgewinn mit Ableitung anschließender Schritte vorgesehen. Deshalb sollten die Untergrenzen bei einem Erfüllungsgrad von 80 Prozent für das jeweilige Krankenhaus wegfallen (siehe unten). Mit dem vorliegenden Referentenentwurf bleiben die Vorgaben nach § 137i SGB V (Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG)) und § 137j SGB V (Pflegepersonalquotienten (PPQ)) bestehen. So gibt es mit dem neu geschaffenen § 137l SGB V ein weiteres Instrument zur Berechnung des vorhandenen Pflegepersonals – jedes mit seiner eigenen Logik und Nachweis- sowie Dokumentationsverfahren (und Sanktionen!). Das Anliegen, in der direkten Patientenversorgung die Bürokratie auf das notwendige und angemessene Maß zu reduzieren, ist

damit ad absurdum geführt. Die PPR 2.0 bietet in ihrer Grundstruktur über Korridorlösungen einen Ersatz dieser Vorgaben. Insbesondere der Pflegepersonalquotient ist mit der Einführung der PPR 2.0 obsolet.

### Qualifikationsmix: Entlastung für Pflegekräfte berücksichtigen

Um die Pflegenden im Krankenhaus zu entlasten und auch fachlich anspruchsvolle Tätigkeiten im stationären Kontext zu erfüllen, sind zahlreiche medizinische Professionen im Team vor Ort am Patienten tätig. Dieser Qualifikationsmix ist gelebte interprofessionelle Praxis. Dies betrifft zum Beispiel Hebammen auf geburtshilflichen Stationen. Bislang wurden leider keine näheren Angaben zum vorgesehenen Qualifikationsmix getroffen. Hier besteht dringender Handlungsbedarf im Sinne der täglichen, qualitativ hochwertigen praktischen und interprofessionellen Tätigkeiten in den patientenversorgenden Teams. Eine einheitliche, verlässliche Vorgabe auf Bundesebene, die den Verantwortlichen (für die Pflege) vor Ort den ihrer Qualifikation, Kompetenzen und Ausgaben entsprechenden Handlungsspielraum lässt, um eine bestmögliche und qualitativ hochwertige Patientenversorgung zu gewährleisten, stärkt auch den Stellenwert des Pflege(-personal-)managements.

Die Pflegepersonalkräfte werden – trotz aller Bemühungen – auf absehbare Zeit nicht in ausreichendem Maß zur Verfügung stehen. Selbst unter der Annahme ausreichend verfügbaren Personals ist die Refinanzierung dieser Personalkosten durch die begrenzten finanziellen Mittel der Kostenträger limitiert. Es bedarf zwingend einer Kongruenz zwischen PPR 2.0 und dem Pflegebudget. Insofern muss sich der Qualifikationsmix an den Vorgaben zum Pflegebudget orientieren. Dieser müsste daher über die Vorgaben nach § 137I SGB V langfristig sichergestellt werden. Hier sind auch der Umfang und die Art anrechenbarer Berufsgruppen im Sinne eines Qualifikationsmixes zu bestimmen. Solange der Fachkräftemangel in der Pflege vorherrscht, ist der Einbezug anderer, ebenfalls ausgebildeter und mitunter langjährig in der Pflege praktisch tätiger Berufsgruppen für eine Sicherstellung der qualitativ hochwertigen Patientenversorgung notwendig.

### Ganzhausansatz: Kleinteiligkeit vermeiden

Die Krankenhäuser bekräftigen zudem die Forderung nach einem Ganzhaus-Ansatz, der im aktuellen Referentenentwurf fehlt. Der von der DKG geforderte Ganzhaus-Ansatz bedeutet, dass alle Krankenhäuser, die eine Personalausstattung von mindestens 80% des Niveaus der PPR 2.0 bereits erfüllen, von den Pflegepersonaluntergrenzen freigestellt werden. Perspektivisch können die Pflegepersonaluntergrenzen bei fortschreitendem Erfüllungsgrad in den Krankenhäusern auch vollständig entfallen.

### Opt-Out-Regelung: Evidenzgenerierung und Einheitlichkeit sichern

Wird die Einführung der PPR 2.0 nicht flächendeckend einheitlich verfügt, so kann es zu einem Flickenteppich von parallelen Modellen kommen. Dies kann den wichtigen, bundesweiten Erkenntnisgewinn und damit ein evidenzgeleitetes Verfahren in der Pflegepersonalbedarfsbemessung erheblich einschränken. Der Vorrang von Tarifverträgen und sonstigen Vereinbarungen, die entsprechende Pflegepersonalvorgaben beinhalten, ist nicht verständlich, wenn die Zielsetzung auch die Vergleichbarkeit von Krankenhäusern in Bezug auf ihre Pflegepersonalausstattung aus Sicht von potentiellen Pflegekräften, aber auch Patientinnen und Patienten sein soll.

### Begleitforschung: Komplexität berücksichtigen

Positiv bewerten die Krankenhäuser die vorangestellte Pilotphase der Vorgaben, die durch ein Institut begleitet werden soll. Ein/e Einzelsachverständige/r mit dieser Aufgabe zu betreuen, ist vor dem Hintergrund komplexer Anforderungen multidisziplinärer Art schwer vorstellbar. Zudem sollten weitere relevante Beteiligte – wie die DKG, der DPR, ver.di, AWMF, Patientenvertreter, der GKV-Spitzenverband – den Prozess der Einführung begleiten und ihre jeweilige Expertise bei dieser einschneidenden Änderung einfließen lassen, um eine bestmögliche und abgestimmte Lösung zu erarbeiten und umzusetzen. Dazu wäre eine regelmäßige Information über (Zwischen-)Ergebnisse wünschenswert. Zudem sollte, angesichts des zeitlich unklaren Inkrafttretens des Verfahrens nach § 137k SGB V, neben dieser Einführungsphase auch eine Begleitung und Weiterentwicklung der PPR 2.0 und Kinder-PPR 2.0 in Betracht gezogen werden.

### Finanzierbarkeit: Bezug zur Personalrefinanzierung klarstellen

Es muss sichergestellt sein, dass die vollständige Erfüllung der PPR-Vorgaben refinanziert wird, wenn nachgewiesen wird, dass auch tatsächlich das Personal eingesetzt wurde. Das bedeutet, dass auch unterjährige Schwankungen berücksichtigt werden müssen und daher auch eine positive Abweichung im angemessenen Ausmaß (z. B. 105%) finanziert wird. Hier muss zwingend ein Bezug zum Pflegebudget hergestellt werden.

### Kein kalter Strukturwandel: Notfallversorgung durch Ausnahmetatbestände sichern

Bei der Festlegung von Maßnahmen oder Sanktionen für den Fall, dass der festgelegte Erfüllungsgrad nicht erreicht wird, sind Ausnahmetatbestände zu regeln. Diese sollten mindestens die Ausnahmetatbestände der PpUGV und PpUG-Sanktions-Vereinbarung umfassen. Zudem sollte als weiterer Ausnahmetatbestand die Aufnahme der Versorgung von lebensbedrohlichen Notfällen bei fehlender Belastungskapazität (pflegesensitiver Bereich ist bei der Leitstelle abgemeldet) geregelt werden.



## Erkenntnisprozess fördern: Finanzierung des Erfüllungsaufwands sicherstellen

Die PPR 2.0 wird als Interimsinstrument eingeführt. Die begleitete Einführung sollte jedoch auch dazu genutzt werden, mögliche Weiterentwicklungen dieser Regelung zu betrachten und ggf. stufenweise umzusetzen, um eine möglichst hohe Wirksamkeit zu erreichen. Die PPR-2.0-Einführung ist insofern als Startpunkt für eine kontinuierliche Weiterentwicklung des Instrumentariums zur Pflegepersonalbedarfsermittlung im Krankenhaus zu verstehen. § 137k SGB V sollte entsprechend so gestaltet werden, dass die PPR 2.0 an Entwicklung anschlussfähig ist. Dabei sollte im Vordergrund stehen, dass die Belastung des Personals mit Dokumentationsaufwänden spürbar reduziert und unter den Aufwand für den Nachweis der PpUGV zurückgefahren wird. Soweit wie möglich sollte hierbei eine digitale Unterstützung dieser Prozesse angestrebt werden. Die Einführung der PPR 2.0 wird mit einem Schulungs- und Implementierungsaufwand verbunden sein. Der Erfüllungsaufwand in den Krankenhäusern ist deshalb im Referentenentwurf deutlich zu niedrig kalkuliert und muss den realen Bedingungen angepasst werden. Die Refinanzierung dieser Kosten ist sicherzustellen.

## Einführung verbindlicher Fristen für Budgetverhandlungen

Der Referentenentwurf sieht ebenfalls zahlreiche neue und verbindliche Fristen für die Budgetvereinbarungen vor Ort vor. Ziel ist die Beschleunigung der Budgetverhandlungen und damit die Verbesserung der Liquiditätssituation der Krankenhäuser.

Der nun gewählte Weg über starre Fristen, Schiedsstellenautomatismen und empfindliche Strafen ist keinesfalls geeignet, den aufgelaufenen Vereinbarungsstau zu lösen, sondern bestätigt die aktuelle Politik der Misstrauenskultur und der Überregulierung. Die geplanten Regelungen werden zu noch mehr Bürokratie und zu überlasteten Schiedsstellen führen. Zwischen den Parteien bestehende Streitigkeiten würden nicht beigelegt, sondern vielmehr flächendeckend neue Streitverfahren im Rahmen von Verwaltungsgerichtsprozessen eröffnet. Zudem sind die Regelungen vollkommen praxisfern. Zum 30. November des Vorjahres kann kein Krankenhaus eine belastbare Budgetplanung für das Folgejahr vornehmen, da zu diesem Zeitpunkt zahlreiche dringend benötigte Informationen nicht vorliegen (z. B. NUB-Bescheide, Jahresabschluss des Vorjahres, Entgeltkataloge bei Nichteinigung der Selbstverwaltungspartner). Eine Beschleunigung des Verfahrens kann für alle Beteiligten zielführender durch klare, praxistaugliche und vor allem einfache Regelungen in den Budgetverhandlungen erreicht werden. Diese würde im Ergebnis die Vereinbarungsgeschwindigkeit erhöhen und zusätzlich einen spürbaren Beitrag zur Entbürokratisierung leisten.

