

## **Krankenhausrelevante Regelungen im Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)**

Das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) enthält eine Reihe – zum Teil nachträglich durch Änderungsanträge in den Entwurf eingebrachte – krankenhausesrelevante Regelungen, die im Folgenden kurz dargestellt und bewertet werden.

### **Übergangspflege im Krankenhaus (neuer § 39e SGB V)**

- *„Können im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem Elften Buch nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden, erbringt die Krankenkasse Leistungen der Übergangspflege in dem Krankenhaus, in dem die Behandlung erfolgt ist.“*
- *„Die Übergangspflege im Krankenhaus umfasst*
  - *die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln,*
  - *die Aktivierung der Versicherten,*
  - *die Grund- und Behandlungspflege,*
  - *ein Entlassmanagement,*
  - *Unterkunft und Verpflegung*
  - *sowie die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung.“*
- Längstens 10 Tage
- *„Das Vorliegen der Voraussetzungen einer Übergangspflege ist vom Krankenhaus im Einzelnen nachprüfbar zu dokumentieren.“*
- Vereinbarung zur Dokumentation auf Bundesebene, bei Nichteinigung entscheidet die Schiedsstelle
- Zuzahlungspflicht der Versicherten entsprechend der Krankenzuzahlung

### **Bewertung**

Mit der Einführung der Übergangspflege im Krankenhaus erhalten Krankenhäuser die Möglichkeit, Patientinnen und Patienten bis zu 10 Tage pflegerisch im Krankenhaus weiter zu versorgen, selbst wenn keine akutstationäre Behandlungsmöglichkeit mehr besteht. Einerseits wird dadurch etwas Druck von der Notwendigkeit der Entlassung in den Fällen genommen, in denen eine pflegerische Versorgungsnotwendigkeit besteht, jedoch keine externen Kapazitäten zur Verfügung stehen. Andererseits besteht die Gefahr, dass Seitens der Krankenkassen und Medizinischen Dienste diese Regelung zum Anlass genommen wird, die stationäre Behandlungsnotwendigkeit weiter zu kürzen.

## **Qualitätsverträge (§§ 110a SVB V und 136b Abs 1 Nr. 4 sowie Abs 8)**

- Erweiterung der Möglichkeit für Qualitätsverträge zwischen Krankenkasse und Krankenhaus auf Grundlage von Empfehlungen für geeignete Leistungsbereiche durch den G-BA

### **Bewertung**

Bisher spielten bilaterale Qualitätsverträge in der Krankenhausversorgung eine untergeordnete Rolle. Ob sich dies durch die erweiterten Möglichkeiten ändert, bleibt fraglich. Aus Sicht der Krankenhäuser erscheinen Einzelverträge mit einzelnen Kassen aufgrund der notwendigen Identifizierung und des unterschiedlichen Umgangs mit den teilnehmenden Patienten eher aufwändig und daher unattraktiv.

## **Psychotherapeutische Hochschulambulanzen (§ 117 Abs. 3c)**

- Anpassung der Vergütungsregelung, insbesondere Verpflichtung zur Beteiligung der Aus- und Weiterzubildenden an der Vergütung der durch sie erbrachten Leistungen

## **Psychiatrische Institutsambulanzen (3118 SGB V)**

- Erweiterung der Ermächtigung Psychiatrischer Institutsambulanzen auf koordinierte strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf nach § 92 Abs. 6b SGB V
- Einführung eines verpflichtenden strukturierten Ersteinschätzungsverfahrens zum Versorgungsbedarf für Notfallpatienten auf Grundlage eines Beschlusses des G-BA

### **Bewertung**

Eine Erweiterung des Leistungsspektrums der Psychiatrischen Institutsambulanzen kann begrüßt werden. Allerdings ist durch die damit verbundene Dokumentation der Kriterien, insbesondere aber auch durch das vom G-BA vorzugebende Ersteinschätzungsverfahren mit einem höheren bürokratischen Aufwand zu rechnen.

