



VERBAND DER
UNIVERSITÄTSKLINIKA
DEUTSCHLANDS

STELLUNGNAHME

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

August 2022

© Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD), 2022

Kontakt

Verband der Universitätsklinika

Deutschlands e.V. (VUD)

Jens Bussmann

Alt-Moabit 96

10559 Berlin

info@uniklinika.de

www.uniklinika.de

Tel. +49 (0)30 3940517-0

Inhalt

I. Vorbemerkung	4
II. Zu den Regelungen im Einzelnen	5

I. Vorbemerkung

Der Reformbedarf im Gesundheitswesen ist hoch. Der Referentenentwurf enthält deswegen vielfältige Maßnahmen. Durch diese sollen verschiedene Problemstellungen beseitigt werden. Die Regelungen haben gemeinsam, dass es sich um kurzfristige Reparaturen im System handelt. Dabei geht ein Großteil der Regelungen nicht die ursächlichen Probleme an. Es wird vielmehr der Versuch unternommen durch Fristen und Sanktionen ein bestimmtes Verhalten insbesondere der Krankenhäuser zu erreichen.

Aus Sicht der Universitätsklinika führen die Einführung der Pflegepersonalbemessung mittels PPR 2.0 und die neuen Regelungen im Bereich der Budgetverhandlungen zu keiner Verbesserung der Patientenversorgung, sondern zu einem weiteren Komplexitätsanstieg. Erneut werden bürokratische Hürden aufgebaut, die Personalressourcen binden, ohne eine Verbesserung der Versorgung zu erzeugen.

Die PPR 2.0 lehnen die Universitätsklinika ab, da damit lediglich der bereits bekannte Fachkräftemangel dokumentiert wird. Die Regelung hilft aber nicht dabei den Mangel zu beheben.

Die vorgesehenen Maßnahmen bezüglich der Budgetverhandlungen sind wenig geeignet eine Beschleunigung der Budgetabschlüsse zu erreichen. Im Gegenteil, die Budgetverhandlungen werden mit den vorgesehenen Maßnahmen abermals komplexer. Einzelne Fristen sind faktisch nicht einzuhalten. Damit wird der Weg in die Schiedsstelle obligatorisch und das Problem lediglich auf diese verschoben. Das führt im schlimmsten Fall zum Kollabieren des Schiedswesens.

Den Ursachen der Probleme im Krankenhaussystem kann nur mit einer ganzheitlich gedachten Krankenhausstrukturreform begegnet werden. Die Universitätsklinika sprechen sich deswegen dafür aus, dass anstelle kleinteiliger Neuregelungen ohne nennenswerte Vorteile zeitnah auf eine ebensolche Krankenhausreform hingewirkt wird. Diese sollte umfassend sein und wie im Koalitionsvertrag vorgesehen auf fünf Versorgungsstufen aufbauen. Die Universitätsklinika haben dafür einen praktikablen Vorschlag vorgelegt (vgl. www.spitzenversorgung-fuer-alle.de).

Lediglich im IT-Bereich enthält der Gesetzentwurf einige positive Maßnahmen, die jedoch z.T. noch einer Konkretisierung bedürfen.

II. Zu den Regelungen im Einzelnen

Im Folgenden werden ausgewählte Einzelaspekte des Referentenentwurfs kommentiert.

1. Regelungen zur Personalbesetzung in der Pflege

1.1 Einführung eines Pflegepersonalbemessungsinstrumentes auf Grundlage der PPR 2.0 (Art. 1, Nr. 2 & 3)

Inhalt der Regelung:

- a) Das BMG wird ermächtigt, eine Rechtsverordnung zur Personalbesetzung in der Pflege im Krankenhaus zu erlassen. Der Besondere Teil des Gesetzentwurfes macht deutlich, dass es sich hierbei um die PPR 2.0 handeln wird. Diese soll ab 01. Januar 2024 flächendeckend als Übergangsinstrument etabliert werden. Die Verordnung soll Vorgaben zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs in der unmittelbaren Patientenversorgung von Erwachsenen und Kindern auf bettenführenden Stationen der nichtintensivmedizinischen, somatischen Versorgung enthalten. In einer Konvergenzphase soll eine Anhebung des Erfüllungsgrades in Stufen erfolgen. Für den Fall des Unterschreitens des festgelegten Erfüllungsgrades können weitere Maßnahmen und ggf. Sanktionen festgelegt werden.
- b) Für Krankenhäuser mit (Tarif-)Verträgen, in denen verbindliche Vorgaben zur Anzahl des einzusetzenden Pflegepersonals enthalten sind, gelten die Vorgaben der Verordnung nicht. Dies gilt allerdings nur, wenn Arbeitgeber und Arbeitnehmer dies schriftlich erklären und einer noch vom BMG zu benennenden Stelle übermitteln.

