



Stellungnahme des IKK e.V.

zum

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

Stand: 04.11.2022

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

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen	3
Kommentierung des Gesetzentwurfes:	6
Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Sozialgesetzbuches	6
§ 137I SGB V (neu) Personalbesetzung in der Pflege im Krankenhaus	6
§ 275d SGB V Prüfung von Strukturmerkmalen	8
§ 283 Absatz 2 Satz 4 SGB V und § 283 Absatz 3 SGB V Aufgaben des medizinischen Bundes (MD)	9
§ 336 SGB V Zugriffsrechte der Versicherten	10
Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetz):	11
§11 KHEntgG Vereinfachung und Beschleunigung der Verhandlungen	11
Zu Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG):	15
§17c KHG Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Statistik	15
Zu Artikel 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung):	16
§ 11 Absatz 3 BPfIV Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus	16
Änderungsanträge:	17
Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes),	17
§ 4a Abs. 1 und Abs. 5 KHEntgG	17

Grundsätzliche Anmerkungen

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) plant mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfIEG) die Grundlagen für eine angemessene Personalausstattung für die Pflege im Krankenhaus zu schaffen. Dazu soll neben der Anpassung der gesetzlichen Fristen für die wissenschaftliche Entwicklung und Erprobung eines Verfahrens zur Pflegepersonalbemessung nach § 137k SGB V insbesondere mit dem neuen § 137l SGB V eine Lösung zur Personalbemessung in Anlehnung an die PPR 2.0 und Kinder-PPR 2.0 erprobt und per Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen eingeführt werden. Ferner sollen weitere Regelungen zur Beschleunigung der Budgetverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen, der Digitalisierung im Gesundheitswesen, zur Telematik und zur Berücksichtigung pandemiebedingter Änderungen des Leistungsgeschehens umgesetzt werden.

Mit der Einführung des Konzeptes der verbindlichen Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus, der Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0) werden Vorgaben zum Personaleinsatz in der unmittelbaren Patientenversorgung von Erwachsenen und Kindern auf bettenführenden, somatischen Stationen geschaffen. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) wird ermächtigt, eine Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates und im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfes und zur Festlegung der Personalbesetzung zu bestimmen.

Die **Innungskrankenkassen** begrüßen die Initiative für eine angemessene Personalausstattung in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen zur Sicherstellung einer qualifizierten Patientenbetreuung. Wichtig aus unserer Sicht ist es, dass vorrangig mit eigenem Personal gearbeitet wird. 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. Darüber hinaus wird diese Form der Pflegepersonalbemessung in Anlehnung an die PPR 2.0 aufgrund zahlreicher Mängel, insbesondere der bürokratische Erfassung und Berechnung des Pflegebedarfs, grundsätzlich abgelehnt. Ebenso wird auch die Möglichkeit für Krankenhäuser entschieden abgelehnt, sich der per Rechtsverordnung festgelegten Vorgaben zur Personalausstattung zu entziehen, sofern für das Krankenhaus eine (tarif-)vertragliche Vereinbarung zum Personaleinsatz getroffen wurde. Hierdurch kann es einerseits zu einem „Flickenteppich“ an unterschiedlichen Pflegepersonalbemessungen kommen, andererseits kann durch tarifvertragliche Regelungen die Rechtsverordnung ausgehebelt werden, ohne dass eine gleichwertige Pflegepersonalbemessung durchgeführt 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 und schlagen vor, dass die Richtlinien im Einvernehmen mit dem Verwaltungsrat erlassen werden.

Des Weiteren werden im Rahmen des Krankenhausentgeltgesetzes Regelungen getroffen, um Budgetverhandlungen zu beschleunigen und den Verhandlungsstau der letzten Jahre aufzulösen. Der Verhandlungsstau ergibt sich zum einen aus der komplexen Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen sowie den Auswirkungen der Corona-Pandemie und wird zum anderen künftig durch die geplante Ausgliederung der Pädiatrie noch einmal verkompliziert werden. Grundsätzlich 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).

