



VERBAND DER
UNIVERSITÄTSKLINIKA
DEUTSCHLANDS

STELLUNGNAHME

zum Entwurf eines Gesetzes zur
Pflegepersonalbemessung im
Krankenhaus sowie zur Anpassung
weiterer Regelungen im
Krankenhauswesen und in der
Digitalisierung

(Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfIEG)

inkl. der Entwürfe für fachfremde
Änderungsanträge
(Stand 07.11.2022)

November 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
III. Weiterer Handlungsbedarf	21

I. Vorbemerkung

Der Reformbedarf im Gesundheitswesen ist hoch. Der Gesetzentwurf versucht, mit vielfältigen Maßnahmen einigen Problemstellungen zu begegnen. 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 Universitätsklinik 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 erreichen.

Die Universitätsklinik lehnen die Einführung der PPR 2.0 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 sinnvolle 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. Von tatsächlichen Budgetverhandlungen zwischen den Vertragspartnern auf Augenhöhe kann so keine Rede mehr sein und die Schiedsstellen werden überlastet.

Die über Änderungsanträge vorgesehene kurzfristige Bereitstellung zusätzlicher Finanzmittel für die Pädiatrie bewerten die Universitätsklinik grundsätzlich positiv. Bei der konkreten Ausgestaltung der Mittelverteilung muss aber noch nachgeschärft werden. Generell ist zu gewährleisten, dass die zusätzlichen Mittel zielgenau verteilt werden, so dass nur Strukturen gestützt werden, bei denen auch langfristig ein Versorgungsangebot als bedarfsnotwendig erachtet wird. Auch die Intention, Tagesbehandlungen in Krankenhäusern zu fördern, unterstützen die Universitätsklinik. Hierbei ist aber darauf zu achten, dass diese gezielte Förderung nicht im „Klein-Klein“ der Abrechnungsprüfungen untergeht.

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

II. Zu den Regelungen im Einzelnen

Im Folgenden werden ausgewählte Einzelaspekte des Referentenentwurfs kommentiert.

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

Inhalt der Regelung:

- a) Das BMG wird im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen 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 diese Erklärung, den Tarifvertrag oder die sonstige Vereinbarung dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) übermitteln.

Bewertung:

- a) Der Gesetzentwurf greift die zwischen Deutscher Krankenhausgesellschaft, ver.di und Deutschem Pflegerat vereinbarte Grundidee einer Pflegepersonalregelung (PPR 2.0) auf. Die Universitätsklinika haben bereits mehrfach darauf hingewiesen, dass durch ein Pflegepersonalbemessungsinstrument kein zusätzliches Personal gewonnen wird. Wenn dann auch noch die Finanzierung der Pflege im Krankenhaus zukünftig nur noch im Einvernehmen mit dem Bundesfinanzminister erfolgen kann, wird eine Pflegepersonalbedarfsbemessung ad absurdum geführt. Der Pretest hat bereits angedeutet, dass eine hundertprozentige Erfüllung im Sinne der PPR 2.0 flächendeckend nicht erreichbar ist und die PPR 2.0 nicht zur Lösung des Problems des Fachkräftemangels im Krankenhaus beiträgt. Mit der Einführung wird damit lediglich das bekannte Problem des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen detailliert nochmals 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 wird bei allen beteiligten Institutionen mit erheblichem Aufwand verbunden sein. 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 absehbar noch weiter zunehmenden Personalmangels im Krankenhausbereich dürfen keine wirtschaftlichen Folgen wie Sanktionen 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. Das neue System soll frühestens zum 1. Januar 2026 eingeführt werden und wird die PPR 2.0 wieder ablösen. Es stellt sich die Frage, ob der hohe Implementierungsaufwand (Software, Schulungen, Controlling, etc.) für eine (mutmaßliche) Laufzeit von zwei 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 einen Tarifvertrag oder eine andere krankenhausespezifische Vereinbarung, die „verbindliche Vorgaben zur Anzahl des in der unmittelbaren Patientenversorgung von Erwachsenen und Kindern auf bettenführenden Stationen einzusetzenden Pflegepersonals“ enthält, nicht unter die Regelung zur Personalbemessung zu fallen, trägt der Tarifautonomie Rechnung und wird von den Universitätsklinika begrüßt. Änderungsanträge, die eine ersatzlose Streichung dieser Regelung vorsehen, sind abzulehnen.

