

Krankenhausrelevante Regelungen im Krankenhauspflegeentlastungsgesetz

Am 02. Dezember 2020 wurde das Krankenhauspflegeentlastungsgesetz vom Bundestag beschlossen. Reinhard Schaffert, Geschäftsführer des Klinikverbunds Hessen e. V. hat eine Übersicht und Bewertung über die wesentlichen krankenhausesrelevanten Inhalte erstellt. Die Informationen können frei verwendet werden, es wird aber keine Garantie auf die richtige Interpretation des Gesetzestextes gegeben.

Inhalt

| | |
|--|-----------|
| Krankenhausrelevante Regelungen im Krankenhauspflegeentlastungsgesetz | 1 |
| Einführung tagesstationärer Behandlung | 2 |
| Änderung des SGB V | 2 |
| Bewertung | 3 |
| Sektorengleiche Vergütung/Hybrid-DRG | 4 |
| Änderung des SGB V | 4 |
| Änderungen KHEntgG | 5 |
| Bewertung | 5 |
| Pflegepersonaluntergrenzen (PPUGV) | 6 |
| Änderung § 137i SGB V | 6 |
| Bewertung | 6 |
| Pflegepersonalbemessung | 6 |
| Neuer § 137k SGB V | 6 |
| Bewertung | 8 |
| MD-Prüfungen | 9 |
| Änderungen SGB V | 9 |
| Änderungen im KHG | 10 |
| Bewertung | 10 |
| Finanzierung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen | 11 |
| Änderungen im KHEntgG | 11 |
| Bewertung | 12 |
| Förderung der geburtshilflichen Versorgung in Krankenhäusern | 13 |
| Änderungen im KHEntgG | 13 |
| Bewertung | 14 |
| Landesbasisfallwert | 15 |
| Änderungen im KHEntgG | 15 |
| Bewertung | 15 |
| Budgetverhandlungen | 15 |
| Änderungen im KHEntgG/BPflV | 15 |
| Bewertung | 17 |
| Pflegebudget | 18 |
| Bewertung | 18 |
| Digitalisierung | 18 |
| Änderungen im SGB V | 18 |
| Änderungen im KHEntgG | 19 |
| Änderungen im KHG | 19 |
| Bewertung | 19 |
| Kalkulation | 19 |
| Änderungen im KHG | 19 |
| Bewertung | 19 |
| Fortsetzung der Förderung der Hygiene | 20 |
| Änderungen im KHEntgG | 20 |
| Zusammenfassende Bewertung | 21 |

Einführung tagesstationärer Behandlung

Änderung des SGB V

- Änderung § 39 Abs. 1 SGB V:
 - Einfügung der tagesstationären Behandlung als Äquivalent zur vollstationären Behandlung
 - Anspruch der Versicherten auf tagesstationäre Behandlung entsprechend vollstationärer Behandlung
 - Definition der tagesstationären Behandlung:

...die tagesstationäre Behandlung umfasst einen täglich mindestens sechsstündigen Aufenthalt der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus, währenddessen überwiegend ärztliche oder pflegerische Behandlung erbracht wird, ohne Übernachtung im Krankenhaus.

Die stationsäquivalente Behandlung und die tagesstationäre Behandlung entsprechen hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung.
- Neuer § 115e SGB V: Tagesstationäre Behandlung
 - Abs. 1
 - Voraussetzungen, Definition
 - Indikation für eine stationäre somatische Behandlung
 - Einwilligung der Patientin oder des Patienten
 - Tagesstationäre Behandlung ohne Übernachtung im Krankenhaus anstelle einer vollstationären Behandlung
 - Erforderlichkeit eines täglich mindestens sechsstündigen Aufenthalts im Krankenhaus
 - In dieser Zeit **überwiegend** ärztliche oder pflegerische Behandlung
 - Vorrang bzw. Ausschluss anderer nichtstationären Leistungen im Krankenhaus
 - Ambulantes Operieren (§ 115b SGB V)
 - Leistungen der sektorengleichen Vergütung (neuer § 115f SGB V)
 - Belegärztliche Behandlung (§ 121 SGB V)
 - Ermächtigung (§§ 116, 116a SGB V)
 - Spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V)
 - Hochschul-/Institutsambulanzen (§§ 117, 118a, 119 SGB V)
 - Eintägige Behandlungen ohne Einweisung und Notfallbehandlungen
 - Ausschluss für Versicherte mit Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V
 - Sicherstellung der jederzeit verfügbaren Möglichkeit der vollstationären Behandlung
 - Abs. 2: Fahrtkosten
 - Ausschluss des Anspruchs auf Fahrtkosten während der tagesstationären Behandlung
 - Ausgenommen sind Rettungsfahrten ins Krankenhaus
 - Hinweispflicht des Krankenhauses auf Fahrtkostenausschluss
 - Abs. 3: Vergütung, MD-Prüfung



- Minderung der DRG um pauschal 0,04 Bewertungsrelationen pro nicht verbrachte Nacht, maximal 30% der DRG
- Keine Prüfung der „*Notwendigkeit der Übernachtung*“ durch den Medizinischen Dienst
- Aber reguläre Prüfung auf Notwendigkeit der *stationären* Behandlung (primäre/sekundäre Fehlbelegung) und Kodierung
- Nähere Vereinbarungen zu Entgelten und Prüfung durch die Selbstverwaltung
- Abs. 4: Dokumentation
 - Vereinbarung der Selbstverwaltung auf Bundesebene zur notwendigen Dokumentation bis 30 Tage nach Inkrafttreten, sonst Schiedsstelle (ohne Antrag in 6 Wochen)
 - „...*dabei ist sicherzustellen, dass die tägliche Behandlungsdauer dokumentiert wird*“
- Abs. 5: Evaluation
 - Gemeinsamer Bericht der Selbstverwaltung jeweils zum 30. Juni 2023 und 2024

Bewertung

Die tagesstationäre Behandlung ist als **Äquivalent zur vollstationären Behandlung** definiert. Die Formulierung in § 39 SGB V „**Versicherte haben Anspruch auf ...**“ legt zumindest nahe, dass das Krankenhaus einem Wunsch entsprechend medizinisch geeigneter Patientinnen und Patienten nachkommen müsste.

Aus Krankenhaussicht wird das in der Begründung genannte Ziel der tagesstationären Behandlung „**die Krankenhäuser kurzfristig zu entlasten, die Überlastungssituationen des Krankenhauspersonals zu verringern und das Personal von vermeidbaren Aufgaben zu entbinden, ohne Leistungen für Patientinnen und Patienten einzuschränken**“ erst bei Erreichen einer **kritischen Masse von Tagesbehandlungen** möglich. Denn einzelne Patientinnen und Patienten, die nicht auf Station übernachten, bringen weder für das Personal noch für das Krankenhaus eine Entlastung. In der Regel wird es sich um Patientinnen und Patienten handeln, die wenig Aufwand in der Nacht verursachen und Nachtwachen-Personal kann nicht eingespart werden. Erst wenn das Krankenhaus geplant und in größerem Umfang Tagesbehandlungen durchführt und dafür eine eigene Station einrichten kann, die nachts geschlossen ist, werden tatsächlich personelle Ressourcen freigesetzt und ggf. Kosten gespart.

