

Stellungnahme
der Deutschen Krankenhausgesellschaft
zum
Referentenentwurf
des Bundesministeriums für Gesundheit
zur
Verordnung zu den Entgeltkatalogen
für DRG-Krankenhäuser für das Jahr 2023
(DRG-Entgeltkatalogverordnung 2023
– DRG-EKV 2023)

Stand: 11. November 2022

Inhaltsverzeichnis

Allgemeiner Teil	3
Besonderer Teil	4
Artikel 1 Verordnung zu den Entgeltkatalogen für DRG-Krankenhäuser für das Jahr 2023	4
Artikel 2 Inkrafttreten	12

Allgemeiner Teil

Der vorliegende Referentenentwurf zur **DRG-Entgeltkatalogverordnung** 2023 sieht im Rahmen der **Normierung** einen absenkenden Betrag in Höhe von 400 Millionen Euro vor. Der Verordnungsgeber begründet die Absenkung mit vermeintlichen Umbuchungen und Verlagerungen von Pflegepersonal zwischen dem aG-DRG-Vergütungssystem und dem ausgegliederten Vergütungsbereich des Pflegebudgets. Aus Sicht der Krankenhäuser ist ein Eingriff in die Normierung des aG-DRG-Systems 2023 aufgrund von Rückrechnungen der Testate der Pflegebudgets des Jahres 2020 auf das Datenjahr der Ausgliederung des Jahres 2018 juristisch äußerst zweifelhaft und absolut konträr zum Prinzip des Vertrauensschutzes im Hinblick auf politische Entscheidungen der Vergangenheit.

Die mit dem Verordnungsentwurf vorgelegte Begründung und Herleitung auf Basis von intransparenten Daten erfüllt aus Sicht der DKG nicht den Anspruch an eine evidenzbasierte Begründung zur Herleitung der zu normierenden 400 Mio. €. Vielmehr liegt die Vermutung nahe, dass hier an Vorfestlegungen aus dem GKV-FinStG festgehalten werden sollte.

Besonderer Teil

Artikel 1

Verordnung zu den Entgeltkatalogen für DRG-Krankenhäuser für das Jahr 2023

Beabsichtigte Neuregelung

In dem vorgelegten Referentenentwurf der Verordnung zu den Entgeltkatalogen für DRG-Krankenhäuser für das Jahr 2023 wird ein Betrag in Höhe von 400 Mio. Euro bzw. 105.000 Bewertungsrelationen bei der Normierung absenkend berücksichtigt. Die Kalkulationskrankenhäuser haben in einer ergänzenden Datenabfrage des InEK angegeben, dass ein Teil des Anstiegs der Pflegepersonalkosten im Jahr 2021 aus Umbuchungen und Verlagerungen in den Pflegedienst entstanden seien. Hieraus ergibt sich aus Sicht des Verordnungsgeber zunächst ein zu korrigierendes Volumen in Höhe von rund 31 Millionen Euro.

Weiterhin wurden die vorliegenden Bestätigungen der Jahresabschlussprüfer nach § 6a Absatz 3 KHEntgG des Jahres 2020 zur Begründung des Normierungsbetrages herangezogen. Der Verordnungsgeber nimmt hier einen Abgleich zwischen den pflegebudgetrelevanten Informationen der Bestätigungen des Jahresabschlussprüfers gemäß § 6a Abs. 3 Satz 4 KHEntgG des Jahres 2020 mit dem vom InEK für die erstmalige Ausgliederung der Pflegepersonalkosten herangezogenen Datenjahr 2018 vor. Aus Sicht des Verordnungsgebers werde bei der Rückrechnung der Pflegebudgets 2020 auf das Datenjahr der Ausgliederung 2018 deutlich, dass beispielsweise die Entwicklung der Vollkräftezahl im Bereich der sonstigen Berufe und ohne Berufsabschluss besonders dynamisch verlief und in angrenzenden Bereichen die Vollkräftezahlen rückläufig seien. Nach Berücksichtigung der bereits vorgenommenen Normierungen der Jahre 2021 (200 Mio. €) und 2022 (175 Mio. €) ergebe sich ein Korrekturbedarf an der oberen Grenze der „Abschätzungsbandbreite“ von rund 1 Mrd. €. Bei einer Orientierung an der unteren Grenze der „Abschätzungsbandbreite“ kommt der Verordnungsgeber zu einem zu korrigierenden Volumen in Höhe von 400 Mio. €.