Auf vollkommenes Unverständnis treffen die geplanten Sanktionsregelungen. Dass bei einem Verfahren, bei dem Kostenträger, Leistungserbringer, Schiedsstellen und Genehmigungsbehörden zu gleichen Teilen beteiligt sind, bei einer „Verspätung“ nur den Krankenhäusern Sanktionen auferlegt werden sollen, entbehrt jeder Gerechtigkeit. Der geplante einseitige Rechnungsabschluss ist daher zwingend zu streichen. Die Krankenhäuser, die Krankenkassen aber auch die Schiedsstellen werden die Flut an Verhandlungen und Anträgen aufgrund der Vielzahl noch offener Budgetvereinbarungen



(bundesweit vermutlich 5.000 – 6.000) absehbar allein personell nicht bewerkstelligen können. Die geplanten Regelungen werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vollkommen überlasten. Außerdem wurden eine angemessene Vorlaufzeit und sinnvolle Übergangsregelungen nicht implementiert. Die Krankenhäuser lehnen aus den genannten Gründen die geplanten Regelungen in der vorliegenden Fassung ab. Nur eine grundsätzliche Verschlankung der Budgetverhandlungen ist als zielführende Maßnahme zum Abbau des Vereinbarungsstaus und zur Beschleunigung des Vereinbarungsverfahrens anzusehen.

### **Weitere krankenhauselevante Inhalte**

Darüber hinaus enthält der Referentenentwurf Anpassungen im Bereich der Krankenhausabrechnungsprüfungen, beim eRezept sowie zur Evaluierung des Reifegrades der Krankenhäuser im Rahmen des Krankenhauszukunftsfonds. Detaillierte Ausführungen sind dem Besonderen Teil zu entnehmen.

Grundsätzlich ist auch hinsichtlich dieses Gesetzgebungsverfahrens die eingeräumte Stellungnahmefrist zu kritisieren. Diese macht eine detaillierte, umfassende und konzertierte Befassung mit einem Gesetzentwurf dieses Umfangs und eine Analyse der daraus resultierenden Folgen unmöglich. Sowohl demokratietheoretisch als auch hinsichtlich der Akzeptanz sowie der Umsetzung in den beteiligten Verbänden oder der Praxis ist dieses Vorgehen weder förderlich noch zielgerichtet. Aufgrund der mittlerweile zahlreichen Wiederholungen dieser Praxis, die – wie in diesem Fall - auch Gesetzgebungsverfahren ohne Covid-19-Pandemiebezug betrifft, entsteht der Eindruck, dass eine detaillierte Prüfung und inhaltliche Befassung seitens des BMG nicht mehr erwünscht ist. Wir behalten uns daher die weitere Prüfung der Inhalte und eine ggf. nachträgliche Stellungnahme vor.

## Besonderer Teil

---

### Artikel 1

## Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

### Zu Artikel 1 Nummer 2 (§ 137k SGB V)

#### Verschiebung der Frist zur Entwicklung und Erprobung eines einheitlichen Instrumentes zur Pflegepersonalbedarfsbemessung

#### Beabsichtigte Neuregelung

Das Verfahren gem. § 137k SGB V zur Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Pflegepersonalbedarfs wird hinsichtlich seiner Zeitvorgaben um ein Jahr nach hinten verlagert.

#### Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen die Verschiebung des Instruments nach § 137k SGB V um ein Jahr, um eine Doppelbelastung der Krankenhäuser durch mehrere, parallele Testungen mit ähnlicher Zielsetzung zu vermeiden und die qualitativ hochwertige Umsetzung beider Ansätze zu unterstützen. Auch die Bezugnahme auf die Erkenntnisse aus der Einführung und Umsetzung der PPR 2.0 in der Gesetzesbegründung ist vor diesem Hintergrund sinnvoll. Allerdings sollte dieser Bezug für den zukünftigen Auftragnehmer gem. § 137k SGB V Abs. 1 S. 4 verbindlicher formuliert sein, um den Übergang von PPR 2.0 und Kinder-PPR 2.0 auf das nach § 137k SGB V zu entwickelnde und zu erprobende Verfahren zu erleichtern. Trotzdem sollte zeitnah eine langfristige Lösung gefunden oder alternativ die PPR 2.0 weiterentwickelt werden.

#### Änderungsvorschlag

§ 137k Absatz 1 ist um folgenden Satz 4 zu ergänzen:

#### Das Verfahren baut dabei auf dem Instrument nach § 137l SGB V auf und nutzt die Erfahrungen aus deren Einführung.

### Zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 137l Abs. 1 SGB V - neu)

#### Personalbesetzung in der Pflege im Krankenhaus; Verordnungsermächtigung

#### Beabsichtigte Neuregelung

Das BMG erlässt durch Rechtsverordnung Vorgaben für die Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs in der „Pflege am Bett“. Nicht inkludiert sind dabei die Intensivbereiche. Die Vorgaben betreffen Ist- und Soll-Vorgaben in Vollkräften, den Qualifikationsmix, die zu erhebenden Daten und ihre weitere Verwendung sowie Folgen aus der Nicht-Erfüllung der vorgenannten Punkte.

## Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen grundsätzlich die Einführung des Pflegepersonalbemessungsinstrumentes PPR 2.0. Als Ausgangspunkt sind hierbei die PPR 2.0 und Kinder-PPR 2.0 konkret zu benennen. Außerdem sollte der Intensivbereich als besonders sensibler Bereich eingeschlossen werden. Hierfür hat die DKG gemeinsam mit ihren Partnern DPR und ver.di INPULS® als mögliche Lösung vorgeschlagen.

Mit der Konstruktion der ausschließlichen Verordnungsermächtigung des BMG bleiben sowohl Selbstverwaltung als auch DPR und ver.di außen vor. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund des bisherigen Engagements und der Expertise von DKG, DPR und ver.di im Hinblick auf die Einführung der PPR 2.0 als Interimsinstrument nicht nachvollziehbar. Auch für die Erarbeitung der im Weiteren aufgeführten Spezifikationen wäre ein Diskurs sinnvoll. Zudem könnte die Vereinbarung über Nachweise und Dokumentation – wie in der Vergangenheit erfolgreich umgesetzt – durch die Selbstverwaltungspartner erfolgen. Auch sollte eine weitere Sanktionskaskade – neben denen zu bereits bestehenden Regelungen gem. § 137i SGB V ff. – maßvoll gestaltet sein bzw. miteinander verknüpft werden. Die Krankenhäuser werden durch die Regelungen mit weiteren Dokumentations- und Nachweisverpflichtungen belegt, für die sie (ihre begrenzten) Ressourcen zur Verfügung stellen müssen und ggf. sogar sanktioniert werden. Dies steht dem Bemühen, die Bürokratie im Krankenhaus und der Patientenversorgung zu reduzieren, diametral entgegen. Auch ist hier zwischen interner und externer Datenverwendung zu unterscheiden. Insbesondere die Nachweisverpflichtungen sollten auf ein Mindestmaß reduziert werden. Die interne Verwendung der Daten aus den Instrumenten PPR 2.0 und Kinder-PPR 2.0 kann detaillierter sein und zum betriebsinternen Controlling genutzt werden. Das Verhältnis zu Personalvorgaben des G-BA sollte hier klar im Anwendungsbereich abgegrenzt werden.

Weiterhin problematisch ist in diesem Kontext die Verwendung des Begriffes Pflegeaufwand. Ziel muss die Einführung des pflegebedarfsorientierten Instruments PPR 2.0 sein. Der Pflegeaufwand hingegen ist – anlehnend an den Pflegelastkatalog des InEK – kein geeignetes Instrument zur Pflegebedarfsermittlung, da er lediglich den Anteil der IST-Pflegepersonalkosten in den DRGs als Bewertungsrelationen darstellt.

Die Krankenhäuser lehnen zudem einen Stationsbezug vehement ab und fordern vielmehr einen Ganzhausansatz. Dieser Ganzhaus-Ansatz bedeutet, dass alle Krankenhäuser, die bereits eine Personalausstattung von mindestens 80 Prozent des Niveaus der PPR 2.0 erfüllen, von den Pflegepersonaluntergrenzen auf Stationsebene freigestellt werden. Durch die Weitergeltung der Pflegepersonaluntergrenzen für Krankenhäuser unterhalb dieses Wertes wird die stationsbezogene Einhaltung einer Mindestpersonalausstattung bereits in ausreichendem Maße sichergestellt.

## Änderungsvorschlag

§ 137i Abs. 1 SGB V (neu) wird wie folgt gefasst:

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit erlässt durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates bis zum 30. November 2023 Vorgaben zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfes in der unmittelbaren Patientenversorgung von Erwachsenen und

Kindern auf bettenführenden Stationen der **nichtintensivmedizinischen** somatischen Versorgung in den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern, **die auf der PPR 2.0 und Kinder-PPR 2.0 beruhen**. Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt **unter Berücksichtigung der Stellungnahmen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des Deutschen Pflegerates, der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft** in der Rechtsverordnung insbesondere das Nähere

1. zu der von den Krankenhäusern standortbezogen zu erfassenden Anzahl
  - a) der **in der jeweiligen Station** eingesetzten Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte, (Ist-Personalbesetzung) und
  - b) der **in der jeweiligen Station** auf Grundlage des Pflege**personalbedarfsaufwandes** einzusetzenden Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte, (Soll-Personalbesetzung),
2. zur täglichen Bestimmung des Pflege**personalbedarfsaufwandes**, unter anderem durch die Festlegung von Pflegekategorien sowie den diesen zugrunde zulegenden Minutenwerten für die pflegerische Versorgung je Patientin oder Patient,
3. zur personellen Zusammensetzung des einzusetzenden Pflegepersonals nach Qualifikation,  
**Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren das Nähere**
4. zur Dokumentation, zum Nachweis und zur Veröffentlichung der von den Krankenhäusern zu erhebenden und zu übermittelnden Daten,
5. zur Übermittlung der von den Krankenhäusern erhobenen Daten an eine vom Bundesministerium für Gesundheit zu bestimmende Stelle einschließlich der Form und des Verfahrens der Übermittlung sowie
6. zu den Folgen für den Fall, dass ein Krankenhaus Verpflichtungen, die sich aus der Rechtsverordnung nach Satz 1 ergeben, nicht erfüllt.

### **Zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 137I Abs. 2 SGB V – neu)** **Rechtsverordnung zu Vorgaben zum Soll-Ist-Abgleich**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Das BMG ergänzt die Rechtsverordnung um Vorgaben zu einem Soll-Ist-Abgleich der Personalbesetzung in Vollkräften und legt Schritte zur Angleichung und Nachweisverpflichtungen sowie zu Folgen bei Nicht-Erfüllung der vorgenannten Punkte fest.