Die im Gesetzentwurf beabsichtigte Neuregelung über das sogenannte „Apo-Ident-Verfahren“, die notwendige und sichere Identifizierung von Versicherten zum Zugriff auf Anwendungen der Telematik-Infrastruktur (TI) wie z. B. die elektronische Patientenakte (ePA) in einer Apotheke durchführen zu lassen, lehnen die **Innungskrankenkassen** aus den folgenden Gründen ab. Nach Wegfall des Videoident-Verfahrens besteht zwar eindeutig ein Bedarf für ein niedrighschwelliges und sicheres Identifizierungsverfahren, doch die in § 336 Abs. 1 und 4 SGB V beabsichtigten Neuregelungen schaffen unnötige und teure Parallelstrukturen zur Identifizierung von Versicherten in einer Filiale der Deutschen Post AG, ohne erkennbare Vorteile für Versicherte. Ferner bietet die Deutsche Post AG mit dem Post-Ident-Verfahren per App bereits eine digitale Variante an. Darüber hinaus handelt es sich bei der Identifizierung von Versicherten um eine hoheitliche Aufgabe, die nicht an die Apotheken delegiert werden sollte. Daher sollte die Regelung gestrichen werden.

Änderungsanträge

Die Sicherung einer qualitativ guten Versorgung für die Kinder und Jugendliche sowie im Bereich der Geburtshilfe ist wichtig. Es ist nachvollziehbar, dass Vorgaben insbesondere für die personellen Vorhaltungen gemacht werden, um die Vorhaltung von Kinderärztinnen und Kinderärzten und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern sicherzustellen. Die vorgeschlagenen Regelungen zum Ausgleich von Mindererlösen sind aus Sicht der **Innungskrankenkassen** aber nicht zielgenau. Bei Unterschreitung des vom InEK ermittelten Erlösvolumens sollte kein vollständiger Ausgleich der Mindererlöse erfolgen. Hierbei werden seitens der GKV nicht angefallene, variable Kosten erstattet, die beispielsweise die Verpflegung und die Medikation von Kinder- und Jugendlichen umfasst. Es werden somit Kosten für Kliniken refinanziert, die keine Vorhaltekosten darstellen.

Zweite Stellungnahme der Regierungskommission zu „Tagesbehandlung im Krankenhaus“

Die **Innungskrankenkassen** teilen die Analyse der Regierungskommission, dass in Deutschland überdurchschnittlich viele Behandlungen stationär durchgeführt werden, die eigentlich größtenteils auch ambulant behandelt werden könnten. Dieses ungenutzte Ambulantisierungspotenzial gilt es im Sinne einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung für Patientinnen und Patienten zwingend zu heben. Die Regierungskommission will hierzu den Krankenhäusern gestatten, im Einvernehmen mit den Patientinnen und Patienten geeignete und bisher vollstationär erbrachte Behandlungen als sogenannte „Tagesbehandlungen“ zu ermöglichen. Die Behandlung soll „mit allen Mitteln des Krankenhauses durchgeführt werden“, jedoch ohne Übernachtung im Krankenhaus. Ab einer Behandlungsdauer von mehr als sechs Stunden soll die Behandlung über eine um die Übernachtungskosten geminderte DRG abgerechnet werden. Gesetzestechisch sollen die leistungserbringerrechtlichen Voraussetzungen für die Tagesbehandlung in einem neuen § 115e SGB V geregelt werden und die Tagesbehandlung in die Definitionen der Krankenhausbehandlungen im § 39 Absatz 1 SGB V aufgenommen werden. Eine definitorische Abgrenzung der Tagesbehandlung zur ambulanten Belastung erfolgt dabei nicht.

Dieser von der Regierungskommission entwickelte Ansatz würde jedoch eine Zementierung bestehender Strukturen in der stationären Versorgung bewirken und ist damit nicht nur ungeeignet zur Hebung des Ambulantisierungspotenzials, sondern konterkariert bestehende Ambulantisierungsmaßnahmen wie z. B. die Erweiterung des AOP-Katalogs.