Welche Patientinnen und Patienten für die Tagesbehandlung in Frage kommen, bleibt sowohl bei dem Vorschlag der Regierungskommission als auch bei dem Gesetz offen. Infrage kommen könnten onkologische Behandlungen (in geeigneten Fällen allerdings oft bereits als teilstationäre oder spezialärztlich-ambulante Behandlung durchgeführt), Kinder, evtl. pflegebedürftige und nachts entsprechend versorgte Patientinnen und Patienten oder bereits heute eintägig durchgeführte Behandlungen. Bei letzteren **besteht die Gefahr, dass die bisher über eine vollständige DRG abgerechneten eintägigen Behandlungen – zum Beispiel bei Entlassung gegen ärztlichen Rat – zukünftig von den Krankenkassen in Tagesbehandlungen umdefiniert werden**. Hier sollten die Krankenhäuser anhand ihrer entsprechenden Fälle frühzeitig eine Risikoabschätzung vornehmen. Offen ist auch, wann die Nacht endet bzw. beginnt!

Zweifellos wird die **Dokumentation** der Tagesbehandlungen erheblichen Aufwand verursachen im Hinblick auf:

- die Notwendigkeit der stationären Behandlung im Einzelfall,



- das Einverständnis der Patientin bzw. des Patienten,
- die Dauer der Behandlung und die in dieser Zeit erfolgten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen.

Der **Medizinische Dienst** darf zwar nicht die Notwendigkeit der Übernachtung überprüfen, wohl aber die stationäre Behandlungsnotwendigkeit, die bei nicht erforderlicher nächtlicher Überwachung oder Behandlung sicherlich schwieriger sein wird, zu begründen.

Nicht im Gesetz, allerdings in der Begründung findet sich der Hinweis auf die Haftung des Krankenhauses bei tagesstationärer Behandlung nicht geeigneter Patientinnen und Patienten sowie auf die *„gleichen Qualitätsanforderungen wie für eine vollstationäre Behandlung“*.

Ungeachtet dessen würde ich Krankenhäusern dennoch empfehlen, das entsprechende Potential an Patientinnen und Patienten sowie ggf. möglichen Einsparungen zu prüfen und entsprechende Prozesse vorzubereiten.

Sektorengleiche Vergütung/Hybrid-DRG

Änderung des SGB V

- Neuer § 115f SGB V: *Spezielle sektorengleiche Vergütung, Verordnungsermächtigung*
 - Abs. 1:
 - Vereinbarungen der Selbstverwaltung (GKV-SV, DKG, KV) bis zum 31.03.2023:
 1. *„Eine spezielle sektorengleiche Vergütung, die unabhängig davon erfolgt, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär erbracht wird“*
 2. für zu bestimmende Leistungen des AOP-Kataloges nach § 115b SGB V
 - Leistungsindividuelle Kalkulation als Fallpauschalen
 - Differenzierung des Schweregrades in Stufen
 - Für die erste Kalkulation Berücksichtigung der *„für die jeweilige Leistung im stationären und ambulanten Bereich für das zum Zeitpunkt der Kalkulation letzte Abrechnungsjahr gezahlten Vergütungsvolumina sowie die Anzahl der erbrachten Fälle“*
„Berücksichtigt werden können auch die jeweiligen Anteile der ambulanten und stationären Fälle an der Gesamtzahl der Fälle und die Kosten der ausschließlich stationären Behandlung.“
(Mischkalkulation)
 - Spätestens ab 2026 Vergütung auf Grundlage einer Kalkulation der tatsächlichen Kosten (*„geeigneter empirischer Kostendaten“*) und Anpassung der Vergütung
 - Abs. 2:
 - Kriterien für die Auswahl der Leistungen insbesondere:
 - hohe Fallzahl im Krankenhaus
 - kurze Verweildauer
 - geringer klinischer Komplexitätsgrad
 - Die Auswahl der Leistungen ist alle 2 Jahre zu überprüfen und anzupassen



- Abs. 3
 - Die Leistungen können durch Krankenhäuser (§ 108 SGB V) und Vertragsärzte (§ 95 SGB V) erbracht werden, wenn die Qualitätsvorgaben der Vereinbarung zum AOP-Katalog erfüllt werden
 - Abrechnung direkt mit der Krankenkasse
 - Beauftragung von Dritten (z. B. KV) mit der Abrechnung möglich
 - Krankenkassen bzw. MD können Abrechnung, Qualität und Wirtschaftlichkeit prüfen
- Abs. 4: Verordnungsermächtigung
 - Soweit eine Vereinbarung nach Abs. 1 nicht vollständig oder nicht fristgerecht zustande kommt, legt das Bundesministerium für Gesundheit Leistungen und Vergütung im Rahmen einer Ersatzvornahme als Rechtsverordnung fest
 - Zur Vorbereitung der Rechtsverordnung sind die Vertragsparteien, der Bewertungsausschuss und das InEK zur Zuarbeit für das Ministerium verpflichtet
- Abs. 5
 - Evaluation durch die Vertragsparteien im Abstand von 18 Monaten

Änderungen KHEntgG

- Ergänzung § 1 Abs. 3:
 - Hinweis auf für alle Benutzer einheitliche Vergütung der Leistungen nach § 115f SGB V

Bewertung

Mit dem Auftrag zur Definition und Entwicklung von Hybrid-DRGs greift der Gesetzgeber in erheblichen Maß in den laufenden Prozess der Selbstverwaltung zur Weiterentwicklung des AOP-Kataloges (entsprechend des IGES-Gutachtens) ein. Die Verhandlungspartner der Selbstverwaltung hatten sich auf ein dreistufiges Vorgehen geeinigt und zunächst zum 01.01.2023 eine moderate Erweiterung des AOP-Kataloges um Leistungen, die in der bestehenden Vergütungssystematik (EBM) abbildbar sind vorzunehmen und die komplexen und für Hybrid-DRG geeigneten Leistungen erst zu einem späteren Zeitpunkt einzuführen.

Allerdings ist festzustellen, dass die Verhandlungen insbesondere hinsichtlich der zukünftigen Vergütungssystematik schleppend verlaufen. Der Gesetzgeber greift hier ein, indem er offensichtlich einerseits die eher in der dritten Stufe geplanten Leistungen mit einem derzeit noch hohen Anteil stationärer Behandlungen vorziehen möchte, andererseits jedoch die bisher strittige Grundlage der Vergütung dieser Leistungen (EBM oder DRG) durch die Hybrid-DRG vorgibt.

