

Stellungnahme
der Deutschen Krankenhausgesellschaft
zum
Regierungsentwurf
eines
Krankenhauspflegeentlastungsgesetzes
(KHPfIEG)
Bundestag-Drucksache 20/3876
sowie zu den Entwürfen
fachfremder Änderungsanträge vom 07.11.2022

Stand: 08.11.2022

Inhaltsverzeichnis

Allgemeiner Teil	4
Besonderer Teil	12
Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	12
Zu Artikel 1 Nummer 2 (§ 137k SGB V) Verschiebung der Frist zur Entwicklung und Erprobung eines einheitlichen Instrumentes zur Pflegepersonalbedarfsbemessung.....	12
Zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 137l Abs. 1 SGB V - neu) Personalbesetzung in der Pflege im Krankenhaus; Verordnungsermächtigung	12
Zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 137l Abs. 2 SGB V -neu) Beauftragung einer Erprobung.....	13
Zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 137l Abs. 3 SGB V - neu) Personalbesetzung in der Pflege im Krankenhaus; Verordnungsermächtigung	15
Zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 137l Abs. 4 SGB V – neu) Rechtsverordnung zu Vorgaben zum Soll-Ist-Abgleich	17
Zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 137l Abs. 5 SGB V – neu) Opt-out für Krankenhäuser mit Entlastungstarifverträgen.....	18
Zu Artikel 1 Nummer 5 Buchstabe a (§ 275c Absatz 2 Satz 6 SGB V) Klarstellung zum Anwendungsbereich der Ausnahmetatbestände	19
Zu Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe b (§ 275c Absatz 3 SGB V) Geltendmachung des Aufschlages im Wege elektronischer Datenübertragung	20
Zu Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe a (§ 275d Absatz 1a SGB V) Ausnahmeregelung zur Abrechnung von Leistungen, bevor der MD die Einhaltung von Strukturmerkmalen geprüft hat.....	23
Zu Artikel 1 Nummer 16 Buchstabe a (§ 312 Absatz 1 SGB V) Chargennummer beim eRezept	24
Zu Artikel 1 Nummer 17 (§ 332b SGB V - neu) Rahmenvereinbarungen mit Anbietern und Herstellern informationstechnischer Systeme ..	25
Zu Artikel 1 Nummer 27 Buchstabe a Unterbuchstabe bb (§ 360 Absatz 2 SGB V) Ausnahmeregelung für Direktzuweisung (eRezept)	26
Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	27
Zu Artikel 2 Nummer 1 (§ 4 Absatz 2a KHEntgG) Anpassung der Vorgaben zum Fixkostendegressionsabschlag	27
Zu Artikel 2 Nummer 2 (§ 9 Absatz 1 KHEntgG) Vereinbarung auf der Bundesebene	28
Zu Artikel 2 Nummer 3 (§ 10 Absatz 4 KHEntgG) Aufhebung einer möglichen Berücksichtigung von Leistungsrückgängen	28
Zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe a (§ 11 Absatz 3 KHEntgG) Explizite Nennung des Pflegebudgets.....	31
Zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe b (§ 11 Absatz 4 KHEntgG) Vorlagepflichten / Rechnungsabschlag	32
Zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe c (§ 11 Absatz 6 KHEntgG - neu) Sonderregelungen für Vereinbarungszeiträume bis 2023	37
Zu Artikel 2 Nr. 5 (§ 13 Absatz 3 KHEntgG) Schiedsstellenautomatismus ab dem Vereinbarungszeitraum 2024, Präklusion	38
Zu Artikel 2 Nr. 6 (§ 14 Absatz 1 KHEntgG) Rechtsbereinigung.....	40

Artikel 4 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	42
Zu Artikel 4 Nummer 3 (§ 14b KHG)	
Evaluierung des Reifegrades der Krankenhäuser	42
Zu Artikel 4 Nummer 4 (§ 17b Absätze 3 und 3a KHG)	
Beauftragung des InEK.....	43
Zu Artikel 4 Nummer 5 Buchstabe a (§ 17c Absatz 2b KHG)	
Datenübermittlung vom Medizinischen Dienst an die Krankenkasse.....	44
Artikel 5 Änderung der Bundespflegesatzverordnung	46
Zu Artikel 5, Nummer 1 (§ 9 Absatz 1 Nummer 6 BPfIV)	46
Zu Artikel 5, Nummer 2 (§ 11 BPfIV)	46
Zu Artikel 5, Nummer 2 (§ 13 Absatz 3 BPfIV)	46
Entwürfe für fachfremde Änderungsanträge vom 07.11.2022	47
Zu Änderungsantrag 6:	
Streichung der PPR 2.0 Opt-out Regelung bei Tarifverträgen.....	47
Zu Änderungsantrag 7:	
Finanzierung von landesrechtlich geregelten Pflegehilfe- und -assistenzausbildungen.....	47
Zu Änderungsantrag 10:	
Verlängerung des Hygieneförderprogramms als Infektiologieförderprogramm	47
Änderungsantrag 11:	
Anhebung des vorläufigen Pflegeentgeltwerts	48
Änderungsanträge 13 und 14:	
Bedarfsgerechte und auskömmliche Finanzierung der Pädiatrie und Geburtshilfe	49
Änderungsantrag 15:	
Krankenhaustagesbehandlung	57
Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf	61
Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V	61
Pflegepersonalquotient nach § 137j SGB V	61
Beschäftigung und Refinanzierung der Personalkosten von approbierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	61
Inflationsausgleich	63
Berücksichtigung zukünftiger Kostensteigerungen.....	63
Vollständige Refinanzierung der Tarifsteigerungen	64
Einführung einer generellen Zahlungsfrist von Krankenhausrechnungen (§ 415 SGB V).....	65

Allgemeiner Teil

Mit ihrem Entwurf eines Krankenhauspflegeentlastungsgesetzes (KHPfIEG) führt die Bundesregierung die **Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0)** als Übergangsinstrument zur verbindlichen Personalbemessung ein. Ziel des Vorhabens ist es, die Personalsituation in der Pflege schnell und spürbar zu verbessern. Die Krankenhäuser begrüßen dies ausdrücklich. Die nun vorliegende gesetzliche Umsetzung des Vorhabens sollte an einigen Stellen jedoch noch deutlich nachgebessert werden.

Auf strikte Ablehnung seitens der Krankenhäuser gerade vor dem Hintergrund der aktuellen Lage stößt hingegen die geplante Streichung der Möglichkeit, rückläufige Leistungsentwicklungen in den **Landesbasisfallwertverhandlungen** berücksichtigen zu können. Als völlig ungeeignet bewerten die Krankenhäuser zudem den Ansatz, die durchaus wünschenswerte **Beschleunigung der Budgetverhandlungen** über starre Fristen, Schiedsstellenautomatismen und die Androhung empfindlicher Sanktionen anzustoßen.

Grundsätzlich positiv bewerten die Krankenhäuser das Vorhaben, die Finanzierung der **Pädiatrie** und der **Geburtshilfe** für die Jahre 2023 und 2024 bedarfsgerechter und auskömmlich zu finanzieren. Insbesondere für die Geburtshilfe ist das dazu zur Verfügung stehende Finanzierungsvolumen jedoch deutlich zu knapp bemessen. Erheblichen Nachbesserungs- und Diskussionsbedarf sehen die Krankenhäuser mit Blick auf die geplante Einführung der **Krankenhaustagesbehandlung**. Der gute Konzeptansatz, den die Regierungskommission in ihren Empfehlungen zur Tagesbehandlung skizziert hat, droht vollkommen ins Leere zu laufen, wenn der massiv von Misstrauen gegen die Krankenhäuser geprägte Änderungsantrag tatsächlich beschlossen würde. Auch zur Vermeidung einer erheblichen zusätzlichen Bürokratielast raten die Krankenhäuser dringend dazu, den Änderungsantrag zurückzuziehen und die Ambulantisierung von Krankenhausleistungen in einem eigenständigen Gesetzgebungsverfahren auf den Weg zu bringen. Eine Stellungnahme zu den äußerst kurzfristig bekannt gewordenen Plänen der Bundesregierung, eine **spezielle sektorengleiche Vergütungsmöglichkeit** zu schaffen, erfolgt zu einem späteren Zeitpunkt.

Die geplante Anhebung des vorläufigen **Pflegeentgeltwertes** und die Verlängerung des **Hygieneförderprogramms** um weitere drei Jahre wird von den Krankenhäusern ausdrücklich begrüßt.

Einführung der PPR 2.0 als Übergangsinstrument zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs und Festlegung der Personalbesetzung auf den bettenführenden, somatischen Stationen

Die gemeinsam vom Deutschen Pflegerat (DPR), von der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) entwickelte PPR 2.0 zielt darauf ab, die Arbeitsbedingungen in der Pflege und damit auch die Attraktivität des Pflegeberufs nachhaltig zu verbessern. Die PPR 2.0 ist leicht anwendbar und wissenschaftlich basiert. Sie ist ein für alle Akteure transparentes Instrument und macht die am Patientenbedarf orientierte Pflege in der Personalbemessung zur Maxime. Der nun vorliegende Regierungsentwurf bleibt jedoch leider deutlich hinter den Erwartungen der Krankenhäuser zurück und ist auch im Vergleich zum ursprünglichen

Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums eine deutliche Verschlechterung. In der Gesamtbetrachtung hat der Regierungsentwurf kaum mehr etwas mit der von DPR, ver.di und DKG vorgelegten PPR 2.0 zu tun. Die Krankenhäuser erwarten daher, dass wesentliche Punkte nachgeschärft werden, damit die PPR 2.0 zielführend und sinnvoll umgesetzt werden kann.

Dies gilt insbesondere in folgenden Punkten:

Keine Pflege nach Kassenlage - Vetorecht des Finanzministers streichen

Der Regierungsentwurf sieht die Zustimmung des Bundesfinanzministers zur Rechtsverordnung zur Einführung der PPR 2.0 vor. Dies ist nicht akzeptabel. Der Finanzminister darf mit seinem Veto eine gute Pflegepersonalausstattung nicht verhindern. Dies widerspräche zudem dem Grundgedanken der Pflegebudgets, der auf die vollständige Refinanzierung der Pflege am Bett abzielt. Völlig unrealistisch ist der in der Gesetzesbegründung suggerierte Mehrbedarf von nur 5.000 Pflegevollkräften bei Einführung der PPR 2.0. Gemeinsam mit dem Hinweis auf die Kompensationsmöglichkeiten über Vergütungsabschläge lädt dies die Kostenträger gerade dazu ein, in den Budgetverhandlungen mit den Krankenhäusern jede zusätzlich eingestellte Pflegekraft in Frage zu stellen.

Vollständigkeit: Intensivmedizin berücksichtigen

Die PPR 2.0 sieht nicht nur die Einführung in der unmittelbaren Patientenversorgung von Erwachsenen und Kindern auf bettenführenden Stationen der nichtintensivmedizinischen somatischen Versorgung in den 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 Regierungsentwurf 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 haben DKG, DPR und ver.di nach eingehender Prüfung in Ergänzung der PPR 2.0 im Erwachsenenbereich eine Lösung vorgelegt.

Der DPR, ver.di und die DKG erwarten die konkrete Umsetzung der gemeinsam entwickelten Instrumente. Eine halbherzige und schleppende Unterstützung 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 Pflegepersonalausstattung 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 und bindet Personalkapazitäten, die für die Patientenversorgung dringend benötigt werden. Dringend notwendig und sinnvoll ist daher eine enge Verzahnung der Instrumente. Auch vor dem Hintergrund der zeitlichen Verzögerung begrüßen die Krankenhäuser, dass das Verfahren nach § 137k SGB V in seiner Entwicklung auf einen späteren Zeitpunkt verlagert werden soll.

Darüber hinaus ist die Parallelität von unterschiedlichen sanktionsbehafteten Instrumenten nicht zielführend. So ist die PPR 2.0 nicht als Instrument zur Sanktionierung, sondern vielmehr als Instrument zum Erkenntnisgewinn mit Ableitung anschließender Schritte vorgesehen. Deshalb sollten die Untergrenzen bei einem Erfüllungsgrad von 80% für das jeweilige Krankenhaus wegfallen (siehe unten). Mit dem vorliegenden Regierungsentwurf 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 zur Umsetzung der PPR 2.0 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 in der unmittelbaren Patientenversorgung tätig. Dieser Qualifikationsmix ist gelebte interprofessionelle Praxis. Dies betrifft zum Beispiel Hebammen auf geburts-hilflichen Stationen. Bisher 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 § 137l 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 Regierungsentwurf fehlt. Der 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. **Vor diesem Hintergrund begrüßen die Krankenhäuser die über einen Änderungsantrag eingebrachte Streichung der Opt-Out-Regelung.**

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. Hierfür ist eine regelmäßige Information über (Zwischen-)Ergebnisse notwendig. 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 das Personal auch tatsächlich 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 Regierungsentwurf deutlich zu niedrig kalkuliert und muss den realen Bedingungen angepasst werden. Die Refinanzierung dieser Kosten ist sicherzustellen.

Einbindung der Selbstverwaltung sowie DPR und ver.di

Mit großem Erstaunen haben DKG, DPR und ver.di zur Kenntnis genommen, dass im vorliegenden Gesetzentwurf keine Beteiligung der gemeinsamen Selbstverwaltung sowie von DPR und ver.di vorgesehen ist. Um eine spürbare Verbesserung für die Pflege in den Krankenhäusern zu erreichen, ist die Schaffung einer größtmöglichen Akzeptanz und der Sicherstellung einer zielgerichteten, wirksamen Umsetzung zwingend erforderlich. Die fehlende Einbindung der Selbstverwaltung sowie der beteiligten Partner ist deshalb absolut unverständlich und muss zwingend geändert werden.

Aufhebung einer möglichen Berücksichtigung von Leistungsrückgängen im Landesbasisfallwert

Der Regierungsentwurf sieht vor, dass rückläufige Leistungsentwicklungen ab dem Jahr 2023 nicht mehr im Landesbasisfallwert berücksichtigt werden dürfen. Diese Neuregelung ist inhaltlich nicht nachvollziehbar und absolut inakzeptabel. Während Leistungssteigerungen in der Vergangenheit jahrelang faktisch einem doppelten Abschlag unterlagen (absenkender Effekt auf den Landesbasisfallwert bei gleichzeitigem Mehrleistungsabschlag auf Ortsebene), wird nun auch die letzte Kompensationsmöglichkeit für die Refinanzierung der verbleibenden Fixkosten aus dem Gesetz gestrichen. Somit ist es in dem Finanzierungssystem zukünftig nicht mehr möglich, auf Leistungsrückgänge mit sachgerechten Korrekturen zu reagieren.

Ohne dass das Problem einer Finanzierung der Vorhaltekosten gelöst ist, wird hier die automatische „Stückkostensteigerung“ bei sinkenden Fallzahlen ignoriert. Kompensationen für die Erlösverluste (bei gleichbleibenden Fixkosten) sind nicht vorgesehen. Diese Regelung bedeutet für die Krankenhäuser faktisch eine Budgetkürzung, mit der letztlich auch die Versorgungssicherheit der Bevölkerung in Verbindung mit stark steigenden Kostenbelastungen erheblich gefährdet wird. Dabei wäre gerade jetzt angesichts der aktuellen Lage, in der die Fallzahlen nachhaltig hinter der vorpandemischen Situation zurückbleiben, ein entsprechender Verhandlungsspielraum zwischen Krankenhausgesellschaften und Krankenkassen dringend erforderlich.

Einführung verbindlicher Fristen für Budgetverhandlungen

Der Regierungsentwurf 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 Rechnungsabschlag 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 Verschlinkung der Budgetverhandlungen ist als zielführende Maßnahme zum Abbau des Vereinbarungsstaus und zur Beschleunigung des Verfahrens anzusehen.

Zusätzliche Finanzmittel für die Bereiche Pädiatrie und Geburtshilfe

Die Krankenhäuser begrüßen, dass in den Jahren 2023 und 2024 jeweils zusätzlich Finanzmittel für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen und die Geburtshilfe bereitgestellt werden sollen. Das darin enthaltene zusätzliche Vergütungsvolumen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Höhe von 300 Mio. Euro kommt den Erwartungen der Krankenhäuser nahe.

Der Ansatz, die Finanzhilfen für die Pädiatrie über eine Anhebung der fortgeschriebenen Budgets des Jahres 2019 und einen Zuschlag pro Fall umzusetzen, stellt einen Weg dar, die Finanzierung in der Kinder- und Jugendmedizin zu stabilisieren und durch den Zuschlag die Liquidität zu sichern.

Es ist auch in der Geburtshilfe zu begrüßen, dass in den Jahren 2023 und 2024 grundsätzlich zusätzliche Finanzmittel bereitgestellt werden sollen. Das für die Geburtshilfe vorgesehene Vergütungsvolumen in Höhe von 120 Mio. Euro pro Jahr ist jedoch nicht ausreichend, um die systematische Unterfinanzierung der Geburtshilfe auszugleichen.

Einführung der Tagesbehandlung im Krankenhaus

Die „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ hat im September 2022 eine Empfehlung zur „Tagesbehandlung im Krankenhaus zur kurzfristigen Entlastung der Krankenhäuser und des Gesundheitswesens“ ausgesprochen. Diese Empfehlung wurde nach dem Verständnis der Krankenhäuser von dem Leitgedanken getragen, für vollstationäre Behandlungsfälle eine praktikable Möglichkeit zur Behandlung ohne Übernachtung zu schaffen, um so die Krankenhäuser zu entlasten. Die Krankenhäuser unterstützen diese Zielsetzung nach wie vor ausdrücklich.

