

Stellungnahme

der Deutschen Krankenhausgesellschaft

zum

Referentenentwurf
des Bundesministeriums für Gesundheit

für ein

Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals
(Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz – PpSG)

Stand: 6. Juli 2018

Inhaltsverzeichnis

Allgemeiner Teil	4
Besonderer Teil	12
Artikel 1 - Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	12
Zu Artikel 1 Nr. 1 (§ 12a KHG)	
Fortführung des Krankenhausstrukturfonds	12
Artikel 2 - Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	15
Zu Artikel 2 Nr. 1 (§ 17a KHG)	
Finanzierung der Ausbildungsbudgets und der Ausbildungs(-mehr)vergütungen.....	15
Zu Artikel 2 Nr. 2 (§ 17b KHG)	
Entwicklung einer neuen Pflegepersonalkostenvergütung	17
Artikel 3 - Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	19
Zu Artikel 3 (§ 17a KHG)	
Finanzierung der Ausbildungs(-mehr)vergütungen in der Krankenpflegehilfe	19
Artikel 4 - Änderung der Bundespflegesatzverordnung	20
Zu Artikel 4 Nr. 1 (§ 3 Abs. 4 BPfIV)	
Umsetzung einer vollständigen Refinanzierung von Tarifsteigerungen beim Pflegepersonal für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser und Fachabteilungen	20
Zu Artikel 4 Nr. 2 (§ 11 BPfIV)	
a) Rückzahlung von nicht zweckentsprechend verwendeten Mitteln aus der „Tarifrate“	
b) Nachweispflicht zur zweckentsprechenden Verwendung der Mittel aus der „Tarifrate“	21
Artikel 5 - Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung	22
Zu Artikel 5 Nr. 3 (§§ 11 bis 15 KHSFV)	
Förderungsfähige Vorhaben, Kosten und Antragstellung	22
Artikel 7 - Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	28
Zu Artikel 7 Nr. 1, Buchstabe b (§ 20 Abs. 6 SGB V)	
Betriebliche Gesundheitsförderung	28
Zu Artikel 7 Nr. 2, Buchstabe a (§ 20b Abs. 3 SGB V)	
Betriebliche Gesundheitsförderung	28
Zu Artikel 7 Nr. 2, Buchstabe b (§ 20b Abs. 3 SGB V)	
Betriebliche Gesundheitsförderung	29
Zu Artikel 7 Nr. 6 (§ 87 Abs. 2a SGB V)	
Ausweitung der Videosprechstunde.....	29
Zu Artikel 7 Nr. 7 (§ 119b SGB V)	
Anforderungen für die elektronische Kommunikation zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und mit ihnen kooperierenden Pflegeeinrichtungen	30
Zu Artikel 7 Nr. 10 (§ 221 Abs. 3 SGB V)	
Beteiligung des Bundes an Aufwendungen.....	30
Zu Artikel 7 Nr. 11 (§ 271 Abs. 2 Satz 6 SGB V)	
Zuführung von Mitteln aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds.....	31
Zu Artikel 7 Nr. 12 (§ 301 SGB V)	
Übermittlung des Pflegegrades an das Krankenhaus.....	31

Artikel 8 - Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	33
Zu Artikel 8 Nr. 2, Buchstabe c (§ 4 Abs. 2a KHEntgG)	
Anpassung der Vorgaben zum Fixkostendegressionsabschlag	33
Zu Artikel 8 Nr. 2, Buchstabe e (§ 4 Abs. 8 KHEntgG)	
Fortführung des Pflegestellenförderprogramms	36
Zu Artikel 8 Nr. 2, Buchstabe f (§ 4 Abs. 8a KHEntgG)	
Verbesserte Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf	36
Zu Artikel 8 Nr. 3, Buchstabe a (§ 6 Abs. 3 Satz 5 KHEntgG)	
Umsetzung der Tarifrefinanzierung bei krankhausindividuellen Entgelten	37
Zu Artikel 8 Nr. 4 (§ 6a KHEntgG)	
Einfügung eines § 6a mit den Vorschriften zur Vereinbarung des neuen Pflegebudgets auf der Ortsebene	38
Zu Artikel 8 Nr. 6, Buchstabe c, Doppelbuchstaben aa und bb (§ 8 Abs. 10 KHEntgG)	
Klarstellungen zur Berechnungssystematik beim Pflegezuschlag	42
Zu Artikel 8 Nr. 7, Buchstabe a, Doppelbuchstabe cc (§ 9 Abs. 1 Nr. 7 KHEntgG)	
Vereinbarung der Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen	48
Zu Artikel 8 Nr. 7, Buchstabe a, Doppelbuchstabe dd) Nr. 9 (§ 9 Abs. 1 Nr. 7 KHEntgG)	
Bereinigung des Prozedurenschlüssels	49
Zu Artikel 8 Nr. 8, Buchstabe a (§10 Abs. 5 KHEntgG)	
Neufassung der Regelungen zur Tarifrefinanzierung	49
Zu Artikel 8 Nr. 12, Buchstabe b (§ 15 Abs. 2. KHEntgG)	
Abschlag zur Abrechnung von Pflegeleistungen bei fehlender Budgetvereinbarung	51
Zu Artikel 8 Nr. 13	
Erweiterung der Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG	52
Artikel 9 - Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	54
Zu Artikel 9 Nr. 1 bis 3 (§§ 6, 9 und 10 KHEntgG)	
Vereinbarung der Erhöhungsrates ab 2020	54
Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf	55
1. Keine Abschläge bei der stationären Notfallversorgung	55
2. Sicherstellungszuschlag wirksam ausgestalten	56
3. Bundesbasisfallwert und -korridor weiterhin prospektiv nach Maßgabe des Veränderungswertes weiterentwickeln	60
4. Sicherstellung der Geltung der Abrechnungsbestimmungen der Selbstverwaltungspartner	60
5. Abrechnungskonflikte i. V. m. der Prozedurenklassifikation (OPS)	62
6. Ausschluss der Rückwirkung von Gerichtsurteilen	62
7. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	65
8. Abgabe von Betäubungsmitteln bei Entlassung aus dem Krankenhaus	67

Allgemeiner Teil

Deutschlands Krankenhäuser versorgen jährlich rund 40 Millionen Patientinnen und Patienten. Ambulant und stationär, 365 Tage im Jahr und rund um die Uhr. Die Krankenhäuser sind damit der Garant für eine flächendeckende Versorgung auf höchstem Qualitätsniveau. Die Patientinnen und Patienten können sich auf die Krankenhäuser verlassen. Für die 1,2 Millionen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist ihre Tätigkeit im Krankenhaus Beruf und zugleich Berufung. Gut qualifiziertes Personal und eine gute Personalausstattung sind die zentralen Voraussetzungen für eine gute Krankenhausmedizin.

Personal zu gewinnen und dauerhaft an sich zu binden, ist deshalb eine der größten Herausforderungen, vor der die Krankenhäuser derzeit stehen. Damit sich in Zukunft noch mehr Menschen für einen Beruf im Krankenhaus entscheiden und im Anschluss langfristig dort bleiben, müssen die Arbeitsbedingungen und die Vergütung in den Krankenhäusern attraktiv ausgestaltet sein. Gleiches gilt für die Ausbildungsbedingungen. Vor diesem Hintergrund begrüßen die Krankenhäuser, dass die Bundesregierung mit dem vorliegenden Referentenentwurf zahlreiche Maßnahmen vorsieht, die den Arbeitsplatz Krankenhaus noch attraktiver machen sollen. Die vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen in der Pflege, die Weiterentwicklung des Pflegestellenförderprogramms, die verbesserte Finanzierung der Ausbildung und auch die geplante Ausgliederung der Pflegekosten aus dem DRG-System bieten das Potenzial, die von den Krankenhäusern benötigten Rahmenbedingungen zur Personalsicherung und zum weiteren Aufbau von Pflegepersonal spürbar zu verbessern. Gleiches gilt für den geplanten Ausbau der betrieblichen Gesundheitsförderung und die finanzielle Beteiligung der Kostenträger an Maßnahmen zur verbesserten Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf. Grundvoraussetzung für den Erfolg der Maßnahmen ist allerdings, dass die entsprechenden gesetzlichen Vorgaben so formuliert sind, dass sie die gewünschten Wirkungen vor Ort in den Krankenhäusern auch tatsächlich entfalten können. Ein wichtiger Schritt ist in diesem Zusammenhang insbesondere die unmissverständliche Vorgabe, dass der vom einzelnen Krankenhaus vorgesehene Pflegepersonaleinsatz und die damit verbundenen Pflegepersonalkosten als wirtschaftlich zu gelten haben. Diese Abkehr von der Dominanz des Wirtschaftlichkeitsgebots gegenüber dem tatsächlichen Pflegebedarf der Patientinnen und Patienten ist ein bedeutender Meilenstein auf dem Weg zu einer sachgerechten patientenorientierten Personalfinanzierung. Die Krankenhäuser begrüßen, dass der Referentenentwurf dies vorsieht.

Nicht akzeptabel ist die im Referentenentwurf vorgesehene Streichung des aus dem Versorgungszuschlag hervorgegangenen Pflegezuschlages; diese würde der Krankenhausversorgung ab dem Jahr 2020 jährlich bis zu 500 Millionen Euro entziehen. Der Versorgungszuschlag wurde den Krankenhäusern seinerzeit als Ausgleich für die Absenkung der Landesbasisfallwerte durch die doppelte Degression gewährt. Über Jahre zu Lasten aller Krankenhäuser geminderte Landesbasisfallwerte sollten mit der jährlichen Aufstockung um 0,8 % (500 Mio. Euro) zumindest teilweise ausgeglichen werden (der über Jahre kumulierte negative Basiseffekt der Landesbasisfallwertabsenkungen liegt deutlich höher). Ab 2017 wurde der Versorgungszuschlag budgettechnisch als An-

reizmechanismus mit den Pflegeaufwendungen der Krankenhäuser verknüpft. Eine direkte Finanzierung der Pflegelasten der Krankenhäuser war mit dem Pflegezuschlag zu keinem Zeitpunkt gegeben. Er diente stets als allgemeiner Ausgleich für die über viele Jahre geminderten Landesbasisfallwerte zu Lasten aller Krankenhäuser. Die nunmehr vorgesehene ersatzlose Streichung des Pflegezuschlages hätte für die Krankenhäuser die Wirkung einer allgemeinen Budgetkürzung und damit die Wirkung einer Kostendämpfungsmaßnahme zu Gunsten der Krankenkassen. Die möglichen Fördereffekte der Neuordnung der Pflegefinanzierung würden a priori im Umfang von einer ca. ½ Mrd. Euro gemindert, wenn diese absolut unerwartete Kostendämpfungsmaßnahme zum Vollzug käme. Die Krankenhäuser richten den dringenden Appell an die Bundesregierung und die Koalitionsfraktionen, die Mittel des Pflegezuschlages den Krankenhäusern zu belassen.

Gute Pflege ist Teamarbeit, Förderung muss ganzheitlich erfolgen

Die Pflege bildet mit über 430.000 Beschäftigten die größte Berufsgruppe in den Krankenhäusern. Um dem steigenden Versorgungsbedarf einer älter werdenden Bevölkerung gerecht zu werden, haben die Krankenhäuser in den vergangenen 10 Jahren über 25.000 neue Stellen in der Pflege geschaffen. In ihren über 950 Ausbildungsstätten bilden die Krankenhäuser zudem jährlich rund 80.000 Pflegekräfte aus.

Die voll ausgebildeten Pflegekräfte in den Krankenhäusern werden von vielen tausenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unterstützt. Die Entlastung der ausgebildeten Pflegekräfte von Tätigkeiten, die ohne Beeinträchtigung von Qualität auf andere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter delegiert werden können, ist eine sinnvolle und notwendige Arbeitsteilung. Die Kliniken praktizieren die Arbeitsteilung seit Jahren und entwickeln sie ständig weiter. Deshalb muss neben dem Aufbau in der qualifizierten Pflege auch der die Pflege unterstützende und entlastende Personalaufbau in die Gesamtbeurteilung der pflegerischen Versorgung in den Krankenhäusern einbezogen werden. Voll ausgebildete Pflegekräfte, Pflegehilfskräfte und pflegeentlastende Dienste müssen als Patienten um- und versorgende Einheiten gesehen werden. Das Statistische Bundesamt weist eine seit Jahren steigende Personalkostensumme für das in den Krankenhäusern eingesetzte Pflegepersonal aus (+ 32 % im Zeitraum von 2006 bis 2016).

Ergänzend zum Anstieg der Gesamtzahl der Beschäftigten in der Pflege sind in den Krankenhäusern seit Jahren vielfältigste pflegeentlastende Initiativen durch Investitionen in bauliche, administrative, IT-technologische, logistische u. ä. Verbesserungen entstanden. Dass diese Möglichkeiten nur begrenzt genutzt werden können, liegt an der unzureichenden Investitionsmittelbereitstellung durch die Bundesländer.

Restriktive Finanzierungsbedingungen erschweren Personalaufbau

Erschwerend kommt eine über viele Jahre anhaltende Unter- bzw. Knappfinanzierung der tariflichen linearen und strukturellen Personalkostensteigerungen hinzu. Das DRG-System berücksichtigt preisliche und quantitative Personalkostensteigerungen nur äußerst begrenzt und in der Regel nicht hausindividuell. Seit 2004 werden die Krankenhäuser durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen zu einem extrem rationalen Personaleinsatz gezwungen. Personalmehrbedarfe in den Häusern vor Ort für die Erfüllung von Qualitätsvorgaben, für immer mehr Dokumentationserfordernisse, für Entlassma-

nagement und dergleichen finden im DRG-System keine Berücksichtigung. Unter den Bedingungen des einheitlichen pauschalierenden DRG-Preissystems muss jedes Krankenhaus, das zusätzliches Personal beschäftigt, die Kosten dafür aus den für alle Krankenhäuser gleichen Fallpauschalen refinanzieren.

Vom Gesetzgeber im Laufe der Jahre eingeführten Zuschlagsregelungen zur Ergänzung der Fallpauschalen sind durch restriktive Umsetzungsregelungen, wie bei den Sicherstellungszuschlägen, oder durch Verweigerung, wie bei den Zentrumszuschlägen, letztlich nur sehr begrenzt zum Tragen gekommen. Zuschläge für Patientinnen und Patienten mit Pflegestufe werden von den Kassen bis dato ebenfalls verweigert. Um Zuschläge für besonders aufwendige Pflegebedarfe zu erhalten, müssen Krankenhäuser aufwendige Dokumentationen erstellen, die von den medizinischen Diensten akribisch geprüft werden, um letztlich zugunsten der Patienten erbrachte Leistungen über die Kostenträger nicht finanzieren zu müssen. Sowohl die Mehrleistungsabschläge, wie auch die Degressionsabschläge mindern zudem die Personalkostenrefinanzierung, denn Personalkostenanteile in den Fallpauschalen für den jährlich wachsenden Behandlungsbedarf werden „mitdegressiert“ und damit nur anteilig finanziert. Die mengenbedingte Degression der Landesbasisfallwerte hatte über Jahre maßgeblich zur anhaltenden Personalunterfinanzierung beigetragen.

Ausgliederung der Pflegekosten erfordert flankierende Rahmenvorgaben

Dass die Koalition die Negativwirkungen des pauschalierenden Vergütungssystems für die Pflege beenden will, ist ein Paradigmenwechsel in der Finanzierung der Krankenhäuser. Die überwiegende Mehrheit der Krankenhäuser sieht vor dem Hintergrund der dargestellten Unzulänglichkeiten des ordnungspolitischen Rahmens des DRG-Systems in einer hausindividuellen bedarfsorientierten Pflegekostenfinanzierung Chancen für eine besser abgesicherte Finanzierung des Pflegepersonals und begrüßen und unterstützen diesen Weg.

Im Hinblick auf die arbeitsteilige Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen in der pflegerischen Versorgung der Patientinnen und Patienten sind aber bei der Umsetzung des Konzeptes die Interdependenzen des ganzheitlichen Personaleinsatzes zu beachten. Soweit pflegeentlastende Initiativen der Vergangenheit dazu führen, dass Kliniken nach der Ausgliederung in Unterdeckungen kommen, müssen sie Möglichkeiten erhalten, die hausindividuellen Besonderheiten bei den Vereinbarungen der Pflegebudgets geltend zu machen. Ergänzend sind Konvergenzschritte für den erforderlichen Anpassungsprozess in diesen Krankenhäusern vorzusehen. Auch muss die kontinuierliche Weiterentwicklung von Delegations- und Substitutionsprozessen bei den zukünftig hausindividuellen Pflegebudgets berücksichtigt werden. Beim Verwendungsnachweis über die eingesetzten Mittel und bei der jährlichen Weiterentwicklung der Budgets sind dazu Flexibilitätskorridore vorzusehen.

Die im Referentenentwurf vorgegebene Vereinbarung eines bundeseinheitlichen Pflegeerlöskataloges als Abrechnungsinstrument für das Pflegekostenbudget wird von der DKG abgelehnt. Die Vorgabe, dass die bisherigen Kalkulationswerte die zukünftige Abrechnung steuern soll, würde die Fehlsteuerungseffekte des bestehenden Systems fortsetzen. Zur Abrechnung der Jahreskosten für die Pflege sind krankenhauseinheitliche

Tagespflegekostensätze das erheblich einfachere, bürokratieärmere und systemkonforme Instrument.

Die DKG bewertet den Zeitplan für die Ausgliederung der Pflegekostenanteile aus den Fallpauschalen und für die Schaffung der Rahmenregelungen für die Vereinbarung der neuen Pflegekostenbudgets als eng, bei gutem Willen aller Beteiligten aber für realisierbar. Maßgeblich für die Akzeptanz der Reform ist aus Sicht der Krankenhäuser die gesicherte Berücksichtigung aller Pflegekosten in den hausindividuell zu vereinbarenden Pflegekostenbudgets. Da die Krankenkassen versuchen werden, die von den Krankenhäusern geltend gemachte Pflegepersonalausstattung und die dazu gehörenden Kosten zu drücken, sind gesetzliche Vorgaben erforderlich, die den Zielen der so reformierten Pflegefinanzierung auch tatsächlich gerecht werden können. Dass der Referentenentwurf vorsieht, dass das Pflegebudget nicht durch die Grundlohnrate (Veränderungswert) begrenzt werden darf und dass die dem einzelnen Krankenhaus entstehenden Pflegepersonalkosten als wirtschaftlich im Sinne des § 12 SGB V gelten, ist ausdrücklich zu begrüßen. Vor diesem Hintergrund sehen die Krankenhäuser für die Überführung in das neue System im Jahr 2020 keine Notwendigkeit für andere Instrumente zur Personalbedarfsermittlung. Zu beobachten bleiben allerdings die sich durch die neuen Finanzierungs- und Förderbedingungen in der stationären Pflege möglicherweise ergebenden Allokationseffekte zu Lasten besonders belastender Pflegeleistungen und anderer Sektoren, insbesondere auch der stationären Rehabilitation, auf die perspektivisch ggf. mit entsprechenden Instrumenten zu reagieren wäre.

Neuausrichtung der Pflegefinanzierung ersetzt Pflegepersonaluntergrenzen

Mit der grundlegenden Neuausrichtung der Pflegefinanzierung werden die Voraussetzungen für einen spürbaren Pflegepersonalaufbau in den Krankenhäusern geschaffen. Jede Pflegekraft, die ein Krankenhaus in Zukunft einstellt, wird dauerhaft und vollständig refinanziert. Für die Krankenhäuser gibt es damit für den Bereich der Pflege schon ab dem Jahr 2019 keinen Grund mehr für Personaleinsparungen. Die im Koalitionsvertrag angekündigte Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen für alle bettenführenden Abteilungen sollte vor diesem Hintergrund auch unter ordnungspolitischen Gesichtspunkten nochmals einer kritischen Prüfung unterzogen werden. Dass der Referentenentwurf die Erweiterung der Pflegeuntergrenzen nicht enthält, ist zu begrüßen.

Zu hinterfragen ist darüber hinaus, ob der bereits bestehende gesetzliche Auftrag, der die Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen für besonders pflegesensitive Krankenhausbereiche vorsieht, unter den zukünftig geltenden Rahmenbedingungen noch weiterverfolgt werden sollte. Der bürokratische Aufwand zur Dokumentation und Darlegung des jeweiligen Personaleinsatzes in der Pflege ist erheblich und aufgrund der geänderten Rahmenbedingungen verzichtbar. Zur Vermeidung situativer Unterbesetzungen, deren Gründe in der Regel in vorübergehenden Belegungsspitzen aufgrund der Notwendigkeit, Patienten zu versorgen oder in temporären Stellenbesetzungsproblemen liegen können, kann das Instrument der Pflegeuntergrenzen ohnehin nicht beitragen. Denn diese Tatbestände müssen in jedem Falle von Ausnahmeregelungen erfasst sein. Ansonsten müssten die Krankenhäuser die Aufnahme von Patienten spontan verweigern.

Pflegestellenförderprogramm umfasst wichtige Verbesserungen

Die Fortsetzung des Pflegestellenförderprogramms unter verbesserten Rahmenbedingungen ist eine wichtige Maßnahme zur Unterstützung des bereits begonnenen Pflegestellenaufbaus. Positiv hervorzuheben sind insbesondere der Wegfall des Eigenanteils der Krankenhäuser in Höhe von 10 Prozent der zusätzlichen Kosten und die Streichung der bisherigen Begrenzung auf einen maximalen Anteil des Gesamtbudgets. Beide Faktoren haben den angestrebten Personalaufbau bislang limitiert. In welchem Umfang die Krankenhäuser das Programm in Anspruch nehmen werden, wird allerdings auch von der Verfügbarkeit qualifizierter Pflegekräfte am Arbeitsmarkt abhängen. Umso wichtiger ist deshalb, dass auch die Aufstockung von Teilzeitkräften förderfähig bleibt. Die mit dem Programm verbundenen Nachweispflichten müssen bürokratiearm umgesetzt werden.

Tarifausgleich darf keine Berufsgruppen diskriminieren und sollte an Landesbasisfallwerten anknüpfen

Die restriktiven gesetzlichen Finanzierungsbedingungen haben die Krankenhäuser in den vergangenen Jahren unter massiven Rationalisierungsdruck gesetzt. Das Auseinanderdriften der Entwicklung der Tariflöhne auf der einen und der Landesbasisfallwerte auf der anderen Seite („Tariflohn-Erlös-Schere“) war - neben der unzureichenden Investitionsförderung der Länder - einer der zentralen Auslöser dieser Fehlentwicklung. Die vollständige Refinanzierung der linearen und strukturellen Tarifsteigerungen war deshalb längst überfällig und trifft auf die volle Unterstützung der Krankenhäuser. Nicht nachvollziehbar ist allerdings, warum die vollständige Tarifkostenrefinanzierung nur für das Pflegepersonal gelten soll und andere Berufsgruppen im Krankenhaus (pflegeentlastende Dienste, Physiotherapeuten, Hebammen oder Logopäden) weiterhin einem Rationalisierungsdruck ausgesetzt werden. Sachgerechter als die derzeitige Anbindung der Tarifausgleichsrate an die Grundlohnrate bzw. den Veränderungswert wäre zudem deren direkte Anbindung an die tatsächliche Entwicklung der jeweiligen Landesbasisfallwerte.

