



**Stellungnahme des IKK e.V.  
zum Referentenentwurf des  
Bundesministeriums für Gesundheit**

**zum**

**Entwurf eines Gesetzes zur  
Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus  
sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im  
Krankenhauswesen und  
in der Digitalisierung  
(Krankenhauspflegeentlastungsgesetz –  
KHPfIEG)**

**Stand: 18.08.2022**

**IKK e.V.**  
Hegelplatz 1  
10117 Berlin  
030/202491-0  
info@ikkev.de

# Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen	3
<b>Personalbesetzung in der Pflege im Krankenhaus</b> <b>(zu Artikel 1, Nr. 3, § 137I (neu) SGB V).....</b>	<b>5</b>
<b>Prüfung von Strukturmerkmalen</b> <b>(zu Artikel 1, Nr. 6, § 275d SGB V) .....</b>	<b>7</b>
<b>Richtlinienerlass des MD Bund</b> <b>(zu Artikel 1, Nr. 7, § 283 Absatz 2 Satz 4 SGB V und § 283 Absatz 3 SGB V).....</b>	<b>8</b>
<b>Vereinfachung und Beschleunigung der Verhandlungen</b> <b>(zu Artikel 2, Nr. 3, §11 KHEntgG) .....</b>	<b>9</b>
<b>Erörterungsverfahren (zu Artikel 4, Nr. 4a, §17c KHG).....</b>	<b>11</b>
<b>Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus</b> <b>(zu Artikel 5, Nr. 2a), § 11 Absatz 3 BPfIV).....</b>	<b>12</b>

## **Grundsätzliche Anmerkungen**

Mit dem vorliegenden Referentenentwurf zum Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfIEG) wird die Grundlage für die Einführung des Konzeptes der *verbindlichen Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus, der Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0)*, geschaffen. Mit der PPR 2.0 werden Vorgaben zum Personaleinsatz in der unmittelbaren Patientenversorgung von Erwachsenen und Kindern auf bettenführenden, somatischen Stationen gemacht. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) wird ermächtigt, eine Rechtsverordnung zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfes und zur Festlegung der Personalbesetzung zu bestimmen. Die Innungskrankenkassen sprechen sich für eine angemessene Personalausstattung in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen zur Sicherstellung einer qualifizierten Patientenbetreuung vorrangig mit eigenem Personal aus. Die Einführung der PPR 2.0 (§ 137l SGB V) lehnen die Innungskrankenkassen jedoch grundsätzlich ab, da dieses zusätzliche Personalbemessungsinstrument neben den bereits vorhandenen Regelungen zur Pflegepersonaluntergrenze - PpuG §137i SGB V, dem Personalquotienten nach §137j SGB V und zum neuen Personalbemessungsinstrument nach § 137k SGB V nicht – auch nicht als Übergangslösung – gebraucht wird (siehe weitere Ausführungen).

Darüber hinaus ist in Bezug auf die Richtlinienkompetenz des MD Bund vorgesehen, dass die Richtlinien vom Vorstand im Benehmen mit dem Verwaltungsrat beschlossen werden. Diese Regelung lehnen wir ab.

Des Weiteren werden im Rahmen des Krankenhausentgeltgesetzes Regelungen getroffen, um Budgetverhandlungen zu beschleunigen und den Verhandlungsstau der letzten Jahre aufzulösen. Vor dem Hintergrund der aktuellen Verhandlungsstände, die sich u. a. aus der komplexen Ausgliederung der Pflegepersonalkosten sowie den Auswirkungen der Corona-Pandemie ergeben, unterstützen die Innungskrankenkassen den Vorschlag des Gesetzgebers nach einer Beschleunigung der Budgetverhandlungen. Die Innungskrankenkassen weisen aber darauf hin, dass die Beschleunigung der Verhandlungen im Bereich des Pflegebudgets negative Auswirkungen auf die Liquidität der einzelnen Krankenkassen haben kann. Dies kann sich dadurch ergeben, wenn in kurzer Zeit die Vereinbarungen mehrerer Jahre auf einmal zahlungswirksam werden und Mittel für das Pflegebudget an die Krankenhäuser gezahlt werden müssen. Dies gefährdet zusätzlich die finanzielle Stabilität der Krankenkassen (siehe weitere Anmerkungen).