Bewertung:

- a) Der Referentenentwurf folgt im Wesentlichen dem zwischen Deutscher Krankenhausgesellschaft, ver.di und Deutschem Pflegerat vereinbarten Eckpunkten zu einer Pflegepersonalregelung (PPR 2.0). Die Universitätsklinika haben bereits mehrfach darauf hingewiesen, dass durch ein Pflegepersonalbemessungsinstrument kein zusätzliches Personal gewonnen wird. Der Pretest hat bereits angedeutet, dass eine hundertprozentige Erfüllung im Sinne der PPR 2.0 flächendeckend nicht erreichbar ist und nicht zur Lösung des Problems des Fachkräftemangels im Krankenhaus beiträgt. Mit der Einführung wird damit lediglich das bekannte Problem des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen dokumentiert, aber nicht behoben. Im Gegenteil, mit der PPR 2.0 wird dem Pflegepersonal in den Krankenhäusern ein hoher zusätzlicher bürokratischer Aufwand zugemutet, der die Attraktivität des Pflegeberufs schmälert. Für die Pflegenden bedeutet dies letztlich weniger statt mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten. Die Administration der erhobenen Daten ist bei allen beteiligten Institutionen mit erheblichem Aufwand verbunden. So nimmt bereits jetzt die Erstellung der §21 Datei „Pflegepersonal“ bei großen Einrichtungen wochenlange Arbeiten in Anspruch. Der Aufwand würde mit der PPR 2.0 vervielfacht.

Die PPR 2.0 könnte darüber hinaus bewährte Organisations- und Arbeitsmodelle in Frage stellen, da noch unklar ist, welche Berufsgruppen erfasst werden bzw. welche Anrechnungsmöglichkeiten eventuell bestehen. Aufgrund der fehlenden Evaluation der PPR 2.0 und des absehbaren Personalmangels im Krankenhausbereich, dürfen zudem keine wirtschaftlichen Folgen mit der PPR 2.0 verknüpft werden.

Die PPR 2.0 soll ab 2024 verbindlich und in Stufen eingeführt werden. Parallel soll wie in §137k vorgesehen, bis 31. Dezember 2025 ein wissenschaftlich fundiertes Bemessungsinstrument entwickelt und erprobt werden. Daraus lässt sich schließen, dass das neue System ggf. bereits 2026 eingeführt und die PPR 2.0 wieder abgelöst wird. Es stellt sich die Frage, ob der hohe Implementierungsaufwand (Software, Schulungen, Controlling, etc.) für eine (mutmaßliche) Laufzeit von 2 Jahren überhaupt gerechtfertigt ist.

Die Universitätsklinika lehnen aus den genannten Gründen das vorgesehene Pflegepersonalbemessungsinstrument ab.

Die angestrebte Erreichung einer besseren Personalausstattung in den einzelnen Krankenhäusern im Laufe der im Gesetzentwurf vorgesehenen Konvergenzphase wird nur gelingen können, wenn parallel eine umfassende Krankenhausreform erfolgt. Das im Koalitionsvertrag vereinbarte fünfstufige Krankenhaussystem mit den Universitätsklinika als höchster Stufe ist zeitnah umzusetzen. An die Stufen ist entsprechend des Koalitionsvertrages eine Vorhaltefinanzierung zu knüpfen. Die Universitätsklinika haben hierzu ein Konzept erarbeitet: www.spitzenversorgung-fuer-alle.de

- b) Die Möglichkeit durch Teilnahme an einem Tarifvertrag oder eine krankenhausesindividuelle Vereinbarung nicht unter die Regelung zur Personalbemessung zu fallen trägt der Tarifautonomie und der Vielfalt der Krankenhauslandschaft Rechnung und wird von den Universitätsklinika begrüßt.

Wann und in welchem Detaillierungsgrad tarifliche Vereinbarungen als hinreichend bewertet werden, ist hingegen offen. Hier entstehen absehbar rechtsunscharfe Begriffe, die Grundlage juristischer Auseinandersetzungen werden könnten. Welche verbindlichen Vorgaben akzeptiert werden ist nicht beschrieben. Zumindest in der Begründung zu Absatz 4 sollte konkretisiert werden, dass auch andere Arten von Vereinbarungen darunter fallen können, z.B. auch sogenannte „Schuldrechtliche Vereinbarungen“. Es bleibt ebenfalls offen, ob das BMG bzw. die benannte Stelle über das Hinreichen eines Vertrages entscheiden will oder kann. Zudem muss der Gesetzentwurf dahingehend geändert werden, dass das Vorliegen einer (tarif-)vertraglichen Vereinbarung ausreichen muss, um das Krankenhaus von der Verpflichtung der Anwendung der PPR 2.0 auszunehmen, ohne dass dafür erneut Arbeitgeber und Arbeitnehmer sich schriftlich dazu erklären müssen.

