

Stellungnahme des Bundesverbandes Geriatrie e. V.

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

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

8. November 2022

Der Bundesverband Geriatrie e. V. beteiligt sich insbesondere aufgrund der besonderen Bedeutung einer Pflegepersonalbedarfsermittlung im Krankenhaus für den Versorgungsbereich Geriatrie an diesem Stellungnahmeverfahren. Aufgrund der Multimorbidität und der hohen Vulnerabilität haben geriatrische Patientinnen und Patienten einen komplexeren Behandlungsbedarf und damit einhergehend ergibt sich ein erhöhter Personalbedarf. Ein zentrales Kernelement des geriatrischen Behandlungskonzeptes ist u. a. die Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie (ATP-G). Ziel der ATP-G ist es, die individuell optimal erreichbare Mobilität des Menschen, die Selbstständigkeit und Teilhabe in der Form, wie diese vor der aktuellen Verschlechterung bestanden haben, wieder zu erreichen. Zwangsläufig resultieren aus den Zielen und Maßnahmen insbesondere für das Pflegepersonal hohe Zeit und Personalaufwände.

Mit dem aktuell vorgelegten Referentenentwurf zum Krankenhauspflegeentlastungsgesetz wird u.a. das Ziel verfolgt, die Pflegepersonalsituation in den Krankenhäusern zeitnah zu verbessern. Angesichts des sich kontinuierlich zuspitzenden Pflegepersonalmangels und den daraus resultierenden hohen Belastungen für die Pflegekräfte begrüßt der Bundesverband Geriatrie e. V. ausdrücklich die geplante Einführung eines Instruments zur Pflegepersonalbedarfsermittlung. Dies insbesondere da die gegenwärtig festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen angesichts des niedrigen Personalansatzes nicht zur Verbesserung der Qualität der pflegerischen Patientenversorgung sowie zur angestrebten spürbaren Entlastung der Pflegekräfte beitragen können. Aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e. V. muss ein zukünftiges Pflegepersonalbemessungsinstrument die Indikatoren für die zentralen aufwandstreibenden Größen für den Pflege-, Unterstützungs- und Behandlungsbedarf auf der Grundlage des aktuellen Gesundheitszustandes der Patientinnen und Patienten abbilden, darf aber kein Abbild eines individuellen „Pflegeplans“ sein. Zudem müssen die Inhalte des Pflegepersonalbemessungsinstrumentes aus der primären Patientendokumentation abgeleitet werden können und einen Ganzhausansatz unterstützen. Eine fallbezogene Einzelleistungserfassung ist angesichts des damit verbundenen Verwaltungsaufwands grundsätzlich abzulehnen. Eine Personaluntergrenze kann langfristig nur das Ergebnis des Pflegepersonalbemessungsinstrumentes sein. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Deutsche Pflegerat und die vereinte Dienstleistungsgewerk-

schaft ver.di haben gemeinsam das Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument PPR 2.0 entwickelt und getestet, welches die zuvor genannten Anforderungen erfüllt und daher ausdrücklich durch den Bundesverband Geriatrie e. V. unterstützt wird.