Darüber hinaus stehen die Ideen der Regierungskommission zur Notfallversorgung in keinem erkennbaren Sachzusammenhang zur Ambulantisierung. Mit dem Vorschlag eines nach Betreuungsdauer gestaffelten Zuschlags für die Notfallversorgung wird nur eine weitere Einkommensquelle für den stationären Sektor geschaffen, ohne jede Verbesserung der Patientenversorgung. Vielmehr ist davon auszugehen, dass es durch diesen finanziellen Anreiz für eine möglichst lange Betreuungsdauer in der Notaufnahme zu unnötig langen Wartezeiten und Aufenthaltsdauern von Patientinnen und Patienten kommt. Zudem ist nicht damit zu rechnen, dass Pflegepersonal aufgrund einer Reduzierung der nächtlichen Betreuung entlastet wird. Die bereits aufgeführte Verlagerung von ambulanten Leistungen wird zu einer Steigerung von Krankenhausbehandlungen führen. Folglich wird Zunahme der Tagesbehandlungen im Krankenhaus das Pflegepersonal zusätzlich belasten.

Somit sind nach Ansicht der **Innungskrankenkassen** die Vorschläge der Regierungskommission weder für eine Strukturreform im Bereich der Krankenhausversorgung noch für die dringend notwendige Ambulantisierungs- und Notfallreform geeignet. Alternativ zu diesen Vorschlägen verweisen wir auf die bereits vorhandenen Vorschläge der Selbstverwaltungspartner zur Ambulantisierung, insbesondere die Erweiterung des AOP-Katalogs, und mahnen eine grundlegende Reform der Notfallversorgung, wie im Koalitionsvertrag vereinbart, an.

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.

Kommentierung des Gesetzentwurfes:

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Sozialgesetzbuches

Nr. 3

§ 137I SGB V (neu) Personalbesetzung in der Pflege im Krankenhaus

Beabsichtigte Neuregelung

Zur kurzfristigen Verbesserung der Personalsituation in der Pflege, soll der für eine bedarfsgerechte Pflege am Bett erforderliche Personaleinsatz auf bettenführenden Stationen unter Berücksichtigung des Konzeptes der PPR 2.0 bzw. Kinder-PPR 2.0 in Vorgaben zur Personalbesetzung in dem neuen § 137I SGB V festgelegt werden. Dazu wird das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ermächtigt, in Rechtsverordnungen ohne Zustimmung des Bundesrates aber im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen (BMF) Vorgaben zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs festzulegen sowie Näheres bestimmen zu:

- der Ermittlung des Pflegebedarfs (nach dem Konzept PPR 2.0 bzw. Kinder-PPR 2.0)
- der bedarfsgerechten personellen Zusammensetzung des Pflegepersonals nach beruflichen Qualifikationen,
- der von den Krankenhäusern zu erfassenden Ist- und Soll-Personalbesetzung.

Das BMG wird ebenfalls ermächtigt wiederum im Einvernehmen mit dem BMF die schrittweise Anpassung der Ist-Personalbesetzung an den konkreten erforderlichen Erfüllungsgrad der Soll-Personalbesetzung zu regeln. Die Pflichten aus dieser Rechtsverordnung sollen jedoch für diejenigen Krankenhäuser entfallen, die im Rahmen von (Tarif)-vertraglichen Regelungen verbindliche Vorgaben zur Anzahl des einzusetzenden Pflegepersonals vereinbart haben.

Bewertung

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, 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.

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.

Änderungsvorschläge

Der § 137l SGB V ist zu streichen. Stattdessen ist die wissenschaftliche Entwicklung und Erprobung eines Verfahrens zur Pflegepersonalbedarfsbemessung gemäß § 137k SGB V basierend auf der bereits dem BMG vorliegende Leistungsbeschreibung umzusetzen.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 275d SGB V Prüfung von Strukturmerkmalen

Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Gesetzesänderung sieht derzeit zwei Fälle vor, in denen Krankenhäuser vergütungsrelevante OPS-Schlüssel ungeprüft vom MD abrechnen können. Dies betrifft einerseits den Fall einer erstmaligen Abrechnung eines OPS-Schlüssels und andererseits eine Neuabrechnung. So können Krankenhäuser bei fristgerechter Meldung (31. Dezember des Vorjahres) den OPS-Schlüssel ohne MD-Prüfung bis zum 30. Juni des betreffenden Jahres abrechnen.