Gute Rahmenbedingungen für die Ausbildung sind der Schlüssel im Kampf gegen den Fachkräftemangel

Die Ausbildung von jährlich 80.000 Pflegekräften und weiteren rund 20.000 Nachwuchskräften anderer Berufsgruppen ist ein wichtiges Instrument im Kampf gegen den Fachkräftemangel. Die vorgesehenen Maßnahmen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Ausbildung unterstreichen, dass die Bundesregierung die hohen Anstrengungen der Krankenhäuser im Bereich der Ausbildung anerkennt und verstärkt fördern möchte. Ausdrücklich zu begrüßen ist die geplante Abschaffung des Anrechnungsschlüssels bei der Ermittlung der Mehrkosten der Ausbildungsvergütung. Nicht nachvollziehbar ist allerdings, warum die Abschaffung nicht für die gesamte Zeit der Ausbildung, sondern nur für das erste Ausbildungsjahr gelten soll. Positiv ist auch, dass alle im Krankenhausfinanzierungsgesetz genannten Ausbildungsberufe bei einer vereinbarten Ausbildungsvergütung zu refinanzieren sind. Die bisherigen Streitigkeiten mit den Krankenkassen sollten damit der Vergangenheit angehören. Dank einer entsprechenden Klarstellung im Referentenentwurf gilt dies auch für die von den Krankenkassen wiederholt und zu Unrecht eingeforderte Fortschreibung der Ausbildungsbudgets nach Maßgabe der Grundlohnrate bzw. des Veränderungswertes. Dass in Zukunft auch

Investitionen in neue Ausbildungskapazitäten mit Mitteln aus dem Krankenhausstrukturfonds förderfähig sind, ist ein wichtiger Schritt zur Förderung der Ausbildungsanstrengungen der Krankenhäuser.

Pflegefinanzierung in der Psychiatrie und Psychosomatik

Die Finanzierung in der Psychiatrie und Psychosomatik erfolgt entsprechend der durch das PsychVVG vollzogenen Richtungskorrektur bereits über krankenhausespezifische Budgets. Hierzu sind von den psychiatrischen Einrichtungen bereits umfassende Nachweise zu allen Berufsgruppen nach der Psych-PV zu erbringen. Ab dem Jahr 2020 greifen die Personalmindestanforderungen des G-BA. Zudem soll ab 2020 ein leistungsorientierter Krankenhausvergleich Anwendung finden. Im Sinne der beabsichtigten Stärkung der Ortsebene bleibt es den Vertragsparteien auf der Ortsebene überlassen, auf Grundlage dieser vielfältigen Informationen ein sachgerechtes Budget zu vereinbaren. Eine gesetzliche Vorgabe zur Refinanzierung der Pflegekosten in voller Höhe ist jedoch nicht vorhanden. Daher sollte die Aussetzung des Wirtschaftlichkeitsgebotes zumindest für die Pflegekosten auch in der BPfIV verankert werden.

Die vorgesehene Verbesserung der Refinanzierung von Tarifentwicklungen ist grundsätzlich zu begrüßen. Die Umsetzung über die pauschale Rate sollte jedoch eine vollständige Berücksichtigung dieser Kostenentwicklungen für alle Berufsgruppen und auch der strukturellen Elementen vorsehen.

Ausbau des Krankenhausstrukturfonds ist zu begrüßen, löst aber grundlegende Investitionsmisere nicht

Anstelle der jährlich erforderlichen Investitionsfördermittel in Höhe von mindestens 6 Milliarden Euro stellen die Länder den Krankenhäusern aktuell lediglich 2,8 Milliarden Euro zu Investitionszwecken zur Verfügung. Die jährliche Förderlücke von über 3 Milliarden Euro ist eine der zentralen Ursachen für die wirtschaftlich äußerst angespannte Situation vieler Krankenhäuser. Die Krankenhäuser sehen den Bund in der Pflicht, die Länder zu unterstützen, wenn diese weiterhin nicht in der Lage sind, ihren Verpflichtungen auf dem Gebiet der Investitionsfinanzierung nachzukommen. Der im Referentenentwurf angelegte Ausbau des Krankenhausstrukturfonds ist keine Lösung der bestehenden Investitionsproblematik. Er kann aber einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen leisten und wird deshalb von den Krankenhäusern begrüßt. Die Ausweitung der Förderkriterien auf Ausbildungsplätze und digitale Anwendungen entspricht einer langjährigen Forderung der Krankenhäuser, geht aber noch nicht weit genug. Insbesondere die investiven Erfordernisse der Digitalisierung machen ein mehrjähriges Sonderprogramm „Digitales Krankenhaus“ dringend erforderlich, wenn die ambitionierten Ziele der Bundesregierung auf diesem Gebiet eine Chance zur Umsetzung haben sollen.

Kassen können Zusatzentgelte für erhöhten Pflegeaufwand nicht länger verweigern

Zur besseren Abbildung und Vergütung des pflegerischen Aufwands im Rahmen einer Krankenhausbehandlung sieht der DRG-Katalog für das Jahr 2018 zwei neue Zusatzentgelte für erhöhten Pflegeaufwand bei Vorliegen einer Pflegegradeinstufung vor. In der Abrechnungspraxis zeigte sich jedoch, dass die Krankenkassen die Abrechnung

dieses Zusatzentgeltes durch Verweigerung der Übermittlung des zutreffenden Pflegegrades an die Krankenhäuser regelhaft ablehnen. Vor diesem Hintergrund begrüßen die Krankenhäuser die im Referentenentwurf vorgesehene Verpflichtung der Kassen zur Übermittlung des Pflegegrades ihrer betroffenen Versicherten.

Fixkostendegressionsabschlag

Die Krankenhäuser begrüßen ausdrücklich die gesetzliche Festlegung des Fixkostendegressionsabschlags sowie den Wegfall der möglichen Erhöhungsverhandlungen auf der Ortsebene. Durch diese Maßnahme wird Planungssicherheit geschaffen und Verhandlungen mit einem hohen Konfliktpotential vermieden. Dringend erforderlich bleibt die gesetzliche Ausnahmeliste um Geburten und Leistungssteigerungen infolge krankenhauplanerischer Festlegungen zu ergänzen.

Weiterer dringender gesetzlicher Handlungsbedarf

Über die Inhalte des vorliegenden Referentenentwurfs hinaus möchten die Krankenhäuser die Bundesregierung auf weiteren dringenden gesetzlichen Handlungsbedarf zu den Themen stationäre Notfallstufen, Sicherstellungszuschlag, Bundesbasisfallwertkorridor und -berechnung sowie zur aktuellen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) aufmerksam machen. Zu letzteren gibt u.a. ein neues Urteil des BSG zur Interpretation der Abrechnungsvoraussetzungen bei der Behandlung von Schlaganfallpatienten Anlass, Klarstellungen der Bundesregierung dringend einzufordern. Viele Tausende aufwendige Behandlungsfälle drohen rückwirkend bis zu 4 Jahren im Nachhinein gekürzt zu werden, weil das BSG für den für diese Behandlungen maßgeblichen OPS-Code eine Interpretation höchstrichterlich festlegt, die in keinsten Weise mit den Intentionen dieser Kodiervorschrift übereinstimmt. Konkret wird vorgegeben, dass bei einem einzuhaltenden Entfernungsmaß von 30 Minuten Fahrtzeit bis zur nächsten neurochirurgischen Klinik bereits die Zeiten vor Beginn der Abfahrt einbezogen werden. Wenn diese Auslegung tatsächlich höchstrichterlichen Stellenwert behält, würden kooperative Versorgungsnetze für die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung von schwerstkranken Schlaganfallpatienten zerstört werden und in den Krankenhäusern, die die Leistungen erbracht haben bzw. in Zukunft weiter erbringen, Erlösverluste in dreistelligen Millionenbeträgen auslösen.

Hintergrund dieser BSG-Entscheidung ist, dass eine im Laufe der Jahre zu beobachtende zunehmende Anzahl von Abrechnungsstreitigkeiten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen die Bezahlung von erbrachten Behandlungsleistungen aufgrund der Anwendung der im Katalog von Operationen und anderen medizinischen Prozeduren festgelegten Verschlüsselungen (OPS) erschweren. Der OPS hat sich insbesondere im Bereich sogenannter „Komplekkodes“ (Vielzahl von Leistungserbringungs-voraussetzungen einschließlich Mindestwerte für Vorhaltung) von seiner eigentlichen Funktion als gesetzlich vorgeschriebene Klassifikation für medizinische Operationen und Leistungen (u.a. für Abrechnungszwecke) zunehmend entfernt. Durch die Aufnahme zahlreicher immer detaillierter Anforderungen in den OPS, hat er sich mehr und mehr zu einem gesetzlich zumindest fraglich legitimierten und durch das SGB V nicht intendierten Leistungsplanungs- und Leistungssteuerungsinstrument entwickelt. Immer absurder anmutende Abrechnungsstreitigkeiten, die zunehmend durch das BSG entschieden werden, befassen sich in der überwiegenden Anzahl mit im OPS formulierten

Anforderungen. Auch beim Vorliegen klarer Formulierungen im OPS weicht das BSG zunehmend von diesen ab und setzt mit eigenen Deutungen, die in keiner Weise der Versorgungsrealität entsprechen, verbindliche Maßstäbe zu Lasten der Krankenhäuser. Die auf der Grundlage dieser Urteile erfolgten Rechnungskürzungen durch die Kassen sind dabei nicht nur in die Zukunft gerichtet, sondern auch auf längst abgeschlossene Behandlungsfälle.

Die DKG hält es für unerlässlich, eine gesetzliche Grundlage zu schaffen, die das BMG legitimiert, unterjährige Klarstellungen zu einzelnen OPS-Kodes in der vom DIMDI im Auftrag des BMG herausgegebenen Prozedurenklassifikation (OPS) vorzunehmen, und diese allgemein verbindlich zu erklären.

Besonderer Teil

Artikel 1

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu Artikel 1 Nr. 1 (§ 12a KHG)

Fortführung des Krankenhausstrukturfonds

Beabsichtigte Neuregelung

Der Krankenhausstrukturfonds wird zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019 fortgeführt. Die Mittel werden dem Krankenhausstrukturfonds, wie bisher, aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt. Ergänzend zu den bisherigen Förderungszwecken (Schließungen, Konzentrationen, Umwandlungen akutstationärer Versorgungskapazitäten) können ab 2019 auch gesundheitspolitisch besonders herausragende Zwecke gefördert werden: Bildung von Zentren zur Behandlung seltener, komplexer oder schwerwiegender Erkrankungen, Bildung zentralisierter Notfallstrukturen, Verbesserung der IT-Sicherheit von Krankenhäusern und Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten für Krankenpflegeberufe.

Von dem Gesamtförderbetrag von zwei Milliarden Euro stehen in den Jahren 2019 bis 2022 jährlich jeweils 500 Millionen Euro zur Verfügung, abzüglich der Aufwendungen des BVA für die Durchführung des Krankenhausstrukturfonds sowie abzüglich der Aufwendungen für die Auswertung der Wirkung der Förderung. Die Verteilung des restlichen Betrags erfolgt wie gehabt nach dem Königsteiner Schlüssel. Neu geregelt wurde, dass 10 % der zur Verfügung stehenden Fördermittel für länderübergreifende Vorhaben zur Verfügung stehen, um diese Vorhaben ebenfalls zu fördern.

Jährlich von den Ländern nicht abgerufene Beträge können bis zum 31. Dezember 2022 durch Antrag abgerufen werden. Nicht abgerufene Mittel verbleiben im Gesundheitsfonds. Das bisher durchgeführte Nachverteilungsverfahren entfällt hierdurch. Hintergrund ist der hohe Verwaltungsaufwand des Verfahrens.

Die Zuteilung der Fördermittel erfolgt grundsätzlich auf Basis der gleichen Voraussetzungen. Klargestellt wurde, dass bei einer Ko-Finanzierung von mindestens 50 Prozent der förderungsfähigen Kosten, mindestens die Hälfte davon von den Ländern zu tragen ist. Dies soll eine überwiegende Ko-Finanzierung durch die Krankenhausträger verhindern.

Neu förderungsfähig sind Vorhaben von Hochschulkliniken, soweit diese die Verbesserung der informationstechnischen Sicherheit von Hochschulkliniken oder die Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten für Pflegeberufe in den mit Hochschulkliniken verbundenen Ausbildungsstätten zum Gegenstand haben.

Die Entscheidung zu den förderungsfähigen Vorhaben soll weiterhin durch das Land im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen getroffen werden (§ 13 KHG).

Die Krankenhausstrukturfonds-Verordnung ist entsprechend angepasst.

Stellungnahme

Die Fortführung und Ausweitung des Krankenhausstrukturfonds löst nicht die bestehende Investitionsproblematik, wird jedoch als wertvoller Beitrag zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen begrüßt. Die Aufnahme neuer Förderzwecke und die Ausdehnung bis zum Jahr 2022 vergrößern den Wirkungsbereich des Krankenhausstrukturfonds und tragen zu seiner Zielsetzung, der Verbesserung der Versorgungsstrukturen, bei. Im Bereich der Digitalisierung ist die Ausweitung der Förderkriterien ein Schritt in die richtige Richtung, allerdings ist hier, neben der Förderung durch den Krankenhausstrukturfonds, ein mehrjähriges Sonderprogramm „Digitales Krankenhaus“ dringend erforderlich.

Sachdienlich und aus der Gesetzesbegründung hervorgehend ist als neuer Förderzweck nicht nur auf die in § 12a KHG genannte Bildung integrierter Notfallstrukturen abzustellen, sondern ergänzend auch auf die Errichtung von Zentralen Notaufnahmen im Sinne des G-BA-Beschlusses zu den stationären Notfallstrukturen. Viele Krankenhäuser haben derzeit noch keine zentrale Notaufnahme und bauen diese innerhalb der Übergangsfrist von drei Jahren auf, um zukünftig zumindest an der Basisstufe teilnehmen zu können. Hier hilft die Erweiterung des Krankenhausstrukturfonds bei der Verbesserung, Zentralisierung und Sicherstellung der Notfallversorgung in Deutschland. Daher ist § 12a KHG dahingehend abzuändern, dass grundsätzlich eine Zentralisierung von Notfallstrukturen förderfähig ist, unbenommen ob dies in Form eines integrierten Notfallzentrums oder einer zentralen Notaufnahme erfolgt.

Positiv zu bewerten ist die Öffnung des Krankenhausstrukturfonds auch für länderübergreifende Vorhaben. Versorgungsstrukturen halten sich oft nicht an Ländergrenzen und die Förderung auch länderübergreifender Vorhaben trägt zu einer Verbesserung der Versorgungsstrukturen bei.

Zu begrüßen ist die Änderung, dass die Länder die ihnen zustehenden Mittel bis 2022 abrufen können. Dies ist insbesondere hinsichtlich der Planung der Vorhaben positiv zu bewerten. Der Wegfall des Nachverteilungsverfahrens aus Gründen der Vereinfachung und somit der Verbleib nicht abgerufener Mittel im Gesundheitsfonds ist jedoch nicht sachgerecht. Der Krankenhausstrukturfonds zielt auf eine Verbesserung der Krankenhausstrukturen ab und daher sollten alle zur Verfügung stehenden Mittel in den Krankenhausbereich fließen. Hier ist am bisherigen Nachverteilungsverfahren festzuhalten, welches nach Ablauf der vier Jahre durchzuführen ist. Denkbar wäre die Festlegung eines Bagatellbetrages, ab dessen Erreichung keine Nachverteilung mehr durchzuführen ist. Dies gilt analog für länderübergreifende Vorhaben.

Die Klarstellung, dass der Anteil des Landes mindestens 25 % der förderungsfähigen Kosten betragen muss, ist nachvollziehbar und trägt zur Verhinderung einer Überbelastung der Krankenhausträger bei.

Die Öffnung der Förderungszwecke zur Verbesserung der IT-Sicherheit sowie zur Erweiterung der Ausbildungskapazitäten für Hochschulkliniken ist zu begrüßen. Hier trägt der Krankenhausstrukturfonds zu einer flächendeckenden Verbesserung der Versorgungsstrukturen bei, ohne die Hochschulkliniken unberücksichtigt zu lassen.

Die Entscheidung, welche Vorhaben gefördert werden, fällt zwingend in die Länderkompetenz der Krankenhausplanung und somit in die ausschließliche Zuständigkeit der Länder. Deshalb ist eine entsprechende Änderung des § 12a KHG erforderlich. Sofern die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen dennoch zumindest ins Benehmen gesetzt werden sollen, ist dies zwingend auch für die Landeskrankenhausgesellschaften umzusetzen.

Änderungsvorschlag

Zu § 12a Absatz 1 Satz 3 KHG

„Über die in § 12 Absatz 1 Satz 3 genannten Zwecke hinaus können auch Vorhaben [...] zur Bildung **integrierter zentralisierter** Notfallstrukturen [...] gefördert werden.“

Zu § 12a Absatz 2 Satz 3 KHG

„Mittel, die von einem Land bis zum 31. Dezember 2022 durch vollständig und vorbehaltlos eingereichte Anträge nicht vollständig beantragt worden sind, **stehen zur Nachverteilung zur Verfügung verbleiben beim Gesundheitsfonds**. Mit dem Betrag, der über den den Ländern nach Satz 1 zustehenden Anteil der Fördermittel hinausgeht, können länderübergreifende Vorhaben gefördert werden. Soweit diese Mittel bis zum 31. Dezember 2022 durch vollständig und vorbehaltlos eingereichte Anträge nicht vollständig beantragt worden sind, **stehen sie zur Nachverteilung zur Verfügung verbleiben sie beim Gesundheitsfonds**.“

Zu § 12a Absatz 5 KHG

„§ 13 gilt entsprechend, **mit der Änderung, dass die Entscheidung, welche Vorhaben gefördert werden sollen, ausschließlich durch die Länder getroffen wird**.“

Artikel 2

Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu Artikel 2 Nr. 1 (§ 17a KHG)

Finanzierung der Ausbildungsbudgets und der Ausbildungs(-mehr)vergütungen

Beabsichtigte Neuregelung

Es findet im Referentenentwurf eine Klarstellung dahingehend statt, dass für alle in § 2 Nr. 1a Krankenhausfinanzierungsgesetz genannten Ausbildungsberufe, die vereinbarten Ausbildungsvergütungen über das Ausbildungsbudget zu finanzieren sind. Des Weiteren ist eine Abschaffung des Anrechnungsschlüssels bei der Ermittlung der Mehrkosten der Ausbildungsvergütung für die Auszubildenden in der Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflege und der Krankenpflegehilfe für das erste Jahr ihrer Ausbildung vorgesehen.

Weiterhin stellt der Referentenentwurf explizit klar, dass die Ausbildungsbudgets entsprechend der tatsächlichen Kostenzuwächse von den Vertragsparteien auf der Ortsebene zu vereinbaren sind und keine einfache Fortschreibung der Ausbildungsbudgets nach Maßgabe der Grundlohnrate bzw. des Veränderungswertes zu erfolgen hat.

Stellungnahme

Durch die gesetzliche Klarstellung, dass alle vereinbarten Ausbildungsvergütungen der in § 2 Nr. 1a KHG genannten Ausbildungsberufe über das Ausbildungsbudget zu finanzieren sind, wird nunmehr Rechtssicherheit geschaffen. Die Krankenhäuser begrüßen dies außerordentlich. Bisher wurde die Finanzierung der Ausbildungskosten der betrieblich-schulischen Gesundheitsberufe von den Krankenkassen abgelehnt.

Folgerichtig spricht sich die DKG mit Nachdruck dafür aus, die dringend in den Krankenhäusern benötigten Ausbildungsberufe Operationstechnische Assistentin / Operationstechnischer Assistent (OTA) und Anästhesietechnische Assistentin / Anästhesietechnischer Assistent (ATA) in § 2 Nr. 1a KHG aufzunehmen. Dies impliziert die sofortige staatliche Anerkennung von OTA und ATA durch ein entsprechendes Berufszulassungsgesetz.

Der Wegfall des Anrechnungsschlüssels von Auszubildenden im ersten Ausbildungsjahr, die in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege bzw. in der Krankenpflegehilfe ausgebildet werden, ist ein wichtiger Schritt, um den Stellenwert der Ausbildung insgesamt zu unterstreichen. Ab dem Jahr 2020 wird die neue generalistische Pflegeausbildung eingeführt. Die Tragweite der Auswirkungen der Zusammenführung der bisherigen drei Ausbildungen in der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu einem einheitlichen Berufsbild kann nicht überschätzt werden.

Die Krankenhäuser sehen die potenziellen positiven Effekte einer generalistischen Pflegeausbildung. Zusätzlich wird das Berufsbild aufgrund des breit gefächerten Aufgabenspektrums und der vielfältigen Einsatzmöglichkeiten attraktiver.

Dies hat zur Folge, dass sich zukünftig die Struktur der Ausbildung dahingehend verändern wird, dass die Praxiseinsätze der Auszubildenden in kürzeren zeitlichen Einheiten absolviert werden müssen, da insgesamt ein breiteres Spektrum an Ausbildungsstationen absolviert werden muss. Die mit einer generalistischen Ausbildung verbundene Reduzierung der Verweilzeiten der Auszubildenden an den einzelnen Ausbildungsstationen wird die tatsächliche Entlastung von voll ausgebildeten Pflegekräften durch Auszubildende weiter deutlich reduzieren. Vor diesem Hintergrund besteht die zwingende Notwendigkeit, auch um den Charakter der Ausbildung zu unterstreichen zukünftig vollständig auf einen Anrechnungsschlüssel zu verzichten. Für den Bereich der Krankenpflegehilfe, die mit dem bestehenden Anrechnungsverhältnis von 6 zu 1 bereits seit Jahrzehnten mit einem extrem hohen nicht nachvollziehbaren Anrechnungsschlüssel belegt ist, trifft dieses ähnlich zu.

Die gesetzliche Klarstellung, dass das Budget der Ausbildungsstätten bei wirtschaftlicher Betriebsgröße und Betriebsführung die Kosten decken und nicht durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 KHEntgG begrenzt werden soll, wird von der DKG ausdrücklich begrüßt.

Es ist noch dringend darauf hinzuweisen, dass die Änderungen für den Bereich der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege ebenfalls im Pflegeberufegesetz (PflBG) aufgenommen werden müssen.

Änderungsvorschlag

Änderung des § 17a Abs. 1 KHG, Streichung des Satzes 2 und der neuen Sätze 3 und 4

~~„Abweichend von Satz 1 sind bei einer Anrechnung nach den Sätzen 3 und 4 nur die Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen zu finanzieren. Bei der Ermittlung der Mehrkosten der Ausbildungsvergütung sind Personen, die in der Krankenpflege oder Kinderkrankenpflege ausgebildet werden im zweiten und dritten Jahr ihrer Ausbildung, im Verhältnis 9,5 zu 1 auf die Stelle einer in diesen Berufen voll ausgebildeten Person anzurechnen. Personen, die in der Krankenpflegehilfe ausgebildet werden, sind im zweiten und dritten Jahr ihrer Ausbildung im Verhältnis 6 zu 1 auf die Stelle einer voll ausgebildeten Person nach Satz 2 anzurechnen.“~~

Zu Artikel 2 Nr. 2 (§ 17b KHG)

Entwicklung einer neuen Pflegepersonalkostenvergütung

Beabsichtigte Neuregelung

Mit dieser Regelung sollen für das Jahr 2020 ein um die Pflegepersonalkosten bereinigter Fallpauschalenkatalog und ein Katalog mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen je Belegungstag für den Pflegeaufwand durch das InEK erstmals bis zum 30. September 2019 zur Verfügung gestellt werden. Dazu sollen die Vertragsparteien auf Bundesebene auf der Grundlage eines Konzepts des InEK bis zum 31. Januar 2019 eine bundeseinheitliche Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten vereinbaren, auf deren Grundlage die Krankenhäuser eine Ausgliederung der Kosten und Leistungen des Pflegepersonals für das erste Halbjahr 2019 vornehmen sollen. Die Ergebnisse sind vom InEK ganzjährig hochzurechnen und damit die Bewertungsrelationen des DRG-Vergütungssystem für das Jahr 2020 zu vermindern. Auf Basis der ausgegliederten Pflegepersonalkosten ist daraufhin der tagesbezogene Katalog mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen für die Pflegeleistungen zu entwickeln.

