

## **Stellungnahme**

**der Deutschen Krankenhausgesellschaft**

**anlässlich der Anhörung im Ausschuss für  
Gesundheit des Deutschen Bundestages  
am 28.09.2022**

**zum**

**Entwurf der Bundesregierung für ein Gesetz  
zur finanziellen Stabilisierung der  
gesetzlichen Krankenversicherung  
(GKV-Finanzstabilisierungsgesetz)  
Drucksache 20/3448**

**sowie zum**

**Antrag der Fraktion CDU/CSU  
für ein Soforthilfeprogramm für Krankenhäuser  
zur Abfederung unvorhersehbarer  
inflationsbedingter Kostensteigerungen  
(Drucksache 20/2375)**

**Stand: 27.09.2022**

## Inhaltsverzeichnis

<b>Allgemeiner Teil</b> .....	<b>3</b>
<b>Besonderer Teil</b> .....	<b>8</b>
<b>Zu D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand</b> .....	<b>8</b>
Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand .....	8
<b>Zu Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</b> .....	<b>10</b>
Artikel 1 Nummer 7 a (§ 120 Abs. 2 Satz 7 SGB V) Anbindung der Vergütung für Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen an den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen.....	10
Artikel 1 Nummer 7 b (§ 120 Abs. 3b SGB V) Verlängerung der Frist zum Beschluss der Vorgaben zur Durchführung eines qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens.....	11
Artikel 1 Nummer 9 (§ 129 Abs. 1a SGB V) Austausch von Biosimilars durch Apotheken....	13
<b>Zu Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes</b> .....	<b>15</b>
Artikel 2 Nummer 1 Buchstabe a und b (§ 6a KHEntgG) Anpassung an die Vorgaben zur Vereinbarung des Pflegebudgets .....	15
Artikel 2 Nummer 2 (§ 9 KHEntgG) Anpassung der Beauftragung der Vertragsparteien auf der Bundesebene.....	15
<b>Zu Artikel 3 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes</b> .....	<b>16</b>
Artikel 3 Nummer 1 Buchstabe a bis c (§ 17b Abs. 4 KHG) Anpassung an den Vorgaben zur Pflegepersonalkostenabgrenzung.....	16
Artikel 3 Nummer 2 (§ 17b Abs. 4a KHG) Anpassung der Definition des pflegebudgetrelevanten Pflegepersonals .....	19
<b>Zum Antrag der Fraktion CDU/CSU für ein Soforthilfeprogramm für Krankenhäuser zur Abfederung unvorhersehbarer inflationsbedingter Kostensteigerungen (Drucksache 20/2375)</b> .....	<b>25</b>
<b>Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf</b> .....	<b>26</b>
<b>Kurzfristige Maßnahmen zum Inflationsausgleich und zum Ausgleich der Covid-Belastungen</b> .....	<b>26</b>
1.    Inflationsausgleich .....	26
2.    Ganzjahresausgleich zur Absicherung des Erlösvolumens .....	28
<b>Refinanzierung der Tarifsteigerungen – Kurzfristige Maßnahme zur Stabilisierung der Krankenhausstrukturen im Vorfeld der anstehenden Struktur- und Finanzierungsreformen</b> .....	<b>29</b>
<b>Erhöhung des Pflegeentgeltwertes</b> .....	<b>30</b>
<b>Zahlungsfrist von Krankenhausrechnungen (§ 415 SGB V)</b> .....	<b>31</b>

---

## Allgemeiner Teil

---

Der vorliegende Gesetzentwurf der Bundesregierung zielt darauf ab, die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung zu stabilisieren. Die Krankenhäuser begrüßen diese Zielsetzung, bewerten die dazu vorgesehenen Maßnahmen aber als zu kurzfristig angelegt und nicht nachhaltig.

Größtes Unverständnis seitens der Krankenhäuser löst die Ankündigung aus, dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erst zum 31. Mai 2023 Empfehlungen für eine stabile, verlässliche und solidarische Finanzierung der GKV unter besonderer Berücksichtigung der Ausgaben vorlegen werde. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und ihre Mitgliedsverbände haben dem BMG in den vergangenen Monaten konkrete Vorschläge unterbreitet, wie die medizinische Versorgung der Bevölkerung auch in Zukunft flächendeckend, qualitativ hochwertig und noch effizienter als heute gewährleistet werden kann. Auch zu den im Koalitionsvertrag der Bundesregierung angekündigten Vorhaben (Stärkung der Ambulantisierung, Einführung von Hybrid-DRGs, Weiterentwicklung des DRG-Systems, ambulante Notfallreform usw.) liegen praktikable Umsetzungsvorschläge der Krankenhäuser schon lange auf dem Tisch. Die DKG und ihre Mitgliedsverbände haben der Bundesregierung wiederholt ihre konstruktive Zusammenarbeit angeboten und zudem erklärt, auch solche Strukturreformen unterstützend zu begleiten, die für einzelne Krankenhausstandorte schmerzhaft Anpassungen mit sich bringen. Auch vor diesem Hintergrund ist es äußerst kritisch zu bewerten, dass sich die zwingend notwendigen Struktur- und Finanzreformen weiter verzögern und zudem bislang weder die Länder noch die Krankenhäuser strukturiert in die Arbeit der zuständigen Regierungskommission einbezogen wurden. Zudem bietet insbesondere die geplante Reform des Finanzierungssystems die Möglichkeit, endlich auch spürbare Schritte zur Entbürokratisierung und Entlastung des Krankenhauspersonals vorzunehmen. Der Kontrollwut und dem Bürokratiewahnsinn in den Krankenhäusern müssen Grenzen gesetzt werden. Im Ergebnis steigt dadurch die Attraktivität der Berufe im Krankenhaus und die Beschäftigten haben mehr Zeit für die direkte Patientenversorgung. Beide Effekte sind in Zeiten des Fachkräftemangels von größter Bedeutung.

Die Bundesregierung hat es bislang versäumt, eine grundlegende Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden medizinischen Versorgung auf den Weg zu bringen und sieht sich nun gezwungen, mit dem vorliegenden Gesetzentwurf kurzfristig Maßnahmen zur Vermeidung eines noch höheren Anstiegs des GKV-Zusatzbeitrages zu ergreifen. Die Krankenhäuser sind von dieser nicht nachhaltigen Vorgehensweise in vielfacher Hinsicht schmerzhaft betroffen und bewerten den Gesetzentwurf zusammenfassend wie folgt:

### Begrenzung im Pflegebudget konterkariert das Ziel einer verbesserten „Pflege am Bett“ und verschärft den Fachkräftemangel

Der Regierungsentwurf sieht eine Anpassung beim Pflegebudget der Krankenhäuser vor. Künftig sollen nur noch die Personalkosten qualifizierter Pflegekräfte und bestimmter Berufsgruppen als Pflegehilfskräfte im Pflegebudget berücksichtigt werden können. Dieses Vorhaben konterkariert das Ansinnen des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes

(PpSG), die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte durch eine bessere Personal-ausstattung und eine stärkere Fokussierung auf pflegerische Tätigkeiten zu verbessern. Wenn, wie im Gesetzentwurf vorgesehen, definierte pflegerische Tätigkeiten qualifizierter Beschäftigter anderer Gesundheitsfachberufe (rund 20.000 Vollkräfte) ab 2024 keine Berücksichtigung 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 aG-DRGs. In beiden Fällen bleiben die Krankenkassen die Kostenträger.