Bewertung

Über den neuen Absatz 1a wird den Krankenhäusern in den betreffenden 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 Monaten bereits durchgeführten Fälle behalten darf.

Änderungsvorschlag

Im vorliegenden Entwurf wird in Absatz 3 der folgende Satz angefügt:

„Abweichend von Satz 1 können Krankenhäuser im Jahr 2022 bis zum Abschluss der Strukturprüfung erbrachte Leistungen vereinbaren und abrechnen, wenn sie die Strukturprüfung für Leistungen nach dem Kode 8-01a des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 bis zum 30. Juni 2022 beantragt haben.“

Der Anfügung ist noch die folgende Ergänzung **anzufügen**:

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

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr.7

§ 283 Absatz 2 Satz 4 SGB V und § 283 Absatz 3 SGB V Aufgaben des medizinischen Bundes (MD)

Beabsichtigte Neuregelung

Der vorliegende Gesetzentwurf 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.

Bewertung

Die rechtliche Klarstellung der Richtlinienkompetenz beim MD-Bund wird von den **Innungskrankenkassen** generell begrüßt. 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** jedoch als nicht ausreichend, um eine maßgebliche Beteiligung des Verwaltungsrates beim Richtlinienerlass sicherzustellen. Hinzu kommt, dass die vorgeschlagene Änderung die im MDK-Reformgesetz vorgesehene Rolle des Verwaltungsrates als transparent und demokratisch agierendes Beschlussgremium konterkariert, da es zu einer Kompetenzverlagerung vom Verwaltungsrat hin zum Vorstand kommt. Dies wird von den **Innungskrankenkassen** als Eingriff in das Selbstverwaltungsrecht abgelehnt.

In der Gesetzesbegründung wird das Herstellen des Benehmens durch den Vorstand mit dem Verwaltungsrat nahezu auf eine Stufe mit der Beteiligung der Verbände nach § 283 Abs. 2 Satz 3 SGB V gesetzt. Damit wird die vorgesehene Regelung der Rolle des Verwaltungsrates als oberstes Beschlussgremium des Medizinischen Dienstes Bund nicht gerecht. Da der Verwaltungsrat von den Richtlinien betroffene Gruppen (Versicherte sowie Patientinnen und Patienten) repräsentiert und mit der Umstrukturierung der Organe im Rahmen des MDK-Reformgesetzes eine demokratische Legitimation des Rates erfolgt, sollte sich diese Rolle auch beim Erlass von Richtlinien widerspiegeln.

Änderungsvorschlag

Im vorliegenden Entwurf zum § 283 Absatz 2 Satz 4 und 5 (neu) SGB V heißt es:

„Der Vorstand beschließt die Richtlinien im Benehmen mit dem Verwaltungsrat.“

Die Passage wird wie folgt **ersetzt**:

*Der Vorstand und der Verwaltungsrat beschließen die Richtlinien **im Einvernehmen**.*

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19

§ 336 SGB V Zugriffsrechte der Versicherten

Beabsichtigte Neuregelung

Für den sicheren Zugriff auf Daten der Anwendungen der Telematik-Infrastruktur (TI) wie zum Beispiel die elektronische Patientenakte (ePA) müssen sich die Versicherten sicher identifizieren. Nach Wegfall des sogenannten Videoident-Verfahrens soll durch die Neuregelung den Versicherten über die sichere Identifizierung in den Geschäftsstellen der Krankenkassen hinaus auch die sichere Identifizierung in einer Apotheke ermöglicht werden. Dazu soll die gematik im Benehmen mit dem BSI die notwendigen Vorgaben erstellen. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wird ermächtigt, das Nähere zur Durchführung sowie zur Vergütung und Abrechnung der Apotheken zu regeln sowie Vorgaben zur Rechnungsprüfung und zur Vermeidung von Missbrauch zu treffen.