Stellungnahme

Die Regelung sieht einen engen Zeitplan für die Änderung der Pflegepersonalkostenvergütung vor. (Im Folgenden wird davon ausgegangen, dass sich das Wort Krankenhäuser in Satz 3 des neuen § 17b Abs. 4 KHG nur auf die Kalkulationskrankenhäuser bezieht. Eine Abgrenzung der Kosten und Leistungen der Pflegepersonalkosten für das erste Halbjahr 2019 durch alle Krankenhäuser wäre realistisch nicht durchführbar und ist auch für eine Bereinigung der Kalkulationsbasis im InEK, die sich nur auf die Stichprobe der teilnehmenden Krankenhäuser bezieht, nicht zweckdienlich.) Neben der Übermittlung der Fallkostendaten des Jahres 2018 im Frühjahr 2019 sollen die Kalkulationshäuser parallel die Kosten und Leistungen des Pflegedienstes des ersten Halbjahres 2019 abgrenzen, um die Ergebnisse dem InEK für die Bereinigung des DRG-Katalogs zur Verfügung zu stellen.

Ein Problem besteht darin, dass die bisherige DRG-Kalkulation auf den Ist-Kosten gemäß des testierten Jahresabschlusses des abgelaufenen Jahres in den Kalkulationskrankenhäusern basiert, bei der Entwicklung des Katalogs für 2020 auf den Daten des Jahres 2018, die für die erstmalige Ausgliederung der über die Pflegepersonalvergütung zu refinanzierenden Kosten auf einer Hochrechnung auf Basis des ersten Halbjahres 2019. Abgesehen von noch bestehenden Ungenauigkeiten stimmen die Pflegepersonalkosten für 2019 bedingt durch Tarifsteigerungen, Leistungsveränderungen und möglichen Personalaufstockungen nicht mit den in den Kalkulationsdaten für den Fallpauschalenkatalog 2020 enthaltenen Pflegepersonalkostenanteilen überein, so dass es zu einer fehlerhaften Ausgliederung kommen kann. Um dies zu vermeiden, ist durch das InEK eine sachgerechte Lösung zu entwickeln.

Die Entwicklung eines bundeseinheitlichen Pflegeerlöskatalogs nach DRG-Systematik als Abrechnungsinstrument für das Pflegekostenbudget wird von der DKG abgelehnt. Der Pflegeaufwand wird durch die fallbezogene Klassifikation des DRG-Systems nur unzureichend abgebildet. Die Unzulänglichkeiten bei der Abbildung der Pflege im DRG-

System würden in das neue System übernommen. Die neue Budgetlösung für die Vergütung der Pflegepersonalkosten muss unabhängig von der Anwendung dieses Instruments erfolgen, da es nicht in die Systematik passt und für die Krankenhäuser einen weiteren überflüssigen bürokratischen Aufwand nach sich ziehen würde. Über die Abrechnung anhand eines einheitlichen tagesbezogenen Entgeltes, der entsprechend des früheren Basispflegesatzes aus der einfachen Division des Pflegepersonalkostenbudgets durch die vorkalkulierten Belegungstage ermittelt wird, könnte eine einfache solidarische Aufteilung der aus dem beschäftigten Pflegepersonal resultierenden Vergütungsansprüche des Krankenhauses auf die einzelnen Kostenträger erfolgen.

Änderungsvorschlag

Die Entwicklung eines Pflegeerlöskatalogs ist ersatzlos zu streichen. Die Abrechnung des Pflegekostenbudgets erfolgt ohne ein Leistungsmessungsinstrument über ein einheitliches tagesbezogenes Entgelt als Abschlagszahlung auf das Budget.

Artikel 3

Weitere Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu Artikel 3 (§ 17a KHG)

Finanzierung der Ausbildungs(-mehr)vergütungen in der Krankenpflegehilfe

Beabsichtigte Neuregelung

Folgeregelung zum Wegfall des Anrechnungsschlüssels für das erste Ausbildungsjahr in der Krankenpflegehilfe.

Stellungnahme

Siehe Ausführungen zu Artikel 2 Nummer 1 § 17a KHG.

Änderungsvorschlag

Siehe Ausführungen zu Artikel 2 Nummer 1 § 17a KHG.

Artikel 4

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Zu Artikel 4 Nr. 1 (§ 3 Abs. 4 BPfIV)

Umsetzung einer vollständigen Refinanzierung von Tarifsteigerungen beim Pflegepersonal für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser und Fachabteilungen

Beabsichtigte Neuregelung

Tarifsteigerungen beim Pflegepersonal für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser und Fachabteilungen sollen ab dem Jahr 2018 vollständig refinanziert werden.

Stellungnahme

Hinsichtlich der Kritik an der Umsetzung der Refinanzierung von Tarifsteigerungen verweisen wir auf unsere Stellungnahme zu § 10 Abs. 5 KHEntgG (Artikel 8, Nr. 8 Buchstabe a).

Die dort erwähnten Kritikpunkte ziehen auch an dieser Stelle Anpassungsbedarf nach sich.

Änderungsvorschlag

§ 3 Absatz 4 BPfIV wird wie folgt gefasst:

„(4) Bei der Vereinbarung einer ~~Erhöhungsr~~ate für Tariferhöhungen Tarifrate nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes oberhalb des Veränderungswerts ist der von den Vertragsparteien vereinbarte Gesamtbetrag nach Absatz 2 oder Absatz 3 erstmal~~s für das Jahr 2018~~ um ~~40~~ 80 Prozent ~~der nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Erhöhungsr~~ate für Tariferhöhungen Differenz zwischen dem Veränderungswert und der nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Tarifrate 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.“

Zu Artikel 4 Nr. 2 (§ 11 BPfIV)

- a) Rückzahlung von nicht zweckentsprechend verwendeten Mitteln aus der „Tarifrate“**
b) Nachweispflicht zur zweckentsprechenden Verwendung der Mittel aus der „Tarifrate“

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung der Vorschriften für die Budgetverhandlungen in § 11 Absatz 4 Satz 1 BPfIV soll eine Nachweispflicht zur zweckentsprechenden Verwendung der über die „Tarifrate“ bzw. den Erhöhungswert bereitgestellten Finanzmittel und in § 11 Absatz 1 BPfIV eine Verpflichtung zur Rückzahlung von nicht zweckentsprechend verwendeten Mitteln eingeführt werden.

Stellungnahme

Die Kosten durch Tarifentwicklung werden in der Krankenhausfinanzierung durch eine Erhöhung des Gesamtbetrages als Anteil der Erhöhungsrates berücksichtigt. Sowohl dieser Mechanismus als auch die Vorgabe eines geschätzten Durchschnittswertes für alle Personalgruppen in Höhe von 55 % zeigt, dass Tarifsteigerungen hiermit pauschal abgegolten werden. Diese pauschale Erhöhung des Gesamtbetrages mit einer Zweckbindung für den krankenhausesindividuellen Anteil der Pflegekosten zu verbinden ist nicht systemkonsistent und kann daher auch in der Praxis nicht sachgerecht umgesetzt werden. Hinzu kommt, dass die psychiatrischen Einrichtungen bereits seit dem Jahr 2016 umfassende Nachweise zur Personalausstattung für alle Berufsgruppen vorzulegen haben. Hierzu sind sowohl die vereinbarten Vollkräfte und Personalkosten differenziert nach Berufsgruppen als auch eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die tatsächlichen Vollkräfte nach Berufsgruppen, auch im Pflegedienst, und die Personalkosten insgesamt nachzuweisen. Für die psychiatrischen Einrichtungen ist die Sinnhaftigkeit eines zusätzlichen Nachweises für den Pflegedienst nicht erkennbar. Ein Nachweis zum Pflegeanteil der Tarifrate alleine für psychosomatische Einrichtungen wäre auch nicht gerechtfertigt. Somit sollte grundsätzlich auf einen zusätzlichen Nachweis für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen verzichtet werden.

Änderungsvorschlag

Die vorgesehenen Änderungen in § 11 Absatz 1 und § 11 Absatz 4 Satz 1 BPfIV sind ersatzlos zu streichen.

Artikel 5

Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung

Zu Artikel 5 Nr. 3 (§§ 11 bis 15 KHSFV)

Förderungsfähige Vorhaben, Kosten und Antragstellung

Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherigen förderungsfähigen Vorhaben werden beibehalten und weiter konkretisiert. Zudem erfolgt eine Erweiterung der Fördertatbestände. Die Kriterien gelten auch für länderübergreifende Vorhaben.

Beim Förderzweck Schließung ist es zukünftig nicht mehr erforderlich, dass mindestens eine Abteilung eines Krankenhauses geschlossen wird. Diese Änderung steht im Zusammenhang mit der neu eingeführten gestaffelten Pauschalförderung der bei Schließung förderungsfähigen Kosten. Hiernach erhält ein Krankenhaus einen gestaffelten Förderbetrag in Abhängigkeit der Anzahl der zu schließenden Planbetten. Bis zu einer Anzahl von 10 zu schließenden Planbetten erfolgt keine Förderung.

Hinsichtlich des Förderzwecks der Konzentration wurde klargestellt, welche Arten von förderfähigen Vorhaben insbesondere unter diesen Förderzweck fallen: Versorgungseinrichtungen zur Behandlung von seltenen, schwerwiegenden und komplexen Erkrankungen sowie die dauerhafte Zusammenarbeit im Rahmen eines Krankenhausverbundes. Zur Abgrenzung von Versorgungseinrichtungen zur Behandlung von schwerwiegenden und komplexen Erkrankungen werden die Mindestmengen des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie Mindestfallzahlen im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder zur Rate gezogen.

Der Förderzweck Umwandlung wird ebenfalls beibehalten, jedoch mit der Einschränkung, dass bei einer Umwandlung eines Krankenhauses in eine nicht akutstationäre Versorgungseinrichtung, in eine stationäre Pflegeeinrichtung oder in eine Einrichtung der stationären Rehabilitation mindestens die Hälfte der akutstationären Versorgungskapazitäten von der Umwandlung betroffen sein müssen.

Neu ist zudem die Aufnahme von Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung informationstechnischer oder kommunikationstechnischer Anlagen, Systeme oder Verfahren oder bauliche Maßnahmen in die förderungsfähigen Vorhaben nach § 11 KHSFV, die erforderlich sind, um die Informationstechnik der Krankenhäuser, die die Voraussetzungen des Anhangs 5, Teil 3 der BSI-Kritisverordnung erfüllen, an die Vorgaben des § 8a IT-Sicherheitsgesetzes anzupassen, sowie ebenfalls die Aufnahme telemedizinischer Netzwerkstrukturen, insbesondere zwischen Krankenhäusern der Schwerpunkt- und Maximalversorgung und Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung in die förderungsfähigen Vorhaben, wenn sie vorhandene Dienste der Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen nach § 291a SGB V nutzen.

Zudem können zukünftig die Bildung zentralisierter Notfallstrukturen und Ausbildungskapazitäten in Ausbildungsstätten gefördert werden.

Die Förderzwecke nach § 11 Abs. 1 Nr. 4a und 6 KHSFV sind ebenfalls förderfähig, wenn an diesen Vorhaben Hochschulkliniken beteiligt sind.

Bezüglich der förderungsfähigen Kosten wurde die Pauschalierung der Kosten bei der Schließung eingeführt. Im Bereich der Vorhaben zur Verbesserung der IT-Sicherheit und der Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen sind die Kosten zur Beschaffung, Errichtung, Erweiterung und Entwicklung der Anlagen sowie die erforderlichen baulichen Maßnahmen förderfähig. Bei den restlichen förderungsfähigen Vorhaben sind die Kosten der Schließung und die Kosten der baulichen Maßnahmen förderfähig.

Im Rahmen der Antragstellung sind als neu einzureichende Unterlagen Erklärungen aufgelistet, die Auskunft darüber geben, dass die Vorhaben neu und selbstständig sind sowie für kein beteiligtes Krankenhaus ein Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens gestellt wurde. Zudem sind zu den Förderkriterien entsprechende Bestätigungen aufgenommen.

Stellungnahme

Die Ausweitung der förderungsfähigen Vorhaben ist eine positive Weiterentwicklung des Krankenhausstrukturfonds. Auch die Konkretisierung der Förderkriterien wird hinsichtlich einer Verwaltungsvereinfachung begrüßt.

Bezüglich der Schließung ist die Streichung hinsichtlich der Schließung mindestens einer Abteilung positiv zu werten. Dies war in der Praxis oft schwierig abzugrenzen und vereinfacht somit die Identifikation förderfähiger Vorhaben. Die hiermit verbundene Pauschalierung der Fördermittel je Bett abhängig von der Anzahl der zu schließenden Betten ist kritisch zu betrachten. Ein Blick in die Schließungsförderungen in den Landeskrankengesetzen zeigt, dass die Vorschriften zur Schließungsförderung und die Höhe der Förderungen im Ländervergleich sich sehr unterschiedlich darstellen. Die in § 12 Absatz 1 KHSFV dargestellte Pauschalförderung ist in ähnlicher Form zwar in einigen Ländern zu finden. Jedoch sind die Förderbeträge in den meisten Ländern, sofern mit absoluten Summen festgelegt, höher und selbst diese decken nicht die tatsächlichen Schließungskosten. Auch das Gutachten zur Darstellung und Typologie der Marktaustritte von Krankenhäusern in Deutschland von 2003 bis 2013 von Preusker et al. (2014) kommt zu dem Schluss, dass die bisherigen Schließungsförderungen die tatsächlichen Schließungskosten nicht decken. Dieses Gutachten beziffert die tatsächlichen Schließungskosten eines Krankenhauses auf das 1- bis 2,5-fache des Jahresbudgets eines Krankenhauses. Heruntergebrochen auf einen Bettenabbau würden die in § 12 KHSFV gelisteten Förderbeträge selbst in der höchsten Stufe zur Kostendeckung bei Weitem nicht ausreichen.

Daher ist analog der neuen Regelung zur vollständigen Schließung eines Krankenhauses auch der Bettenabbau mit den Kosten des Abbaus zu fördern. Berücksichtigt wäre zudem, dass die Kosten der Anzahl zu schließender Betten sich nicht einheitlich für alle Krankenhäuser darstellen, insbesondere ist hier die Krankenhausgröße zu beachten.

Die Höhe der Förderung ist deutlich anzuheben, um einer Deckung der Schließungskosten näher zu kommen.

Auch bei dem Förderzweck Konzentration ist die Konkretisierung der förderungsfähigen Vorhaben positiv zu werten, zumal durch die Öffnungsklausel weitere zur Konzentration beitragende Vorhaben förderungsfähig sein können.

Grundsätzlich ist die Beibehaltung des Förderzweckes Umwandlungen sachgerecht. Die Ergänzung, dass bei der Umwandlung eines Krankenhauses in eine nicht akutstationäre Versorgungseinrichtung, in eine stationäre Pflegeeinrichtung oder in eine Einrichtung der stationären Rehabilitation mindestens 50 % der stationären Versorgungskapazitäten von der Umwandlung betroffen sein müssen, ist nicht nachvollziehbar. Auch Umwandlungen, bei denen weniger als 50 % der stationären Versorgungskapazitäten betroffen sind, tragen zu einer durchgreifend strukturellen Verbesserung bei. Auch die pauschale Festsetzung auf 50 % berücksichtigt nicht die unterschiedlichen Größen der Krankenhäuser und der damit verbundenen unterschiedlichen Auswirkungen bei einer Umwandlung von 50 % der stationären Versorgungskapazitäten. Daher ist diese Ergänzung zu streichen.

Als Folgeänderung aus der Klarstellung zu § 12a Absatz 1 KHG ist der Förderzweck bezüglich der zentralisierten Notfallstrukturen ebenfalls zu ändern.

Dem Schutz von Informationen und den Systemen, mit denen Informationen verarbeitet werden, kommt vor dem Hintergrund zunehmender Digitalisierung auch im Gesundheitswesen inzwischen eine bedeutende Rolle zu. Krankenhäuser stellen sich den Anforderungen an den Schutz ihrer IT-Systeme, sehen sich dabei jedoch insbesondere mit Fragen notwendiger Investitionen sowie der Gewinnung qualifizierten Personals im Wettbewerb mit anderen Branchen, die ebenfalls als „Kritische Infrastrukturen“ i.S.d. BSI-Kritisverordnung gelten, konfrontiert.

Die DKG begrüßt ausdrücklich den Willen des Gesetzgebers, diejenigen Krankenhäuser, welche als so genannte „Kritische Infrastrukturen“ den Regelungen der BSI-Kritisverordnung unterfallen, bei der Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung informationstechnischer oder kommunikationstechnischer Anlagen, Systeme oder Verfahren oder baulichen Maßnahmen durch die Aufnahme dieser Tatbestände in die förderfähigen Vorhaben der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung zu unterstützen. Die vorgeschlagene Regelung wird zu großen Teilen ins Leere laufen, da nur Projekte gefördert werden können, die noch nicht begonnen wurden und aufgrund der Fristen die meisten Krankenhäuser die entsprechenden Projekte schon begonnen haben.

Grundsätzlich ist Informationssicherheit jedoch für alle Krankenhäuser wichtig, sie dient - neben Datenschutz- und Datensicherheitsaspekten - in letzter Konsequenz auch der Patientensicherheit. Die DKG spricht sich daher dafür aus, die Beschränkung auf Krankenhäuser, die als kritische Infrastrukturen gelten, aufzuheben und allen Krankenhäusern die Möglichkeit zu eröffnen, Fördermittel aus dem Strukturfonds für Zwecke der Verbesserung der Informationssicherheit zu erhalten. Es bleibt darüber hinaus unklar, durch wen die nach § 14 Abs. 3 Nr. 6 geforderte Bestätigung über die Erforderlichkeit der Maßnahmen auszustellen ist.

Zwar ist nach den vorgesehenen Regelungen nur noch ein Viertel der Fördersumme durch die Länder beizustellen, die grundsätzlich problematische Situation der Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer lässt jedoch befürchten, dass insbesondere in den Ländern, in denen auch bisher kaum Investitionen getätigt wurden, auch künftig dem notwendigen Finanzierungsbedarf kaum Rechnung getragen werden dürfte.

Eine Reihe von Maßnahmen zur Verbesserung der Informationssicherheit sind im Bereich der Gebäude- und Versorgungstechnik verortet. Dies kann gerade zu Beginn der Umsetzung zum Teil bauliche Veränderungen bedingen, die Begrenzung auf 10 % der förderfähigen Kosten sollte daher auf 20 % angehoben werden.

Neben Investitionskosten entstehen weiterhin Betriebs- und Personalkosten, für die ebenfalls tragfähige Finanzierungslösungen geschaffen werden müssen.

Mittelfristig werden die Betriebskosten einen steigenden Anteil an den für IT-Sicherheit aufzubringenden Mitteln darstellen. Auch hierfür muss der Gesetzgeber Lösungen anbieten, etwa durch Berücksichtigung dieser Kosten durch das InEK bei der jährlichen Anpassung des stationären Vergütungssystems.

Der Aufbau telemedizinischer Netzwerkstrukturen gemäß § 11 Absatz 1 4b KHSFV bietet Krankenhäusern zusätzliche Möglichkeiten, spezialisierte Rollen einzunehmen und damit die hohe Qualität der Versorgung einer Region zu sichern. Die Bedingung, vorhandene Dienste der Telematikinfrastuktur zu verwenden, kann zu einer Ablösung von bisher proprietären Verbundlösungen hin zu interoperablen Lösungen führen. Der interoperable telemedizinische Verbund kann bei Bedarf ohne technische Anpassungen um Vertragsärzte und weitere Krankenhäuser erweitert werden.

Die DKG begrüßt die Nutzung der vorhandenen Dienste der Telematikinfrastuktur nach § 291a SGB V in telemedizinische Netzwerkstrukturen. Die Fokussierung auf Kommunikationsbeziehungen zwischen Krankenhäusern der Schwerpunkt- und Maximalversorgung und Grund- und Regelversorgung sollte weiter relativiert werden, da sich ebenso die Kommunikationsbeziehungen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Leistungserbringern unterstützen lassen und, aufgrund der bekannten Organisations- und Qualitätsvorteile der telemedizinischen Verbindung von ambulanter und stationärer Behandlung, verbessern lassen. Die DKG gibt zu bedenken, dass die genannten Kommunikationsbeziehungen auch in der geplanten Neufassung des E-Health-Gesetzes berücksichtigt werden sollten.

Die Förderungszwecke wurden sachgerecht ausgeweitet, auch auf Notfallstrukturen und Ausbildungskapazitäten. Da diese neuen Förderungszwecke jedoch nicht nur bauliche Maßnahmen erfordern, sondern auch neue bzw. aufgestockte mittelfristige Anlagengüter, wie z.B. Einrichtungsgegenstände in Ausbildungsstätten, sollten in diesen Bereichen sämtliche Investitionskosten förderfähig sein.

Die Darstellung der im Rahmen der Antragstellung einzureichenden Unterlagen stellt eine sachgerechte Auflistung dar.

Aufgrund der Ergänzung des Nachverteilungsverfahrens in § 12a Absatz 2 KHG für bis Ende 2022 nicht abgerufene Mittel ist § 15 Nachverteilung zu ergänzen. Die nachfolgenden Paragraphen verschieben sich in ihrer numerischen Aufzählung entsprechend.

Änderungsvorschlag

Zu § 11 Absatz 1 Nr. 3b) KHSFV

„eine nicht akutstationäre Versorgungseinrichtung, insbesondere in eine Einrichtung der ambulanten, der sektorenübergreifenden oder der palliativen Versorgung, in eine stationäre Pflegeeinrichtung oder in eine Einrichtung der stationären Rehabilitation, ~~wenn mindestens die Hälfte seiner stationären Versorgungskapazitäten von der Umwandlung betroffen ist,~~“

Zu § 11 Absatz 1 Nr. 4a) KHSFV

„die Informationstechnik der Krankenhäuser, ~~die die Voraussetzungen des Anhangs 5, Teil 3 der BSI-Kritisverordnung erfüllen,~~ an die Vorgaben des § 8a des IT-Sicherheitsgesetzes anzupassen, oder“

Zu § 11 Absatz 1 Nr. 5 KHSFV

„es die Bildung eines integrierten Notfallzentrums oder einer zentralen Notaufnahme zum Gegenstand hat,“

Zu § 12 Absatz 1 Nr. 1 KHSFV

„bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 1 die Verminderung der Zahl der krankenhauplanerisch festgesetzten Betten des Krankenhauses ab einer Anzahl von 10 verminderter Betten mit den Kosten des Abbaus, mit

- ~~a) 1 500 Euro je Bett bei 11 bis 30 Betten,~~
- ~~b) 2 000 Euro je Bett bei 31 bis 60 Betten,~~
- ~~c) 2 750 Euro je Bett bei 61 bis 90 Betten,~~
- ~~d) 4 000 Euro je Bett bei über 90 Betten;~~

bei vollständiger Schließung eines Krankenhauses oder eines Krankenhausstandorts die Kosten der Schließung,“

Zu § 12 Absatz 1 Nr. 2 KHSFV

„bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 2, 3, 5 und 6 die Kosten für die Schließung eines Krankenhauses oder in Teilen eines Krankenhauses sowie die Kosten für die erforderlichen Baumaßnahmen, bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 5 und 6 ist zusätzlich die erforderliche Ausstattung (mittelfristige Anlagegüter) förderfähig; soweit Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 2 die Voraussetzungen der Buchstaben a bis c nicht erfüllen, gilt Nummer 1 entsprechend.“

Zu § 12 Absatz 1 Nr. 3 KHSFV

„bei Vorhaben nach § 11 Absatz 1 Nummer 4 die Kosten für die Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung informations- und kommunikationstechnischer Anlagen sowie für die erforderlichen baulichen Maßnahmen; die Kosten für bauliche Maßnahmen dürfen zehn zwanzig Prozent der beantragten Fördermittel nicht übersteigen.“

Zu § 15 KHSFV

„(1) Das Bundesversicherungsamt ermittelt, in welcher Höhe für die bis zum 31. Dezember 2022 eingegangenen Anträge höchstens Mittel aus dem Strukturfonds bereitzustellen sind. Unterschreitet der nach Satz 1 ermittelte Betrag den Betrag von 2 Milliarden Euro abzüglich der Aufwendungen des Bundesversicherungsamts nach § 12 Absatz 2 Satz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und § 14 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, steht der Unterschiedsbetrag zur Nachverteilung zur Verfügung (Nachverteilungsbetrag). Im Fall einer finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherung erhöht sich der Betrag nach Satz 2 entsprechend. Das Bundesversicherungsamt teilt den Ländern unverzüglich die Höhe des Nachverteilungsbetrags mit.

