

Stellungnahme

der Deutschen Krankenhausgesellschaft

zum

**Referentenentwurf des Bundesministeriums für
Gesundheit**

eines

**Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der
gesetzlichen Krankenversicherung**

(GKV-Finanzstabilisierungsgesetz – GKV-FinStG)

Stand: 12.07.2022

Inhaltsverzeichnis

Allgemeiner Teil	3
Besonderer Teil	5
D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand	5
Zu Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand	5
Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	7
Zu Artikel 1 Nummer 7 (§ 120 Abs. 2 Satz 7 SGB V)	
Anbindung der Vergütung für Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen an den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen	7
Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	9
Zu Artikel 2 Nummer 1 Buchstabe a und b	
Anpassung an den Vorgaben zur Vereinbarung des Pflegebudgets	9
Zu Artikel 2 Nummer 2 Buchstabe a bis c	
Anpassung der Beauftragung der Vertragsparteien auf der Bundesebene.....	9
Artikel 3 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	11
Zu Artikel 3 Nummer 1 Buchstabe a bis c	
Anpassung an den Vorgaben zur Pflegepersonalkostenabgrenzung	11
Zu Artikel 3 Nummer 2	
Anpassung der Definition des pflegebudgetrelevanten Pflegepersonals	11

Allgemeiner Teil

Die Finanzlage der Gesetzlichen Krankenversicherung ist seit längerem Gegenstand politischer und öffentlicher Debatten. Während aufgrund des wirtschaftlichen Wachstums viele Jahre eine Zunahme der Beitragseinnahmen zu verzeichnen war, schwächten sich diese Entwicklung pandemiebedingt in den letzten zwei Jahren ab. Hinzu kommen Dynamiken infolge weltpolitischer Entwicklungen.

Vor diesem Hintergrund legt das Bundesministerium für Gesundheit mit dem Referentenentwurf eines Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz – GKV-FinStG) ein Maßnahmenpaket vor, mit dem die Finanzlage der Gesetzlichen Krankenversicherung verbessert werden soll. Neben einem Bundeszuschuss in Höhe von zwei Milliarden Euro sollen die gesetzlichen Krankenkassen auch über einen erhöhten Zusatzbeitrag zusätzliche finanzielle Mittel erhalten.

Die Krankenhäuser begrüßen, dass mit dem Gesetzentwurf Maßnahmen unternommen werden, die finanzielle Stabilität der Gesetzlichen Krankenversicherung zu verbessern. Neben den zusätzlichen Mitteln über Bundeszuschüsse und erhöhte Zusatzbeiträge sieht der Gesetzentwurf jedoch Einsparungen bei den Ausgaben vor. Für den Krankenhausbereich sind Anpassungen beim Pflegebudget vorgesehen. Künftig sollen nur noch die Personalkosten qualifizierter Pflegekräfte und bestimmter Berufsgruppen als Pflegehilfskräfte im Pflegebudget berücksichtigt werden können.

Dieses Vorhaben konterkariert das Ansinnen des Pflegepersonalstärkungsgesetzes (PpSG), die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte durch eine bessere Personalausstattung und eine stärkere Fokussierung auf pflegerische Tätigkeiten zu verbessern. Wenn, wie im Gesetzentwurf vorgesehen, definierte pflegerische Tätigkeiten qualifizierter Beschäftigter anderer Gesundheitsfachberufe ab 2024 keine Berücksichtigungen im Pflegebudget mehr finden sollen, werden diese Tätigkeiten wieder auf die Pflegekräfte verlagert. Damit wird die aufgrund des Fachkräftemangels ohnehin schon hohe Arbeitsbelastung der Pflegekräfte weiter ansteigen und die Attraktivität des Pflegeberufes weiter eingeschränkt. Dies kann nicht im Sinne des Gesetzgebers sein.

Darüber hinaus ist auch die inhaltliche Begründung für diese Maßnahme nicht nachvollziehbar. Die Streichung des „sonstigen Personals“ aus den Pflegebudgets bedeutet, wie in der Begründung des Gesetzes vermerkt, die Rückübertragung des damit verbundenen Finanzierungsvolumens aus den Pflegebudgets in die a-DRGs. In beiden Fällen bleiben die Krankenkassen die Kostenträger.