*Der IKK e.V. nimmt im Folgenden Stellung zu den betreffenden Maßnahmen des Gesetzentwurfes. Im Übrigen wird auf die detaillierte Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes verwiesen.*

## **Personalbesetzung in der Pflege im Krankenhaus (zu Artikel 1, Nr. 3, § 137I (neu) SGB V)**

Die Innungskrankenkassen sprechen sich für eine angemessene Personalausstattung in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen zur Sicherstellung einer qualifizierten Patientenbetreuung vorrangig mit eigenem Personal aus. Die Einführung der PPR 2.0 (§ 137I SGB V) lehnen die Innungskrankenkassen jedoch grundsätzlich ab, da dieses zusätzliche Personalbemessungsinstrument neben den bereits vorhandenen Regelungen zur Pflegepersonaluntergrenze - PpuG §137i SGB V, dem Personalquotienten nach §137j SGB V und zum neuen Personalbemessungsinstrument nach § 137k SGB V nicht – auch nicht als Übergangslösung – gebraucht wird.

Aus Sicht der Innungskrankenkassen sprechen folgende Gründe gegen die Einführung der PPR 2.0:

### **Bürokratieaufwand**

In der Umsetzung müssten Pflegekräfte täglich alle Patientinnen und Patienten in sogenannte Leistungsstufen eingruppiert und dokumentieren. Durch diese tägliche Einstufung aller Patientinnen und Patienten wird ein enormes Maß an zusätzlicher Bürokratie geschaffen, wodurch noch weniger Zeit für die eigentliche Pflege am Bett zur Verfügung stünde.

### **Unvollständige Berücksichtigung von Stationen**

Das Konzept der PPR 2.0 soll nur in der unmittelbaren Patientenversorgung von Erwachsenen und Kindern auf bettenführenden Stationen der nicht-intensivmedizinischen somatischen Versorgung eingeführt werden. Damit berücksichtigt PPR 2.0 nicht alle bettenführenden Stationen (Intensivmedizin, Pädiatrie, Notaufnahme) und auch nicht den Nachtdienst.

### **Unkalkulierbare Mehrausgaben für die GKV**

Der Gesetzentwurf macht keine Angaben dazu, welcher zusätzliche Personalbedarf sich aus der Umsetzung der PPR 2.0 ergeben wird. Damit lassen sich die Mehrausgaben für die GKV nicht quantifizieren. Im Angesicht der angespannten Finanzsituation der Kassen ist eine Zusatzbelastung in nicht quantifizierbarer Höhe strikt abzulehnen.

## **Bundesuneinheitliche Regelungen**

Krankenhäuser mit rechtsverbindlichen tariflichen Vorgaben zum Personaleinsatz sollen grundsätzlich von der Rechtsverordnung zur Einführung der PPR 2.0 ausgenommen werden. Dieses Nebeneinander an unterschiedlichen Regelungen kann zu einem „Flickenteppich“ in der Versorgung und weiteren Bürokratieaufwänden führen. Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass bei Anwendung von eigenen tariflichen Regelungen die Bedarfsvorgaben der PPR 2.0 unterschritten werden.

## **Keine Übergangslösung**

Die PPR 2.0 ist entgegen dem Koalitionsvertrag nicht mehr als Übergangslösung vorgesehen, sondern soll mit dem Gesetz nun unbefristet eingeführt werden. Damit werden letztendlich überflüssige Parallelstrukturen zur vorgesehenen Personalbemessung nach § 137k SGB V geschaffen.

## **Forderungen der Innungskrankenkassen zur Personalbesetzung in der Pflege im Krankenhaus**

---

Vor diesem Hintergrund fordern die Innungskrankenkassen den Gesetzgeber eindringlich auf, die Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus nach §137k SGB V umzusetzen. Dem BMG liegen seit Dezember 2021 eine Leistungsbeschreibung und ein Zeitplan vor, um ein wissenschaftlich fundiertes modernes Pflegepersonalbemessungsinstrument mit qualitätsverbessernden Anreizmechanismen zu entwickeln und zu erproben. Das Einvernehmen mit dem BMG zu Leistungsbeschreibung und Zeitplan steht weiterhin aus, so dass die Ausschreibung nun seit Monaten in Verzug ist. Mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf muss daher die Frist zur Erprobung von 2024 auf 2025 verschoben werden.

### **Prüfung von Strukturmerkmalen (zu Artikel 1, Nr. 6, § 275d SGB V)**

Über den neuen Absatz 1a wird den Krankenhäusern in zwei Fallkonstellationen die Abrechnung von OPS für den Zeitraum von bis zu sechs Monaten gestattet. In diesem Zeitraum hat die Prüfung durch den zuständigen Medizinischen Dienst (MD) zu erfolgen. Der Gesetzgeber gewährt den Krankenhäusern also einen gewissen Vertrauensvorschuss, dass diese nur solche Leistungen erbringen, die einer Überprüfung durch den MD standhalten. Nicht beachtet wird, dass die Prüfung durch den MD auch zu einem negativen Ergebnis führen kann und der MD die Nichterfüllung der Voraussetzungen des OPS feststellt. In dieser Fallkonstellation ist es nicht nachvollziehbar, dass das Krankenhaus die Vergütung der in den vergangenen maximal sechs Monaten bereits durchgeführten Fälle behalten darf.