Vor dem Hintergrund der zusätzlichen Analysen der Bestätigungen der Jahresabschlussprüfer 2020, dem Abgleich dieser Daten mit dem Datenjahr der Ausgliederung 2018 sowie der Berücksichtigung der Daten des Statistischen Bundesamtes kommt der Verordnungsgeber zu dem Ergebnis, dass ein Normierungsbetrag in Höhe von 400 Mio. € nachträglich zu korrigieren sei. Dieser enthalte bereits die vom InEK berechneten 31 Mio. €.

Stellungnahme

1. Zur rechtlichen Einschätzung

Aus Sicht der DKG ist die im Verordnungsentwurf vorgenommene retrospektive Betrachtung auf das Datenjahr der Ausgliederung 2018 aus juristischer Sicht äußerst fragwürdig, da bereits zwei Mal eine Weiterentwicklung der Entgeltkataloge für die DRG-Krankenhäuser vorgenommen wurde. Ein derartiger Eingriff, der auf Daten basiert, die zum Zeitpunkt der Anwendung des hier festzusetzenden Kataloges 2023 mehr als 5 Jahre zurückliegt, widerspricht dem etablierten Vorgehen der Weiterentwicklung der Entgeltkataloge für DRG-Krankenhäuser und ist nicht mit den gesetzlichen Grundlagen in Einklang zu bringen.

Gemäß § 17b Abs. 2 Satz 1 in Verbindung mit § 17b Abs. 4 Satz 5 KHG sind die Entgeltkataloge für DRG-Krankenhäuser jährlich weiterzuentwickeln. Eine jährliche Weiterentwicklung erfordert stets einen Vergleich mit dem jeweiligen Vorjahressystem und – sachliche Gründe und Anhaltspunkte vorausgesetzt – auch entsprechende Änderungen in Relation zum Vorjahressystem. Bislang haben die Vertragsparteien auf der Bundesebene das System der Pflegepersonalkostenfinanzierung sowie das aG-DRG-System mit der Vereinbarung der Entgeltkataloge für DRG-Krankenhäuser für das Jahr 2020 und 2021 auf Basis der entsprechenden Vorjahresdaten 2018 und 2019 weiterentwickelt. Das BMG hat als Verordnungsgeber die Entgeltkataloge für das Jahr 2022 auf Basis der Kalkulationsdaten des Jahres 2020 festgesetzt. Bei der nun vorgesehenen Korrektur der Entgeltkataloge für DRG-Krankenhäuser wird jedoch nicht auf das Vorjahressystem Bezug genommen, sondern auf die ursprüngliche Ausgliederung im Datenjahr 2018. Es sollen insofern Änderungen umgesetzt werden, die bereits in der Vergangenheit hätten vorgenommen werden müssen. Ob dies von der Intention des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes gedeckt war, darf bezweifelt werden. Vor diesem Hintergrund ist aus juristischer Sicht in Frage zu stellen, ob die Weiterentwicklung der Entgeltkataloge für DRG-Krankenhäuser im Jahr 2022 für das System 2023 auf Basis des Datenjahres 2018 rechtmäßig ist. Die Vorgehensweise der „Rückrechnung“ verwundert umso mehr, als dass im GKV-FinStG bereits eine „Neuausgliederung“ für die Entgeltkataloge für DRG-Krankenhäuser des Jahres 2025 vorgesehen war. Hier sollte die Weiterentwicklung der Entgeltkataloge für DRG-Krankenhäuser im Rahmen des etablierten Verfahrens auf Basis der entsprechenden Vorjahresdaten erfolgen. Eine Rechtsgrundlage für eine mehrjährig zurückreichende bilanzierende Korrektur besteht derzeit nicht. Eine derartige Rückrechnung ist daher unzulässig. Würde dieser Präzedenzfall gesetzt, könnten alle bisherigen aG-DRG-Kataloge anhand neuerer Daten und Informationen regelmäßig in Frage gestellt werden.