In ihrem Koalitionsvertrag „Mehr Fortschritt wagen“ hat die aktuelle Bundesregierung vereinbart, zur verbindlichen Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus die PPR 2.0 kurzfristig einzuführen. Der nun vorliegende Gesetzentwurf der Bundesregierung nimmt diese Intention allerdings völlig unzureichend auf und berücksichtigt wesentliche Vorschläge der Pflegeberufsverbände für eine echte Perspektive auf mehr Patientensicherheit und bessere Arbeitsbedingungen für Pflegefachpersonen im Krankenhaus nicht. Die PPR 2.0 wird in dem vorliegenden Gesetzentwurf lediglich als Option erwähnt und sollte auf der Grundlage des Koalitionsvertrages stattdessen als obligatorische Grundlage für ein lernendes System explizit benannt werden. Irritierend ist zudem, dass die flächendeckende Einführung der PPR 2.0 im aktuellen Gesetzesentwurf generell infrage gestellt wird. Nach einer mindestens dreimonatigen Erprobungsphase eines nicht näher beschriebenen Instruments (in den Begründungen heißt es „unter Berücksichtigung des Konzeptes der Pflegepersonalregelung PPR 2.0“ (u.a. S. 1; S. 31) kann das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen eine Rechtsverordnung mit Festlegungen zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs erlassen (S. 15), muss dies aber nicht tun. Wenn es der Wille der Bundesregierung ist, die PPR 2.0 einzuführen, dann muss dies in diesem Gesetz auch so formuliert werden. Zudem bleibt die Intensivmedizin völlig unbeachtet, sodass die jetzige Ausgestaltung der Vorgaben zu einem Flickenteppich an Regelungen führen würde, auch weil Festlegungen zur Abgrenzung des Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrumentes und den bestehenden Pflegepersonaluntergrenzen sowie dem Personalquotienten fehlen. Das Nebeneinander von verschiedenen Dokumentations- und Sanktionsregelungen führt zu weiter verschärfter Bürokratie in den Krankenhäusern und ist strikt abzulehnen. Dies bindet Ressourcen, kostet Geld und trägt nicht dazu bei, die Situation in der Pflege nachhaltig zu verbessern. Das gilt insbesondere für die Pflegepersonaluntergrenzen, die mit Einführung der PPR 2.0 wegfallen müssen. Zudem muss der festgestellte Personaleinsatz inkl. Ausfallzeiten etc. in vollem Umfang refinanziert werden.

Neben der Einführung eines Pflegepersonalbemessungsinterimsinstrumentes enthält der Gesetzentwurf u.a. neue Fristen für die Budgetverhandlungen, um den Verhandlungsstau der letzten Jahre aufzulösen und zeitnahe Abschlüsse zu gewährleisten. Regelungen zur Klärung offener Budgetfragen werden vom Bundesverband Geriatrie e. V. grundsätzlich begrüßt, jedoch sind die beabsichtigten Regelungen hierfür nicht geeignet. Den jahrelangen Reformstau innerhalb weniger Monate aufzulösen ist weder für Krankenhäuser noch für die Krankenkassen leistbar.

Der Bundesverband Geriatrie e. V. nimmt zu ausgewählten Inhalten des Gesetzentwurfs zum Krankenhauspflegeentlastungsgesetzes wie folgt Stellung:

Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Nr. 2 a): § 137k Absatz 1 SGB V

Die Krankenhäuser und die Pflegefachpersonen brauchen grundsätzlich die Sicherheit, dass eine Implementierung eines völlig neuen Instrumentes in wenigen Jahren ausgeschlossen ist. Die PPR 2.0 ist dafür konzipiert worden, kurzfristig bundesweit eingeführt werden zu können. Sie setzt in der Logik auf die alte PPR auf und übernimmt die einfache Systematik. Gleichwohl soll und muss die Möglichkeit bestehen, Probleme bei der Umsetzung der PPR 2.0 zu beseitigen und die Einführung sowie Umsetzung muss so angelegt werden, dass es sich um ein langfristig lernendes System handelt. Die PPR 2.0 sollte nach Einführung daher mindestens über zwei Jahre evaluiert und anschließend zu dem dauerhaften Pflegepersonalbemessungsinstrument im Sinne des § 137k SGB V weiterentwickelt werden. Der § 137k SGB V muss daher so gestaltet werden, dass die Entwicklung anschlussfähig an die PPR 2.0 ist. Eine „Kann“-Lösung, wie in der Gesetzesbegründung (S. 43) formuliert, ist grundsätzlich abzulehnen. Die Krankenhäuser und die Pflegefachpersonen brauchen die Sicherheit, dass eine Implementierung eines völlig neuen Instrumentes in wenigen Jahren ausgeschlossen ist.