2. Regelungen mit Bezug zu den Budgetverhandlungen

2.1 Klarstellung im Bereich des Fixkostendegressionsabschlags (Art. 2, Nr. 1)

Inhalt der Regelung:

Die derzeit geltenden Regelungen zum Fixkostendegressionsabschlag (FDA) führen zu Belastungen von Krankenhäusern mit steigenden Leistungsmengen. Dies soll durch eine Klarstellung vermieden werden. Die Klarstellung sieht vor, dass sofern ein Krankenhaus für das Jahr 2020 mehr Leistungen vereinbart hat als für das Jahr 2019, bei der Ermittlung des FDA für das Jahr 2021 die für das Jahr 2020 vereinbarte Leistungsmenge zu Grunde zu legen ist.

Bewertung:

Die Klarstellung ist sachgerecht. Sie wird von den Universitätsklinika begrüßt.

2.2 Neue Fristen für die Budgetverhandlungen im Krankenhaus (Art. 2, Nr. 2 und Nr. 3 sowie Art. 5)**Inhalt der Regelung:**

Durch die Vorgabe von Fristen soll der Prospektivitätsgrundsatz der Budgetverhandlungen gestärkt werden. Die neuen Fristen beziehen sich auf die Vorlage der für die Budgetverhandlungen erforderlichen Unterlagen und auf die konkrete Durchführung der Budgetverhandlungen und gelten sowohl für den somatischen als auch für den psychiatrischen Entgeltbereich.

Die Krankenhäuser werden verpflichtet, die für die Vereinbarung notwendigen Unterlagen bis zum 30. November des Vorjahres vorzulegen. Zusätzliche Unterlagen oder Auskünfte können die Krankenkassen künftig nur noch einmalig und innerhalb von sechs Wochen nach Vorlage der Unterlagen verlangen. Das Krankenhaus hat dann sechs Wochen Zeit, die entsprechenden Unterlagen vorzulegen.

Die Budgetvereinbarungen sollen künftig bis spätestens 30. April des jeweiligen Vereinbarungsjahres abgeschlossen werden. Falls bis dahin keine Vereinbarung zustande kommt, hat die Schiedsstelle ohne Antrag einer Vertragspartei und innerhalb von sechs Wochen den Inhalt der Vereinbarung festzusetzen. Hierbei hat sie nur die Unterlagen und Auskünfte zu berücksichtigen, die fristgerecht vorgelegt worden sind. Weitere Unterlagen oder Auskünfte können im Rahmen des Verfahrens somit nicht geltend gemacht werden.

Sofern ein Krankenhaus seiner Pflicht zur für die Budgetverhandlung benötigten Unterlagenübermittlung oder zur Auskunftserteilung nicht nachkommt, wird ein Abschlag in Höhe von 1% auf alle voll- und teilstationären Fälle fällig.

Für die noch ausstehenden Vereinbarungen der letzten Jahre (bis einschließlich Vereinbarungszeitraum 2023) werden Sonderregelungen vorgesehen. Krankenhäuser müssen hiernach innerhalb von sechs Wochen nach Inkrafttreten des Gesetzes alle notwendigen Unterlagen für die noch ausstehenden Vereinbarungen vorlegen. Kommt fünf Monate nach Ablauf der Sechs-Wochen-Frist keine Vereinbarung zustande, hat die Schiedsstelle die Inhalte der Vereinbarungen ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von zwölf Wochen festzulegen. Hierbei hat sie nur die Unterlagen und Auskünfte zu berücksichtigen, die fristgerecht vorgelegt worden sind. Weitere Unterlagen oder Auskünfte können im Rahmen des Verfahrens somit nicht geltend gemacht werden.

Bewertung:

Aktuell werden die Budgetverhandlungen nur in wenigen Krankenhäusern prospektiv geführt. Dies gilt sowohl für den somatischen, als auch für den psychiatrischen Entgeltbereich. Der Gesetzgeber verfolgt nun das Ziel, den Prospektivitätsgrundsatz der Budgetverhandlungen zu stärken, zeitnahe Verhandlungen zu gewährleisten und den Verhandlungsstau der letzten Jahre aufzulösen. Dieser Ansatz ist grundsätzlich zu begrüßen. Die Gründe für die bisher noch nicht vereinbarten Budgets sind allerdings systemimmanent und durch die Einführung von Fristen und Sanktionen nicht zu beseitigen.