## **Richtlinien des G-BA (§ 136a Abs. 6)**

- Ergänzung: Einrichtungsbezogene risikoadjustierte Vergleiche der Vertragsärzte und Krankenhäuser anhand der Qualitätsdaten nach § 299 SGB V

## **Mindestmengen (§ 136b SGB V)**

- Festlegung weiterer vier Leistungsbereiche durch den G-BA bis zum 31.12.2023
- Prüfung der Evidenz der Mindestmengenregelungen sowie Möglichkeit der Erweiterung hinsichtlich
  - Kombination von Mindestmengen
  - Vorgaben hinsichtlich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für mindestmengenrelevante Leistungen
- Regelungen zur Widerlegung der Prognose des Krankenhauses durch die Krankenkassen
- Regelung zur Ausnahme von Leistungen bei Krankenhäusern durch die Landesbehörde zur Sicherstellung der Versorgung

## **Bewertung**

Grundsätzlich können Mindestmengen durch den damit verbundenen Zentralisierungseffekt zu einer Qualitätsverbesserung aus Sicht der Versorgung beitragen. Das Thema ist jedoch komplexer als dies die Richtlinien – zumindest in der bisherigen Form – widerspiegeln. Zudem sind unerwünschte Effekte auf die Versorgung und Fehlanreize möglich.

## **Pflegepersonaluntergrenzen (§ 137i SGB V)**

- Fortschreibung der Pflegepersonaluntergrenzen, Vereinbarung weiterer Pflegesensitiver Bereiche

## **Bewertung**

Unter anderem durch die fehlende Risikoadjustierung sowie mangelnde Flexibilität verfehlen die Pflegepersonaluntergrenzen ihren Zweck und führen in Teilen sogar zu einer schlechteren Versorgung.

## **Pflegepersonalquotient (§ 137j SGB V)**

- Einbeziehung des Pflegepersonals ohne Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach dem Pflegeberufegesetzes „bis zur Höhe des jeweils obersten Quartils des an allen Standorten mit den jeweiligen Berufsbezeichnungen eingesetzten Pflegepersonals“
- Veröffentlichung des Pflegepersonalquotienten durch des InEK erstmals zum 31.08.2021

## **Bewertung**

Durch den DRG-Bezug und den Ganzhausansatz erscheint der Pflegepersonalquotient nach Einbeziehung auch der weiteren Berufsgruppen zunächst durchaus interessant. Die Ergebnisse der Auswertung können mit Spannung erwartet werden.

## **Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus (§ 137k SGB V)**

- Gesetzliche Grundlage zur Entwicklung eines Pflegepersonalbemessungsinstrumentes durch die Vertragsparteien auf Bundesebene unter Einbeziehung maßgeblicher Verbände bis zum 31.12.2024

## **Bewertung**

Der entsprechende Vorschlag für ein Personalbemessungsinstrument lag bereits vor. Die jetzige Regelung einer grundsätzlichen Neuentwicklung scheint auf Zeit zu spielen.

## **Begutachtung durch den Medizinischen Dienst**

- „Jede fallabschließende gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes ist in schriftlicher oder elektronischer Form zu verfassen und muss zumindest eine kurze Darlegung der Fragestellung und des Sachverhalts, das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis umfassen.“ (§ 275 Abs. 6)
- Anforderung von Unterlagen durch den Medizinischen Dienst unter „*Nennung des Begutachtungszwecks*“ (§ 276 Abs. 2 S. 2)
- Verpflichtung zur Übermittlung der "*wesentlichen Gründe*" durch den MD an die Leitungserbringer bei abweichendem Begutachtungsergebnis (§ 277 Abs. 1 SGB V)

## **Bewertung**

Da in einigen Regionen die Übermittlung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes an die Leistungserbringer verweigert wurde, wird hiermit der Anspruch auf das Gutachten und die wesentlichen Gründe der Bewertung klargestellt. Ob dies auch zu einer wünschenswerten besseren Begründung ablehnender Bewertungen durch den Medizinischen Dienst führt bleibt abzuwarten.