Wann und in welchem Detaillierungsgrad tarifliche Vereinbarungen als hinreichend bewertet werden, ist im Gesetzentwurf hingegen offen. Hier besteht auf Grund rechtsunscharfer Begriffe die vermeidbare Gefahr juristischer Auseinandersetzungen auf lokaler Ebene. Welche verbindlichen Vorgaben im Sinne dieser Regelung akzeptiert werden, ist nicht ausreichend beschrieben. Der Gesetzentwurf muss 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, Nr. 4 und Nr. 5 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 31. Dezember 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 31. Juli des jeweiligen Vereinbarungsjahres abgeschlossen sein. 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 nicht geltend gemacht werden.

Sofern ein Krankenhaus seiner Pflicht zur für die Budgetverhandlung benötigten Unterlagenübermittlung oder zur Auskunftserteilung nicht nachkommt und die Krankenkassen mindestens drei zumutbare Termine zur Verhandlung angeboten haben, 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. Die Frist zur Übermittlung der Budgetunterlagen ist hierbei gestaffelt. Für Vereinbarungsjahre bis einschließlich 2021 müssen die Budgetunterlagen innerhalb von sechs Wochen nach Inkrafttreten des Gesetzes vorgelegt werden, für 2022 bis zum 31. März 2023 und für 2023 bis zum 30. Juni 2023. Kommt keine Vereinbarung zustande, gilt dem aktuellen Recht entsprechend, dass die Schiedsstelle auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen entscheidet. Hierbei hat sie nur die Unterlagen und Auskünfte zu berücksichtigen, die

fristgerecht vorgelegt worden sind. Weitere Unterlagen oder Auskünfte können im Rahmen des Verfahrens 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. Die Intention ist grundsätzlich zu begrüßen. Die Gründe für die bisher noch nicht vereinbarten Budgets sind allerdings systemimmanent und nur durch die Einführung von Fristen und Sanktionen nicht zu beseitigen.

Verantwortlich für das Verlassen des Prospektivitätsgrundsatzes ist insbesondere die kontinuierlich ansteigende Komplexität der Verhandlungen durch immer neue Einzelregelungstatbestände. Dabei sind diese Regelungen häufig interpretationsanfällig oder nur bedingt praktikabel. Teilweise wurden sie zudem erst kurz vor dem Ende des Vorjahreszeitraums beschlossen und nachträglich sogar nochmals angepasst (siehe Pflegebudget). Das hierdurch entstandene Konfliktpotenzial für die Verhandlungen auf Ortsebene ist enorm.

Die geplanten Fristen sind zudem nicht sachgerecht gewählt. Auch die im Vergleich zum Referentenentwurf leicht verlängerten Fristen ändern nichts daran, dass die Umsetzung faktisch nicht möglich ist. Einige für die Budgetverhandlung wichtige Unterlagen liegen beispielsweise bis zum 31.12. des Vorjahres noch nicht (vollständig) vor. Beispielfähig 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. Aktuell erfolgt erst Ende Januar des Budgetjahres 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. Dies 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 den geplanten Schiedsstellenautomatismus 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. Dabei ist zu beachten: Die Vorsitzenden der Schiedsstellen übernehmen diese Aufgabe nicht hauptberuflich. Sie verfügen über keinen eigenen Mitarbeiterstab. 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 sind außerdem eine einseitige 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, sollen sie sanktioniert werden. Bereits heute ist es gängige Praxis, dass die zur Verfügung gestellten Unterlagen von den Krankenkassen in Frage gestellt werden. Dies gilt auch für eigentlich eindeutige und durch Dritte erstellte Dokumente, wie die Testate der Jahresabschlussprüfer.

Da die übermittelten Unterlagen und Auskünfte für das Schiedsstellenverfahren präkludiert werden, ist das Verfahren durch die einseitige Benachteiligung der Krankenhäuser für die Krankenkassen strategiefähig.

Außerordentlich kritisch bewerten die Universitätsklinika auch den geplanten Rechnungsabschluss, der von den Krankenhäusern zu entrichten ist, sofern die vollständigen Budgetverhandlungsunterlagen nicht rechtzeitig geliefert werden und die Krankenkassen mindestens drei zumutbare Termine zur Verhandlung angeboten haben. 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. Der Rechnungsabschluss ist zudem insbesondere dann abzulehnen, wenn die Vorlage von Unterlagen innerhalb der Fristen objektiv unmöglich ist. Hierfür sieht der Gesetzentwurf nicht einmal Sonderregelungen vor.