#### **Stellungnahme**

Ein Aufbau von Pflegepersonal ist notwendig. Die Verbesserung der Arbeitsbedingungen, zu denen mittelbar auch die Einführung der PPR 2.0 zählt, ist ein wichtiger Schritt, der jedoch durch weitere Maßnahmen ergänzt werden muss. Eine Beachtung der Arbeitsmarktbedingungen bei Festlegung der Anpassungsschritte ist daher zwingend

erforderlich. Zudem ist eine vergleichende Bezugsgröße der Umsetzungsgrade sinnvoll. Auch sollten hier Nachweise und „Folgen“ auf ein Minimum reduziert werden. Die Soll-Ist-Abgleiche sollten auf Krankenhausebene erfolgen, um ein angemessenes Personal-/Pflegermanagement zu ermöglichen und zu stärken. Eine Verteilung der Stellen auf Stationsebene sollte den Verantwortlichen im Krankenhaus überlassen werden. Unterstützen könnten hier z. B. betriebsinterne Verteilungsregeln der Stellen. Zwingend sollte dabei eine Beteiligung relevanter Partner, wie der DKG, DPR und ver.di, erfolgen, um die Umsetzung zu erleichtern.

Zudem ist zwingend zu regeln, dass Krankenhäuser im Sinne des Ganzhausansatzes ab eines gewissen Erfüllungsgrades – DKG, DPR und ver.di haben 80% vorgeschlagen – von den Pflegepersonaluntergrenzen befreit werden.

### **Änderungsvorschlag**

§ 137i Abs. 2 SGB V – neu wird wie folgt gefasst:

(2) Zur Festlegung der erforderlichen Personalbesetzung wird das Bundesministerium für Gesundheit zudem ermächtigt, die Rechtsverordnung nach Absatz 1 ohne Zustimmung des Bundesrates unter Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des Deutschen Pflegerates und der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft um Vorgaben zu ergänzen

1. zur Festlegung der schrittweisen Anpassung der Ist-Personalbesetzung an die Soll-Personalbesetzung,

2. zum Nachweis der Erfüllung der durch das Krankenhaus vorzunehmenden Anpassung nach Nummer 1 gegenüber einer vom Bundesministerium für Gesundheit zu bestimmenden Stelle und

3. zu den Folgen des Unterlassens der Anpassung nach Nummer 1 oder des Nachweises nach Nummer 2; und

4. zur Aussetzung der Vorgaben der Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V.

### **Zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 137i Abs. 3 SGB V -neu)**

#### **Beauftragung einer Erprobung**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Das BMG beauftragt zur Vorbereitung der Rechtsverordnung einen Auftragnehmer mit einer mindestens dreimonatigen Erprobung der Vorgaben unter Einbezug einer repräsentativen Auswahl von Krankenhäusern, an der (zusätzlich) auch freiwillig Krankenhäuser teilnehmen können. Das Ergebnis wird in Berichtsform vorgelegt.

## Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen die vorgesehene Erprobungsphase der PPR 2.0 mit einer repräsentativen Auswahl von Kliniken. Da die Teilnahme verpflichtend ist, sollte den Krankenhäusern eine Aufwandsentschädigung zugestanden werden.

Fraglich ist, ob ein Einzelsachverständiger die multidisziplinären Anforderungen, die mit einem solchen Auftrag einhergehen, erfüllen kann. Die vorgegebene enge Anbindung an die Patientenversorgung im Krankenhaus des Auftragnehmers ist positiv hervorstellen, auch die pflegewissenschaftliche Expertise sollte sichergestellt sein. Zudem sollten weitere Akteure, wie z. B. die DKG, der DPR und ver.di, über die Ergebnisse Kenntnis erhalten und an dem Prozess beteiligt werden. Auch vor dem Hintergrund der angestrebten Umsetzung in den Krankenhäusern zum 01.01.2024 ist eine frühzeitige Information und Einbindung erforderlich, damit alle Krankenhäuser die erforderlichen Strukturen (bspw. in der digitalen Umsetzung) vorbereiten können.

Auch ist zur Planung der Personalstellen nach PPR 2.0 und Kinder-PPR 2.0 eine Bezugnahme auf Vergleichszeiträume notwendig. Dafür ist eine Datenerfassung nach PPR 2.0 und Kinder-PPR 2.0 in der durch die Rechtsverordnung erlassenen Form erforderlich. Die Umsetzung kann aus Sicht der Krankenhäuser daher zunächst nur den ersten Schritt, d. h. die Erfassung der Ist-Personalbesetzung, bedeuten. Auf einer soliden Datengrundlage kann dann in einem zeitlich nachgelagerten Schritt die Personalplanung nach PPR 2.0 und Kinder-PPR 2.0 erfolgen. In einem weiteren, wiederum zeitlich nachgelagerten Schritt kann die Erhebung eines Abgleiches der Personalplanung nach PPR 2.0 (Soll) mit der Ist-Besetzung und die Etablierung der Erfüllungsgrade erfolgen. Hierbei ist zu klären, wie konkret die Erfüllungsgrade festgelegt werden können. Denkbar sind vor dem Hintergrund der Arbeitsmarktlage und des Fachkräftemangels auch regionale oder krankenhausesindividuelle Erfüllungsgrade. Die Angemessenheit ist gerade im Hinblick auf mögliche weitere Sanktionen genau zu prüfen. Auf der anderen Seite ließe sich die Angemessenheit auch dadurch herstellen, wenn ab einem zu bestimmendem Erfüllungsgrad Krankenhäuser von den Vorgaben gemäß § 137i SGB V entbunden würden.

## Änderungsvorschlag

§ 137i Abs.3 SGB V -neu wird wie folgt gefasst:

(3) Zur Vorbereitung der Rechtsverordnung nach Absatz 1 beauftragt das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Januar 2023 eine fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtung ~~oder einen Sachverständigen oder eine Sachverständige~~ (Auftragnehmer) mit einer mindestens dreimonatigen Erprobung der Grundlagen der in der Rechtsverordnung nach Absatz 1 festzulegenden Vorgaben. Für die Durchführung der Erprobung hat der Auftragnehmer eine repräsentative Auswahl an zugelassenen Krankenhäusern zu bestimmen, die ihm die benötigten Daten nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 zu übermitteln haben. Der Auftragnehmer kann die Form und das Verfahren der Datenübermittlung festlegen. Weitere zugelassene Krankenhäuser können sich auf freiwilliger Basis an der Erprobung beteiligen. Der Auftragnehmer hat dem Bundesministerium für Gesundheit, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Deutschen Pflegerat und der Vereinte Dienstleistungsgesellschaft bis spätestens zum



31. August 2023 einen Abschlussbericht über die Ergebnisse der Erprobungsphase vorzulegen.

### **Zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 137I Abs. 4 SGB V – neu)** **Opt-out für Krankenhäuser mit Entlastungstarifverträgen**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

In Krankenhäusern, die einen Tarifvertrag oder Vereinbarungen zu entsprechenden Pflegepersonalvorgaben abgeschlossen haben, müssen bei übereinstimmendem Willen beider daran beteiligter Vertragsparteien die Vorgaben zu § 137I SGB V Abs. 1 und 2 nicht umgesetzt werden.

#### **Stellungnahme**

Der vorgesehene Vorrang von Entlastungstarifverträgen, die wiederum sich sehr voneinander unterscheidende Verhandlungsergebnisse und Kompromisse der Tarifparteien darstellen, ist für die Krankenhäuser nicht nachvollziehbar. Damit wäre eine bundeseinheitliche Anwendung der PPR 2.0 nicht gegeben. Eine Vergleichbarkeit für verschiedene Stakeholder, wie potentiellen, zukünftigen Pflegekräften sowie Patientinnen und Patienten, ist so nicht gegeben. Die allgemeine Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte in den deutschen Krankenhäusern, wozu die Regelung gem. § 137I SGB V auch beitragen soll, wird so nicht erreicht werden können. Für die Krankenhäuser war immer klar, dass Personalvorgaben in Entlastungstarifverträgen nur ein Provisorium sein können, bis ein bundeseinheitliches Pflegepersonalbemessungsinstrument eingeführt wird. Entsprechende Tarifverträge liegen zudem nur in wenigen Krankenhäusern vor. Unklar ist zudem, was unter sonstigen Vereinbarungen zu verstehen ist.

#### **Änderungsvorschlag**

§ 137I Abs. 4 SGB V – neu ist ersatzlos zu streichen.

### **Zu Artikel 1 Nummer 5 Buchstabe a (§ 275c Absatz 2 Satz 6 SGB V)** **Klarstellung zum Anwendungsbereich der Ausnahmetatbestände**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

§ 275c Absatz 2 Satz 6 SGB V wird klarstellend ergänzt, dass die in Satz 6 geregelten Ausnahmetatbestände, die eine Einleitung von Prüfungen durch den Medizinischen Dienst nach § 275c SGB V trotz Überschreitung der quartalsbezogenen Prüfquote rechtfertigen (Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 20% oder begründeter Verdacht einer systematisch überhöhten Abrechnung), erst ab dem Jahr 2022 anwendbar sind.

## Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung zum Anwendungsbereich der Ausnahmetatbestände des § 275c Absatz 2 Satz 6 SGB V ist zu begrüßen, denn dadurch wird die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vertretene Auslegung, dass eine Anwendung der Ausnahmetatbestände des Satzes 6 in den Jahren 2020 und 2021 weder vom Wortlaut noch von der Systematik oder vom Sinn und Zweck der Regelung des § 275c Absatz 2 Satz 6 SGB V gedeckt sei, als gesetzliche Regelung im SGB V klargestellt. Erfreulicherweise ist die beabsichtigte Neuregelung in der Gesetzesbegründung explizit als Klarstellung bezeichnet worden, was nur konsequent ist, da das BMG diese Auffassung bereits mit Schreiben vom 26.07.2021 deutlich zum Ausdruck gebracht hat. Durch die beabsichtigte gesetzliche Klarstellung wird die viel diskutierte Frage, ob die Ausnahmetatbestände des § 275c Absatz 2 Satz 6 SGB V auch auf die Einleitung von Prüfungen durch den Medizinischen Dienst in den Jahren 2020 und 2021 anwendbar sind, eindeutig beantwortet, so dass die diesbezüglich anhängigen Verfahren vor den Sozialgerichten, die ihre Ursache darin haben, dass Krankenkassen in der Vergangenheit die vom BMG geäußerte Auffassung zur Anwendbarkeit der Ausnahmetatbestände in den Jahren 2020 und 2021 vielfach ignoriert und über die geltende Prüfquote hinausgehende Prüfungen durch den Medizinischen Dienst nach § 275c SGB V eingeleitet haben, sich erledigen werden.