(2) Der Nachverteilungsbetrag wird für die Förderung von Vorhaben verwendet, für die nach dem 1. Februar 2023 Anträge von den Ländern gestellt werden. Das Bundesversicherungsamt entscheidet über die Anträge in der Reihenfolge ihres Eingangs und zahlt die Mittel aus, bis der Betrag von 2 Milliarden Euro abzüglich der Aufwendungen des Bundesversicherungsamts nach § 12 Absatz 2 Satz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und § 14 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ausgeschöpft ist. Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend.“

Artikel 7

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Artikel 7 Nr. 1, Buchstabe b (§ 20 Abs. 6 SGB V)

Betriebliche Gesundheitsförderung

Beabsichtigte Neuregelung

Für die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) nach § 20b SGB V in zugelassenen Krankenhäusern und Pflegeheimen sollen die Krankenkassen für jeden ihrer Versicherten jährlich mindestens 1 Euro aufwenden.

Stellungnahme

Die physische und psychische Belastung der Mitarbeiter von Krankenhäusern ist besonders hoch, daher führen Krankenhäuser bereits heute zahlreiche Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung durch. Die Festschreibung einer Mindestförder-summe der Krankenkassen für die Stärkung der betrieblichen Maßnahmen zu Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung in Krankenhäusern wird von der DKG begrüßt.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 7 Nr. 2, Buchstabe a (§ 20b Abs. 3 SGB V)

Betriebliche Gesundheitsförderung

Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen bieten künftig auch zugelassenen Krankenhäusern Beratung und Unterstützung zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in regionalen Koordinierungsstellen an.

Stellungnahme

Ein solches Angebot der Krankenkassen durch einen zentralen Ansprechpartner wird begrüßt.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 7 Nr. 2, Buchstabe b (§ 20b Abs. 3 SGB V)
Betriebliche Gesundheitsförderung

Beabsichtigte Neuregelung

Die Landeskrankenhausesellschaften sollen an der Beratung durch die Koordinierungsstellen beteiligt werden. Die Krankenkassen auf der Landesebene regeln gemeinsam und einheitlich das Nähere zur Beteiligung der Landeskrankenhausesellschaften an den Koordinierungsstellen durch Kooperationsverträge.

Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 7 Nr. 6 (§ 87 Abs. 2a SGB V)
Ausweitung der Videosprechstunde

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen zur Videosprechstunde auf Grundlage der Vereinbarung nach § 291g SGB V sollen angepasst und der Anwendungsbereich dieser telemedizinischen Leistung deutlich erweitert werden.

Stellungnahme

Die DKG begrüßt, insbesondere die psychotherapeutische Versorgung mit Hilfe telemedizinischer Leistungen zu verbessern. Krankenhäuser, die in der psychotherapeutischen Versorgung eine entscheidende Rolle einnehmen, sollten bei den Vereinbarungen zu der Videosprechstunde eingebunden werden, um eine umfangreiche Anwendbarkeit zu gewährleisten.

Änderungsvorschlag

Zu § 291g Absatz 1 Satz 1 SGB V

„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung **vereinbart** **und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren jeweils** bis zum 30. Juni 2019 mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Benehmen mit der Gesellschaft für Telematik die Anforderungen an die technischen Verfahren zur telemedizinischen Erbringung der konsiliari-schen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen in der vertragsärztlichen und der sektorübergreifenden Versorgung, insbesondere Einzelheiten hinsichtlich der Qualität und der Sicherheit, und die Anforderungen an die technische Umsetzung.“

Zu Artikel 7 Nr. 7 (§ 119b SGB V)

Anforderungen für die elektronische Kommunikation zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und mit ihnen kooperierenden Pflegeeinrichtungen

Beabsichtigte Neuregelung

Die Selbstverwaltungspartner sollen verpflichtet werden, einheitliche Anforderungen für die elektronische Kommunikation zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und mit ihnen kooperierenden Pflegeeinrichtungen zu bestimmen.

Stellungnahme

Die DKG begrüßt, dass in § 119b Abs. 2a SGB V der elektronische Datenaustausch mit Krankenhäusern einbezogen wird. Gleichzeitig ist nicht nachvollziehbar, dass die DKG nicht in die Vereinbarungen zum Datenaustausch einbezogen wird. Der Austausch zwischen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen wird gerade bei älteren Patienten immer wichtiger.

Änderungsvorschlag

Zu § 119b Abs. 2a Satz 1 SGB V

„Für die Informations- und Kommunikationstechnik zum elektronischen Datenaustausch in der Zusammenarbeit nach Absatz 1 Satz 1 gelten Anforderungen, die von den Vertragsparteien nach Absatz 2 **sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft** erstmals bis zum 30. Juni 2019 zu vereinbaren sind und bezüglich derer das Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene herzustellen ist.“

Zu Artikel 7 Nr. 10 (§ 221 Abs. 3 SGB V)

Beteiligung des Bundes an Aufwendungen

Beabsichtigte Neuregelung

Diese Änderung ergibt sich aus den Erfahrungen mit der Durchführung des Krankenhausstrukturfonds. Aufgrund im Zeitablauf ungleichmäßiger Inanspruchnahme der Mittel des Krankenhausstrukturfonds legt zukünftig das BVA den Anteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse am Bundeszuschuss fest. Die Festlegung des Anteils erfolgt nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds für das abgelaufene Kalenderjahr. Eine vorläufige Festsetzung des Anteils ist möglich.

Stellungnahme

Diese Neuregelung stellt eine praktische Verrechnung des Anteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse aus dem Gesundheitsfonds sicher.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 7 Nr. 11 (§ 271 Abs. 2 Satz 6 SGB V)

Zuführung von Mitteln aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds

Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um die Änderung Rechtsgrundlage für die Zuführung von Mitteln aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zum Krankenhausstrukturfonds hinsichtlich des Zeitraums ab 2019.

Stellungnahme

Der Ausbau des Krankenhausstrukturfonds und dessen Finanzierung aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ist zu begrüßen. Der Krankenhausstrukturfonds löst jedoch die bestehende Investitionsproblematik der jährlichen Förderlücke von über 3 Milliarden Euro nicht.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 7 Nr. 12 (§ 301 SGB V)

Übermittlung des Pflegegrades an das Krankenhaus

Beabsichtigte Neuregelung

Vorgesehen ist eine Ergänzung des § 301 SGB V um einen Absatz 2a, mit dem die Übermittlung eines bestehenden Pflegegrades durch die Krankenkasse an das Krankenhaus im Wege der § 301-Datenübermittlung geregelt wird.

Stellungnahme

Die DKG begrüßt die vorgesehene Regelung zur Schaffung einer belastbaren Abrechnungsgrundlage für die Zusatzentgelte ZE162 und ZE163 sowie als Basis für die Übermittlung entsprechender OPS-Kodes in den Daten nach § 21 KHEntgG.

Da für die Kodierung des OPS ein Pflegegrad zu verwenden ist, der entweder bei Aufnahme besteht oder sich auch aus einem Begutachtungsverfahren ergeben kann, welches zeitnah vor oder während des stationären Aufenthaltes eingeleitet wurde (Pflegegrade bei Aufnahme und/oder Entlassung noch nicht bekannt), sind auch spätere Mitteilungen oder Änderungsmitteilungen zu einem Pflegegrad seitens der GKV an das Krankenhaus erforderlich. Dies gilt beispielsweise für Fälle, die aufgrund einer deutlichen Zustandsverschlechterung (z. B. schwerer Schlaganfall) im Krankenhaus und

auch danach einer intensiveren Pflege und damit eines höheren Pflegegrades bedürfen. Hier ist trotz zuvor bestehendem Pflegegrad ein neues Begutachtungsverfahren während des stationären Aufenthaltes einzuleiten. Der Informationsbedarf besteht auch, wenn die Pflegegrad-Einstufung der vom Krankenhaus beantragten Begutachtung erst nach der Entlassung/Verlegung des Patienten aus dem Krankenhaus erfolgt. Die Krankenkasse hat das Krankenhaus im Rahmen der Rechnungslegung über eine eventuelle Änderung des Pflegegrades zu informieren. Die Information könnte auf einen Zeitraum beschränkt werden, in dem die Begutachtung entsprechend der Regelungen des § 18 Abs. 3 Satz 2 SGB XI sicher abgeschlossen ist, z. B. 25 Werktage nach Entlassung.

Änderungsvorschlag

§ 301 Abs. 2a SGB V ist wie folgt zu ergänzen:

„Die Krankenkassen haben den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern bei Krankenhausbehandlung unverzüglich nach Anzeige der Aufnahme durch das Krankenhaus einen bestehenden Pflegegrad gemäß § 15 des Elften Buches im Wege der elektronischen Datenübertragung zu übermitteln. **Änderungen des Pflegegrades sind dem Krankenhaus im Rahmen der Abrechnung mitzuteilen. Änderungen sind bis 25 Werktage nach Entlassung/Verlegung des Patienten zu berücksichtigen Maßgeblich für die Abrechnung ist der höchste im Zeitraum des stationären Aufenthaltes bestehende Pflegegrad.**“

Artikel 8

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Zu Artikel 8 Nr. 2, Buchstabe c (§ 4 Abs. 2a KHEntgG) Anpassung der Vorgaben zum Fixkostendegressionsabschlag

Beabsichtigte Neuregelung

Die regelhafte Höhe des Fixkostendegressionsabschlags wird über das Jahr 2018 hinausgehend auf 35 % festgelegt.

Stellungnahme

Die gesetzliche Festlegung der regelhaften Höhe des Fixkostendegressionsabschlags über das Jahr 2018 hinaus ist ausdrücklich zu begrüßen, weil damit den Vertragsparteien auf Landesebene konfliktreiche und aufwendige Verhandlungen erspart bleiben und für die Vertragsparteien vor Ort eine höhere Planungssicherheit besteht. Eine aktuelle Studie der Universität Duisburg-Essen und des RWI kommt in einem Grundmodell, das sowohl über den Orientierungswert deflationiert als auch weitere zeitliche und strukturelle Einflussfaktoren berücksichtigt, allerdings lediglich auf einen Fixkostenanteil an den Fallpauschalen in Höhe von 28,6%. Vor diesem Hintergrund wäre ein niedrigerer Abschlagssatz als 35 % sachgerechter.

Die Aufhebung des bisherigen Satzes 2 erleichtert die Verhandlungen vor Ort erheblich, weil die Krankenhäuser infolgedessen zukünftig keine Diskussionen über höhere Abschlagssätze bzw. eine längere Geltungsdauer des Abschlags bei einzelnen Leistungen mehr führen müssen, die mit den vorhandenen Daten nicht objektiv geführt werden können, und ist daher ausdrücklich zu begrüßen. Die Maßnahme trägt wesentlich zur Entlastung der Vertragsparteien vor Ort bei und ist insofern auch ein Beitrag, um Budgetvereinbarungen zukünftig wieder frühzeitiger abschließen zu können.

Die DKG sieht beim Fixkostendegressionsabschlag noch an anderen Stellen Anpassungsbedarf, der nachfolgend dargestellt wird.

1. Zusätzliche Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes und Geburten

Vor Einführung des Fixkostendegressionsabschlags durch das KHSG wurden zusätzliche Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes vom Mehrleistungsabschlag ausgenommen, um die Umsetzung krankenhauplanerischer Maßnahmen ohne finanzielle Einbußen in den Krankenhäusern zu gewährleisten (§ 4 Absatz 2a Satz 3 KHEntgG).

Beim Fixkostendegressionsabschlag wurde dieser Ausnahmetatbestand in dieser Form nicht fortgeführt. Stattdessen findet der Abschlag nunmehr lediglich bei zusätzlich bewilligten Versorgungsaufträgen, für die bislang keine Abrechnungsmöglichkeit bestand,

keine Anwendung. Diese neue Formulierung des Ausnahmetatbestands lässt große Interpretationsspielräume zu, die dazu führen, dass weite Teile der von der jeweiligen Landesregierung beschlossenen Maßnahmen der Krankenhausplanung nicht mehr umgesetzt werden, weil sie nach Auffassung der Kassen dem dreijährigen Fixkostendegressionsabschlag unterliegen.

Das BMG hatte bereits klargestellt, dass aus seiner Sicht eine rein quantitative Leistungsausweitung bei bereits bestehenden Fachabteilungen/organisatorischen Einheiten wie bisher unter den Ausnahmetatbestand zu fassen sind, wenn sie von der Krankenhausplanung ausdrücklich gebilligt worden sind. Diese Auffassung ist jedoch nicht gesetzlich verankert und wird vor Ort von den Krankenkassen bestritten.

Für die Kostenträgerseite ist die Anpassung der gesetzlichen Vorgaben zudem Anlass, um für Leistungssteigerungen infolge von Konzentrationsprozessen bei Krankenhäusern oder bei einer Erhöhung der Bettenzahl die Anwendung des Fixkostendegressionsabschlags einzufordern. Infolge des gegebenen Auslegungsspielraums bei der Neuformulierung des Ausnahmetatbestands sind erhebliche Abschlagsbeträge infolge krankenhauplanerischer Maßnahmen und sinnvoller Strukturveränderungen zu erwarten. Damit wird aus Sicht der DKG ein wesentliches Ziel des Krankenhausstrukturgesetzes, die Konzentration von stationären Versorgungsangeboten, konterkariert. Gleiches gilt für die politisch gewollte Förderung von Konzentrationsprozessen über den Krankenhausstrukturfonds.

Durch die Wiederaufnahme des alten Ausnahmetatbestands in § 4 Absatz 2b KHEntgG könnten diese negativen Auswirkungen verhindert und die Fachauffassung des BMG umgesetzt werden. Zudem erscheint eine gesetzliche Klarstellung geboten, mit der sichergestellt wird, dass Leistungssteigerungen infolge strukturell gebotener Konzentrationsprozesse nicht dem Fixkostendegressionsabschlag unterliegen.

Die Leistungsbereiche, die vom Fixkostendegressionsabschlag ausgenommen sind, sind um Geburten und um Leistungen der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation (NNFR) zu erweitern.

Geburten sind vollständig von der Anwendung des Fixkostendegressionsabschlags auszunehmen, da die Geburtszahlen seit einiger Zeit ansteigen und die Versorgung durch die knappen, geburtshilflichen Ressourcen nicht durch Erlösabschläge gefährdet werden darf. Derzeit ist im Bereich der Geburten lediglich die Versorgung von Frühgeborenen vom Fixkostendegressionsabschlag ausgenommen.

Im Rahmen der NNFR werden Patienten mit schwersten Schädel-Hirn-Schädigungen in der Regel in spezialisierten Einrichtungen mit ärztlichen und therapeutischen Schwerpunkten, intensiv behandelt und rehabilitiert. Dabei bedürfen sowohl Polytraumata- als auch Schlaganfallpatienten regelhaft einer neurologischen Frührehabilitation. Aufgrund des demographischen Wandels ist zu erwarten, dass die Zahl von Schlaganfällen betroffener Patienten und somit auch der Bedarf einer neurologischen Frührehabilitation weiter ansteigen wird.

Es ist nicht nachvollziehbar, warum die neurologische Frührehabilitation im Rahmen von Polytraumata (z. B. DRG W01B, W02A) vom FDA befreit ist, wohingegen dies bspw. bei der Behandlung von Schlaganfallpatienten (z. B. B42B) nicht der Fall ist. Zur Verdeutlichung ein Beispiel: Die Hauptdiagnose ist nach einem Unfall ein Polytrauma. Der Patient wird nach der Behandlung der Verletzung weiter behandelt. Geschieht dies im gleichen Krankenhaus, kommt z.B. die DRG W01B zur Abrechnung, die vom Fixkostendegressionsabschlag befreit ist. Geschieht die weitere Behandlung hingegen in einem anderen Krankenhaus, verändern sich die Hauptdiagnose und somit auch die DRG, die dann nicht mehr vom Fixkostendegressionsabschlag befreit ist.

Änderungsvorschlag

1. Der neue § 4 Absatz 2a Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a KHEntgG wird wie folgt gefasst:

„a) Transplantationen, Polytraumata, schwer brandverletzten Patienten, Leistungen der neurologischen Frührehabilitation und Geburten einschließlich der Versorgung von Frühgeborenen.“

2. Der neue § 4 Absatz 2a Satz 2 Nummer 1 Buchstabe c KHEntgG wird wie folgt gefasst:

„c) zusätzliche Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes.“

2. Vollständige Befreiung von Leistungssteigerungen aufgrund von Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern

Gemäß § 4 Absatz 2b Satz 4 KHEntgG ist vorgesehen, dass Mehrleistungen eines Krankenhauses, die durch Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern begründet sind und nicht zu einer Erhöhung der Summe der effektiven Bewertungsrelationen im Einzugsgebiet des Krankenhauses führen, dem hälftigen Fixkostendegressionsabschlag unterliegen.

Nach Auffassung der DKG müssen Leistungssteigerungen infolge von Leistungsverlagerungen vollständig vom Fixkostendegressionsabschlag befreit werden. Es sind keine sachlichen Gründe erkennbar, warum Leistungen, die bisher durch die Krankenkassen vollständig finanziert wurden, nur aufgrund der Leistungserbringung an einem anderen Ort zu einem abgesenkten Preis finanziert werden sollen. Nicht nachvollziehbar ist diese Regelung auch vor dem Hintergrund des gesetzgeberischen Ziels der Konzentration bzw. Verlagerung stationärer Leistungen im Sinne der Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit.

Änderungsvorschlag

Der neue § 4 Absatz 2a Satz 3 KHEntgG wird wie folgt gefasst:

„Abweichend von Satz 1 ist für Leistungen, die durch eine Verlagerung von Leistungen zwischen Krankenhäusern begründet sind, der Fixkostendegressionsabschlag nicht anzuwenden.“

Zu Artikel 8 Nr. 2, Buchstabe e (§ 4 Abs. 8 KHEntgG)
Fortführung des Pflegestellenförderprogramms

Beabsichtigte Neuregelung

Das bestehende Pflegestellenförderprogramm wird für das Jahr 2019 fortgeführt. Dabei erfolgt eine vollständige Refinanzierung der zusätzlich entstehenden Pflegepersonal-kosten für die Pflege am Bett.

Stellungnahme

Die vorgesehene Maßnahme unterstützt die Zielsetzung einer besseren Personalausstattung und besserer Arbeitsbedingungen in der Pflege und ist daher ausdrücklich zu begrüßen.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 8 Nr. 2, Buchstabe f (§ 4 Abs. 8a KHEntgG)
Verbesserte Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf

Beabsichtigte Neuregelung

Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf sollen zu 50 Prozent finanziell gefördert werden.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen die vorgesehene Refinanzierung von Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie im Umfang von jährlich 0,1 Prozent des Gesamtbetrages im Zeitraum 2019 bis 2024 (ca. 70 Mio. Euro). Krankenhäuser engagieren sich bereits vielfach in der Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, wie z. B. mit betrieblicher Kinderbetreuung, Wiedereinstiegsprogrammen oder flexiblen Arbeitszeitmodellen, die Beschäftigten die Betreuung von Kindern oder pflegebedürftigen Angehörigen ermöglicht. Eine verbesserte Vereinbarkeit von Beruf und Familie stellt aus Sicht der Krankenhäuser einen wichtigen Beitrag zur Fachkräftesicherung dar. Bisher haben die Krankenhäuser die Kosten für familienfreundliche Maßnahmen im Wesentlichen selbst getragen. Förderprogramme als Anschubfinanzierung für die Einrichtung betrieblicher Kinderbetreuungsangebote waren zeitlich begrenzt und sind mittlerweile ausgelaufen. Insofern ist die vorgesehene – zumindest hälftige –

Refinanzierung von familienfreundlichen Maßnahmen grundsätzlich positiv zu bewerten.

Die Krankenhäuser merken jedoch kritisch an, dass lediglich Maßnahmen für Pflegepersonal refinanziert werden sollen. Zum einen ist eine Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie aus Sicht der Krankenhäuser eine gesamtunternehmerische Aufgabe, von der alle Berufsgruppen im Krankenhaus profitieren müssen, insbesondere weitere Gesundheitsberufe wie Ärzte, Hebammen etc. Zum anderen ist es vielfach aus praktischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten nicht möglich, bestimmte Maßnahmen nur für eine einzelne Berufsgruppe anzubieten. Auch eine Aufteilung der Kosten nach Berufsgruppen für solche berufsgruppenübergreifenden Angebote dürfte wenig praktikabel sein. Die Krankenhäuser fordern daher, dass sich eine Refinanzierung von familienfreundlichen Maßnahmen nicht nur auf das Pflegepersonal beschränkt. Für eine Refinanzierung sollte es ausreichend sein, wenn insbesondere auch das Pflegepersonal von den familienfreundlichen Angeboten nachweislich profitiert. Die DKG weist darauf hin, dass die Förderung selbstverständlich sowohl für neu eingeführte als auch für bereits bestehende familienfreundliche Maßnahmen gelten muss. Dies sollte zumindest in der Gesetzesbegründung klargestellt werden.

Darüber hinaus muss eine Förderung von Maßnahmen zur Verbesserung von Beruf und Familie auch im psychiatrischen und psychosomatischen Bereich erfolgen können. Die DKG fordert daher die Aufnahme einer analogen Regelung zur Förderung von familienfreundlichen Maßnahmen in die Bundespflegegesetzverordnung.

Änderungsvorschlag

Zu § 4 Abs. 8a KHEntgG

„Mit dem Ziel, Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildetem Pflegepersonal zusätzlich zu fördern, werden für die Jahre 2019 bis 2024 geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von **Pflege**, Familie und Beruf zu 50 Prozent finanziell gefördert. [...] Voraussetzung für diese Förderung ist, dass das Krankenhaus nachweist, dass es auf Grund einer schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung Maßnahmen nach Satz 1 zur Verbesserung der Vereinbarkeit von **Pflege**, Familie und Beruf **insbesondere für das Pflegepersonal** ergreift.“

Zu Artikel 8 Nr. 3, Buchstabe a (§ 6 Abs. 3 Satz 5 KHEntgG)

Umsetzung der Tarifrefinanzierung bei krankenhaushausindividuellen Entgelten

Beabsichtigte Neuregelung

Bei Leistungen, deren Vergütung krankenhaushausindividuell vereinbart wird, sollen bei Tarifsteigerungen oberhalb der geltenden Obergrenze die Tarifsteigerungen des Pflegepersonals vollständig finanziert werden. Betroffen sind hiervon in erster Linie die besonderen Einrichtungen.

Stellungnahme

Hinsichtlich der Kritik an der Umsetzung der Refinanzierung von Tarifsteigerungen verweisen wir auf unsere Stellungnahme zu § 10 Abs. 5 KHEntgG (Artikel 8, Nr. 8 Buchstabe a).

Die dort erwähnten Kritikpunkte ziehen auch an dieser Stelle Anpassungsbedarf nach sich.