Verantwortlich für das Verlassen des Prospektivitätsgrundsatzes ist nämlich insbesondere die kontinuierlich ansteigende Komplexität der Verhandlungen durch immer neue

Einzelregelungstatbestände. Diese Regelungen sind häufig nicht ausreichend konkret. Teilweise wurden sie zudem erst kurz vor dem Ende des Vorjahreszeitraums beschlossen und nachträglich sogar nochmals angepasst (siehe Pflegebudget). Das hierdurch bestehende Konfliktpotenzial ist enorm.

Bei den geplanten Fristen ist zudem anzumerken, dass der Zeitpunkt nicht sachgerecht gewählt ist. Faktisch ist die Umsetzung nicht möglich. Hintergrund ist, dass einige für die Budgetverhandlung wichtige Unterlagen zu diesem Zeitpunkt noch nicht vorliegen. Beispielhaft hierfür können die folgenden Unterlagen genannt werden:

- die Testate zur Berechnung der Ausgleiche
- das vollständige Leistungsgeschehen des Vorjahres
- die Ergebnisse der Tarifverhandlungen
- ganzjährige Daten zur PPUGV oder die PPP-RL-Meldung für Q4

NUB-Anträge können darüber hinaus erst von Anfang September bis zum 31. Oktober des Vorjahres gestellt werden. Erst Ende Januar des Budgetjahres erfolgt eine Rückmeldung des InEK zur Statusvergabe, so dass frühestens im Februar des Budgetjahres mit den diesbezüglichen Entgeltverhandlungen begonnen werden kann.

Die geplante Fristenregelung für die noch nicht abgeschlossenen Budgetjahre wird zudem dazu führen, dass Budgets in großem Umfang fortgeschrieben werden müssen. Dies kann zu unsachgemäßen Ergebnissen führen. Die gilt insbesondere vor dem Hintergrund der aktuell erschwerten Leistungsplanung durch beispielsweise:

- die unklare Entwicklung der COVID-19-Pandemie
- Tarifabschlüsse mit Folgen für Personalbesetzung und Leistungsangebot
- den Auswirkungen des AOP-Katalogs bzw. möglicher Hybrid-DRGs

Für einige Verhandlungsgegenstände ist die jährliche Neukalkulation und Neuaufstellung der Verhandlungsunterlagen jedoch zwingend erforderlich. Beispiele hierfür sind:

- das Pflegebudget ab 2020
- die Ausgliederung von Pflegeanteilen aus den E3-Entgelten gem. Pflegebudget-Vereinbarung ab 2020
- erstmalige Verhandlung des Hebammenförderprogramms ab 2021
- erstmalige Verhandlung der Zuschläge für Telematikinfrastruktur ab 2021
- erstmalige Verhandlung der Zentrumszuschläge ab 2021
- erstmalige Verhandlung der tagesklinischen DRGs ab 2021
- die Finanzierung der Hebammen-Ausbildung ab 2022
- die Finanzierung der OTA- / ATA-Ausbildung ab 2022
- die Ganzjahresausgleiche 2020 / 2021 COVID-19-bedingter Erlösrückgänge / -anstiege
- die Mehrkostenvergütung für bisher nicht finanzierte COVID-19-bedingte Ausgaben für Q4 2020 und 2021
- die Einführung der PPR-RL für die Psych-Budgetverhandlungen ab 2020
- der leistungsbezogene Vergleich ab 2020
- die Umstrukturierung der Psych-AEB / LKA ab 2020

Durch die geplante Schiedsstellenfestsetzung von Amtswegen könnte der Gang zur

Schiedsstelle von der Ultima Ratio zum Standard werden und in der Folge auch die Gerichte zunehmend beschäftigen. Die Schiedsstellen werden dann selbst ohne die Sonderregelung für die aktuell noch nicht abgeschlossenen Budgetjahre, die Vielzahl der Fälle nicht abarbeiten können. Die Vorsitzenden der Schiedsstellen übernehmen diese Aufgabe nicht hauptberuflich. Sie verfügen über keinen eigenen Mitarbeiterapparat. Bereits heute können sich Schiedsstellenverfahren somit aus organisatorischen Gründen hinziehen. Die Neuregelung führt zu einer Verschärfung dieser Situation. Das Ziel, den „Verhandlungsstau“ aufzulösen wird dadurch konterkariert, dass ein wesentlich größerer Verhandlungsstau bei den Schiedsstellen produziert wird. Die steigende Anzahl an Schiedsverfahren kann zudem auch zu einem Qualitätsabfall bei den Entscheidungen führen.