Allerdings wird dieser Leitgedanke durch den vorliegenden Änderungsantrag nicht sachgerecht aufgegriffen. Anstatt der erhofften Flexibilisierung im Einvernehmen mit den Patientinnen und Patienten zeigt der Änderungsantrag Anzeichen eines überzogenen Misstrauens gegenüber den Krankenhäusern. Die Tagesbehandlung führt zu nennenswerten Erlösabschlägen und zugleich werden die Krankenhäuser zur Freihaltung der Betten und einer zusätzlichen, kleinteiligen Dokumentation verpflichtet. Ergänzend zu den bisher prüfungsrelevanten Sachverhalten der medizinischen Notwendigkeit einer stationären Versorgung treten jetzt auch noch Nachweise und Prüfungen über das Stundenvolumen einer Tagesbehandlung. Insgesamt sind somit keine Entlastungen, sondern zusätzliche Belastungen bei reduzierter Vergütung zu erwarten. Zudem geht aus der Formulierung des Änderungsantrags nicht eindeutig hervor, dass die vollstationäre Tagesbehandlung ohne Übernachtung als optionale und gleichwertige Alternative zur Behandlung mit Übernachtung nur im Einvernehmen zwischen Krankenhaus und den Patienten einzuordnen ist. Dies zeigt sich auch in der fehlenden Integration in die Krankenhausfinanzierung gemäß KHG und KHEntgG. Mit den ausführlichen Vorgaben zum Vorrang von ambulanten Behandlungsmöglichkeiten wird deutlich, dass die Krankenhäuser diese neue Behandlungsform nicht in dem bisher für stationäre Leistungen üblichen Rahmen erproben können, sondern von Beginn an damit rechnen müssen, dass retrospektiv tagesstationäre Behandlungen in Frage gestellt

werden und teilweise nur ambulant abgerechnet werden können. Unter diesen Rahmenbedingungen ist absehbar, dass die Tagesbehandlung ohne Übernachtung von den Krankenhäusern auf Grund der restriktiven Ausgestaltung und den großen Unsicherheiten kaum genutzt werden kann und die zu unterstützende Empfehlung der Regierungskommission somit weitgehend ins Leere laufen oder im ungünstigsten Fall zu einer massiven Zunahme von Abrechnungsstreitigkeiten führen wird.

Weitere krankenhausesrelevante Inhalte

Darüber hinaus enthält der Regierungsentwurf 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.

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 Absatz 1 Satz 4 SGB V 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

Es werden die an das InEK zu meldenden Daten geregelt.

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.

Änderungsvorschlag

§ 137I Absatz 1 SGB V (neu) ist wie folgt zu fassen:

(1) Die nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser sind verpflichtet, eine angemessene Personalausstattung vorzuhalten und das für eine bedarfsgerechte Pflege am Bett erforderliche Personal sicherzustellen. Zu diesem Zweck haben sie nach Maßgabe der Rechtsverordnung nach den Absätzen 3 und 4 Folgendes zu ermitteln und an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu übermitteln:

1. die Anzahl der auf bettenführenden Stationen der **nichtintensivmedizinischen** somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern jeweils eingesetzten Pflegekräfte,
2. den Pflegebedarf auf bettenführenden Stationen der **nichtintensivmedizinischen** somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern und
3. die Anzahl der auf bettenführenden Stationen der **nichtintensivmedizinischen** somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern auf Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte.

Sie haben außerdem die Anzahl der eingesetzten Pflegekräfte schrittweise an die Anzahl der einzusetzenden Pflegekräfte anzupassen.

Zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 137I Abs. 2 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. Aus Sicht der DKG ist zudem klarzustellen, dass es sich bei dem zu erprobenden Konzept um die PPR 2.0 handeln muss.

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. 2 SGB V -neu ist wie folgt zu fassen:

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt spätestens bis zum 31. Januar 2023 eine fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtung ~~oder einen Sachverständigen oder eine Sachverständige~~ (Auftragnehmer) mit einer mindestens drei- monatigen Erprobung eines im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit festzulegenden Konzepts auf Grundlage der PPR 2.0 und Kinder-PPR 2.0 zur Ermittlung einer angemessenen Personalausstattung auf bettenführenden Stationen der nichtintensivmedizinischen somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern. Für die Durchführung der Erprobung hat der Auftragnehmer eine repräsentative Auswahl an nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern zu bestimmen. Die ausgewählten Krankenhäuser sind verpflichtet, dem Auftragnehmer folgende Daten zu übermitteln:

1. die Anzahl der in der jeweiligen bettenführenden Station der nichtintensivmedizinischen somatischen Versorgung eingesetzten Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte und
2. die Anzahl der in der jeweiligen bettenführenden Station der nichtintensivmedizinischen somatischen Versorgung auf Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte.

Der Auftragnehmer kann die Form und das Verfahren der Datenübermittlung festlegen. Weitere nach § 108 zugelassene Krankenhäuser können sich an der Erprobung beteiligen. Der Auftragnehmer hat dem Bundesministerium für Gesundheit, **der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Deutschen Pflegerat und der Vereinte Dienstleistungsgesellschaft** spätestens bis zum 31. August 2023 einen Abschlussbericht über die Ergebnisse der Erprobung vorzulegen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Ergebnisse der Erprobung bei Erlass der Rechtsverordnung nach den Absätzen 3 und 4 zu berücksichtigen.

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

Personalbesetzung in der Pflege im Krankenhaus; Verordnungsermächtigung

Beabsichtigte Neuregelung

Das BMG kann durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Bundesfinanzministerium 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 lehnen eine Pflege nach Kassenlage über das Vetorecht des Finanzministers als sachfremd ab. Zudem bleibt mit der Einführung einer Kann-Regelung zum Erlass der maßgeblichen Rechtsverordnung eine verbindliche Einführung der PPR 2.0 zum 1.1.2024 offen. Als Ausgangspunkt sind zudem die PPR 2.0 und Kinder-PPR 2.0 konkret zu benennen

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.

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. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass in der für die Psychiatrie maßgeblichen Personalregelung PPP-RL des G-BA erst vor kurzem richtigerweise der Stationsbezug ausgesetzt wurde.

Änderungsvorschlag

§ 137I Abs.3 SGB V (neu) ist wie folgt zu fassen:

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit **kann erlässt** durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates ~~im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen~~ bis zum 30. November 2023 Vorgaben zur Ermittlung der Anzahl der eingesetzten und der auf der Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung von Erwachsenen und Kindern auf bettenführenden Stationen der ~~nichtintensivmedizinischen~~ somatischen Versorgung in den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern ~~erlassen, die auf der PPR 2.0 und Kinder-PPR 2.0 beruhen~~. In der Rechtsverordnung **kann bestimmt** das Bundesministerium für Gesundheit **unter Berücksichtigung der Stellungnahmen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des Deutschen Pflegerates, der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft** das Nähere **bestimmen**

1. zur Ermittlung des täglichen Pflegebedarfs, durch die Festlegung von Pflegekategorien sowie den ihnen zugrunde zulegenden Minutenwerten für die pflegerische Versorgung je Patientin oder Patient,
2. zur bedarfsgerechten personellen Zusammensetzung des Pflegepersonals auf der Grundlage der beruflichen Qualifikationen des Pflegepersonals,
3. zu der von den Krankenhäusern standortbezogen zu erfassenden
 - a) Anzahl der ~~in der jeweiligen Station~~ eingesetzten Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte, (Ist-Personalbesetzung) und
 - b) Anzahl der ~~in der jeweiligen Station~~ auf Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte, (Soll-Personalbesetzung),
4. zur Übermittlung der von den Krankenhäusern erfassten Daten nach Nummer 3 an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus einschließlich der Form und des Verfahrens der Übermittlung,

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren das Nähere

5. zur Dokumentation, zum Nachweis und zur Veröffentlichung der von den Krankenhäusern zu erfassenden und zu übermittelnden Daten **sowie**,

6. zur Auswertung der von den Krankenhäusern zu erfassenden und zu übermittelnden Daten durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus **sowie**

7. 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. 4 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. Daher bedarf es bereits jetzt einer gesetzlichen Grundlage, damit in der Rechtsverordnung Kriterien zur Reduzierung und Aussetzung der PpUG-Dokumentations- und Berichtspflichten überhaupt festgelegt werden können.

Die ausschließliche Fokussierung auf Vergütungsabschläge bei einer nicht erfolgreichen Anpassung an die Soll-Personalbesetzung ist aus Sicht der Krankenhäuser nicht sachgerecht und ist daher abzulehnen. So ist die PPR 2.0 nicht primär als Instrument zur Sanktionierung, sondern vielmehr als Instrument zum Erkenntnisgewinn mit Ableitung anschließender Schritte vorgesehen. Vergütungsabschläge führen auch zu keiner

Verbesserung der Pflegepersonalausstattung, sondern entziehen den Krankenhäusern die für den Personalaufbau notwendigen Mittel. Es bedarf daher stattdessen eines gestuften Sanktionsmechanismus, der zuerst den Aufbau von Pflegepersonal fördert und fordert. Es sind zudem Ausnahmetatbestände zu regeln, wann bzw. in welchen Fällen (z.B. regionale Arbeitsmarktstrukturen) Krankenhäuser vom Sollwert abweichen dürfen.

Änderungsvorschlag

§ 137i Abs. 4 SGB V – neu ist wie folgt zu fassen:

Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt aufgrund der in der Rechtsverordnung nach Absatz 3 vorgesehenen Datenerfassung zur Festlegung des konkreten erforderlichen Erfüllungsgrads der Soll-Personalbesetzung in der Rechtsverordnung nach Absatz 3 ohne Zustimmung des Bundesrates und im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen Regelungen zu treffen

1. zur schrittweisen Anpassung der Ist-Personalbesetzung an den konkreten erforderlichen Erfüllungsgrad der Soll-Personalbesetzung durch das Krankenhaus,
2. zum Nachweis der Anpassung der Ist-Personalbesetzung an den konkreten erforderlichen Erfüllungsgrad der Soll-Personalbesetzung gegenüber dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und
3. zu Vergütungsabschlägen, wenn ein Krankenhaus es unterlässt,
 - a) die Ist-Personalbesetzung an die Soll-Personalbesetzung anzupassen oder
 - b) die Anpassung der Ist-Personalbesetzung an die Soll-Personalbesetzung nachzuweisen, zu den Folgen des Unterlassens der Anpassung nach Nummer 1 oder des Nachweises nach Nummer 2 sowie zu Ausnahmetatbeständen und
4. zur Aussetzung der Vorgaben der Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V.

Zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 137i Abs. 5 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.

Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass mit der Einführung der PPR 2.0 etwaige Regelungen in den Entlastungstarifverträgen (z.B. zur Gewährung von zusätzlichen freien Tagen) nicht unwirksam werden. Daher besteht an dieser Stelle auch überhaupt kein gesetzlicher Handlungsbedarf.

Die Krankenhäuser begrüßen die nunmehr bekanntgewordene Formulierungshilfe zum Änderungsantrag, die ebendiese Änderung des KHPfIEG vorsieht.

Änderungsvorschlag

§ 137I Abs. 5 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 dahingehend 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 7 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 auf dem Wege elektronischer Datenverarbeitung geltend gemacht werden.

Stellungnahme

1. Grundsätzliche Stellungnahme der DKG zur „Aufschlagszahlung“

Auch wenn in § 275c Absatz 3 SGB V die von einem Krankenhaus – falls die MD-Prüfung eine Rechnungsminderung zur Folge hat – vorzunehmende Zahlung beschönigend als „Aufschlag“ bezeichnet wird, handelt es sich bei ihr um nichts anderes als um eine Strafzahlung zu Lasten der Krankenhäuser. Bereits in der Vergangenheit haben sich die Kliniken explizit gegen Strafzahlungen zu Lasten der Krankenhäuser ausgesprochen und machen erneut deutlich, dass die Krankenhäuser treffende Strafzahlungen abzulehnen sind. Strafzahlungen können und dürfen nur ein bewusstes und gewolltes Überschreiten der Abrechnungsbestimmungen zu Lasten der Solidargemeinschaft und somit eine Falschabrechnung im eigentlichen Sinne sanktionieren. Der „Aufschlag“ stellt aber lediglich auf den Anteil unbeanstandeter Abrechnungen ab. Daher müssen Krankenhäuser auch für diejenigen Abrechnungen eine Strafzahlung leisten, die kein bewusstes und gewolltes Überschreiten der Abrechnungsbestimmungen darstellen, sondern lediglich darauf beruhen, dass dem Krankenhaus zustehende Auslegungsmöglichkeiten in den OPS-Kodes vom MD anders interpretiert werden. Somit werden die einem Krankenhaus zustehenden, legitimen und legalen Auslegungsmöglichkeiten durch die Verhängung einer Strafzahlung nachträglich ad absurdum geführt.

Darüber hinaus stellt die eingeführte Strafzahlung keine Symmetrie zu der bestehenden Pflicht der Krankenkassen zur Zahlung der Aufwandspauschale dar, sondern führt zu einer einseitigen Benachteiligung zu Lasten der Krankenhäuser. Krankenkassen wissen, dass ihnen bei Beauftragung einer unnötigen Prüfung des MD maximal eine Belastung von 300 € pro Prüffall ins Haus steht. Krankenhäuser können einen möglichen finanziellen Verlust gar nicht vorhersehen, da ihnen nicht bekannt ist, ob der MD zu einer Erstattungsforderung kommt und falls ja, in welcher Höhe. Darüber hinaus können Krankenkassen den Anfall der Aufwandspauschale bis zu einem gewissen Grad steuern, da sie entscheiden können, welche Fälle in die Prüfung gelangen und welche nicht. Diese Möglichkeit haben die Krankenhäuser bei der Strafzahlung nicht.

Daher erneuern die Krankenhäuser ihre Forderung nach Streichung der Aufschlagszahlung in § 275c Absatz 3 SGB V.

2. Zum konkreten Änderungsvorschlag des KHPfIEG:

Vor dem Hintergrund, dass eines der wesentlichen Ziele des Gesetzes für bessere und unabhängige 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 – sofern die Regelungen zur Aufschlagszahlung nicht gestrichen werden – als Verfahrensvereinfachung und zum Abbau von Bürokratie konsequent zu sein.

Die beabsichtigte Neuregelung greift in der vorgesehenen Form jedoch zu kurz, da sie zu einer Gefährdung der Liquidität der Krankenhäuser führt.

Erfolgt ein Wechsel des Verfahrens zur Geltendmachung des Aufschlages dahingehend, dass dieser künftig im Wege der elektronischen Datenverarbeitung erfolgt, werden die Krankenkassen diesen im Wege der Aufrechnung sofort durchsetzen, ungeachtet der Tatsache, dass die Berechtigung der Krankenkasse zur Geltendmachung des Aufschlages dem Grunde und/oder der Höhe nach vom Krankenhaus angezweifelt werden kann. Der vorliegende Gesetzentwurf geht davon aus, dass die Aufrechnung der Aufschlagzahlung mit anderen Vergütungsforderungen des Krankenhauses zulässig ist (Seite 55 der Begründung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zum KHPfIEG). Daher besteht die Gefahr, dass Krankenkassen sich dieser Auffassung anschließen und die sich Ihnen nunmehr bietende Aufrechnungsmöglichkeit umfassend nutzen werden und es somit zu Liquiditätsabflüssen beim Krankenhaus kommen wird. Um Liquiditätsengpässe der Krankenhäuser zu vermeiden, ist daher zum einen sicherzustellen, dass Krankenkassen die Rechnungen der Krankenhäuser für durchgeführte Behandlungen der bei den Krankenkassen Versicherten innerhalb einer kurzen Zahlungsfrist zunächst vollständig bezahlen. Nur dadurch kann eine ausreichende Liquidität der Krankenhäuser – trotz Aufrechnung eventuell anfallender Aufschlagzahlungen durch die Krankenkassen – gewährleistet werden. Daher ist auch aufgrund der Umstellung des Verfahrens zur Geltendmachung des Aufschlages die Entfristung der in § 415 SGB V geregelten fünfjährigen Zahlungsfrist unbedingt erforderlich. Diese auch unabhängig von der Umstellung des Verfahrens zur Geltendmachung des Aufschlages notwendige Forderung wird unter „Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf“ näher erläutert und ein entsprechender Änderungsvorschlag dargestellt

Zum anderen ist es entgegen der in der Begründung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zum KHPfIEG geäußerten Auffassung erforderlich eindeutig zu regeln, dass die Aufschlagszahlung vom Anwendungsbereich des in § 109 Absatz 6 SGB V kodifizierten Aufrechnungsverbot umfasst wird. Als zentrales Element des MDK-Reformgesetzes wurde die Einführung des Aufrechnungsverbot zu Lasten der Krankenkassen damit begründet, dass umfassende Aufrechnungen seitens der Krankenkassen zu erheblichen Liquiditätsengpässen auf Seiten der Krankenhäuser führen. Während 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 Aufrechnungsverbot verhindert werden (vgl. die Ausführungen in Bundestags-Drucksache 19/13397 S. 45, 54).