Die Neuregelung hat auch schwerwiegende praktische Folgen. 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 Regierungsentwurf 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 Versorgungsgengpässe verschärfen werden. Aus diesen Gründen lehnen die Krankenhäuser die geplanten Anpassungen beim Pflegebudget vehement ab und schließen sich der Forderung des Bundesrates, die geplanten Änderungen ersatzlos zu streichen, ausdrücklich an.**

Völlig sachfremd sind auch die Spekulationen des Gesetzgebers über mögliche zukünftige Normierungen im aG-DRG-Bereich. Bereits in den vergangenen Jahren ist der aG-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 DKG in eine schlechte Verhandlungsposition gegenüber dem GKV-Spitzenverband bei der Vereinbarung des aG-DRG-Kataloges für das Jahr 2023 zu bringen. Ein solches Vorgehen ist ohne Beispiel in der Gesetzgebung.

## Verschiebung der Frist zum Ersteinschätzungsverfahren des G-BA ermöglicht die Einbettung des Verfahrens in ein Gesamtkonzept „ambulante Notfallreform“

Die Krankenhäuser begrüßen zunächst, dass die Frist für eine Beschlussfassung zu einem Ersteinschätzungsverfahren nach § 120 Absatz 3b SGB V um ein Jahr verschoben wird. Allerdings muss davon ausgegangen werden, dass der G-BA voraussichtlich auch am Ende dieser Frist keine wirklich sinnvolle und angemessene Regelung wird beschließen können. Es wird daher dringend empfohlen, eine vollständige Streichung des § 120 Absatz 3b SGB V zu erwägen und den Regelungsauftrag zu einem Ersteinschätzungsverfahren, dann strukturell und inhaltlich passgenau, in der im Koalitionsvertrag vorgesehenen großen Gesetzesreform der ambulanten Notfallversorgung neu aufzugreifen.

## Zielführende sektorenübergreifende Versorgungsreform statt kaltem Strukturwandel

Der Krankenhaus Rating Report 2022 des unabhängigen Leibniz-Institutes für Wirtschaftsforschung (RWI) prognostiziert für das Jahr 2022, dass rund 60 Prozent der Krankenhäuser rote Zahlen schreiben werden. Für das Jahr 2023 geht der Report davon aus, dass rund 80 Prozent der Krankenhäuser einen Jahresverlust verzeichnen werden. Für den Fall, dass das Leistungsniveau der Krankenhäuser im Jahr 2023 nicht zum Vorkrisenniveau 2019 zurückkehrt, werden nach den Prognosen des RKI rund 38 Prozent der Krankenhäuser akut insolvenzgefährdet sein.

Sollten sich die Prognosen des RWI auch nur annähernd bewahrheiten, wäre bereits für das Jahr 2023 die Krankenhausversorgung nicht mehr flächendeckend zu gewährleisten. Um den kalten Strukturwandel und dessen Auswirkungen auf die medizinische Versorgung der Bevölkerung zumindest abzuschwächen, brauchen die Krankenhäuser bis zur Umsetzung einer grundlegenden Strukturreform eine „Brückenfinanzierung“. Unter keinen Umständen dürfen Krankenhäuser oder Abteilungen jetzt aus rein wirtschaftlichen Gründen und ohne Berücksichtigung des regionalen Versorgungsbedarf schließen, um wenig später im Rahmen einer Strukturreform für viel Beitragsgeld bedarfsnotwendige Versorgungsangebote wiederaufzubauen. Zwingend notwendig sind für das Jahr 2023 ein Ganzjahreserlösausgleich zur Absicherung des Erlösvolumens und eine vollständige Refinanzierung sämtlicher Personalkosten auch jenseits der Pflege.

Erschwerend kommt hinzu, dass die gesamtpolitischen Entwicklungen auch vor den Krankenhäusern nicht Halt machen. Die Kosten der Krankenhäuser für Medizinprodukte, Arzneimittel, Energie und weitere Sachmittel belaufen sich laut den Angaben des Bundesamtes für Statistik alleine für die Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten auf jährlich rund 50 Milliarden Euro. Angesichts der bereits eingetretenen Preissteigerungen (z. B. im Bereich der Medizinprodukte i. H. v. 7 bis 15 Prozent) und der noch zu erwartenden Energiepreiserhöhungen, ist alleine für das Jahr 2022 mit einer massiven Erhöhung der Sachkosten zu rechnen. Hinzu kommen die Kosten für die von der Bundesregierung beschlossene Umlage zur Rettung der Gasversorger, die die Krankenhäuser zusätzlich belasten wird. Für das Jahr 2023 ist aufgrund der stagnierenden Erlöse und der explodierenden Kosten mit einem Fehlbetrag zu rechnen, der sich auf rund 9 Milliarden

Euro aufsummieren wird. Dies entspricht rund 100.000 Vollkräften, die für die Versorgung jedoch dringend benötigt werden.

Die Krankenhäuser haben die Bundesregierung bereits mehrfach darauf hingewiesen, dass die aktuelle Finanzierungssystematik für diese außerordentlichen Kostensteigerungen keinerlei Ausgleichsautomatismus vorsieht. Aufgrund der staatlich regulierten Preise und des politisch gesteuerten Finanzierungssystems haben die Krankenhäuser zudem keine Möglichkeit, ihre Einnahmesituation zu steuern. Rund 40 Prozent der Krankenhäuser melden laut einer Umfrage des Deutschen Krankenhaus Institutes vom August 2022 eine kritische Liquiditätsslage. Obwohl Minister Lauterbach und dem BMG die massiven Belastungen der Krankenhäuser bekannt sind, sieht der nun vorliegende Gesetzentwurf keine Maßnahmen zum Ausgleich der unabwendbaren Kostensteigerungen vor. Neben dem geforderten sofortigen Rechnungszuschlag zum Ausgleich der Inflationsbelastungen aus dem Jahr 2022 muss auch die vorgesehene Absenkung des Pflegeentgeltwertes ab dem 1.1.2023 rückgängig gemacht werden. Diese Absenkung auf 170 Euro kostet ein Krankenhaus mittlerer Größe mit Jahresdurchschnittlich 350 belegten Betten rund 4 Millionen Euro an Liquidität ohne, dass dies zu Einsparungen bei den Krankenkassen führt.

#### Corona-Herbst steht bevor: jetzt Vorkehrungen treffen zur Vermeidung von akutem Personalmangel und Versorgungsengepässen

Gleiches gilt für die zusätzlichen Belastungen, die die aktuelle Covid-Sommerwelle und die für Herbst/Winter prognostizierte Welle für die Krankenhäuser mit sich bringen werden. Der Corona-Versorgungsaufschlag zum Ausgleich dieser Belastungen ist zum 30. Juni 2022 ausgelaufen und wurde trotz der bereits eingetretenen und noch zu erwartenden Entwicklungen bislang nicht verlängert.

Aufgrund der besonderen Belastungen durch die Corona-Pandemie wurden die Pflegepersonaluntergrenzen bereits mehrfach zeitweise ausgesetzt. Sollte sich die Corona-Situation weiter verschärfen, muss eine erneute, zeitlich befristete Aussetzung der Pflegepersonaluntergrenzen ernsthaft erwogen werden. Damit würden die Krankenhäuser von Bürokratie entlastet werden und erhalten mehr Flexibilität im individuellen Personaleinsatz, um die Versorgung sicherstellen zu können.