Bewertung

Die vorgesehene Regelung zur Identifizierung der Versicherten in den Apotheken lehnen die **Innungskrankenkassen** aus folgenden Gründen ab: Die Identifizierung der Versicherten ist eine hoheitliche Aufgabe der Krankenkassen, die nicht in die Apotheken übertragen werden sollte. Die bei einer Delegation dieser Aufgaben an die Apotheken anfallenden Kosten und Aufwände, u. a. durch die Ausbildung des Apothekenpersonals sind als hoch zu bewerten. Dies betrifft insbesondere die technischen Anforderungen und deren Umsetzung, wie die Etablierung eines neuen Datentransfers zwischen Apotheken und Krankenkassen und die Neuentwicklung von Software für die Kassen- und Apothekensysteme. Der Aufwand und die Kosten erscheinen insbesondere ggü. dem zu erwartenden Nutzen unverhältnismäßig. Denn aktuell gibt es mit dem PostIdent-Verfahren ein bereits im Einsatz befindliches und sicheres Verfahren zur Identifizierung der Versicherten. Nach Angaben der Deutschen Post ist dieses PostIdent-Verfahren in ihrem flächendeckenden Filialnetz möglich, wobei bereits in über 8.500 Filialen Ausweislesegeräte eingeführt wurden, mit denen eine automatisierte Überprüfung der Ausweissicherheitsmerkmale erfolgen kann. Gegenüber diesem Verfahren bietet die Identifizierung in den Apotheken hinsichtlich Erreichbarkeit, Filialdichte, Öffnungszeiten und Sicherheit keine maßgeblichen Vorteile, die den technischen, personellen und finanziellen Aufwand zum Aufbau dieser Parallelstruktur zur Deutschen Post rechtfertigen würden. Insbesondere ist davon auszugehen, dass der Aufbau dieser Parallelstruktur die Kosten für ein PostIdent-Verfahren je Versicherten deutlich übersteigen würde.

Änderungsvorschläge

Die Neuregelungen in § 336 Absatz 1, Absatz 4 und Absatz 8 SGB V sind ersatzlos zu streichen.

Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetz):

Nr. 2, 4 und 5

§11 KHEntgG Vereinfachung und Beschleunigung der Verhandlungen

Beabsichtigte Neuregelung

Durch die verbindliche Vorgabe von Fristen zur Vorlage der Unterlagen zur Budgetverhandlungen inklusive einer Sanktionsmöglichkeit sollen die Budgetverhandlungen beschleunigt werden.

Nr. 2)

Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren innerhalb von 28 Tagen nach Inkrafttreten des Gesetzes das Nähere zur Übermittlung der Verhandlungsunterlagen.

Nr.4)

zu aa) und bb) Das Krankenhaus hat spätestens bis zum 31. Dezember des Vorjahres zur Vorbereitung der Budgetverhandlung die AEB-Unterlagen vorzulegen. Ergänzende Unterlagen können einmalig innerhalb von sechs Wochen nach Vorlage der Daten eingefordert werden.

zu b) Kommt das Krankenhaus seiner Datenübermittlungspflicht nicht nach, können die Kostenträger einen einprozentigen Rechnungsabschluss vereinbaren, sofern dem Krankenhaus mindestens drei zumutbare Termine für die Verhandlung angeboten wurden. Der Abschluss gilt für alle voll- und teilstationären Fälle, die vom 1. Juli des Vereinbarungsjahres bis einen Monat nach dem Vereinbarungsdatum behandelt werden. Wird die Budgetvereinbarung durch die Schiedsstelle festgesetzt, gilt für die Fristberechnung dieses Datum. Der Abschluss ist durch die zuständige Landesbehörde innerhalb von vier Wochen zu prüfen und zu genehmigen. Die Kostenträger informieren das Krankenhaus und die Schiedsstelle, dass die Genehmigung eines Abschlages beantragt wurde.

zu c) Um den Vereinbarungsstau aufzulösen, sind noch ausstehende Vereinbarungen zeitnah abzuschließen. Die gesetzlich genannten Verhandlungsunterlagen (AEB-Unterlagen) sind für die Budgetjahre bis einschließlich 2023 zeitnah durch die Krankenhäuser an die Kostenträger zu übermitteln. Für die Vereinbarungszeiträume bis einschließlich 2021 bis zum 42. Tag (sechs Wochen) nach Inkrafttreten der Regelung, für das Jahr 2022 bis zum 31. März 2023 und für das Jahr 2023 bis zum 30. Juni 2023. Für die Anforderung weiterer Unterlagen und Auskünfte sowie die Vorlage der Unterlagen und die Erteilung der Auskünfte sowie die Erhebung eines Rechnungsabschlages gelten die unter Nr. 4b) angeführten Regelungen entsprechend, wobei die Frist zur Erhebung des Rechnungsabschlages bei 222 Tagen nach in Kraft treten des Gesetzes liegt.