Durch den Wechsel des Verfahrens zur Geltendmachung des Aufschlages besteht die Gefahr, dass Krankenkassen auch umstrittene Aufschläge im Wege der Aufrechnung sofort durchsetzen werden und das Krankenhaus dadurch – entgegen der oben dargestellten Intention des MDK-Reformgesetzes – nicht nur durch den sofortigen Liquiditätsabfluss, sondern auch durch die Übertragung des Prozessrisikos zur Klärung einer streitigen Rechtsfrage belastet wird. Der aktuelle Wortlaut des § 109 Absatz 6 SGB V kann zwar dahingehend ausgelegt werden, dass sich das Aufrechnungsverbot lediglich auf Vergütungsansprüche des Krankenhauses bezieht und seitens der Krankenkassen argumentiert werden könnte, dass der Aufschlag nicht unter den Anwendungsbereich des § 106 Absatz 6 SGB V falle und dessen Aufrechnung somit zulässig sei. Diese Auslegung widerspricht jedoch der Intention des MDK-Reformgesetzes. Daher ist zur Durchsetzung der Intention des MDK-Reformgesetzes eine Ergänzung des § 109 Absatz 6 SGBV dahingehend erforderlich, dass die Geltendmachung des Aufschlages vom Aufrechnungsverbot umfasst wird.

Zudem ist zu berücksichtigen, dass es durch die Angleichung des Verfahrens zur Geltendmachung des Aufschlages an das Verfahren zur Geltendmachung der Aufwandspauschale nach § 275c Absatz 1 Satz 2 SGB V nicht zu einer Besserstellung der Krankenkassen gegenüber den Krankenhäusern kommen darf, 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 werden würde, 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

§ 275c Absatz 3 SGB V ist ersatzlos zu streichen.
Hilfswise wird folgende Änderung vorgeschlagen:

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 8 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 ist dafür eine Anzeige durch das Krankenhaus beim jeweils zuständigen Medizinischen Dienst, bei den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen sowie beim Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung, dass das Krankenhaus die jeweiligen Strukturmerkmale des abzurechnenden OPS-Kodes als erfüllt und nachweisbar ansieht sowie eine mindestens dreimonatige Erbringung der jeweiligen Leistung.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser haben 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. Außerdem führt eine analoge Anwendung der bestehenden Regelungen auf diese Fallkonstellationen zu systemwidrigen und für die Krankenhäuser nachteiligen Ergebnissen. Darüber hinaus ist 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.

Vor diesem Hintergrund ist die beabsichtigte Einführung der Ausnahmeregelung, wonach Krankenhäuser in Fällen der Leistungserbringung erstmals vergütungsrelevanter OPS-Kodes 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 den Krankenhäusern als regelungsbedürftig angesehenen Fallkonstellationen aufgegriffen, sondern hat insbesondere durch die beabsichtigten Regelungen zur erstmaligen bzw. erneuten Leistungserbringung die Kritik der Kliniken an dem vom Medizinischen Dienst Bund zur Prüfung dieser Sachverhalte vorgesehenen zweizeitigen Prüfverfahren einer handhabbareren Lösung zugeführt.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 1 Nummer 16 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 der Krankenhäuser. 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 dies technisch möglich ist. Zur Präzisierung, wann etwas technisch nicht möglich ist, schlagen die Krankenhäuser klarstellend vor, dass die Chargennummer nicht anzugeben ist, wenn die automatische Übernahme dieser Information aus den Systemen nicht möglich ist. Zudem fordern die Krankenhäuser, dass in den Vorschriften zur elektronischen Verordnung in den §§ 312 und 360 SGB V keine arzneimittelrechtlichen Verpflichtungen formuliert werden. Es gibt keine arzneimittelrechtliche Verpflichtung zur Angabe der Chargennummer. Eine solche Verpflichtung wäre rechtssystematisch nicht in den §§ 312 und 360 SGB V sondern im Arzneimittelrecht zu regeln.

Änderungsvorschlag

§ 312 Abs. 1 Nr. 3 ist wie folgt anzupassen:

In Nummer 3 werden nach dem Wort „Arzneimittel,“ die Wörter „soweit technisch **automatisiert** möglich **und arzneimittelrechtlich verpflichtend**“ eingefügt.

Zu Artikel 1 Nummer 17 (§ 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 Gesetzentwurf 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. Zudem wird ein großer Teil der vertragsärztlichen Versorgung im Krankenhaus erbracht und die informationstechnischen Systeme der vertragsärztlichen Versorgung müssen sich in das Gesamtgefüge der Krankenhaus-IT nahtlos einfügen. Für diese Bereiche können die Rahmenvereinbarungen nicht von den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen getroffen werden, da sie nicht über die erforderlichen Kenntnisse verfügen. 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 ist um folgenden Absatz 2 zu ergänzen:

(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 27 Buchstabe a Unterbuchstabe bb (§ 360 Absatz 2 SGB V) Ausnahmeregelung für Direktzuweisung (eRezept)

Beabsichtigte Neuregelung

Für die Einführung und Nutzung von elektronischen Verordnungen bzw. elektronischen Rezepten, die von verordnenden Leistungserbringern auf der Grundlage gesetzlicher Vorgaben zulässigerweise bei Zustimmung des Patienten 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, da derzeit die technischen Voraussetzungen nicht gegeben sind. Die Verordnungen zu anwendungsfertigen Arzneimitteln, 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 mit Direktzuweisungen – also auch die Verordnung zu anwendungsfertigen Arzneimitteln – gemeinsam umzusetzen. Wegen der hohen technischen Komplexität wäre ein solches Vorgehen auch aus ökonomischen Gesichtspunkten geboten.

Änderungsvorschlag

§ 360 Absatz 2 SGB V ist wie folgt anzupassen:

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 **direkt** zugewiesen werden **dürfen**.

§ 360 Absatz 3 SGB V ist um folgenden Satz 2 zu ergänzen:

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 Krankenhäuser hatten 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. Vor diesem Hintergrund begrüßen die Krankenhäuser, dass die Notwendigkeit für eine entsprechende Klarstellung nunmehr auch seitens des Gesetzgebers gesehen wird.

In diesem Zusammenhang weisen die Kliniken jedoch auf ergänzenden Regelungsbedarf in Verbindung mit dem Sicherstellungszuschlag nach § 5 Abs. 2 KHEntgG hin. Bei den anspruchsberechtigten Krankenhäusern für den Sicherstellungszuschlag sind die erbrachten Leistungen aufgrund des geringen Versorgungsbedarfs mit den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten nicht kostendeckend finanzierbar. Leistungssteigerungen könnten in einem solchen Krankenhaus unter normalen Umständen dazu beitragen, das Defizit zu verringern, weil sich die Vorhaltekosten auf mehr Fälle verteilen. Dem steht jedoch der Fixkostendegressionsabschlag entgegen, da zusätzliche vereinbarte Leistungen mit einem Vergütungsabschlag versehen werden. Eine Ausnahme vom Abschlag ist in diesen Fällen nicht vorgesehen. Die fehlende Ausnahme vom Fixkostendegressionsabschlag müsste im Ergebnis wiederum zu einem höheren Sicherstellungszuschlag führen, da sich dadurch das Defizit des Krankenhauses erhöht. Vor diesem Hintergrund erscheint eine Ausnahme für Krankenhäuser geboten, für die ein Anspruch auf den Sicherstellungszuschlag nach § 5 Abs. 2 KHEntgG besteht.

Änderungsvorschlag

§ 4 Absatz 2a Satz 2 Nummer 1 KHEntgG ist um folgenden Buchstaben h) zu ergänzen:

h) Leistungen von Krankenhäusern, für die ein Anspruch auf einen Sicherstellungszuschlag nach § 5 Abs. 2 KHEntgG besteht.

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

Vereinbarung auf der Bundesebene

Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragsparteien auf Bundesebene werden beauftragt, das Nähere zur Dokumentation des Eingangs von Daten, Unterlagen und Auskünften bei den an der Budgetverhandlung beteiligten Krankenkassen für die neuen Fristen nach § 11 Absatz 4 KHEntgG sowie zur Abrechnung des neuen Rechnungsabschlags nach § 11 Absatz 4 Satz 6 KHEntgG innerhalb von vier Wochen nach Inkrafttreten des Gesetzes zu vereinbaren.

Stellungnahme

Die Ergänzung des Auftrags an die Vertragsparteien auf Bundesebene steht im Zusammenhang mit den vorgesehenen neuen Fristen zur Datenübermittlung, Unterlagenvorlage und Auskunftserteilung nach § 11 Abs. 4 KHEntgG. Diese Vorgaben werden von den Krankenhäusern abgelehnt, weil die Verzögerungen bei den Budgetverhandlungen nicht durch neue Fristen, sondern insbesondere über eine deutliche Vereinfachung der komplexen Regelungen des Krankenhausfinanzierungsrechts zu lösen sind. Unabhängig davon ist die vorgesehene Frist, innerhalb der die Vereinbarung zu schließen ist, absehbar deutlich zu knapp bemessen, um eine einvernehmliche Lösung für die zu regelnden Sachverhalte zu erzielen.

Änderungsvorschlag

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

Zu Artikel 2 Nummer 3 (§ 10 Absatz 4 KHEntgG)

Aufhebung einer möglichen Berücksichtigung von Leistungsrückgängen

Beabsichtigte Neuregelung

Bei rückläufigen Leistungsentwicklungen soll eine Berücksichtigung im Landesbasisfallwert ab dem Jahr 2023 vollständig ausgeschlossen werden.

Stellungnahme

Zusammenfassende Bewertung

Aus Sicht der Krankenhäuser ist völlig unverständlich, dass mit den vorgesehenen Anpassungen in § 10 Absatz 4 KHEntgG nunmehr jedweder Rechtsanspruch für die Refinanzierung steigender Fallkosten infolge von Leistungsrückgängen genommen werden soll. Während Leistungssteigerungen in der Vergangenheit jahrelang faktisch einem doppelten Abschlag unterlagen (absenkender Effekt auf den Landesbasisfallwert bei gleichzeitigem Mehrleistungsabschlag auf Ortsebene), wird nun auch die letzte Kompensationsmöglichkeit für die Refinanzierung der verbleibenden Fixkosten aus dem

Gesetz gestrichen. Somit ist es in dem Finanzierungssystem zukünftig nicht mehr möglich, auf Leistungsrückgänge mit sachgerechten Korrekturen zu reagieren. Ohne, dass das Problem einer Finanzierung der Vorhaltekosten gelöst ist, wird hier die automatische „Stückkostensteigerung“ bei sinkenden Fallzahlen ignoriert. Kompensationen für die Erlösverluste (bei gleichbleibenden Fixkosten) sind nicht vorgesehen. Diese Regelung bedeutet für die Krankenhäuser faktisch eine Budgetkürzung, mit der letztlich auch die Versorgungssicherheit der Bevölkerung in Verbindung mit stark steigenden Kostenbelastungen erheblich gefährdet wird. Die Krankenkassen profitieren dagegen von sinkenden Ausgabenvolumina zu Lasten der Krankenhäuser und ihrer Beschäftigten.

Ergänzende fachliche Erläuterungen

Die Berücksichtigung von Leistungsveränderungen innerhalb der Krankenhausfinanzierung war bereits mehrfach Gegenstand gesetzgeberischer Eingriffe. Zuletzt wurden die Regelungen durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) aus dem Jahr 2015 dahingehend angepasst, dass ab dem Jahr 2017 die mengenbezogenen Kostenvorteile von Mehrleistungen nur noch bei der Budgetverhandlung des einzelnen Krankenhauses und nicht gleichzeitig zusätzlich absenkend bei der Ermittlung der Landesbasisfallwerte berücksichtigt werden.

In diesem Zusammenhang wurde der Fixkostendegressionsabschlag neben dem bereits zuvor geltenden Mehrleistungsabschlag eingeführt, mit dem zusätzlich vereinbarte Leistungen des Krankenhauses, die über Fallpauschalen vergütet werden, mit einem Abschlag versehen werden. Darüber hinaus wurde die Vorgabe des § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 KHEntgG, nach der Leistungsveränderungen nur in Höhe des geschätzten Anteils der variablen Kosten an den Fallpauschalen bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts zu berücksichtigen waren, aufgehoben (Wegfall der sogenannten doppelten Degression). Die gesetzliche Anpassung erfolgte in einer Zeit, in der in den Krankenhäusern zuvor jahrelang eine weitgehend homogen verteilte Leistungszunahme zu verzeichnen war, die sich aufgrund der Vorgabe des § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 KHEntgG absenkend bei der Verhandlung des Landesbasisfallwerts ausgewirkt hat. Inzwischen ist hier eher eine Trendumkehr eingetreten. Insbesondere die Auswirkungen der Corona-Pandemie haben zu drastischen Leistungseinbrüchen in den meisten Krankenhäusern geführt.

Infolgedessen sind bei den von Leistungsrückgängen betroffenen Krankenhäusern die Fallkosten in Abhängigkeit von der Höhe des Leistungsrückgangs in unterschiedlichem Ausmaß gestiegen, da die verbleibenden Fixkosten sich auf weniger Fälle verteilen. In den Jahren der Corona-Pandemie hatte der Gesetzgeber insbesondere in Form der Corona-Ganzjahresausgleiche ein Instrument vorgesehen, mit denen die corona-bedingten Leistungsrückgänge zumindest anteilig kompensiert werden konnten. Für das Jahr 2023 zeichnen sich derartige Hilfsmaßnahmen aktuell nicht ab. Gleichwohl wird das Leistungsniveau im Jahr 2023 absehbar deutlich unter dem Leistungsniveau des Jahres 2019, also vor der Corona-Pandemie, liegen.

Um die Auswirkungen sinkender Leistungsmengen berücksichtigen zu können, ist nach aktueller Rechtslage für die daraus resultierenden steigenden Fallkosten nur eine begrenzte Refinanzierungsmöglichkeit über eine Anhebung des Landesbasisfallwerts nach § 10 Absatz 4 Satz 3 KHEntgG gegeben, soweit damit nicht eine Erhöhung der

Gesamtausgaben für Krankenhausleistungen verbunden ist. Vor diesem Hintergrund geht im Übrigen auch die Behauptung in der Gesetzesbegründung auf vermeintliche dauerhafte Mehrausgaben für die Kostenträger fehl, da zum einen auch andere als pandemiebedingte Leistungsrückgänge beobachtet werden und zum anderen die Berücksichtigung von Leistungsrückgängen gerade nicht ausgabenerhöhend wirkt. Mehrausgaben für die Krankenkassen sind nur in dem Fall möglich, in dem die Krankenkassen für wegfallende Leistungen zusätzliche Mittel bereitstellen würden. Die Krankenhäuser erkennen jedoch an, dass fallabhängige variable Kosten auch nicht mehr anfallen und entnehmen diese dem Ausgabevolumen. Bei der Division dieses abgesenkten Ausgabevolumens durch die ebenfalls vollständige, um die wegfallenden Leistungen verringerte Summe der Bewertungsrelationen, ergibt sich lediglich ein Anstieg des Landesbasisfallwerts, nicht aber der Ausgaben für die Krankenkassen.

Bis zum Jahr 2016 wurden Leistungssteigerungen im Landesbasisfallwert erlösseitig nur anteilig in Höhe der zusätzlich entstandenen variablen Kosten berücksichtigt. Ausgehend von einer Quote von beispielsweise 50% wurden auch nur 50% zusätzlich finanziert. Aus der vorgesehenen Gesetzesänderung würden dagegen eine vollständige Erlösbereinigung resultieren und eine Refinanzierung der beim Krankenhaus verbleibenden Fixkosten (z. B. für Ärztinnen und Ärzte) vollständig ausbleiben.

Dies führt zu einer ungerechtfertigten Asymmetrie zwischen der stattgefundenen Berücksichtigung von Leistungssteigerungen einerseits und den aktuellen Leistungsminderungen andererseits zu Lasten der Krankenhäuser. Während vereinbarte Leistungssteigerungen weiterhin dem Fixkostendegressionsabschlag unterliegen, existiert im Falle von Leistungsminderungen kein entsprechender Zuschlag für die budgettechnische Umsetzung durch die Vertragsparteien vor Ort. Mit der vorgesehenen Anpassung soll nunmehr auch eine anteilige Berücksichtigung innerhalb des Landesbasisfallwerts gesetzlich ausgeschlossen werden.

Vor diesem Hintergrund entsteht der Eindruck, dass bei der Ausgestaltung der finanziellen Rahmenbedingungen betriebswirtschaftliche Aspekte völlig außer Acht gelassen werden und nur noch eine ausgabendämpfende Politik inmitten zweier schwerwiegender Krisen verfolgt wird. Anstelle einer Aufhebung des § 10 Absatz 4 Satz 3 und 6 KHEntgG muss der Gesetzgeber vielmehr sicherstellen, dass auch Leistungsminderungen adäquat in der Krankenhausfinanzierung Berücksichtigung finden können. Es kann nicht sein, dass für künftig vereinbarte Leistungsrückgänge eine vollständige Bereinigung des Ausgabevolumens erfolgt, wenn für dieselbe Leistung in der Vergangenheit nur eine anteilige Finanzierung möglich war.