Ergänzend dazu verweisen die Krankenhäuser auch auf die praktischen Folgen dieser Neuregelung. Noch heute sind zahlreiche Krankenhäuser auf Ortsebene damit beschäftigt, Pflegebudgets zu vereinbaren. Dabei werden sie vonseiten der Krankenkassen mit genau diesen Abgrenzungsfragen, was pflegerische Tätigkeiten sind, konfrontiert. Damit ist vielerorts die Umsetzung der seit 2020 geltenden Pflegebudgets noch immer nicht gewährleistet. Mit den im Referentenentwurf vorgesehenen Anpassungen stellt der Gesetzgeber die Einigungen in der Selbstverwaltung, dass sonstiges Personal ebenfalls ins Pflegebudget gehört, grundsätzlich infrage. Damit

werden die Auseinandersetzungen auf Ortsebene weiter befeuert, indem die geeinte Grundlage unterwandert und den Streitbehafteten Diskussionen zusätzliche Argumente geliefert werden. Wie vor diesem Hintergrund bei konfliktären Verhandlungen für eigentlich bereits geltende Pflegebudgets noch Ergebnisse erzielt werden sollen, ist vollkommen unklar.

Der Gesetzentwurf in der vorliegenden Fassung schadet der Pflege im Krankenhaus massiv und wird dafür sorgen, dass sich der Pflegemangel und die Versorgungsengpässe verschärfen werden.

Aus diesen Gründen lehnen die Krankenhäuser die geplanten Anpassungen beim Pflegebudget vehement ab.

Völlig sachfremd sind auch die Spekulationen des Gesetzgebers über mögliche zukünftige Normierungen im a-DRG-Bereich. Bereits in den vergangenen Jahren ist der DRG-Katalog um mehrere hundert Millionen Euro bereinigt worden. Warum plötzlich mit den Änderungen im GKV-Finanzstabilisierungsgesetz erneut über 400 Mio. Euro gestrichen werden sollen, erschließt sich nicht, wird nicht näher dargelegt und entbehrt jeder Faktenlage. Diese Spekulation ist das genaue Gegenteil wissenschaftsbasierter Entscheidungen. Offensichtlich soll diese Spekulation dazu dienen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft in eine schlechte Verhandlungsposition gegenüber dem GKV-Spitzenverband bei der Vereinbarung des DRG-Katalogs für das Jahr 2023 zu bringen. Ein solches Vorgehen ist ohne Beispiel in der Gesetzgebung.

Grundsätzlich ist auch hinsichtlich dieses Gesetzgebungsverfahrens sowie der vorgesehenen Stellungnahmefrist anzumerken, dass eine detaillierte, umfassende und konzertierte Befassung mit einem Gesetzentwurf dieses Umfangs und dieser Bedeutung innerhalb von maximal zwei Arbeitstagen unmöglich ist. Die Stabilität der Finanzlage der Gesetzlichen Krankenversicherung, die Erhöhung der Zusatzbeiträge sowie die vorgesehenen Ausgabenkürzungen haben gesellschaftliche Auswirkungen von enormer Bedeutung. Es gibt keine verfahrenstechnischen Gründe dafür, während der parlamentarischen Sommerpause eine derart kurze Stellungnahmefrist anzusetzen, da der Bundesrat erst Mitte September 2022 erneut tagen wird. Es entsteht somit der Eindruck, den Stellungnahmeprozess der beteiligten Verbände lediglich formal zu erfüllen. Sowohl demokratietheoretisch als auch hinsichtlich der Akzeptanz sowie der Umsetzung in den beteiligten Verbänden oder der Praxis ist dieses Vorgehen Ausdruck von mangelhaftem politischem Management.

Besonderer Teil

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Zu Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Beabsichtigte Neuregelung

In Teil D des Gesetzesentwurfs „Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand“ (vgl. S. 4) wird ausgeführt, dass zur Verhinderung von Doppelfinanzierung seit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten Bewertungsrelationen in Höhe von insgesamt 375 Millionen Euro aus dem Fallpauschalen-Katalog ausgegliedert (Normierung) wurden. Falls für das Jahr 2023 eine erneute Normierung erforderlich sein sollte und sich diese beispielsweise auf rund 415 Millionen Euro beläuft, würden damit Mehrausgaben in Höhe von rund 375 Millionen Euro für die GKV vermieden.

Stellungnahme

Ab dem Jahr 2020 sollten nach dem Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) die Pflegepersonalkosten besser und unabhängig von den DRG-Fallpauschalen vergütet werden. Das zu diesem Zwecke eingeführte Pflegebudget sollte die Aufwendungen für den krankenhausindividuellen Pflegepersonalbedarf und die krankenhausindividuellen Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen berücksichtigen. Die DRG-Berechnungen wurden um diese Pflegepersonalkosten gemäß Kalkulation des InEK um ca. 20 % bereinigt. Mit der Vereinbarung des aG-DRG-Kataloges 2021 wurden zusätzlich 200 Mio. Euro aus den DRGs abgezogen, weil es nach Auffassung der Sozialleistungsträger Unklarheiten hinsichtlich der Kalkulationsgrundlagen gab. Im aktuell gültigen aG-DRG-Katalog wurden den Krankenhäusern durch das BMG weitere 175 Mio. Euro im Wege einer Ersatzvornahme entzogen.