Die geplanten Neuregelungen führen außerdem zu einer einseitigen Belastung der Krankenhäuser. So können von den Krankenkassen weiterhin umfangreiche Unterlagen und Auskünfte angefordert werden. Die Krankenhäuser müssen diese hingegen „egal in welchem Umfang“ fristgerecht zusammenstellen und einreichen. Erfolgt dies nicht, werden sie sanktioniert. Da die übermittelten Unterlagen und Auskünfte für das Schiedsstellenverfahren präkludiert werden, ist das Verfahren durch die einseitige Benachteiligung der Krankenhäuser für die Krankenkassen durchaus strategieanfällig. Die Regelung führt zudem dazu, dass die Krankenhäuser in ihrem Recht auf „rechtliches Gehör“ eingeschränkt werden.

Außerordentlich kritisch bewerten die Universitätsklinika auch den geplanten Rechnungsabschluss. Dies gilt nicht nur weil der Rechnungsabschluss abermals nur einseitig von den Krankenhäusern zu entrichten ist, sondern auch weil er vermutlich zu einer Vielzahl an strittigen Genehmigungsverfahren führen wird. Hintergrund ist, dass die Frage, ob der zu erwartende Nutzen der Unterlagen den Aufwand deutlich übersteigt, unterschiedlich beurteilt werden kann.

Insbesondere Universitätsklinika, welche bedingt durch ihre Größe und ihr umfangreiches Leistungsangebot, eine Vielzahl der Budgetregelungen anwenden, nachweisen und vereinbaren müssen, stellt die Neuregelung daher vor unüberwindbare Herausforderungen. Bereits jetzt werden durch die Budgetverhandlungen umfangreiche Personalressourcen gebunden ohne das daraus ein Mehrwert für die Patientenversorgung oder die Organisation des Krankenhauses resultiert.

Die Universitätsklinika lehnen aus den genannten Gründen die vorgesehenen Regelungen ab, da der Preis für eine vermeintliche Beschleunigung der Verfahren nicht kalkulierbare wirtschaftliche Risiken bedeutet, die im Zweifel einseitig zu Lasten der Krankenhäuser gehen.

Anstelle der kleinteiligen Neuregelung sollten die Rahmenbedingungen der Budgetfindung grundsätzlich angegangen werden. Die Regierungskommission sollte daher zeitnah Vorschläge für eine nachhaltige Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung erarbeiten.

3. Maßnahmen zur Umsetzung des Konzeptes für eine repräsentative Kalkulation (Art. 4, Nr. 3)

Inhalt der Regelung:

Das InEK kann künftig im Sinne einer Behörde, Maßnahmen ergreifen, die zur Schaffung einer repräsentativen Datengrundlage für die Kalkulation der Entgeltsysteme und Investitionsbewertungsrelationen dienen. Die Aufgabe lag bisher bei der Selbstverwaltung auf Bundesebene. Zu den vom InEK zu ergreifenden Maßnahmen können auch Abschlüsse gehören, wenn Krankenhäuser ihren Pflichten zur Übermittlung von Kalkulationsdaten nicht nachkommen.

Bewertung:

Die Schaffung einer repräsentativen Kalkulationsgrundlage ist aus Sicht der Universitätsklinik sehr zu begrüßen und sollte gefördert werden.

Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass sowohl für kleine Krankenhäuser als auch für private Kliniken weniger Kalkulationsdaten zur Verfügung stehen. Universitätsklinik und Maximalversorger sind somit weiterhin überrepräsentiert. Eine repräsentative Stichprobe ist jedoch elementar für die Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung.

So sieht der Koalitionsvertrag etwa vor, die Krankenhausfinanzierung künftig an Versorgungsstufen auszurichten. Eine Regierungskommission soll zu diesem Zweck Empfehlungen vorlegen, die das bisherige System um ein nach Versorgungsstufen (Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung, Uniklinika) differenziertes System erlösunabhängiger Vorhaltepauschalen ergänzt. Vor diesem Hintergrund wird es umso wichtiger sein, dass die Kalkulationsdaten eine ausreichende Datengrundlage in den verschiedenen Versorgungsstufen aufweisen.