Möglicherweise können die Vertragspartner zwar geeignete Leistungen des IGES-Gutachtens definieren, es ist allerdings zweifelhaft, ob sie sich bis 31.03.2023 auf die Kalkulation der Hybrid-DRG einigen können. Daher ist meines Erachtens diesbezüglich mit einer **Ersatzvornahme** zu rechnen.

Wenn im IGES-Gutachten aufgeführte Leistungen als Hybrid-DRG definiert werden dann liegt bei einer Mischkalkulation der **Preis** mit Sicherheit unter dem stationären (DRG) aber über dem ambulanten (EBM) Erlös. Damit entsteht ein **erheblicher Anreiz für die ambulante Durchführung der Leistung**, denn dies könnte, insbesondere bei entsprechenden effizienten AOP-Strukturen, gegenüber der EBM-Vergütung mindestens kostendeckend werden, während die stationäre Leistungserbringung defizitär wäre.



Ich rate daher dringend – sofern noch nicht geschehen – Prozesse und Strukturen für AOP-Leistungen zu implementieren und effizient zu gestalten. Je nach verfügbarem Personal und Nachfrage stehen die bisher für diese Leistungen genutzten stationären Strukturen dann für andere, zwingend stationär zu behandelnde Fälle zur Verfügung oder müssten eingespart werden.

Pflegepersonaluntergrenzen (PPUGV)

Änderung § 137i SGB V

- Abs. 3
 - Ergänzung des Satz 3 um die Möglichkeit, dass das InEK die Anwendung von Pflegepersonaluntergrenzen in Notaufnahmen prüft

Bewertung

Statt im Zuge der Einführung der Pflegepersonalbemessung durch den neuen § 137k SGB V die Pflegepersonaluntergrenzenregelung aufzuheben, scheint eine Erweiterung auf die Notaufnahmen vorgesehen zu sein.

Pflegepersonalbemessung

Neuer § 137k SGB V

- Abs. 1
 - Verpflichtung der Krankenhäuser eine angemessene Pflegepersonalausstattung vorzuhalten
 - Dazu Verpflichtung zur Übermittlung folgender Daten an das InEK
 - *„die Anzahl der auf bettenführenden Stationen der somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern jeweils eingesetzten Pflegekräfte“*
 - *„den Pflegebedarf auf bettenführenden Stationen der somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern“*
 - *„die Anzahl der auf bettenführenden Stationen der somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern auf Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte“*
 - Verpflichtung zur Anpassung der tatsächlich eingesetzten Pflegekräfte an den ermittelten Pflegebedarf
 - Übermittlung der zusammenstellten Ergebnisse durch das InEK an das BMG und die Landesbehörden
- Abs. 2: Entwicklung einer Personalbemessung für Normalstationen und Kinderintensivstationen
 - Beauftragung eines Instituts/Sachverständigen (Auftragnehmer) zu Entwicklung und mindestens dreimonatigen Erprobung eines gemeinsam mit dem BMG festzulegenden Konzepts zur Personalbemessung
 - Für bettenführende Stationen der somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern (außer Intensivmedizin Erwachsene)
 - Bestimmung einer repräsentativen Stichprobe von Krankenhäusern für die Erprobung



- Verpflichtung der bestimmten Krankenhäuser zur Übermittlung folgender Daten an den Auftragnehmer:
 - *„die Anzahl der in der jeweiligen in Satz 1 genannten bettenführenden Station eingesetzten Pflegekräfte umgerechnet auf Vollkräfte“*
 - *„die Anzahl der auf bettenführenden Stationen der somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern auf Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte“*
 - Festlegung von Form und Verfahren der Datenübermittlung durch den Auftragnehmer
 - Weitere Krankenhäuser können sich freiwillig an der Erprobung beteiligen
 - Abschlussbericht zur Vorlage an das BMG bis zum 31.08.2023
 - Berücksichtigung der Ergebnisse im Erlass des BMG zur Personalbemessung (Abs. 4 und 5)
- Abs. 3: Entwicklung einer Personalbemessung für Erwachsenen-Intensivstationen
 - Beauftragung eines Instituts/Sachverständigen (Auftragnehmer) zu Entwicklung und mindestens dreimonatigen Erprobung eines gemeinsam mit dem BMG festzulegenden Konzepts zur Personalbemessung
 - Für bettenführende Stationen der intensivmedizinischen Versorgung von Erwachsenen
 - Bestimmung einer repräsentativen Stichprobe von Krankenhäusern für die Erprobung
 - Verpflichtung der bestimmten Krankenhäuser zur Übermittlung folgender Daten an den Auftragnehmer:
 - *„die Anzahl der in der jeweiligen in Satz 1 genannten bettenführenden Station eingesetzten Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte“*
 - *„die Anzahl der in der jeweiligen in Satz 1 genannten bettenführenden Station auf Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzen-den Pflegekräfte, umgerechnet auf Vollkräfte“*
 - Festlegung von Form und Verfahren der Datenübermittlung durch den Auftragnehmer
 - Weitere Krankenhäuser können sich freiwillig an der Erprobung beteiligen
 - Abschlussbericht zur Vorlage an das BMG bis zum 31.08.2024
 - Berücksichtigung der Ergebnisse im Erlass des BMG zur Personalbemessung (Abs. 4 und 5)
- Abs. 4: Verordnungsermächtigung
 - Verordnungsermächtigung des BMG im Einvernehmen mit dem Bundesfinanzministerium mit Zustimmung des Bundesrats erstmals bis 30.11.2023 mit
 - Vorgaben zur Ermittlung der Anzahl der eingesetzten
 - und der auf der Grundlage des Pflegebedarfs einzusetzenden Pflegekräfte
 - in der unmittelbaren Patientenversorgung von Erwachsenen und Kindern auf bettenführenden Stationen der somatischen Versorgung
 - Einzelheiten zu
 1. Ermittlung des täglichen Pflegebedarfs durch die Festlegung von Pflegekategorien sowie den ihnen zugrunde zulegenden Minutenwerten für die pflegerische Versorgung je Patientin oder Patient
 2. personelle Zusammensetzung des Pflegepersonals (Qualifikationsmix)