Insbesondere Universitätsklinika, welche bedingt durch ihre Größe und ihr umfangreiches Leistungsangebot eine Vielzahl der Budgetregelungen anwenden müssen, stellt die Neuregelung daher vor unüberwindbare Herausforderungen. Bereits jetzt werden durch die Budgetverhandlungen umfangreiche Personalressourcen gebunden, ohne dass 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 ihren Lasten gehen.

Anstelle der kleinteiligen Neuregelung sollten die Rahmenbedingungen der Budgetfindung grundsätzlich angegangen werden. Dies sollte daher bei der geplanten Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung im Rahmen der Krankenhausreform mit bedacht werden.

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 Abschläge gehören, wenn Krankenhäuser ihren Pflichten zur Übermittlung von Kalkulationsdaten nicht nachkommen.

Bewertung:

Die Schaffung einer repräsentativen Kalkulationsgrundlage ist aus Sicht der Universitätsklinika 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. Universitätsklinika 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. 7)

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 Universitätsklinika 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 Fälle mit einem Aufnahmedatum ab dem 01. Januar 2022 gemeint sind.

4.2 Neuregelungen im Bereich der Strafzahlungen (Art. 1, Nr. 7)

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 sowohl für die Krankenhäuser als auch für die Kostenträger bürokratische Mehrfachaufwände, 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. 8)

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 Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Die Interpretationshoheit darf nicht alleine dem MD obliegen.

4.4 Erörterungsverfahren - Informationsübermittlung von MD zu Krankenkasse (Art. 1, Nr. 5)

Inhalt der Regelung:

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

Bewertung:

Die Universitätsklinika erachten 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 Dissenses. 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. 3)

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 die 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 Universitätsklinika 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 auf Seiten der Krankenhäuser und der Dienstleister) viele Maßnahmen im Rahmen des KHZG nicht zeitnah umsetzbar sind. Insbesondere komplexere Maßnahmen, wie sie häufig in Universitätsklinika durchgeführt werden, entfalten ihren Nutzen erst über einen längeren Zeitraum. Grundsätzlich sollen die Ergebnisse der Reifegradmessung den Krankenhäusern einen Überblick geben, wo der größte Handlungsbedarf besteht. Des Weiteren soll der Umgang mit technologischen Innovationen und die Versorgung von Patientinnen und Patienten durch die Förderung verbessert sowie zukünftige Bedarfe zur digitalen Transformation im Krankenhausbereich identifiziert werden. Hieraus sollten geeignete Weiterentwicklungsstrategien entwickelt werden. Vor diesem Hintergrund ist nicht nachvollziehbar, dass bereits in diesem Gesetzgebungsverfahren Abschlüsse vorgesehen sind, wenn bestimmte digitale Dienste nicht von den Krankenhäusern umgesetzt werden. Eine besondere Bedeutung kommt daher auch der Finanzierung der Betriebskosten der zusätzlichen digitalen Dienste zu. Diese sind momentan noch nicht berücksichtigt worden. Krankenhäuser müssen bei einem reduzierten IT-Budget gleichzeitig auch die erhöhten Betriebskosten nach drei Jahren Förderung selber stemmen. Es ist daher nicht nachvollziehbar, dass Krankenhäuser ab 2025 einerseits Abschlüsse hinnehmen müssen, gleichzeitig aber mit hohen Betriebs- und Investitionsausgaben konfrontiert sind. Daher sollten die Betriebskosten hierfür zusätzlich refinanziert werden.

Das Bundesministerium für Gesundheit kann per Rechtsverordnung einen weiteren Messzeitpunkt festlegen. Ein weiterer Messpunkt des digitalen Reifegrades ist aber nur dann sinnvoll, wenn der Gesetzgeber beabsichtigt, ein weiteres Förderprogramm im Sinne des KHZG aufzulegen. Die Universitätsklinika 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. 16)

Inhalt der Regelung:

Die Verpflichtung zur Dokumentation der Chargennummer als Teil der Dispensierinformation wird dahingehend angepasst, dass diese nur dann zu dokumentieren ist, wenn es dem Arzneimittelabgebenden hierzu auch technisch möglich ist (§ 312 Absatz 1 SGB V). Dies ist bei einfachen Abgaben eines Fertigarzneimittels oder einer aus Fertigarzneimitteln hergestellten Rezeptur unproblematisch. Praktische und technische Probleme bei der Erfassung und Übermittlung der Chargennummer ergeben sich jedoch noch in den Fällen, in denen Arzneimittel aus mehreren Chargen zur Steigerung der Arzneimitteltherapie maschinell patientenindividuell portioniert und verpackt werden (Verblisterung) und diese Verblisterung unter Hinzunahme von sog. Blisterzentren erfolgt. In diesen Ausnahmefällen liegen die notwendigen Chargeninformationen zum Zeitpunkt der Abgabe nicht vor und könne aufgrund dessen nicht in die Dispensierinformation aufgenommen werden. Bei der maschinellen Verblisterung der Chargendokumentation fehlen weitgehend noch die technischen Möglichkeiten.