Es ist vollkommen unklar, auf welche Datengrundlagen sich der Referentenentwurf bezieht. In der Selbstverwaltung liegen derzeit noch keine Daten vor. Erste belastbare Daten wurden vom InEK für Ende Juli angekündigt. Erst zu diesem Zeitpunkt lässt sich bewerten, ob überhaupt Diskussionsbedarf besteht. Im fünften Jahr der Anwendung des Pflegebudgets (2024) sind allerdings keine relevanten Korrekturen an der Ausgliederung durch Nachkorrekturen von Buchungseffekten mehr zu erwarten und plausibel.

Dabei kann nicht mehr unterstellt werden, dass sämtliche – nicht durch Neueinstellungen oder Tarifierhöhung erklärte – Kostensteigerungen normierungsrelevante Umbuchungen in den Pflegedienst sind.

Hier würden strukturelle Veränderungen im Personalbereich, wie beispielsweise die Verlagerung von Pflegepersonal aus der Verwaltung in die Pflege am Bett (bei gleichzeitiger Substitution durch andere Berufsgruppen), vollständig ausgeblendet. Derartige Umbesetzungen würden zukünftig somit weder im DRG-System noch im Pflegebudget finanziert und wären alleine von den Krankenhäusern zu tragen.

Es erschließt sich nicht, warum diese unsachliche Anspielung auf die für 2023 derzeit noch völlig offene Frage eines normativen Eingriffs in den aG-DRG-Katalogs überhaupt einen Eingang in den Allgemeinen Teil des Gesetzesentwurfs gefunden hat, da diese in keinem direkten Zusammenhang mit den angestrebten, gesetzlichen Änderungen stehen. Für die zu führenden Verhandlungen der Selbstverwaltung ist die Wiedergabe von spekulativen Zahlen und Hochrechnungen problematisch. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass im dritten Jahr der Kalkulation der Fallpauschalen ohne Pflegepersonalkosten der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen nur noch minimale Unsicherheiten in den Kalkulationen bestehen, die im Normalbereich einer Systementwicklung liegen.

Die vollständige Korrektur des vom InEK geschätzten Finanzvolumens ist von einer nicht nachvollziehbaren Einseitigkeit geprägt. So wurde im vergangenen Jahr deutlich, dass während der Corona-Krise vielfach Fremdpersonal zur Bewältigung der Belastungsspitzen in den Krankenhäusern eingesetzt wurde. Diese zusätzlichen Pflegepersonalkosten zur Bewältigung der Corona-Pandemie sind durch die Begrenzung der Höhe der Pflegepersonalkosten auf die tarifvertraglich vereinbarten Vergütung nach § 6a Abs. 2 Satz 9 KHEntgG nicht im Pflegebudget berücksichtigungsfähig. Die Krankenhäuser finanzieren diese Kosten zur Bewältigung der Pandemie aus eigenen Mitteln, ohne dass dies bei der Normierung des aG-DRG-Systems zugunsten der Krankenhäuser berücksichtigt wurde.

Bei etwaigen Normierungsdiskussionen ist zudem zu beachten, dass es sich um Kostenentwicklungen in der Kalkulationsstichprobe zur Entwicklung des Entgeltkataloges des Jahres 2023 handelt. Eine Normierung dieser Kostenanstiege zulasten der Krankenhäuser kann nicht unabhängig von der tatsächlichen Höhe der vereinbarten Pflegebudgets 2023 vorgenommen werden. Es ist völlig unklar, ob die Kostenanstiege in der Kalkulationsstichprobe auch in dieser Form in den Pflegebudgets realisiert werden können. Vielmehr ist davon auszugehen, dass bei einer Normierung zu Lasten der Krankenhäuser und der gleichzeitigen Blockadehaltung der Kostenträger bei der Vereinbarung der Pflegebudgets die Krankenhäuser in eine Unterfinanzierung steuern, da die im aG-DRG-System normierten Kosten nicht im Pflegebudget vereinbart werden können.

Änderungsvorschlag

Die Ausführungen sind ersatzlos zu streichen.