4. Regelungen mit Bezug zu Verfahren des Medizinischen Dienstes (MD)

4.1 Klarstellung zur Ausnahmeregelung im Bereich der Prüfquoten (Art. 1, Nr. 5)

Inhalt der Regelung:

Im Bereich der quartalsbezogenen Prüfquote erfolgt eine Klarstellung in Bezug auf die dort enthaltene Ausnahmeregelung nach § 275c Abs. 2, S. 6 SGB V. Die Ausnahmeregelung sieht vor, dass, sofern der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 20 Prozent liegt oder wenn ein begründeter Verdacht einer systematisch überhöhten Abrechnung besteht, die Krankenkasse auch nach Erreichen der Prüfquote und vor Ende eines Quartals weitere Prüfungen beauftragen kann. Der Gesetzgeber stellt nun klar, dass die Ausnahmeregelung erst auf Prüfungen ab dem Jahr 2022 anwendbar ist.

Bewertung:

Die Klarstellung wird von den Universitätsklinik grundsätzlich begrüßt. Sie muss jedoch weiter konkretisiert werden. Die aktuell gewählte Formulierung „Prüfungen ab dem Jahr 2022“ birgt Interpretationsspielraum. Es ist dringend eine Klarstellung erforderlich, dass damit das Aufnahmedatum ab dem 01.01.2022 gemeint ist.

4.2 Neuregelungen im Bereich der Strafzahlungen (Art. 1, Nr. 5)

Inhalt der Regelung:

Die Strafzahlungen nach § 275c Abs. 3 S. 2 SGB V für vom MD beanstandete Abrechnungen sollen künftig elektronisch geltend gemacht werden. Das Nähere vereinbart der GKV-SV mit der DKG. Zudem erfolgt die Geltendmachung der Strafzahlungen nicht länger als Verwaltungsakt.

Bewertung:

Ziel der Regelung ist die Entbürokratisierung. Um dieses Ziel erreichen zu können, sollten die Strafzahlungen jedoch erst geltend gemacht werden, wenn das Prüfverfahren einvernehmlich abgeschlossen wurde. Ein einvernehmlicher Abschluss liegt vor, wenn:

- seitens des Krankenhauses kein fristgerechter Einspruch gegen den leistungsrechtlichen Entscheid der Kostenträger erhoben wurde oder
- ein Erörterungsverfahren abgeschlossen wurde oder
- ein sozialgerichtliches Verfahren rechtskräftig abgeschlossen wurde

Andernfalls entstehen bürokratische Mehrfachaufwände, sowohl für die Krankenhäuser als auch für die Kostenträger, wenn Ankündigungen von Aufschlagszahlungen für dann im Sinne des Krankenhauses entschiedene Prüffälle gesondert beklagt werden müssten.

4.3 Regelungen mit Bezug zur MD-Strukturprüfung (Art. 1, Nr. 6)

Inhalt der Regelung:

Im Bereich der MD-Strukturprüfungen wird eine neue Ausnahmeregelung eingeführt. Nach dieser können Krankenhäuser in bestimmten Fällen Leistungen abrechnen, bevor der MD die Einhaltung von OPS-Strukturmerkmalen begutachtet hat. Der Ausnahmeregelung liegt eine maximale Zeitspanne von 6 Monaten zugrunde. Zudem erfolgt eine Klarstellung, dass die Strukturprüfung durch Bescheid abgeschlossen wird. Dem Bescheid liegt das Gutachten über das Ergebnis der Prüfung bei. Krankenhäuser, denen nach Abschluss der Strukturprüfung keine Bescheinigung erteilt wurde, haben dies unverzüglich an die Landesverbände der Krankenkassen und den Ersatzkassen mitzuteilen.

Bewertung:

Die Anpassungen werden von den Universitätsklinika grundsätzlich positiv gesehen. Aus praktischer Sicht besteht jedoch weiteres Konfliktpotenzial. Dieses resultiert insbesondere aus unklaren Formulierungen innerhalb der OPS-Komplexcodes. Diese führen zu unterschiedlichen Auslegungen der zu erfüllenden Kriterien. Die OPS-Kodes bedürfen daher verschiedenster Klarstellungen durch das BfArM. Die Interpretationshoheit darf nicht alleine dem MD obliegen.

4.4 Erörterungsverfahren - Informationsübermittlung von MD zu Krankenkasse (Art. 1, Nr. 4)

Inhalt der Regelung:

Für das Erörterungsverfahren darf der MD die beim Krankenhaus erhobenen Daten und Unterlagen künftig an die Krankenkasse übermitteln.

Bewertung:

Die Universitätsklinik erachtet die Regelung grundsätzlich als sinnvoll. Es sollte jedoch klargestellt werden, dass dem MD beziehungsweise der Kasse im Falle einer Begehung, vorab keine Unterlagen zugestellt werden. Eine Zustellung der Unterlagen an die Kassen erfolgt somit erst im Fall eines Dissens. Andernfalls würde der bürokratische Aufwand einseitig zu Lasten der Krankenhäuser erhöht werden.