Bewertung:

Die Universitätsklinik unterstützen die Regelung, dass die Verpflichtung zur Dokumentation der Chargennummern erst dann besteht, wenn auch die technischen Voraussetzungen vorliegen. Praktische und technische Probleme bei der Erfassung und Übermittlung der Chargennummer ergeben sich insbesondere aber auch, wenn Arzneimittel von Krankenhausapotheken gem. § 14 Abs. 7 ApoG zur Versorgung ambulanter Patienten an Teileinheiten des Krankenhauses abgegeben werden. Zur Präzisierung, wann etwas technisch nicht möglich ist, schlagen die Universitätsklinik vor in der Gesetzesbegründung zu präzisieren, dass die Chargennummer nicht anzugeben ist, wenn die automatischen Übernahmen dieser Information aus den Systemen nicht möglich sind. 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. 17)

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. So können Leistungserbringer, wenn ihnen bei Umsetzungsschwierigkeiten auf Seiten der Anbieter und Hersteller ein Wechsel erschwert oder unmöglich gemacht wird, ihren gesetzlichen Vorgaben unverschuldet nicht nachkommen. Dies führt dazu, dass wichtige Anwendungen wie die elektronischen Patientenakte (ePA), das E-Rezept oder die elektronische Übermittlung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (eAU) nicht fristgerecht in der Versorgung zur Verfügung stehen. 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 Universitätsklinikum 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. 17)

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. Dazu gehören die wesentlichen allgemeinen Vertragsbedingungen wie Leistungspflichten, zum Beispiel Vereinbarungen zu Service-Leveln, Datenschutz, IT-Sicherheitsstandards, Preise, Laufzeiten und Kündigungsfristen. Die einzelnen Vertrags(zahn)ärztinnen und -ärzte können auf dieser Grundlage, ggfs. auf die individuellen Bedarfe angepasste, Einzelverträge anschließen.

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 Elektronische Patientenakte (ePA) zu Forschungszwecken (Art. 1, Nr. 22)

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, muss spätestens ab dem 1. Oktober 2024 erfolgen. Spätestens zum 1. Januar 2024 sollen die Daten auch für die pflegerische Versorgung in der ePA zur Verfügung gestellt werden können.

Bewertung:

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

5.6 Terminanpassung zur Umsetzung des elektronischen Rezeptes durch die Primärsystemhersteller im Rahmen der Zytostatikazubereitung (Art. 1, Nr. 27)

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 Abs. 2 SGB V zum 01. Juli 2024 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. Die Universitätsklinik halten es für erforderlich, dass alle Verordnungen zur Versorgung ambulanter Patienten, bei denen Krankenhausapotheken Arzneimittel gem. § 14 Abs. 7 ApoG innerhalb des Krankenhauses abgeben, von der in § 360 Abs. 2 zum 01. Juli 2024 vorgegebenen fristbezogenen Nutzungsverpflichtung ausgenommen werden.

6. Entwürfe für fachfremde Änderungsanträge (Stand 04.11.2022)

6.1 Änderungsantrag 4: G-BA-Richtlinie für koordinierte Versorgung von Long-COVID-Betroffenen

Inhalt der Regelung:

In § 92 Absatz 6c NEU soll der G-BA mit der Erstellung einer Richtlinie zur Versorgung von Long-Covid-Betroffenen beauftragt werden.

Bewertung:

Long-Covid-Versorgung findet in Deutschland bereits heute auf hohem Niveau statt, von der Hausarztpraxis bis zur Hochschulambulanz. Alle Universitätskliniken bieten Long/Post-Covid-Versorgung an. Der Bedarf danach ist hoch. Daher ist es nicht nachvollziehbar, warum hier der G-BA involviert werden soll, um Voraussetzungen zu schaffen, die ggf. die Versorgungshürden so hoch legen, dass die Versorgung erschwert wird. Diese Befürchtung findet sich sogar explizit in der Begründung des Änderungsantrages wieder (sic!). Gleichzeitig ist unklar, auf welcher Evidenzgrundlage der G-BA eine solche Richtlinie beschließen soll, zumal bislang keine (Grundlagen-)Erkenntnisse zur Ätiopathogenese/Physiologie von Long-COVID (als Basis) zur Diagnostik bzw. Therapie vorliegen, sondern lediglich eine S1-Leitlinie verfügbar ist.