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Artikel 1 Nummer 7 (§ 120 Abs. 2 Satz 7 SGB V)

Anbindung der Vergütung für Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen an den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Neuregelung soll die Anbindung der Vergütung für Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen im Rahmen der Versorgung nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 6b an den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen vorgegeben werden.

Stellungnahme

Inhaltlich hat die vorgesehene Anpassung keine Bedeutung und führt zu keinem neuen Regelungsinhalt. Damit stellt die Neuregelung keine Verschärfung dar.

Vielmehr sehen die Krankenhäuser Anpassungsbedarf in den bestehenden gesetzlichen Regelungen. In § 3 der KSVPsych-RL werden die teilnahmeberechtigten Leistungserbringer definiert. Aus § 3 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 3 ergibt sich, dass einer der definierten teilnahmeberechtigten Leistungserbringer ein nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene ist und somit Teil des Netzverbundes werden kann.

Gemäß § 118 SGB V sind psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser oder Allgemeinkrankenhäuser mit psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten ermächtigt (§ 118 Absatz 2 und 3 SGB V) oder vom Zulassungsausschuss zu ermächtigen (§ 118 Absatz 1 SGB V). Demnach sind die PIA und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (z. B. Ärzte) keine gesondert zu berechtigenden Leistungserbringer. Insbesondere ist die PIA kein eigenständiges Organisationskonstrukt. Maßgeblich ist die Einrichtung „Krankenhaus“, welche für die vertragsärztliche psychiatrische Versorgung ermächtigt ist. Deshalb wurde in der KSVPsych-RL auch ausschließlich das nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhaus als ganze Institution als kooperierender Vertragspartner und teilnehmender Leistungserbringer im Rahmen der koordinierten Versorgung einbezogen. Hieraus ergibt sich, dass die PIA kein eigenständiger Leistungserbringer im Sinne der KSVPsych-RL wird.

Der § 4 Absatz 1 Satz 4 KSVPsych-RL regelt, dass auch bestimmte Fachärztinnen und -ärzte oder Psychotherapeutinnen und -therapeuten aus einem nach § 108 zugelassenen Krankenhaus mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz Bezugsarzt/-ärztin oder Bezugspsychotherapeut/-in sein können. Darüber hinaus können Leistungen durch das Krankenhaus erbracht werden, die nicht zwingend eine Nähe zu ambulanten Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen aufweisen müssen. So könnten bspw.

Kooperationen im Bereich der Notfallversorgung und Krisenintervention erfolgen. Ebenso könnten Patientinnen und Patienten nach der KSVPsych-RL an indikationsspezifischen Gruppentherapien teilnehmen, die das Krankenhaus nur für voll- und teilstationäre Patientinnen und Patienten anbietet.

In Verbindung mit den Regelungen des § 3 KSVPsych-RL ergibt sich, dass die Institution Krankenhaus als Ganzes teilnahmeberechtigter Leistungserbringer ist und nicht die PIA. Die Vorschrift des § 4 Absatz 1 Satz 4 KSVPsych-RL gibt lediglich vor, dass das Krankenhaus über eine PIA verfügen muss. Dies dürfte zumindest in allen Kliniken, die für die regionale psychiatrische Pflichtversorgung zuständig sind, der Fall sein.

Daraus folgt, dass das nach § 108 zugelassene Krankenhaus und nicht die PIA Leistungserbringer im Sinne der KSVPsych-RL wird. Somit stehen auch die Rahmenbedingungen der PIA-Vereinbarung einer Leistungserbringung nach der KSVPsych-RL nicht im Wege. Aufgrund dessen ist eine Anpassung der PIA-Vereinbarung nicht erforderlich.

Änderungsvorschlag

§ 120 Abs. 2 Satz 7 SGB V ist wie folgt zu ändern:

„Die Vergütung der Leistungen ~~der psychiatrischen Institutsambulanzen~~, die im Rahmen der KSVPsych-RL gem. § 92 Abs. 6b SGB V erbracht werden, hat der Vergütung zu entsprechen, die sich aus der Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen nach § 87 Abs 2a Satz 26 ergibt.“

Artikel 2

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Zu Artikel 2 Nummer 1 Buchstabe a und b

Anpassung an den Vorgaben zur Vereinbarung des Pflegebudgets

Beabsichtigte Neuregelung

Mit den Änderungen werden die Regelungen des § 6a KHEntgG an die Vorgaben zur bundeseinheitlichen Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten nach § 17b Abs. 4a KHG (neu) angepasst. Hierbei wird vorgegeben, dass die Ausgangsgrundlage für die Ermittlung des Pflegebudgets die Summe nur der im Vorjahr für das jeweilige Krankenhaus entstandenen Pflegepersonalkosten ist, welche den für das Vereinbarungsjahr geltenden Vorgaben zur bundeseinheitlichen Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten entsprechen.