Vor diesem Hintergrund regt der Bundesverband Geriatrie e. V. nachfolgende Anpassung des 137k Absatz 1 SGB V an:

§ 137k wird wie folgt geändert

- a) In Absatz 1 wird der nachfolgende neue Satz 4 eingefügt: „Das Verfahren soll dabei auf der PPR 2.0 gemäß § 137l SGB V aufbauen und hat die Erfahrungen aus deren Einführung zu nutzen.“

Nr. 3: § 137l Absatz 1 Satz 1 SGB V

In Absatz 1 Satz 1 wird klargestellt, dass die nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser verpflichtet sind, „eine angemessene Personalausstattung vorzuhalten und das für eine bedarfsgerechte Pflege am Bett erforderliche Personal sicherzustellen.“ Die Verantwortung hierfür tragen Gesetzgeber, Kostenträger und Krankenhäuser gemeinsam. Der Gesetzgeber muss daher mit klaren ordnungspolitischen Rechtssetzungen und einer den Erfordernissen angepassten Finanzierung für die geeigneten Rahmenbedingungen und entsprechende Verpflichtung der Krankenhäuser nach § 108 sorgen.

Nr. 3: § 137l Absatz 2 SGB V

In Absatz 2 ist geregelt, dass das Bundesministerium für Gesundheit zur Vorbereitung der Rechtsverordnung „bis zum 31. Januar 2023 eine fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen Sachverständigen oder eine Sachverständige (Auftragnehmer) mit einer

mindestens dreimonatigen Erprobung der Grundlagen der in der Rechtsverordnung (...) festzulegenden Vorgaben“ (...) beauftragt.

Es erschließt sich nicht, warum die Erprobungsphase nicht bereits Teil der Rechtsverordnung sein kann. Wichtige Eckpunkte der Konzeption der PPR 2.0 (und mit ihr assoziierter Instrumente) sind durch die Vorlage des Konzepts von DKG, DPR und ver.di bekannt. Mit der aktuellen Formulierung im Gesetz bleibt bis zum 30. November 2023 völlig unklar, um welche Regelungen es sich im Einzelnen wirklich handeln wird, sodass sich die Krankenhäuser und ihr Pflegepersonal nicht darauf einstellen können. Es ist zwingend deutlich zu machen, dass es sich bei der Erprobung um die PPR 2.0 handelt. Die Leistungserbringer sind unbedingt in den gesamten Prozess der Erprobung und Formulierung der Rechtsverordnung einzubeziehen – das sollte auch die Auswahl der wissenschaftlichen Einrichtung beinhalten, die mit der Erprobung beauftragt werden soll. Privatpersonen („Einzelsachverständige“) dürfen für ein so wichtiges Thema mit enormer finanzieller, gesundheits- und berufspolitischer Bedeutung nicht beauftragt werden.

Vor diesem Hintergrund regt der Bundesverband Geriatrie e. V. nachfolgende Anpassung des 137k Absatz 2 SGB V an:

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt spätestens bis zum 31. Januar 2023 eine fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtung ~~oder einen Sachverständigen oder eine Sachverständige (Auftragnehmer)~~ mit einer mindestens dreimonatigen Erprobung der PPR 2.0 eines im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit festzulegenden Konzepts zur Ermittlung einer angemessenen Personalausstattung auf bettenführenden Stationen der nichtintensivmedizinischen somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern. Für die Durchführung der Erprobung hat der Auftragnehmer eine repräsentative Auswahl an nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern zu bestimmen. Die ausgewählten Krankenhäuser sind verpflichtet, dem Auftragnehmer folgende Daten zu übermitteln:

Nr. 3: § 137I Absatz 3 Satz 1 SGB V

Mit dem neuen § 137I Absatz 3 SGB V wird das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, bis zum 30. November 2023 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Vorgaben zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfes in der unmittelbaren Patientenversorgung von Erwachsenen und Kindern auf bettenführenden Stationen der nichtintensivmedizinischen somatischen Versorgung in den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern zu erlassen. Die zu bestimmenden Einzelheiten werden in § 137I Absatz 3 in den Nr. 1 bis 6 ausgeführt. In Vorbereitung der Rechtsverordnung soll eine fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder ein Sachverständiger gemäß § 137I Absatz 2 SGB V die geplanten Vorgaben zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfes mindestens über drei Monate erproben. Ob im Rahmen des § 137I SGB V tatsächlich die PPR 2.0 zur Erprobung und ggf. modifizierter Anwendung kommen