## Änderungsvorschlag

Entfällt.

### Zu Artikel 1 Nummer 5 Buchstabe b (§ 275c Absatz 3 SGB V)

#### Geltendmachung des Aufschlages im Wege elektronischer Datenübertragung

## Beabsichtigte Neuregelung

Anstatt, wie bislang, als Verwaltungsakt soll ein nach Durchführung einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst in Betracht kommender Aufschlag nach § 275c Absatz 3 SGB V künftig im Wege elektronischer Datenverarbeitung geltend gemacht werden.

## Stellungnahme

Vor dem Hintergrund, dass eines der wesentlichen Ziele des Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) vom 14.12.2019 die Steigerung der Effizienz der Abrechnungsprüfung ist (Bundestags-Drucksache 19/13397, S. 2), erscheint der beabsichtigte Wechsel des Verfahrens zur Geltendmachung eines Aufschlages nach § 275c Absatz 3 SGB V als Verfahrensvereinfachung und zum Abbau von Bürokratie konsequent zu sein.

Die beabsichtigte Neuregelung greift in der vorgesehenen Form jedoch zu kurz. Ein zentrales Element des MDK-Reformgesetzes ist die Einführung des Aufrechnungsverbot zu Lasten der Krankenkassen in § 109 Absatz 6 SGB V. Begründet wird die

Einführung des Aufrechnungsverbotes damit, dass umfassende Aufrechnungen seitens der Krankenkassen zu erheblichen Liquiditätsengpässen auf Seiten der Krankenhäuser führen. Während die Krankenkassen ihre behaupteten Forderungen mittels Aufrechnung sofort befriedigen können, sind Krankenhäuser auf den Rechtsweg angewiesen, um sich gegen die Aufrechnung der Krankenkasse zu wehren. Somit wird den Krankenhäusern durch die Möglichkeit der Aufrechnung nicht nur Liquidität entzogen, sondern ihnen zudem noch das Prozessrisiko eines durchzuführenden Klageverfahrens zur Durchsetzung ihrer Rechtspositionen auferlegt. Dies soll durch die Einführung des Aufrechnungsverbotes verhindert werden (vgl. die Ausführungen in Bundestags-Drucksache 19/13397 S. 45, 54).

Erfolgt nunmehr ein Wechsel des Verfahrens zur Geltendmachung des Aufschlages dahingehend, dass dieser künftig im Wege der elektronischen Datenverarbeitung geltend gemacht wird, besteht die Gefahr, dass Krankenkassen den Aufschlag, obwohl er wegen seines Grundes und/oder seiner Höhe umstritten sein kann, diesen im Wege der Aufrechnung sofort durchsetzen werden und das Krankenhaus dadurch – entgegen der oben dargestellten Intention des MDK-Reformgesetzes – nicht nur durch den sofort erfolgenden Liquiditätsabfluss, sondern auch durch die Übertragung des Prozessrisikos zur Klärung einer streitigen Rechtsfrage belastet wird. Begründet ist diese Gefahr darin, dass § 109 Absatz 6 SGB V seinem Wortlaut nach das Aufrechnungsverbot auf Vergütungsansprüche des Krankenhauses bezieht und seitens der Krankenkassen argumentiert werden könnte, dass der Aufschlag somit nicht unter den Anwendungsbereich des § 106 Absatz 6 SGB V falle, eine Aufrechnung somit zulässig sei. Zur Vermeidung von Streitigkeiten, die sich aufgrund dieser Thematik mit Sicherheit ergeben und zu einer erheblichen Belastung der Sozialgerichtsbarkeit führen werden sowie zur Durchsetzung der oben dargestellten Intention des MDK-Reformgesetzes ist daher eine Ergänzung des § 109 Absatz 6 SGBV dahingehend erforderlich, dass die Geltendmachung des Aufschlages vom Aufrechnungsverbot umfasst wird. Wenn der Wechsel des Verfahrens zur Geltendmachung des Aufschlages dem Verfahren zur Geltendmachung der Aufwandspauschale nach § 275c Absatz 1 Satz 2 SGB V angeglichen wird, darf es nicht zu einer Besserstellung der Krankenkassen gegenüber den Krankenhäusern kommen, denn diese müssen die Zahlung der Aufwandspauschale von den Krankenkassen stets fordern und deren Durchsetzung gegebenenfalls gerichtlich geltend machen, eine Möglichkeit der eigenständigen Durchsetzung dieses Anspruches, wie es den Krankenkassen durch die Möglichkeit der Aufrechnung eingeräumt sein könnte, besteht nicht. Krankenhäuser wären somit gegenüber den Krankenkassen schlechter gestellt, denn sie trügen nicht nur das Prozessrisiko hinsichtlich der Durchsetzung der Aufwandspauschale, sondern auch hinsichtlich der Richtigkeit eines geltend gemachten Aufschlages. Daher ist auch aus diesem Grund eine Klarstellung, dass sich das Aufrechnungsverbot des § 109 Absatz 6 SGB V auch auf die Durchsetzung eines behaupteten Aufschlages nach § 275c Absatz 3 SGB V bezieht, erforderlich.

### **Änderungsvorschlag**

In § 109 Absatz 6 Satz 1 SGB V werden nach dem Wort „Vergütungen“ die Wörter „**oder Zahlung eines Aufschlages nach § 275c Absatz 3**“ eingefügt.

## **Zu Artikel 1 Nummer 6 Buchstabe a (§ 275d Absatz 1a SGB V)**

### **Ausnahmeregelung zur Abrechnung von Leistungen, bevor der MD die Einhaltung von Strukturmerkmalen geprüft hat**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Eingeführt werden soll eine Ausnahmeregelung, wonach Krankenhäuser übergangsweise bis zum Abschluss einer Strukturprüfung, längstens aber für einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten, Leistungen abrechnen dürfen, die sie entweder auf Grundlage erstmals vergütungsrelevanter OPS-Schlüssel erbringen oder wenn sie Leistungen erstmals bzw. nach einer längeren Unterbrechung erneut erbringen wollen. Erforderlich dafür ist eine Anzeige der Einhaltung der Strukturmerkmale beim jeweils zuständigen Medizinischen Dienst und bei den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen und eine mindestens dreimonatige Erbringung der jeweiligen Leistung durch das Krankenhaus.

#### **Stellungnahme**

Die DKG hat in der Vergangenheit, zuletzt in ihrer Stellungnahme zur Aktualisierung der Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V zu Begutachtungen der Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V, darauf hingewiesen, dass bislang klare Regelungen für die Durchführung von Strukturprüfungen in den Fällen des unterjährigen Beginns der Leistungserbringung sowie in den Fällen der erstmaligen Vergütungsrelevanz fehlen, dass eine analoge Anwendung der bestehenden Regelungen auf diese Fallkonstellationen zu systemwidrigen und für die Krankenhäuser nachteiligen Ergebnissen führen bzw. dass das in der Aktualisierung der Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund neu vorgesehene zweizeitige Prüfverfahren in Fällen der erstmaligen bzw. erneuten Leistungserbringung zu bürokratisch und aufwendig ausgestaltet sei.

Vor diesem Hintergrund ist die beabsichtigte Einführung der Ausnahmeregelung, wonach Krankenhäuser in Fällen der Leistungserbringung erstmals vergütungsrelevanter OPS-Schlüssel bzw. der erstmaligen bzw. erneuten Leistungserbringung die erbachten Leistungen auch ohne eine vom Medizinischen Dienst durchgeführte Strukturprüfung abrechnen können, zu begrüßen. Der Gesetzgeber hat nicht nur die von der DKG als regelungsbedürftig angesehenen Fallkonstellationen aufgegriffen, sondern hat insbesondere durch die beabsichtigten Regelungen zur erstmaligen bzw. erneuten Leistungserbringung die Kritik der DKG an dem vom Medizinischen Dienst Bund zur Prüfung dieser Sachverhalte vorgesehenen zweizeitigen Prüfverfahren einer handhabbareren Lösung zugeführt.

#### **Änderungsvorschlag**

Entfällt.

## **Zu Artikel 1 Nummer 13 Buchstabe a (§ 312 Absatz 1 SGB V)**

### **Chargennummer beim eRezept**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Verpflichtung zur Dokumentation der Chargennummer als Teil der Dispensierinformationen soll dahingehend angepasst werden, dass diese nur dann zu dokumentieren ist, wenn es dem Arzneimittelabgebenden technisch möglich ist.

#### **Stellungnahme**

Die Abgabe von Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke erfolgt nicht direkt an die Patientinnen und Patienten, sondern an die Ambulanzen des Krankenhauses. Eine Erfassung der Chargennummer bezogen auf den Patienten ist durch die Krankenhausapotheke nicht möglich. Es wird daher begrüßt, dass die Chargennummer nur zu dokumentieren ist, wenn es technisch möglich ist.

#### **Änderungsvorschlag**

Entfällt.

## **Zu Artikel 1 Nummer 14 (§ 332b SGB V - neu)**

### **Rahmenvereinbarungen mit Anbietern und Herstellern informationstechnischer Systeme**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können verbindliche Rahmenvorgaben mit den Herstellern von informationstechnischen Systemen für die vertrags(zahn-)ärztliche Versorgung vereinbaren.

#### **Stellungnahme**

Es wird begrüßt, dass mit dem vorliegenden Entwurf Wege zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Herstellern informationstechnischer Systeme aufgezeigt werden. Bei der rechtzeitigen Erfüllung von gesetzlichen Pflichten, die sich aus der Digitalisierung des Gesundheitswesens ergeben - wie insbesondere in Bezug auf die elektronische Patientenakte nach § 341 Absatz 6 i.V.m. §§ 346 ff. und die Ausstellung elektronischer Verordnungen nach § 360 Absatz 2 - sind aber nicht nur die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer auf industrielle Partner angewiesen, die die benötigten Komponenten und Dienste entwickeln und bereitstellen sowie die gesetzlich erforderlichen Anpassungen in den Primärsystemen vornehmen. Um eine ausgewogene Vertragsgestaltung zu erreichen, sollten die Interessen auch bei den Krankenhäusern zentral gebündelt werden und Vertragsschluss und Vertragsgestaltung auf Seiten der Leistungserbringer auf die Ebene des Verbandes verlagert werden.