Es gibt den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen zufolge verschiedene Schweregrade und Ausprägungen von Long Covid, die in verschieden strukturiert ausgeprägten Settings behandelt werden können. Universitätsklinika alleine können die notwendigen Kapazitäten dafür nicht bereitstellen. Daher ist die gesamte Palette der Leistungserbringer gefordert. Dabei sollte der Patientenzugang und die Versorgung nicht mit zusätzlichen administrativen Auflagen erschwert werden. Vielmehr sind gerade die Versorgungsstrukturen für die aufwändige Long-Covid-Versorgung, wie sie die Universitätsklinika vorhalten, gezielt zu fördern.

6.2 Änderungsantrag 6: Streichung der PPR 2.0-Opt-out Regelung bei Tarifverträgen

Inhalt der Regelung:

In § 137I SGB V NEU soll die Opt-Out-Regelung aus der PPR 2.0 bei bestehenden (Entlastungs-)Tarifverträgen gestrichen werden.

Bewertung:

Die geplante Änderung am Gesetzentwurf widerspricht der Tarifautonomie und negiert die ausführlich und mit Bedacht verhandelten (Entlastungs-)Tarifverträge, die insbesondere zwischen ver.di und den Universitätsklinika bzw. den Ländern geschlossen wurden. Der Änderungsantrag ist daher abzulehnen.

6.3 Änderungsantrag 7: Finanzierung von landesrechtlich geregelten Pflegehilfe- und -assistenzausbildungen

Inhalt der Regelung:

Mit der Änderung in § 2 Nr. 1a Buchstabe g KHG wird sichergestellt, dass die Krankenpflegeausbildung auch weiterhin trotz ggf. landesindividueller Bezeichnungen durch die Gesetzliche Krankenversicherung finanziert wird.

Bewertung:

Die Universitätsklinika begrüßen diese sachgerechte Regelung ausdrücklich.

6.4 Änderungsantrag 10: Verlängerung des Hygieneförderprogramms als Infektiologieförderprogramm

Inhalt der Regelung:

Das Hygieneförderprogramm wird als Infektiologieförderprogramm um drei Jahre verlängert (bis einschließlich 2025).

Bewertung:

Die Universitätsklinika begrüßen die Verlängerung des Förderprogramms. Inhaltlich sollte es jedoch nicht auf die Infektiologie beschränkt werden. Der Bedarf an Hygienefachpersonal ist an einigen Stellen weiterhin nicht vollständig gedeckt und sollte daher weiter ausgebaut und gefördert werden.

6.4 Änderungsantrag 11: Anhebung des vorläufigen Pflegeentgeltwerts

Inhalt der Regelung:

Mit der Änderung in § 15 Abs. 2a KHEntgG wird der vorläufige Pflegeentgeltwert zum 1. Januar 2023 von 171 auf 230 Euro erhöht.

Bewertung:

Bisher konnten nur vereinzelt Pflegebudgets vereinbart werden. Die Krankenhäuser rechnen aktuell daher häufig vorläufige Pflegeentgelte ab, welche sich oftmals unter den tatsächlichen Pflegeentgeltwerten befinden. Dies führt zu erheblichen Liquidationslücken. Eine Anhebung des vorläufigen Pflegeentgeltwertes wird von den Universitätsklinika daher ausdrücklich begrüßt. Für die Universitätsklinika ist allerdings ein Wert von mindestens 250 Euro notwendig, wie eigene Erhebungen bei den Universitätsklinika zeigen.