soll, ist dem Wortlaut nicht eindeutig zu entnehmen. Vielmehr werden lediglich zu konkretisierende Eckpunkte aufgeführt, welche inhaltliche Rückschlüsse auf die PPR 2.0 erlauben. Lediglich in der Gesetzesbegründung zu § 137I SGB V findet die PPR 2.0 direkte Erwähnung. Um Missverständnissen vorzubeugen ist die PPR 2.0 analog der Gesetzesbegründung explizit im Wortlaut der einschlägigen Rechtsnorm aufzuführen. Es muss im Gesetzestext deutlich sein, dass es um die Ermittlung des Personalbedarfs anhand der durch PPR 2.0 ermittelten Bedarfe der Patientinnen und Patienten geht und nicht nur einzelne Elemente der PPR 2.0 umgesetzt werden sollen.

Vor diesem Hintergrund regt der Bundesverband Geriatrie e.V. nachfolgende Anpassung des § 137I Absatz 3 Satz 1 SGB V an:

- (1) Das Bundesministerium für Gesundheit erlässt durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen bis zum 30. November 2023 auf Grundlage des Konzeptes der PPR 2.0 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 nichtintensivmedizinischen somatischen Versorgung in den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern erlassen.

Nr. 3: § 137I Absatz 3 Satz 2 Nr. 2 SGB V

Nr. 2 sieht Festlegungen zur personellen Zusammensetzung des einzusetzenden Pflegepersonals nach Qualifikation vor. Hier muss dringend klargestellt werden, dass das Bundesministerium für Gesundheit diesbezüglich keine willkürlichen Festlegungen treffen kann, wie es gegenwärtig beispielsweise das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz vorsieht. Grundsätzlich ist unter Beteiligung der Leistungserbringerverbände ein bedarfsgerechter Qualifikationsmix aus Pflegefach- und Pflegehilfskräften für die jeweiligen Fachgebiete zu definieren. Für die maximalen Anteile an Pflegehilfskräften muss entsprechend der bisherigen Abgrenzung im Pflegebudget (Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung) auch sonstiges Personal berücksichtigt werden. Nur so kann dem Pflegepersonalmangel in der Pflege nachhaltig begegnet werden.

Vor diesem Hintergrund regt der Bundesverband Geriatrie e. V. nachfolgende Anpassung des § 137I Absatz 3 Satz 2 Nr. 2 SGB V an:

2. zur bedarfsgerechten personellen Zusammensetzung des Pflegepersonals auf der Grundlage der beruflichen Qualifikationen des Pflegepersonals unter Berücksichtigung der Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung und Beteiligung der Leistungserbringerverbände

Nr. 3: § 137I Absatz 3 Satz 2 Nr. 5 SGB V

Nr. 5 legt fest, dass Regelungen zum Umfang und zur Art und Weise der Dokumentation der von den Krankenhäusern zu erhebenden Daten zu treffen sind.

In diesem Zusammenhang ist grundsätzlich klarzustellen, dass ein Instrument zur Pflegepersonalbedarfsermittlung im Krankenhaus einen Ganzhausansatz unterstützen muss und nicht auf einer fallbezogenen Einzelleistungserfassung basieren darf. Zudem ist eine regelhafte und unkontrollierte Prüfung auf Plausibilisierung der Einstufung einzelner Patientinnen und Patienten in die Pflegekategorien der PPR 2.0 grundsätzlich abzulehnen und würde zu einer Verbürokratisierung sowie der Schaffung neuer Stellen für die Kodierungsoptimierung ohne Nutzen für die Patientinnen und Patienten führen (siehe auch SGB XI-Bereich, Krankenhausabrechnungsprüfung, PKMS). Eine Prüfung auf Plausibilisierung der Einstufung einzelner Patientinnen und Patienten sollte daher ausschließlich in Ausnahmesituationen oder im Rahmen der Re-Evaluation des Gesamtverfahrens durchgeführt werden und muss zwingend mit pflegerischer Fachexpertise durch eine zentrale sowie erfahrene Stelle erfolgen.