Änderungsvorschlag

§ 6 Absatz 3 Satz 5 KHEntgG wird wie folgt gefasst:

„Bei Vereinbarung einer Tarifraten nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 oberhalb des Veränderungswerts ist die von den Vertragsparteien vereinbarte Erlössumme erstmals für das Jahr 2018 um 80 Prozent der Differenz zwischen dem Veränderungswert und der nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 vereinbarten Tarifraten erhöhend zu berichtigen, wobei der Berichtigungsbetrag über das Budget des nächstmöglichen Vereinbarungszeitraums abzuwickeln ist; eine Begrenzung der Erhöhung der Erlössumme nach Satz 4 gilt insoweit nicht.“

Zu Artikel 8 Nr. 4 (§ 6a KHEntgG)

Einfügung eines § 6a mit den Vorschriften zur Vereinbarung des neuen Pflegebudgets auf der Ortsebene

Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neu eingefügten § 6a werden die gesetzlichen Vorschriften zur Vereinbarung des Pflegebudgets auf der Ortsebene geregelt.

Stellungnahme

Die DKG begrüßt und unterstützt die zur Stärkung des Pflegepersonals vorgesehenen Verbesserungen in der Finanzierung der Pflegepersonalkosten. Hierbei ist insbesondere die Vereinbarung eines Pflegebudgets von maßgeblicher Bedeutung, um die Situation für die Pflege und die Pflegenden und damit auch für die Patienten, deutlich und nachhaltig zu verbessern. Mit der Einführung von Pflegebudgets erwarten die Krankenhäuser, dass die im eigenen Haus erforderliche Aufstockung des Pflegepersonals auch vollständig finanziert wird und die Umsetzung ohne überbordende Bürokratie oder überzogene Nachweispflichten erfolgt. Entscheidend für die Wirksamkeit der Maßnahmen sind klare Regeln zur Durchsetzung des Finanzierungsanspruchs für die Krankenhäuser in den Budgetverhandlungen. Mit dem vorliegenden Entwurf für einen neuen § 6a KHEntgG finden die Erwartungen der Krankenhäuser in der gesetzestechnischen Umsetzung weitgehende Berücksichtigung. In Absatz 1 Satz 1 ist zu erkennen, dass mit dem Pflegebudget zukünftig die individuellen Pflegepersonalkosten eines Krankenhauses für die Patientenversorgung finanziert werden.

Auch wenn die DKG die Einführung eines Pflegebudgets zur nachhaltigen Verbesserung der Situation in der Pflege unterstützt, ist zu berücksichtigen, dass hiermit eine grundlegende Umstellung in der Krankenhausfinanzierung erfolgt, deren Auswirkung auf das Budget einzelner Krankenhäuser nur schwer vorherzusagen ist. Zudem sind für den Aufbau des Pflegepersonals sicherlich mehrere Jahre Zeit bzw. eine Umstellungsphase erforderlich. Es ist daher nicht auszuschließen, dass einzelne Krankenhäuser aufgrund der abrupten Umstellung zum 01.01.2020 kurzfristig in eine ungewollte, existenzbedrohliche Finanzsituation geraten können. Die DKG schlägt daher vor, wie schon bei der Umstellung auf das DRG-Fallpauschalensystem eine Obergrenze für Budgetverluste vorzusehen („Kappungsgrenze“). Zur Absicherung der Krankenhäuser gegen existenzbedrohliche Budgetabsenkungen sollte für eine dreijährige Übergangszeit in den Jahren 2020, 2021 und 2022 eine Kappungsgrenze in Höhe von 1% auf das Gesamtbudget gesetzlich vorgegeben werden.

Die Krankenhäuser ergreifen eine Vielzahl an Maßnahmen, damit das Pflegepersonal entlastet, unterstützt und möglichst bedarfsgerecht eingesetzt werden kann. Der in den Krankenhäusern zu etablierende moderne Qualifikationsmix mit Gesundheits- und Krankenpflegekräften, Pflegehilfskräften, Notfallassistenten, Altenpflegehelfern, Servicekräften, Menüassistenten, Casemanagement, Entlassmanagement, Blutentnahmeteams, Brückenpflege, Gerätepflegezentren, PEG- und Stomateams, Wundteams, PKMS-Beauftragte, Dokumentationsassistenten, etc., muss unbedingt berücksichtigt werden. Dies gilt in gleicher Weise für sogenannte pflegeentlastende Maßnahmen. Durch diese Maßnahmen wie z. B. der Einführung eines zentralen Patiententransport- und -begleitdienstes, einer Menüfassung und Menüversorgung auf der Station, eines Medikamentenmanagements oder der Verlagerung von Aufgaben im Zusammenhang mit Pflegemitteln und Pflegehilfsmitteln (Bestellwesen, Ver- und Entsorgung, Aufrüsten von Betten usw.) auf angelerntes Personal wird das Pflegepersonal von diesen Tätigkeiten entlastet und kann sich originären, patientenbezogenen Aufgaben widmen. Die pflegeentlastenden Maßnahmen sind häufig abteilungs- bzw. stationsübergreifend implementiert. Die Krankenhäuser erreichen dadurch einen hohen Organisationsgrad, eine hohe arbeitsteilige Ausgestaltung der Arbeitsabläufe und einen effizienten Einsatz der knappen Ressource Pflegekräfte. Daraus darf ihnen kein Nachteil entstehen. Bei der Weiterentwicklung der Pflegebudgets ist daher bei einer Unterschreitung des vereinbarten Pflegebudgets eine Anrechnungsmöglichkeit für Maßnahmen des Krankenhauses vorzusehen, die zur individuellen Entlastung der Pflegekräfte beitragen, um die sich ansonsten ergebenden Ausgleichszahlungen zu kompensieren (Flexibilitätskorridor).

In Absatz 1 Satz 2 werden die Entgelte vorgegeben, die nicht Gegenstand des Pflegebudgets sind. Die grundsätzliche Abgrenzung der Zu- und Abschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4, der Entgelte nach § 6 Absatz 2 und der Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern vom Pflegebudget ist nachvollziehbar und sachgerecht. Aus der Gesetzesbegründung ist zudem herzuleiten, dass das Pflegebudget nicht die Entgelte nach § 6 umfasst, soweit „nicht enthaltene Pflegeerlösanteile zu bereinigen sind“. Die näheren Einzelheiten zur Verhandlung des Pflegebudgets sind gemäß § 9 Absatz 1 Nummer 8 durch die Selbstverwaltungsparteien nach § 17b KHG auf der Bundesebene zu regeln. Aus Gründen der Praktikabilität sollte der Pflegeanteil bei den Entgelten nach § 6 Absatz 1 nicht vom Pflegebudget ausgenommen werden. Die DKG schlägt vor, den

entsprechenden Hinweis aus der Gesetzesbegründung auch im Gesetzestext zu ergänzen.

Mit Absatz 2 wird die Ermittlung des Pflegebudgets geregelt. Ausgangsgrundlage sind gemäß Satz 1 die Pflegepersonalkosten des Krankenhauses im Vorjahr. Gemäß Satz 2 sind für das anstehende Budgetjahr die „zu erwartenden Veränderungen, insbesondere bei der Zahl und beruflichen Qualifikation der Pflegevollkräfte sowie Kostenentwicklungen“ zu berücksichtigen. In der Begründung wird ergänzend ausgeführt, dass hierunter z.B. auch Tarifierhöhungen zu verstehen sind. Die umfassende Berücksichtigung der Faktoren mit Auswirkung auf die Pflegepersonalkosten ist sachgerecht und unabhängig davon, dass Fehlschätzungen ausgeglichen werden, in Hinblick auf die Liquidität der Krankenhäuser zwingend erforderlich. Dass die krankenhausesindividuellen Finanzmittel aus dem Pflegeförderprogramm und die laufenden Kosten aus dem Hygieneförderprogramm gemäß Satz 3 und 4 in dem krankenhausesindividuellen Pflegebudget aufgehen, ist, anders als beim Pflegezuschlag, nachvollziehbar.

Mit Satz 5 wird ein Ausgleich der Fehlschätzungen bei der Prognose der Pflegepersonalkosten geregelt. Dieser Fehlschätzungsausgleich ist sachgerecht und erforderlich, um die durch Patientenversorgung tatsächlich bedingten Pflegepersonalkosten zu finanzieren. Mit diesem Ausgleich können Fehlschätzungen bereits vor dem Vorliegen der Bestätigung des Jahresabschlussprüfers gemäß Absatz 3 Satz 3 zeitnah im nächsten Budgetjahr umgesetzt werden. Allerdings müssen Ausgleichsbeträge zu Gunsten der Krankenkassen auch bei den mit der Bestätigung des Jahresabschlussprüfers verknüpften Rückzahlungsverpflichtungen berücksichtigt werden.

Die mit Satz 6 geregelte Ausnahme des Pflegebudgets von der Deckelung durch den Veränderungswert ist zwingend für die fachliche Konsistenz des neuen Systems. Auch die Klarstellung in Satz 7, dass die dem einzelnen Krankenhaus entstehenden Pflegepersonalkosten als wirtschaftlich im Sinne des § 12 des SGB V gelten, ist nicht zuletzt in Hinblick auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, dass dem Wirtschaftlichkeitsgebot absoluten Vorrang vor allen anderen gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen einräumt, zwingend erforderlich. Im Zusammenspiel bilden die Vorschriften der Sätze 6 und 7 die elementare Voraussetzung zur Erreichung des gesundheitspolitischen Ziels, die Situation der Pflege zu verbessern.

Gemäß Satz 8 ist das Pflegebudget zweckgebunden für die Finanzierung der Pflegepersonalkosten zu verwenden. Die Mittelverwendung ist gemäß Absatz 3 Satz 3 durch die Bestätigung des Jahresabschlussprüfers nachzuweisen. Die Zweckbindung der Mittel ist für die Krankenhäuser nur nachvollziehbar, wenn auch die vollständige Refinanzierung der Pflegepersonalkosten sichergestellt ist.

Mit Absatz 3 werden die vom Krankenhaus für die Budgetverhandlungen vorzulegenden Unterlagen und auch Nachweispflichten des Krankenhauses geregelt. Das Krankenhaus hat die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in Pflegevollkräften, gegliedert nach Berufsbezeichnungen, sowie die Pflegepersonalkosten nachzuweisen. Für die Vorbereitung der Budgetverhandlungen hat das Krankenhaus gemäß Satz 2 jeweils die entsprechenden Ist-Daten des abgelaufenen Jahres, die Ist-Daten des laufenden Jahres sowie die Forderungsdaten für den Vereinbarungszeitraum vorzulegen. Zudem

wird das Krankenhaus gemäß Satz 3 nach Ablauf des Kalenderjahres eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung der Pflegevollkräfte, gegliedert nach Berufsbezeichnungen, sowie über die Pflegepersonalkosten und über die zweckentsprechende Mittelverwendung vorzulegen. Es ist zu begrüßen, wenn mit den vorzulegenden Ist-Daten des abgelaufenen und des laufenden Jahres auch ohne Bestätigung des Jahresabschlussprüfers eine möglichst zeitnahe Berücksichtigung der tatsächlichen Pflegepersonalkosten erreicht werden soll. Da die Ist-Daten des laufenden Jahres bei einer prospektiven Vereinbarung nur für einen Teil des Jahres bekannt sind, ist auch die Vorlage der Ist-Daten des Vorjahres sinnvoll, um eine möglichst valide Schätzung für das zu vereinbarende Budgetjahr zu ermöglichen. Dennoch bleibt insbesondere bei einer prospektiven Vereinbarung ein hohes Fehlschätzungsrisiko. Daher muss neben dem Fehlschätzungsausgleich gem. Absatz 2 Satz 5 nach Vorliegen der Bestätigung des Jahresabschlussprüfers unter Berücksichtigung der bereits erfolgten Fehlschätzungsausgleiche ein abschließender Ausgleich erfolgen. Die in Verbindung mit der Bestätigung des Jahresabschlussprüfers in Satz 4 vorgeschriebene Rückzahlungsverpflichtung des Krankenhauses muss daher zwingend um eine Nachzahlungspflicht der Krankenkassen ergänzt werden, so dass an dieser Stelle ein vollständiger Ausgleich in beide Richtungen erfolgt. Zudem bietet es sich an, den für Ausgleich zwischen den Budgetjahren üblichen Weg auch hier vorzugeben.

Mit Absatz 5 wird ein vollständiger Ausgleich von Mehr- oder Mindererlöse vorgegeben. Dies ist unter der Voraussetzung, dass ebenso ein vollständiger Ausgleich zwischen dem vereinbarten Pflegebudget und den tatsächlich angefallenen Pflegepersonalkosten erfolgt, nachvollziehbar. Auch die übliche Abwicklung des Ausgleichsbetrags über das Pflegebudget für den nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum ist nachvollziehbar und sollte auch für die Abwicklung des „Budgetausgleiches“ vorgeben werden.

Änderungsvorschlag

§ 6a Absatz 1 Satz 2 KHEntgG ist wie folgt zu ergänzen:

„Ausgenommen hiervon sind die im Erlösbudget nach § 4 und in der Erlössumme nach § 6 berücksichtigten Entgelte **soweit für diese Entgelte keine Bereinigung von Pflegeerlösanteilen erfolgt**, die Zu- und Abschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 und die Entgelte nach § 6 Absatz 2 und die Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern; Absatz 2 Satz 3 und 4 bleiben unberührt.“

§ 6a Absatz 2 KHEntgG ist wie folgt zu ergänzen:

(2) Das Pflegebudget für das Jahr 2020 wird auf der Ausgangsgrundlage der Summe der Pflegepersonalkosten nach Absatz 1 Satz 1 des Krankenhauses für Pflegeleistungen im Vorjahr ermittelt; die Vorgaben nach § 17b Absatz 4 Satz 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind zu beachten. Zusätzlich sind die für das Jahr 2020 zu erwartenden Veränderungen, insbesondere bei der Zahl und beruflichen Qualifikation der Pflegevollkräfte sowie Kostenentwicklungen, zu berücksichtigen. Bei der erstmaligen Vereinbarung des Pflegebudgets geht die Summe der krankenhausesindividuell vereinbarten Mittel nach § 4 Absatz 8 in dem Pflegebudget auf. Entsprechendes gilt anteilig für Mittel nach § 4 Absatz 9, soweit diese den Pflegepersonalkosten nach

Absatz 1 Satz 1 zuzuordnen sind und es sich um laufende Kosten handelt. Eine Fehlschätzung der Pflegepersonalkosten sowie der nach Satz 2 zu berücksichtigenden Änderungen ist bei der Budgetvereinbarung für das Jahr 2021 als Berichtigung des Pflegebudgets für das Jahr 2020 mit entsprechender Ausgleichszahlung für das Jahr 2020 zu berücksichtigen. **Dabei kann zur Unterstützung von pflegeentlastenden Maßnahmen und eines modernen arbeitsteiligen, flexiblen Personaleinsatzes im Falle einer Unterschreitung des vereinbarten Pflegebudgets eine Anrechnung der hierauf zurückzuführenden Kosten bis zur Höhe des vereinbarten Pflegebudgets erfolgen.** Das Pflegebudget ist in seiner Entwicklung nicht durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 begrenzt. Die dem einzelnen Krankenhaus entstehenden Pflegepersonalkosten gelten als wirtschaftlich im Sinne des § 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Das Pflegebudget ist zweckgebunden für die Finanzierung der Pflegepersonalkosten nach Absatz 1 Satz 1 zu verwenden. Für die Vereinbarung des Pflegebudgets in den Folgejahren sind die Sätze 1 bis 2 und 5 bis 8 entsprechend anzuwenden. **Sofern der Gesamtbetrag für die Jahre 2020, 2021 und 2022 auf Grund der Einführung des Pflegebudgets um mehr als 1% des Gesamtbetrags des Vorjahres vermindert werden müsste, ist das Pflegebudget in dem Umfang zu erhöhen, dass die Minderung des Gesamtbetrags auf 1% begrenzt wird. Diese Erhöhung des Pflegebudgets unterliegt nicht der Rückzahlungsverpflichtung gemäß § 11 Absatz 1.**

§ 6a Absatz 3 Satz 4 ist wie folgt zu ergänzen:

„Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind vom Krankenhaus unter Berücksichtigung der bereits erfolgten Fehlschätzungsausgleiche zurückzuzahlen. Sofern die nachgewiesenen, tatsächlichen Pflegepersonalkosten höher sind als das vereinbarte Pflegebudget, ist der Differenzbetrag von den Krankenkassen zu erstatten. Der ermittelte Rück- oder Nachzahlungsbetrag ist über das Pflegebudget für den nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum abzuwickeln.“

Zu Artikel 8 Nr. 6, Buchstabe c, Doppelbuchstaben aa und bb (§ 8 Abs. 10 KHEntgG)

Klarstellungen zur Berechnungssystematik beim Pflegezuschlag

Beabsichtigte Neuregelung

Der Zufluss an Fördermitteln aus dem Pflegezuschlag soll sich infolge der Verortung im Krankenhausentgeltgesetz auch an dem Pflegepersonalbestand im Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes, d. h. in den somatischen Fachabteilungen ausrichten.

Stellungnahme

Die vorgesehene Klarstellung ist dem Grunde nach nachvollziehbar. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass in mehreren Schreiben aus dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den allgemeinen Krankenhäusern mit psychiatrischen oder psychoso-

matischen Fachabteilungen auch ein Förderanspruch für das dort tätige Personal zugestanden wurde.

In einer der DKG vorliegenden Stellungnahme des BMG vom 15. Dezember 2017 an die Saarländische Krankenhausgesellschaft heißt es beispielsweise:

„Weder der Gesetzestext noch die Gesetzesbegründung schreiben eine Differenzierung danach vor, ob die Pflegepersonalkosten des Krankenhauses in somatischen, psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Fachabteilungen entstehen. Daher ist es bei allgemeinen Krankenhäusern, deren Versorgungsschwerpunkt in der Somatik liegt, sachgerecht, die gesamten Pflegepersonalkosten in die Ermittlung der Höhe des Pflegezuschlags einzubeziehen.“

Krankenhäuser, die mit Blick auf diese Rechtsauffassung des BMG auf einen Förderanspruch für das pflegerische Personal in psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen vertraut haben, die sich nach Auffassung der DKG auch aus dem bisherigen Gesetzeswortlaut ergab, dürften nur wenig Verständnis für diese gesetzliche Klarstellung aufbringen.

Mit der verfolgten Klarstellung wird jedoch nicht die Problematik behoben, dass in der maßgeblichen Statistik des Statistischen Bundesamtes auch Krankenhäuser geführt werden, die nicht dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen und damit keinen Anspruch auf den Pflegezuschlag haben. Letztlich wird dadurch im Ergebnis weniger als die vorgesehene Fördersumme in Höhe von 500 Mio. Euro an die Krankenhäuser verteilt. Die Krankenhäuser ohne Versorgungsauftrag können auf keinen Fall dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen, erhöhen aber durch die derzeitige Einbeziehung in die bundesweite Bezugsgröße (Personalkosten für das Pflegepersonal aller allgemeinen Krankenhäuser) den Divisor, der für die Ermittlung der krankenhausespezifischen Fördersumme herangezogen wird. Dieser Problematik könnte durch eine Gesetzesanpassung begegnet werden, indem das in Krankenhäusern ohne Versorgungsvertrag ausgewiesene Personal bei der Ermittlung der Personalkosten für das Pflegepersonal aller allgemeinen Krankenhäuser nicht einbezogen wird.

Änderungsvorschlag

Sofern die Mittel aus dem Pflegezuschlag – wie im Referentenentwurf vorgesehen – nur für das Pflegepersonal in somatischen Fachabteilungen gewährt werden sollen, wird folgende Änderung von § 8 Abs. 10 Satz 4 KHEntgG vorgeschlagen:

„Grundlage für die Personalkosten für das Pflegepersonal aller **allgemeinen** Krankenhäuser **nach Satz 3** sind jeweils die vom Statistischen Bundesamt in der Fachserie 12 Reihe 6.1 ausgewiesenen Vollzeitstellen in der Pflege mit und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus, **abzüglich der ausgewiesenen Vollzeitstellen, welche in Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik sowie in Krankenhäusern ohne Versorgungsvertrag tätig sind**, multipliziert mit den in der Fachserie 12 Reihe 6.3 ausgewiesenen bundesdurchschnittlichen Kosten pro Pflegekraft jeweils für das Jahr, das zwei Jahre vor dem Jahr liegt, in dem der Pflegezuschlag für das Folgejahr zu vereinbaren ist; Grundlage für die Personalkosten für Pflegepersonal des

einzelnen Krankenhauses sind die **entsprechenden** Vollzeitstellen in der Pflege mit und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus, die für dasselbe Jahr vom Krankenhaus an das Statistische Landesamt übermittelt wurden und die Eingang in die Statistik gefunden haben, multipliziert mit den in der Fachserie 12 Reihe 6.3 ausgewiesenen Kosten pro Pflegekraft im jeweiligen Land.“

Darüber hinaus wäre zur Klarstellung folgende Anpassung von § 8 Abs. 10 Satz 3 1. Halbsatz sinnvoll:

„Die jährliche Fördersumme für das Krankenhaus ist von den Vertragsparteien nach § 11 zu ermitteln, indem der Anteil der Personalkosten des Krankenhauses für das Pflegepersonal an den Personalkosten für das Pflegepersonal aller **allgemeinen** Krankenhäuser **im Anwendungsbereich dieses Gesetzes** errechnet wird und dieser krankenhausesindividuelle Anteil auf die jährlich bundesweit zur Verfügung stehende Fördersumme von 500 Millionen Euro bezogen wird;...“

Weiterer Anpassungsbedarf beim Pflegezuschlag

Die DKG sieht darüber hinaus noch Anpassungsbedarf beim Pflegezuschlag mit Blick auf die bereits mit dem KHSG vorgegebene unterjährige Erhöhung für den Fall der Vereinbarung einer anteiligen Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen nach § 10 Abs. 5 Satz 6 KHEntgG. Darauf wird nachfolgend näher eingegangen.

Die Vorschrift des § 8 Abs. 10 KHEntgG sieht in Satz 5 vor, dass im Falle der Vereinbarung einer anteiligen Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen der Pflegezuschlag unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Fallschwere zu erhöhen ist. Auch bei der Vorgängerregelung, dem Versorgungszuschlag, war eine unterjährige Erhöhung für diesen Fall vorgesehen. Da der Versorgungszuschlag jedoch ein prozentualer Rechnungszuschlag war, konnte hier eine unterjährige prozentuale Erhöhung unproblematisch umgesetzt werden.

Der Pflegezuschlag ist im Gegensatz zum Versorgungszuschlag ein im Rahmen der Budgetverhandlungen zu vereinbarenden Zuschlag, der nicht einfach ohne Genehmigung der zuständigen Landesbehörde zu einem auf Bundesebene festgelegten Zeitpunkt angepasst werden kann. Darüber hinaus stellen sich Fragen zum Umgang mit krankenhausesindividuellen Entgelten bei der Ermittlung der durchschnittlichen Fallschwere, zum Vorgehen bei fehlender Budgetvereinbarung und zur Umsetzung des Spitzausgleichs für diese Zuschlagskomponente. Eine eindeutige Antwort liefern die gesetzlichen Vorgaben einschließlich der Gesetzesbegründung dazu nicht.

Angesichts der absehbaren Probleme bei einer unterjährigen Erhöhung des Pflegezuschlags und im Sinne einer möglichst praktikablen Umsetzung der anteiligen Erhöhungsrates im Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes wurde für die Umsetzung der anteiligen Erhöhungsrates 2017 zwischen den Vertragsparteien auf Bundesebene daher eine vollständige Berücksichtigung beim Landesbasisfallwert 2018 in Form einer Basisberichtigung und eines einmaligen Ausgleichs präferiert. Die Vertragsparteien auf Bundesebene hatten in diesem Zusammenhang ergänzend zu der Verein-

barung eine gemeinsame Empfehlung zur Umsetzung der anteiligen Erhöhungsrates für das Jahr 2017 abgestimmt.

Auf eine vollständige Berücksichtigung beim Landesbasisfallwert zielt auch der nachfolgende Änderungsvorschlag ab.

Änderungsvorschlag

1. § 8 Abs. 10 Satz 5 KHEntgG in der aktuellen Fassung wird aufgehoben.