Zudem werden die Vorgaben der Bestätigung der Jahresabschlussprüfer für die Überprüfung nach § 6a Abs. 3 Satz 4 Nummer 3 KHEntgG um die jeweils für das Vereinbarungsjahr geltenden Vorgaben zur bundeseinheitlichen Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten nach § 17b Absatz 4 Satz 2 oder Absatz 4a KHG erweitert.

Stellungnahme

Siehe Stellungnahme zu Artikel 3 Nr. 2.

Änderungsvorschlag

Die Änderungen sind ersatzlos zu streichen.

Zu Artikel 2 Nummer 2 Buchstabe a bis c

Anpassung der Beauftragung der Vertragsparteien auf der Bundesebene

Beabsichtigte Neuregelung

Mit den Änderungen wird klargestellt, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene die Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung an die Vorgaben des § 17b Absatz 4a KHG (neu) anzupassen.

Stellungnahme

Siehe Stellungnahme zu Artikel 3 Nr. 2.

Änderungsvorschlag

Die Änderungen sind ersatzlos zu streichen.

Artikel 3

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu Artikel 3 Nummer 1 Buchstabe a bis c

Anpassung an den Vorgaben zur Pflegepersonalkostenabgrenzung

Beabsichtigte Neuregelung

Mit den gesetzlichen Änderungen wird die Definition der pflegebudgetrelevanten Pflegepersonalkosten geändert. Es wird vorgegeben, dass ab dem Jahr 2024 nur noch die Pflegepersonalkosten qualifizierter Pflegekräfte, die in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen eingesetzt sind, im Pflegebudget berücksichtigt werden können.

Ab dem 1. Januar 2024 haben die Vertragsparteien auf Bundesebene bei der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen aus dem Vergütungssystem und der Pflegepersonalkostenvergütung geänderte Vorgaben für die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten zu beachten.

Stellungnahme

Siehe Stellungnahme zu Artikel 3 Nr. 2.

Änderungsvorschlag

Die Änderungen sind ersatzlos zu streichen.

Zu Artikel 3 Nummer 2

Anpassung der Definition des pflegebudgetrelevanten Pflegepersonals

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird ein neuer Absatz 4a in § 17b KHG eingefügt, mit dem die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragt werden, bis zum 30. April 2023 eine eindeutige, bundeseinheitliche Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten nach Absatz 4 Satz 2 zu vereinbaren, sodass ab dem Vereinbarungsjahr 2024 ausschließlich qualifiziertes Pflegepersonal und dessen Pflegepersonalkosten zu berücksichtigen ist.

Nach der Konkretisierung sind beispielsweise die folgenden Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte zukünftig als pflegebudgetrelevantes Personal berücksichtigungsfähig:

- Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen

- Krankenpflegehelfer/-innen
- Altenpfleger/-innen
- Altenpflegehelfer/-innen
- Medizinische und Zahnmedizinische Fachangestellte
- Anästhesietechnische Assistenten/-innen
- Notfallsanitäter/-innen
- Pflegeassistenten/-innen und Sozialassistenten/-innen

Im Gesetzesentwurf wird die Anpassung der Definition der pflegebudgetrelevanten Pflegepersonalkosten mit der Vermeidung von „Unstimmigkeiten auf der Ortsebene hinsichtlich der Anerkennung und Zuordnung der Berufsgruppen ohne pflegerische Qualifikation zum Pflegebudget“ begründet. Mit der gesetzlichen Änderung sollen die „Verhandlungen zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern [...] erleichtert und beschleunigt werden“. Zudem soll die Versorgungsqualität in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen durch qualitative Mindestanforderungen abgesichert werden.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben die Auswirkungen der geänderten Definition der ausgliedernden Pflegepersonalkosten im DRG-Vergütungssystem nachzuvollziehen.

Stellungnahme

Die Neuregelung verschärft die Konflikte bei den Pflegebudgetverhandlungen!