3. Von den Krankenhäusern standort-bezogen zu erfassenden
 - a) Ist-Personalbesetzung
 - b) Soll-Personalbesetzung
 4. Datenübermittlung an das InEK
 5. Dokumentation, Nachweis und Veröffentlichung der übermittelten Daten
 6. Auswertung der an das InEK übermittelten Daten
 7. in Abs. 1 genannten Datenübermittlung
- Abs. 5: Weitere Regelungen der Rechtsverordnung
 - Festlegungen des BMG im Einvernehmen mit dem Bundesfinanzministerium mit Zustimmung des Bundesrats zu
 1. schrittweiser Anpassung der Ist-Personalbesetzung an den konkreten erforderlichen Erfüllungsgrad der Soll-Personalbesetzung
 2. Nachweis der Anpassung
 3. Vergütungsabschlägen bei
 - a) fehlender Anpassung
 - b) fehlendem Nachweis der Anpassung
 - Abs. 6: Richtlinien des G-BA
 - Die Mindestvorgaben zur Qualitätssicherung und Personalausstattung des G-BA bleiben unberührt
 - Abs. 7
 - Finanzierung der sich aus diesen Regelungen ergebenden Aufgaben des InEK aus dem Systemzuschlag
- Neuer § 137j (bisheriger § 137k)
 - Neufassung Abs. 1 Satz 1-3:
 - Beauftragung der Selbstverwaltung (GKV-SV, PKV, DKG) mit der Sicherstellung der wissenschaftlichen Weiterentwicklung der Personalbemessung nach § 137k im Einvernehmen mit dem BMG
 - Insbesondere im Hinblick auf
 - Qualifikationsmix
 - Standardisierung und Digitalisierung der Vorgaben (Pflegebedarf, Minutenwerte)
 - Vorlage von Vorschlägen zur Personalbemessung in Notaufnahmen
 - Vorlage der Ergebnisse der wissenschaftlichen Weiterentwicklung an das BMG bis 31.12.2024
 - Redaktionelle Anpassungen in restlichem Abs. 1 und Anpassung von Fristen in Abs. 3

Bewertung

Auch wenn im Vorspann des Gesetzes von der **PPR 2.0** die Rede ist, so findet sich im Gesetzestext und auch im speziellen Teil der Begründung zu dem ursprünglich von Deutschem Pflegerat, Verdi und DKG entwickelten Modell **kein Bezug** mehr.



Das Konzept der Pflegepersonalbemessung wird nunmehr von einem vom BMG beauftragten **Institut/Sachverständigen entwickelt** und erprobt. Die **Einführung erfolgt als Rechtsverordnung** durch das BMG im „**Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen**“ und Zustimmung des Bundesrats. Hintergrund für den Vorbehalt des Finanzministeriums ist vermutlich die in der Einführung zum Gesetz genannten Kostenbelastungen des Bundes und der Länder durch Kostensteigerungen bei Gesundheitsleistungen im Rahmen der Beihilfe.

Neben der **Festlegung des Modells durch das beauftragte Institut** bzw. die Sachverständigen im Einvernehmen mit dem BMG, das an die PPR 2.0 angelehnt sein kann – aber nicht muss gibt es weitere **Abweichungen vom ursprünglichen Vorschlag**. Während die PPR 2.0 als **Ganzhausansatz** angelegt war, lassen die laut Gesetz zu übermittelnden Daten und Regelungen **auf einen Stationsbezug schließen**.

Es bleibt also abzuwarten, welches tatsächliche Modell zur Personalbemessung zur Anwendung kommt und wie die konkrete Ausgestaltung von Soll-Besetzung und Qualifikationsmix aussehen werden.

Die im Gesetz genannten Fristen sind jedenfalls ambitioniert (Auswahl des Auftragnehmers, Entwicklung, Auswahl der Krankenhäuser und mindestens dreimonatige Erprobung einschließlich Abschlussbericht innerhalb von 6 Monaten)

Offen ist auch, ob die Personalbemessung die Personaluntergrenzen ablösen wird bzw. ob und wie ein Nebeneinander möglich ist.

MD-Prüfungen

Änderungen SGB V

- Änderung § 275c SGB V
 - Abs. 2 Satz 6
 - Klarstellung, dass die Regelung zur Aufhebung der Prüfquote bei weniger als 20% unbeanstandeter Rechnungen oder Verdacht auf systematisch überhöhte Abrechnungen erst ab dem Jahr 2022 gilt
 - Abs. 3
 - Ergänzung: Die Geltendmachung des Rechnungsaufschlags durch die Krankenkasse gegenüber dem Krankenhaus erfolgt auf dem Wege elektronischer Datenübertragung (statt wie bisher als Bescheid)
- Änderung § 275d SGB V: Strukturprüfungen
 - Neuer Abs. 1a
 - Möglichkeit der Abrechnung neuer Komplexleistungen durch Krankenhäuser vor der Strukturprüfung im ersten Jahr der Leistungserbringung unter den Voraussetzungen:
 1. Anzeige der Leistungserbringungsabsicht bis 31.12. des Vorjahres bei den Landesverbänden der Krankenkassen
 2. Der zugrundeliegende OPS ist erstmals vergütungsrelevant



- Ab dem 20.06.2023 Möglichkeit der Abrechnung bestehender Komplexleistungen bei erstmaliger Leistungserbringung durch das Krankenhaus vor der Strukturprüfung für längstens 6 Monate unter den Voraussetzungen:
 1. Anzeige gegenüber MD und Landesverbänden der Krankenkasse, dass das Krankenhaus die Strukturmerkmale mindestens drei Monate vor der Anzeige als Erfüllt ansieht
 2. In den 12 Monaten vor der Anzeige keine Anzeige bezüglich der gleichen Leistung erfolgt ist
- Abs. 2
 - Abschluss der Strukturprüfung durch Bescheid des MD
 - Unverzögliche Mitteilungspflicht des Krankenhauses gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen, wenn kein positiver Bescheid zur Strukturprüfung erteilt wurde
- Abs. 4
 - Begrenzung der Abrechenbarkeit für Leistungen bei nicht vom Krankenhaus zu vertretender Verzögerung des Begutachtungsergebnisses auf das Jahr 2022
 - Abrechenbarkeit des OPS 8-01a (Teilstationäre intravenöse Applikation von Medikamenten über das Gefäßsystem bei Kindern und Jugendlichen) im Jahr 2022, wenn das Krankenhaus diese Leistung bis zum 30.06.2022 beantragt hat

Änderungen im KHG

- Änderung § 17c KHG:
 - Abs. 2b
 - *„Für die Durchführung der Erörterung und für eine gerichtliche Überprüfung der Abrechnung hat der Medizinische Dienst die für die Prüfung der Rechtmäßigkeit einer Abrechnung bei dem Krankenhaus erhobenen Daten und Unterlagen an die Krankenkasse zu übermitteln.“*

Bewertung

Die Geltendmachung des Rechnungsaufschlags über elektronischen Datenaustausch kann eine Vereinfachung sein, da die widerspruchsrechtlichen Folgen eines formalen Bescheides entfallen.

Noch entlastender wäre eine Abschaffung des Aufschlags (und der Aufwandspauschale)

Die Abrechenbarkeit neuer oder erstmals erbrachter Komplexleistungen vor der Strukturprüfung stellt eine Verbesserung für die Krankenhäuser dar. Die Voraussetzung, dass die Strukturbedingungen mindestens drei Monate vor der Anzeige (und damit Abrechenbarkeit) vollständig erfüllt sein müssen, stellt allerdings eine Kostenbelastung dar.