Nr. 5)

Für die Verhandlungen ab dem Budgetjahr 2024 wird eine automatische Schiedsstelle eingeführt und somit jeweils eine maximale Verhandlungsfrist bis zum 31.7. eines Jahres eingeführt.

Bewertung

Für die Festlegung der Fristen 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 31. Dezember 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 minimales Verhandlungsfenster bis Jahresende verbleiben würde. Auch die im Gesetzentwurf 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.

Vor diesem Hintergrund fordern die **Innungskrankenkassen** den Gesetzgeber eindringlich auf, die Fristen für die Vorlage und Prüfung der Verhandlungsunterlagen angemessen zu verlängern, wobei die Vertragsparteien einvernehmlich entsprechend ihres Verhandlungsfortschrittes eine Fristverlängerung für den Unterlagen austausch und den Abschluss der Verhandlungen vereinbaren können.

Die begrüßenswerte Festlegung der Präklusion der Unterlagen für die Schiedsstellenverfahren muss auch für mögliche verwaltungsgerichtliche Überprüfungen der Schiedsstellenentscheidungen gelten. Die Regelung kann sich hierbei nur auf die Unterlagen des Krankenhauses beziehen und es muss klargestellt werden, dass die Seite der Kostenträger einen eigenen Angebotsantrag vorlegen kann.

Die Fristen für eine Entscheidung der Schiedsstellen von sechs bzw. zwölf Wochen 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.

Ein entscheidender Grund für die verzögerten Verhandlungen liegt bei der Vereinbarung des Pflegebudgets. Die **Innungskrankenkassen** schlagen hier zur Verhandlungsbeschleunigung Vereinfachungen 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.

Der GKV-SV hat hierzu konkrete Änderungsvorschläge gemacht, denen sich die **Innungskrankenkassen** anschließen.

Änderungsvorschläge

Der Entwurf sieht für Artikel 2 Nr. 2 §9 folgende Regelung vor:

„sowie erstmals bis zum Datum des 28. Tages auf das Inkrafttreten...“

Die entsprechende Passage wird **ersetzt** durch:

...sowie erstmals bis zum Datum des 90. Tags auf das Inkrafttreten...

Im Entwurf wird in Artikel 2. Nr. 4 aa wie folgt ausgeführt:

„spätestens bis zum 31. Dezember des Jahres, für das die Vereinbarung gelten soll“

Die entsprechende Passage wird wie folgt **ersetzt**:

...spätestens bis zum 30. Juni des Jahres für das die Vereinbarung gelten soll...

Der Entwurf sieht für Artikel 2. Nr. 4 cc die folgende Anfügung vor:

„für die Zeit vom 1. Juli des Jahres, für das die Vereinbarung...“

Die Formulierung wird wie folgt **ersetzt**:

..für die Zeit ab dem 1. Januar des Folgejahres, für das die Vereinbarung....

Für Artikel 2 Nr. 4 c sieht der Entwurf folgende Punkte vor:

- 1. bis zum ... [Datum des 42. auf das Inkrafttreten nach Artikel 9 Absatz 1 folgenden Tages] für die Vereinbarungszeiträume bis einschließlich des Vereinbarungszeitraums 2021,*
- 2. bis zum 31. März 2023 für den Vereinbarungszeitraum 2022 und*
- 3. bis zum 30. Juni 2023 für den Vereinbarungszeitraum 2023.*

Die Passage wird wie folgt **ersetzt**:

- 1. bis zum 180 Tag...*
- 2. bis zum 270. Tag...*
- 3. bis zum 360. Tag...*

Im Gesetzesentwurf Artikel 2 Nr. 4 cc heißt es zudem:

„..., dass der Abschlag nach Absatz 5 Satz 6 im Falle von Satz 1 vom 222. Tag an zu vereinbaren ist...“

Dies wird **ersetzt** durch:

..., dass der Abschlag nach Absatz 5 Satz 6 jeweils ab 180. Tag an zu vereinbaren ist. ...