Zwar erlaubt die aktuelle Fassung des § 10 Absatz 4 Satz 3 KHEntgG bei Vereinbarung einer niedrigeren Summe der effektiven Bewertungsrelationen infolge von Leistungsminderungen ausnahmsweise eine Überschreitung des Veränderungswerts. Allerdings ist in § 10 Absatz 4 KHEntgG lediglich die Ermittlung der Obergrenze des Landesbasisfallwerts geregelt. Dieser Vorgabe kommt nur dann Bedeutung zu, wenn die nach § 10 Absatz 3 KHEntgG vereinbarte Veränderung des leistungsgerechten Landesbasisfallwerts den Veränderungswert überschreitet. Auch wenn die in § 10 Absatz 3 KHEntgG genannten Bemessungstatbestände nicht abschließend vorgegeben sind, weil diese „insbesondere“ zu berücksichtigen sind, wäre zur Erhöhung der Rechtssicherheit daher eine Klarstellung hilfreich, nach der Leistungsrückgänge infolge der daraus

resultierenden höheren Fallkosten erhöhend bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts zu berücksichtigen sind.

Darüber hinaus sind die Vorgaben zur Ermittlung des Landesbasisfallwerts bzw. der Krankenhausbudgets dringend dahingehend anzupassen, dass eine Refinanzierung der massiven Kostensteigerungen im Sachkostenbereich sichergestellt ist (s. dazu unter „Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf“).

Anpassungsvorschlag

1. § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 KHEntgG ist wie folgt zu fassen:

4. erhöhend die Berücksichtigung von Leistungsrückgängen (Fallzahl und Schweregrade) unter Berücksichtigung der Höhe des geschätzten Anteils der variablen Kosten an den Fallpauschalen,

2. § 10 Absatz 4 Satz 3 KHEntgG ist wie folgt zu fassen:

Abweichend von Satz 1 ist bei Anwendung von Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 eine Überschreitung der sich bei Anwendung des Veränderungswerts nach § 9 Absatz 1b Satz 1 ergebenden Veränderung des Basisfallwerts zulässig.

Zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe a (§ 11 Absatz 3 KHEntgG)

Explizite Nennung des Pflegebudgets

Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine formale Ergänzung der Aufzählung der Verhandlungstatbestände um das Pflegebudget in Verbindung mit dem Prospektivitätsgrundsatz.

Stellungnahme

Auch ohne die vorgesehene Ergänzung wäre man wohl zum gleichen Ergebnis gekommen, da das Pflegebudget bei den zu vereinbarenden Tatbeständen in § 11 Absatz 1 Satz 1 KHEntgG explizit benannt wird. Insofern trägt die Ergänzung zur Klarheit der gesetzlichen Regelungen bei.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe b (§ 11 Absatz 4 KHEntgG)

Vorlagepflichten / Rechnungsabschluss

Beabsichtigte Neuregelung

Nach der vorgesehenen Neuregelung in § 11 Absatz 4 Satz 1 hat der Krankenhausträger zukünftig die Unterlagen nach der AEB und für die Pflegebudgetverhandlung sowie ggf. den Nachweis nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 KHEntgG bis spätestens zum 31. Dezember des Jahres, das dem Jahr vorausgeht, für das die Vereinbarung gelten soll, vorzulegen.

Mit einer Ergänzung in § 11 Absatz 4 Satz 3 KHEntgG werden die bisherigen Regelungen zur Vorlage zusätzlicher Unterlagen dahingehend ergänzt, dass die Kostenträger innerhalb von 6 Wochen nach Vorlage der Daten gemäß § 11 Absatz 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.

Bei Nichterfüllung der Vorlagepflichten wird mit dem neuen Satz 6 ein einprozentiger Rechnungsabschluss für jeden voll- oder teilstationären Fall vorgegeben, der einseitig von den an der Budgetverhandlung beteiligten Krankenkassen für die Zeit vom 1. Juli des Vereinbarungszeitraums bis einen Monat nach der Vereinbarung bzw. Schiedsstellenfestsetzung zu vereinbaren ist, sofern nicht die Sonderregelungen nach § 11 Absatz 6 KHEntgG Anwendung finden. Weitere Voraussetzung für die Erhebung des Abschlags ist, dass dem Krankenhaus von den Krankenkassen mindestens drei zumutbare Verhandlungstermine angeboten wurden. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat den Abschluss innerhalb von vier Wochen ab dem Eingang des Antrags zu genehmigen, wenn die Vereinbarung dem geltenden Recht entspricht.

Stellungnahme

Allgemeine Bewertung

Die Initiative des Gesetzgebers zur Optimierung und Straffung der Budgetverhandlungen mit dem Ziel, den Verhandlungsstau der letzten Jahre aufzulösen und zeitnahe Abschlüsse von Budgetverhandlungen zu gewährleisten, ist grundsätzlich nachvollziehbar. Mit den nun vorgegebenen Maßnahmen wird das vom Gesetzgeber intendierte Ziel jedoch nicht erreicht. Daran ändern auch die im Vergleich zum Referentenentwurf leicht verlängerten Fristen nichts. Der Gesetzgeber verkennt bei seinem Vorhaben die Realitäten in der Verhandlungspraxis und setzt die an der Budgetverhandlung Beteiligten enorm unter Druck, ohne dass damit eine substantielle Verbesserung zu erwarten ist.

Die aktuellen Verzögerungen bei den Budgetverhandlungen sind insbesondere auf das kaum noch zu überblickende Regelungsdickicht mit zahlreichen Auslegungs- und Abgrenzungsfragen und dem damit einhergehenden Konfliktpotenzial zurückzuführen. Die intensive Gesetzgebungstätigkeit der letzten Jahre hat maßgeblich dazu beigetragen, dass die Anforderungen an die Verhandlungen immer weiter gestiegen und inzwischen hochkomplex sind. Sie beanspruchen etliche Ressourcen und Zeit. Allein

durch neue Fristensetzungen schafft man diese Probleme nicht aus der Welt. Notwendig ist vielmehr eine deutliche Vereinfachung der Budgetverhandlungen durch wirkungsvolle Entbürokratisierung. Mit den vorgesehenen Neuregelungen ist allerdings eher davon auszugehen, dass die Krankenkassen mit Blick auf die veränderten Rahmenbedingungen zur Übermittlung ergänzender Daten und Unterlagen sowie zur Erteilung zusätzlicher Auskünfte zu weiteren Frageexzessen verleitet werden. Damit würde genau das Gegenteil einer notwendigen Verschlankung des Verhandlungsprozesses erreicht. Bei jedem zusätzlichen Auskunftsbegehren muss darüber hinaus der zu erwartende Nutzen den verursachten Aufwand deutlich übersteigen. Darüber ob diese Bedingung im Einzelfall erfüllt ist, können die Auffassungen der Vertragsparteien weit auseinander gehen. Die bisherige Verhandlungspraxis zeigt, dass die Krankenkassen dieser Vorschrift bisher wenig Bedeutung beigemessen haben. Insofern ist hier neues Konfliktpotenzial vorprogrammiert.

Ohnehin wäre zu überlegen, ob der Prospektivitätsgrundsatz unter den aktuellen Rahmenbedingungen noch zeitgemäß ist. Der Prospektivitätsgrundsatz wurde zu Zeiten eines Budgetsystems mit tagesgleichen Pflegesätzen im letzten Jahrhundert eingeführt. Inzwischen gibt es zumindest im somatischen Bereich mit den DRG-Fallpauschalen praktisch ein Preissystem, für das grundsätzlich keine prospektiven Verhandlungen erforderlich sind. Für Vergütungselemente außerhalb des DRG-Systems (wie z. B. das Pflegebudget) könnte über eine Anpassung der Vorgaben zur Weitergeltung von Entgelten auch ohne prospektive Verhandlungen eine ausreichende Liquidität sichergestellt werden. Die letztlich zu berücksichtigenden pflegebudgetrelevanten Kosten können erst nach Ablauf des Vereinbarungszeitraums endgültig feststehen und sind außerdem durch den Jahresabschlussprüfer zu bestätigen. Letztlich würde eine Beschleunigung der Verhandlungen auch schon dann einsetzen, wenn nicht ständig Unterlagen des Krankenhauses einschließlich der Jahresabschlussprüfertestate, seitens der Krankenkassen in Frage gestellt würden.

In einem Preissystem wäre grundsätzlich die Vereinbarung einer Leistungsmenge verzichtbar, wenn eine ausreichende Vorhaltekostenfinanzierung sichergestellt ist, was erklärtes Ziel der Regierungskoalition ist. Durch eine erhebliche Verschlankung der Budgetverhandlungen würden sowohl bei den Krankenhäusern als auch bei den Krankenkassen weniger personelle Ressourcen eingesetzt und Kosten gespart. Dies käme letztlich auch einer besseren Patientenversorgung zugute.

Naturgemäß lassen sich auch krankenhausesindividuelle Entgelte sachgerechter kalkulieren, wenn die entstandenen Kosten zumindest unterjährig bekannt sind. Das Jahr 2022 hat den Krankenhäusern deutlich vor Augen geführt, dass unterjährig zuvor unabsehbare Kostensteigerungen in allen Sachkostenbereichen (Energie, Lebensmittel, Medizinischer Bedarf) eintreten können. Bei einer prospektiven Verhandlung hätten diese Kostenentwicklungen bei der Kalkulation krankenhausesindividueller Entgelte überhaupt nicht einfließen können. Auch die Landesbasisfallwerte für das Jahr 2022 waren dadurch deutlich zu niedrig bemessen. Für solche unvorhersehbaren Situationen braucht es bei einem Festhalten an den dem Prospektivitätsgrundsatz gesetzliche Rahmenbedingungen, die nachträglich eine kostendeckende Finanzierung für die Krankenhäuser sicherstellen.

Auch sachgerechte Erlösausgleichsregelungen könnten zu einer deutlichen Beschleunigung des Verhandlungsprozesses beitragen. Die Einführung der Erlös-

ausgleiche steht im Zusammenhang mit der sogenannten flexiblen Budgetierung aus dem Jahr 1986. Damals verfolgte der Erlösausgleich noch die Zielsetzung, bei einer gegenüber dem vorkalkulierten Budget veränderten Belegung entsprechend dem Anteil der kurzfristig veränderbaren Kosten (variablen Kosten) einen Ausgleich der Kostenüber- oder Kostenunterdeckungen vorzunehmen. In § 4 Abs. 1 BPfIV-1986 wurden dabei Fixkosten in Höhe von 75% angenommen. Die Ausgleichszahlungen in Form des Erlösausgleichs waren deshalb ebenfalls grundsätzlich in Höhe von 75% vorzunehmen, sowohl für Minder- als auch für Mehrerlöse.¹

Von dieser betriebswirtschaftlichen Sichtweise haben sich die Erlösausgleichsregelungen im Laufe der Zeit jedoch immer weiter entfernt, für die im Übrigen inzwischen unterschiedliche Ausgleichssätze in den jeweiligen Anwendungsbereichen (KHEntgG und BPfIV) gelten. Beispielhaft sei der Mindererlösausgleichssatz im Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes genannt, der zuletzt im Zuge des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes aus dem Jahr 2007 als ein Bestandteil des – eigentlich befristeten – Sanierungsbeitrages für die GKV von zuvor 40% auf grundsätzlich 20% abgesenkt wurde und immer noch gilt.

Es versteht sich von selbst, dass ein Mindererlösausgleichssatz in dieser Höhe bei unvorhersehbaren Leistungseinbrüchen zum Ausgleich von Kostenunterdeckungen nicht geeignet ist. Und oftmals drängen die Krankenkassen die Krankenhäuser in den Verhandlungen noch dazu, einen Mindererlösausgleich vollständig auszuschließen. Dennoch sah der Gesetzgeber lange keinen Anlass, an dieser Stelle besondere Vorgaben für Ereignisse höherer Gewalt zu treffen. Aktuell gibt es lediglich für ein eingeschränktes Leistungsspektrum die Möglichkeit, im Voraus einen abweichenden Ausgleich zu vereinbaren sowie eine Sonderregelung, wonach die Vertragsparteien für Mehr- oder Mindererlöse, die auf Grund einer Epidemie entstehen, auch nach Ablauf des Vereinbarungszeitraums einen abweichenden Ausgleich vereinbaren können.

Infolge der Ausgestaltung als „Kann-Regelung“ ist das Krankenhaus aber auch hier auf das Entgegenkommen der Krankenkassen bei der Vereinbarung abweichender Ausgleichssätze angewiesen. Vor diesem Hintergrund entstehen Nachteile für das Krankenhaus bei einer prospektiven Fehleinschätzung hinsichtlich des Leistungsmengengerüsts.

Praxisferne Fristensetzung

Die Pflicht zur Abgabe der gesetzlich vorgegebenen Unterlagen für die Budgetverhandlung bis zum 31.12. des dem Vereinbarungszeitraum vorausgehenden Jahres ist als praxisfern und nicht sachgerecht abzulehnen.

Diese Vorgabe steht im Übrigen im Widerspruch zu anderen gesetzlichen Vorgaben. So verlangt beispielsweise § 6a Absatz 2 Satz 1 KHEntgG die Vorlage der im Vorjahr entstandenen Pflegepersonalkosten. Eine Hochrechnung oder Schätzung der Pflegepersonalkosten sieht das Gesetz nicht vor. Die entstandenen Kosten können jedoch naturgemäß immer erst nach Ablauf des Jahres und nicht bereits zum 31.12. des jeweiligen Jahres feststehen.

¹ vgl. Tuschen/Trefz: Krankenhausentgeltgesetz, 2. Auflage 2010, S. 107ff.

Die strenge Prospektivität ist auch deshalb zu hinterfragen, weil unterjährige Daten erfahrungsgemäß vielfach neue (Streit-) Fragen produzieren, 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.

Für die Vereinbarung eines Erlösbudgets ist es zudem erforderlich, dass der Landesbasisfallwert des Vereinbarungsjahres bekannt ist. Die Verhandlungen zum Landesbasisfallwert sollen bis zum 30.11. des Vorjahres abgeschlossen sein, ansonsten hat die Schiedsstelle ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen den Landesbasisfallwert festzusetzen. Erst dann kann das Genehmigungsverfahren beginnen. Folglich ist der Landesbasisfallwert des Vereinbarungsjahres oftmals zum 01.01. noch nicht bekannt und damit auch eine Vereinbarung des Erlösbudgets nicht fristgerecht möglich.

Unabhängig davon, ob der Landesbasisfallwert zum 31.12. feststeht oder nicht, ist das Krankenhaus jedoch gemäß § 11 Absatz 4 Satz 1 KHEntgG verpflichtet, die AEB bis zu diesem Zeitpunkt den anderen Vertragspartei zu übermitteln. Dazu gehört auch der Abschnitt B1, in dem das Erlösbudget für den Vereinbarungszeitraum zu ermitteln ist. Das Erlösbudget lässt sich jedoch erst ermitteln, wenn auch der Landesbasisfallwert bekannt ist. Daher würde hier objektive Unmöglichkeit vorliegen. Sofern das Krankenhaus jedoch seiner Verpflichtung zur Vorlage der Unterlagen bis zum 31.12. nicht nachkommt, sieht es sich mit einem einseitig von den Krankenkassen vereinbarten Rechnungsabschlag in Höhe von 1% für jeden voll- oder teilstationären Fall konfrontiert. Das Gesetz sieht keine Ausnahme für Fälle vor, in denen eine fristgerechte Übermittlung unmöglich ist.

Im Falle der starren Fristensetzungen werden die Krankenkassen im 1. Quartal des Jahres mit Unterlagen überschüttet. Schließlich sind nicht nur die in § 11 Absatz 4 Satz 1 KHEntgG explizit genannten Unterlagen erforderlich, sondern darüber hinaus gibt es inzwischen etliche Zu- und Abschlagstatbestände, für die ebenfalls fundierte Unterlagen vorzubereiten sind. Hinzu kommen noch die zusätzlichen Unterlagenwünsche der Krankenkassen.

Anschließend sind innerhalb weniger Monate die Budgetverhandlungen abzuschließen, und zwar für alle Krankenhäuser. Dies erscheint völlig illusorisch. Daher werden absehbar viele Budgets automatisch durch die Schiedsstellen festgesetzt werden müssen, die jedoch für Massenverfahren gar nicht ausgelegt sind. Auch bleibt unbeachtet, dass der Verhandlungszeitraum mit den Jahresabschlussstätigkeiten kollidiert und auch im Verwaltungsdienst des Krankenhauses nicht beliebig viele Personalkapazitäten zur Verfügung stehen.

Rechnungsabschluss ist abzulehnen

Erneut ist festzustellen, dass sich die Sanktionsregelungen in Form eines Rechnungsabschlags ausschließlich gegen die Krankenhäuser richten. Dass bei einem Verfahren, an dem Kostenträger, Leistungserbringer, Schiedsstellen und Genehmigungsbehörden beteiligt sind, nur den Krankenhäusern Sanktionen auferlegt werden, entbehrt jedem Gerechtigkeitsempfinden. Vielmehr zeigt sich hier eine einseitige Ausgestaltung der gesetzlichen Regelungen zu Lasten der Krankenhäuser.