Es sollte daher auch der Deutschen Krankenhausgesellschaft ermöglicht werden, mit einzelnen Herstellern von Komponenten und Diensten der Telematikinfrastruktur und von Primärsystemen Rahmenvorgaben zu vereinbaren, die für die Krankenhäuser verbindlich sind. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass auch Organisations- und Leistungsbereiche, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, sich aber an einem Krankenhaus befinden oder diesem organisatorisch zugeordnet sind, im „Gleichlauf“ (BT-Drucks. 19/29384, S. 182) gemeinsam ausgestattet werden.

## **Änderungsvorschlag**

§ 332b SGB V - neu wird um folgenden Absatz 2 ergänzt:

**(2) Die Deutsche Krankenhausgesellschaft kann mit einzelnen Anbietern und Herstellern informationstechnischer Systeme für die Organisations- und Leistungsbereiche im Krankenhaus verbindliche Rahmenvorgaben vereinbaren. Die verbindlichen Rahmenvorgaben gelten auch für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Organisations- und Leistungsbereiche, die sich an einem Krankenhaus befinden oder diesem organisatorisch zugeordnet sind.**

## **Zu Artikel 1 Nummer 24 Buchstabe a Unterbuchstabe bb (§ 360 Absatz 2 SGB V)** **Ausnahmeregelung für Direktzuweisung (eRezept)**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Für die Einführung und Nutzung von elektronischen Verordnungen, die von verordnenden Leistungserbringern auf der Grundlage gesetzlicher Vorgaben zulässigerweise direkt an eine bestimmte Apotheke oder einem sonstigen Leistungserbringer übermittelt werden, sind die technischen Voraussetzungen noch nicht gegeben. Diese Verordnungen sollen daher von der in Absatz 2 zum 1. Januar 2022 vorgegebenen, fristbezogenen Nutzungsverpflichtung ausgenommen werden.

### **Stellungnahme**

Es wird begrüßt, dass Verordnungen von einer fristbezogenen Nutzungsverpflichtung ausgenommen werden, wenn die technischen Voraussetzungen nicht gegeben sind. Die Verordnungen zu anwendungsfertigen Zytostatikazubereitungen, wie sie in der amtlichen Begründung beispielhaft aufgeführt sind, haben eine große Bedeutung im Krankenhaus. Unabhängig von der Art der Verordnung sind im Krankenhaus aber generell die technischen Voraussetzungen nicht gegeben, wie die gematik in ihren Beschlüssen zum Rollout eRezept wiederholt festgestellt hat. Die Umsetzung im Krankenhaus sollte daher auch von der fristbezogenen Nutzungsverpflichtung ausgenommen werden. Dies eröffnet den Krankenhäusern die Option, die Umstellung auf die unterschiedlichen elektronischen Verordnungen – also auch die Verordnung zu anwendungsfertigen Zytostatikazubereitungen – gemeinsam umzusetzen. Wegen der hohen technischen Komplexität wäre ein solches Vorgehen aus ökonomischen Gesichtspunkten geboten.



## Änderungsvorschlag

§ 360 Absatz 2 SGB V wird wie folgt gefasst:

**Für Krankenhäuser, Vorsorgeeinrichtungen oder Rehabilitationseinrichtungen gilt die Verpflichtung nach Satz 1 nur, wenn die technischen Voraussetzungen gegeben sind.** Die Verpflichtung nach Satz 1 gilt nicht für Verordnungen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, die aufgrund gesetzlicher Regelungen einer bestimmten Apotheke oder einem sonstigen Leistungserbringer zugewiesen werden dürfen.

§ 360 Absatz 3 SGB V wird um folgenden Satz 2 ergänzt:

**Für Krankenhausapotheken gilt die Verpflichtung nach Satz 1 nur, wenn die technischen Voraussetzungen gegeben sind.**

## Artikel 2

### Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

#### Zu Artikel 2 Nummer 1 (§ 4 Absatz 2a KHEntgG)

#### Anpassung der Vorgaben zum Fixkostendegressionsabschlag

##### Beabsichtigte Neuregelung

Nach den aktuellen gesetzlichen Vorgaben zur Umsetzung des Fixkostendegressionsabschlags erfolgt ein doppelter Abschlag bei vereinbarten Mehrleistungen im Jahr 2020 gegenüber dem Jahr 2019 für die Vereinbarungszeiträume 2021 und 2022, wenn die entsprechenden Leistungen in diesen Jahren erneut vereinbart werden. Mit der vorgesehenen Änderung soll nunmehr eine Klarstellung erfolgen, um dies auszuschließen.

##### Stellungnahme

Die DKG hatte bereits in ihrer Stellungnahme zum Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) auf die Problematik des doppelten Abschlags bei vereinbarten Mehrleistungen für das Jahr 2020 aufmerksam gemacht und einen Anpassungsvorschlag in diesem Zusammenhang unterbreitet. Die DKG begrüßt, dass die Notwendigkeit für eine entsprechende Klarstellung nunmehr auch seitens des Gesetzgebers gesehen wird.

##### Änderungsvorschlag

Entfällt.

#### Zu Artikel 2 Nummer 2 (§ 9 Absatz 1 KHEntgG)

#### Vereinbarungen auf der Bundesebene

##### Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragsparteien auf Bundesebene werden beauftragt, das Nähere zur Dokumentation des Eingangs von Unterlagen und Auskünften für die neuen Fristen nach § 11 Absatz 4 KHEntgG/BPflV zu vereinbaren. Dies ist laut Begründung erforderlich, um nachhalten zu können, inwieweit die Krankenhausträger ihrer Pflicht zur fristgerechten Unterlagenübermittlung und Auskunftserteilung nachkommen. Zudem ist vorgegeben, dass die Vertragsparteien auf der Bundesebene in der Vereinbarung das Nähere für die konkrete Umsetzung des Rechnungsabschlages festzulegen haben.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben für die erstmalige Vereinbarung der Einzelheiten für die neuen Vereinbarungstatbestände nach Inkrafttreten des Gesetzes vier Wochen Zeit.

## Stellungnahme

### Zusammenfassende Einschätzung

Die Initiative einer Optimierung und Straffung der Budgetverhandlungen mit dem Ziel, den Verhandlungsstau der letzten Jahre aufzulösen und zeitnahe Abschlüsse von Budgetverhandlungen zu gewährleisten, wird grundsätzlich anerkannt. Mit den nun vorgegebenen Maßnahmen wird jedoch das vom Gesetzgeber intendierte Ziel nicht erreicht. Der Gesetzgeber verkennt die Realitäten in der Verhandlungspraxis und erzeugt tendenziell eher eine weitere Überregulierung und damit eine zusätzliche Belastung für die Krankenhäuser in schwierigen Zeiten. Deshalb werden die vorgeschlagenen Regelungen abgelehnt.

Die Budgetverhandlungen stellen einen zentralen Bestandteil der Krankenhausfinanzierung dar. Sie sollen eine sachgerechte und auskömmliche Finanzierung der Krankenhäuser sicherstellen. Insbesondere auch durch die intensive Gesetzgebungsaktivität der letzten Jahre sind die Anforderungen an die Verhandlungen immer weiter gestiegen und inzwischen hochkomplex. Sie beanspruchen etliche Ressourcen und Zeit. Es ist daher nicht möglich, die aktuelle Situation mit vielen, noch nicht abgeschlossenen Verfahren kurzfristig im Wesentlichen durch Fristenvorgaben positiv zu verändern. Eine Straffung des Verfahrens erfordert zudem entsprechende Übergangsregelungen und Anpassungszeiträume. Eine zwingende Voraussetzung für eine tatsächliche Verbesserung ist jedoch, die gesetzlichen Grundlagen so anzupassen, dass die Budgetvereinbarungen wieder vereinfacht und damit wesentlich praktikabler umgesetzt werden können. Mit den nun vorgesehenen Änderungen werden Regelungen vorgegeben, die sich größtenteils als nicht umsetzbar darstellen. Diese faktisch nicht umzusetzenden Regelungen werden dazu noch einseitig nachteilig für die Krankenhäuser ausgestaltet. Eingrenzende Fristen und eine Begrenzung der vorzulegenden Unterlagen sollten sich in erster Linie auf die Problematik der noch ausstehenden Pflegebudgetabschlüsse des Jahres 2020 richten.

Die Krankenhäuser lehnen die vom Gesetzgeber vorgeschlagenen Änderungen zur Beschleunigung der Budgetverhandlungen in der vorliegenden Fassung grundsätzlich ab. Für die entsprechenden Gründe wird insbesondere auf die Ausführungen zu Artikel 2 Nummer 3 Buchstabe a verwiesen.

### Fristensetzung für die Bundesvereinbarung

Bereits die Verhandlungen der für die Umsetzung der neuen Budgetverhandlungssystematik erforderlichen Bundesvereinbarung werden schwierig und streitbehaftet. Einheitliche Formulare auf der Bundesebene abzustimmen, die in den komplexen Budgetverhandlungen auf der Ortsebene zur Anwendung gelangen, dürfte mit einem längerfristigen Verhandlungsprozess einhergehen.

Die Vorgabe, eine Vereinbarung innerhalb von vier Wochen zu erstellen, die bislang von den Vertragsparteien noch nicht vereinbart wurde, ist absehbar nicht einzuhalten. Es werden sehr viele, auch grundsätzliche, Fragestellungen in der Selbstverwaltung zu besprechen und zu lösen sein, die alle absehbar zu Streit zwischen den Verhandlungspartnern führen. Zudem lässt diese Frist unberücksichtigt, dass im Anschluss an die

Vereinbarung auch noch eine technische Umsetzung, z. B. durch die Landeskrankenhausesellschaften, erfolgen muss. Bislang dauerte es mitunter bis ins zweite Quartal, bis alle Formulare abgestimmt und technisch aufbereitet werden konnten.

## **Änderungsvorschlag**

Die vorgesehenen Neuregelungen in § 9 Absatz 1 KHEntgG sind ersatzlos zu streichen.

## **Zu Artikel 2 Nummer 3 Buchstabe a (§ 11 Absatz 3 KHEntgG)** **Schiedsstellenautomatismus / Präklusion**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Neuregelung des § 11 Absatz 3 KHEntgG wird das Pflegebudget in die Aufzählung der Verhandlungstatbestände aufgenommen werden, die prospektiv abgeschlossen sein sollen.

Künftig sollen die Budgetverhandlungen bis zum 30.04. des Vereinbarungszeitraumes abgeschlossen sein. Hierfür wird ein Schiedsstellenautomatismus vorgegeben, wonach bei einem Nichtzustandekommen einer Vereinbarung nach § 11 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG/BPflV bis spätestens 30. April des Jahres, für das die Vereinbarung gelten soll, die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 KHG ohne Antrag einer Vertragspartei den Inhalt der Vereinbarung innerhalb von 6 Wochen festsetzt.