Im Entwurf heißt es für Artikel 2 Nr. 5

„Kommt eine Vereinbarung nach §11 für Vereinbarungszeiträume ab dem Vereinbarungszeitraum 2024 nicht bis zum 31. Juli des Jahres,...“

Dies wird wie folgt **ersetzt**:

Kommt eine Vereinbarung nach §11 für Vereinbarungszeiträume ab dem Vereinbarungszeitraum 2024 nicht bis zum 31. Dezember des Jahres ...

Zudem heißt es in Satz 2 des Entwurfes:

„Die Schiedsstelle darf in diesem Fall bei ihrer Entscheidung nur die Daten, Unterlagen und Auskünfte berücksichtigen,...“

Hier wird wie folgt **ergänzt**:

... Die Schiedsstelle darf in diesem Fall bei ihrer Entscheidung nur die Daten, Unterlagen und Auskünfte des Krankenhauses berücksichtigen ...

Zu Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)):

Nr. 4a

§17c KHG Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Statistik

Beabsichtige Neuregelung

Im Rahmen des Erörterungsverfahrens bekommt der MD die Möglichkeit, die für die Prüfung der Rechtmäßigkeit einer Abrechnung bei dem Krankenhaus erhobenen Daten und Unterlagen direkt an die Krankenkasse zu übermitteln. Damit entfällt die Pflicht der Krankenhäuser, bereits übermittelte MD-Unterlagen erneut bereitzustellen und zusätzlich an die Krankenkassen zu übermitteln. Dies soll bei den Krankenhäusern zu einem Bürokratieabbau führen.

Bewertung

Eine Überprüfung der Krankenhaus-Abrechnung kann auch 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.

Änderungsvorschlag

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.

Zu Artikel 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung):

Nr. 2a

§ 11 Absatz 3 BPfIV Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus

Beabsichtige Neuregelung

Um zukünftig sicherzustellen, dass die Vertragsparteien auf der Ortsebene frühzeitig – im besten Fall prospektiv – und in einem überschaubaren Zeitrahmen Budgetverhandlungen führen, wird klargestellt, dass der Prospektivitätsgrundsatz gilt.

Bewertung

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.

Änderungsvorschlag

Verweis auf die Änderungsvorschläge zu Artikel 2.

Änderungsanträge:

Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes),

Nr. 1a

§ 4a Abs. 1 und Abs. 5 KHEntgG

Beabsichtigte Neuregelung

Abs. 1: Für die Jahre 2023 und 2024 wird Krankenhäusern ein angehobenes krankenhausesindividuelles Erlösvolumen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen garantiert, die zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus über 28 Tage und unter 16 Jahre alt sind. Auf Basis der Erlöse des Jahres 2019 wird das zu ermittelnde Erlösvolumen preisseitig in das Jahr 2023 transferiert und um einen prozentualen Anteil gesteigert.

Abs. 5: Sofern ein Krankenhaus jeweils für die Jahre 2023 und 2024 durch die Abrechnung von Fallpauschalen und des Zuschlags nach Absatz 4 ein niedrigeres Erlösvolumen erwirtschaftet als vom InEK ermittelt, werden die Mindererlöse bei einer Unterschreitung des vom InEK ermittelten Erlösvolumens von bis zu 20 Prozent vollständig ausgeglichen.

Bewertung

Der Koalitionsvertrag zwischen der SPD, Bündnis 90/ Die Grünen und der FDP sieht vor, dass die Bundesregierung für eine bedarfsgerechte auskömmliche Finanzierung für den Bereich der Pädiatrie sorgt. Die gesetzliche Regelung wird diesem Vorhaben nicht gerecht, da statt der Pädiatrie als Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin die Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus über 28 Tage und unter 16 Jahre alt sind, gestärkt wird. Die **Innungskrankenkassen** begrüßen das Vorhaben, das eine Förderung für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen vorsieht, fordern jedoch gleichzeitig, dass vor dem Hintergrund der notwendigen Strukturqualität und dem medizinischen Betreuungsanspruch von Kindern und Jugendlichen analog dem Koalitionsvertrag ausschließlich die entsprechend Fachabteilungen gestärkt werden sollten.