Unabhängig davon sind in diesem Zusammenhang bereits jetzt Streitigkeiten darüber vorprogrammiert, ob der einseitig von den an der Budgetverhandlung beteiligten Krankenkassen vereinbarte Rechnungsabschluss gerechtfertigt und damit genehmigungsfähig ist. Dies ist darauf zurückzuführen, dass durchaus unterschiedliche Auffassungen darüber bestehen können, ob die drei von den Krankenkassen angebotenen Verhandlungstermine zumutbar waren, ob bei den einzelnen Vorlagewünschen der zu erwartende Nutzen den verursachten Aufwand jeweils deutlich übersteigt und ob die zusätzlichen Daten zur Beurteilung der Leistungen des Krankenhauses im Einzelfall erforderlich sind. Aktuell wird dem Krankenhaus aber nicht einmal ein Stellungnahmerecht eingeräumt, wenn es mit der Abschlagserhebung nicht einverstanden ist. Es bleibt daher für das Krankenhaus wohl nur der Klageweg, wenn es die Abschlagserhebung für nicht gerechtfertigt hält, weil aus dessen Sicht die oben genannten Voraussetzungen nicht erfüllt sind. In diesem Zusammenhang stellt sich dann die Frage, ob sich die Klage gegen die zuständige Landesbehörde, die letztlich den einseitig vereinbarten Abschluss zu genehmigen hat, richten müsste.

Eine Abschlagserhebung ist auch dann nicht gerechtfertigt, wenn die Vorlage von Unterlagen infolge noch fehlender Daten oder Rechengrößen innerhalb der Fristen schlichtweg unmöglich ist. Eine solche Ausnahme sieht das Gesetz jedoch nicht vor.

Der Abschluss soll für die Zeit vom 1. Juli des Jahres, für das die Budgetvereinbarung gelten soll, bis einen Monat nach Abschluss der Vereinbarung oder nach der Festsetzung gelten. Auch in diesem Zusammenhang stellen sich verschiedene Fragen. So ist der Vereinbarungszeitpunkt nicht gesetzlich definiert. Sofern aus Sicht der Krankenkassen in Analogie zu den Festsetzungen des InEK zur Vorlage der Bestätigung des Jahresabschlussprüfers beim Pflegebudget gemäß § 6a Absatz 3 Satz 7 KHEntgG das Datum der letzten Unterschrift maßgeblich sein soll, könnten die Krankenkassen das Unterschriftenverfahren gezielt verzögern, um von einer längeren Abschlagserhebung zu profitieren.

Nach den gesetzlichen Vorgaben soll die Festsetzung durch die Schiedsstelle innerhalb von sechs Wochen nach Antragstellung erfolgen. Diese Frist entspricht dem geltenden Recht und wird aktuell in der Praxis nur selten eingehalten. Infolge des vorgesehenen Rechnungsabschlags kann eine Nichteinhaltung der 6-Wochen-Frist jedoch unmittelbare finanzielle Konsequenzen nach sich ziehen, da die Dauer der Abschlagserhebung vom Zeitpunkt der Festsetzung durch die Schiedsstelle abhängt. Sofern sich die Sanktionsdauer wegen der Nichteinhaltung der 6-Wochen-Frist verlängert, stellen sich darüber hinaus haftungsrechtliche Fragen für die Schiedsstelle.

Aus den vorgenannten Gründen sind die Regelungen zum Rechnungsabschluss aus Sicht der Krankenhäuser völlig verfehlt und daher strikt abzulehnen.

Änderungsvorschlag

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

Zu Artikel 2 Nummer 4 Buchstabe c (§ 11 Absatz 6 KHEntgG - neu) **Sonderregelungen für Vereinbarungszeiträume bis 2023**

Beabsichtigte Neuregelung

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

Danach werden für die Übermittlung der Daten nach § 11 Absatz 4 Satz 1 gestaffelte Fristen vorgegeben. Während für die Vorlage der Unterlagen und für die Erteilung von Auskünften die Vorgaben des § 11 Absatz 4 Satz 2 bis 6 entsprechend gelten, sind infolge der abweichenden Übermittlungsfristen auch gesonderte Fristen für die Abschlagserhebung zu beachten.

Für die noch ausstehenden Vereinbarungen gilt dem aktuellen Recht entsprechend, dass die Schiedsstelle auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen entscheidet. Dabei dürfen nur die Unterlagen und Auskünfte berücksichtigt werden, die im bisherigen Verfahren nach Absatz 4 übermittelt, vorgelegt und erteilt worden sind.

Stellungnahme

Im Vergleich zu den vorgesehenen Regelungen im Referentenentwurf reagiert der Gesetzgeber mit einer Verlängerung der Fristen für die Vereinbarungszeiträume bis einschließlich 2023. Damit wird den Krankenhäusern zwar etwas mehr Vorbereitungszeit gegeben, die grundlegenden Probleme dieses gesetzlichen Eingriffs werden jedoch nicht behoben. Weiterhin bleibt für die Vorbereitung der zu übermittelnden Unterlagen nur wenig Zeit, um die Fristen zu erfüllen. Insbesondere Krankenhäuser, die noch keine Budgetabschlüsse für die Vereinbarungszeiträume 2020 und 2021 haben – und das sind aktuell viele – werden unter erheblichen Zugzwang gesetzt. Nur wenig später – bis zum 31. März 2023 – sind dann bereits die Unterlagen für den Vereinbarungszeitraum 2022 nachzureichen. Angesichts der Komplexität der Budgetverhandlungen dürften die personellen Kapazitäten in vielen Krankenhäusern nicht ausreichen, um die für eine fundierte Vorbereitung erforderlichen Verhandlungsunterlagen fristgerecht zu übermitteln. Fehlen wichtige Unterlagen mangels ausreichender Vorbereitungszeit, können die Kostenträger dennoch ein Verhandlungsangebot unterbreiten, das jedoch kaum im Sinne des Krankenhauses sein dürfte. Im Falle eines späteren Schiedsverfahrens könnten später nachgereichte Unterlagen wegen der entsprechenden Anwendung von § 13 Absatz 3 Satz 2 KHEntgG ebenfalls nicht mehr verwertet werden, sodass ein erheblicher finanzieller Schaden für das Krankenhaus entstehen kann.

Änderungsvorschlag

§ 11 Absatz 6 KHEntgG (neu) ist ersatzlos zu streichen.

Zu Artikel 2 Nr. 5 (§ 13 Absatz 3 KHEntgG)

Schiedsstellenautomatismus ab dem Vereinbarungszeitraum 2024, Präklusion

Beabsichtigte Neuregelung

Ab dem Vereinbarungszeitraum 2024 soll die Schiedsstelle innerhalb von sechs Wochen ab dem 1. August eines Jahres ohne Antrag einer Vertragspartei entscheiden, wenn die Vertragsparteien auf der Ortsebene nicht bis zum 31. Juli eines Jahres eine Vereinbarung abgeschlossen haben. Bei der Entscheidung darf die Schiedsstelle nur die Daten, Unterlagen und Auskünfte berücksichtigen, die fristgerecht übermittelt, vorgelegt und erteilt worden sind. Dies gilt auch im Falle einer anschließenden Klage gegen den Beschluss der Schiedsstelle.

Stellungnahme

Mangelnde Umsetzbarkeit

Der Ansatz über die Fristen, den Schiedsstellenautomatismus und der Präklusion die Budgetverhandlungen zu beschleunigen, ist nicht geeignet, um den derzeitigen Vereinbarungsstau aufzulösen. 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 hinaus-zögern. 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 Vorstellungen des Gesetzgebers, über neue Fristenregelungen den Weg zurück zur Prospektivität der Budgetverhandlungen zu erreichen, werden sich als Trugschluss erweisen.

Völlige Überlastung von Schiedsstellen

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, ist angesichts des zu erwartenden Anstiegs der Schiedsstellenverfahren mit einer völligen Überlastung zu rechnen. Die Schiedsstellenvorsitzenden üben ihre Funktion ehrenamtlich aus und verfügen über keinen eigenen Mitarbeiterstab um die zu erwartende Flut an Verfahren nur ansatzweise zu bewältigen. Sie werden daher personell gar nicht in der Lage sein, eine Vielzahl von Entscheidungen innerhalb der gesetzlich vorgegebenen Fristen zu treffen. Bereits heute wird kaum eine Schiedsstellenentscheidung innerhalb der gesetzlich vorgegebenen 6-Wochen-Frist getroffen, da die zu entscheidenden Streitfragen in aller Regel zu komplex für eine schnelle Entscheidungsfindung sind. Die durch den Gesetzgeber vorgegebenen Fristen dürften in vielen Fällen daher objektiv nicht einzuhalten sein. Ein Verfahrensstau wird die Folge sein.

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 der DKG zum Monitoring der Pflegebudgetverhandlungen 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, sofern das Auskunftsbegehren der Krankenkassen als berechtigt angesehen werden kann. Eine erneute Nachbesserung wäre dann nicht mehr möglich, sodass eine abschließende und (aus Sicht der Verhandlungspartner) zufriedenstellende Beantwortung faktisch unmöglich wird. Die Krankenhäuser werden damit in ihrem Recht auf „rechtliches Gehör“ in nicht gerechtfertigter Weise eingeschränkt (Beibringungsgrundsatz).

Die vorgesehene Neuregelung sorgt darüber hinaus für weitere Rechtsunsicherheiten. So bleibt unklar, ob für die Budgetjahre ab 2024 die Präklusion nach Ablauf der vom Gesetzgeber vorgesehenen Einigungsfrist bis 31.07. des Budgetjahres auch dann eintritt, wenn bis dahin trotz rechtzeitigen Antrags die Schiedsstelle keine Festsetzung getroffen hat oder diese noch nicht genehmigt wurde und somit die Einigungsfrist gerissen wurde. Zwar würde nach Ablauf der Frist gemäß § 13 Absatz 3 KHEntgG grundsätzlich die Präklusion gelten. Für ein zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgeschlossenes Schiedsstellenverfahren würde dies allerdings bedeuten, dass sich plötzlich die zugrunde liegenden Regularien ändern, da bei einem Antragsverfahren die Vorgaben zur Präklusion gemäß § 13 Absatz 3 Satz 2 KHEntgG keine Anwendung finden. Dies kann aber nicht gewollt sein.

Es stellt sich auch die Frage, ob eine Festsetzung durch die Schiedsstelle ggf. auch dann erfolgen soll, wenn das Krankenhaus beispielsweise infolge eines fehlenden Landesbasisfallwerts noch keine vollständige Forderungs-AEB übermitteln konnte. Schließlich können nach den Vorgaben des § 13 Absatz 3 Satz 2 KHEntgG nur die Unterlagen bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden, die fristgerecht übermittelt wurden. Um das Erlösbudget festsetzen zu können, wird die Schiedsstelle jedoch nicht umhinkommen, den Landesbasisfallwert für das maßgebliche Jahr heranzuziehen, auch wenn dieser am 31.12. des Vorjahres noch nicht feststand und daher bei der Übermittlung keine Berücksichtigung finden konnte. An dieser Stelle wird erneut deutlich, dass die vorgesehenen Regelungen nicht umsetzbar sind.

Änderungsvorschlag

§ 13 Abs. 3 KHEntgG (neu) ist ersatzlos zu streichen.

Zu Artikel 2 Nr. 6 (§ 14 Absatz 1 KHEntgG) **Rechtsbereinigung**

Beabsichtigte Neuregelung

Im Zuge der Rechtsbereinigung wird ein fehlgehender Verweis auf § 10 Absatz 13 KHEntgG gestrichen.

Stellungnahme

Die Anpassung ist nachvollziehbar.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Artikel 4

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu Artikel 4 Nummer 3 (§ 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 4 (§ 17b Absätze 3 und 3a KHG)

Beauftragung des InEK

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung wird den Vertragsparteien die Aufgabe entzogen, Maßnahmen zu vereinbaren, die die Lieferung uneingeschränkt verwertbaren Kalkulationsdaten gewährleisten. Darüber hinaus werden vom Gesetzgeber Abschlagszahlungen für jede nicht erfolgte, nicht vollständige oder nicht fristgerechte Übermittlung der Kalkulationsdaten pro Standort eines Krankenhauses festgelegt. Eine Übermittlung gilt als nicht vollständig, wenn die Daten von weniger als 95 Prozent der für den jeweiligen Standort eines Krankenhauses an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelten voll- und teilstationären Krankenhausesfälle verwertbar sind. Die Abschlagszahlungen sind von den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG bei der jeweiligen Budgetvereinbarung zu berücksichtigen.

Stellungnahme

Mit der vorgesehenen Regelung werden die Sanktionsregelungen für die Krankenhäuser, welche in den ersten Jahren der Verpflichtung nicht, nicht vollständig oder nicht fristgerecht an der Durchführung der Kalkulation nach § 17b Absatz 3 Satz 4 KHG teilnehmen, durch den Gesetzgeber verschärft. Es zeigt sich an dieser Stelle exemplarisch, dass Zwangsmaßnahmen durch den Gesetzgeber (Zwangsverpflichtung zur Kalkulation) anstelle von positiven und motivierenden Anreizsystemen zu vielfältigen Folgeproblemen führen und weitere Ressourcen in den Krankenhäusern binden bzw.

entziehen, die für die Bewältigung der aktuellen Herausforderungen wesentlich sinnvoller eingesetzt werden könnten.

Insbesondere im ersten Jahr der Datenlieferung haben die vom InEK ausgewählten Krankenhäuser lediglich Strukturinformationen sowie eine Kostenstellenauswertung je Kostenstelle (= Summen-/Saldenliste der je Kostenstelle gebuchten Konten nach krankenhausesindividueller Gliederung) für die Aufwandskonten der Kontenklassen 6 und 7 nach der Krankenhausbuchführungsverordnung zu erstellen und an das InEK zu übermitteln. Es ist völlig unklar, wie hier eine Ermittlung der voll- oder teilstationären Fälle erfolgen soll, die nicht korrekt an das InEK übermittelt wurden. Die Vertragsparteien auf der Bundesebene hatten in der Vereinbarung nach § 17b Absatz 3 Satz 4 KHG eine sanktionsfreie Quote von 15 Prozent festgelegt. Diese Quote kann auch bei etablierten Kalkulationshäusern schnell erreicht werden und sollte hier nicht reduziert werden.

Es erschließt sich zudem nicht, warum diese Abschläge zu Gunsten der GKV im Rahmen der Vereinbarung nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 11 der Bundespflegegesetzverordnung vereinbart werden sollen.

Neben den hier festgelegten Abschlägen hat das InEK darüber hinaus die Möglichkeit, entsprechende Bescheide und Strafzahlungen im Wege der Verwaltungsvollstreckung durchzusetzen. Hier können weitere Sanktionszahlungen auf die Krankenhäuser hinzukommen, die eine zusätzliche Belastung für die Krankenhäuser darstellen.

Änderungsvorschlag

Die Neuregelungen in § 17b Absatz 3 und 3a KHG sind ersatzlos zu streichen.

Zu Artikel 4 Nummer 5 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 mindestens auf der gleichen Datengrundlage wie die Abrechnungsprüfung beruhen muss, ist unstrittig. 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 (die sie ggf. um weitere Unterlagen ergänzen kann). 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, die an den Medizinischen Dienst übermittelten Unterlagen nochmals – diesmal an die Krankenkasse – zu übermitteln sowie nachzuweisen, dass die an die Krankenkasse übermittelten Unterlagen identisch zu den an den Medizinischen Dienst übermittelten Unterlagen sind, 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

§ 17c Absatz 2b KHG (neu) ist wie folgt zu fassen:

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 einer Vereinbarung die Möglichkeit zur Stellungnahme einzuräumen.**

Artikel 5

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Zu Artikel 5, Nummer 1 (§ 9 Absatz 1 Nummer 6 BPfIV)

Die Ausführungen zur Anpassung der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 KHEntgG (Artikel 2 Nummer 2) gelten hier entsprechend.

Zu Artikel 5, Nummer 2 (§ 11 BPfIV)

Die Ausführungen in der Stellungnahme zu den vorgesehenen Anpassungen des § 11 KHEntgG (Artikel 2 Nummer 4) können hier entsprechend herangezogen werden.

Zu Artikel 5, Nummer 2 (§ 13 Absatz 3 BPfIV)

Es wird auf die Ausführungen in der Stellungnahme zu den vorgesehenen Anpassungen des § 13 Absatz 3 KHEntgG (Artikel 2 Nummer 5) verwiesen.

Entwürfe für fachfremde Änderungsanträge vom 07.11.2022

Zu Änderungsantrag 6: Streichung der PPR 2.0 Opt-out Regelung bei Tarifverträgen

Beabsichtigte Neuregelung

Die PPR 2.0 Opt-out-Regelung bei Tarifverträgen wird gestrichen.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen die geplante Streichung (siehe dazu auch die Ausführungen zu Artikel 1 Nummer 3, § 137I Abs. 5 SGB V – neu).

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Änderungsantrag 7: Finanzierung von landesrechtlich geregelten Pflegehilfe- und -assistenzausbildungen

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung werden in § 2 Nummer 1a Buchstabe g des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) zusätzlich zu den bereits enthaltenen Berufsbezeichnungen Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin weitere Berufsbezeichnungen der Pflegehilfe und -assistenz aufgenommen.

Stellungnahme

Die Ergänzung des § 2a Nummer 1a Buchstabe g um weitere Berufsbezeichnungen (Pflegehelfer, Pflegehelferin, Pflegeassistent, Pflegeassistentin, Pflegefachassistent, Pflegefachassistentin) wird von den Krankenhäusern begrüßt und setzt eine bestehende Forderung der Krankenhäuser und der Länder um, die Finanzierung dieser Ausbildungsberufe über § 17a KHG zu ermöglichen.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Änderungsantrag 10: Verlängerung des Hygieneförderprogramms als Infektio- logieförderprogramm

Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Änderungsantrag soll das Hygieneförderprogramm ab 2023 mit einer inhaltlichen Beschränkung auf Infektiologie um 3 Jahre verlängert werden („Infektiologieförderprogramm“).