Für den Schiedsstellenautomatismus wird in § 11 Abs. 3 Satz 5 KHEntgG / BPflV darüber hinaus eine Präklusion geregelt, wonach die Schiedsstelle bei ihrer Entscheidung nur die Unterlagen und Auskünfte zu berücksichtigen hat, die nach Absatz 4 Satz 1 und 4 fristgerecht vorgelegt bzw. erteilt worden sind.

### **Stellungnahme**

#### **Mangelnde Umsetzbarkeit**

Der Ansatz über die Fristen, den Schiedsstellenautomatismus und der Präklusion die Budgetverhandlungen zu beschleunigen, ist aus Sicht der Krankenhäuser nicht geeignet um den derzeitigen Vereinbarungsstau zu lösen. Grundsätzlich haben es die Vertragsparteien der Budgetverhandlung auch heute schon in der Hand, zügig zu einem Budgetabschluss durch Anrufung der Schiedsstelle zu kommen. Hier besteht deshalb kein Anpassungsbedarf am aktuellen Recht. Vielmehr führen die immer kleinteiligeren und komplexeren Regelungen der Gesetzgebung der letzten Jahre dazu, dass die Schiedsstellen vielfach überfordert sind und sich die Verfahren dadurch lange hinauszögern. Die neuen Regelungen beseitigen nicht die grundlegenden Ursachen, sondern verschärfen lediglich die Verfahrensabläufe, was in der in diesem Entwurf vorgesehenen Form allerdings lediglich zu weiteren Problemen führen würde. Daher lehnen die Krankenhäuser die vorgesehenen Regelungen insgesamt ab.

Für die Verzögerungen bei den Budgetverhandlungen trägt der Gesetzgeber maßgeblich durch neue gesetzliche Vorgaben mit zunehmender Bürokratie bei. In der jüngsten Gesetzgebung zu den Pflegebudgets wurden grundlegende Verhandlungstatbestände quasi rückwirkend im laufenden Vereinbarungszeitraum geändert. Das führt zwangsläufig zu Verzögerungen und großer Unsicherheit. Verhandlungen werden zum Teil schon gestoppt, wenn in Gesetzgebungsprozessen Änderungen an den Verhandlungsgrundlagen angedeutet werden. Die zunehmende Komplexität führt außerdem zu immer mehr Konfliktpotenzial und damit einhergehenden Verzögerungen. Entbürokratisierung sollte hier im Vordergrund stehen um die Verhandlungen wirklich zu beschleunigen. Zudem sollten nicht erneut die rechtlichen Grundlagen zu den Budgetvereinbarungen geändert werden, wie jetzt erneut über das GKV-FinStG bei den sonstigen Berufen im Pflegebudget.

Es ist zwar grundsätzlich begrüßenswert, wenn sich der Gesetzgeber mit dem Ziel der Auflösung des Verhandlungsstaus auseinandersetzt, es muss aber auch sichergestellt sein, dass die Regelungen in der Praxis umsetzbar und zielführend sind. Neben den bürokratischen Vorgaben und den sich ständig ändernden gesetzlichen Grundlagen im Pflegebudget sind die strukturellen Voraussetzungen zur zügigen Umsetzung der Budgetverhandlung nicht gegeben. Auch derzeit fehlen schon die entsprechenden Kapazitäten sowohl bei den Krankenhäusern auch als den Kostenträgern vor Ort. So liegt beispielsweise in Baden-Württemberg die durchschnittliche Verfahrensdauer derzeit bei ca. 5 Monaten, aber im Einzelfall auch durchaus deutlich darüber. Gerade nach Abschluss der mündlichen Verhandlungen dauert es zudem in der Regel noch einige Wochen, bis der Vertragstext zwischen den Parteien abgestimmt sowie das Unterschriftenverfahren eingeleitet und letztendlich abgeschlossen ist. Da zumeist für eine der Vertragsparteien über grundsätzliche Fragestellungen entschieden wird, schließen sich oftmals lange Klage- und Genehmigungsverfahren an. Die Verfahren kurzfristig nun derart zu verkürzen, führt dazu, dass es faktisch unmöglich umzusetzen sein und vielmehr zu weiteren Problemen führen wird.

### Völlige Überlastung von Schiedsstellen

Der Referentenentwurf geht davon aus, dass die Schiedsstellen mit Inkrafttreten der Regelungen häufiger tätig werden müssen, ohne dies genau zu quantifizieren. Schon heute ziehen sich die bislang wenigen Schiedsstellenverfahren aus vielen Gründen (u.a. wegen Terminabstimmungen) in die Länge. In Kombination mit einer Vielzahl von Krankenhäusern die noch keine Vereinbarung für das Jahr 2020 abschließen können bzw. noch Vereinbarungen aus den Vor-Corona-Jahren nicht abgeschlossen haben, wird dies die Schiedsstellen hoffnungslos überfordern. Die Vorsitzenden der Schiedsstellen verfügen zudem über keinen eigenen Mitarbeiterstab, um die zu erwartende Flut an Verfahren nur ansatzweise zu bewältigen. Die durch den Gesetzgeber vorgegebenen Fristen dürften und vielen Fällen daher objektiv nicht einzuhalten sein. Ein Verfahrensstau wird die Folge sein.

Geht man beispielsweise in Baden-Württemberg von 165 erforderlichen Budgetabschlüsse pro Jahr aus, stellt sich die Situation wie folgt dar:

Offene Abschlüsse 2020: ca. 90

Offene Abschlüsse 2021: 165

Offene Abschlüsse 2022: 165

= ca. 420 offene Abschlüsse. Wie diese Flut an etwaigen Verhandlungen und daraus resultierenden Schiedsstellenverfahren abgearbeitet werden soll, ist vollkommen offen.

Gleiches gilt für Niedersachsen, wo jährlich rund 190 Vereinbarungen in den Monaten Dezember bis April zu schließen wären. Mit Blick auf die Anzahl der derzeitigen Verhandlungstermine im Land, müssten in diesem Zeitraum des kommenden Jahreswechsels zwischen 600 und 800 Verhandlungen (-stermine) geführt werden. Es ist absehbar, dass die daraus resultierenden Schiedsverfahren eine nicht zu bewältigende Aufgabe darstellen. Die Krankenhäuser fordern den Gesetzgeber auf, zur gewünschten Beschleunigung der Budgetverhandlungen ein gangbares Verfahren umzusetzen, das die Institutionen nicht überfordert und die Kostenträger mit in die Pflicht nimmt.

Die Flut der Verfahren wird zudem auch zu Problemen bei der Besetzung der Positionen der Schiedsstellenvorsitzenden führen. Sofern – wie in Baden-Württemberg – diese Positionen grundsätzlich mit Richter/-innen (Sozial, Verwaltung, in Einzelfällen auch aus anderen Bereichen) besetzt werden, die nicht mehr im aktiven Dienst sind, dürfte es schwierig werden, hierfür geeignete Kandidat/-innen zu finden. Es ist einem/-r Schiedsstellenvorsitzenden nicht zuzumuten, innerhalb der vorgesehen kurzen Fristen, die Vielzahl von im Raum stehende Verfahren durchzuführen.

#### Präklusion zum Nachteil der Krankenhäuser:

Die geplanten Regelungen zur Vorlage von Unterlagen benachteiligen einseitig die Krankenhäuser. Aus den Pflegebudgetverhandlungen ist bislang bekannt, dass die Kostenträger umfangreiche und allgemein gehaltene Fragelisten zur Darstellung der Pflegebudgets übermitteln. Eine Untersuchung zum Monitoring der Pflegebudgetverhandlungen der DKG hat ergeben, dass die Kostenträger in mehr als 80 Prozent der Fälle zusätzliche Nachweise über das pflegebudgetrelevante Personal fordern. Dies ist vor diesem Hintergrund kritisch zu bewerten, als dass bereits umfangreiche Unterlagen im Rahmen der Anlagen zur Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung und Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung vereinbart wurden. Vielfach werden die folgenden Inhalte abgefragt: Tätigkeitsbeschreibungen, Altersmatrix, Eingruppierungsmatrix, Personallisten, Einzelkostenaufstellungen, einzelne Gehaltsabrechnungen, Darstellungen detaillierter Vergütungsbestandteile, Überstundenaufstellungen sowie Stellenpläne/Dienstpläne und vieles mehr.

Wenn mit der neuen Regelung, die umfangreichen und allgemein gehaltenen Fragelisten der Kostenträger nicht fristgerecht oder ausreichend beantwortet werden, wäre das Krankenhaus für ein Schiedsstellenverfahren präkludiert. Eine erneute Nachbesserung wäre dann nicht mehr möglich, sodass eine abschließende und (aus Sicht der Verhandlungspartner) zufriedenstellende Beantwortung faktisch unmöglich wird.



Auch wenn der Aspekt, dass die Kostenträger nur noch einmal nachfragen können durchaus sinnvoll zu bewerten ist, führt dies jedoch im Zusammenhang mit der Präklusion und der unkonkreten Ausgestaltung der darzulegenden Inhalte letztlich nicht zu einer entscheidenden Verbesserung bei den Budgetabschlüssen. Voraussetzung ist aber auch, dass aufgrund der Begrenzung der Nachfragemöglichkeiten keine überbordenden Fragelisten geschickt werden. Vor dem Hintergrund der Datensammelwut der Kostenträger wäre viel mehr zu überlegen, ob nicht die Regelung im § 11 Abs. 4 Sätze 3 und 4 KHEntgG nachgeschärft werden muss. Hier werden die einzufordernden Unterlagen auf die wesentlichen Informationen begrenzt und der zu erwartende Nutzen muss den verursachten Aufwand deutlich übersteigen. Dies scheinen die Kostenträger dahingehend umzuinterpretieren, dass das Krankenhaus den Krankenkassen auf Anforderung die gewünschten Unterlagen vorzulegen hat. Im Zusammenhang mit der nun vorgesehenen Präklusion, wonach nur die Unterlagen in der Schiedsstelle berücksichtigt werden können, die bereits im Vorfeld vom Krankenhaus vorgelegt wurden, werden die Krankenhäuser in ihrem Recht auf „rechtliches Gehör“ in nicht gerechtfertigter Weise eingeschränkt (Beibringungsgrundsatz).

### **Änderungsvorschlag**

Die vorgesehenen Neuregelungen in § 11 Absatz 3 KHEntgG sind ersatzlos zu streichen.