Keine fortlaufenden Normierungen

Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen ist nach gesetzlicher Systematik grundsätzlich bereits auf Basis der Kalkulationsdaten des Datenjahres 2018 erfolgt. Dementsprechend ist eine Anpassung im Rahmen der Normierung (Prüfung von Höhe und Art der auszugliedernden

Kosten) nach den Vorgaben des § 4 Abs. 1 der Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung grundsätzlich nur dann vorzunehmen, sofern im Rahmen des lernenden Systems Konkretisierungen bzw. Präzisierungen zur Abgrenzung von Pflegepersonalkosten vorgenommen wurden.

Bei einer regelmäßigen und fortlaufenden Neujustierung der beiden Vergütungssysteme besteht die Gefahr, dass die Krankenhäuser den politisch gewollten Zuwachs an Pflegekräften und deren gestiegenen Tariflöhne durch eine Absenkung der Relativgewichte des aG-DRG-Kataloges selbst finanzieren. Insofern sollte der Verordnung eine Klarstellung des Verordnungsgebers hinzugefügt werden, wonach die Ausgliederung der Pflegeerlösanteile grundsätzlich als abgeschlossen zu betrachten ist und sich eine nochmalige Anpassung der Ausgliederung ausschließlich im Fall einer gegebenenfalls veränderten Abgrenzungsdefinition ergeben kann.

2. Zur Datenbasis des Verordnungsgebers

a. Intransparente Datenbasis

Bereits in ihrer Stellungnahme zum Kabinettsentwurf des GKV-FinStG hat die DKG die Datenbasis der in der Gesetzesbegründung des GKV-FinStG beispielhaft genannten 415 Mio. €, die zu Gunsten der GKV und zu Lasten der Pflege in den Krankenhäusern bei der Weiterentwicklung der Entgeltkataloge für DRG-Krankenhäuser als zu normierender Betrag berücksichtigt werden sollten, als abwegig eingestuft. Die nun vorgelegte notdürftige Begründung, mit der der Verordnungsgeber diesen Normierungsbetrag rechtfertigt, stützt die damalige Vermutung der DKG. Die Analysen des Verordnungsgebers wurden den Vertragsparteien auf Bundesebene nicht zur Verfügung gestellt und können somit nicht nachvollzogen werden. Mehr noch wird der, den Berechnungen zugrundeliegende Rechenweg – mit Blick auf eine wissenschaftlich adäquate Darstellung der methodischen Vorgehensweise – im Verordnungsentwurf nicht ansatzweise beschrieben. Zudem weisen die Analyseergebnisse eine derart große Abschätzungsbandbreite auf, dass davon ausgegangen werden muss, dass die hier zugrunde gelegten Berechnungen und die Berechnungsmethodik nicht den Ansprüchen an eine fachlich exakte Analyse genügen. Dies soll nachfolgend weiter erläutert werden:

Der Verordnungsgeber führt in der Begründung zur DRG-Entgeltkatalogverordnung 2023 an, dass sich auf Basis der ergänzenden Datenabfragen des InEK bei den Kalkulationskrankenhäusern ein ausdrückliches „Verlagerungsvolumen“ von Personal in den Pflegedienst in Höhe von rund 31 Millionen € ergebe. Diese Informationen sind für die DKG nachvollziehbar und wurden in dieser Form in den Sitzungen der Arbeitsgruppe „Normierung“ unter Beteiligung des GKV-SV, der DKG sowie des InEK am 22.06.2022 sowie am 16.08.2022 beraten. Diese Daten wurden auch in der Stellungnahme der DKG gemäß § 17b Abs. 7 Satz 1 Nr. 1 KHG vom 14.10.2022 eingehend gewürdigt.