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen die Verlängerung des bisherigen Hygieneförderprogramms als Infektiologieförderprogramm und insbesondere den pauschalen Zuschuss zur Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie.

Bedauerlich ist, dass eine weitere Förderung von Hygienefachpersonal nicht vorgesehen ist, obwohl der Bedarf weiterhin nicht an allen Krankenhäusern gedeckt ist.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Änderungsantrag 11: Anhebung des vorläufigen Pflegeentgeltwerts

Beabsichtigte Neuregelung

Der vorläufige Pflegeentgeltwert wird ab dem 01.01.2023 auf 230 Euro angehoben.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen die vorgesehene Erhöhung des vorläufigen tagesbezogenen Pflegeentgeltwertes ab dem 01.01.2023.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Änderungsanträge 13 und 14: Bedarfsgerechte und auskömmliche Finanzierung der Pädiatrie und Geburtshilfe

Entnahme aus der Liquiditätsreserve für die Pädiatrie und Geburtshilfe

Beabsichtigte Neuregelung

Diese Mittel dienen der Finanzierung der Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenkassen, die einerseits aus der Gewährung eines krankenspezifischen garantierten angehobenen Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach § 4a (neu) Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und andererseits aus einer zusätzlichen Finanzierung für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum mit einer Fachabteilung für Geburtshilfe oder einer Fachabteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe nach § 5 Absatz 2b und 2c (neu) KHEntgG entstehen.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen, dass in den Jahren 2023 und 2024 als Überbrückungsfinanzierung jeweils zusätzliche Finanzmittel für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen und die Geburtshilfe bereitgestellt werden.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Vergütung voll- und teilstationärer Krankenhausleistungen für die Versorgung von Kindern

Beabsichtigte Neuregelung

Gesetzliche Grundlage zur Vergütung des nach § 4a ermittelten Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

Stellungnahme

Die Ergänzung ist sinnvoll, da das Erlösvolumen für die dem § 4a KHEntgG unterliegenden Fälle in den Jahren 2023 und 2024 vom restlichen Erlösbudget getrennt betrachtet wird.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Eigenständige Ermittlung des Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Beabsichtigte Neuregelung

Abweichend von der Ermittlung des Erlösbudgets wird das Erlösvolumen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen anhand eines neuen § 4a KHEntgG ermittelt.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen diese Regelung, da hierdurch noch einmal klargestellt wird, auf welcher Grundlage das Erlösvolumen für die definierten Fälle ermittelt wird und dass das Erlösvolumen nicht Bestandteil des Erlösbudgets ist.

Auf die Änderungen in § 4 Abs. 2a KHEntgG wurde bereits im Besonderen Teil der Stellungnahme eingegangen.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Ermittlung eines Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Beabsichtigte Neuregelung

Vorgaben für die Ermittlung des InEK eines angehobenen krankenhausespezifischen Erlösvolumens.

Stellungnahme

Die angepasste Fortschreibung der individuellen Erlösvolumina des Jahres 2019 lässt sich in dieser Form grundsätzlich zeitnah umsetzen, so dass die Anwendung dieses Ansatzes nachvollziehbar ist. Die technische Umsetzung erscheint praktikabel und geeignet, um eine zeitnahe Wirksamkeit zum 01.01.2023 zu erreichen. Da die erforderlichen Vorgaben vom InEK berechnet werden, können konfliktäre und langwierige Verhandlungen auf der Ortsebene vermieden werden. Auch die Regelungen zur Anwendung der nachgelagerten Ausgleichs erscheinen umsetzbar.

Durch das vorgesehene alleinige Alterskriterium werden hingegen pädiatrische Einrichtungen nicht gezielt gefördert. Aufgrund der vorgeschlagenen Regelung erhalten auch alle Fachabteilungen zusätzliche Mittel, die die besonderen pädiatrischen Strukturen gar nicht vorhalten. Ohne ein weiteres Abgrenzungskriterium würde ein Anteil der zusätzlichen Mittel an den Krankenhäusern mit ausgewiesenen pädiatrischen Strukturen vorbeigehen. Nach Berechnungen der DKG würden bei Anwendung der geplanten Regelung ca. 1.200 Krankenhäuser betroffen sein, teilweise mit sehr geringer Fallzahl. Das entspricht knapp 10 Prozent der Gesamtfallzahl.

Um eine gezielte Förderung von Krankenhäusern mit pädiatrischer Versorgung zielgerichtet zu steuern, wäre die Ermittlung der maßgeblichen Fälle unter Zugrundelegung des Landeskrankenhausplanes, des Feststellungsbescheides oder durch eine vorzunehmende, gesonderte Feststellung des Landes möglich. Die gesonderte Feststellung ist wichtig, um auch spezialisierte Leistungsbereiche für die Behandlung von Kindern zu erfassen. Hierzu müssten die Länder verpflichtet werden, eine entsprechende Meldung (Termin), um welche Krankenhäuser es sich handelt, an das InEK zu übermitteln.

Die geplante Regelung, wonach das InEK die ermittelten angehobenen krankenhaushausindividuellen Erlösvolumen für Kinder und Jugendliche der betroffenen Krankenhäuser auf seiner Homepage veröffentlichen soll, ist nicht nachvollziehbar. Es wäre ausreichend, die Berechnungsergebnisse den Verhandlungsparteien auf der Ortsebene und den Selbstverwaltungsparteien auf der Landes- und Bundesebene zur Verfügung zu stellen.

Kritisch sehen die Krankenhäuser, dass die **geplante Regelung die Besonderen Einrichtungen unberücksichtigt lässt**, da bei krankenhaushausindividuellen Entgelten keine Bewertungsrelationen hinterlegt sind. Derzeit haben selbständige Kinderkrankenhäuser gemäß § 1 Abs. 4 Satz 7 VBE mit einem spezialisierten Leistungsspektrum die Möglichkeit, aus dem DRG-System ausgenommen zu werden. Da die Budgets gemäß § 6 Abs. 3 Satz 4 KHEntgG durch den Veränderungswert gedeckelt sind, können diese Krankenhäuser auch als langjährige Besondere Einrichtungen keine kostendeckenden Budgets abschließen. Hier muss dringend eine entsprechende Regelung für diese Krankenhäuser aufgenommen werden.

Aufgrund der unterschiedlichen Budgetfindungssystematik werden für Besondere Einrichtungen als Abschlag auf die Erlössumme tagesbezogene Entgelte vereinbart. Um den Besonderen Einrichtungen eine analoge Finanzierung (angehobenes krankenhaushausindividuelles Erlösvolumen) zukommen zu lassen, wäre eine angepasste Lösung vorzusehen.

Hierzu wäre es beispielsweise denkbar, das Erlösvolumen 2019 mit einem geeigneten Preissteigerungsfaktor hochzurechnen. Dies könnte entweder durch die Erhöhungsrates LBFW 2019 zu 2023 (2024) erfolgen oder durch die Berücksichtigung der Veränderungswerte 2020 bis 2023 (2024). Im Ergebnis erhält man das krankenhaushausindividuelle Erlösvolumen 2023 (2024). Das angehobene krankenhaushausindividuelle Erlösvolumen ergibt sich schließlich unter Berücksichtigung des Prozentsatzes nach § 4a Abs. 2 KHEntgG.

Eine praktikable und schnell umsetzbare Lösung wäre alternativ, den Bezug zur Obergrenze durch den Veränderungswert in § 6 Abs. 3 Satz 4 KHEntgG aufzuheben.

Änderungsvorschlag

§ 4a Abs. 1 (neu) KHEntgG ist wie folgt zu fassen

(1) Als Grundlage der Ermittlung eines Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen für die Jahre 2023 und 2024 (Anwendungsjahre) berechnet das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus auf der Grundlage der ihm nach § 21 Absatz 1 übermittelten Daten die im Jahr 2019 für die maßgeblichen Fälle nach Satz 3 erbrachte Summe der effektiven Bewertungsrelationen je Krankenhaus. Dabei sind die

tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a nicht zu berücksichtigen. Maßgebliche Fälle sind alle voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus über 28 Tage und unter 16 Jahre alt sind **und in Krankenhäusern behandelt werden, die eine pädiatrische Versorgung gemäß des Landeskrankenhausplanes, eines Feststellungsbescheides oder durch eine vorzunehmende, gesonderte Feststellung des Landes vorhalten. Hierzu melden die Länder in den Jahren 2022 und 2023 jeweils bis zum [Termin einsetzen] die entsprechenden Krankenhäuser an das InEK.**

(...)

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus **veröffentlicht meldet** das nach Satz 5 für das Jahr 2023 ermittelte krankenhaushausindividuelle Erlösvolumen und den Prozentsatz nach Absatz 2 Satz 1 bis zum ... [einsetzen: Tag nach Verkündung] sowie das nach Satz 5 für das Jahr 2024 ermittelte krankenhaushausindividuelle Erlösvolumen und den Prozentsatz nach Absatz 2 Satz 2 bis zum 15. Dezember 2023 **barrierefrei auf seiner Internetseite jeweils an die berechtigten Krankenhäuser, und den Selbstverwaltungsparteien auf der Landes- und Bundesebene.** Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt ein aktualisiertes krankenhaushausindividuelles Erlösvolumen für das Jahr 2023, indem es die nach Satz 1 berechnete Summe der effektiven Bewertungsrelationen jeweils mit dem Landesbasisfallwert für das Jahr 2023 multipliziert und das sich ergebende Erlösvolumen um den Prozentsatz nach Absatz 2 Satz 1 erhöht, und **veröffentlicht meldet** das aktualisierte krankenhaushausindividuelle Erlösvolumen für das Jahr 2023 bis zum 15. Mai 2023 **barrierefrei auf seiner Internetseite jeweils an die berechtigten Krankenhäuser und den Selbstverwaltungsparteien auf der Landes- und Bundesebene.** Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt ein aktualisiertes krankenhaushausindividuelles Erlösvolumen für das Jahr 2024, indem es die nach Satz 1 berechnete Summe der effektiven Bewertungsrelationen jeweils mit dem Landesbasisfallwert für das Jahr 2024 multipliziert und das sich ergebende Erlösvolumen um den Prozentsatz nach Absatz 2 Satz 2 erhöht, und **veröffentlicht** das aktualisierte krankenhaushausindividuelle Erlösvolumen für das Jahr 2024 bis zum 15. Mai 2024 **barrierefrei auf seiner Internetseite jeweils an die berechtigten Krankenhäuser, und den Selbstverwaltungsparteien auf der Landes- und Bundesebene.**

Berechnung des bundeseinheitlichen Prozentsatzes

Beabsichtigte Neuregelung

Ermittlung des bundeseinheitlichen Prozentsatzes zur Bestimmung des Rechnungszuschlages nach § 4a Absatz 4 (neu) KHEntgG.

Stellungnahme

Die Ermittlung des bundeseinheitlichen Prozentsatzes durch das InEK wird von den Krankenhäusern als ein guter und praktikabler Weg gesehen. Durch die Entkopplung von den Budgetverhandlungen ist diese Methodik wenig konfliktär.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zweckentsprechende Mittelverwendung

Beabsichtigte Neuregelung

Regelung, dass das ermittelte angehobene Erlösvolumen zweckgebunden zu verwenden und durch den Jahresabschlussprüfer zu bestätigen ist.

Stellungnahme

Die Regelung, dass das ermittelte angehobene Erlösvolumen zweckgebunden für die Versorgung von Patientinnen und Patienten im Alter von über 28 Tagen und unter 16 Jahren zu verwenden und durch den Jahresabschlussprüfer zu bestätigen sei, ist mit einem äußerst aufwendigen und bürokratischen Nachweis verbunden. Hierfür wäre eine zu detaillierte und kleinteilige Kostenträgerrechnung notwendig, um die Kosten den Patientinnen und Patienten der entsprechenden Altersgruppe zuzuordnen. Das ist im Normalfall kostenrechnerisch nicht darstellbar. Dies würde die Budgetverhandlungen massiv belasten, da es in der Praxis zu kaum lösbarer Abgrenzungsproblemen führen würde. Es besteht die Gefahr, dass hier Streitpotential über die Abgrenzung etc. mit den Vertragsparteien der Budgetvereinbarung entsteht. Außerdem dient die Zusatzfinanzierung zur Überbrückung, bis eine Reform der Finanzierung umgesetzt wird, und soll daher auch Vorhaltungen absichern. Daher sollte im Sinne einer pauschalen Soforthilfe auf eine Zweckbindung mit nicht zu führenden Nachweisen verzichtet werden.

Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Änderung in § 4a Absatz 3 (neu) KHEntgG ist ersatzlos zu streichen.

Auszahlung angehobenes Erlösvolumen

Beabsichtigte Neuregelung

Regelung über das Verfahren der Auszahlung des ermittelten angehobenen Erlösvolumens das Krankenhaus bei den definierten Patientinnen und Patienten. Der prozentuale Zuschlag soll gesondert in der Rechnung ausgewiesen werden.

Stellungnahme

Das vorgesehene Verfahren wird von den Krankenhäusern begrüßt, da es eine zeitnahe Erhebung des Zuschlages ab dem 01. Januar ermöglicht und daher einer Lösung im Rahmen von Budgetverhandlungen deutlich vorzuziehen ist.

Missverständnisse könnten jedoch dadurch entstehen, dass zur Auszahlung des ermittelten, angehobenen Erlösvolumens neben dem Zuschlag selbstverständlich auch die jeweiligen Fallpauschalen abzurechnen sind. Dies findet sich in der aktuellen Formulierung jedoch nicht wieder, in der nur auf den Zuschlag auf die Fallpauschalen abgestellt wird.

Änderungsvorschlag

§ 4a Absatz 4 (neu) KHEntgG wird wie folgt gefasst:

„Zur Auszahlung des ermittelten angehobenen Erlösvolumens nach Absatz 1 Satz 5 berechnet das Krankenhaus bei Patientinnen und Patienten nach Absatz 1 Satz 3, die im Zeitraum vom 1. Januar 2023 bis 31. Dezember 2023 zur voll- oder teilstationären Behandlung aufgenommen wurden, **neben den jeweiligen Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1** einen Zuschlag in Höhe des Prozentsatzes nach Absatz 2 Satz 1 auf die Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und bei Patientinnen und Patienten nach Absatz 1 Satz 3, die im Zeitraum vom 1. Januar 2024 bis 31. Dezember 2024 zur voll- oder teilstationären Behandlung aufgenommen wurden, einen Zuschlag in Höhe des Prozentsatzes nach Absatz 2 Satz 2 auf die Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und weist diesen jeweils gesondert in der Rechnung aus.“

Ausgleichsregelungen für Minder- und Mehrerlöse

Beabsichtigte Neuregelung

Bei Unterschreitung des ggf. korrigierten angehobenen Erlösvolumens werden Mindererlöse in Abhängigkeit von der Höhe der Unterschreitung in unterschiedlicher Höhe ausgeglichen. Ein Ausgleich von Mehrerlösen ist im Falle einer Aktualisierung des angehobenen Erlösvolumens durch das InEK und bei aus der Zuschlagserhebung resultierenden Mehrerlösen durchzuführen.

Stellungnahme

Das geplante Erlösausgleichsverfahren erscheint praktikabel und grundsätzlich sachgerecht.

Die Regelung, dass Mindererlöse bei einer Unterschreitung des Erlösvolumens nach Absatz 1 Satz 7 oder 8 von bis zu 20 vom Hundert vollständig auszugleichen sind, wird von den Krankenhäusern begrüßt. Bei dieser Grenze sollten aber externe Effekte, die aufgrund weitergehender neuer Regelungen gegenüber dem Jahr 2019, die Leistungsmenge des Referenzjahres und damit das Erlösvolumen im Jahr 2023 und 2024 um einen höheren Prozentsatz zu unterschreiten, technisch korrigiert werden. Zu nennen wären hierbei insbesondere die folgenden Ursachen:

- Strukturprüfungen durch den Medizinischen Dienst: Dies betrifft zum Beispiel die „Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)“ (OPS 8-98d). Hier werden Strukturmerkmale vorgegeben, die, abhängig von der Art der intensivmedizinischen Behandlung, nicht zwingend vorgehalten werden (z. B. Mikrobiologie als Dienstleistungen/Konsiliardienste in eigener Abteilung oder als fester Kooperationspartner mit kurzfristiger (max. 30-minütiger) Einsatzbereitschaft). Hierdurch werden bei einem nicht geringen Teil der Kliniken die entsprechenden DRG nicht mehr abrechenbar.

- Ein Teil der bisherigen DRGs ist durch Verschiebungen in den Bereich der individuell zu vereinbarenden nicht bewerteten teilstationären DRGs weggefallen.