Die **Innungskrankenkassen** kritisieren zudem, dass das Jahr 2019 die Basis für die Berechnung des Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen bis in die Jahre 2023 und 2024 darstellt. Seit dem Jahr 2019 sind krankenhausesindividuell mögliche Leistungs- und Strukturveränderungen erfolgt. Dies führt dazu, dass mögliche Abweichungen der Krankenhausstrukturen nicht zielgenau erfasst werden, da Schließungen bzw. Neueröffnungen von Fachabteilungen durch den Krankenhausträger bzw. infolge der Krankenhausplanung erfolgt sind. Das Erlösvolumen des Jahres 2019 entspricht daher nicht der gegenwärtigen krankenhausesindividuellen Struktur.

Darüber hinaus fordern die **Innungskrankenkassen**, dass die Förderung über die Sicherstellungszuschläge bei der zweckentsprechenden Mittelverwendung anzurechnen ist. Alternativ wäre es auch möglich, dass die Förderung über die Sicherstellungszuschläge im Falle eines garantierten Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen entfällt. Dieser Schritt ist

notwendig, um mögliche Doppelfinanzierungen zu vermeiden. Zur Sicherung einer qualitativ guten und kindgerechten Versorgung sollten Vorgaben insbesondere für die personellen Vorhaltungen gemacht werden, um die Vorhaltung von Kinderärztinnen und Kinderärzten und Kinderkrankenschwestern und -pflegern sicherzustellen. Bei Unterschreitung des vom InEK ermittelten Erlösvolumens von bis zu 20 Prozent sollte kein vollständiger Ausgleich der Mindererlöse erfolgen. Hierbei werden seitens der GKV nicht angefallene, variable Kosten erstattet, die beispielsweise die Verpflegung und die Medikation von Kinder- und Jugendlichen umfasst. Es werden somit Kosten für Kliniken refinanziert, die keine Vorhaltekosten darstellen. Darüber hinaus wird über die gesetzliche Regelung eines einhundertprozentigen Mindererlösausgleichs ein Anreiz gesetzt, Leistungen nicht vollumfänglich zu erbringen.

Änderungsvorschläge

Der vorausgegangene Kabinettsentwurf sah für Buchstabe 4a Absatz 1 Satz 3 folgende Regelung vor:

„Für die Jahre 2023 und 2024 wird Krankenhäusern ein angehobenes krankenhauses individuelles Erlösvolumen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen garantiert, die zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus über 28 Tage und unter 16 Jahre alt sind. Auf Basis der Erlöse des Jahres 2019 wird das zu ermittelnde Erlösvolumen preisseitig in das Jahr 2023 transferiert und um einen prozentualen Anteil gesteigert.“

Der entsprechende Satz wird nun wie folgt **ersetzt**:

Maßgebliche Fälle sind alle voll- und teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus über 28 Tage und unter 16 Jahre alt sind und in einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin behandelt werden.

Buchstabe 4a Absatz 5 Satz 1 sah im Kabinettsentwurf noch folgende Regelung vor:

„Sofern ein Krankenhaus jeweils für die Jahre 2023 und 2024 durch die Abrechnung von Fallpauschalen und des Zuschlags nach Absatz 4 ein niedrigeres Erlösvolumen erwirtschaftet als vom InEK ermittelt, werden die Mindererlöse bei einer Unterschreitung des vom InEK ermittelten Erlösvolumens von bis zu 20 Prozent vollständig ausgeglichen.“

Das Wort „vollständig“ wird **ersetzt** durch:

zu 85 von Hundert

Für Absatz 5 nach ..3. .. wird wie folgt **ergänzt**:

Bei Mindererlösen von mehr als 50 von Hundert erfolgt der Mindererlösausgleich nur bei Häusern, die in der Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 aufgenommen sind. Bei der Höhe der Erlösausgleiche sind strukturelle Änderungen gegenüber dem Jahr 2019 zu berücksichtigen.