## **Datenübermittlung**

- Ergänzung eines Verfahrens „zur Übermittlung eines Antrages auf Anschlussrehabilitation durch das Krankenhaus auf Wunsch und mit Einwilligung der Versicherten“ (§ 301 Abs. 3 SGB V)
- Ergänzungen zur Datenübermittlung von Rehabilitationseinrichtungen (§ 301 Abs. 4a SGB V)

## **Verpflichtung zur Kalkulationsteilnahme**

- Aufhebung der Regelung: „Widerspruch und Klage gegen die Bestimmung zur Teilnahme an der Kalkulation haben keine aufschiebende Wirkung“ (§ 17b Abs. 3 S.6 KHG)

## **Beleihung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)**

- Beleihung des InEK für seine gesetzlichen oder durch die Vertragsparteien übertragenen Aufgaben mit der *„Befugnis zum Erlass von Verwaltungsakten und zu deren Vollstreckung, zur Rücknahme und zum Widerruf der erlassenen Verwaltungsakte sowie den Erlass der Widerspruchsbescheide“* (§§ 31– 35 KHG)

## **Bewertung**

Dem InEK werden damit explizit behördliche Aufgaben übertragen – eine Entwicklung, die bereits seit längerem absehbar war.

## **Fixkostendegressionsabschlag**

- Bezug des Fixkostendegressionsabschlages ab 2022 auf die Leistungen des Jahres 2019, solange im jeweiligen Vorjahr keine Mehrleistungen gegenüber 2019 vereinbart wurden (§ 4 Abs. 2a S. 9 und 10)

## **Bewertung**

Dadurch werden bezüglich des FDA die coronabedingten Leistungsschwankungen ausgenommen, solange sie unterhalb des Niveaus des Jahres 2019 bleiben.

## **Klinische Sektionen**

- Im Zuschlag für klinische Sektionen sind die vom InEK kalkulierten Kosten in voller Höhe zu berücksichtigen (§ 5 Abs. 3b KHEntgG)

## **Abschlag für Nichtteilnahme an der Telematikinfrastruktur**

- Ausschluss der Zu- und Abschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 KHG aus der Berechnung des Abschlags für Nichtteilnahme an der Telematikinfrastruktur (§ 5 Abs. 3e KHEntgG)

## **Kappungsgrenze des Zuschlags für Erlösausgleiche**

- Verlängerung der Erhöhung der Kappungsgrenze Zuschlags für Erlösausgleiche auf 30% bis 2022

## **NUB-Verfahren**

- Besondere Regelungen für Arzneimittel nach § 4 Absatz 9 AMG (Gen- und Zelltherapeutika, biotechnologisch bearbeitete Gewebeprodukte)

## **Pflegebudget**

- Möglichkeit bei der Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene, bei der Kostenentwicklung für Vollkräfte ohne pflegerische Qualifikation als Bezug die Anzahl der VK 2018 statt der Kosten des Vorjahres als Bezug festzulegen (§ 6a Abs. 2 KHEntgG)
- Ergänzung in § 6a Abs. 3 KHEntgG um
  - Nachweispflicht des Krankenhauses für die Pflegebudgetverhandlung um die Stellenbesetzungen für das Jahr 2018, sofern in der Vereinbarung auf Bundesebene als Bezug festgelegt
  - Dokumentationspflicht der Vertragsparteien über das abgeschlossene Pflegebudget
  - Konkretisierung des Wirtschaftsprüferstatus
  - Veröffentlichung der Dokumentation des Pflegebudgets und der testierten Stellenbesetzungen und Kosten auf der Internetseite des InEK
- Sofern für ein Krankenhaus am Tag nach der Gesetzesverkündung noch kein Pflegebudget für das Jahr 2020 abschließend vereinbart wurde, sind die Regelungen der Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung auf Bundesebene (abweichend von der dort vereinbarten „Empfehlung“) verpflichtend anzuwenden (§ 6a Abs. 7 KHEntgG)

## **Bewertung**

Neben einigen Konkretisierungen und Erweiterungen der Dokumentations- und Nachweispflichten beim Pflegebudget wird hiermit die von der Selbstverwaltung für das Jahr 2020 als „Empfehlung“ vereinbarte Regelung der Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung gesetzlich im Nachgang zur Verpflichtung erhoben. Dies ist aus Krankenhaussicht inhaltlich und formal problematisch. Insbesondere wurde damit auf Druck und durch massiven Lobbyismus einzelner Krankenkassen die Vertragsfreiheit der Selbstverwaltung ausgehebelt. Dies hat Auswirkungen auf die Verlässlichkeit zukünftiger Verträge.