### **Forderungen der Innungskrankenkassen zur Personalbesetzung in der Pflege im Krankenhaus**

---

In § 275d Absatz 3 SGB V ist demzufolge folgender Satz anzufügen:

„Zudem haben die Krankenhäuser die nach Absatz 1a von den Krankenkassen geleisteten Vergütungen innerhalb von vier Wochen zu erstatten.“

## **Richtlinienerlass des MD Bund (zu Artikel 1, Nr. 7, § 283 Absatz 2 Satz 4 SGB V und § 283 Absatz 3 SGB V)**

Der vorliegende Referentenentwurf sieht eine Anpassung dahingehend vor, dass der Vorstand des Medizinischen Dienstes Bund Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste im Benehmen mit dem Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Bund beschließt.

Die vorgesehene Regelung zum Richtlinienerlass durch Beschluss des Vorstandes, bei dem der Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Bund lediglich ins Benehmen zu setzen ist, erachten die Innungskrankenkassen als nicht ausreichend, um eine maßgebliche Beteiligung des Verwaltungsrates beim Richtlinienerlass sicherzustellen. Die Regelung stellt eine Kompetenzverlagerung vom Verwaltungsrat hin zum Vorstand dar und wird als Eingriff in das Selbstverwaltungsrecht abgelehnt.

### **Forderungen der Innungskrankenkassen zum Richtlinienerlass des MD Bund**

---

Zu einer gesetzlichen Verankerung der angemessenen Beteiligung des Verwaltungsrates beim Erlass von Richtlinien schlagen die Innungskrankenkassen vor, dass der Vorstand die Richtlinien im Einvernehmen mit dem Verwaltungsrat beschließt.



## **Vereinfachung und Beschleunigung der Verhandlungen** **(zu Artikel 2, Nr. 3, §11 KHEntgG)**

Vor dem Hintergrund der aktuellen Verhandlungsstände, die sich u. a. aus der komplexen Ausgliederung der Pflegepersonalkosten sowie den Auswirkungen der Corona-Pandemie ergeben, unterstützen die Innungskrankenkassen den Vorschlag des Gesetzgebers nach einer Beschleunigung der Budgetverhandlungen.

Eine Verbesserung und Beschleunigung des Verhandlungsablaufs ist notwendig und nachvollziehbar, um die Planbarkeit von Kosten zu verbessern und die Liquidität sowohl auf der Krankenhaus- wie auch der Kassenseite sicherzustellen. Die gewählte Vorgabe eines Fristenmodells mit automatischen Schiedsstellen (Artikel 2, Nr. 3, a), bb)) kann nur ein Baustein der Lösung sein. Es ist auch eine Reduzierung der Komplexität der Verhandlungen zu berücksichtigen.

Was die Festlegung der Fristen anbelangt, muss der Maßstab die objektive Umsetzbarkeit sein. Die Vorgabe einer prospektiven Verhandlung ist eine Fiktion, die nur in Einzelfällen umsetzbar erscheint. Die gesetzlich vorgesehene Datenlieferung bis 30.11. kann bei aktuell üblicher/vorgegebener Festlegung der Budgetgrundlagen (Abrechnungskataloge, VÄR, OW, LBFW) in den letzten vier Monaten vor Jahresende kaum vorgezogen werden, so dass nur ein Verhandlungsfenster von einem Monat bis Jahresende verbleiben würde. Auch die im Referentenentwurf ansonsten vorgesehenen Fristen – einschließlich der Übergangsregelung – sind für den Umfang und Komplexität der Verhandlungen wesentlich zu kurz gewählt.

Darüber hinaus sind die personellen Ressourcen bei diesem engen Zeitfenster nicht ausreichend, da diese auf ganzjährigen Verhandlungen kalkuliert sind.

### **Forderungen der Innungskrankenkassen zur Vereinfachung und Beschleunigung der Verhandlungen**

---

Vor diesem Hintergrund fordern die Innungskrankenkassen den Gesetzgeber eindringlich auf, die Frist für den Abschluss der Verhandlungen um sechs Monate auf den 31.10. des jeweiligen Vereinbarungsjahres (Artikel 2, Nr. 3 b), dd), §11 Abs. 3, S.4) zu verlängern, wobei die Vertragsparteien einvernehmlich entsprechend ihres Verhandlungsfortschrittes eine Fristverlängerung für den Unterlagenaustausch und den Abschluss der Verhandlungen vereinbaren können.