Die Übermittlung der Daten des MD an die Krankenkasse bei einem Erörterungs- oder Gerichtsverfahren ist eine Vereinfachung für die Kassen und entbindet die Krankenhäuser davon, ihre Daten den Kassen erneut zur Verfügung zu stellen.



Finanzierung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Änderungen im KHEntgG

- Änderung des § 4 KHEntgG
 - Abs. 1
 - Ausschluss der im neuen § 4a geregelten Finanzierung der Versorgung der Kinder und Jugendlichen aus dem normalen Erlösbudget des Krankenhauses
- Neuer § 4a KHEntgG
 - Überschrift:
„Ermittlung eines Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen“
 - Abs. 1
 - Grundlage ist die vom InEK für das Jahr 2019 ermittelte Summe der Bewertungsrelationen des jeweiligen Krankenhauses
 - ohne Berücksichtigung des Pflegebudgets (aDRG)
 - für die Behandlung von Patientinnen und Patienten im Alter über 28 Tagen und unter 16 Jahren
 - Multiplikation mit dem im jeweiligen Anwendungsjahr für das Krankenhaus gültigen Landesbasisfallwert zur Ermittlung des Erlösvolumens
 - Falls noch kein LBFW vereinbart oder festgesetzt wurde, wird der LBFW des Vorjahres erhöht um den Veränderungswert des Anwendungsjahres verwendet
 - Das Erlösvolumen wird für die Jahre 2023 und 2024 um einen nach Abs. 2 berechneten Prozentwert erhöht
 - Das InEK veröffentlicht die (vorläufigen) Erlösvolumina der Krankenhäuser für 2023 nach Inkrafttreten und für 2024 bis zum 15.12.2023
 - Das InEK aktualisiert die (möglicherweise durch zwischenzeitliche Vereinbarung oder Festlegung eines LBFW veränderten) Erlösvolumina jeweils bis zum 15 Mai des Anwendungsjahres
 - Abs. 2: Ermittlung der prozentualen Zuschläge auf die Erlösvolumina für 2023 und 2024
 - Das InEK berechnet einen prozentualen Zuschlag für das Jahr 2023 und 2024
 - $300 \text{ Mio. €} : (\text{Summe der Erlösvolumina 2023} + 90 \text{ Mio. €})$
 - $300 \text{ Mio. €} : (\text{Summe der Erlösvolumina 2024} + 90 \text{ Mio. €})$
 - Das InEK aktualisiert die prozentualen Zuschläge auf Basis der aktualisierten Erlösvolumina jeweils bis zum 15 Mai des Anwendungsjahres
 - Rundung der Prozentzahlen auf drei Nachkommastellen
 - Abs. 3
 - Die nach Absatz 2 berechneten Erlösvolumina und Zuschläge nach Absatz 4 sind zweckgebunden für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu verwenden



- Nachweis des Krankenhausträgers mittels WP-Testat gegenüber den Vertragsparteien auf Ortsebene für zweckentsprechende Mittelverwendung auf Grundlage einer Vereinbarung auf Bundesebene
- Rückzahlungspflicht der nicht zweckentsprechend verwendeten Mittel
- Vereinbarung der Einzelheiten durch die Vertragsparteien auf Ortsebene
- Abs. 4: Zuschlagsberechnung
 - Zuschlag in Höhe des nach Abs. 2 berechneten Prozentwertes für das entsprechende Jahr auf jede bewertete DRG-Fallpauschale im in Abs. 1 angegebenen Alter (>20 Tage bis < 16 Jahre)
 - Bei Besonderen Einrichtung außerhalb der DRG-Abrechnung entsprechender Zuschlag auf die abgerechneten Fall- oder Tagesbezogenen Entgelte
 - Zuschlag wird gesondert auf der Rechnung ausgewiesen
- Abs. 5: Ausgleiche
 - Ausgleich der abgerechneten Zuschlagserlöse gegenüber dem nach Abs. 1 ermittelten aktualisierten krankenhausindividuellen Erlösvolumen
 - Mindererlöse bis zu 20% Abweichung werden zu 100% ausgeglichen
 - Mehrerlöse werden zu 65% ausgeglichen
 - Mindererlöse unterhalb von 20 % des berechneten Erlösvolumens werden zu 65% ausgeglichen
 - Abweichend davon werden Mehrerlöse vollständig ausgeglichen
 - die auf einer Absenkung des nach Abs. 1 berechneten aktualisierten Erlösvolumens gegenüber dem vorläufigen Erlösvolumen des jeweiligen Jahres resultieren
 - die auf der Erhebung des Zuschlags resultieren
 [d. h. maßgeblich ist das nach Abs. 1 berechnete aktualisierte Erlösvolumen]
 - Die örtlichen Vertragsparteien können abweichende Ausgleichshöhen zur Vermeidung unzumutbarer Härten vereinbaren
 - Die Ausgleiche sind im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum auszugleichen
 - Für Besondere Einrichtungen gelten die Ausgleichsregelungen entsprechend mit der Ausnahme, dass die auf den Zuschlägen beruhenden Mehrerlöse nicht auszugleichen sind
- Abs. 6
 - Bericht der Vertragsparteien auf Bundesebene gegenüber dem BMG über die Auswirkungen bis 31.12.2024

Bewertung

Für die Jahre 2023 und 2024 werden für die stationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen im Alter von über 28 Tagen bis unter 16 Jahren das in 2019 erzielte Erlösvolumen eines Krankenhauses fortgeschrieben um die Entwicklung des jeweiligen Landesbasisfallwertes zugesichert und dafür jährlich 300 Mio. Euro bereitgestellt.

Dafür stellt das Krankenhaus bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen im entsprechenden Alter einen prozentualen Zuschlag auf den DRG-Erlös in Rechnung.



Dies betrifft alle Krankenhäuser, in denen Kinder und Jugendliche im entsprechenden Alter behandelt werden, also nicht nur entsprechende Abteilungen.

Auch wenn die Gesetzesformulierungen komplex sind, ist die Ermittlung des prozentualen Zuschlags nachvollziehbar.

Am Ende wird es allerdings um den Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung mit entsprechen Nachweisen und Testat gehen.

Wie konkret die zweckentsprechende Mittelverwendung nachgewiesen werden kann, insbesondere in Krankenhäusern ohne spezialisierte Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin, erscheint allerdings fraglich.