Die Vertragsparteien hatten sich bereits im Dezember 2020 auf einen Kompromiss zur Berücksichtigung des sonstigen Pflegepersonals (Rubrik „Sonstiges Berufe“, „Ohne Berufsabschluss“ nach den Anlagen der Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung bzw. der Gliederung der Krankenhausstatik) im Pflegebudget geeinigt. Der Gesetzgeber hatte diesen Kompromiss (Begrenzung auf den Stand 2018) mit dem GVWG gefestigt und bestätigt, dass der vereinbarte Kompromiss die „Intention des Auftrags des Gesetzgebers an die Vertragsparteien auf Bundesebene [erfüllt], zu gewährleisten, dass durch die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten keine Doppelfinanzierung von Leistungen oder Mehrausgaben jenseits der Finanzierung des Pflegepersonalaufwands in der Patientenversorgung entsteh[t]“ (Drucksache 19/30560). Der Kompromiss stellt außerdem sicher, dass eine möglichst weitgehende Kongruenz zu den tatsächlich entsprechend der ursprünglich gebuchten Anteile ausgegliederten Beträgen hergestellt wird. Außerdem berücksichtigt diese Vorgehensweise den individuell im Krankenhaus teilweise sehr unterschiedlichen Personalmix.

Nach der Neuregelung in § 17b Abs. 4a KHG soll ab 2024 das „sonstige Pflegepersonal“ nicht mehr über das krankenhausesindividuell zu verhandelnde Pflegebudget refinanziert werden. Beschäftigten in Krankenhäusern, die nicht über eine klassische Pflegeausbildung verfügen, aber mit ihren Kompetenzen seit vielen Jahren einen wertvollen Beitrag zur Patientenversorgung in der Pflege leisten (Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Heilerziehungspfleger etc.), müssten wieder zurück in die

DRG-Fallpauschalen kalkuliert werden. Hierdurch würde eine erneute Diskussion über die Kalkulationsgrundlagen des Pflegebudgets sowie die Abgrenzung der Pflegepersonalkosten erfolgen und sich die gegenwärtigen Konflikte zwischen Leistungserbringer- und Kostenträgerseite abermals verschärfen.

Die beabsichtigte Prospektivität der Pflegebudgetverhandlungen ist hiermit nicht zu erzielen. Vielmehr ist mit der erneuten Änderung der Definition der pflegebudgetrelevanten Pflegepersonalkosten mit neuen Auseinandersetzungen in der Selbstverwaltung auf der Bundesebene sowie bei den Budgetverhandlungen auf der Ortsebene zu rechnen. Im Ergebnis dürfte die geplante gesetzliche Anpassung erneut problematische Verhandlungen über die Höhe des zurück zu gliedernden Kostenvolumens, der Definition des zurück zu gliedernden Personals und andere kalkulatorische Streitfragen aufwerfen. Das InEK wird damit gezwungen, eine anderweitige Kalkulation der DRGs für 2024 nach neuen Regeln vorzunehmen, obwohl derzeit (im dritten Kalkulationsjahr und nach intensiven Normierungsdiskussionen um die Ausgliederung der Pflege) Fortschritte bei der Vereinbarung der Pflegebudgets wahrnehmbar sind. Es ist zu berücksichtigen, dass das zur Disposition gestellte Personal in der Pflege einmalig in seiner Anzahl auf dem Niveau des Jahres 2018 festgelegt werden muss. Dieses Niveau bleibt dann unverändert und muss in den Folgejahren nicht mehr neu verhandelt werden. Es sind lediglich die gut nachvollziehbaren Tariflohnsteigerungen einzuberechnen. Es ist nicht nachvollziehbar, dass zu einem Zeitpunkt, an dem sich viele Fragen gerade klären oder schon geklärt sind, neue Unsicherheiten erzeugt werden, die neue Fragen und Verzögerungen nach sich ziehen.

Nach den Veröffentlichungen gemäß § 6a Abs. 3 S. 6 KHEntgG sind zum Datenstand 01.06.2022 672 Pflegebudgets für den Vereinbarungszeitraum 2020 vereinbart. Nun soll die Definition der pflegebudgetrelevanten Pflegepersonalkosten – ab 2024 – vollständig geändert werden. Dies führt dazu, dass unter anderem die grundsätzlichen Abgrenzungsfragen sowohl auf der Bundesebene als auch auf der Ortsebene erneut diskutiert werden müssen. Eine weitere Verzögerung bei den Vereinbarungen der Pflegebudgets hat zur Folge, dass Krankenhäuser gegenwärtig Millionenbeträge für aufgebautes Pflegepersonal vorfinanzieren müssen, die eigentlich über das Pflegebudget vollständig refinanziert sein sollten.

Die geplanten gesetzlichen Änderungen führen zu einer maximalen Unsicherheit sowohl auf der Bundesebene als auch auf der Ortsebene, die in einer wirtschaftlich absolut schwierigen Situation die Sicherstellung der Versorgung gefährden kann.

Die Neuregelung belastet das Pflegepersonal!