Für den Übergangszeitraum der Jahre bis einschließlich 2023 schlagen die Innungskrankenkassen vor, die Frist auf den 31.12.2023 und damit auf den regulären Beginn der Verhandlungen des Jahres 2024 zu verlängern (Artikel 2, Nr. 3 c), §11 Abs. 6), da bundesweit mehrere Tausend Vereinbarungen zu schließen sind.

Die begrüßenswerte Festlegung der Präklusion der Unterlagen für die Schiedsstellenverfahren muss auch für mögliche verwaltungsgerichtliche Überprüfungen der Schiedsstellenentscheidungen gelten.

Die Fristen für eine Entscheidung der Schiedsstellen von sechs bzw. zwölf Wochen (Artikel 2, Nr. 3 a), bb), §11 Abs. 3 sowie Artikel 2, Nr. 3 c), §11 Abs. 6) sind vor dem Hintergrund, dass die Vorsitzenden im Ehrenamt tätig sind und bei einer hohen Anzahl von Verfahren im Übergangszeitraum, realistisch kaum umsetzbar. Die Innungskrankenkassen schlagen hier mindestens eine Verdoppelung der Frist vor.

Für die Verhandlung des Pflegebudgets für die Jahre 2020 bis 2023 sprechen sich die Innungskrankenkassen für eine stärkere bundeseinheitliche Pauschalierung aus. Dabei sollten für pflegeentlastende Maßnahmen (PEM) bis zu zwei Prozent des Pflegebudgets ohne weitere Nachweise vereinbart werden können.

Für den Streitpunkt der Höhe des anzurechnenden Personals „Sonstige“ und „ohne Berufsabschluss“ schlagen die Innungskrankenkassen als einheitlichen Referenzwert den bundeseinheitlichen prozentualen Durchschnitt bezogen auf das examinierte Pflegepersonal aus den bereits abgeschlossenen Verhandlungen vor.

Die Wirksamkeit der Testate zum Pflegebudget als Vereinbarungsgrundlage ist aufgrund ihrer starken Abweichung (10 bis 20 Prozent) zu möglichen Verhandlungsergebnissen kritisch zu sehen und maximal für die nicht dem Referenzwert unterliegenden Vollkräfte mit einem entsprechenden prozentualen Abschlag denkbar.

### **Erörterungsverfahren (zu Artikel 4, Nr. 4a, §17c KHG)**

Eine Überprüfung der Krankenhaus-Abrechnung kann im Rahmen eines „Begehungsverfahrens“ vor Ort im Krankenhaus erfolgen. In diesem Fall gibt es keine Unterlagen, die dem jeweiligen Medizinischen Dienst (MD) übermittelt wurden. Insofern gibt es keine Daten, die der MD der Krankenkasse zur Verfügung stellen kann! Eine Übermittlung der Unterlagen wäre hier vom Krankenhaus an die Krankenkasse notwendig.

Darüber hinaus gibt es heute die Möglichkeit eines Krankenhauses, nicht präkludierte Unterlagen, die der MD bei seiner Prüfung explizit nicht angefordert hat, ebenso in das Erörterungsverfahren sowie in eine gerichtliche Überprüfung einzubringen. Vor diesem Hintergrund bedarf es auch weiterhin der Möglichkeit einer Übermittlung der Unterlagen durch das Krankenhaus an die Krankenkasse im Rahmen des Erörterungsverfahrens. Andernfalls muss die Präklusionswirkung gesetzlich angepasst werden. Und zwar in jener Form, dass Erörterungsverfahren und gerichtliche Überprüfung nur mit jenen Unterlagen aus der Abrechnungsprüfung nach §275c SGB V geführt werden dürfen.

## **Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus (zu Artikel 5, Nr. 2a), § 11 Absatz 3**

### **BPfIV)**

In Bezug auf die Beschleunigung der Verhandlungen gelten dieselben Aussagen und Vorschläge wie für den Bereich des KHEntgG.

Die Innungskrankenkassen sprechen sich dafür aus, bis zum Jahr 2022 – bzw. bis zum Jahr 2023 – eine pauschale Budgetfortschreibung für den Bundespflegesatzbereich (Psychiatrie) gesetzlich zu verankern. Dies bedeutet, dass die Budgets maximal um die Veränderungsrate steigen. Die Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) ist somit nicht budgetwirksam und muss nicht gerechnet und verhandelt werden. Dieses Modell kann Doppelfinanzierungen bzw. die Höhe der Budgetkorrektur bei temporären und dauerhaften Leistungssenkungen vermeiden. Bei bereits abgeschlossene Budgetvereinbarungen für die Jahre 2020 bis 2022, in denen die Leistungsmenge abgesenkt wurde, ist – zur Vermeidung von Doppelfinanzierungen – der Zahlbetragsausgleich (rückwirkend) auszuschließen.