## **Vereinbarungen auf Bundesebene**

- Vereinbarung zur einheitlichen Form der Dokumentation des Pflegebudgets (§ 9 Abs. 1 Nr. 8 KHEntgG)
- Anforderungen an die Qualitätssicherung für klinische Sektionen (§ 9 Abs. 1a Nr. 3 KHEntgG)

## **Datenlieferung nach § 21 KHEntgG**

- Verstetigung der mit der Pandemie eingeführten unterjährigen Datenlieferungen (§ 21 Abs. 3b KHEntgG)

## **Neues Gesetz über die Statistiken zu Gesundheitsausgaben und ihrer Finanzierung, zu Krankheitskosten sowie zum Personal im Gesundheitswesen (Gesundheitsausgaben- und -personalstatistikgesetz – GAPStatG)**

- Einführung einer zentralen Bundesstatistik mit den Bereichen
  - Gesundheitsausgaben und ihre Finanzierung (§ 2),

- Krankheitskosten (§ 3),
- das Gesundheitspersonal (§ 4) sowie
- ein regionales Gesundheitspersonalmonitoring

### **Neues Gesetz zur Sicherung der Qualität der Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland**

- Einführung eines Gütesiegels für die Anwerbung von Pflegekräften aus dem Ausland (Drittstaaten) über die Einhaltung ethischer Standards und die Qualität von Vereinbarungen und Verfahren der Anwerbung

### **Transplantationsgesetz**

- Regelungen bezüglich der Vermittlung von qualifizierten Ärzten für die Feststellung des Hirntodes, falls ein Entnahmekrankenhaus selbst nicht über entsprechend qualifizierte Ärzte verfügt

## Weitere Regelungen des Gesetzes

- Anspruch auf Zweitmeinung bei elektiven Eingriffen (§ 27b SGB V)
- „Ab dem 1. Januar 2022 soll der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich mindestens zwei weitere Eingriffe bestimmen, für die Anspruch auf Einholung der Zweitmeinung im Einzelnen besteht“
- Anspruch auf einmalige Versorgung mit Arzneimitteln zur Tabakentwöhnung (§ 34 Abs. 2 SGB V)
- Regelungen zur selbständigen Erbringung von Maßnahmen durch qualifizierte Pflegekräfte im Rahmen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 Abs. 8 bis 10 SGB V)
- Förderung der Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken durch einen Netzwerkkoordinator in Kreisen und kreisfreien Städten (§ 39d SGB V)
- Verpflichtende Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten an qualifizierte Pflegefachkräfte in jedem Bundesland (§ 64d SGB V)
- Modellvorhaben zur umfassenden Diagnostik und Therapiefindung mittels Genomsequenzierung bei seltenen und bei onkologischen Erkrankungen (§ 64e SGB V)
- Berufshaftpflichtversicherung für Vertragsärzte (§ 95e SGB V)
- Neuregelung der Rahmenverträge zwischen GKV und pharmazeutischer Industrie (§ 131 SGB V)
- Bundeszuschuss zur Gesetzlichen Krankenversicherung (§ 221a SGB V)
- Regelungen zum Risikostrukturausgleich (§§ 265 bis 273 SGB V)
- Datenerhebung durch die Krankenkassen bei Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit (§ 275 SGB V)
- Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds im Jahr 2022 in Höhe von 7 Milliarden Euro mit Verordnungsermächtigung für das BMG zur Erhöhung des Betrages (§ 221a SGB V)
- Änderungen beim Risikostrukturausgleich (§§ 266 und 269 SGB V)
- Regelungen zur Datenermittlung durch die Krankenkassen bei Begutachtung auf Arbeitsunfähigkeit (§ 275 Abs. 1b SGB V)
- Regelungen zur Koordination zwischen Krankenkassen/MD und Heimaufsicht (§ 275b Abs. 4 und 5)
- Regelungen zur Datenerhebung bei der Patientenbefragung durch den G-BA (§ 299 Abs. 4)
- Pflegereform (SGB XI)
- Änderungen weiterer Gesetze