### **Zu Artikel 2 Nummer 3 Buchstabe b (§ 11 Absatz 4 KHEntgG)** **Vorlagepflichten / Rechnungsabschluss**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Neuregelung wird vorgegeben, dass der Krankenhausträger zukünftig die in § 11 Absatz 4 Satz 1 genannten Unterlagen bis spätestens zum 30. November des Jahres, das dem Jahr vorausgeht, für das die Vereinbarung gelten soll, vorzulegen hat.

Mit einer Ergänzung in § 11 Abs. 4 S. 3 KHEntgG / BPfIV werden die bisherigen Regelungen zur Vorlage zusätzlicher Unterlagen dahingehend ergänzt, dass die Kostenträger innerhalb von 6 Wochen nach Vorlage der Unterlagen gemäß § 11 Abs. 4 Satz 1 gemeinsam einmalig die Vorlage von zusätzlichen Unterlagen und die Erteilung von Auskünften verlangen können. Das Krankenhaus hat innerhalb von 6 Wochen nach Eingang des Verlangens die zusätzlichen Unterlagen vorzulegen und die Auskünfte zu erteilen. Hiermit soll laut der Gesetzesbegründung sichergestellt werden, dass im weiteren Verfahren keine weiteren Unterlagen oder Auskünfte mehr angefordert oder vorgelegt bzw. erteilt werden dürfen.

Bei Nichterfüllung der Vorlagepflichten nach § 11 Abs. 4 KHEntgG/BPfIV wird mit dem neuen Satz 6 ein einprozentiger Rechnungsabschluss für jeden voll- oder teilstationären Fall vorgegeben. Dieser Abschluss muss von den anderen Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 Nummer 1 und 2 KHG für die Zeit vom 1. April des Vereinbarungszeitraums bis einen Monat nach der Vereinbarung bzw. Schiedsstellenfestsetzung vereinbart werden. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat den Abschluss innerhalb von zwei Wochen zu genehmigen, wenn die Vereinbarung dem geltenden

Recht entspricht. Das Nähere zur konkreten Abrechnung des Abschlags haben die Vertragsparteien auf der Bundesebene in der Vereinbarung nach § 9 Abs. 1 Nummer 5 KHEntgG festzulegen.

## **Stellungnahme**

### Praxisferne Fristensetzung

Neben den bereits oben erläuterten Problemen durch die Verkürzung der Zeitabläufe in der Budgetverhandlung und der Präklusion ist die Pflicht zur Abgabe der relevanten Unterlagen zur Budgetverhandlung bis zum 30.11. als praxisfern und nicht sachgerecht abzulehnen. Unterjährige Daten produzieren erfahrungsgemäß vielfach neue (Streit-) Fragen, wie z. B. zu Hochrechnungsfaktoren, zur Berücksichtigung von Jahressonderzahlungen, aperiodischen Effekten, etc. Insbesondere sind diese Unterlagen dann nicht zielführend, wenn bei einer Verhandlung im März des nächsten Jahres die ganzjährigen Daten des Vorjahres vorliegen und zur Klärung eingebracht werden könnten. Auch ist es gerade bei komplexen Verhandlungstatbeständen sinnvoll, aktuelle Ist-Daten zu nutzen. Dies wird auch im Zusammenhang mit der angedachten Präklusion der eingereichten Unterlagen unmöglich gemacht.

Diese Fristsetzung wird dazu führen, dass eigentlich alle Budgets nur vorläufig abgeschlossen werden könnten,

- weil die Leistungsmengen für den laufenden Zeitraum noch nicht bekannt sein können;
- weil bis zum 31.03. des Folgejahres nicht alle Testate vorliegen können, da Pflegebudget, PPUGV und Psych-Personalnachweis Jahresauswertungen sind. Diese wirken sich bisher erheblich auf die Verhandlungen aus. Die Testierung nach PPUGV erfolgt bis 30.06., für das Pflegebudget bis 31.05., der Psych-Personalnachweis bis 31.03. der jeweiligen Jahre;
- weil die Einbindung der Übergangs-Groupen bei den KIS-Herstellern zu diesem Zeitpunkt teilweise noch nicht abgeschlossen ist und
- weil die Veränderungsrate, Tarifraten und ähnliches zu berücksichtigen sind, die regelmäßig erst um den Jahreswechsel herum bekannt werden.

Für die Vereinbarung eines Erlösbudgets ist es zudem erforderlich, dass der LBFW des Vereinbarungsjahres bekannt ist. Die Verhandlungen zum LBFW sollen bis zum 30.11. des Vorjahres abgeschlossen sein, ansonsten entscheidet die Schiedsstelle. Das Genehmigungsverfahren schließt sich an. Folglich ist der LBFW des Vereinbarungsjahres frühestens zum 01.01. bekannt und eigentlich können erst ab diesem Zeitpunkt Forderungsunterlagen durch die Kliniken erstellt werden. Jedes andere Vorgehen erhöht den wirtschaftlichen Druck auf die Kliniken in ungerechtfertigter Weise. Damit würden lediglich wenige Wochen zur Durchführung sämtlicher Budgetverhandlungen eines Jahres verbleiben – das ist praktisch unmöglich!

## Rechnungsabschluss ist abzulehnen

Die Regelungen zum Rechnungsabschluss sind aus Sicht der Krankenhäuser strikt abzulehnen und als völlig verfehlt einzuschätzen. Es stellt sich die Frage, warum sich die Sanktionsregelungen ausschließlich gegen die Krankenhäuser richten. Dass bei einem Verfahren, an dem Kostenträger, Leistungserbringer, Schiedsstellen und Genehmigungsbehörden zu gleichem Maße beteiligt sind, nur den Krankenhäusern Sanktionen auferlegt werden, entbehrt jeder Gerechtigkeit. Vielmehr zeigt sich hier eine einseitige Ausgestaltung der gesetzlichen Regelungen zulasten der Krankenhäuser. Sollten beispielsweise Kostenträger personalbedingt keine Verhandlungstermine anbieten können, sodass die Vereinbarung nicht in der vorgesehenen Frist geschlossen werden kann, müsste das Krankenhaus unverschuldet Rechnungsabschlüsse hinnehmen. Diese einseitige finanzielle Sanktionsandrohung für die Krankenhäuser stellt einen massiven Fehlanreiz für die Verhandlungen dar. Aus diesem Grund ist der Rechnungsabschluss – ebenso wie die gesamten Regelungen – zwingend zu streichen.

## **Änderungsvorschlag**

Die vorgesehenen Neuregelungen in § 11 Absatz 4 KHEntgG sind ersatzlos zu streichen.

In der aktuellen Ausgestaltung fehlt der bisherige § 11 Abs. 4 Satz 4 KHEntgG. Dieser darf nicht ersatzlos entfallen und sollte der neue Satz 5 werden.

## **Zu Artikel 2 Nummer 3 Buchstabe c (§ 11 Absatz 6 KHEntgG - neu)** **Übergangsregelung für Vereinbarungszeiträume bis 2023**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Für die Vereinbarungszeiträume bis einschließlich 2023, für die bis zum Inkrafttreten des Gesetzes noch keine Entgeltvereinbarung geschlossen wurde, finden die mit dem neuen Absatz 6 vorgegebenen Sonderregelungen Anwendung.

Für die Vorlage von Unterlagen und für die Erteilung von Auskünften gelten § 11 Abs. 4 Satz 2 bis 6 KHEntgG entsprechend, mit der Maßgabe, dass der Abschluss 154 Tage (22 Wochen) nach dem Inkrafttreten zu vereinbaren ist.

Für den Fall, dass die Vereinbarungen für die noch ausstehenden Vereinbarungszeiträume nicht bis fünf Monate nach dem 42. Tag nach dem Inkrafttreten des Gesetzes abgeschlossen sind, legt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 KHG jeweils den Inhalt der Vereinbarung abweichend von § 13 ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von 12 Wochen fest. Dies wird damit begründet, dass eine abweichende längere Fristvorgabe für Festsetzungen durch die Schiedsstelle aufgrund der potenziell höheren Anzahl an Festsetzungen erforderlich ist. Zudem dürfen dabei nur die Unterlagen und Auskünfte berücksichtigt werden, die im bisherigen Verfahren nach Absatz 4 vorgelegt worden sind.

## **Stellungnahme**

### Übergangsregelung produziert Chaos

Die im Gesetz vorgesehenen Sonderregelungen für die noch nicht abgeschlossenen Vereinbarungen sind aus den bereits aufgeführten Argumenten bis zum Jahr 2023 nicht umsetzbar und somit strikt abzulehnen. Angesichts der Vielzahl der noch nicht abgeschlossenen Verhandlungen 2020 und 2021 würden sich die in der Stellungnahme zu Artikel 2 Nummer 3 Buchstabe a dargestellten Probleme potenzieren. Innerhalb kürzester Zeit müssten bundesweit schätzungsweise ca. 5.000 bis 6.000 Budgetverhandlungen zum Abschluss gebracht werden. Dadurch würde eine massive Belastung auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Verwaltungen bei Kostenträgern und Krankenhäusern sowie Schiedsstellen zukommen. Die Krankenhäuser warnen den Gesetzgeber eindrücklich davor, das Verfahren in dieser Form umzusetzen. Die Vielzahl der daraus resultierenden Konflikte und Komplikationen werden die Kapazitäten der Instanzen der Budgetvereinbarungen maßlos überfordern.

### **Änderungsvorschlag**

§ 11 Absatz 6 KHEntgG – neu ist ersatzlos zu streichen.

## Artikel 4

### Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

#### Zu Artikel 4 Nummer 2 (§ 14b KHG)

#### Evaluierung des Reifegrades der Krankenhäuser

#### Beabsichtigte Neuregelung

Der Reifegrad aller Krankenhäuser hinsichtlich der Digitalisierung ist jeweils zum Stichtag 30.06.2021 und 31.12.2023 unter Berücksichtigung anerkannter Reifegradmodelle festzustellen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann per Rechtsverordnung weitere Messzeitpunkte festlegen.

#### Stellungnahme

Die Messung des Reifegrades der Krankenhäuser wird begrüßt. Die Ergebnisse der Reifegradmessung geben den Krankenhäusern einen Überblick, wo der größte Handlungsbedarf besteht. Zugleich soll sich aus der Messung des Reifegrades ergeben, inwieweit die Digitalisierung der Krankenhäuser, der Umgang mit technologischen Innovationen und die Versorgung von Patientinnen und Patienten durch die Förderung verbessert sowie zukünftige Bedarfe zur digitalen Transformation im Krankenhausbereich identifiziert und geeignete Weiterentwicklungsstrategien entwickelt werden.