Zwar geht der Verordnungsgeber in seiner Begründung auf diese Berechnungen des InEK ein, begründet aber die tatsächlich vorzunehmende Normierung des aG-DRG-Kataloges 2023 in Höhe von 400 Mio. € mit einer Rückrechnung auf Basis der Ergebnisse

der Bestätigungen der Jahresabschlussprüfer nach § 6a Abs. 3 Satz 4 KHEntgG in Verbindung mit den Daten des Statistischen Bundesamtes. Hier wird auf Basis der erstmals vorliegenden Bestätigungen der Jahresabschlussprüfer eine Rückrechnung auf die ursprüngliche Ausgliederung im Datenjahr 2018 vorgenommen, ohne diese Daten der Selbstverwaltung vorzulegen, zu besprechen oder nachvollziehbar zu begründen. Zwar sind die Daten der Bestätigungen der Jahresabschlussprüfer gemäß § 6a Abs. 3 Satz 6 KHEntgG auf der Internetseite des InEK zu veröffentlichen, allerdings findet sich zum 08.11.2022 lediglich der Meldestand zum 01.08.2022 auf der Internetseite des InEK wieder. Dieser Meldestand umfasst die Daten von 710 Bestätigungen der Jahresabschlussprüfer zum Pflegebudget und somit nur für ca. 50 Prozent der Krankenhäuser.

Unabhängig davon können auch die neuesten testierten und/oder vereinbarten Daten die der Ausgliederung zu Grunde liegende Problematik nicht lösen. Aufgrund der in den Daten der Jahre 2017 und 2018 fehlenden Abgrenzung der pflegebudgetrelevanten Personalkosten gibt es keine Möglichkeit mehr einen Abgleich zwischen dem erstmals ausgegliederten Kostenvolumen und dem zu diesem Zeitpunkt tatsächlich im pflegebudgetrelevanten Bereich beschäftigtem Personal vorzunehmen. Dies ist auch nicht mehr nachzuholen, da eine Kostendifferenzierung für das Jahr 2018 nicht mehr nachzuholen ist. Diese Unschärfe wäre nur über eine prospektive Definition der pflegebudgetrelevanten Personalkosten vermeidbar gewesen. Eine bilanzierende Rückrechnung auf das Jahr 2018 ist daher unzulässig und kann nicht sachgerecht sein. Das spiegelt sich auch in der offen dargelegten Abschätzungsbandbreite in ihrer vollkommen inakzeptablen Größenordnung wider.

Die auf Basis dieser Daten hergeleitete Begründung zur Normierung – und somit der Entzug von finanziellen Mitteln für die Krankenhausbehandlung in Höhe von 400 Mio. € – entbehrt jedweder Grundlage der Ansprüche sachgerechter Analysen und kann von der DKG weder nachvollzogen noch akzeptiert werden. Zu einer Herleitung der Berechnungsmethodik macht der Verordnungsgeber zudem keine näheren Angaben, sondern führt „beispielhaft“ die „dynamische Entwicklung der Vollkräftezahlen im Bereich der sonstigen Berufe und Pflegekräfte ohne Berufsabschluss“ zur Begründung an, die im Übrigen durch den Referenzwert 2018 gedeckelt sind. Diese Vorgehensweise legt vielmehr die Vermutung nahe, dass hier Daten in irgendeiner Form interpretiert und gedeutet wurden. Auf diese Weise der stationären Gesundheitsversorgung 400 Mio. Euro zu entziehen ist nicht zu verantworten.

b. Abschätzungsbandbreite der Daten

In der Begründung der DRG-Entgeltkatalogverordnung 2023 adressiert der Verordnungsgeber die „Abschätzungsbandbreite“ die der Normierung zugrundeliegenden Daten. Hierbei wird ausgeführt, dass sofern „ein Korrekturbedarf unter voller Ausschöpfung der Abschätzungsbreite realisiert“ würde, nach Abzug der bereits für die Jahre 2021 und 2022 umgesetzten Normierungsbeträge insgesamt ein Normierungsbedarf in Höhe von rund 1 Milliarde Euro ergebe. Ob es sich bei den herangezogenen 400 Mio. € um die untere Grenze der Abschätzungsbandbreite handelt, führt der Verordnungsgeber hierbei wiederum nicht aus. Es wird lediglich darauf verwiesen, dass „selbst bei Orientierung an der Untergrenze der Abschätzungsbandbreite, [...] bei der für das Jahr 2020 erfolgten

Ausgliederung der Personalkosten für die Pflege am Bett insgesamt ein zu geringer Kostenbetrag ausgegliedert wurde.“

Bei einer vorgenommenen Normierung in Höhe von 400 Mio. € würde dies auf eine Abschätzungsbandbreite in den herangezogenen Daten von mehr als 600 Mio. € hinweisen. Dies spricht für eine äußerst heterogene und insgesamt unbrauchbare Datengrundlage für eine Normierung in dieser Größenordnung. Es ist insofern davon auszugehen, dass die im InEK vorliegenden Daten gemäß § 6a Absatz 3 KHEntgG des Jahres 2020 nicht hinreichend valide sind.