6.5 Änderungsantrag 13: Finanzierung der Pädiatrie

Inhalt der Regelung:

Der Entwurf des Änderungsantrags greift die Empfehlungen der Regierungskommission zur kurzfristigen Finanzierung der Pädiatrie auf und soll damit die entsprechende Vereinbarung aus dem Koalitionsvertrag umsetzen. Er enthält Maßnahmen für die Jahre 2023 und 2024. Im Bereich der Pädiatrie soll ein angehobenes Erlösvolumen garantiert werden. Die Ermittlung erfolgt hausindividuell durch das InEK. Grundlage sind die Fälle des Jahres 2019 mit einem Alter von 28 Tagen bis unter 16 Jahren. Das so ermittelte Volumen an Bewertungsrelationen wird preisseitig in das Vereinbarungsjahr transferiert, prozentual angehoben und über einen Rechnungsaufschlag ausgezahlt. Werden nach Abrechnung der Fallpauschalen in den Jahren 2023 und 2024 mindestens 80 Prozent des vom InEK ermittelten Erlösvolumens erreicht, wird die Differenz zum Erlösbudget vollständig ausgeglichen (100-prozentiger Mindererlösausgleich). Ansonsten erfolgt ein Mindererlösausgleich von 65 Prozent. Im Falle von Mehrerlösen sind die vereinnahmten Mehreinnahmen zu 65 Prozent vom Krankenhaus an die Krankenkassen zurückzuzahlen (Mehrerlösausgleich). Überzahlungen, die auf den Rechnungszuschlag zurückzuführen sind, sind jedoch vollständig vom Krankenhaus zurückzuzahlen.

Bewertung:

Über den Änderungsantrag werden zusätzliche Finanzierungsmittel für die Pädiatrie und Geburtshilfe bereitgestellt. Hierfür wird jeweils eine Vorgehensweise gewählt, die in einem standardisierten Verfahren umgesetzt werden soll und die für die Jahre 2023 und 2024 befristet ist. Die Universitätsklinika begrüßen dies grundsätzlich. Allerdings besteht Nachbesserungsbedarf in den jeweiligen Vorgaben, um die zielgerichtete Förderung der Pädiatrie tatsächlich zu ermöglichen.

Die Regelung, dass die Pädiatrien kurzfristig ein garantiertes und erhöhtes Erlösvolumen erhalten, ist grundsätzlich zu begrüßen. Dabei wird es insbesondere als Verbesserung angesehen, dass die Erlöse sich nicht alleine an den erbrachten Leistungen orientieren. Die Universitätsklinika halten ein umfangreiches Leistungsangebot für Kinder und Jugendliche bereit. Hierzu gehören Bereiche wie z.B. pädiatrische Intensivmedizin, Kinderonkologie, Kinderkardiologie, Kinderherzchirurgie, Neuropädiatrie, Kinderradiologie. Die Universitätsklinika begrüßen daher grundsätzlich den gewählten Ansatz, das „Pädiatriebudget“ über die Altersspannbreite auf Basis des Referenzjahres 2019 zu ermitteln. Damit wird gewährleistet, dass

das besondere Fallspektrum der Universitätsmedizin Berücksichtigung findet. Allerdings fehlt in den Regelungen zum „Pädiatriebudget“ eine Klarstellung, dass diese Vorgaben nur für Krankenhäuser gelten, die krankenhauserplanerisch für die pädiatrische Versorgung vorgesehen sind und die in den Jahren 2023 und 2024 grundsätzlich auch eine pädiatrische Versorgung (24/7) gewährleisten. Ohne diese dringend erforderliche Klarstellung wird eine zielgenaue Förderung und Absicherung der Pädiatrie nicht erreicht, da die Regelungen ansonsten auch für Krankenhäuser gelten, die krankenhauserplanerisch keine Pädiatrie und die hierfür notwendige besondere Kompetenz und Infrastruktur vorhalten. Dies ist aber nicht Intention des Koalitionsvertrags und der Stellungnahme der Regierungskommission gewesen. Die Universitätsklinika sprechen sich dafür aus, die Regelungen zum „Pädiatriebudget“ auf die Krankenhäuser zu beschränken, die dezidiert durch die Krankenhauspläne zur pädiatrischen Versorgung vorgesehen sind und die in den Jahren 2023 und 2024 grundsätzlich auch eine pädiatrische Versorgung (24/7) vorhalten.