Weiterhin kann es durch die Systematik der Zuschlagsverteilung nach § 4a Abs. 2 KHEntgG, bei Unterschreitung der Anzahl der Behandlungsfälle in 2023 bzw. 2024 unter das Niveau des Jahres 2019 dazu führen, dass die Finanzmittel in voller Höhe erst verzögert über den späteren Ausgleich bei den Krankenhäusern ankommen und zu Liquiditätseffekten führen. Erste Hinweise, dass dies so ist, ergeben sich bereits aus dem Datenbrowser des InEK (2019: 1.120.027 Fälle versus 2021: 867.839 Fälle). Hier sollte eine entsprechende Erhöhung der Quote zur Anhebung der Abschlagszahlungen erfolgen, um die gegenüber 2019 reduzierten Fallzahlen auszugleichen.

Es ist jedoch noch dringend klarzustellen, dass bei Mehrerlösen eine Rückzahlung ausschließlich die über Zuschläge abgerechnete Zusatzvergütung betreffen kann. Bei vereinbarten Mehrleistungen gegenüber 2019 hinausgehend kann kein Mehrleistungsausgleich in Betracht kommen. Aufgrund der häufig retrospektiv geführten Verhandlung, müssen die tatsächlich erbrachten Leistungen auch vereinbart und vollständig abgerechnet werden können.

Berichtspflicht der Selbstverwaltungsparteien

Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragsparteien auf Bundesebene werden verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit über die Auswirkungen der geänderten Finanzierung der Krankenhäuser für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen bis zum Jahresende 2024 unter Berücksichtigung der Bestätigungen der Jahresabschlussprüfer für das Jahr 2023 zu berichten.

Stellungnahme

Die DKG hat bereits in ihrer Stellungnahme zur zweckentsprechenden Mittelverwendung auf die Probleme einer entsprechenden Nachweiserbringung hingewiesen. Auch unter diesem Aspekt ist es schwierig, die konkreten Auswirkungen zu bewerten.

Änderungsvorschlag

§ 4a Abs. 6 (neu) KHEntgG ist ersatzlos zu streichen.

Zusätzliche Finanzierung der Geburtshilfe

Beabsichtigte Neuregelung

Die Geburtshilfe wird mit einer Zusatzfinanzierung über den Gesundheitsfonds von 120 Mio. Euro unterstützt. Der Betrag wird jeweils in den Jahren 2023 und 2024 durch die gesetzliche Regelung festgelegt. Die Landesplanungsbehörden können nach eigenen Kriterien unter Berücksichtigung der Bedarfsnotwendigkeit, Vorhaltung der

Fachabteilung für Pädiatrie, der Fachabteilung für Neonatologie, der Anteil der vaginalen Geburten und der Geburtenanzahl jeweils am Standort die Verteilung der zusätzlichen Mittel bestimmen. Bis zum 31. März muss den Vertragsparteien nach § 11 und dem Bundesministerium für Gesundheit die Kriterien des Bundeslandes und die Höhe der entfallenen Fördermittel für die Krankenhausstandorte mitgeteilt werden.

Stellungnahme

Grundsätzlich ist das Vorhaben, die Krankenhäuser, welche am Standort eine Fachabteilung für Geburtshilfe oder eine Fachabteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe vorhalten, mit zusätzlichen Fördermitteln zu unterstützen, zu begrüßen. Damit setzt die Bundesregierung die Vorgaben aus dem Koalitionsvertrag um, der Geburtshilfe zusätzliche Finanzmittel zur Verfügung zu stellen und die defizitäre Lage der Geburtshilfe generell verbessern zu wollen. Das für die Geburtshilfe vorgesehene Vergütungsvolumen in Höhe von 120 Mio. Euro pro Jahr ist jedoch nicht ausreichend, um die systematische Unterfinanzierung der Geburtshilfe auszugleichen. Daher schlagen die Krankenhäuser vor, den Betrag der zusätzlichen Finanzmittel auf die Höhe der Zusatzfinanzierung der Pädiatrie anzuheben.

Die zugrunde gelegten Kriterien des Satz 5 sind nachvollziehbar.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Verfahren zur zusätzlichen Finanzierung der Geburtshilfe

Beabsichtigte Neuregelung

Regelung über das Verfahren, den festgelegten krankenhausesindividuellen Förderbetrag mittels eines Zuschlags je voll- und teilstationären Fall in den Jahren 2023 und 2024 abzurechnen.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen die Verfahrensweise, dass der Krankenhausträger den Zuschlag, der sich aus der Höhe der Förderung nach Abs 2b Satz 4 ergibt, unabhängig von etwaigen Budgetvereinbarungen ermitteln und ab dem zweiten Quartal abrechnen kann. Dies stellt eine praktikable Lösung dar, welche den schnellen Mittelfluss unterstützt.

Die Regelung, dass die zusätzliche finanzielle Förderung zweckgebunden für die Finanzierung von voll- und teilstationären Fällen der Geburtshilfe zu verwenden und durch den Jahresabschlussprüfer zu bestätigen ist, ist mit aufwendigen und bürokratischen Nachweisen verbunden. Hierfür wäre eine zu detaillierte und kleinteilige Kostenträgerrechnung notwendig, um die Kosten den Patientinnen der Geburtshilfe zuzuordnen. Das ist im Normalfall kostenrechnerisch nicht darstellbar. Dies würde die Budgetverhandlungen massiv belasten, da es in der Praxis zu kaum lösbaren Abgrenzungsproblemen führen würde. Es besteht die Gefahr, dass hier Streitpotential über die Abgrenzung etc. mit den Vertragsparteien der Budgetvereinbarung entstehen könne.

Außerdem dient die Zusatzfinanzierung zur Überbrückung bis eine Reform der Finanzierung umgesetzt wird und soll daher auch Vorhaltungen absichern. Daher sollte im Sinne einer pauschalen Soforthilfe auf eine Zweckbindung mit nicht zu führenden Nachweisen verzichtet werden.

Änderungsvorschlag

§ 5 Absatz 2c Sätze 6, 7 und 8 (neu) KHEntgG sind ersatzlos zu streichen.

Änderungsantrag 15: Krankenhaustagesbehandlung

Beabsichtigte Neuregelung

Mit Änderungsantrag 15 werden die gesetzlichen Grundlagen für Tagesbehandlungen am Krankenhaus geschaffen.

Stellungnahme

Stationäre Tagesbehandlung als optionale Alternative

Mit der Anpassung in § 39 SGB V wird ein Anspruch der Patientinnen und Patienten auf Tagesbehandlung geschaffen. In § 115e SGB V wird geregelt, dass Krankenhäuser diese neue Behandlungsform mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten erbringen können. In der Begründung zu § 115e wird ausgeführt, dass somit den Krankenhäusern gestattet wird, Tagesbehandlungen im Einvernehmen mit den Patientinnen und Patienten durchzuführen. Diese Optionsmöglichkeit im Einvernehmen wird jedoch aus dem Gesetzeswortlaut nicht deutlich. Daher sollte im Gesetzestext unmissverständlich geregelt werden, dass das Krankenhaus im Einvernehmen mit der Patientin oder dem Patienten ein Wahlrecht hat, eine stationäre Behandlung auch ohne Übernachtung zu erbringen und dies keinesfalls (retrospektiv) von den Krankenkassen eingefordert werden kann.

Fehlende Integration in das Krankenhausfinanzierungs- und -entgeltsystem

Die Vorgabe eines angemessenen Vergütungsabschlags per Gesetz ist im Interesse einer zeitnahen Umsetzung zu begrüßen. Unverständlich ist jedoch, dass die Vertragsparteien nach § 17b KHG – außerhalb des Krankenhausfinanzierungsrechtes und der DRG-Systementwicklung – „Näheres“ oder „Abweichendes“ zur Berechnung der Entgelte vereinbaren sollen. Da es sich hier unstrittig um stationäre Behandlungen handelt, ist eine Integration der Tagesbehandlung im KHG und KHEntgG erforderlich und sinnvoll. Zum einen können die neuen Tagesbehandlungen nur so überprüft und bei der Weiterentwicklung der Entgeltkataloge berücksichtigt werden. Zudem würden sich viele offene Fragen, wie z. B. zur Qualitätssicherung, den Budgetvereinbarungen vor Ort oder die Geltung von Wahlleistungen, erübrigen. Aus Sicht der Krankenhäuser und im Interesse einer praktikablen Umsetzung ist eine Integration der stationären Tagesbehandlung in das Krankenhausfinanzierungs- und -entgeltsystem unverzichtbar. Warum, wie mit dem

Änderungsantrag vorgesehen, ein neuer Versorgungsbereich geschaffen werden soll, ist vollkommen unverständlich.

Gesetzestechnische Umsetzung

Die neue Form der Krankenhaustagesbehandlung muss nicht nur in einem neuen Paragraphen im SGB V verankert werden, sondern auch an verschiedenen weiteren Stellen in unterschiedlichen Gesetzen, um der bisherigen Systematik der Verankerung des stationären Leistungsgeschehens gerecht zu werden und eine Geltung über den Bereich der gesetzlich versicherten Patienten hinaus zu erreichen. Dabei kann eine Streichung des entgeltrechtlichen Teils in § 115e Absatz 3 SGB V erfolgen. Es sind Ergänzungen der Begrifflichkeit „tagesstationären Behandlung“ in §§ 1 Abs. 1, 7 Abs. 1, 17 Abs. 3 KHEntgG vorzusehen. Zudem ist eine Ergänzung in § 14 Abs. 7 ApoG hinsichtlich der Mitgabe von Arzneimitteln erforderlich, da eine Mitgabe ansonsten nur erlaubt ist, wenn der Patient entlassen wird und ein Wochenende oder ein Feiertag folgen.

Sechsstündige Behandlung

Voraussetzung für eine tagesstationäre Behandlung soll sein, dass täglich eine mindestens sechsstündige ärztliche oder pflegerische Behandlung erbracht wird. In der Begründung wird ergänzt, dass in dieser Zeit überwiegend medizinische oder pflegerische Maßnahmen durchgeführt worden sind müssen. Diese Vorgaben sind auch in Hinblick auf die in diesem Zusammenhang vorgesehenen Dokumentationspflichten zu bewerten.

Zunächst ist zwar grundsätzlich nachvollziehbar, dass über den Zeitrahmen von sechs Stunden eine Abgrenzung zu den üblichen ambulanten Behandlungsformen erfolgen soll. Allerdings ist nicht akzeptabel, dass für eine neue Behandlungsart, die neu eingeführt und offensichtlich im Grunde auch gefördert werden soll, weitere erschwerende Kriterien über die bereits für die stationäre Versorgung bestehenden hinaus implementiert werden. Die in der Konsequenz dann erforderliche, minutengenaue Dokumentation aller direkten Patientenkontakte aber auch indirekter Behandlungszeiten erzeugt erneut einen Bürokratieschub und ist darüber hinaus absehbar äußerst konfliktanfällig. Der Bezug auf die Behandlungszeit ist überzogen und praxisfern. Dies kann auch nicht durch den undefinierten Begriff „überwiegend“ gelöst bzw. Auslegungsspielräume vermieden werden. Unabhängig davon erscheint eine tägliche Behandlungs- und Pflegezeit von sechs Stunden bei Patientinnen und Patienten, die in der Lage sind, sich über die Nacht selbstständig zu versorgen, auch im Vergleich zu „regulären“ vollstationären Behandlungsfällen überzogen. Daher sollte, falls diese unpraktikable Regelung umgesetzt wird, die Behandlungszeit, wie bei vollstationärer Behandlung üblich (Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt), zumindest auf die Anwesenheit der Patientin oder des Patienten bezogen werden. Ersatzweise könnte auch der etwas weniger aufwändig zu dokumentierende Zeitrahmen vom ersten bis zum letzten ärztlichen oder pflegerischen Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten verwendet werden.

Indikation und Fehlbelegungsprüfung

Als Voraussetzung für eine stationäre Tagesbehandlung wird darauf abgestellt, dass eine Indikation für eine stationäre somatische Behandlung vorliegt. Zudem wird geregelt, dass

eine eintägige Tagesbehandlung ohne Einweisung zur stationären Behandlung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt nicht möglich ist. Entsprechend sollte das Vorliegen einer Einweisung auch als ein Nachweis der stationären Behandlungsnotwendigkeit anerkannt werden. Es dürfen keine neuen Prüfkriterien durch das Gesetz oder neue Prüfungsanlässe durch eine Verlagerung der Kompetenz auf die Selbstverwaltung geschaffen werden. Die bereits etablierten Möglichkeiten für primäre Fehlbelegungsprüfungen und Abrechnungsprüfungen sind vollkommen ausreichend.

Abgrenzung und Vorrang ambulanter Krankenhausleistungen

Der Verweis auf die institutionellen, ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ist im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung irritierend. Nachvollziehbar wäre, wenn hier nochmals auf den Vorrang einer ambulanten Behandlung verwiesen wird, um Leistungsverlagerungen aus den Ambulanzen in die stationäre Tagesbehandlung vorzubeugen. Allerdings zeugt dies von einem unbegründeten Misstrauen gegenüber den Krankenhäusern, zumal die Voraussetzungen für eine Tagesbehandlung bereits anderweitig geregelt werden.

Sofern mit dieser Regelung jedoch beabsichtigt ist, dass sämtliche Leistungen, die auch in einer Institutsambulanz erbracht werden könnten, trotz Erfüllung der Voraussetzungen nicht als stationäre Tagesbehandlung erbracht und abgerechnet werden dürfen, würde dies zu weiteren Verwerfungen und Unsicherheiten führen. Auch wenn in der Begründung darauf eingegangen wird, dass eine unabhängig von einem voll- oder teilstationären Krankenhausaufenthalt durchgeführte, kürzere ambulante Behandlung auch ambulant abzurechnen ist, wird suggeriert, dass stets die niedrigere, ambulante Vergütung anzusetzen ist. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass der Hinweis in der Begründung, dass „im Übrigen“ der Vorrang der ambulanten Behandlung in allen Fällen gilt, in denen der EBM Abrechnungsmöglichkeiten für die Behandlung von mehr als sechs Stunden vorsieht, sowohl fachlich als auch aus Sicht der Rechtssystematik unsinnig ist. Aus fachlicher Sicht müsste demnach ein anerkanntermaßen stationärer Behandlungstag nach EBM abgerechnet werden. Aus Sicht der Rechtssystematik würde dies der institutionellen Systematik widersprechen.

Zur Frage des Vorrangs von anderen Versorgungsformen ist zudem die Begründung zu Nummer 1 (§ 39) Buchstabe b missverständlich. Hier wird darauf hingewiesen, dass Versicherte nur dann einen Anspruch auf vollstationäre oder tagesstationäre Behandlung haben, wenn dies nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Hier fehlt noch die Ergänzung, dass sich die Verpflichtung des Krankenhauses zur Prüfung auf die stationäre Behandlungsnotwendigkeit bei Aufnahme und nicht auf jeden einzelnen Tag mit Tagesbehandlung bezieht.

Zusätzliche Bürokratie und Dokumentation

Die Vertragsparteien werden beauftragt, die Anforderungen an die Dokumentation zu vereinbaren. Dabei ist sicherzustellen, dass die vollstationäre Behandlungsbedürftigkeit, die tägliche Behandlungsdauer und die Inhalte der Behandlung dokumentiert werden.

Als Voraussetzungen sind an anderer Stelle bereits die Indikation für eine stationäre Behandlung bzw. das Vorliegen einer Einweisung sowie eine mindestens sechsstündige Behandlung geregelt. Die ärztliche und pflegerische Behandlung wird üblicherweise in der Patientenakte dokumentiert. Es ist nicht nachvollziehbar, warum bei Tagesbehandlungen zusätzliche und kleinteiligere Dokumentationsanforderungen als bei einer vollstationären Behandlung eingeführt werden sollen. Die Vorgaben, dass die Behandlungsdauer und die Inhalte dokumentiert werden sollen, lassen erwarten, dass die Patientenkontakte minutengenau aufsummiert und jede ärztliche und pflegerische Tätigkeit erfasst werden muss. Dies ist mit den Grundprinzipien des pauschalierenden Entgeltsystems nicht vereinbar. Durch diesen zusätzlichen bürokratischen Aufwand wird eine unnötig hohe Hürde geschaffen, so dass die stationäre Tagesbehandlung als Alternative zur üblichen stationären Behandlung mit Übernachtung in der Praxis kaum genutzt werden wird.

Sicherstellung der Versorgung zu jeder Zeit

Der Verweis in § 115e Abs. 1 S. 4 SGB V auf § 39 Abs. 1 bis 3 SGB V geht fehl. Gemeint ist, dass der Krankenhausträger für den Fall des Auftretens von Komplikationen sicherstellt, dass bei Bedarf auch nachts die erforderlichen Ärztinnen und Ärzte, nicht-ärztlichen Fachkräfte und Bettenkapazitäten zur Verfügung stehen, wie es in der Begründung (zu Nummer 2 Absatz 6) aufgeführt wird.

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 ist wie folgt zu fassen:

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.

Beschäftigung und Refinanzierung der Personalkosten von approbierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Mit dem „Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung“ vom 15.11.2019 wurde die Ausbildung zur Psychotherapeutin bzw. zum Psychotherapeuten grundlegend neu geregelt. Die bisherige Qualifizierung in Form einer postgradualen Ausbildung von Psychologinnen / Psychologen und (Sozial-) Pädagoginnen / Pädagogen zur/zum Psychologischen Psychotherapeutin / Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin / -psychotherapeuten („Psychotherapeutinnen und

-therapeuten in Ausbildung“) wird durch ein Studium abgelöst, das mit der Approbation als Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeuten abschließt. Weitere, für die eigenverantwortliche Berufsausübung notwendige Kompetenzen werden anschließend in Form einer Weiterbildung zur/zum Fachpsychotherapeutin / -psychotherapeuten im Rahmen einer hauptberuflichen Tätigkeit erworben. Diese Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Weiterbildung werden somit tarifvertraglich als approbierte Fachkräfte einzuordnen sein, sodass im Vergleich zur bisherigen Ausbildung mit deutlich höheren Personalkosten zu rechnen ist.