Neben der Kritik an der methodischen Vorgehensweise zur Herleitung des Normierungsbetrages und des rechtlich fragwürdigen Vorgehens, die das Rekurrenieren auf Basis 5 Jahre alter Daten impliziert, sind auch die inhaltlichen Aspekte der Begründung mehr als fragwürdig.

3. Zu inhaltlichen Aspekten

a. Bestätigung des Jahresabschlussprüfers ist nicht Vereinbarung

Mit dem Gesetz zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen (PfleBoG) wurde eine verpflichtende Übermittlung über die Bestätigung der Jahresabschlussprüfer in § 6a Abs. 3 Satz 6 KHEntgG festgeschrieben. Hiernach haben die Krankenhausträger den anderen Vertragsparteien nach § 11 Absatz 1 KHEntgG und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems nach § 17b KHG unabhängig von der Vereinbarung oder Festsetzung eines Pflegebudgets jährlich jeweils bis zum 1. Juni die Bestätigungen der Jahresabschlussprüfer zu übermitteln.

Bei den abgegebenen Bestätigungen der Jahresabschlussprüfer gemäß § 6a Abs. 3 Satz 6 KHEntgG handelt es sich insofern um vorläufige Daten der Pflegebudgets. Aufgrund der – von Ausnahmen abgesehen – äußerst konfliktbehafteten Verhandlungen auf der Ortsebene ist nicht davon auszugehen, dass sich die von den Krankenhäusern in den Testaten angegebenen Vollkräftezahlen und Kosten auch tatsächlich flächendeckend in den Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen vereinbaren lassen. Betrachtet man die Anzahl der abgeschlossenen Vereinbarungen zum Stand 01.08.2022 (Veröffentlichung der Vereinbarungsdaten nach § 6a Abs. 3 Satz 6 KHEntgG), zeigt sich eine Anzahl von 745 abgeschlossenen Pflegebudgetvereinbarungen. Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass nicht einmal 60 Prozent¹ der Pflegebudgetvereinbarungen geschlossen sind. Es ist massiv in Frage zu stellen, ob die gelieferten Kostendaten, die bei fast der Hälfte der Krankenhäuser lediglich vorläufig sind, eine geeignete Datengrundlage für die Normierung bilden können.

Sofern die Kostenträger auf der Ortsebene die in den Bestätigungen der Jahresabschlussprüfer gemeldeten Werte nicht in dieser Form vereinbaren, sondern dahinter

¹ Nach dem Zwischenbericht gemäß § 17b Abs. 4 Satz 8 KHG sind für 2020 56,4 % der Budgetverhandlungen abgeschlossen.

zurückbleiben, kann hier eine Unterfinanzierung entstehen. Sofern das veranschlagte Finanzvolumen auf Basis der vorläufigen Daten der Bestätigungen der Jahresabschlussprüfer hier sowohl auf Basis der Normierung dem Fallpauschalensystem entzogen wird und als auch die testierten Kosten der Jahresabschlussprüfer nicht im Pflegebudget 2020 vereinbart werden, entsteht den Krankenhäusern eine Unterfinanzierung. Dieses Vorgehen des Ordnungsgebers ist daher nicht nachvollziehbar.