2. § 9 Absatz 1 Nummer 7 KHEntgG wird wie folgt gefasst:

„7. die ~~Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen~~ Tarifrate nach § 10 Absatz 5 Satz 4 ~~Sätze 2 und 3 sowie den Zeitpunkt der erstmaligen Abrechnung der anteiligen Erhöhungsrates.~~“

3. § 10 Abs. 5 Satz 6 und 7 KHEntgG wird wie folgt neu gefasst:

„Ist ein Basisfallwert bereits vereinbart oder festgesetzt, ist bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Folgejahr die anteilige Erhöhungsrates nach Satz 5 erhöhend zu berücksichtigen. Neben der Berichtigung des Basisfallwerts des Vorjahres (Basisberichtigung) ist ein einmaliger Ausgleich infolge der verspäteten Anwendung der anteiligen Erhöhungsrates vorzunehmen.“

Zu Artikel 8, Nr. 6, Buchstabe c, Doppelbuchstabe cc (§ 8 Abs. 10 KHEntgG) **Aufhebung des Pflegezuschlags zum 1. Januar 2020**

Beabsichtigte Neuregelung

Der Pflegezuschlag soll zum 1. Januar 2020 auslaufen.

Stellungnahme

Die Abschaffung des Pflegezuschlags ab dem Jahr 2020 wird damit begründet, dass durch die umfassende Finanzierung von Pflegepersonalkosten durch das Pflegebudget und dessen Zweckbindung die bislang mit dem Pflegezuschlag verfolgte Anreizwirkung für die Einstellung von mehr Pflegepersonal zielgenauer erreicht wird. Im Referentenentwurf wird jedoch nicht darauf eingegangen, dass damit dem Krankenhausbereich ein Großteil der Fördermittel in Höhe von 500 Mio. Euro wieder entzogen wird. Auch in der Ausgabenschätzung für die gesetzliche Krankenversicherung finden sich keine Hinweise darauf, dass der aus Sicht der GKV ausgabenmindernde Wegfall des Pflegezuschlags berücksichtigt worden wäre.

Der durch den Pflegezuschlag im Jahr 2017 abgelöste Versorgungszuschlag war im Jahr 2013 eingeführt worden, um den Degressionseffekt der Mengenentwicklung im Landesbasisfallwert für diejenigen Kliniken zu kompensieren, die selbst keine Mengenausweitung verzeichneten. Auch wenn die sogenannte doppelte Degression mit Einfüh-

rung des Fixkostendegressionsabschlags zum Jahr 2017 entfallen ist, schlägt sich die zuvor gesetzlich vorgegebene absenkende Berücksichtigung von Leistungssteigerungen beim Landesbasisfallwert bis heute in entsprechend reduzierten Landesbasisfallwerten basiswirksam nieder. Solange sich die basiswirksame Absenkung der doppelten Degression in den Landesbasisfallwerten widerspiegelt, darf der den Versorgungszuschlag ersetzende Pflegezuschlag keinesfalls ersatzlos aufgehoben werden. Mit der Festsetzung der Fördersumme beim Pflegezuschlag auf 500 Mio. Euro blieben die Finanzmittel aus dem Versorgungszuschlag nahezu vollständig dem Krankenhausbereich erhalten. Eine aus Sicht der Krankenhäuser wünschenswerte Dynamisierung wurde vom Gesetzgeber leider nicht umgesetzt. Die vom Gesetzgeber auf 500 Mio. Euro festgelegten Finanzmittel sollten, um einen Anreiz für die Einstellung von Pflegepersonal zu setzen, nicht wie zuvor pauschal, sondern abhängig von dem krankenhaushausindividuellen Pflegepersonalbestand an die Krankenhäuser verteilt werden.

Auch wenn der Pflegezuschlag den Versorgungszuschlag mit einem Anreizmechanismus versieht, unterscheiden sich die Zuschläge in dem wichtigsten Punkt nicht: Die den Krankenhäusern zur Verfügung stehenden Mittel unterliegen jeweils keiner Zweckbindung. Wie beim Versorgungszuschlag sind auch die Mittel aus dem Pflegezuschlag gerade nicht zweckbezogen für die Pflege zu verwenden, auch wenn die Bezeichnung des Zuschlags möglicherweise etwas anderes erwarten ließe. Wenn insofern der Pflegezuschlag ab dem Jahr 2020 aufgehoben wird, kann keine Kompensation dieser Finanzmittel über das neue Pflegebudget nach § 6a KHEntgG erfolgen. Allenfalls in dem Umfang, in dem Finanzmittel aus dem Pflegezuschlag bisher zur Finanzierung von Pflegepersonalkosten verwendet wurden, kann eine Verlagerung in das Pflegebudget erfolgen. Daher kann der vorgesehene Wegfall des Pflegezuschlags nur als massive Kostendämpfungsmaßnahme zu Gunsten der gesetzlichen Krankenversicherung aufgefasst werden.

Die vorgesehene Maßnahme steht auch im Widerspruch zu den Vorgaben des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG). Das KHSG verfolgte mit der Ablösung des Versorgungszuschlags durch den Pflegezuschlag die Zielsetzung, die Mittel aus dem Versorgungszuschlag passgenauer als zuvor in Abhängigkeit von der Höhe der Pflegepersonalkosten dauerhaft zur Verfügung zu stellen. Dazu führen die Beschlussempfehlung und der Bericht des Ausschuss für Gesundheit aus:

„Der Versorgungszuschlag wird ab 2017 durch einen Pflegezuschlag ersetzt. Das Mittelvolumen des Versorgungszuschlags in Höhe von 500 Mio. Euro wird auf die Pflegedienstpersonalkosten verteilt und den Krankenhäusern als Pflegezuschlag dauerhaft zur Verfügung gestellt. So erhalten die Krankenhäuser einen Anreiz, auf den Abbau von Pflegekräften zu verzichten.“¹

Auch im damaligen Ausgabentableau des KHSG waren die Mittel aus dem Pflegezuschlag in Höhe von 500 Mio. Euro bereits fest für das Jahr 2020 eingeplant.²

Von einer alternativ denkbaren Einrechnung der Finanzmittel aus dem Versorgungszuschlag in den Landesbasisfallwert wurde damals abgesehen, weil damit keine Anreiz-

¹ vgl. BT-Drucksache 18/6586, S. 93

² vgl. Eckpunkte zum Änderungsbedarf des Entwurfes des Krankenhausstrukturgesetzes vom 2. Oktober 2015, S. 5

wirkung zur Einstellung von Pflegepersonal verbunden gewesen wäre. Eine Einrechnung in den Landesbasisfallwert hätte jedoch sichergestellt, dass die Finanzmittel dem Krankenhausbereich erhalten geblieben wären. Da aber mit der Einführung des Pflegezuschlags ab dem Jahr 2017 nach Wegfall der doppelten Degression ein anderer Weg gewählt wurde, stehen die Finanzmittel, die den Krankenhäusern eigentlich dauerhaft zur Verfügung stehen sollten, nunmehr wieder zur Disposition.

Die vorgesehene Abschaffung des Pflegezuschlags wird zwar möglicherweise nicht zu einem Abbau von Pflegekräften führen, da die Pflegepersonalkosten zukünftig über das Pflegebudget zu finanzieren sind. Durch die ersatzlose Streichung der Fördermittel entstehen jedoch Finanzierungslücken an anderer Stelle, die nur durch Einsparungen, z. B. durch Personalabbau bei anderen Berufsgruppen, geschlossen werden können. Dies kann nicht ernsthaft im Interesse der Politik sein.

Die Finanzmittel, die nach gesetzgeberischer Intention dem Krankenhausbereich dauerhaft zur Verfügung gestellt werden sollten, dürfen nicht nunmehr plötzlich an die Krankenkassen zurückfließen. Der durch den Pflegezuschlag eingeführte Anreizmechanismus ist aufgrund der neuen Pflegefinanzierungssystematik hinfällig. Anstelle einer Fortführung des Pflegezuschlags ab dem Jahr 2020 ist daher eine Einrechnung der Finanzmittel in den Landesbasisfallwert sachgerecht und zu präferieren.

Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Anfügung von Satz 7 ist zurückzunehmen.

Anstelle einer Fortführung des Pflegezuschlags sollte eine Einrechnung der Finanzmittel aus dem Pflegezuschlag basiswirksam in den Landesbasisfallwert erfolgen, die wie folgt umgesetzt werden könnte:

§ 10 Absatz 11 KHEntgG wird wie folgt gefasst:

„In den ab dem 1. Januar 2020 geltenden Basisfallwert sind die im jeweiligen Land vereinbarten Finanzierungsbeträge aus dem Pflegezuschlag nach § 8 Absatz 10 einzurechnen. Absatz 4 gilt insoweit nicht. Sofern zum Zeitpunkt der Vereinbarung des Basisfallwerts die vereinbarten Finanzierungsbeträge nach Satz 1 noch nicht vorliegen, ist eine Schätzung der voraussichtlichen Höhe vorzunehmen. Bei einer Fehlschätzung erfolgt eine entsprechende Berichtigung des Basisfallwerts in den Folgejahren.“

Zu Artikel 8 Nr. 7, Buchstabe a, Doppelbuchstabe cc (§ 9 Abs. 1 Nr. 7 KHEntgG) Vereinbarung der Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen

Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragsparteien auf Bundesebene werden beauftragt, neben der Vereinbarung der Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen und des Zeitpunkts der erstmaligen Abrechnung der anteiligen Erhöhungsrates bis zum 31. März 2019 auch ein Nachweisverfahren zur zweckentsprechenden Mittelverwendung der zusätzlichen Finanzmittel, welche ein Krankenhaus aufgrund der vollständigen Tarifrefinanzierung für das Pflegepersonal erhält, zu entwickeln.

Stellungnahme

Die Kosten der Tarifentwicklung werden auch nach dem Referentenentwurf durch eine Erhöhung des Landesbasisfallwertes mit einem Anteil der Erhöhungsrates berücksichtigt. Sowohl dieser Mechanismus als auch die Vorgabe eines geschätzten Durchschnittswertes für alle Personalgruppen in Höhe von 40% der Erhöhungsrates zeigt, dass Tarifsteigerungen weiterhin pauschal abgegolten werden. Diese pauschale Erhöhung des Gesamtbetrages mit einer Zweckbindung für den krankenhausesindividuellen Anteil der Pflegekosten zu verbinden, ist nicht systemkonsistent und kann daher auch in der Praxis nicht sachgerecht umgesetzt werden. Als Nachweis genügt grundsätzlich die Anwendung des der Tarifrates zugrundeliegenden Tarifvertrags bzw. von vergleichbaren Tarifverträgen. Ein kleinteiliger Abgleich der hausesindividuellen Personalkostensteigerungen mit einer bundeseinheitlichen pauschalen Anhebung des Landesbasisfallwertes erzeugt einen hohen bürokratischen Aufwand und kann nicht sachgerecht durchgeführt werden.

Die Vereinbarung eines Zeitpunkts der erstmaligen Abrechnung der anteiligen Erhöhungsrates ist bei dem von der DKG präferierten Umsetzungsverfahren in Form einer vollständigen Berücksichtigung beim Landesbasisfallwert nicht notwendig (vgl. dazu unsere Ausführungen zum Pflegezuschlag (Artikel 8, Nr.6, Buchstabe c, § 8 Abs. 10 KHEntgG).

Die Vorschläge der DKG zur vollständigen Tarifkostenrefinanzierung sehen darüber hinaus die Vereinbarung einer Tarifrates durch die Vertragsparteien auf Bundesebene vor. Für weitere Einzelheiten wird auf die Stellungnahme zu Artikel 8, Nummer 8, Buchstabe a (§ 10 Abs. 5 KHEntgG) verwiesen.

Änderungsvorschlag

§ 9 Absatz 1 Nummer 7 KHEntgG wird wie folgt gefasst:

„7. die ~~Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen~~ Tarifrates nach § 10 Absatz 5 Satz 4 ~~Sätze 2 und 3 sowie den Zeitpunkt der erstmaligen Abrechnung der anteiligen Erhöhungsrates.~~“

Zu Artikel 8 Nr. 7, Buchstabe a, Doppelbuchstabe dd) Nr. 9 (§ 9 Abs. 1 Nr. 7 KHEntgG)

Bereinigung des Prozedurenschlüssels

Beabsichtigte Neuregelung

Die Selbstverwaltung wird aufgefordert, bis zum 28. Februar 2019 Prozedurenschlüssel nach § 301 Abs. 2 SGB V zu benennen, die zu streichen sind, da sie nach Einführung des Pflegebudgets für Zwecke des Vergütungssystems nach § 17b KHG nicht mehr benötigt werden.

Stellungnahme

Die DKG begrüßt die Regelung, da sie dem Bürokratieabbau in der Pflege dient. Bereits vielfach hatte die DKG gefordert, diesbezügliche Fehlentwicklungen i. V. m. dem OPS entgegenzuwirken, da diese das Pflegepersonal maßgeblich von ihrer Arbeit mit den Patienten abhalten.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Artikel 8 Nr. 8, Buchstabe a (§10 Abs. 5 KHEntgG)

Neufassung der Regelungen zur Tarifierfinanzierung

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird eine vollständige Refinanzierung von erhöhten Personalkosten eingeführt, die durch Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal in Krankenhäusern entstehen.

Stellungnahme

Die Tarifausgleichsrate wurde im Rahmen des KHSG mit dem Ziel eingeführt, steigende Kosten der Krankenhäuser infolge von Tarifabschlüssen zu refinanzieren und stellte somit eine strukturelle Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung dar. In Kombination mit weiteren Maßnahmen aus dem KHSG sollte damit eine nachhaltige Verbesserung der Krankenhausversorgung insbesondere auch der pflegerischen Versorgung erfolgen. Dieses Ziel kann aber nur erreicht werden, wenn alle finanzwirksamen Tarifkomponenten bei der Tarifausgleichsrate über alle Berufsgruppen berücksichtigt werden. Es reicht insofern nicht aus, die vollständige Tarifkostenrefinanzierung nur für das Pflegepersonal in Krankenhäusern vorzusehen.

Die strukturellen Komponenten haben, ebenso wie die linearen Tarifkomponenten, direkte Auswirkungen auf die Tariflöhne der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Krankenhäusern und damit auch auf die Personalkosten der Krankenhäuser. Es ist nicht nachvollziehbar, warum strukturelle Tarifsteigerungen zukünftig nur bei der Pflege, nicht aber bei allen anderen Berufsgruppen refinanziert werden sollen. Die Einbeziehung der

strukturellen Tarifelemente muss in die Berechnung der zu ermittelnden Tarifraten zwingend für alle Personalbereiche erfolgen.

Die derzeitige Tarifausgleichsrate berücksichtigt zudem nur Kostenzuwächse oberhalb des Veränderungswertes und gleicht davon nach der vorgesehenen Regelung auch nur 40 % im KHEntgG-Bereich aus. Alles, was unterhalb des Veränderungswertes nicht in die Landesbasisfallwerte eingeflossen ist, verbleibt als nicht refinanzierte Tarifikostenlast bei den Krankenhäusern. Eine relativ hohe Grundlohnrate, die sich in den Landesbasisfallwerten nicht wiederfindet, hebt die Tarifausgleichsrate als Instrument weitgehend aus. Angesichts der unterschiedlichen Preisanpassungen auf der Landesebene sollte der Tarifausgleich daher an den vereinbarten Erhöhungen der Landesbasisfallwerte ansetzen und die Tarifikostensteigerungen vollständig ausgleichen. Daher ist es notwendig, dass die Vertragsparteien auf Landesebene nach Vereinbarung der Tarifraten durch die Vertragsparteien auf Bundesebene in Höhe des Unterschieds zwischen beiden Raten eine Erhöhungsrate vereinbaren und der zu vereinbarende Landesbasisfallwert von den Vertragsparteien auf Landesebene um zwei Drittel dieser Erhöhungsraten (anteilige Erhöhungsraten) zu erhöhen ist. Sofern der Landesbasisfallwert für das maßgebliche Jahr bereits vereinbart oder festgesetzt ist, ist die anteilige Erhöhungsraten bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts für das Folgejahr erhöhend zu berücksichtigen. Für diesen Fall ist neben der Berichtigung des Basisfallwerts des Vorjahres (Basisberichtigung) ein einmaliger Ausgleich infolge der verspäteten Anwendung der anteiligen Erhöhungsraten vorzunehmen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Auch wenn diese Regelung in die richtige Richtung zielt, wird das Hauptproblem einer systematischen Unterfinanzierung der Krankenhäuser durch Tarifsteigerungen und einem daraus entstehenden ungerechtfertigten Kostendruck mit den bekannten unerwünschten Konsequenzen zwar partiell angegangen, aber nicht gelöst, weil lediglich für den Bereich der Pflege eine vollständige Tarifikostenrefinanzierung vorgesehen ist.

Änderungsvorschlag

§ 10 Absatz 5 KHEntgG wird wie folgt gefasst:

„(5) Bei der Vereinbarung des Basisfallwerts sind ~~erstmalig für das Jahr 2016 erstmalig für das Jahr 2018~~ 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 50100 Prozent des Unterschieds zwischen ~~dem Veränderungswert~~ **der prozentualen Erhöhung des vereinbarten Landesbasisfallwerts nach Absatz 8 Satz 6** und der Tarifraten, die sich aus den durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten Erhöhungen der Vergütungstarifverträge **einschließlich struktureller Veränderungen** und vereinbarter Einmalzahlungen errechnet, nach Maßgabe des Satzes 5 berücksichtigt. Maßstäbe für die Ermittlung der Tarifraten nach Satz 2 sind für den nichtärztlichen Personalbereich einerseits und den ärztlichen Personalbereich andererseits jeweils diejenige tarifvertragliche Vereinbarung, die in dem jeweiligen Bereich für die meisten Beschäftigten maßgeblich ist. Die Vertragsparteien auf ~~Bundesebene nach § 9~~ **Landesebene** vereinbaren **nach Vereinbarung der Tarifraten gemäß § 9 Absatz 1**

Nummer 7 des Krankenhausentgeltgesetzes durch die Vertragsparteien auf Bundesebene 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 ein ~~ein~~ **zwei** Drittel dieser Erhöhungsrate (anteilige Erhöhungsrate) zu erhöhen. **Ist ein Basisfallwert bereits vereinbart oder festgesetzt, ist bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Folgejahr die anteilige Erhöhungsrate nach Satz 5 erhöhend zu berücksichtigen. Neben der Berichtigung des Basisfallwerts des Vorjahres (Basisberichtigung) ist ein einmaliger Ausgleich infolge der verspäteten Anwendung der anteiligen Erhöhungsrate vorzunehmen.**

Zu Artikel 8 Nr. 12, Buchstabe b (§ 15 Abs. 2. KHEntgG)

Abschlag zur Abrechnung von Pflegeleistungen bei fehlender Budgetvereinbarung

Beabsichtigte Neuregelung

Zur Abrechnung der Pflegeleistungen vor Abschluss der erstmaligen Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2020 werden die Abrechnungsbeträge gesetzlich vorgegeben.

Stellungnahme

Die DKG begrüßt diese Regelung, da sie für die Gewährleistung der notwendigen Liquidität der Krankenhäuser zwingend erforderlich ist. Allerdings ist der vorgesehene Betrag nicht ausreichend, um die tatsächlichen Erlösausfälle zu kompensieren. Der sehr niedrige Tagessatz würde auf Seiten der Krankenkassen einen massiven Fehlanreiz implizieren, die Budgetverhandlungen hinauszuzögern. Eine Verlagerung des Liquiditätsvorteils auf die Krankenhäuser hätte dagegen den Vorteil, dass zum einen die Gehaltszahlungen für die Mitarbeiter abgesichert werden und ein zügiger Abschluss der Budgetvereinbarungen gefördert wird.

Änderungsvorschlag

In § 15 Absatz 2 KHEntgG wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Können die Entgelte nach § 6a auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für das Jahr 2020 noch nicht bewertet werden, sind für jeden vollstationären Belegungstag **150 Euro** und für jeden teilstationären Belegungstag **75 Euro** abzurechnen. Absatz 3 gilt entsprechend.“

Zu Artikel 8 Nr. 13

Erweiterung der Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG

Zu Nr. 13 a) aa) aaa)

Beabsichtigte Neuregelung

Zusätzlich zu der vereinbarten und abgerechneten Summe der Bewertungsrelationen der DRG-Fälle sollen die vereinbarten und abgerechneten Bewertungsrelationen des Pflegeerlöskatalogs sowie die Zahlungen zum Ausgleich für Fehlschätzungen nach § 6a Absatz 2 übermittelt werden.

Stellungnahme

Wir verweisen auf unsere Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 2 (§ 17b KHG), in der wir die Einführung des Pflegeerlöskatalogs abgelehnt haben. Deshalb ist seine Anführung an dieser Stelle zu streichen.

Änderungsvorschlag

In Buchstabe d werden nach den Wörtern „nach § 5 Absatz 4“ die Wörter „und der vereinbarten und abgerechneten Bewertungsrelationen des Pflegeerlöskatalogs sowie der Zahlungen zum Ausgleich für Fehlschätzungen nach § 6a Absatz 2“ eingefügt.

Zu Nr. 13 a) aa) bbb)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Anzahl der im Pflegedienst beschäftigten Vollkräfte sollen nach Personalgruppen und Berufsbezeichnungen aufgeteilt werden.

Stellungnahme

Die Vertragsparteien haben sich in Bezug auf die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen darauf verständigt, dass das Pflegepersonal nach dreijährig examinierten Pflegekräften und Pflegekräften mit weniger als dreijähriger Ausbildung aufgeteilt wird. Diese Differenzierung ist auch für eine Prüfung, inwieweit den Krankenhäusern Mehrkosten durch die Einhaltung der Untergrenzen entstehen, ausreichend. Eine weitere Gliederung nach Berufsbezeichnungen ist dazu entbehrlich.

Änderungsvorschlag

In Buchstabe e werden nach dem Wort „Personen“ die Wörter „aufgeteilt nach Personengruppen und Berufsbezeichnungen jeweils“ eingefügt.

Zu Nr. 13 a) bb)

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird die Übermittlung von Zeiträumen auf Fachabteilungen und für Intensivbehandlungen vorgesehen.

Stellungnahme

Zuerst muss festgestellt werden, dass der Begriff Intensivbehandlung nicht eindeutig definiert ist und insbesondere die unterschiedlichen Stufen der sogenannten Intermediate Care damit nicht klar zugeordnet werden können. Im Rahmen der Vereinbarung nach § 301 SGB V werden aktuell im Rahmen der Abrechnungen Verlegungen nur mit den entsprechenden Daten übermittelt. Das Thema Intensivbehandlung wird nur indirekt dokumentiert, falls explizit auf eine Intensivmedizinische Fachabteilung verlegt wird. Daher liegen den Krankenhäusern die Zeitpunkte der Verlegungen nicht datentechnisch vor und die Zeiten der intensivmedizinischen Behandlung sind weder eindeutig definiert noch liegen dazu standardmäßig strukturierte Informationen vor. Die geplante Änderung würde dazu führen, dass komplett neue Erfassungswege aufgebaut werden müssen und diese Daten dann ebenfalls in die § 21-Datenübermittlung eingefügt werden müssen. Dies führt zu größeren Softwareänderungen an unterschiedlichen Systemen der Krankenhäuser mit wesentlichen Kosteneffekten. Je nach Krankenhaus sind auch die Personen, die üblicherweise die konkrete Verlegung vornehmen und als einzige Personen die entsprechenden Uhrzeiten kennen, nicht berechtigt Daten zu erheben und haben auch keine entsprechenden Eingabegeräte zur Verfügung. Insgesamt würde die geplante Regelung dazu führen, dass manuelle Prozesse aufgebaut werden müssen, die die Versorgung der Patienten behindern und die Bürokratielast erhöhen.

Im Übrigen sind aus Sicht der DKG diese Daten für eine Prüfung, inwieweit den Krankenhäusern Mehrkosten durch die Umsetzung des § 137i SGB V entstehen, weder erforderlich noch geeignet.