Ohne ein konsequentes Gegensteuern der Politik ist schon jetzt absehbar, dass sich die wirtschaftliche Schieflage der Krankenhäuser im Herbst dramatisch verschärfen wird. Mit zunehmender Insolvenzgefahr werden die Krankenhäuser, anders als in den vorangegangenen Wellen, nicht mehr in der Lage sein, ihre Versorgungsangebote uneingeschränkt und ohne Rücksicht auf die wirtschaftlichen Folgen für den eigenen Standort in die Bekämpfung der Pandemie einzubringen. Die Notfallversorgung und die dringend erforderlichen Patientenverlegungen werden absehbar stark beeinträchtigt sein.

Die Krankenhäuser fordern die Bundesregierung daher auf, den Versorgungsaufschlag wieder einzuführen, die Finanzierungslücken bei den coronabedingten Mehrkosten zu schließen sowie den 2-Prozent-Abzug im Ganzjahreserlösausgleich 2022 zu streichen. Nur dann können sich die Krankenhäuser vollständig auf die Versorgung der Patientinnen

und Patienten auch unter erschwerten Pandemiebedingungen konzentrieren und zielgerichtete Maßnahmen gegen den absehbaren akuten Personalmangel und drohende Versorgungsengpässe ergreifen. Konkrete Vorschläge zur Ausgestaltung der erforderlichen Maßnahmen sind dem Kapitel „Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf“ dieser Stellungnahme zu entnehmen.

---

## Besonderer Teil

---

### Zu D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

#### Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

##### Beabsichtigte Neuregelung

In Teil D des Gesetzentwurfs „Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand“ 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 beliefe, würden damit Mehrausgaben in Höhe von rund 375 Millionen Euro für die GKV vermieden.

##### Stellungnahme

Ab dem Jahr 2020 sollten nach dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) die Pflegepersonalkosten besser und unabhängig von den DRG-Fallpauschalen vergütet werden. Das zu diesem Zwecke eingeführte Pflegebudget sollte die Aufwendungen für den krankenhausesindividuellen Pflegepersonalbedarf und die krankenhausesindividuellen Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen berücksichtigen. Die DRG-Berechnungen wurden um diese Pflegepersonalkosten gemäß Kalkulation des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) um ca. 20 Prozent 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 Regierungsentwurf bezieht. Diesbezügliche Daten werden der Selbstverwaltung erst in den kommenden Tagen präsentiert. 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 aG-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-Kataloges überhaupt einen Eingang in den Allgemeinen Teil des Gesetzentwurfs 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.

## Zu Artikel 1

### Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

#### **Artikel 1 Nummer 7 a (§ 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 SGB V an den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen vorgegeben werden.

#### **Stellungnahme**

Die vorgesehene Anpassung in § 120 Abs. 2 Satz 7 SGB V ist vor dem Hintergrund der vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) zu streichen.

In § 3 der KSVPsych-RL werden die teilnahmeberechtigten Leistungserbringer definiert: Aus § 3 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 3 ergibt sich, dass definierter, teilnahmeberechtigter Leistungserbringer ein nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene ist und (zugleich notwendiger) Teil des Netzverbundes ist. Ein Bezug zu einer psychiatrischen Institutsambulanz ergibt sich aus § 3 KSVPsych-RL damit nicht, es wird ausschließlich auf ein nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus als leistungserbringender Kooperationspartner verwiesen, so dass an dieser Stelle die nunmehr vorgesehene Regelung ins Leere geht, da eine psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V nicht Teil der Versorgung ist.

In § 4 Absatz 1 Satz 4 KSVPsych-RL wird ergänzend geregelt, sofern ein nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus mit einer psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V Kooperationspartner ist, auch eine an diesem Krankenhaus tätige Fachärztin oder ein Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeut Bezugsarzt/-ärztin oder Bezugspsychotherapeut/-in sein kann. Die Vorschrift des § 4 Absatz 1 Satz 4 KSVPsych-RL gibt damit aber lediglich vor, dass das Krankenhaus als Grundvoraussetzung zur Erbringung bezugsärztlicher Leistungen durch angestellte Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten über eine psychiatrische Institutsambulanz verfügen muss, so dass auch an dieser Stelle die vorgesehene Regelung ins Leere geht.

Die KSVPsych-RL bezieht damit für die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung ausschließlich das nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhaus bzw. an diesem angestelltes ärztliches bzw. psychotherapeutisches Personal bei Vorhandensein einer psychiatrischen Institutsambulanz als kooperierenden Vertragspartner bzw. teilnehmenden Leistungserbringer in die Versorgung ein. Psychiatrische Institutsambulanzen stellen keinen eigenständigen Leistungserbringer im Sinne der KSVPsych-RL dar. Da die psychiatrischen Institutsambulanzen nach dieser Richtlinie keine eigenständigen Leistungserbringer sind, können sie folglich auch keine Leistungen gemäß der KSVPsych-RL abrechnen.

An dieser Stelle ist ergänzend darauf hinzuweisen, dass vom Krankenhaus Leistungen erbracht werden, die nicht zwingend eine Nähe zu ambulanten Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen aufweisen müssen: So könnten bspw. durch das Krankenhaus Kooperationen im Bereich der Notfallversorgung und Krisenintervention geschlossen werden, die wiederum nicht in den Leistungsumfang der psychiatrischen Institutsambulanz fallen müssen. Ebenso könnten Patientinnen und Patienten nach der KSVPsych-RL an indikationsspezifischen Gruppentherapien teilnehmen, die das Krankenhaus für nicht ambulante Patientinnen und Patienten anbietet.

Zudem muss berücksichtigt werden, dass psychiatrische Institutsambulanzen einen spezifischen Versorgungsauftrag erfüllen, den sie mit einem multiprofessionellen Team erfüllen. Die in den psychiatrischen Institutsambulanzen behandelten Patientinnen und Patienten bedürfen aufgrund ihrer Erkrankung eines besonderen Leistungsangebotes, welches sich von den Inhalten der KSVPsych-RL unterscheidet, so dass sich auch aus diesem Grund eine Anbindung der psychiatrischen Institutsambulanzen in die Regelungen des § 92 Abs. 6b SGB V und folglich die auf den Inhalten der KSVPsych-RL basierende Vergütung keine Anwendung finden kann.

Insgesamt ist die vorgesehene Änderung daher zu streichen und sollte das Krankenhaus bzw. das am Krankenhaus angestellte Personal in den Fokus nehmen.

### **Änderungsvorschlag**

1. Die Änderung in Artikel 1 Nummer 7 a ist zu streichen.
2. Artikel 1 Nummer 7 a wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 2 wird Satz 7 ersatzlos gestrichen
  - b) In Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „§ 76 Absatz 1 Satz 2 oder Absatz 1a“ die Wörter „**§ 92 Absatz 6b**“, eingefügt.