Die mit dem GVWG bestätigten Regeln des Kompromisses der Vertragsparteien auf der Bundesebene gewährleisten, dass ein ausreichender Skill Mix gewährleistet bleibt. So werden in einigen Kliniken beispielsweise im Rahmen der therapeutisch-aktivierenden Pflege pflegerische Tätigkeiten von Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sprachtherapeuten oder Neuropsychologen übernommen.

Die Neuregelung kann den Abzug des „sonstigen Personals“ aus der Pflege am Krankenbett bis hin zur Entlassung zur Folge haben. Wenn die „klassischen“ Pflegekräfte

diese Tätigkeiten/Mehrarbeit auffangen sollen, ist das Gegenteil dessen erreicht, was die Ausgliederung der Pflegekosten aus den DRG-Fallpauschalen mit dem PpSG ursprünglich bewirken wollte:

Es kommt zu einer weiteren Belastung statt Entlastung des „klassischen“ Pflegepersonals, sodass durch die Gesetzesänderung die Situation rund um den Fachkräftemangel verschärft werden dürfte.

Außerdem wird der krankenhaushausindividuelle Personalmix für diese Berufsgruppen nicht mehr beachtet. Die Krankenhäuser erzielen lediglich noch den in die Fallpauschalen einkalkulierten Durchschnittswert, was gerade die Krankenhäuser mit modernem Personaleinsatz unter Entlastung des hochqualifizierten Pflegepersonals benachteiligt und mit Finanzierungseinbußen belegt.

Die Neuregelung verkennt die tatsächlichen Ursachen der verzögerten Budgetverhandlungen!

Nach der Gesetzesbegründung haben die Vertragsparteien auf Bundesebene in ihrer Vereinbarung sicherzustellen, dass die bundeseinheitliche Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten und die Regelungen für die Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal eindeutig sind und keine Abgrenzungsprobleme auf der Ortsebene entstehen. Aus Sicht der Krankenhäuser liegen die Ursachen für die Verzögerungen bei den Budgetverhandlungen nicht in der unklaren Definition der pflegebudgetrelevanten Pflegepersonalkosten, sondern vielmehr bei der Blockadehaltung und der destruktiven Verhandlungsstrategie der Kostenträger. Die nachfolgenden Punkte werden als besonderes problematisch gesehen:

- **Datensammelwut:** Neben den ohnehin umfangreichen Vorlagepflichten der Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung warten die Krankenkassen mit umfangreichen Fragekatalogen auf, die weit über das erforderliche und auf Bundesebene vereinbarte Maß hinausgehen. Sofern die Transparenzwünsche der Krankenkassen nicht erfüllt werden, werden die Verhandlungen abgesagt. Zum Teil seien die Schiedsstellen mit der Menge an zu diskutierenden Unterlagen überfordert.
- **Infragestellung von Wirtschaftsprüferfeststellungen:** Die Bestätigungen des Wirtschaftsprüfers werden vielfach von den Kostenträgern nicht akzeptiert.
- **Pflegeentlastende Maßnahmen:** Die Anrechnung von pflegeentlastenden Maßnahmen führt immer wieder zu Konflikten auf der Ortsebene. Teilweise gibt es die Rückmeldungen aus Krankenhäusern, dass sogar der Medizinische Dienst mit der Prüfung der Wirksamkeit pflegeentlastender Maßnahmen beauftragt worden sei.
- **Rückstand bei den Verhandlungsterminen:** Eine ganze Reihe von Häusern konnten noch keine Verhandlungstermine für das Pflegebudget 2020 vereinbaren. Andere Krankenhäuser haben zwar Verhandlungstermine, es wird dann aber oft nicht zielführend verhandelt und es kommt zu absurd vielen Einzelterminen.

Um eine wirkliche Beschleunigung bei den Verhandlungen der Pflegebudgets zu erreichen, wären dies und insbesondere eine deutliche Anhebung des vorläufigen Pflegeentgeltwertes geeignete Ansatzpunkte. Eine erneute Konkretisierung der pflegebudgetrelevanten Pflegepersonalkosten führt im Ergebnis nicht zu einer Verkürzung, sondern zu einer Verlängerung der Verhandlungsdauer. Vielmehr zeigt sich in den Formulierungen des Gesetzesentwurfs die einseitig eingeschränkte Sichtweise auf die Thematik. Eine wirklich wirksame Beschleunigung der Verhandlungssituation ließe sich nur mit einer Verpflichtung der Kostenträger zur konstruktiven Verhandlungsführung im Pflegebudget erreichen. Dies würde auch der Zielsetzung des PpSG gerecht, wonach die Pflegepersonalkosten besser und unabhängig von den Fallpauschalen finanziert werden sollen.