b. Anstieg beim „Sonstigen Pflegepersonal“ ist gesetzlich begrenzt

Der in der Begründung der Rechtsverordnung beispielhaft genannte Sachverhalt der dynamischen Entwicklung des sonstigen Personals und des Personals ohne Berufsabschluss (nachfolgend sonstiges Personal) ist insofern ebenfalls nicht nachvollziehbar, als dass die Berücksichtigungsfähigkeit des sonstigen Personals mit dem GVWG (Festschreibung des Kompromisses zur Vereinbarung des aG-DRG-Kataloges 2021) auf den Stand der Vollkräfte in diesen Berufsgruppen auf den Stand der Vollkräfte in 2018 begrenzt ist. Ein Aufbau bei diesem Personal über das Niveau 2018 hinaus führt nicht dazu, dass diese Kräfte im Pflegebudget berücksichtigungsfähig sind. Vielmehr haben sich die Vertragsparteien auf der Bundesebene im Kompromiss zur Vereinbarung des aG-DRG-Kataloges 2021 darauf verständigt, dass „darüber hinausgehendes Pflegepersonal (der Dienstart 01 – DA 1) aus den Rubriken „sonstige Berufe“ und „ohne Berufsabschluss“, das im jeweiligen Vereinbarungsjahr über den Jahresdurchschnitt 2018 hinaus beschäftigt wird, [...] stattdessen bei den pflegeentlastenden Maßnahmen (Ifd. Nr. 16 Anlage 4.3 der Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung vom 21.03.2022) in Höhe der hierdurch eingesparten Pflegepersonalkosten zu berücksichtigen [ist].“ Eine Doppelfinanzierung ist aus den Entwicklungen des sonstigen Personals insofern nicht abzuleiten. Vielmehr muss davon ausgegangen werden, dass Krankenhäuser hier einen Aufbau des sonstigen Personals vorgenommen haben, um dieses als unterstützende Pflegehilfskräfte im Rahmen der pflegeentlastenden Maßnahmen zu vereinbaren. Dieses Vorgehen darf bei der Normierung nicht als Verlagerung berücksichtigt werden, da es die Umsetzung der gesetzlich intendierten Entlastung der Pflege nachträglich bestrafen würde. Im Übrigen erläutert der Gesetzgeber in der Gesetzesbegründung zum GVWG seine Definition von Doppelfinanzierung im Rahmen der krankenhausespezifischen Pflegepersonalkostenfinanzierung und verweist darauf, dass mit der Konkretisierung der Abgrenzung der Pflegepersonalkosten vom 18.12.2020 seine Intention zur Vermeidung von Doppelfinanzierung erfüllt ist.

Darüber hinaus implementiert der Gesetzgeber mit dem GKV-FinStG eine weitere gesetzliche Regelung in § 6a Abs. 2 Satz 1 KHEntgG, wonach die Krankenhäuser als Ausgangsgrundlage für die Ermittlung des Pflegebudgets für die Vereinbarung der Anzahl der Vollkräfte ohne pflegerische Qualifikation des Jahres 2018, die Meldung der Krankenhausträger an das Statistische Landesamt gemäß der Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser für das Jahr 2018 zugrunde zu legen haben. Zwar wird in der Gesetzesbegründung hierzu ausgeführt, dass diese Daten für eine Vereinbarung auf der Ortsebene einer weitergehenden Darlegungspflicht des Krankenhausträgers sowie einer Prüfung durch die anderen Vertragsparteien unterliegen und somit auch Abweichungen von diesen Werten möglich sind. Es ist allerdings anzunehmen, dass die Kostenträger aus dieser Regelung eine weitere Verschärfung bei der Vereinbarung des

Pflegepersonals ohne pflegerische Qualifikation ableiten und die Vereinbarungsfähigkeit dieses Personals verstärkt in Frage stellen werden. Darüber hinaus muss davon ausgegangen werden, dass die Umsetzung dieser Regelungen auch rückwirkend nach Inkrafttreten des GKV-FinStG für die noch offenen Pflegebudgetvereinbarungen eingefordert wird. Auch hierdurch kann die Berücksichtigungsfähigkeit des Personals ohne pflegerische Qualifikation – auf der der Verordnungsgeber die Normierung begründet – weiter eingeschränkt werden. Das bedeutet das Pflegepersonalkosten nicht finanziert werden.