### **Artikel 1 Nummer 7 b (§ 120 Abs. 3b SGB V)**

**Verlängerung der Frist zum Beschluss der Vorgaben zur Durchführung eines qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens**

## Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht u. a. vor, die an den G-BA zur Beschlussfassung entsprechender Regelungen gesetzte Frist um etwa ein Jahr auf den 30 Juni 2023 zu verschieben und es wurde klargestellt, dass die Regelung als Richtlinie zu beschließen ist. Zudem werden an bestimmten Einzelaspekten der bestehenden gesetzlichen Regelung Modifikationen bzw. Ergänzungen vorgenommen. So wurde die Regelung zu den Vorgaben zur Einbeziehung ärztlichen Personals dahingehend spezifiziert, dass der G-BA das Nähere zu den Fällen vorzugeben hat, in denen nichtärztliches medizinisches Personal zu einer abschließenden Ersteinschätzung nicht in der Lage und ärztliches Personal einzu-beziehen ist. Zudem solle der G-BA, soweit erforderlich, Übergangsfristen für seine Regelung festlegen.

## Stellungnahme

Der Umstand, den G-BA von der derzeit gültigen Frist für eine Beschlussfassung, wenn auch nur durch eine Verschiebung, zu befreien, wird seitens der Krankenhäuser grundsätzlich zunächst sehr begrüßt. Zu offensichtlich zeigte sich im Zuge der bisherigen Befassung im G-BA, dass auch nur halbwegs sinnvolle und zukunftsweisende Festlegungen zu einem Ersteinschätzungsverfahren zum jetzigen Zeitpunkt schlicht nicht getroffen werden können. Das lag nicht nur an dem Umstand, dass es bislang an einem hinreichend wissenschaftlich untersuchten und bewährten Ersteinschätzungs-instrumentes, welches Aussagen zur Behandlungsdringlichkeit und zur geeigneten Versorgungsebene vereint, fehlt, sondern auch daran, dass eine grundlegende gesetzliche Reform der Strukturen der ambulanten Notfallversorgung bislang ausgeblieben ist.

Eine solche Reform wollte eigentlich schon die Vorgänger-Regierung angehen, was aber unglücklicherweise unterblieben war. Richtigerweise wurde dieses Vorhaben daher im Koalitionsvertrag der jetzigen Bundesregierung aufgenommen. Umso überraschender mutet es daher an, dass in den begleitenden Ausführungen des vorliegenden Gesetzesentwurfes nicht mit einem einzigen Wort darauf eingegangen wird, ob denn zeitnah auch mit der dringend erforderlichen Reform der ambulanten Notfallversorgung gerechnet werden kann. Es wäre nämlich auch weiterhin wenig zielführend, den G-BA ohne verbindliche Kenntnis der zukünftigen Notfallstrukturen über die Gestaltung eines Ersteinschätzungsverfahrens befinden zu lassen.

Bei auch nur den geringsten Zweifeln, dass es zeitnah zur großen Reform der ambulanten Notfallversorgung kommt, sollte daher ernsthaft erwogen werden, die Regelungen des § 120 Abs. 3b SGB V vorerst gänzlich aus dem Sozialgesetzbuch zu entfernen und gesetzliche Regelungen zu einem Ersteinschätzungsverfahren, dann strukturell und inhaltlich passgenau, in die Reform einzubetten.

Die Begründungen zu den hier gegenständlichen Änderungen lassen vielmehr die berechnete Sorge zu, dass es zu keiner zeitnahen Reform der ambulanten Notfallversorgung kommen wird. Dort wird die Verschiebung des gegenständlichen Regelungsauftrages nämlich nur kurz damit begründet, dass noch kein geeignetes „Software-

System“ für die Durchführung des Ersteinschätzungsverfahrens existiere. Dies mag wie eine Bagatelle wirken, die kurzfristig durch Software-Hersteller zu beheben sei. Dahinter verbirgt sich jedoch, dass es bislang an einem hinreichend wissenschaftlich untersuchten, in der Fachwelt auf dieser Grundlage allgemein akzeptierten, (softwarebasierten) Ersteinschätzungsinstrument fehlt, welches eine Aussage zur Behandlungsdringlichkeit mit der zur Versorgungsebene verknüpft.

Eine solche hochwertige wissenschaftliche Untermauerung eines solchen Instrumentes ist hier unumgänglich, da der Gesetzgeber mit seinen aktuellen Modifikationen zu § 120 Absatz 3b Satz 3 Nummer 2 SGB V ganz offensichtlich davon ausgeht, dass eine relevante Anzahl an Hilfesuchenden in der Notfallambulanz des Krankenhauses allein anhand einer softwarebasierten Ersteinschätzung durch nichtärztliches medizinisches Personal keinen Zugang mehr zu weiteren, dann auch ärztlichen, Abklärungen in der Notfallambulanz erhalten soll. Diese Hilfesuchenden wären offenkundig an eine andere, dann vertragsärztliche, Versorgungsebene weiterzuleiten. Liegt in solchen Fällen die entsprechende vertragsärztliche Struktur nicht mehr direkt am Krankenhaus, sodass der Hilfesuchende den Krankenhausbereich für einen möglichen längeren Transfer verlassen muss, bedingt dies im Sinne der Patientensicherheit, eine sehr hohe, wissenschaftlich unzweifelhaft erwiesene Zuverlässigkeit eines solchen Ersteinschätzungsinstrumentes.

Es muss jedoch leider davon ausgegangen werden, dass voraussichtlich auch innerhalb des nächsten Jahres noch keine befriedigende wissenschaftliche Erkenntnissituation zu den derzeit in Untersuchung befindlichen Ersteinschätzungsinstrumenten vorliegen wird. Vor diesem Hintergrund erscheint auch die Die Modifikation von § 120 Absatz 3b Satz 3 Nummer 2 SGB V übereilt, sodass davon Abstand genommen werden sollte.

Zusammenfassend wird daher dringend empfohlen, eine vollständige Streichung von § 120 Absatz 3b SGB V zu erwägen und die Gestaltung des Regelungsauftrages zu einem Ersteinschätzungsverfahren, dann strukturell und inhaltlich passgenau, in die große Reform der ambulanten Notfallversorgung aufzunehmen.

### **Änderungsvorschlag**

Es wird dringend empfohlen, eine vollständige Streichung von § 120 Absatz 3b SGB V zu erwägen und den Regelungsauftrag zu einem Ersteinschätzungsverfahren, dann strukturell und inhaltlich passgenau, in der im Koalitionsvertrag vorgesehenen großen Gesetzesreform der ambulanten Notfallversorgung neu aufzugreifen.

### **Artikel 1 Nummer 9 (§ 129 Abs. 1a SGB V)** **Austausch von Biosimilars durch Apotheken**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die im Gesetz bisher verankerte Frist für den G-BA, in der er in seiner Arzneimittel-Richtlinie Hinweise zur Austauschbarkeit von biologischen Referenzarzneimitteln durch Apotheken zu geben hat, soll um ein Jahr auf den 16. August 2023 verlängert werden.

Zudem wird er aufgefordert, zunächst Hinweise zur Austauschbarkeit von parenteralen Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln zur unmittelbaren ärztlichen Anwendung bei Patientinnen und Patienten zu geben.