Änderungsvorschlag

Die Nummer bb) wird gestrichen.

Artikel 9

Weitere Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Zu Artikel 9 Nr. 1 bis 3 (§§ 6, 9 und 10 KHEntgG)

Vereinbarung der Erhöhungsrates ab 2020

Beabsichtigte Neuregelung

Ab 2020 werden die Pflegepersonalkosten aufgrund von Tariflohnsteigerungen im Rahmen des Pflegebudgets berücksichtigt. Dadurch ändert sich der zu berücksichtigende Anteil der Erhöhungsrates und ist durch die Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbaren.

Stellungnahme

Die Regelung ist nachvollziehbar. Es gilt jedoch auch in diesem Zusammenhang die zwingende Notwendigkeit, alle tarifbedingten Personalkostensteigerungen vollständig zu refinanzieren.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf

1. Keine Abschläge bei der stationären Notfallversorgung

Am 19. April 2018 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gegen die Stimmen der DKG ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern beschlossen. Bis zum 30. Juni 2018 müssen der GKV-SV und die DKG Zu- und Abschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung bzw. Nicht-Teilnahme vereinbaren.

Laut G-BA-Beschluss fällt jeder Krankenhausstandort, der auch nur eine einzige Vorgabe der Basisstufe nicht erreicht und keines der speziellen Module erfüllt, in die Stufe der Nicht-Teilnahme an der Notfallversorgung. Diese Krankenhausstandorte müssen Abschläge für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung vereinbaren, obwohl viele dieser Standorte weiterhin an der Notfallversorgung teilnehmen werden. Hinzu kommt, dass auch laut G-BA-Beschluss Krankenhäuser, die die Vorgaben der Basisstufe nicht erfüllen, weiterhin zur notfallmäßigen Hilfeleistung verpflichtet sein werden. Insofern muss der Abschlag gestrichen werden. Es ist nicht gerechtfertigt, dass ein Krankenhaus, welches lediglich ein Beatmungsbett zu wenig vorhält, und weiterhin 24/7 jederzeit an der Notfallversorgung teilnimmt, Abschläge auf seine Erlöse hinnehmen muss.

Außerdem ist der G-BA-Beschluss aller Voraussicht nach nicht geeignet, um die Vorhaltekosten der Notfallversorgung abzubilden. Somit ist höchst fraglich, ob es überhaupt möglich ist, einen zumindest ansatzweise sachgerechten Abschlag für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung festlegen zu können.

Richtig ist allerdings, dass die neuen Anforderungen an die stationäre Notfallversorgung für die Krankenhäuser mit erheblichen Mehrkosten verbunden sein werden. Eine entsprechende Klarstellung, dass die erforderlichen Mittel von den Kassen zusätzlich bereitzustellen sind, ist daher dringend erforderlich. Dementsprechend muss die gesetzlich vorgesehene Umverteilung der Zu- und Abschläge über den Landesbasisfallwert gestrichen werden, da die neu festgelegten Anforderungen ansonsten zu Lasten aller Krankenhäuser aus dem bestehenden Finanzierungsvolumen umzusetzen sind.

Änderungsvorschlag

Streichung der Nr. 1 des § 17b Absatz 1a KHG

Zu § 9 Absatz 1a Nr. 5 KHEntg

„bis zum 30. Juni 2018 die Höhe und die nähere Ausgestaltung der Zu-~~und~~ Abschläge für eine Teilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung, wobei bei der Ermittlung der Höhe der Zu-~~und~~ Abschläge eine Unterstützung durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus vorzusehen ist; die Zu-~~und~~ Abschläge müssen sich auf das Stufensystem zu den Mindestvoraussetzungen für eine Teilnahme an der Notfallversorgung beziehen, das gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu entwickeln ist;“

Zu § 10 Absatz 3 Satz 1 Nr. 6 KHEntgG

„absenkend die Summe der Zuschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4, soweit die Leistungen bislang durch den Basisfallwert finanziert worden sind oder die Zuschläge auf ergänzenden oder abweichenden Vorgaben des Landes nach § 5 Absatz 2 Satz 2 beruhen; dabei werden die Zuschläge nach § 4 Absatz 8 und 9, ~~und~~ § 5 Absatz 3, 3a, 3b und 3c **und § 9 Absatz 1a Nr. 5 KHEntgG** nicht einbezogen,“

Zu § 10 Absatz 3 Satz 1 Nr. 7 KHEntgG

„erhöhend die ~~Summe der Abschläge für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung und die~~ befristeten Zuschläge nach § 5 Absatz 3c, soweit diese nicht mehr krankenhausindividuell erhoben werden und nicht durch Zusatzentgelte vergütet werden.“

Zu § 10 Absatz 8 Satz 7 KHEntgG

„Basisfallwerte unterhalb des einheitlichen Basisfallwertkorridors nach Satz 1 werden ab dem 1. Januar 2016 jeweils an den unteren Grenzwert angeglichen; die nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 vorzunehmende absenkende Berücksichtigung von ~~Zuschlägen für die Teilnahme an der Notfallversorgung und~~ Sicherstellungszuschlägen, die auf ergänzenden oder abweichenden Vorgaben des Landes beruhen, bleiben hiervon unberührt.“

2. Sicherstellungszuschlag wirksam ausgestalten

Der Sicherstellungszuschlag zur Gewährleistung einer flächendeckenden Krankenhausversorgung läuft nach wie vor ins Leere. Daran ändert auch die vom G-BA am 19. April beschlossene Ausweitung des Zuschlags auf die Geburtshilfe nichts. Ursächlich dafür ist die gesetzliche Begrenzung des Zuschlags auf Krankenhäuser in nur dünn besiedelten Gebieten und auf Krankenhäuser, die insgesamt Verluste ausweisen. Das Kriterium einer geringen Versorgungsdichte von weniger als 100 Einwohnern pro km² ist deutlich zu restriktiv angesetzt und daher mitentscheidend für die derzeitige bestehende annähernde Wirkungslosigkeit der Sicherstellungszuschläge.

In den Tragenden Gründen zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB vom 24. November 2016 wird in § 4 ausgeführt, dass ein geringer Versorgungsbedarf definiert wird als eine durchschnittliche Einwohnerdichte unterhalb von 100 Einwohnern je Quadratkilometer (100 E./km²). Dies würde der Typisierung als „dünn besiedelte ländliche Region“ des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) entsprechen.

Die DKG hat bereits in ihren Tragenden Gründen zur Erstfassung der Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen ausgeführt, dass diese Typisierung verfälscht dargestellt wird.

In den „Erläuterungen zu den Raumbezügen“ hat das BBSR im Zusammenhang mit den Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung (INKAR 2016) Definitionen zu den Raumbezügen vorgenommen. Je nach verwendeten Raumbezug (Kreisregion- oder Raumordnungsregionsebene) wird eine punktuell unterschiedliche Betrachtungs-

weise vorgenommen. Auf Grundlage der Anzahl der Kreise (402) wird der „Ländliche Raum“ anhand von „*ländlichen Kreisen*“ und „*dünn besiedelten ländlichen Kreisen*“ definiert.

Die „*dünn besiedelten ländlichen Kreise*“ sind demnach „**Kreise mit einem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten unter 50% und Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte unter 100 E./km²**“

In den derzeitigen Sicherstellungsregelungen wird bezüglich der Festlegung eines geringen Versorgungsbedarfs nur auf einen Teil der Definition abgestellt. Der erste Teil der Definition (Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten unter 50%) wird hierbei völlig außer Acht gelassen und fließt in die Betrachtung nicht ein. In der Praxis muss aber das gesamte Gebiet in einem Erreichbarkeitskreis betrachtet werden. Krankenhäuser der Grundversorgung, die basisversorgungsrelevante Leistungen erbringen, befinden sich in der Regel in Mittelzentren.

Das bedeutet, dass von der Gesamtbevölkerung im Versorgungsgebiet weniger als 50 Prozent in einer Groß- oder Mittelstadt leben darf und der Bevölkerungsanteil in den Kleinstädten und Landgemeinden mehr als 50 Prozent ausmacht.

Da der Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten durchschnittlich bei weit über 100 E./km² liegt, und in Landgemeinden durchschnittlich bei 70 E./km² muss demnach ein geringer Versorgungsbedarf in *dünn besiedelten ländlichen Kreisen* zwingend über 100 E./km² festgelegt werden, da es ansonsten zu strukturellen Nachteilen kommt.

Darüber hinaus wurde entgegen der Intervention der DKG eine Fachabteilungsdefinition in die Regelung aufgenommen, die aus Sicht der DKG weder vom gesetzlichen Auftrag umfasst noch für den Regelungsgegenstand erforderlich ist.

Weiterhin ist die derzeitige Regelung, die auch und gerade Inselkrankenhäuser schützen soll, aufgrund der Einschränkungen, dass zwingend eine Fachabteilung für Chirurgie und Innere Medizin vorgehalten werden müssen, nicht in allen Fällen tragfähig. Um die notwendigen Vorhaltungen gerade von Krankenhäusern in Insellagen nicht zu gefährden, ist es daher zwingend geboten, die bestehenden Ausnahmeregelungen für die Inselkrankenhäuserdahingehend zu erweitern, dass Krankenhäuser in Insellagen eine Fachabteilung für Innere Medizin oder Chirurgie vorhalten müssen.

Es besteht daher gesetzlicher Anpassungsbedarf zur Frage der zur Versorgung der Bevölkerung notwendigen vorzuhaltenden Leistungen. Diese müssen gesetzlich definiert werden und können zukünftig nicht mehr einer „Verhandlungslösung“ im G-BA überlassen werden. Alle Regelungen zum DRG-Entgeltsystem sind zudem grundsätzlich durch die Vertragsparteien der InEK-Träger (GKV, DKG, PKV) zu verhandeln.

Änderungsvorschlag

Zu § 136c Absatz 3 SGB V

Die Ausführungen sind zu streichen.

Zu § 5 Abs. 2 Sätze 1 bis 6 (neu) KHEntgG

„(1)¹Zur Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen, die auf Grund des geringen Versorgungsbedarfs mit den auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten nicht kostendeckend finanzierbar ist, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 bei Erfüllung der Vorgaben nach den Sätzen 2, 4 ~~3~~ und 5 ~~sowie der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch~~ Sicherstellungszuschläge nach § 17b Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.²~~Das Nähere zur Ausgestaltung und Umsetzung bundeseinheitlicher Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen nach § 17b Absatz 1a Nummer 6 KHG vereinbaren die Selbstverwaltungsparteien auf der Bundesebene~~³Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung ergänzende oder abweichende Vorgaben zu erlassen, insbesondere um regionalen Besonderheiten bei der Vorhaltung der für die Versorgung notwendigen Leistungseinheiten Rechnung zu tragen; dabei sind die Interessen anderer Krankenhäuser zu berücksichtigen.⁴Die Landesregierungen können diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen. ~~Voraussetzung für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags ist zudem, dass das Krankenhaus für das Kalenderjahr vor der Vereinbarung ein Defizit in der Bilanz ausweist.~~⁵Die zuständige Landesbehörde prüft auf Antrag einer Vertragspartei nach § 11, ob die Vorgaben für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags nach Satz 1 erfüllt sind, und entscheidet, ob ein Sicherstellungszuschlag zu vereinbaren ist; sie hat dabei auch zu prüfen, ob die Leistung durch ein anderes geeignetes Krankenhaus, das diese Leistungsart bereits erbringt, ohne Zuschlag erbracht werden kann.⁶Im Falle einer Krankenhausfusion erfolgt bei Krankenhäusern mit unterschiedlichen Betriebsstätten die Prüfung der Weitergewährung eines Sicherstellungszuschlags durch die zuständige Landesbehörde betriebsstättenbezogen, sofern folgende Kriterien erfüllt sind:

1. die Betriebsstätte ist im Krankenhausplan als gesonderter Standort ausgewiesen,
 2. an diesem gesonderten Standort werden mindestens drei im Krankenhausplan ausgewiesene, organisatorisch selbständig bettenführende Fachgebiete betrieben ~~und,~~
 - ~~3. das negative wirtschaftliche Ergebnis der Betriebsstätte ist aus der Bilanz des Krankenhauses eindeutig ersichtlich und wird von einem Jahresabschlussprüfer im Auftrag der Krankenkassen bestätigt;~~
- der Sicherstellungszuschlag kann in diesem Fall für bis zu drei Jahre weiter vereinbart werden.“

Zu § 10 Abs. 3 Satz 1 Nummer 6 KHEntgG

„[...]6. absenkend die Summe der Zuschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4, soweit die Leistungen bislang durch den Basisfallwert finanziert worden sind ~~oder die Zuschläge auf ergänzenden oder abweichenden Vorgaben des Landes nach § 5 Absatz 2 Satz 2 beruhen~~; dabei werden die Zuschläge nach § 4 Absatz 8 und 9 und § 5 Absatz 3, 3a, 3b und 3c nicht einbezogen,[...]

Hilfsweise:

Hilfsweise kann eine rein gesetzliche Lösung in Betracht kommen, die als Vorgabe im Sinne des Gesetzes einen geringen Versorgungsbedarf definiert und auf dieser Grundlage den Ländern weitergehende Ausgestaltungen auf Grundlage länderspezifischer Besonderheiten ermöglicht

Zu § 136c Absatz 3 SGB V

Die Ausführungen sind zu streichen.

Zu § 5 Abs. 2 Sätze 1 bis 6 (neu) KHEntgG

„(1)¹Zur Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen, die auf Grund des geringen Versorgungsbedarfs mit den auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten nicht kostendeckend finanzierbar ist, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 bei Erfüllung der Vorgaben nach den Sätzen 2, ~~4~~ ~~3~~ und 5 ~~sowie der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch~~ Sicherstellungszuschläge nach § 17b Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

²Von einem geringen Versorgungsbedarf ist bei Krankenhäusern in Insellagen oder wenn die Gesamteinwohnerdichte unter 145 Einwohner pro Quadratkilometer in einem festgelegten Einzugsgebiet des Krankenhauses liegt, auszugehen und die vorzuhaltenden Leistungen nicht kostendeckend finanzierbar sind; die Festlegung des Einzugsgebietes erfolgt durch die zuständige Landesbehörde.

³Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung ergänzende oder abweichende Vorgaben zu erlassen, insbesondere um regionalen Besonderheiten bei der Vorhaltung der für die Versorgung notwendigen Leistungseinheiten Rechnung zu tragen; dabei sind die Interessen anderer Krankenhäuser zu berücksichtigen. ⁴Die Landesregierungen können diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen. ~~Voraussetzung für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags ist zudem, dass das Krankenhaus für das Kalenderjahr vor der Vereinbarung ein Defizit in der Bilanz ausweist.~~ ⁵Die zuständige Landesbehörde prüft auf Antrag einer Vertragspartei nach § 11, ob die Vorgaben für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags nach Satz 1 erfüllt sind, und entscheidet, ob ein Sicherstellungszuschlag zu vereinbaren ist; sie hat dabei auch zu prüfen, ob die Leistung durch ein anderes geeignetes Krankenhaus, das diese Leistungsart bereits erbringt, ohne Zuschlag erbracht werden kann. ⁶Im Falle einer Krankenhausfusion erfolgt bei Krankenhäusern mit unterschiedlichen Betriebsstätten die Prüfung der Weitergewährung eines Sicherstellungszuschlags durch die zuständige Landesbehörde betriebsstättenbezogen, sofern folgende Kriterien erfüllt sind:

1. die Betriebsstätte ist im Krankenhausplan als gesonderter Standort ausgewiesen,
2. an diesem gesonderten Standort werden mindestens drei im Krankenhausplan ausgewiesene, organisatorisch selbständig bettenführende Fachgebiete betrieben ~~und,~~
- ~~3. das negative wirtschaftliche Ergebnis der Betriebsstätte ist aus der Bilanz des Krankenhauses eindeutig ersichtlich und wird von einem Jahresabschlussprüfer im Auftrag der Krankenkassen bestätigt;~~

der Sicherstellungszuschlag kann in diesem Fall für bis zu drei Jahre weiter vereinbart werden.

3. Bundesbasisfallwert und -korridor weiterhin prospektiv nach Maßgabe des Veränderungswertes weiterentwickeln

Nach aktueller Gesetzeslage sollen der Bundesbasisfallwert und der Bundesbasisfallwertkorridor ab dem Jahr 2021 nicht mehr prospektiv nach Maßgabe der jeweiligen Grundlohnrate, sondern rückwirkend auf Grundlage der Verhandlungsergebnisse auf Landesebene weiterentwickelt werden. Mit dem daraus resultierenden „Kellertreppeneffekt“ würden Anpassungen der DRG-Vergütungen in Bundesländern mit niedrigem Landesbasisfallwert geringer ausfallen. Auch nach der bisherigen Berechnungssystematik liegt der gewichtete bundesdurchschnittliche Basisfallwert eines Jahres immer unter dem für dieses Jahr vereinbarten Bundesbasisfallwert, da in den einzelnen Verhandlungen der Landesbasisfallwerte die Obergrenze nicht ausgeschöpft wird. Der für das folgende Jahr zu vereinbarende Bundesbasisfallwert geht somit von einer bereits abgesenkten Basis aus. Die gesetzliche Vorgabe, nach der der Bundesbasisfallwert und der Bundesbasisfallwertkorridor ab dem Jahr 2021 nicht mehr gemäß der Grundlohnrate weiterentwickelt werden sollen, muss zwingend aufgehoben werden.

Änderungsvorschlag

Der nach aktueller Gesetzeslage am 01.01.2021 in Kraft tretende § 10 Abs. 9 KHEntgG ist aufzuheben und der bis zu diesem Zeitpunkt geltende § 10 Abs. 9 KHEntgG ist beizubehalten. Als Folge ist ebenfalls der § 10 Abs. 10 Satz 5 KHEntgG zu streichen („Abweichend von Satz 4 setzt ab dem 1. Januar 2020 die Schiedsstelle den Basisfallwert ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb der Frist gemäß § 13 Absatz 2 fest, wenn eine Vereinbarung bis zum 30. November nicht zustande kommt.“).

4. Sicherstellung der Geltung der Abrechnungsbestimmungen der Selbstverwaltungspartner

Erforderlich ist eine Regelung, die deutlich herausstellt, dass Regelungen in der Fallpauschalenvereinbarung (FPV), die von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene vereinbart wird, sowie weitere untergesetzliche Abrechnungsregeln, die von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene vereinbart (z. B. Kodierrichtlinien) oder hoheitlich vorgegeben (z. B. OPS-Kodes) werden, bereits eine Konkretisierung des in § 12 Abs. 1 SGB V geregelten Wirtschaftlichkeitsgebotes darstellen, um zu verhindern, dass Krankenhausabrechnungen, die gemäß den Vorgaben der FPV und/oder den untergesetzlichen Abrechnungsregeln sachlich-richtig erstellt worden sind, im Rahmen eines Rechtsstreites nochmals von den Sozialgerichten unter Rückgriff auf aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot abzuleitenden Wertungen korrigiert werden.

Der GKV-Spitzenverband und der Verband der Privaten Krankenversicherung vereinbaren gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemäß § 17b Abs. 2 KHG die jährliche Weiterentwicklung und Anpassung des leistungsorientierten, pauschalierenden Vergütungssystems und vereinbaren in diesem Zusammenhang u. a. gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 3 KHEntgG die Abrechnungsbestimmungen für die nach dem Fallpauschalenkatalog nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG anfallenden Entgelte sowie für den Katalog ergänzender Zusatzentgelte nach § 17b Abs. 1 Satz 7 KHG. Die Vereinbarung der

Selbstverwaltungspartner über die Abrechnungsbestimmungen stellt die jedes Jahr aktualisierte Fallpauschalenvereinbarung dar. Die Selbstverwaltungspartner haben zudem die Kodierrichtlinien erstellt, um eine einheitliche Anwendung der Diagnosen- und Prozedurenklassifikation zu gewährleisten. Hierzu kommen weitere Vereinbarungen, die ähnlich wie die FPV weitere Abrechnungsbestimmungen enthalten, wie z. B. die Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen.

Die FPV ist bislang eine sowohl von den Krankenhäusern als auch von den Krankenkassen akzeptierte Grundlage für die Abrechnung von Krankenhausleistungen gewesen, insbesondere durch ihren Status als Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner, durch die diese ihren gesetzlichen Auftrag, Vergütungsfragen durch Normsetzungsverträge auf Bundesebene zu konkretisieren, erfüllt haben. Der Geltungsvorrang der FPV zur Klärung von Abrechnungsfragen wird jedoch durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (BSG) untergraben. So hat das BSG mit Urteil vom 28.03.2017 (Az.: B 1 KR 29/16 R) entschieden, dass trotz sachlich-rechnerisch richtiger Kodierung und Berechnung der vom Krankenhaus für mehrere Behandlungszyklen eines Patienten geforderten Vergütung sowie der Nichterfüllung der in § 2 der FPV geregelten Voraussetzungen für eine Fallzusammenführung das Krankenhaus auf Grund des in § 12 Abs. 1 SGB V geregelten Wirtschaftlichkeitsgebotes verpflichtet gewesen wäre, den Patienten ohne Berücksichtigung der Regelungen des § 1 Abs. 7 Satz 5 FPV zu beurlauben anstatt ihn zu entlassen, um die einzelnen Aufenthalte des Patienten dann als einen Behandlungsfall zusammenzuführen und abzurechnen.

Quintessenz dieser Entscheidung des BSG ist somit, dass die Vereinbarungen der FPV sowie weiterer, untergesetzlicher Abrechnungsregeln mitnichten letztverbindlich für die Klärung von Abrechnungsfragen sind, sondern in letzter Konsequenz immer noch von den Wertungen des Wirtschaftlichkeitsgebotes des § 12 Abs. 1 SGB V überlagert werden können. Damit widerspricht sich das BSG nicht nur selbst, da es in seiner Entscheidung explizit ausgeführt hat, dass die fraglichen Abrechnungsbestimmungen der FPV den gesetzgeberischen Auftrag des § 9 Abs. 1 Nr. 3 KHEntgG korrekt umsetzen. Es verkennt zudem, dass die Abrechnungsregeln der FPV sowie der weiteren, untergesetzlichen Abrechnungsregeln bereits eine Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebotes darstellen und den Gedanken des § 12 Abs. 1 SGB V, dass seitens der GKV lediglich die ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistung vergütet wird, bereits umsetzen. Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene haben die FPV vereinbart und somit auch die Rahmenbedingungen für die Fallzusammenführung bzw. der Beurlaubung auch unter dem Blickwinkel des wirtschaftlich gebotenen Verhaltens festgelegt. Einer nochmaligen, von der Rechtsprechung vorzunehmenden Korrektur einer nach diesen Maßstäben vorgenommenen Abrechnung durch das Wirtschaftlichkeitsgebot bedarf es daher nicht.

Um diese fehlgehende Rechtsprechung des BSG zu korrigieren, muss daher in § 9 Abs. 1 KHEntgG deutlich herausgestellt werden, dass die von den Selbstverwaltungspartnern gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 3 KHEntgG vereinbarten Abrechnungsbestimmungen sowie weitere, von diesen vereinbarte untergesetzliche Abrechnungsregeln bereits das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 SGB V konkretisieren und dessen Wertungen bereits berücksichtigt haben und damit für eine nochmalige Anwendung dieses Grundsatzes durch die Rechtsprechung kein Bedarf besteht, wenn die in Streit stehende Ab-

rechnung des Krankenhauses die Vorgaben der FPV und/oder der weiteren, untergesetzlichen Abrechnungsregeln eingehalten hat. Da die Ausführungen des BSG nicht nur auf die Problematik der Beurlaubung und Fallzusammenführung bezogen sind, sondern jeder Regelung der FPV entgegengehalten werden können, ist eine solche Ergänzung des § 9 Abs. 1 KHEntgG erforderlich.