Vor diesem Hintergrund ist nicht nachvollziehbar, dass bereits in diesem Gesetzgebungsverfahren Abschlüsse vorgesehen sind, wenn bestimmte digitale Dienste von den Krankenhäusern nicht umgesetzt sind. Wenn im Rahmen einer Weiterentwicklungsstrategie die Bedeutung bestimmter digitaler Dienste, beispielsweise mit Blick auf die Versorgungsqualität, künftig jeweils neu evaluiert werden soll, darf dies nicht bereits durch Finanzierungsaspekte präjudiziert werden. Vielmehr kommt der Finanzierung der Betriebskosten dieser digitalen Dienste besondere Bedeutung zu. Dies ist bisher noch nicht berücksichtigt und sollte in einem ersten Schritt aufgegriffen werden.

Die Krankenhäuser stehen sowohl vor der Herausforderung, mit einem reduzierten IT-Budget die erhöhten Betriebskosten - nach 3 Jahren Förderung - ab 2025 selber zu finanzieren als auch gleichzeitig zur Vermeidung von Sanktionen weitere digitale Dienste aufzubauen bzw. umzusetzen. Es ist nicht nachvollziehbar, dass die Krankenhäuser ab 2025 Abschlüsse hinnehmen müssen, wenn sie sich gleichzeitig mit hohen Betriebs- und Investitionsausgaben konfrontiert sehen. Es wäre vielmehr ordnungspolitisch geboten, zur Sicherung der aufgebauten digitalen Dienste die hierfür zusätzlich entstehenden Betriebskosten zu refinanzieren. Umgesetzt werden könnte dies, indem den Krankenhäusern, die die digitalen Dienste umgesetzt haben, die Betriebskosten über entsprechende Zuschläge erstattet werden. Dies wäre ein positives Anreizsystem, welches gleichzeitig eine Lösung für das Problem der steigenden IT-Ausgaben darstellen würde. Mit den erhöhten Investitionen in die digitale Infrastruktur gehen zwangsläufig höhere Kosten für die bauliche Absicherung sowie deren Betrieb einher. Insbesondere Lizenzen, die Wartung der Systeme und benötigte IT-Fachkräfte verursachen erhöhte

Betriebskosten. Systembedingt werden diese Kosten bislang nicht über die DRG-Krankenhausfinanzierung refinanziert. Daher ist unabhängig von der Förderung des Krankenhauszukunftsgesetzes ein dauerhafter Digitalisierungszuschlag in Höhe von 2 Prozent auf alle Krankenhausabrechnungen notwendig.

## **Änderungsvorschlag**

Die vorgesehenen Neuregelungen in § 14b KHG sind ersatzlos zu streichen.

§ 5 Abs. 3h KHEntgG wird wie folgt gefasst:

Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren für die Zeit ab dem 1. Januar 2025 einen **AbZuschlag** in Höhe von bis zu 2 Prozent des Rechnungsbetrags für jeden voll- und teilstationären Fall, sofern ein Krankenhaus ~~nicht~~ sämtliche in § 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 6 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung aufgezählten digitalen Dienste bereitstellt. Zu- und Abschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 sind bei der Berechnung des Abschlags nicht zu berücksichtigen. Das Nähere zur Umsetzung des **AbZuschlags** nach Satz 1 regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft in der Vereinbarung nach § 377 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Dabei haben sie auch Regelungen zu vereinbaren, die die konkrete Höhe des Abschlags danach festlegen, wie viele der in § 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 6 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung aufgezählten digitalen Dienste ~~nicht~~ bereitgestellt sind und wie oft die bereitgestellten digitalen Dienste tatsächlich genutzt werden.

## **Zu Artikel 4 Nummer 3 (§ 17b Absatz 3 KHG)**

### **Beauftragung des InEK**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Regelung wird die Aufgabe, im Rahmen der Umsetzung des Konzepts für eine repräsentative Kalkulation die Lieferung uneingeschränkt verwertbarer Daten zu gewährleisten und die Richtigkeit der übermittelten Daten umfassend überprüfen zu können, von den Vertragsparteien auf Bundesebene auf das InEK übertragen.

#### **Stellungnahme**

Mit der vorgesehenen Regelung wird die, mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) im § 31 KHG eingeführte Beleihung des InEK auch auf die Umsetzung der festgelegten Maßnahmen der Vereinbarung der Selbstverwaltung zur Erhöhung der Repräsentativität in der Kalkulationsstichprobe übertragen.



## **Änderungsvorschlag**

Entfällt.

### **Zu Artikel 4 Nummer 4 Buchstabe a (§ 17c Absatz 2b KHG)** **Datenübermittlung vom Medizinischen Dienst an die Krankenkasse**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Sowohl für die Durchführung eines einzelfallbezogenen Erörterungsverfahrens nach § 17c Absatz 2b KHG als auch für die gerichtliche Überprüfung einer Abrechnung hat der Medizinische Dienst der jeweils involvierten Krankenkasse die für die Prüfung der Rechtmäßigkeit einer Abrechnung beim betroffenen Krankenhaus erhobenen Daten und Unterlagen zu übermitteln. Die Krankenkasse darf diese übermittelten Daten zu Zwecken der Durchführung des einzelfallbezogenen Erörterungsverfahrens und/oder des gerichtlichen Verfahrens verarbeiten, eine Zusammenführung mit anderen Daten oder zu anderen Zwecken ist nicht zulässig.

#### **Stellungnahme**

Die beabsichtigte Regelung, wonach eine gesetzliche Grundlage für die Übermittlung der vom Medizinischen Dienst beim Krankenhaus im Rahmen einer Abrechnungsprüfung erhobenen Daten und Unterlagen an die Krankenkasse zur Durchführung eines einzelfallbezogenen Erörterungsverfahrens bzw. eines gerichtlichen Verfahrens zur Prüfung der Rechtmäßigkeit der Abrechnung geschaffen wird, ist zu begrüßen.

Dass ein im Nachgang zu einer Abrechnungsprüfung erfolgreiches einzelfallbezogenes Erörterungsverfahren bzw. ein sich gegebenenfalls anschließendes Gerichtsverfahren auf der gleichen Datengrundlage wie die Abrechnungsprüfung beruhen muss, ist unstreitig. Bislang ist das Krankenhaus auf Grund der Regelung des § 9 Absatz 6 Satz 1 PrüfV verpflichtet, für die Durchführung des einzelfallbezogenen Erörterungsverfahrens die an den Medizinischen Dienst im Rahmen der Abrechnungsprüfung übermittelten Unterlagen ebenfalls an die Krankenkasse zu übermitteln. Das Krankenhaus muss somit dieselben Daten bzw. Unterlagen zweimal übermitteln und zusätzlich nachweisen, dass die an den Medizinischen Dienst bzw. an die Krankenkassen übermittelten Unterlagen identisch sind. Durch die beabsichtigte Neuregelung entfällt für die Krankenhäuser das Erfordernis einer doppelten Unterlagenübermittlung sowie des Nachweises der Unterlagenidentität, was der Vereinfachung des Ablaufes des Prüfverfahrens und der Entlastung der Krankenhäuser von weiterer Bürokratie dient. Ebenfalls zu begrüßen ist, dass für die Weitergabe der für die Klärung der Frage der Rechtmäßigkeit der Abrechnung erforderlichen Daten und Unterlagen durch den Medizinischen Dienst an die Krankenkasse künftig eine gesetzliche Grundlage existiert und diese zudem die Grenzen der Nutzung der vom Medizinischen Dienst an die Krankenkasse übermittelten Daten festlegt.

Um Auswirkungen der Vereinbarung auf Schnittstellen, Dokumente und Abläufe der Krankenhäuser frühzeitig bewerten zu können, ist es geboten, die Deutsche

Krankenhausgesellschaft bei der Vereinbarung zwischen Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit dem Medizinischen Dienst Bund einzubinden.

### **Änderungsvorschlag**

Die Neuregelungen in § 17c Absatz 2b KHG werden wie folgt ergänzt:

Für die Durchführung der Erörterung nach Satz 1 und für eine gerichtliche Überprüfung der Abrechnung hat der Medizinische Dienst die für die Prüfung der Rechtmäßigkeit einer Abrechnung bei dem Krankenhaus erhobenen Daten und Unterlagen an die Krankenkasse zu übermitteln. Die Krankenkassen dürfen die erhobenen Daten und Unterlagen nur für die in Satz 5 genannten Zwecke verarbeiten; eine Zusammenführung ist nur mit Daten des die Erörterung oder die gerichtliche Überprüfung betreffenden Einzelfalles zulässig. Die von dem Medizinischen Dienst übermittelten Daten und Unterlagen sind nach Abschluss der Erörterung nach Satz 1 oder der gerichtlichen Überprüfung von der Krankenkasse zu löschen. Das Nähere zum Verfahren der Übermittlung vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit dem Medizinischen Dienst Bund mit Wirkung für die Krankenkassen und die Medizinischen Dienste. **Der Deutschen Krankenhausgesellschaft ist vor Vereinbarung die Möglichkeit zur Stellungnahme einzuräumen.**

---

## Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf

---

### Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V

Aus Sicht der Krankenhäuser ist vor dem Hintergrund der nunmehr nahen Einführung der PPR 2.0 über den neuen § 137i SGB V die jährliche Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen obsolet. Es bedarf daher vielmehr eines Moratoriums bei den PpUG. Die immer weitergehende Unterteilung und Zersplitterung in immer kleinere pflegesensitive Bereiche mit den einhergehenden Abgrenzungsproblemen ist nicht mehr zeitgemäß und entspricht schon seit langem nicht mehr der Versorgungsrealität. Bereits auf die derzeitige geplante Weiterentwicklung (HNO, Rheumatologie, Urologie) kann verzichtet werden.

#### **Änderungsvorschlag**

§137i Absatz 1 Satz 2 SGB V wird wie folgt gefasst:

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

### Pflegepersonalquotient nach § 137j SGB V

Mit der Einführung der PPR 2.0 zum 1.1.2024 wird der Pflegepersonalquotient nach Auffassung der Krankenhäuser überflüssig. Mit der PPR 2.0 liegt zukünftig ein verlässlicheres Instrument zur Bestimmung der SOLL- und IST-Pflegepersonal-ausstattung vor als der methodisch veraltete Ansatz des Pflegepersonalquotienten. Damit kann der Pflegepersonalquotient ab 2024 ersatzlos entfallen.

#### **Änderungsvorschlag**

§ 137j SGB V tritt mit Wirkung zum 01.01.2024 außer Kraft.