## **Stellungnahme**

Wie in der Begründung des Gesetzentwurfes dargestellt, hat sich die Befassung mit dem gesetzlichen Regelungsauftrag als höchst komplex herausgestellt, sodass die Entbindung des G-BA von der ursprünglich für einen Beschluss gesetzten Frist 16. August 2022 folgerichtig ist. Ob jedoch allein die Fristverlängerung um ein Jahr ausreichen wird, oder ggf. gesetzliche Anpassungen erforderlich sind, muss im Angesicht der von vielen Seiten, u. a. auch schon im ursprünglichen Gesetzgebungsverfahren, geäußerten Kritik, weiterhin kritisch hinterfragt werden. Es stellt sich weiterhin die Frage, ob mögliche Einsparungen nicht auch auf anderen Wegen, wie beispielweise Vereinbarungen zu Verordnungsquoten erreicht werden können. Insofern erscheint es aus unserer Sicht auch nicht sinnvoll, hier bereits schon für einen recht speziellen Bereich eine Regelung vorwegzunehmen, wenn noch unklar ist, ob für den großen Bereich der Verordnungen für die nicht unmittelbare ärztliche Anwendung überhaupt eine tragfähige Lösung erreichbar ist. Daher sollte auf die Aufforderung, zunächst Hinweise zur Austauschbarkeit von parenteralen Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln zur unmittelbaren ärztlichen Anwendung zu geben, verzichtet werden.

## **Änderungsvorschlag**

Die gesetzliche Regelung zum Austausch von Biosimilars durch Apotheken sollte grundsätzlich überdacht werden, zumindest § 129 Absatz 1a Satz 6 (neu) SGB V jedoch gestrichen werden.

---

## Zu Artikel 2

### Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

#### **Artikel 2 Nummer 1 Buchstabe a und b (§ 6a KHEntgG)**

##### Anpassung an die 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.

#### **Artikel 2 Nummer 2 (§ 9 KHEntgG)**

##### Anpassung der Beauftragung der Vertragsparteien auf der Bundesebene

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Mit den Änderungen werden die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragt, bis zum 31. Mai 2023 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.

## Zu Artikel 3

### Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

#### **Artikel 3 Nummer 1 Buchstabe a bis c (§ 17b Abs. 4 KHG)**

#### **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.

In Artikel 3 Nummer 1 Buchstabe a wird die Vorgehensweise beschrieben, wie die Personalkosten von bisher im Pflegebudget berücksichtigten Berufsgruppen, welche zukünftig aufgrund des Fehlens eines entsprechenden Berufsabschlusses nicht mehr über das Pflegebudget vergütet werden, in das aG-DRG-Vergütungssystem zurückzuführen sind.

Hierzu ist vorgesehen, ab dem Jahr 2024 auf der Grundlage eines angepassten Konzepts des InEK die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen nach den Vorgaben des § 17b Absatz 4a KHG aus dem Vergütungssystem auszugliedern. Zu diesem Zweck soll analog zur erstmaligen Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem aG-DRG-Vergütungssystem eine Ausgliederung der Pflegepersonalkosten auf Basis der abschließend in § 17b Absatz 4a Satz 1 KHG genannten Berufsgruppen für die Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen durchgeführt werden.

Um eine korrekte Ausgangsbasis zur Normierung der Bewertungsrelationen des Fallpauschalen-Kataloges 2024 bereitzustellen, wird das InEK beauftragt, die Neuberechnung eines Fallpauschalen-Kataloges 2023 durchzuführen, der bereits auf der Grundlage der Vorgaben für die ab 2024 im Pflegebudget zu berücksichtigenden Berufsgruppen berechnet wurde.

In Artikel 3 Nummer 1 Buchstabe b wird vorgegeben, dass die Krankenhäuser für die Vereinbarungen ab dem Jahr 2024 die Vorgaben zur „Ausgliederung und zur bundeseinheitlichen Definition nach Absatz 4a für die Abgrenzung ihrer Kosten und Leistungen“ anzuwenden haben.

#### **Stellungnahme**

Siehe Stellungnahme zu Artikel 3 Nr. 2.

Sofern die Definition der pflegebudgetrelevanten Personalkosten erneut geändert wird und eine erneute Korrektur der Ausgliederung aus den aG-DRG erforderlich wird, sind aus Sicht der Krankenhäuser die im Kabinettsentwurf ergänzte Formulierung, wonach „analog zur erstmaligen Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem aG-DRG-Vergütungssystem eine Neuausgliederung der Pflegepersonalkosten“ auf Basis der ab 2024 zu berücksichtigenden Berufsgruppen erfolgen soll, und die begründenden Erläuterungen nicht ausreichend klar. Die aktuelle Formulierung lässt sich entgegen der eigentlichen Zielrichtung auch so auslegen, dass die Krankenhäuser den von der Politik im PpSG versprochenen Aufbau des Pflegepersonals bzw. die Tarifentwicklungen in der Pflege seit der Einführung des Pflegebudgets in 2020 durch eine Neuausgliederung der Pflegepersonalkosten – und damit verbundene Reduktion der Fallpauschalen – selbst finanzieren müssten. Dies würde der Formulierung im PpSG – wonach die Pflegepersonalkosten besser und unabhängig von den Fallpauschalen finanziert werden (Selbstkostendeckung) sollen – diametral entgegenstehen. Es ist unmissverständlich klarzustellen, dass der Aufbau des Pflegepersonals (ohne sonstige Berufe) kein Normierungstatbestand beim aG-DRG-Katalog sein kann.

### Erhebliche finanzielle Risiken

Die erstmalige Normierung des aG-DRG-Kataloges 2020 erfolgte auf Basis der Kalkulationsdaten 2017/2018. Zur Ermittlung des relevanten nationalen Case Mix (CM) wurde ein Entgeltkatalog ohne Pflegepersonal (aG-DRG) für das Jahr 2019 (Datenjahr 2017) erstellt. Zur Ermittlung und Konstanthaltung des nationalen CM wurde das Leistungsgeschehen des Jahres 2018 mit dem aG-DRG-Katalog 2019 gruppiert. Der so ermittelte nationale CM wurde dann als Basisgröße für die Normierung des aG-DRG-Kataloges 2020 angewendet. Die Bezugsgröße für den aG-DRG-Katalog 2020 wurde zur Normierung so gewählt, dass der nationale CM zwischen den beiden Katalogen 2019 und 2020 konstant bleibt.

Bei diesem Vorgang wurde ein Volumen für das Pflegepersonal der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen in Höhe von ca. 16 Mrd. € ausgliedert. Sofern davon auszugehen ist, dass hierbei ca. 10 Prozent des Personals aus der Rubrik sonstige Berufe und ohne Berufsabschluss ausgegliedert wurden, ergibt sich hieraus ein Betrag für die zukünftig relevanten Berufsgruppen in Höhe von 14,4 Mrd. €. Dieser Ausgangsbetrag wurde zur Abschätzung der finanziellen Auswirkungen nachfolgend mit den jährlichen Steigerungen der Pflegepersonalkosten der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen fortgeschrieben.