Auch wenn Kostensteigerungen in den Budgetverhandlungen von Krankenhäusern und Krankenkassen grundsätzlich berücksichtigt werden können, sind diese in den Verhandlungen ohne explizite Vorgaben der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) kaum durchzusetzen. Vor allem aber ist die Berücksichtigung von Kostenentwicklungen durch den Veränderungswert begrenzt, so dass diese Möglichkeit bereits durch die aktuellen Preisentwicklungen vollständig ausgeschöpft wird. Auch ist zu beachten, dass die Budgetverhandlungen durch die konfliktären Verhandlungen zur Umsetzung der Personalmindestanforderungen des G-BA auf absehbare Zeit stark belastet werden, wodurch die Durchsetzung der Personalkosten für Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Weiterbildung sowohl auf dem Verhandlungsweg als auch in einem Schiedsstellenverfahren massiv erschwert wird. Da somit die Refinanzierung der höheren Personalkosten nicht gewährleistet ist, entsteht für die Krankenhäuser ein deutlicher Fehlanreiz, die Beschäftigung der approbierten Studienabsolventinnen und -absolventen zu vermeiden.

Eine zeitnahe Umsetzung im Rahmen dieses Gesetzgebungsverfahrens ist erforderlich, da bereits Ende des Jahres 2022 mit den ersten Absolventinnen und Absolventen zu rechnen ist. Es ist davon auszugehen, dass Ende des Jahres 2023 rund 1.000 und ab Ende 2024 jährlich rund 2.500 Absolventinnen und Absolventen eine Weiterbildungsstelle benötigen werden. Aufgrund des Prospektivitätsgrundsatzes des Pflegesatzrechtes muss die BPfIV bis Ende des Jahres 2022 angepasst werden, damit die Absicherung der Personalkosten für den Vereinbarungszeitraum 2023 wirksam werden kann.

Mit § 3 Absatz 3 Satz 4 Nummer 7 BPfIV wird bereits die Refinanzierung der Personalkosten für die bisherigen „Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Ausbildung“ und im anschließenden Satz 5 die Ausnahme von der Begrenzung durch den Veränderungswert geregelt. Analog hierzu ist in § 3 Absatz 3 Satz 4 BPfIV eine neue Nr. 8 für die approbierten Studienabsolventinnen und -absolventen bzw. „Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Weiterbildung“ einzufügen und auch dieser Tatbestand im anschließenden Satz 5 zu ergänzen.

Änderungsvorschlag

§ 3 Absatz 3 BPfIV ist wie folgt zu ändern:

- a) In Satz 4 Nr. 7 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
- b) Folgende Nummer 8 wird angefügt:

8. die Personalkosten der nach Maßgabe des § 2 Psychotherapeutengesetz approbierten Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten für die Dauer der Weiterbildung, soweit diese in tarifvertraglicher Höhe vergütet werden.“

- c) In Satz 5 werden die Wörter „oder 7“ durch ein Komma und die Wörter „7 oder 8“ ersetzt.

Inflationsausgleich

Die Krankenhäuser sind in den Jahren 2021, 2022 und 2023 mit massiven Preissteigerungen konfrontiert. Dies umfasst längst nicht nur die Kostensteigerungen im Bereich der Energieversorgung, sondern z. B. auch Lebensmittel, Güter des täglichen Bedarfs oder Medizinprodukte. Eine Weitergabe dieser Preissteigerungen an die gesetzlichen Krankenkassen oder andere Kostenträger ist den Krankenhäusern bei den aktuellen gesetzlichen Rahmenbedingungen infolge der Deckelung der Erlöszuwächse in Höhe des Veränderungswerts von 2,53 Prozent für das Jahr 2021 und 2,32 Prozent für das Jahr 2022 nicht möglich. Auch für das Jahr 2023 sind die Selbstverwaltungspartner bei der Vereinbarung zum Veränderungswert für das Jahr 2023 an die derzeitige gesetzliche Regelung gebunden. Diese daraus resultierenden Werte sind jedoch bei weitem nicht ausreichend, um die offensichtlichen hohen Kostenentwicklungen im Jahr 2023 zu refinanzieren. Die derzeitige Ausnahmesituation, bedingt durch nachwirkende Corona-Effekte sowie extreme Inflations- und Energiekostensteigerungen kann von den Vertragsparteien durch den bestehenden ordnungspolitischen Rahmen der Rechtssystematik nicht ansatzweise sachgerecht abgebildet werden. Es sind daher schnelle und wirksame Eingriffe des Gesetzgebers zur Kompensation dieser Sondereffekte außerordentlicher Erlöseinbrüche und Kostensteigerungen dringend geboten. Nach Berechnungen der DKG müssen die Krankenhäuser im Ergebnis über die Jahre 2021 bis 2023 nicht refinanzierte Kostensteigerungen in Höhe von 15,47 Milliarden Euro verkraften.

In diesem Zusammenhang begrüßen die Krankenhäuser die Ankündigung von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach, über einen Härtefallfonds zusätzliche finanzielle Mittel für die Kliniken zur Verfügung zu stellen. Die Umsetzung sowohl des Härtefallfonds als auch der Gas- und Strompreisbremse ist nun schnell und unbürokratisch erforderlich, denn aktuell müssen zahlreiche Krankenhäuser Überbrückungskredite in Anspruch nehmen, um Löhne und Gehälter sowie Rechnungen fristgerecht bezahlen zu können. Für die Krankenhäuser ist insbesondere von Bedeutung, dass die angekündigten 8 Mrd. Euro vollständig den Krankenhäusern zu Verfügung stehen, auch bei diesen verbleiben und nicht nur zur Liquiditätssicherung dienen.

Berücksichtigung zukünftiger Kostensteigerungen

Es ist zu erwarten, dass die aktuell zu beobachtenden Sachkostensteigerungen nicht nur vorübergehend sein werden, sondern die Inflation längerfristig auf einem hohen Niveau verharren wird. Mit den geltenden gesetzlichen Rahmenbedingungen der erst retro-

spektiv ermittelten Veränderungsrate und Orientierungswerts ist eine vollständige Refinanzierung der Kostensteigerungen in dieser Situation nicht sichergestellt bzw. nicht sachgerecht möglich. Daher ist es erforderlich, für das kommende Jahr und auch darüber hinaus ein Finanzierungsinstrument zu etablieren, mit dem die Sachkostensteigerungen adäquat abgebildet werden.

Dies könnte in Anlehnung an die Tarifraten erfolgen, indem unterjährig bzw. über den nachfolgenden Landesbasisfallwert die über den laufenden Landesbasisfallwert noch nicht berücksichtigten Kostensteigerungen refinanziert werden. Noch besser wäre es, wenn die gesetzlichen Rahmenbedingungen so ausgestaltet wären, dass von vornherein eine vollständige Refinanzierung absehbarer Kostensteigerungen ermöglicht wird.

Vollständige Refinanzierung der Tarifsteigerungen

Die Abschlüsse der Tarifverträge ziehen regelmäßig hohe Kostensteigerungen nach sich, die aufgrund der Preisbegrenzung über die Landesbasisfallwerte nur zum Teil refinanziert werden können. Außerdem hat die retrospektive Ermittlung des Orientierungswerts und der Veränderungsrate in Verbindung mit der prospektiven Verhandlung der Landesbasisfallwerte zur Konsequenz, dass starke Schwankungen bei den Lohnerhöhungen zu einer sachlich nicht begründeten Unterfinanzierung der Personalkosten führen. Die Tarifsteigerungen bei den Personalkosten auch jenseits der Pflege müssen daher dringend in vollem Umfang über alle Berufsgruppen hinweg finanziert werden. Dazu muss in § 10 Absatz 5 KHEntgG klargestellt werden, dass die Krankenhäuser die Differenz zwischen allen tariflich vereinbarten Gehaltssteigerungen und dem Veränderungswert (Grundlohnrate) über den Landesbasisfallwert ab 2023 vollständig finanziert bekommen. Dies ist entsprechend auch in der Bundespflegesatzverordnung für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zu regeln. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass seitens der Krankenkassen im Rahmen des aktuell laufenden Bundesschiedsstellenverfahrens selbst bei dem Pflegepersonal einzelne Tarifelemente strittig gestellt werden (z. B. Urlaubstag), obwohl der Gesetzgeber hier eine vollständige Finanzierung tarifbedingter Personalkostensteigerungen intendiert. Um entsprechende Auslegungsdifferenzen zukünftig zu vermeiden, schlagen die Krankenhäuser entsprechende Klarstellungen vor.

Änderungsvorschlag

§ 10 Absatz 5 KHEntgG ist wie folgt zu fassen:

(5) Bei der Vereinbarung des Basisfallwerts sind erstmals für das Jahr **2020 2023** nach Maßgabe der folgenden Sätze **Tarifelemente Tarifierhöhungen für Löhne und Gehälter** über den Veränderungswert nach Absatz 4 Satz 1 hinaus zu berücksichtigen; eine Erhöhung wirkt als Basiserhöhung auch für die Folgejahre. Bezogen auf die Personalkosten werden für den Pflegedienst ohne Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen **100 Prozent** sowie für den übrigen nichtärztlichen Personalbereich und für den ärztlichen Personalbereich jeweils **50 100** Prozent des Unterschieds zwischen dem Veränderungswert und der Tarifraten berücksichtigt. Maßstab für die Ermittlung der Tarifraten ist für

1. den Bereich des Pflegepersonals ohne Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen,
2. den übrigen nichtärztlichen Personalbereich und
3. den ärztlichen Personalbereich

jeweils diejenige tarifvertragliche Vereinbarung, die in dem jeweiligen Bereich für die meisten Beschäftigten maßgeblich ist; maßgeblich dabei sind für **den die Bereiche** nach Nummer 1, **Nummer 2 und Nummer 3** die durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten linearen und strukturellen Steigerungen, **sowie** Einmalzahlungen **sowie sonstigen Personalkostensteigerungen und für die Bereiche nach den Nummern 2 und 3 jeweils die durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten linearen Steigerungen und Einmalzahlungen**. Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 vereinbaren in Höhe des Unterschieds zwischen beiden Raten eine Erhöhungsrage. Der zu vereinbarende Basisfallwert ist unter Berücksichtigung des Zeitpunkts der erstmaligen Abrechnung von den Vertragsparteien auf Landesebene um die nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarte anteilige Erhöhungsrage zu erhöhen. Sofern der Basisfallwert bereits vereinbart oder festgesetzt ist, ist die anteilige Erhöhungsrage nach Satz 5 bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Folgejahr erhöhend zu berücksichtigen. Neben der Berichtigung des Basisfallwerts des Vorjahres ist ein einmaliger Ausgleich infolge der verspäteten Anwendung der anteiligen Erhöhungsrage vorzunehmen.

§ 3 Absatz 4 BPfIV ist wie folgt zu fassen:

„(4) Bei der Vereinbarung einer Erhöhungsrage für Tarifierhöhungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes ist der von den Vertragsparteien vereinbarte Gesamtbetrag nach Absatz 2 oder Absatz 3 um **55 75** Prozent der nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Erhöhungsrage für Tarifierhöhungen erhöhend zu berichtigen, wobei der Berichtigungsbetrag über das Budget des nächstmöglichen Pflegesatzzeitraums abzuwickeln ist; Absatz 2 Satz 5 zweiter Halbsatz und Absatz 3 Satz 12 sind zu beachten. Eine Begrenzung nach Absatz 3 Satz 5 gilt insoweit nicht.“

Einführung einer generellen Zahlungsfrist von Krankenhausrechnungen (§ 415 SGB V)

§ 415 Satz 1 SGB V regelt, dass eine Krankenkasse eine Krankenhausrechnung innerhalb von fünf Tagen nach Rechnungseingang zu bezahlen hat. Nach ihrem Wortlaut ist die Geltungsdauer dieser Regelung auf den 30. Juni 2021 befristet, durch verschiedene Verordnungen, die im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie ergangen sind, wurde die Geltungsdauer der Zahlungsfrist mehrfach verlängert, zuletzt durch die Vierte Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Änderung der Hygienepauschaleverordnung vom 28. März 2022 auf den 31. Dezember 2022.

Die Praxis hat gezeigt, dass die Pflicht der Krankenkassen, Krankenhausrechnungen innerhalb von fünf Tagen nach Erhalt der Rechnung zu bezahlen, eine zur Sicherung der notwendigen Liquidität der Krankenhäuser unerlässliche Regelung ist. Erst durch die gesetzliche Verankerung einer Pflicht der Krankenkassen, den Rechnungsbetrag des Krankenhauses zunächst vollständig zu zahlen, kann das in § 109 Absatz 6 Satz 1 SGB V durch das MDK-Reformgesetz vom 19.12.2019 eingeführte Aufrechnungsverbot in der Praxis seine volle Wirksamkeit entfalten und der Intention des Gesetzgebers des MDK-Reformgesetzes, durch Aufrechnungen der Krankenkassen verursachte Liquiditätsengpässe der Krankenhäuser zu vermeiden, gerecht werden. Nur die Festlegung einer unbedingten und zeitnahen Zahlungsverpflichtung der Krankenkassen gewährleistet, dass die vom Gesetzgeber des KHPfLEG vertretene Auffassung, eine Aufrechnung von Aufschlägen nach § 275c Absatz 3 SGB V sei zulässig, nicht zu einer Liquiditätsgefährdung der Krankenhäuser führt.

Vor dem Hintergrund des in der Praxis immer häufiger festzustellenden Vorgehens der Krankenkassen ist zudem eine Klarstellung erforderlich, dass innerhalb der fünftägigen Zahlungsfrist der vollständige Rechnungsbetrag zu zahlen ist. Vermehrt ist festzustellen, dass Krankenkassen den in Rechnung gestellten Betrag nicht mehr vollständig bezahlen, sondern nur noch einen so genannten „unstreitigen Teil“ des Rechnungsbetrages. Dieses Vorgehen ist unzulässig. So ist es unbestritten, dass der Vergütungsanspruch eines Krankenhauses bereits mit Inanspruchnahme der Behandlungsleistung in voller Höhe entsteht. Demzufolge hat die Krankenkasse den Vergütungsanspruch auch zunächst in voller Höhe zu zahlen. Sollte sie Bedenken gegen die Abrechnung des Krankenhauses haben, kann sie ein Vorverfahren anstoßen oder den Medizinischen Dienst einschalten und mit der Durchführung einer Einzelfallprüfung beauftragen. Stellt dieser einen Erstattungsanspruch fest, kann die Krankenkasse diesen gegenüber dem Krankenhaus nachträglich geltend machen. Dies ist die vom Gesetzgeber zuletzt im MDK-Reformgesetz nochmals zum Ausdruck gebrachte Systematik des Verfahrens der Abrechnung sowie der Abrechnungsprüfung im Krankenhaus. Eine Befugnis der Krankenkasse, generell nur einen „unstreitigen“ Teil der Krankenhausrechnung zu zahlen, ist den gesetzlichen Regelungen nicht zu entnehmen. Der Begriff des „unstreitigen Rechnungsbetrags“ ist erst durch die bis zum 31. Dezember 2021 geltende PrüfV vom 3. Februar 2016 in deren § 7 Absatz 2 Satz 6 in die Prüfsystematik eingeführt worden, er ist aber nicht mehr Bestandteil der zum 1. Januar 2022 geltenden PrüfV vom 22. Juni 2021. Zudem stellte er lediglich eine prozessuale Regelung für den Fall dar, dass ein Krankenhaus vom Medizinischen Dienst angeforderte Unterlagen im Rahmen eines Prüfverfahrens nicht fristgerecht an diesen übermittelt hat. Dies hat das Bundessozialgericht in seinem Urteil vom 18. Mai 2021 (Az.: B 1 KR 24/20 R) deutlich zum Ausdruck gebracht. Eine allgemeine Aussage, dass eine Krankenkasse nur „unstreitige“ Teile der Vergütungsforderung zahlen müsse, war nie Intention dieser Regelung und dies hat diese Regelung auch nie ausgesagt.

Um zu verhindern, dass diese grundlegende Konzeption des Verfahrens der Abrechnung und Abrechnungsprüfung durch systemwidriges Verhalten der Krankenkassen ausgehöhlt wird, ist eine klarstellende Ergänzung des § 415 Satz 1 SGB V dahingehend erforderlich, dass innerhalb der Zahlungsfrist von fünf Tagen nach Rechnungseingang der Rechnungsbetrag in voller Höhe von der Krankenkasse zu zahlen ist.

Änderungsvorschlag

§ 415 SGB V ist wie folgt anzupassen:

1. In der Überschrift zu § 415 SGB V werden die Wörter „Übergangsregelung zur“ sowie „Verordnungsermächtigung“ gestrichen.
2. In Satz 1 werden die Wörter „bis zum 30. Juni 2021“ gestrichen.
3. In Satz 1 wird nach dem Wort „Rechnungseingang“ das Wort „vollständig“ eingefügt.
4. Satz 4 wird gestrichen.