Förderung der geburtshilflichen Versorgung in Krankenhäusern

Änderungen im KHEntgG

- Änderungen in § 5 KHEntgG
 - Neuer Abs. 2a
 - Krankenhausstandorte mit Geburtshilfe erheben in den Jahren 2023 und 2024 einen fallbezogenen Zuschlag sofern die zuständige Landesbehörde einen Förderbetrag nach Abs. 2c für diesen Standort festgelegt hat
 - Die zuständige Landesbehörde bestimmt die bedarfsnotwendigen Standorte mit Geburtshilfe und legt für diese einen individuellen Förderbetrag fest
 - Für alle entsprechenden bedarfsnotwendigen Standorte stehen dem jeweiligen Land folgende Fördermittel zur Verfügung:

| | |
|--------------------------|-----------------|
| • Baden-Württemberg | 15 648 732 Euro |
| • Bayern | 18 672 864 Euro |
| • Berlin | 6 227 940 Euro |
| • Brandenburg | 3 635 844 Euro |
| • Bremen | 1 144 548 Euro |
| • Hamburg | 3 124 116 Euro |
| • Hessen | 8 924 508 Euro |
| • Mecklenburg-Vorpommern | 2 376 540 Euro |
| • Niedersachsen | 11 274 396 Euro |
| • Nordrhein-Westfalen | 25 291 104 Euro |
| • Rheinland-Pfalz | 5 782 176 Euro |
| • Saarland | 1 437 924 Euro |
| • Sachsen | 5 978 496 Euro |
| • Sachsen-Anhalt | 3 235 344 Euro |
| • Schleswig-Holstein | 4 086 936 Euro |
| • Thüringen | 3 158 532 Euro. |



- Bei der Festlegung der individuellen Fördermittel ist sind die folgenden Kriterien standortbezogen zu berücksichtigen:
 1. die Vorhaltung einer Fachabteilung für Pädiatrie am jeweiligen Krankenhausstandort,
 2. die Vorhaltung einer Fachabteilung für Neonatologie am jeweiligen Krankenhausstandort,
 3. der Anteil vaginaler Geburten am jeweiligen Krankenhausstandort,
 4. die Geburtenanzahl am jeweiligen Krankenhausstandort,
 5. die Durchführung von Praxiseinsätzen im Rahmen des berufspraktischen Teils des Hebammenstudiums am jeweiligen Krankenhausstandort.
- Mitteilungspflicht der Landesbehörde gegenüber dem BMG und den Vertragsparteien auf Ortsebenen über Förderhöhe und zugrunde gelegte Kriterien
- Neuer Abs. 2c
 - Abrechnung über Zuschlag
 - Zuschlag ergibt sich aus den für das jeweilige Jahr zugewiesenen Fördermitteln geteilt durch die voll- und teilstationären Fälle des jeweiligen Vorjahres
 - Abrechnung des Zuschlags bei Patientinnen und Patienten mit Aufnahme zwischen 01.01. und 31.12. des Anwendungsjahres
 - Werden Fälle vor der Festlegung des jeweiligen Zuschlags abgerechnet, berechnet das Krankenhaus die Zuschlagshöhe durch Umlage der Fördermittel auf die zu erwartenden verbleibenden Fälle
 - Mehr- oder Mindererlöse durch den Zuschlag gegenüber der festgelegten Förderhöhe werden vollständig ausgeglichen
 - Die Förderbeträge sind zweckgebunden für die Finanzierung von voll- und teilstationären Leistungen der Geburtshilfe zu verwenden
 - Nachweis des Krankenhausträgers mittels WP-Testat gegenüber den Vertragsparteien auf Ortsebene für zweckentsprechende Mittelverwendung auf Grundlage einer Vereinbarung auf Bundesebene
 - Rückzahlungspflicht der nicht zweckentsprechend verwendeten Mittel
 - Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene zu Abrechnung und Nachweisen

Bewertung

Prinzip und Verteilung der Fördermittel für die geburtshilfliche Versorgung ist hier relativ klar definiert.

Auf die Länder kommt die Aufgabe zu, diese Mittel unter den jeweiligen geburtshilflichen Abteilungen zu verteilen. Dabei sind die genannten Kriterien zu berücksichtigen allerdings ist nicht definiert, in welchem Umfang und in welche Richtung. Vorstellbar wäre also beim Kriterium Geburtenanzahl die besondere Förderung von Einrichtungen mit hoher Geburtenzahl oder gerade umgekehrt die besondere Förderung der Einrichtungen mit niedriger Geburtenzahl, da diese nicht wirtschaftlich zu betreiben sind.

Wie bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen werden die Nachweise zur zweckentsprechenden Mittelverwendung die wesentlichen Herausforderungen sein.



Landesbasisfallwert

Änderungen im KHEntgG

- Änderungen in § 10 KHEntgG
 - § 10 Abs. 4
 - Streichung von Satz 3 und 4 und damit Wegfall der Möglichkeit der Basisfallwertkorrektur bei sinkender Leistung

Bewertung

Mit dieser Streichung wird die Möglichkeit genommen, die Einnahmen und damit die Liquidität der Krankenhäuser bei sinkenden Leistungszahlen und gleichzeitig gleichbleibenden oder steigenden Kosten durch eine Anpassung des Landesbasisfallwerts auszugleichen.

Dies geschieht ausgerechnet in einer Zeit, in der die erstmalige Anwendung dieser Regelung sinnvoll und notwendig wäre. Denn nach Wegfall von Corona- und Ganzjahresausgleichen bei gleichzeitigem Fortbestehen der corona- bzw. infektionsbedingten Fallzahlminderung (insbesondere auch durch krankheitsbedingte Personalausfälle) brechen den Krankenhäusern in 2023 die Erlöse weg, während gleichzeitig die Kosten überproportional steigen.

Den Krankenhäusern gerade in dieser Zeit diese Möglichkeit des Kostenausgleichs zu nehmen, zeugt davon, dass die Politik scheinbar den Ernst der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser noch nicht erkannt hat.

Budgetverhandlungen

Änderungen im KHEntgG/BPflV

- Änderung § 11 KHEntgG/BPflV
 - Abs. 3
 - Änderung der Zielsetzung in Satz 2: Abschluss der Verhandlungen *soll* so rechtzeitig erfolgen, dass die Vereinbarung *mit Ablauf des Jahres vor* dem jeweiligen Pflegesatzzeitraum in Kraft treten kann
 - Abs. 4
 - Übermittlung der Verhandlungsunterlagen durch das Krankenhaus bis 31.12. des Vorjahres an die örtlichen Vertragsparteien und die zuständige Landesbehörde
 - AEB
 - Pflegepersonal (gemäß Pflegepersonalverhandlungsvereinbarung)
 - Nachweis nach § 9 Abs. 1 Nr. 7, über die zweckentsprechende Verwendung zusätzlicher Mittel für Tarifierhöhungen von Pflegepersonal
 - Bei noch nicht genehmigtem Landesbasisfallwert verschiebt sich die Frist zur Übermittlung der Unterlagen auf 6 Wochen nach Genehmigung des LBFW
 - Begrenzung der Nachforderung von Unterlagen durch die Kostenträger auf einmalige Nachforderung