Ausgliederungsbetrag (ohne sonstige Berufe / ohne Berufsabschluss; Ausgliederungsbetrag abzüglich 10 Prozent):	ca. 14 Mrd. €
Steigerung Pflegepersonalkosten 2018/2019 (+ 10 Prozent)	
Steigerung Pflegepersonalkosten 2019/2020 (+ 10 Prozent)	
Steigerung Pflegepersonalkosten 2020/2021 (+ 7 Prozent):	ca. 18 Mrd. €

Sofern eine erneute Ausgliederung auf Basis des Datenjahres 2021 erfolgen sollte, würde dies bedeuten, dass der Aufbau beim qualifizierten Pflegepersonal in Höhe von ca. 4 Mrd. € aus den Fallpauschalen herausgenommen und zu Lasten der Krankenhäuser finanziert würde. Mit dieser Vorgehensweise bestünde die Gefahr, dass die

Krankenhäuser die Tarifentwicklung in der Pflege und der Aufbau des Pflegepersonals nun über eine Reduktion der Fallpauschalen nachträglich selbst finanzieren müssten. Die Politik hat den Krankenhäusern zugesagt, dass jede zusätzliche Pflegekraft refinanziert wird. Ein solcher Vertrauensbruch gegenüber Pflegepersonal, Krankenhäusern und der Öffentlichkeit kann nicht die Intention der Politik sein. Außerdem würde dies im Ergebnis zu massiven finanziellen Belastungen der Krankenhäuser in einer wirtschaftlich problematischen Phase führen. Der finanzielle Druck, der auf die Krankenhäuser durch einen solchen Eingriff entstehen würde, müsste durch Einsparungen in anderen Bereichen kompensiert werden, was in der derzeitigen Lage völlig ausgeschlossen ist.

#### Ausgliederungsverfahren:

Sofern der Gesetzgeber nicht von dem Vorhaben einer Änderung der Definition der pflegebudgetrelevanten Personalkosten absieht, ist sicherzustellen, dass das Basisjahr der Ausgliederung das Datenjahr 2017/2018 bleibt. Sofern auf Basis des Datenjahres 2021 erneut ausgliedert werden würde, würde der oben beschriebene Effekt eintreten. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft könnte einer solchen Vereinbarung nicht zustimmen und wäre hier auch nicht verhandlungsbereit. Ein solches Vorgehen lässt sich gegenüber den Krankenhäusern und den Pflegekräften nicht erklären.

#### Zeitliche Abfolge in der Kalkulation:

Grundsätzlich benötigen Anpassungen an der Kalkulation zur Definition der Pflegepersonalkosten der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen 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. Da die Vorgaben zur erneuten Ausgliederung bis Ende 2022 verabschiedet werden, können diese von den Kalkulationskrankenhäusern, die ihre Kalkulationsdaten 2022 bis zum März 2023 an das InEK übergeben müssen, vermutlich nicht vollständig umgesetzt werden. Es ist insofern nicht sichergestellt, dass die Kostendaten der Kalkulationskrankenhäuser des Jahres 2022, die für die Ermittlung des Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser des Jahres 2024 zur Anwendung kommt, auch schon die geänderte Definition der Pflegepersonalkosten der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen umfassen. Um eine solche Änderung gangbar umzusetzen, ist ein längerer Vorlauf nötig.

Um eine Ausgliederung der Pflegepersonalkosten wie oben erläutert umzusetzen, müsste das InEK – wie in der Gesetzesbegründung wiedergegeben – die Ausgliederung auf Basis eines Fallpauschalen-Kataloges 2023 durchführen, der bereits auf der Grundlage der Vorgaben für die ab 2024 im Pflegebudget zu berücksichtigenden Berufsgruppen erstellt wurde. Hierzu ist es notwendig, in den Kalkulationskrankenhäusern eine Neugliederung der Buchhaltung zu veranlassen. So müssten die entsprechenden Konten in den Krankenhäusern so „umsortiert“ werden, dass sich nur noch das auszugliedernde Pflegepersonal (Pflegefach- und Pflegehilfskräfte nach § 17b Abs. 4a KHG neu) auf den entsprechenden Ausgliederungskonten befindet. Der Fallpauschalen-Katalog 2023 berechnet sich auf Basis der Kalkulationsdaten des Jahres 2021. Die Kalkulationsdaten

für das Jahr 2021 wurden bereits zum 31. März 2022 (ohne Korrekturlieferfristen) an das InEK übermittelt und können nicht mehr geändert werden.

Eine Trennung der Berufsgruppen und exakte Bestimmung des Ausgliederungsbetrags ist mit der im Gesetzentwurf vorgeschlagenen Zeitschiene nicht umsetzbar. Mit der vorgesehenen Neudefinition besteht zudem die Gefahr, erhebliches weiteres Streitpotential zwischen den Vertragsparteien auf Bundes- und auf Ortsebene bei der Abgrenzung der Pflegepersonalkosten zu generieren.

Die gesetzlichen Vorgaben sind dringend so anzupassen, dass ein finanzierungsneutrales Ausgliederungsverfahren sichergestellt ist. Es kann nicht politische Intention sein, die Krankenhäuser zu einem Personalabbau bei anderen Berufsgruppen zu zwingen, falls aufgrund unklarer gesetzlicher Vorgaben zu hohe Ausgliederungsbeträge zu Lasten des aG-DRG-Vergütungssystems entstehen sollten.

### **Änderungsvorschlag**

Die Änderungen sind ersatzlos zu streichen.

### **Artikel 3 Nummer 2 (§ 17b Abs. 4a KHG)**

#### **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 31. Dezember 2022 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:

- Pflegefachkräfte (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen, Altenpfleger/-innen sowie akademisches Pflegepersonal),
- Pflegehilfskräfte (z. B. Krankenpflegehelfer/-innen, Altenpflegehelfer/-innen, Medizinische Fachangestellte, Anästhesietechnische Assistenten/-innen, Notfallsanitäter/-innen und Pflegeassistenten/-innen und Sozialassistenten/-innen).

Im Gesetzentwurf 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 auszugliedernden Pflegepersonalkosten im aG-DRG-Vergütungssystem nachzuvollziehen.

Darüber hinaus sind in der Vereinbarung nach § 17b Abs. 4a KHG Regelungen für die Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal festzulegen, das überwiegend in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätig ist.

## **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 Krankenhausstatistik) 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. Beschäftigte 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, Stationsservice etc.), müssten wieder zurück in die DRG-Fallpauschalen kalkuliert werden. Die damit verbundene Rücknahme von Ausgliederungsbeträgen dürfte zu erheblichen Diskussionen und Streit in der Selbstverwaltung über die Kalkulationsgrundlagen des Pflegebudgets sowie die Abgrenzung der Pflegepersonalkosten führen und sich die gegenwärtigen Konflikte zwischen Leistungserbringer- und Kostenträgerseite abermals verschärfen.

Die beabsichtigte Wiederherstellung der Prospektivität der Pflegebudgetverhandlungen ist hiermit sicher 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 und andere kalkulatorische Streitfragen aufwerfen. Außerdem sind die aktuellen Formulierungen und Darlegungen der Zeitschiene hinreichend unklar, weshalb eine rückwirkende Finanzierung des aufgebauten Pflegepersonals zu Lasten der Krankenhausbudgets drohen könnte. Das InEK wird damit gezwungen, eine anderweitige Kalkulation der DRGs für 2024 auf der Grundlage von erneut geänderten Voraussetzungen 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 werden.

Nach den Veröffentlichungen gemäß § 6a Abs. 3 S. 6 KHEntgG sind zum Datenstand 01.07.2022 717 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 weitere Millionenbeträge für aufgebautes Pflegepersonal vorfinanzieren müssen, die eigentlich über das Pflegebudget vollständig refinanziert sein sollten.