Die Vorgaben zu den besonderen Ausgleichen für das „Pädiatriebudget“ sind grundsätzlich zu begrüßen, weil damit eine finanzielle Absicherung der Pädiatrie ermöglicht wird, auch wenn die Fallzahlen das Niveau der Vergangenheit nicht mehr erreichen. Allerdings muss man hierbei auch mögliche negative Effekte beachten. 100 Prozent Budget bei 80 Prozent Leistung kann auch als Anreiz verstanden werden, das Leistungsniveau bei 80 Prozent zu halten und zusätzliche Fälle an andere Krankenhäuser, insbesondere Universitätsklinika und Krankenhäuser der Maximalversorgung, zu überweisen. Jenseits von medizinisch erforderlichen Verlegungen und Überweisungen wäre damit ein systemimmanenter Nachteil für Universitätsklinika und Krankenhäuser der Maximalversorgung verbunden, da diese Patient:innen nicht abweisen können. Gleichzeitig werden diese Kliniken und insbesondere das Personal in der Pädiatrie zusätzlich gefordert. Dies hat zur Konsequenz, dass ein Teil der Krankenhäuser von der Budgetgarantie für das „Pädiatriebudget“ bei geringeren Ausgaben profitiert, während Universitätsklinika und Krankenhäuser der Maximalversorgung zusätzlich gefordert werden und weitere finanzielle Nachteile erleiden. Dies trifft Universitätsklinika in besonderer Weise, da die allgemeinen Rahmenbedingungen der Krankenhausfinanzierung seit Jahren zu einer unzureichenden Finanzierung der Universitätsmedizin führen. Vor diesem Hintergrund sollten diese zeitlich befristet Regelungen zu den besonderen Ausgleichssätzen zumindest dahingehend evaluiert werden, ob Verlagerungseffekte, die über den bisherigen Umfang hinausgehen, zu beobachten sind. Vor diesem Hintergrund ist auch ein besonderes Augenmerk auf die Ausgleichssätze für Mehrerlöse zu legen. Für die politisch gewollte Unterstützung der Pädiatrie ist der bestehende Ausgleichssatz von 65 Prozent kontraproduktiv. Gerade Universitätsklinika werden reduzierte oder entfallene Versorgungsangebote aus dem Umfeld auffangen müssen, was zu Fallzahlsteigerungen führen dürfte. Mehrerlöse in Folge von Mehrleistungen sollten daher vollumfänglich beim Krankenhaus verbleiben. Der Mindererlösausgleich in gleicher Höhe von 65 Prozent ist hingegen zu hoch angesetzt. Die Berechnungen des BMG, die dem früheren Änderungsantrag zur Pädiatrie und Geburtshilfe beilagen macht deutlich, dass z.B. Krankenhäuser, die 80 Prozent weniger Kinder behandeln als 2019 trotzdem 72 Prozent des Erlöses erhalten (statt 20 Prozent), ohne nachweisen zu müssen, dass sie überhaupt noch über für Kinder geeignete Versorgungsstrukturen verfügen. Dies spricht umso mehr dafür, die Regelungen zum „Pädiatriebudget“ dezidiert auf Kliniken zu konzentrieren, die durch die Krankenhauspläne für die pädiatrische Versorgung vorgesehen sind und die in den Jahren 2023 und 2024 grundsätzlich auch eine pädiatrische Versorgung (24/7) vorhalten.

6.6 Änderungsantrag 14: Finanzierung der Geburtshilfe

Inhalt der Regelung:

Mit der Regelung sollen geburtshilfliche Stationen mit Mitteln des Bundes (108 Mio. Euro jeweils für 2023 und 2024) und unter Auswahlentscheidung der Länder gestärkt werden.

Bewertung:

Den Ländern die Auswahlentscheidung über „bedarfsnotwendige“ geburtshilfliche Strukturen zu übergeben, wird absehbar zu einem Werben einzelner Krankenhäuser und Kommunen innerhalb der Länder führen, ohne dass das Kriterium der Bedarfsnotwendigkeit relevant sein wird. Es ist absehbar, dass Universitätsklinika wahrscheinlich nicht von den veranschlagten Mitteln profitieren werden, obwohl sie in besonderem Maße bedarfsnotwendig sind, weil sie oftmals auch die Versorgungseinschränkungen anderer Krankenhäuser kompensieren und damit die lokale Versorgung sicherstellen müssen.

Die Regelungen zur Geburtshilfe können auf diese Weise strukturkonservierend wirken. Sie stehen einer sinnvollen Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen im Bereich der Geburtshilfe tendenziell entgegen. Es besteht die Gefahr, dass dringend benötigtes Fachpersonal in schwach ausgelasteten Strukturen gebunden wird, während in gut ausgelasteten Geburtskliniken das Personal überlastet wird. Angesichts des Fachkräftemangels ist eine Konzentration von Personal und Leistungen erforderlich. Der Änderungsantrag bewirkt das Gegenteil.