- Vereinbarung eines Abschlags ab 01.07. des Pflegesatzzeitraums bis 1 Monat nach Vereinbarung zu Lasten des Krankenhauses in Höhe von 1% des Rechnungsbetrages für jeden voll- oder teilstationären Fall durch die Kostenträger
 - wenn
 - Das Krankenhaus die gesetzliche oder nachgeforderten Unterlagen nicht übermittelt
 - **und** die Kostenträger vor der Zeit des möglichen Abschlags drei zumutbare Termine für die Verhandlung angeboten haben
 - Der Zeitpunkt des Abschlusses der Vereinbarung ist von den Vertragsparteien zu dokumentieren
 - Bei einer Festsetzung durch die Schiedsstelle gilt das Datum der Entscheidung
 - Die Kostenträger beantragen die Genehmigung des Abschlags bei der Landesbehörde
 - Die Kostenträger haben das Krankenhaus und die Schiedsstelle über den Antrag auf Genehmigung des Abschlags zu informieren
 - Die für die Genehmigung zuständige Landesbehörde genehmigt en Abschlag innerhalb von vier Wochen, wenn die Vereinbarung rechtens ist
- Neuer Abs. 6: Abweichende Fristen
 - Für Vereinbarungen bis einschließlich des Vereinbarungszeitraums 2025 gelten abweichende Fristen für die Übermittlung der Unterlagen:
 - Vereinbarungszeitraum bis einschließlich 2021: 31.10.2023
 - Vereinbarungszeitraum 2022: 31.03.2024
 - Vereinbarungszeitraum 2023: 30.09.2024
 - Vereinbarungszeitraum 2024: 31.03.2025
 - Vereinbarungszeitraum 2025: 30.09.2025
 - Die der Beginn für den Abschlag bei Nichtübermittlung der Unterlagen verschiebt sich ebenfalls
 - für die Vereinbarung für den Zeitraum
 - bis 2021: ab 01.05 2024
 - 2022 ab 01.10.2024
 - 2023 ab 01.04.2025
 - 2024 ab 01.10.2025
 - 2025 ab 01.04.2026



- Änderung § 13 KHEntgG/BPflV
 - Neuer Absatz 3
 - Ab dem Vereinbarungszeitraum 2026 entscheidet bei Nichtzustandekommen einer Vereinbarung bis zum 20.07 eines Jahres die Schiedsstelle
 - ohne Antrag
 - innerhalb von 6 Wochen ab dem 1. August eines Jahres
 - Verlängerung der Frist um 6 Wochen, wenn die Vertragsparteien gemeinsam gegenüber der Schiedsstelle erklären, dass sie sich in dieser Zeit vereinbaren wollen
 - Die Schiedsstelle oder Falle einer Klage gegen die Festsetzung der Schiedsstelle das Gericht im berücksichtigt ausschließlich die in den in § 11 genannten Fristen vorgelegten Daten, Unterlagen und Auskünfte der Vertragsparteien...
 - *„...wenn die Zulassung nach der freien Überzeugung der Schiedsstelle oder des Gerichts die Erledigung des Rechtsstreits verzögern würde und die Nichteinhaltung der Fristen auf von dem Krankenhausträger oder von einer der anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu vertretenden Gründen beruht.“*

Bewertung

Statt der Vereinfachung der Budgetverhandlungen durch Abbau von Regelungstiefe und Komplexität sowie Abschaffung von Regelungen, deren bei Einführung verfolgte Ziele und Voraussetzungen heute nicht mehr gelten, werden lediglich Fristen für die Vereinbarung gesetzt. Dies gilt insbesondere für die Aufgaben und den Aufwand auf Krankenseite, dass bei Nichteinhaltung der Fristen sanktioniert wird. Dass zumindest Teilweise die Verzögerungen auch durch Verzögerungen auf Kostenträgerseite bedingt sind wird weitgehend ignoriert.

Immerhin dürfen Nachforderungen der Kostenträger zu den gesetzlichen Unterlagen nur noch einmalig erfolgen.

Die nach Fristablauf ohne Antrag erfolgende Schiedsstellenfestsetzung erfolgt regelhaft nur auf den fristgerecht vorliegenden Unterlagen. Dementsprechend sollten die Krankenhäuser ihre Forderungsunterlagen gründlich und umfassend vorbereiten. Dann könnte in dieser Regelung auch eine Chance liegen, denn die Kostenträger müssten fristgerecht substantiierte Einwendungen gegen die Forderung erheben.

Wie und ob die Schiedsstellen den zu erwartenden erheblich steigenden Aufwand umsetzen können, bleibt fraglich.

Insgesamt entsteht ein hoher Mehraufwand für alle Beteiligten ohne dass die gewünschte Prospektivität der Verhandlungen wesentliche positive Effekte auf die Versorgung oder Finanzierung hätte.



Pflegebudget

- Änderung § 15 KHEntgG
 - Der Pflegeentgeltwert wird ab dem 01.01.2023 auf 230 Euro erhöht
- Änderung § 17b KHG
 - Abs. 4 und 4a
 - Hebammen – auch in Kreissälen – werden ab dem neu definierten Pflegebudget ab 2025 den Pflegekräften gleichgestellt

Bewertung

Die Anpassung ist des vorläufigen Pflegeentgeltwertes ist sinnvoll und erforderlich.

Die Aufnahme der Hebammen in das (im Rahmen des GKF-Finanzstabilisierungsgesetzes) ab 2025 neu definierte Pflegebudget (ab dann ohne die sonstigen Berufe) kann positiv bewertet werden.

Digitalisierung

Änderungen im SGB V

- Neuer § 332a SGB V
 - Überschrift:
 - *„Unzulässige Beschränkungen durch Anbieter und Hersteller informationstechnischer Systeme für die vertragsärztliche Versorgung, die vertrags-zahnärztliche Versorgung, die pflegerische Versorgung, für Krankenhäuser und Apotheken so-wie für Vorsorgeeinrichtungen und Rehabilitationseinrichtungen“*
 - Abs. 1
 - Verpflichtung für Anbieter und Hersteller Informationstechnischer Systeme für
 - Vertrags(zahn)ärztliche Versorgung
 - pflegerische Versorgung
 - Krankenhäuser, Apotheken, Vorsorgeeinrichtungen und Rehabilitationseinrichtungen
 - Sicherstellung der Einbindung aller Komponenten und Dienste, die von der GEMATIK zugelassen und zur Erfüllung gesetzlicher Pflichten erforderlich sind, soweit Schnittstellen vorgegeben oder festgelegt sind
 - Beschränkung auf bestimmte Hersteller oder Anbieter ist unzulässig
 - Abs. 2
 - Die Einbindung erfolgt ohne zusätzliche Kosten für die Nutzer
 - Direkte oder indirekte Kosten im Zusammenhang mit der Wahl eines Herstellers oder Anbieters sind unzulässig



Änderungen im KHEntG

- Änderungen § 5 Abs. 3h KHEntgG
 - Befristung der Verhandlungen auf Bundesebene zur Abschlagregelung bei Nichtbereitstellung der im KHZG geforderten digitalen Dienste auf den 30.06.2023
 - Bei nicht fristgerechter Vereinbarung entscheidet die Bundesschiedsstelle ohne Antrag innerhalb von 12 Wochen

Änderungen im KHG

- Änderungen § 17b Abs. 1 KHG
 - Auftrag an die Selbstverwaltung zur sachgerechten Abbildung der Kosten von telekonsiliarischen Leistungen auf der Grundlage eines Konzepts des InEK

Bewertung

Die Verpflichtung der Anbieter und Hersteller von IT-Systemen zur diskriminierungs- und kostenfreien Einbindung von Diensten der Telematikinfrastruktur ist zu begrüßen.