Die geplanten gesetzlichen Änderungen führen entgegen ihrer Intention gerade 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 Vorgaben des Kompromisses der Vertragsparteien auf der Bundesebene gewährleisten, den Krankenhäusern einen ausreichenden Skill-Mix in der Pflege. 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 ausgebildeten 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 ausgebildeten Pflegepersonals, sodass durch die Gesetzesänderung die Situation rund um den Fachkräftemangel verschärft werden dürfte. Diese Auffassung wird auch vom Bundesrat geteilt, der in seiner Stellungnahme zum GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (BR-DRs 266/22) darauf hinweist, dass durch die Rückgliederung der Arbeitsaufwand des qualifizierten Pflegepersonals weiter steigen würde. Im Ergebnis sieht der Bundesrat hier eine Erhöhung der Arbeitsbelastung die mit einer Abwanderung qualifizierter Pflegekräfte aus dem Beruf einhergehen kann.

Außerdem wird der krankenhausesindividuelle Personalmix in der Pflege nicht mehr beachtet. Die Krankenhäuser erlösen lediglich noch den in die Fallpauschalen einkalkulierten Durchschnittswert, was insbesondere die Krankenhäuser mit modernem Personaleinsatz unter Entlastung des hochqualifizierten Pflegepersonals benachteiligt und mit Finanzierungseinbußen belegt. So werden Prozessverbesserungen und innovative Ansätze im Keim erstickt.

#### 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 ausgliedernden 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 Abgrenzung der sonstigen Berufe, sondern vielmehr bei der destruktiven Verhandlungsstrategie der Kostenträger seit Beginn der Verhandlungen zum Pflegebudget. 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.

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 Gesetzentwurfs die einseitig eingeschränkte Sichtweise auf die Thematik. Eine 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 gesamten Begründung des Gesetzentwurfs wird die Vermeidung der „Doppelfinanzierung“ von Leistungen oder Mehrausgaben jenseits der Finanzierung des Pflegepersonalaufwandes eine große Bedeutung beigemessen. 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. Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme zum GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (BR Drs. 366/22) darüber hinaus darauf verwiesen, dass die bestehenden Regelungen zum Pflegebudget (§ 17b Absatz 4 KHG) durchaus geeignet sind, Doppelfinanzierungen auszuschließen.

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

So wird im vorliegenden Gesetzentwurf 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 Gesetzentwurf 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.

Ausländische Pflegekräfte: Ausländische Pflegekräfte im Anerkennungspraktikum sind in der Neudefinition des Pflegepersonals nach § 17b Abs. 4a KHG (neu) nicht umfasst. Initiativen zur Anwerbung ausländischer Pflegefachkräfte werden hierdurch zusätzlich geschwächt.

Beispiel Rettungsassistenten/-innen: Derzeit ist in den Definitionen der Vertragsparteien klargestellt, dass Rettungsassistenten (Vorgängerausbildung der Notfallsanitäter/-innen) im Pflegebudget berücksichtigungsfähig sind. Mit der Neudefinition würden diese Berufsgruppen nicht mehr im Pflegebudget berücksichtigungsfähig sein. Gleiches gilt für Zahnmedizinische Fachangestellte.

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.

---

## **Zum Antrag der Fraktion CDU/CSU für ein Soforthilfeprogramm für Krankenhäuser zur Abfederung unvorhersehbarer inflationsbedingter Kostensteigerungen (Drucksache 20/2375)**

Die Krankenhäuser begrüßen den Antrag der Fraktion CDU/CSU für ein Soforthilfeprogramm ausdrücklich. Zur genauen Ausgestaltung eines solchen Programmes verweisen wir auf Abschnitt „Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf“ dieser Stellungnahme.

---

## Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf

---

### Kurzfristige Maßnahmen zum Inflationsausgleich und zum Ausgleich der Covid-Belastungen

#### 1. Inflationsausgleich

Die Krankenhäuser sind im Jahr 2022 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. Die vorgesehene Gas-Umlage ab dem 1. Oktober 2022 wird zu weiteren Kostensteigerungen führen und die angespannte finanzielle Lage in den Krankenhäusern weiter verschärfen. 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 2,32 Prozent für das Jahr 2022 nicht möglich. Trotz der eindeutigen Problemlage hat die Bundesregierung geeignete Hilfsmaßnahmen, wie den von der DKG wiederholt geforderten Rechnungszuschlag, bislang jedoch weder angekündigt, geschweige denn in die Wege geleitet.

Sofern eine zeitnahe Umsetzung in Form eines Rechnungszuschlags in diesem Jahr nicht mehr möglich sein sollte, ist eine entsprechende Berücksichtigung über den Landesbasisfallwert 2023 in Form eines einmaligen Ausgleichs und einer Basisberichtigung des Landesbasisfallwerts 2022 vorzusehen. Für besondere Einrichtungen müsste die Umsetzung über die zu vereinbarende Erlössumme erfolgen. Im Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung wäre der Gesamtbetrag für das Jahr 2022 erhöhend zu berichtigen und ein einmaliger Ausgleich bei der Vereinbarung des Gesamtbetrags 2023 vorzusehen. Zur Refinanzierung der enormen Sachkostensteigerungen ist nach aktuellen DKG-Berechnungen eine Berichtigung in Höhe von mindestens 4 Prozent für den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes und in Höhe von mindestens 2 Prozent für den Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung zwingend notwendig.

Für die Berechnung der Prozentwerte wurde der Verbraucherpreisindex 2022 i. H. v. 7,63 Prozent (Quelle: bis August Destatis Daten, September bis Dezember DKG-Schätzung) abzüglich des Teilorientierungswertes Sachkosten, des Orientierungswertes 2022 (1,64 Prozent) im Geltungsbereich des KHEntgG mit 50 Prozent und im Geltungsbereich der BPfIV mit 25 Prozent gewichtet (Sachkostenanteil an den Gesamtkosten im Krankenhaus). Ergänzend hinzugerechnet wurden die Mehrkosten, die den Krankenhäusern durch die Gas-Umlage entstehen, sowie coronabedingte Mehrkosten (z. B. für persönliche Schutzausrüstung, Sicherheitsdienst, Einlasskontrollen), deren Höhe sich an den geleisteten pauschalen Zuschlagszahlungen für das Jahr 2021 orientiert. Hintergrund ist, dass die krankenhausesindividuelle Zuschlagsfinanzierung für coronabedingte Mehrkosten Ende 2021 ausgelaufen ist, entsprechende Mehrkosten jedoch weiterhin

anfallen. Da diese Kosten außerdem weder bei der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte 2022 noch bei der Adjustierung des Fallpauschalen-Kataloges erhöhend berücksichtigt werden konnten, ist hierfür ab dem Jahr 2022 eine Finanzierungslücke entstanden, die zu schließen ist.