5. Regelungen aus dem Bereich Digitalisierung und IT

5.1 Regelungen zum Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) (Art. 4, Nr. 2)

Inhalt der Regelung:

Im Kontext des Krankenhauszukunftsfonds werden verschiedene Klarstellungen und Konkretisierungen vorgenommen. Die bisherigen Regelungen zur Evaluation des Krankenhauszukunftsfonds werden aktualisiert. Hierzu zählt die Anpassung der bisherigen Datenerhebungszeiträume sowie der Weiterentwicklung der Evaluation hin zu einer Begleitforschung. Es erfolgt eine Klarstellung, dass die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel nicht nur im Rahmen der abschließenden Nachweisprüfung nach Vorhabenende, sondern auch im Rahmen von jährlichen Zwischennachweisen erfolgen kann. Bei der Evaluierung des Reifegrades der Krankenhäuser wurden hinsichtlich der Digitalisierung und der Begleitforschung für die digitale Transformation im Rahmen des Krankenhauszukunftsfonds zudem Terminanpassungen vorgenommen. Um dem Umsetzungszeitraum der geförderten Vorhaben angemessen Rechnung zu tragen, wird neben einer Verschiebung der zweiten Datenerhebung auf den Stichtag 31. Dezember 2023 die Möglichkeit für das BMG geschaffen, im Wege der Rechtsverordnung einen weiteren Messzeitpunkt festzulegen.

Des Weiteren soll der durch den Krankenhauszukunftsfonds forcierte digitale Ausbau begleitet und zugleich die Nachhaltigkeit der Maßnahmen und Effekte sichergestellt werden. Deshalb soll auch über das Jahr 2025 hinaus die digitale Reife der Krankenhäuser begleitet werden.

Bewertung:

Die Universitätsklinik begrüßen die Verschiebung der zweiten Datenerhebung auf den 31. Dezember 2023 sowie die Möglichkeit eines weiteren Evaluationszeitpunktes. Denn es hat sich gezeigt, dass u.a. aufgrund der Länge des Prozederes bei der Beantragung und dem Mittelzufluss sowie der Umsetzung (auch durch den Mangel an IT-Fachkräften) viele Maßnahmen im Rahmen des KHZG nicht zeitnah umsetzbar sind. Insbesondere komplexere Maßnahmen, wie sie häufig in Universitätsklinik durchgeföhrt werden, entfalten ihren Nutzen erst über einen längeren Zeitraum.

Ein weiterer Messpunkt des digitalen Reifegrades ist dann sinnvoll, wenn der Gesetzgeber beabsichtigt, ein weiteres Förderprogramm im Sinne des KHZG aufzulegen. Die Universitätsklinik begrüßen ein solches investives Engagement des Bundes. Mit einem weiteren Förderprogramm muss insbesondere die Vernetzung zwischen großen Kliniken und peripheren Häusern ermöglicht werden, um die Versorgungsstrukturen der Zukunft auf den Weg zu bringen. Dies muss im Einklang mit der von den Koalitionspartnern vereinbarten Krankenhausreform erfolgen.

5.2 Verpflichtungen zur Dokumentation der Chargennummer (Art. 1, Nr. 13)

Inhalt der Regelung:

Verpflichtung zur Dokumentation der Chargennummer als Teil der Dispensierinformation, wenn es den Arzneimittelabgebenden hierzu auch technisch möglich ist (§ 312 Absatz 1 SGB V).

Bewertung:

Die Universitätsklinik unterstützen die Regelung, dass die Verpflichtung zur Dokumentation der Chargennummern erst dann besteht, wenn auch die technischen Voraussetzungen vorliegen. Dabei sollte klargestellt werden, dass Krankenhäuser von der Dokumentationspflicht befreit werden, falls ein Softwareanbieter die notwendige technische Voraussetzung nicht erfüllt.

5.3 Beschränkungen durch Anbieter und Hersteller informationstechnischer Systeme (Art. 1, Nr. 14)

Inhalt der Regelung:

Durch eine Neuregelung in § 332a SGB V sollen Hürden für die Leistungserbringer abgebaut werden, die aufgrund von Beschränkungen durch Anbieter und Hersteller informationstechnischer Systeme im Rahmen der Telematikinfrastruktur (TI) bestehen. Grundsätzlich sind die einzelnen Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur so auszugestalten, dass sie interoperabel sind. Ungeachtet dieser Interoperabilitätsvorgaben bieten verschiedene Anbieter von Komplettsystemen von Komponenten und Diensten ihr System nur in Kooperation mit ausgewählten Primärsystemanbietern an. Damit werden andere Anbieter und Hersteller von ihrem System aber ausgeschlossen. Um diese Einschränkungen des Angebots für den Anschluss an die Telematikinfrastruktur von Seiten der Primärsystemanbieter zu begegnen, werden Anbieter und Hersteller dazu gesetzlich verpflichtet, Dienste und Komponenten aller Anbieter in ihr System einzubinden.