Vor diesem Hintergrund regt der Bundesverband Geriatrie e. V. nachfolgende Anpassung des § 137I Absatz 3 Satz 2 Nr. 5 SGB V an:

zur Dokumentation, zum Nachweis und zur Veröffentlichung der von den Krankenhäusern zu erhebenden und zu übermittelnden Daten. Das Pflegepersonalbemessungsinstrument muss einen Ganzhausansatz unterstützen und darf nicht auf einer fallbezogenen Einzelleistungserfassung basieren. Eine Prüfung auf Plausibilisierung der Einstufung einzelner Patientinnen und Patienten ist ausschließlich in Ausnahmesituationen zulässig. Näheres zur Ausgestaltung insbesondere der Nachweisverpflichtungen wird unter Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des Deutschen Pflegerates und der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft geregelt.

Nr. 3: § 137I Absatz 4 Satz 1 Nr. 1 SGB V

Das Bundesministerium für Gesundheit wird mit dem § 137I Absatz 4 SGB V ermächtigt, die Rechtsverordnung um zusätzliche Vorgaben zu ergänzen:

Nr. 1 regelt Festlegungen zur schrittweisen Anpassung der Ist-Personalbesetzung an die Soll-Personalbesetzung. Hier sollte klargestellt werden, dass die PPR 2.0 unter anderem darauf abzielt, ambitionierte Zielerreichungsgrade auf Basis von bundesdurchschnittlichen Werten zu definieren. In diesem Zusammenhang unterstützt der Bundesverband Geriatrie e. V. die Forderung der DKG nach einem Ganzhaus-Ansatz, der im jetzigen Referentenentwurf fehlt. Der von der DKG geforderte Ganzhaus-Ansatz bedeutet, dass alle Krankenhäuser, die eine Personalausstattung von mindestens 80 Prozent des Niveaus der PPR 2.0 erfüllen, von den Pflegepersonaluntergrenzen freigestellt werden.

Daneben ist die Finanzierung des Pflegepersonals aus der PPR 2.0-Berechnung vollständig sicherzustellen. Krankenhäuser sollten grundsätzlich Anspruch auf Refinanzierung der PPR 2.0

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

Bundesverband Geriatrie e. V.
Reinickendorfer Straße 61
13347 Berlin

mit 100 Prozent Pflegefachpersonen und von bis zu 105 Prozent des PPR 2.0 Sollwertes im zulässigen Qualifikationsmix haben. Bezugspunkt für die Refinanzierung muss immer das tatsächlich vorhandene Personal sein.

Vor diesem Hintergrund regt der Bundesverband Geriatrie e. V. nachfolgende Anpassung des § 137I Absatz 4 Nr. 1 SGB V an:

1. zur Festlegung der schrittweisen Anpassung der Ist-Personalbesetzung an die Soll-Personalbesetzung. Diese Festlegungen haben sich an realisierbaren Werten zu orientieren und die Lage auf dem Arbeitsmarkt für Pflegekräfte zu berücksichtigen. Die Pflegepersonaluntergrenzen gemäß § 137i SGB V bleiben zur Identifikation einer absoluten Mindestausstattung der Stellenbesetzung zunächst erhalten. Mit zunehmendem Umsetzungsgrad der erforderlichen Personalbesetzung werden die Dokumentationspflichten reduziert. Ab einem Umsetzungsgrad von mindestens 80 Prozent Soll-Erfüllung können Dokumentation und Berichterstattung entfallen. Krankenhäuser, bei denen es Hinweise gibt, dass fortgesetzt Untergrenzen nicht eingehalten werden, können weiterhin zur Dokumentation verpflichtet werden. Krankenhäuser haben grundsätzlich Anspruch auf Refinanzierung der Personalbesetzung mit 100 Prozent Pflegefachpersonen und von bis zu 105 Prozent im zulässigen Qualifikationsmix. Bezugspunkt für die Refinanzierung ist das tatsächlich vorhandene Personal.

Nr. 3: § 137I Absatz 5 SGB V

Krankenhäuser, auch solche mit einem Tarifvertrag Entlastung (TV-E), können nicht von der PPR-Anwendung ausgenommen werden. Die PPR 2.0 zielt unter anderem darauf ab, ambitionierte Zielerreichungsgrade bis zur Erfüllung von 100% Zielerreichung auf Basis von bundesdurchschnittlichen Werten zu definieren. Das kann nur funktionieren, wenn alle Krankenhäuser die PPR 2.0 verpflichtend anwenden müssen.