Eine Umsetzung könnte wie folgt erfolgen:

### **Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**

1. § 10 Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

„Als Ausgangsgrundlage für die Verhandlung des Landesbasisfallwerts für das Jahr 2023 ist der vereinbarte Landesbasisfallwert 2022 ohne Ausgleich zur Refinanzierung der Sachkostensteigerungen für das Jahr 2022 um 4 Prozent erhöhend zu berichtigen und ein einmaliger Ausgleich in entsprechender Höhe durchzuführen. Eine Erhöhung wirkt als Basiserhöhung auch für die Folgejahre.“

2. In § 6 Abs. 3 wird nach Satz 5 folgender Satz eingefügt:

„Für die Verhandlung der Erlössumme für das Jahr 2023 ist die vereinbarte oder festgesetzte Erlössumme für das Jahr 2022 zur Refinanzierung der Sachkostensteigerungen für das Jahr 2022 um 4 Prozent erhöhend zu berichtigen und ein einmaliger Ausgleich in entsprechender Höhe durchzuführen; für diese Erhöhung der Erlössumme gilt keine Begrenzung durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1.“

3. Die bisherigen Sätze 6 und 7 werden die neuen Sätze 7 und 8.

### **Änderung der Bundespflegesatzverordnung**

In § 3 Abs. 3 wird nach Satz 12 folgender Satz angefügt:

„Bei der Vereinbarung des Gesamtbetrags für das Jahr 2023 ist der vereinbarte oder festgesetzte Gesamtbetrag für das Jahr 2022 zur Refinanzierung der Sachkostensteigerungen für das Jahr 2022 um 2 Prozent erhöhend zu berichtigen und ein einmaliger Ausgleich in entsprechender Höhe durchzuführen; eine Begrenzung nach Satz 5 gilt insoweit nicht.“

### **Berücksichtigung zukünftiger Kostensteigerungen**

Es ist zu befürchten, 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 ist eine vollständige Refinanzierung der Kostensteigerungen nicht sichergestellt. 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.

## **2. Ganzjahresausgleich zur Absicherung des Erlösvolumens**

### **Für das Jahr 2021 und 2022**

Bei der Vereinbarung eines Erlösrückgangs im Rahmen der Ganzjahresausgleiche 2021 und 2022 sind aktuell als angepasster Budget-Referenzwert nur 98 Prozent der Erlöse für 2019 zu berücksichtigen. Der 2 %-ige Erlösabzug wurde seitens des Verordnungsgebers mit einem Leistungsanreiz begründet. Bereits über den Ausgleichssatz von 85 Prozent ist dieser Anreiz jedoch ausreichend gegeben, da eingesparte Sachkostenanteile schon aus dem Referenzwert herausgerechnet sind.

Zum Zeitpunkt der Festlegung des Ganzjahresausgleichs für das Jahr 2021 wurde angenommen, dass die Corona-Inzidenzen im Sommer rückläufig sind und im folgenden Herbst aufgrund der dann abgeschlossenen Impfkampagne keine weitere „Corona-Welle“ mehr zu erwarten ist. Man ging außerdem davon aus, dass es ab der Jahresmitte zu Nachholeffekten in der stationären Versorgung kommen würde.

Insofern liegt dem Ganzjahresausgleich 2022 erneut die falsche Annahme und Erwartung zu Grunde, dass sich die Leistungen allmählich wieder auf das Niveau des Jahres 2019 einpendeln werden. Davon sind die Krankenhäuser angesichts der pandemischen Lage weit entfernt. Diese Fehleinschätzung muss daher dringend korrigiert und der 2 %-ige Erlösabzug aufgehoben werden.

Dazu ist eine entsprechende Anpassung in der KHWiSichV vorzunehmen, indem § 5a Abs. 9 Satz 1 der Verordnung gestrichen wird.

### **Für das Jahr 2023**

Der Ganzjahresausgleich zur Absicherung des Erlösvolumens im Jahr 2023 trotz schwankender Patientenzahlen muss auf der Basis des Jahres 2019 fortgeschrieben werden. Es darf dabei keine Absenkung des Basisvolumens 2019 auf 98 Prozent erfolgen. Die Fortschreibung des Ganzjahresausgleichs für das Jahr 2023 ist im Rahmen der Verordnungsermächtigung des Bundesministeriums nach § 23 Abs. 2 Nr. 3 KHG möglich.

## Refinanzierung der Tarifsteigerungen – Kurzfristige Maßnahme zur Stabilisierung der Krankenhausstrukturen im Vorfeld der anstehenden Struktur- und Finanzierungsreformen

Die Tarifsteigerungen bei den Personalkosten auch jenseits der Pflege sind in vollem Umfang über alle Berufsgruppen hinweg zu finanzieren. Dazu muss in § 10 Abs. 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.

### Gesetzestechnische Umsetzung:

§ 10 Abs. 5 KHEntgG wird wie folgt gefasst:

*„(5) Bei der Vereinbarung des Basisfallwerts sind erstmals für das Jahr **2020 2023** nach Maßgabe der folgenden Sätze 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 Erhöhungsrate. 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 Erhöhungsrate zu erhöhen. Sofern der Basisfallwert bereits vereinbart oder festgesetzt ist, ist die anteilige Erhöhungsrate 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 Erhöhungsrate vorzunehmen.*

§ 3 Abs. 4 BPfIV wird wie folgt neu gefasst:

*„(4) Bei der Vereinbarung einer Erhöhungsrates 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 Erhöhungsrates 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.“*

## **Erhöhung des Pflegeentgeltwertes**

Zur Präsentation des Entgeltsystems im Krankenhaus 2023 am 02.09.2022 hat das InEK die Bezugsgröße zur Normierung des Pflegeerlöskataloges 2023 vorgestellt. Danach beträgt die Bezugsgröße für das zur Normierung herangezogene Datenjahr 2021 **209,75 €**. Aufgrund der Systematik der Ermittlung dieser Bezugsgröße im Rahmen der Normierung des Pflegeerlöskataloges – Pflegepersonalkosten geteilt durch Pflegeetage – entspricht dieser Betrag den durchschnittlichen Pflegepersonalkosten der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen der Kalkulationskrankenhäuser im Datenjahr 2021.

Um etwaigen Kostenentwicklungen Rechnung zu tragen und die Pflegepersonalkosten der Kalkulationskrankenhäuser zu refinanzieren, ist dieser Pflegeentgeltwert um den Teilkostenorientierungswert für Personalkosten entsprechend fortzuschreiben.

Die 209,75 € sind noch um die Teilkostenorientierungswerte für Personalkosten für Krankenhauskosten 2021 und 2022 fortzuschreiben, wobei letzterer aktuell noch nicht feststeht.

### **Gesetzliche Umsetzung:**

§ 15 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG wird wie folgt gefasst:

(2a) <sup>1</sup>Kann der krankenhaushausindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2020 noch nicht berechnet werden, sind für die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a die Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wie folgt zu multiplizieren:

1. bis zum 31. März 2020 mit 146,55 Euro,
2. vom 1. April 2020 bis zum 31. Dezember 2020 mit 185 Euro,
3. vom 1. Januar 2021 bis zum 30. Juni 2022 mit 163,09 Euro,
4. vom 1. Juli 2022 bis zum 31. Dezember 2022 mit 200 Euro und
5. ab dem 1. Januar 2023 mit xxx,xx Euro.

## 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 Liquiditätspässe der Krankenhäuser zu vermeiden (vgl. die Ausführungen in Bundestags-Drucksache 19/13397 S. 45, 54), gerecht werden

Vor dem Hintergrund eines in der Praxis immer häufiger festzustellenden Vorgehens seitens der Krankenkassen ist zudem eine Klarstellung erforderlich, dass innerhalb der fünf-tägigen 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 Vergütungs-

forderung 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.

Eine Umsetzung könnte wie folgt erfolgen:

### **Änderung des SGB V:**

§ 415 SGB V wird wie folgt geändert:

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.