Bewertung:

Die Universitätsklinik unterstützen den Abbau von Beschränkungen durch Anbieter und Hersteller von informationstechnischen Systemen. Eine möglichst diskriminierungsfreie Einbindung aller Komponenten und Dienste sollte das Ziel sein.

5.4 Rahmenvertrag zwischen KBVen mit Anbietern und Herstellern informationstechnischer Systeme gemäß § 332b SGB V (Art. 1, Nr. 14)

Inhalt der Regelung:

Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können für die an der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer verbindliche Rahmenvorgaben mit einzelnen Anbietern und Herstellern informationstechnischer Systeme vereinbaren.

Bewertung:

Die erschwerten Möglichkeiten für die Leistungserbringer, ihr Primärsystem zu wechseln, stellen ein erhebliches Implementierungshindernis für Anwendungen und Dienste der Telematikinfrastruktur dar. Damit kann es auch zu Verzögerungen bei der digitalen

Transformation kommen. Der Gesetzgeber will den Wechsel eines Primärsystems hiermit erleichtern, falls ein Anbieter die Vorgaben der Digitalisierung nicht erfüllt. Dieses Ziel ist zu unterstützen.

Auch im Krankenhausbereich sollten entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen werden können. Denn auch hier werden Primärsysteme (KIS) eingesetzt und stellt sich die Abhängigkeit zu bestimmten Herstellern nochmals komplexer dar.

5.5 Störungen der Geschäftsgrundlage von Verträgen mit Anbieter und Hersteller informationstechnischer Systeme (Art. 1, Nr. 14)

Inhalt der Regelung:

Der neue § 332c SGB V soll Anwender unterstützen, falls IT-Hersteller technische Anforderungen der TI nicht rechtzeitig erfüllen, in dem eine Änderung des Vertrages verlangt werden kann.

Bewertung:

Die Universitätsklinik unterstützen die Möglichkeit einer Vertragsänderung bei nicht rechtzeitiger Erfüllung der TI-Anforderungen seitens der Anbieter und Hersteller.

5.6 Elektronische Patientenakte (ePA) zu Forschungszwecken (Art. 1, Nr. 18)

Inhalt der Regelung:

Die Frist zur Anforderung an die elektronische Patientenakte, dass Versicherte ihre Daten zu Forschungszwecken gemäß § 363 SGB V zur Verfügung stellen können, wird verlängert. Ab dem 1. Januar 2024 sollen die Daten auch für die pflegerische Versorgung in der ePA zur Verfügung gestellt werden können.

Bewertung:

Die Universitätsklinik begrüßen, dass auch Daten aus der pflegerischen Versorgung in der ePA zu Forschungszwecken zur Verfügung gestellt werden können.

5.7 Terminanpassung zur Umsetzung des elektronischen Rezeptes durch die Primärsystemhersteller im Rahmen der Zytostatikazubereitung (Art. 1, Nr. 24)

Inhalt der Regelung:

Die Verordnung zu anwendungsfertigen Zytostatikazubereitungen unterscheidet sich grundsätzlich von den elektronischen Verordnungen, die dem Versicherten zu übergeben sind und von diesem in einer Apotheke seiner Wahl eingelöst werden können.

Da die technischen Voraussetzungen hierfür noch nicht vorliegen, wird geregelt, dass diese Verordnungen von der in §360 Absatz 2 zum 1. Januar 2022 vorgegebenen fristbezogenen Nutzungsverpflichtung ausgenommen sind.

Bewertung:

Die Universitätsklinik begrüßen, dass die fristbezogene Nutzungsverpflichtung der elektronischen Verordnungen bei anwendungsfertigen Zytostatikazubereitungen solange ausgesetzt wird, bis die technischen Voraussetzungen hierfür vorliegen. Dies muss sich auch auf technische Prozesse beziehen, die nicht im Verschulden des jeweiligen Leistungserbringers

liegen, z.B. wenn der KIS-Hersteller eine Anwendung nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen kann. Die besonderen Prozesse, die sich aus der Versorgung ambulanter Patienten durch Krankenhausapotheken ergeben sind sehr komplex. TI-Lösungen müssen diese Spezifika berücksichtigen.