Weitere Regelungen im Gesetz betreffen überwiegend den vertragsärztlichen Bereich bzw. weitere Versorgungsbereiche oder die Telematikstrukturen, insbesondere die digitale Patientenakte

Kalkulation

Änderungen im KHG

- Änderung des § 17b KHG
 - Neuer Abs. 3a: Sanktionierung mangelhafter Datenlieferung bei verpflichteten Krankenhäusern
 - Das InEK legt für jede nicht erfolgte, nicht vollständige oder nicht fristgerechte Datenlieferung bei Krankenhäusern, die im Rahmen der Repräsentativität der Kalkulation zur Teilnahme verpflichtet wurden, einen Vergütungsabschlag fest
 - Als nicht vollständig gilt eine Datenlieferung, wenn weniger als 95% der übermittelten Daten nicht verwertbar sind
 - Der Abschlag ergibt sich aus Multiplikation der nicht gelieferten oder nicht verwertbaren Daten mit einem fallbezogenen Abschlagswert
 - Der Abschlagswert beträgt im ersten Jahr der Datenübermittlung 20 € und erhöht sich pro Jahr um 10 €, mindestens jedoch 20.000 € und höchstens 500.000 €
 - Das InEK unterrichtet die örtlichen Vertragsparteien über den Verstoß und die Abschlagshöhe
 - Die örtlichen Vertragsparteien berücksichtigen den Abschlag bei den Budgetvereinbarungen

Bewertung

Motivation zur Beteiligung an der Kalkulation über Sanktionen



Fortsetzung der Förderung der Hygiene

Änderungen im KHEntgG

- Änderung des § 4 KHEntgG
 - Abs. 9
 - Verlängerung der Förderung der Weiterbildung zur Fachärztin/Facharzt für Hygiene bis 2025
 - Verlängerung der Förderung der Weiterbildung zur Krankenhaushygienikerin/Krankenhaushygieniker bis 2025
 - Förderung der Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie
 - Förderung der Zusatz-Weiterbildung Infektiologie
- Änderung des § 10 KHEntgG
 - Abs. 12
 - Verschiebung des Jahres der Einrechnung der Förderungen im Rahmen der Krankenhaushygiene in den Landesbasisfallwert auf das Jahr 2026



Zusammenfassende Bewertung

Das Gesetz enthält eine Vielzahl von Einzelregelungen, die weitreichend in die Krankenhausbehandlung und -finanzierung eingreifen.

Viele dieser Regelungen wurden nachträglich über (schwer öffentlich zugängliche) Änderungsanträge mit minimalen Stellungnahmefristen von teilweise nur Stunden eingebracht. Abgesehen davon, dass ich dieses Verfahren für intransparent und hinsichtlich demokratischer Beteiligungsmöglichkeiten bedenklich halte, fehlt es solchermaßen eingebrachten Regelungen auch an einer ausreichenden Diskussion und Folgenabschätzung. Sie sind daher auch hinsichtlich ihrer fachlichen und handwerklichen Qualität bedenklich. Ob beispielsweise Tagesbehandlung und Hybrid-DRG so dringend einzuführen sind, dass dieses Vorgehen zwingend und ein eigener Gesetzentwurf nicht möglich gewesen wäre, möchte ich bezweifeln.

Das Gesetz zeigt aus meiner Sicht zudem ein deutliches Misstrauen in die Regelungsfähigkeit der Selbstverwaltung. Viele der im Anschluss notwendigen konkretisierenden Regelungen werden entweder unmittelbar oder nach unrealistisch kurzer Frist als Ersatzvornahme auf dem Wege einer Rechtsverordnung durch das BMG vorgenommen. Auch dies ist ein grundsätzliches und demokratisch bedenkliches Problem, das durch den erstmaligen gesetzlichen Vorbehalt des Bundesfinanzministeriums noch verstärkt wird.

Auch bei der Einführung der Pflegepersonalregelung werden die Vorschläge aus der Praxis ignoriert und nicht die von Deutschem Pflegerat, VerDi und DKG entwickelte PPR 2.0 umgesetzt. Auch wenn im Ergebnis die von einem vom BMG zu bestimmenden Institut oder Sachverständigen entwickelte Personalbemessung ähnlich aussehen mag, wird es entscheidende und bereits im Gesetz angelegte Unterschiede geben. Dazu wird insbesondere gehören, dass der Ganzhausansatz des PPR 2.0 Vorschlags auf einen kleinteiligen Stationsbezug heruntergebrochen wird und wie bereits bei der PPUGV die notwendige Flexibilität des Personaleinsatzes im Krankenhaus einschränken wird.

Die Fristenregelungen für die Budgetverhandlung wird meiner Einschätzung nach zu einem erheblichen Mehraufwand aller Beteiligten einschließlich der Schiedsstellen führen, ohne dass ich darin einen höheren Zweck und maßgebliche Verbesserungen insbesondere im Hinblick auf Versorgung und Finanzierung erkennen kann. Vor allem wird damit nicht das inhaltliche Problem der Budgetverhandlungen angegangen, die völlig überfrachtet sind und noch mit weiteren Aufgaben und Regelungen belastet werden. Dringend erforderlich wäre vielmehr ein Gesetz zur Entlastung und Entrümpelung der Budgetverhandlungen. Ich stelle beispielsweise in Frage, ob die aus einer Zeit der Befürchtung einer angebotsinduzierten Leistungsausweitung stammenden Verhandlungen über die Leistungsmenge überhaupt noch in einem Preissystem erforderlich sind. Die Leistungssteuerung erfolgt heute vielmehr über das (mangelnde) Personalangebot und die Struktur- und Qualitätskriterien für die Leistungserbringung (siehe auch f&w 12/2022 S. 1080ff: Reinhard Schaffert: „Gründlich entrümpeln“)

Die Vielzahl neuer Behandlungs- und Abrechnungsverfahren führt insgesamt zu Mehraufwand für die Krankenhäuser bei der Einführung entsprechender Strukturen und Organisation, bei administrativ Beschäftigten für die Abrechnung und bei den klinischen Beschäftigten für die Zuordnung, leistungskonforme Behandlung und vor allem Dokumentation.

Im Fazit geht das Gesetz an den wirklich notwendigen Regelungen und Reformen der Krankenhaus- und Gesundheitsversorgung weit vorbei!

Reinhard Schaffert, Geschäftsführer Klinikverbund Hessen e. V.