Änderungsvorschlag

§ 9 Abs. 1 Nr. 3 KHEntgG wird um folgenden Satz 2 ergänzt:

„Die Abrechnungsbestimmungen nach Satz 1 Nr. 3 sowie weitere untergesetzliche Abrechnungsregeln, die von den Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbart oder die hoheitlich vorgegeben werden, stellen eine Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebotes des § 12 Abs. 1 SGB V dar.“

5. Abrechnungskonflikte i. V. m. der Prozedurenklassifikation (OPS)

Angesichts der enormen Zunahme absurder, der Versorgungsrealität nicht sachgerecht werdender Interpretationen von OPS-Inhalten durch die Rechtsprechung, hält es die DKG für unerlässlich, eine gesetzliche Grundlage für das BMG zu schaffen, unterjährige Klarstellungen zu einzelnen OPS-Kodes zu der vom DIMDI im Auftrag des BMG herausgegebenen Prozedurenklassifikation (OPS) vorzunehmen, und diese allgemein verbindlich zu erklären.

6. Ausschluss der Rückwirkung von Gerichtsurteilen

Erforderlich ist eine Regelung, die sicher stellt, dass Änderungen von gesetzlichen Abrechnungsvorschriften oder von für eine Abrechnung relevanten Vorschriften untergesetzlicher Art, die auf Feststellungen eines Gerichts beruhen, keine Rückwirkung auf Sachverhalte haben, die zeitlich vor der Verkündung des jeweiligen Urteils stattgefunden haben.

Gegenstand vieler Rechtsstreitigkeiten insbesondere vor den Sozialgerichten in allen Instanzen sind Abrechnungsfragen, insbesondere, wie gesetzliche Abrechnungsvorschriften oder für andere, eine Abrechnung relevante Vorschriften untergesetzlicher Art (z.B. OPS-Kodes) auszulegen sind. Trifft das jeweilige Gericht entsprechende Feststellungen zum jeweiligen Streitgegenstand, wirken diese Feststellungen zunächst nur für das zu entscheidende Streitverfahren. Dies ist auch konsequent, da auf Grund des gerichtlichen Streitverfahrens weder von den Krankenhäusern noch von den Krankenkassen ein Vertrauen auf den Bestand der vorgenommenen Abrechnung gebildet werden konnte. Aktuell ist jedoch verstärkt festzustellen, dass Krankenkassen Entscheidungen insbesondere des BSG, in denen diese Feststellungen zur Auslegung von gesetzlichen Abrechnungsvorschriften oder anderen abrechnungsrelevanten Vorschriften vorgenommen hat, dazu verwenden, die getroffenen Feststellungen auf in der Vergangenheit liegende, oftmals abgeschlossene Abrechnungsfälle anzuwenden. Dabei werden unter Hinweis auf die sozialrechtliche Verjährungsfrist sämtliche Abrechnungsfälle, in

denen die vom Gericht neu, anders oder ergänzend ausgelegte Abrechnungsvorschrift Anwendung findet, bis zu vier Jahre rückwirkend erneut streitig gestellt, um teilweise erhebliche Rückforderungsansprüche gegenüber den Krankenhäusern zu stellen. Aktuelles Beispiel ist das Vorgehen einer bundesweittätigen Krankenkasse, die unter Berufung auf das Urteils des BSG vom 19.04.2016 (Az.: B 1 KR 23/15 R) zu Portimplantationen erhebliche Rückforderungen gegenüber Krankenhäusern geltend macht, da nach der neuen Rechtsprechung des BSG eine Portimplantation den Behandlungserfolg der vorherigen operativen Entfernung eines Tumors sichere und daher als nachstationäre Behandlung anzusehen sei. Folglich sei eine separate Abrechnung der Portimplantation als ambulante Operation nicht möglich, weil es wirtschaftlicher sei, die Portimplantation als nachstationäre Behandlung zu erbringen, so dass kein separater Vergütungsanspruch des Krankenhauses für eine ambulante Operation bestehe. Die Rückforderungen der Krankenkasse beziehen sich ausschließlich auf Behandlungsfälle, die zeitlich vor dem Ergehen der Rechtsprechung des BSG erfolgt sind und betreffen einen Zeitraum, in dem Portimplantationen einvernehmlich zwischen Krankenhaus und Krankenkasse als ambulante Operationen gemäß § 115b SGB V abgerechnet wurden. Weitere Urteile des BSG, in denen dessen Feststellungen rückwirkende Anwendung fanden, sind beispielsweise:

- Urteil vom 19.12.2017 (Az.: B 1 KR 17/17 R):
keine Vergütung für Implantation von Lungenvolumenreduktionsspulen (endobrachiale Nitinolspiralen – Coils)
- Urteil vom 19.12.2017 (Az.: B 1 KR 19/17 R):
Dokumentationserfordernisse bei der Abrechnung des OPS-Kodes 8-550 - geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
- Urteil vom 28.03.2017 (Az.: B 1 KR 29/16 R):
Auslegung einer den Vorgaben der FPV entsprechenden Krankenhausabrechnung unter dem Gesichtspunkt des fiktiven wirtschaftlichen Alternativerhaltens als Ausfluss des Wirtschaftlichkeitsgebotes (§ 12 Abs. 1 SGB V)
- Urteile vom 01.07.2014 (Az.: B 1 KR 29/13 R) sowie vom 25.10.2016 (B 1 KR 18/16 R; B 1 KR 19/16 R; B 1 KR 22/16 R):
Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit einer Krankenhausabrechnung
- Urteil vom 19.04.2016 (Az.: B 1 KR 28/15 R):
personelle Voraussetzungen der G-BA-Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung Bauchaortenaneurysma
- Urteil vom 23.06.2015 (Az.: B 1 KR 21/14 R):
Mindestalter von Patienten zur Abrechnung der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung (OPS-Kode 8-550)
- Urteile vom 14.10.2014 (Az: B 1 KR 25/13 R; B 1 KR 26/13 R):
Umfang der Datenübermittlung nach § 301 SGB V bei geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung (OPS-Kode 8-550)

Die oben geschilderte Vorgehensweise der Krankenkassen ist als unzulässige rückwirkende Anwendung einer geänderten bzw. neuen Rechtsprechung anzusehen. Bisher bestehen eindeutige Regelungen lediglich für die Frage der Rückwirkung von Gesetzesänderungen, die aus dem Rechtsstaatsprinzip des Art. 20 GG abgeleitet wurden und allgemein anerkannt sind. Für die Frage der rückwirkenden Anwendung neuer Rechtsprechung existieren solche Regelungen nicht, obwohl die Interessenlage zur

rückwirkenden Geltung von Gesetzesänderungen identisch ist, da insbesondere eine neue höchstrichterliche Rechtsprechung faktisch wie eine Rechtsänderung wirkt, da durch sie konkrete Festlegungen getroffen werden, die sich unmittelbar auf das Abrechnungsgeschehen auswirken.

Dies rechtfertigt die Anwendung der Grundsätze für die rückwirkende Anwendbarkeit von Gesetzesänderungen auf die Rechtsprechung insbesondere der Sozialgerichte. Ausgehend von diesem Grundsatz wäre die Rückwirkung auf in der Vergangenheit liegende abgeschlossene Sachverhalte als echte Rückwirkung unzulässig. Dabei sind grundsätzlich sämtliche Fälle als abgeschlossen zu betrachten, die durch gerichtliche Auseinandersetzungen „offen“ gehalten wurden. Hat die Krankenkasse die Möglichkeit gehabt, einen Fall zu prüfen, dies aber mangels Auffälligkeiten unterlassen oder hat eine Prüfung durch den MDK stattgefunden, die aber zu keiner Beanstandung der später durch die Rechtsprechung geänderten Abrechnungsvorschrift geführt hat, muss sich das Krankenhaus auf den Bestand der Abrechnung verlassen können. Krankenhaus, Krankenkasse und ggfs. der MDK sind sich im entscheidungsrelevanten Zeitpunkt der leistungsrechtlichen Entscheidung der Krankenkasse einig über die Anwendung der Abrechnungsvorschrift gewesen und haben den Fall nach vollständiger oder ggfs. gekürzter Zahlung der Vergütung an das Krankenhaus abgeschlossen. Dem Krankenhaus war somit nicht ersichtlich, dass dieser Fall zukünftig nochmals Gegenstand eines Rückforderungsverlangens der Krankenkasse werden könnte. Selbst wenn die in Frage kommenden, vergangenen Behandlungsfälle erst nach dem Ablauf der Verjährungsfrist als abgeschlossen angesehen werden könnten, können sich Krankenhäuser darauf berufen, dass eine rückwirkende Anwendung einer neuen höchstrichterlichen Rechtsprechung aus Gründen des Vertrauensschutzes unzulässig ist.

Um den Ausschluss der rückwirkenden Anwendung von gerichtlichen Entscheidungen rechtssicher zu gestalten, ist daher eine entsprechende gesetzliche Regelung, idealiter im Zusammenhang mit gesetzlichen Regelungen zum Abrechnungssystem, erforderlich. Daher bietet sich für den Bereich der Somatik eine Ergänzung des § 17b KHG um einen neuen Absatz 2a sowie für den Bereich der Psychiatrie eine Ergänzung des § 17d KHG um einen neuen Absatz 3a an, die jeweils deutlich machen, dass Änderungen von gesetzlichen Abrechnungsvorschriften oder für eine Abrechnung relevanter Vorschriften untergesetzlicher Art lediglich auf gleichgelagerte Abrechnungsfälle Anwendung finden, die dem Zeitpunkt der Verkündung des Urteils zeitlich nachfolgen. Eine Ausnahme kann nur für diejenigen gleichgelagerten Abrechnungsfälle gelten, die im Zeitpunkt der Verkündung des Urteils ebenfalls rechtshängig gewesen sind, da in diesen Fällen von keiner der beteiligten Parteien entsprechender Vertrauensschutz aufgebaut werden konnte, der einer rückwirkenden Anwendung der Rechtsprechung entgegensteht.

Änderungsvorschlag

§ 17b KHG wird um einen neuen Absatz 2a ergänzt:

„(2a) Werden durch Urteile gesetzliche Abrechnungsvorschriften oder für eine Abrechnung relevante Vorschriften untergesetzlicher Art einer veränderten Bewertung unterzogen, dürfen diese Änderungen nur bei solchen Abrechnungen

berücksichtigt werden, die nach der Veröffentlichung der Entscheidung vorgenommen werden, es sei denn, ein vergleichbarer Abrechnungsfall ist zu diesem Zeitpunkt vor einem anderen Gericht anhängig.“

§ 17d KHG wird um einen neuen Absatz 3a ergänzt:

„(3a) Werden durch Urteile gesetzliche Abrechnungsvorschriften oder für eine Abrechnung relevante Vorschriften untergesetzlicher Art einer veränderten Bewertung unterzogen, dürfen diese Änderungen nur bei solchen Abrechnungen berücksichtigt werden, die nach der Veröffentlichung der Entscheidung vorgenommen werden, es sei denn, ein vergleichbarer Abrechnungsfall ist zu diesem Zeitpunkt vor einem anderen Gericht anhängig.“

7. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

In § 137c Abs. 3 SGB V und § 6 Absatz 2 KHEntG ist eine ergänzende Klarstellung dringend erforderlich.

Die Regelung des § 137c Absatz 3 SGB V konkretisiert den Umfang der Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im stationären Bereich und gewährleistet damit eine Teilhabe der Versicherten am medizinischen Fortschritt. Voraussetzung ist nach § 137c Absatz 3 SGB V, dass die Methode das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt.

Mit dieser Regelung wurde ausweislich der damaligen Gesetzesbegründung das Ziel verfolgt, den typischerweise schwerer erkrankten Versicherten in der stationären Versorgung mit besonderem Bedarf nach innovativen Behandlungsalternativen, vielversprechende Heilungs- und Behandlungschancen weiterhin zeitnah auch außerhalb von Studien zu gewähren, auch wenn deren Nutzen noch nicht auf hohem Evidenzlevel belegt ist.

Die aktuelle Rechtsprechung des Bundessozialgerichts schränkt den Anwendungsbereich des § 137c Absatz 3 SGB V durch eine überschießende Anwendung des Qualitätsgebots jedoch massiv ein. So hat das Bundessozialgericht hinsichtlich der Behandlungsmethode Liposuktion, für die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Übrigen das Potential einer erforderlichen Behandlungsmethode festgestellt hat, im Rahmen zweier Entscheidungen vom 24.04.2018 (Az. B 1 KR 10/17 R und B 1 KR 13/16 R) entschieden, dass diese nicht den Anforderungen des Qualitätsgebots gemäß § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V in Verbindung mit § 12 Absatz 1 SGB V genügen würde. § 137 c Absatz 3 SGB V senke nicht die Qualitätsanforderungen für den Anspruch auf stationäre Versorgung auf Methoden mit dem bloßen Potential einer Behandlungsalternative. Zweck der Ausrichtung des Leistungsanspruchs des Versicherten am Qualitätsgebot sei es, im Interesse des Patientenschutzes und des effektiven Einsatzes der Mittel der Beitragszahler zu gewährleisten, dass eine nicht ausreichend erprobte Methode nicht zulasten der Krankenkassen erbracht werden darf.

Diese Entscheidung steht im klaren Wertungswiderspruch zu § 137c Absatz 3 SGB V, wonach die Behandlungsmethode im Krankenhaus grundsätzlich erbracht werden darf, solange deren Erbringung nicht durch einen Beschluss des G-BA verboten wurde und sie das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative aufweist. Im Ergebnis wird damit der gesetzgeberische Wille in substantieller Weise unterlaufen, so dass es hier dringend einer Anpassung bedarf. Andernfalls ist absehbar, dass gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten von der Teilhabe am medizinischen Fortschritt ausgeschlossen werden.

Die aktuelle Rechtsprechung des Bundessozialgerichts hat auch Auswirkungen auf die Vereinbarung krankenhausesindividueller Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG). Das BSG hat diesbezüglich am 19.12.2017 (Az.: B 1 KR 17/17 R) entschieden, dass die zum Zweck einer Implantation von Coils zur Reduktion des Lungenvolumens durchgeführte stationäre Behandlung nicht dem Qualitätsgebot des § 2 Absatz 1 Satz 3 SGB V entspreche. Es handele sich vielmehr um eine experimentelle Methode ohne ausreichende evidenzgesicherte Basis. Eine abgeschlossene NUB-Vereinbarung nach § 6 Absatz 2 KHEntgG begründe insbesondere keinen unbedingten Zahlungsanspruch eines Krankenhauses auf nicht erforderliche Krankenhausbehandlungen. Sie biete lediglich die Möglichkeit, preisrechtliche Vereinbarungen über Zusatzentgelte für NUB zu treffen. Diese Vereinbarungen würden zudem nicht besagen, ob eine Methode dem Qualitätsgebot des § 2 Absatz 1 SGB V genüge. NUB-Vereinbarungen dürften nicht für Leistungen getroffen werden, die vom G-BA nach § 137c Absatz 1 SGB V von der Leistungserbringung ausgeschlossen seien. Daraus folge aber nicht, dass vom G-BA nicht geprüfte Methoden als mit dem Qualitätsgebot vereinbar anzusehen seien. Eine abgeschlossene NUB-Vereinbarung fingiere insbesondere nicht eine Konformität der zugrundeliegenden Methode mit dem Qualitätsgebot.

Dies führt leider dazu, dass NUB-Vereinbarungen keine verlässliche Grundlage mehr für eine Leistungserbringung darstellen. Diesem Missstand sollte daher Abhilfe geschaffen werden. So wäre es zielführend, dass mit dem Abschluss einer NUB-Vereinbarung gleichzeitig statuiert ist, dass die Vereinbarungspartner grundsätzlich darin übereinstimmen, dass die vereinbarte Leistung mindestens das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative aufweist.

Zusammenfassend bedarf es nach Ansicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft einer dringenden klarstellenden Ergänzung sowohl in § 137c Absatz 3 SGB V als auch in § 6 Abs. 2 KHEntgG.

Änderungsvorschläge

In § 137c Absatz 3 Satz 1 wird ein folgender neuer Halbsatz vor Satz 2 eingefügt:

„(3) ¹ ... sie also insbesondere medizinisch indiziert und notwendig ist; **hierdurch wird gleichsam das Qualitätsgebot nach den Bestimmungen dieses Gesetzes erfüllt.**“

Nach § 6 Absatz 2 Satz 1 KHEntgG wird folgender neuer Satz 2 eingefügt:

„(2) ² **Durch diese Vereinbarung wird zumindest eine positive Potentialbewertung nach § 137c Absatz 3 SGB V statuiert.**“

8. Abgabe von Betäubungsmitteln bei Entlassung aus dem Krankenhaus

Die Mitgabe von Betäubungsmitteln bei der Entlassung aus dem Krankenhaus ist zur Sicherstellung einer nahtlosen Versorgung vor einem Wochenende für viele Patienten unentbehrlich und war deshalb seit Jahrzehnten gängige Praxis. Diese Mitgabe von Betäubungsmitteln ist den Kliniken aktuell aber untersagt, da sie gegen die Regelungen des Betäubungsmittelgesetzes verstößt und erhebliche strafrechtliche Konsequenzen für die behandelnden Ärzte haben kann. Dies führt aktuell zu enormen Problemen bei der Sicherstellung der Versorgung nach Entlassung aus dem Krankenhaus für viele Patienten.

Gegenwärtig ist die Abgabe eines Betäubungsmittels an die Patienten ausschließlich durch eine Krankenhausapotheke bzw. eine krankenhäuserversorgende Apotheke zulässig - aber nicht mehr durch den behandelnden Arzt. Für die Krankenhäuser hat dies zur Folge, dass die für die Überbrückung eines Wochenendes erforderlichen Betäubungsmittel für jeden Patienten für den Zeitpunkt der Entlassung bei der Krankenhausapotheke bzw. der krankenhäuserversorgenden Apotheke per ärztlicher Verschreibung angefordert werden müssen und dann - per Botengang oder Kurierfahrt – von der Apotheke auf die jeweilige Krankenhausstation geliefert werden müssen. Dies ist insbesondere auch dann erforderlich, wenn das benötigte, identische Betäubungsmittel bereits auf der Station für den Patienten vorrätig ist. Damit müssen auch die etwa 1.600 Krankenhäuser, die durch eine externe Krankenhausapotheke oder krankenhäuserversorgende Apotheke versorgt werden, die Betäubungsmittel i. d. R. per Kurierfahrt auf die Station bringen lassen, obwohl das benötigte Präparat dort bereits verfügbar ist.

Dies ist eine bürokratische Überregulierung, der keinerlei Verbesserungen der Arzneimitteltherapiesicherheit gegenüberstehen. Durch unnötige Botengänge, Kurierfahrten und Bestellvorgänge werden personelle und finanzielle Ressourcen gebunden, die für die Versorgung der Patienten nicht mehr zur Verfügung stehen. Aktuell führt dies bereits zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Versorgung von Schmerz- und Palliativpatienten sowie ADHS-kranken Kindern nach der Entlassung aus dem Krankenhaus. Dies ist für Patienten und Mitarbeiter in den Krankenhäusern nicht länger akzeptabel.

Da viele Betäubungsmittel in öffentlichen Apotheken kurzfristig nicht zur Verfügung stehen und einige Betäubungsmittel zudem im Rahmen des Entlassmanagements nicht verordnet werden können, kann die nahtlose Versorgung vor einem Wochenende nicht durch die Ausstellung von Entlassrezepten sichergestellt werden. Für die Krankenhäuser ist es deshalb unerlässlich, die dringend benötigten Betäubungsmittel den Patienten mitgeben zu können. Dass dies nun nicht mehr möglich ist und sogar strafrechtliche Konsequenzen für die behandelnden Ärzte haben kann, hat zu massivem Unverständnis und erheblichen Protesten in den Kliniken geführt und nicht zuletzt zu einer ernsthaften Beeinträchtigung der Versorgung insbesondere von Schmerzpatienten.

Aus Sicht der Krankenhäuser ist es deshalb zwingend erforderlich, dass die Mitgabe von Betäubungsmitteln bei der Entlassung aus dem Krankenhaus zur Sicherstellung der nahtlosen Versorgung wieder möglich wird. Dazu muss das Betäubungsmittelgesetz dringend geändert werden.

Änderungsvorschläge

1. § 4 Abs. 1 des Betäubungsmittelgesetzes wird wie folgt geändert:

„(1) Einer Erlaubnis nach § 3 bedarf nicht, wer

1. im Rahmen des Betriebs einer öffentlichen Apotheke oder einer Krankenhausapotheke (Apotheke)
 - a) in Anlage II oder III bezeichnete Betäubungsmittel oder dort ausgenommene Zubereitungen herstellt,
 - b) in Anlage II oder III bezeichnete Betäubungsmittel erwirbt,
 - c) in Anlage III bezeichnete Betäubungsmittel auf Grund ärztlicher, zahnärztlicher oder tierärztlicher Verschreibung **oder gemäß § 13 Absatz 1b** abgibt,
 - d) in Anlage II oder III bezeichnete Betäubungsmittel an Inhaber einer Erlaubnis zum Erwerb dieser Betäubungsmittel zurückgibt oder an den Nachfolger im Betrieb der Apotheke abgibt,
 - e) in Anlage I, II oder III bezeichnete Betäubungsmittel zur Untersuchung, zur Weiterleitung an eine zur Untersuchung von Betäubungsmitteln berechnigte Stelle oder zur Vernichtung entgegennimmt oder
 - f) in Anlage III bezeichnete Opiode in Form von Fertigarzneimitteln in transdermalen oder in transmucosalen Darreichungsformen an eine Apotheke zur Deckung des nicht aufschiebbaren Betäubungsmittelbedarfs eines ambulant versorgten Palliativpatienten abgibt, wenn die empfangende Apotheke die Betäubungsmittel nicht vorrätig hat,

2. ...“

2. § 12 Abs. 3 des Betäubungsmittelgesetzes wird wie folgt geändert:

„(3) Die Absätze 1 und 2 gelten nicht bei

1. Abgabe von in Anlage III bezeichneten Betäubungsmitteln
 - a) auf Grund ärztlicher, zahnärztlicher oder tierärztlicher Verschreibung im Rahmen des Betriebes einer Apotheke,
 - b) im Rahmen des Betriebes einer tierärztlichen Hausapotheke für ein vom Betreiber dieser Hausapotheke behandeltes Tier,
 - c) durch den Arzt nach § 13 Absatz 1a Satz 1,
 - d) durch das Krankenhaus nach § 13 Absatz 1b,**
2. der Ausfuhr von Betäubungsmitteln und
3. Abgabe und Erwerb von Betäubungsmitteln zwischen den in § 4 Abs. 2 oder § 26 genannten Behörden oder Einrichtungen.“

3. § 13 des Betäubungsmittelgesetzes wird um folgenden Absatz 1b ergänzt:

„(1b) Bei der Entlassung von Patienten nach voll- oder teilstationärer oder ambulanter Behandlung im Krankenhaus darf an diese die zur Überbrückung benötigte Menge der in Anlage III bezeichneten Betäubungsmittel durch den Arzt im Krankenhaus abgegeben werden, wenn im unmittelbaren Anschluss an die Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt. Unbeschadet des Satzes 1 können an Patienten, für die die Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Absatz

7 Satz 1 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorliegt, die zur Überbrückung benötigten in Anlage III bezeichneten Betäubungsmittel für längstens drei Tage abgegeben werden. Zur Deckung des nicht aufschiebbaren Betäubungsmittelbedarfs eines Patienten nach voll- oder teilstationärer oder ambulanter Behandlung im Krankenhaus darf der Arzt im Krankenhaus diesem unbeschadet der Sätze 1 und 2 die hierfür erforderlichen, in Anlage III bezeichneten Betäubungsmittel nur dann zur Überbrückung eines Wochentages bis zum Folgetag überlassen, soweit der Bedarf des Patienten nicht anderweitig rechtzeitig gedeckt werden kann.“