Die Neuregelung zeigt eine einseitige Sichtweise auf Doppelfinanzierung!

In der Begründung (S. 49) wird die Vermeidung der „Doppelfinanzierung“ von Leistungen oder Mehrausgaben jenseits der Finanzierung des Pflegepersonalaufwandes in drei Sätzen hintereinander aufgezählt. Auch die Krankenhäuser sehen in der Vermeidung der Doppelfinanzierung ein wichtiges Ziel der Pflegepersonalkostenfinanzierung. Gleichwohl ist bei Anpassungen an der Systematik des Pflegebudgets sicherzustellen, dass es weder zu einer Doppelfinanzierung noch zu einer Unterfinanzierung der Pflegepersonalkosten in den Krankenhäusern kommt.

Aus diesem Grund haben sich die Vertragsparteien auf der Bundesebene seit der ersten Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung vom 18.02.2019 auf den folgenden Passus zur Systementwicklung verständigt: „Bei der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten ist entsprechend auch zu verhindern, dass pflegesatzfähige Kosten weder im DRG-finanzierten Vergütungsbereich noch im Pflegebudget finanziert werden.“ Diese Formulierung besteht auch in der aktuellen Version der Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung fort.

Hier wäre es wünschenswert, dass bei gesetzlichen Anpassungen nicht ausschließlich auf die Doppelfinanzierung abgestellt, sondern durch die gesetzlichen Vorgaben auch einer etwaiger Unterfinanzierung durch Anpassungen an der Definition der pflegebudgetrelevanten Kosten entgegengewirkt wird.

So wird im vorliegenden Gesetzesentwurf nur aus der Begründung ersichtlich, dass die InEK-Kalkulation ab dem Jahr 2024 entsprechend der neuen gesetzlichen Vorgaben anzupassen ist und die „sonstigen Pflegepersonalkosten“ wieder in die DRG-Fallpauschalen aufgenommen werden. Genauso deutlich, wie im Referentenentwurf die Vermeidung der Doppelfinanzierung herausgestellt wird, sollte auch die Vermeidung der Unterfinanzierung der Pflegepersonalkosten adressiert und ausgeschlossen werden.

Weitere inhaltliche als auch technische Umsetzungsfragen sind unzureichend gelöst:

Auszubildende: Neben dem sonstigen Pflegepersonal wäre nach der aktuellen Definition des § 17b Abs. 4a KHG (neu) zukünftig auch die Vergütungen der Auszubildenden in den Pflegeberufen von der Refinanzierung über das Pflegebudget ausgeschlossen.

Beispiel Rettungsassistenten: Derzeit ist in den Definitionen der Vertragsparteien klargestellt, dass Rettungsassistenten (Vorgängerausbildung der Notfallsanitäter) im Pflegebudget berücksichtigungsfähig sind. Mit der Neudefinition würden diese Berufsgruppen nicht mehr im Pflegebudget berücksichtigungsfähig sein.

Zeitliche Abfolge in der Kalkulation: Anpassungen an der Kalkulation zur Definition der Pflegepersonalkosten der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen benötigen einen entsprechenden Vorlauf von zwei Jahren. Der Kalkulation des Entgeltsystems für die DRG-Krankenhäuser für das Jahr 2024 erfolgt auf den Kalkulationsdaten des Datenjahres 2022. Um Änderungen an der Kalkulationssystematik durchzuführen müssten die entsprechenden Änderungen bereits für das Datenjahr 2022 Berücksichtigung finden. Das ist ausgeschlossen. Mit den aktuellen zeitlichen Vorgaben besteht die Gefahr, dass die Pflegepersonalkosten für sonstiges Pflegepersonal zwar nicht mehr im Pflegebudget vereinbart werden können, die Kalkulation des InEKs allerdings noch nicht entsprechend korrigiert wurde. Dies hat zur Folge, dass die Kosten für das sonstige Pflegepersonal weder im aG-DRG-System noch im Pflegebudget refinanziert werden.

Insgesamt ist der Eingriff in die Vereinbarungen der Selbstverwaltung kontraproduktiv und beeinflusst durch die Ankündigung einer erneuten Änderung der Regeln die laufenden Verhandlungen negativ und führt insgesamt zu dem gegenteiligen Effekt, der eigentlich durch das BMG intendiert wird. Die laufenden Budgetverhandlungen werden sich durch den Eingriff noch weiter verzögern.

Änderungsvorschlag

Die Änderungen sind ersatzlos zu streichen.