Dass bei der dynamischen Entwicklung des sonstigen Personals auch statistische Effekte bei der Erfassung – beispielsweise in den Daten nach § 21 KHEntgG – eine Rolle spielen, hat die DKG umfassend in der Stellungnahme gemäß § 17b Abs. 7 Satz 1 Nr. 1 KHG zur Ausgestaltung der Entgeltkataloge vom 14.11.2022 erläutert.

c. Personalverlagerungen in den Pflegedienst sind keine Umbuchungen

Zudem wird in der Argumentation des GKV-SV der Begriff der Umbuchungen mit den Verlagerungen gleichgestellt. Dass der Verordnungsgeber seine eigene ausdrückliche Rechtsposition der Ersatzvornahme für den aG-DRG-Katalog des Jahres 2021² ignoriert und nun die Argumentation des GKV-SV übernimmt und die Begrifflichkeit der Umbuchung mit der Begrifflichkeit der Verlagerung von Pflegepersonal gleichstellt, ist kritisch zu bewerten und vernachlässigt die Tatsache, dass Verlagerung von Pflegepersonal – beispielsweise durch Umwidmung einer chirurgischen in eine geriatrische Station – nicht von der Definition der Doppelfinanzierung umfasst ist. Dies gilt gleichermaßen für strukturelle Veränderungen im Personalbereich, die vollständig zu korrigieren wären. Das eine derartige Positionierung der pflegerischen Versorgung in den Krankenhäusern nicht gerecht wird, soll anhand der folgenden Beispiele dargestellt werden.

Beispiel 1

Eine examinierte Pflegefachkraft ist im Jahr 2020 im Controlling (Fallkodierung) tätig. In der Corona-Krise wurde die examinierte Pflegefachkraft zur Versorgung der Corona-Patienten als Pflegekraft in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen eingesetzt. Zur Bewältigung der Fallkodierung wurde eine medizinische Kodierfachkraft eingestellt.

Der GKV-SV fordert hier einen Abzug der Personalkosten der Pflegekraft aus den aG-DRGs, der im Ergebnis zu einer Unterfinanzierung der Krankenhäuser führt.

² Im Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit der Verordnung zu den Entgeltkatalogen für DRG-Krankenhäuser für das Jahr 2022 heißt es wörtlich: „Der Verordnungsgeber kommt zu dem Ergebnis, dass der Anstieg der Pflegepersonalkosten, der verursacht ist durch Umbuchungen [...] nachvollzogen werden muss.“

Beispiel 2

Mit den Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136 c Absatz 4 SGB V wurde in § 17 des G-BA-Beschlusses die Anforderung vorgegeben, dass Kliniken der erweiterten Notfallversorgung über eine an der zentralen Notaufnahme angeschlossenen Beobachtungsstation von mindestens 6 Betten verfügen sollen. Eine Klinik widmet 3 Pflegekräfte, die zuvor in der Dienst 03 (Funktionsdienst) als „Krankenpflegepersonal in der Ambulanz“ in der Notaufnahme tätig waren, für die pflegerische Versorgung der Patienten auf der Beobachtungsstation um. Hierbei werden die Pflegekräfte vom Funktionsdienst in den Pflegedienst verlagert. Für die Notaufnahme stellt die Klinik 3 Notfallsanitäter ein.

Dass das Argument der Umbuchung zudem einer Prüfung auf empirischen Daten nicht standhält, ergibt sich aus der weiterführenden Analyse der Daten nach § 21 KHEntgG. Die vielfach angeführte Argumentation, dass ein Indiz für Umbuchungen der stärkere Anstieg der Vollkräfte der Pflege am Bett als der Anstieg der Vollkräfte in der Pflege gesamt sei, lässt sich auf Basis dieser Daten für die Jahre 2019 bis 2021 nicht bestätigen. Weiterführende Informationen hierzu können aus der Stellungnahme der DKG gemäß § 17b Abs. 7 Satz 1 Nr. 1 KHG vom 14.10.2022 entnommen werden.

Änderungsvorschlag

Die DKG fordert, die Entgeltkataloge für die DRG-Krankenhäuser in der am 2. September 2022 vorgestellten Form als Anlage zur Verordnung zu den Entgeltkatalogen für DRG-Krankenhäuser für das Jahr 2023 (DRG-Entgeltkatalogverordnung 2023 – DRG-EKV 2023) festzusetzen.

Artikel 2

Inkrafttreten

Beabsichtigte Neuregelung

Die Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Stellungnahme

Keine.

Änderungsvorschlag

Keiner.