Die Universitätsklinika lehnen daher den gewählten Ansatz ab. Unter anderem an dieser Stelle wird einmal mehr deutlich, dass anstelle von kleinteiligen Neuregelungen eine ganzheitliche und auf Versorgungsstufen aufbauende Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen und -finanzierung dringend benötigt wird. Für eine temporäre Unterstützung der Geburtshilfe sollten die bereitgestellten Finanzmittel allenfalls im Sinne eines allgemeinen Fallzuschlags allen Geburtskliniken bereitgestellt werden.

6.7 Änderungsantrag 15.1: Krankenhaustagesbehandlung

Inhalt der Regelung:

Im SGB V sollen Tagesbehandlungen entsprechend des Vorschlages der Regierungskommission als eigene Versorgungsform eingeführt werden.

Bewertung:

Die Universitätsklinika unterstützten die Intention, eine Möglichkeit zu schaffen, um Personal effizienter einsetzen zu können. Der Änderungsantrag weist jedoch einige Schwächen auf, die behoben werden müssen. Es muss klargestellt werden, dass die Entscheidung, was „medizinisch geeignete Fälle“ sind, ausschließlich im Ermessen des Krankenhauses liegt. Andernfalls besteht hier eine hohe Anfälligkeit, dass Krankenkassen und der MD vollstationäre Fälle als primäre Fehlbelegung bewerten. Das führt ggf. zu weiteren Vergütungskürzungen und einer Kostenunterdeckung, die einer Förderung von Tagesbehandlungen zuwiderlaufen. Bei der Vorgabe der sechsständigen täglichen Behandlung muss zur Vermeidung von Fehlinterpretationen hingegen klargestellt werden, dass es sich hierbei nicht um die direkte Behandlungszeit handeln kann, bei der immer medizinisches Fachpersonal unmittelbar die Patientin/den Patienten versorgt, sondern dass damit die Anwesenheit im Krankenhaus gemeint ist.

6.8 Änderungsantrag 15.2: Spezielle sektorengleiche Vergütung

Inhalt der Regelung:

Ab 01. Januar 2023 wird eine spezielle sektorengleiche Vergütung eingeführt. Diese soll für Leistungen des Katalogs nach § 115b SGB V gelten, die bislang überwiegend stationär erbracht und abgerechnet wurden. Das Bundesministerium für Gesundheit regelt das Nähere durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates. GKV-Spitzenverband, DKG und KBV berichten bis April 2024 über Ausmaß und Auswirkungen der Speziellen sektorengleichen Vergütung.

Bewertung:

Die Förderung der Ambulantisierung von Krankenhausleistungen, die vorrangig nur in diesen Strukturen erbringbar sind, ist grundsätzlich zu unterstützen. Hierin liegt auch die Chance, die besonderen Versorgungs- und damit einhergehende Kostenstruktur im Krankenhausbereich differenziert abzubilden. Wie die Spezielle sektorengleiche Vergütung konkret ausgestaltet werden soll, ist dem Gesetzestext allerdings nicht zu entnehmen. Die genannten Vorgaben, auf deren Basis das BMG eine Verordnung erlassen soll, lassen einen außerordentlich hohen Gestaltungsspielraum. Eine inhaltliche Bewertung ist aus Sicht der Universitätsklinik somit nicht möglich. Der Änderungsantrag wird kurzfristig und unvermittelt in den Gesetzgebungsprozess eingebracht. Es liegt dazu auch keine Empfehlung der Regierungskommission vor, die eine öffentliche Diskussion bzw. politischen Austausch im Vorfeld ermöglicht hätte. Zudem ist es fragwürdig, inwieweit ein Start ab 2023 faktisch überhaupt umzusetzen ist. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund der bereits oben kommentierten Änderungsanträge, die ebenfalls Regelungen mit Start 2023 enthalten.

III. Weiterer Handlungsbedarf

Störungen der Geschäftsgrundlage von Verträgen mit Anbieter und Hersteller informationstechnischer Systeme

Inhalt der Regelung:

Der Referentenentwurf des Gesetzes enthielt einen neuen § 332c SGB V, der Anwender unterstützen sollte, falls IT-Hersteller technische Anforderungen der TI nicht rechtzeitig erfüllen, in dem eine Änderung des Vertrages verlangt werden kann. In dem nunmehr vorliegenden Gesetzentwurf ist diese Regelung ersatzlos entfallen.

Bewertung:

Die Universitätsklinik unterstützen die Möglichkeit einer Vertragsänderung bei nicht rechtzeitiger Erfüllung der TI-Anforderungen seitens der Anbieter und Hersteller. Die Regelung aus dem Referentenentwurf sollte daher wieder in das Gesetz eingefügt werden.