Vor diesem Hintergrund regt der Bundesverband Geriatrie e.V. die Streichung des § 137I Absatz 5 SGB V an:

~~(5) Sofern für ein Krankenhaus in einem Tarifvertrag oder einer sonstigen Vereinbarung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern verbindliche Vorgaben zur Anzahl des in der unmittelbaren Patientenversorgung von Erwachsenen und Kindern auf bettenführenden Stationen einzusetzenden Pflegepersonals vereinbart wurden und diese Vereinbarung nach dem übereinstimmenden schriftlich oder elektronisch erklärten Willen der Tarifvertragsparteien der Anwendung der Rechtsverordnung nach den Absätzen 3 und 4 vorzuziehen ist, entfallen für das Krankenhaus die sich aus der Rechtsverordnung nach den Absätzen 3 und 4 ergebenden Verpflichtungen. Die Erklärung sowie der Tarifvertrag oder die sonstige Vereinbarung sind dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu übermitteln.~~

Nr. 7 a): § 275c Absatz 2 SGB V

Der § 275c SGB V beschreibt die Durchführung und den Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlungen. Seit dem Jahr 2022 gilt für eine Krankenkasse bei der Prüfung von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlungen durch den Medizinischen Dienst eine quartalsbezogene Prüfquote je Krankenhaus in Abhängigkeit von dem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen je Krankenhaus. Diese quartalsbezogene Prüfquote wird vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen für jedes Quartal auf der Grundlage der Prüfergebnisse des vorvergangenen Quartals ermittelt und beträgt zwischen 5 – 20 Prozent. Durch die Einführung des 275c SGB V kommt es auf der Ganzhausebene in der Summe zwar zu einer Reduktion der Krankenhausabrechnungsprüfungen, jedoch verlagert sich der Prüffokus auf besonders teure bzw. streitbehaftete Fälle und Fachbereiche – wie die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung. Die überproportionale Konzentration der Krankenhausabrechnungsprüfungen auf einzelne Fachbereiche ist grundsätzlich abzulehnen.

Der Bundesverband Geriatrie e. V. spricht sich für nachfolgende Konkretisierung § 275c Absatz 2 SGB V aus:

(2) Im Jahr 2020 darf eine Krankenkasse in jedem Quartal von den nach Absatz 1 Satz 1 prüfbareren Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung bis zu 5 Prozent der Anzahl der bei ihr im vorvergangenen Quartal eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung eines Krankenhauses nach Absatz 1 durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen (quartalsbezogene Prüfquote); im Jahr 2021 gilt eine quartalsbezogene Prüfquote von bis zu 12,5 Prozent. Ab dem Jahr 2022 gilt für eine Krankenkasse bei der Prüfung von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst eine quartalsbezogene Prüfquote je Krankenhaus in Abhängigkeit von dem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen je Krankenhaus nach Absatz 4 Satz 3 Nummer 2. Die überproportionale Konzentration von Prüfungen auf einzelne Krankenhausbehandlungen ist unzulässig.

Nr. 8 b): § 275d Absatz 2 SGB V

Nach Einführung der OPS-Strukturprüfung gem. § 275d SGB V im Jahr 2021 sind nunmehr die ersten sozialgerichtlichen Entscheidungen in dieser Angelegenheit ergangen. So haben mehrere Einrichtungen nach Erhalt eines negativen Prüfbescheides einen Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz gemäß § 86b Abs. 2 S. 2 SGG gestellt. Ziel der Anträge war es, eine vorläufige positive Bescheinigung über die Einhaltung der Strukturmerkmale zu erhalten.

Das Sozialgericht Aachen hat mit Beschluss vom 01.09.2022 (6 KR 52/22 KH ER) einen solchen Antrag abgelehnt. In seiner Entscheidung hat das Gericht eine Aussage zur Frage getroffen, ob Einrichtungen aufgrund der aufschiebenden Wirkung einer Klage gegen ein negatives Prüfergebnis ihre Leistungen während des Rechtsschutzverfahrens weiter vereinbaren und abrechnen dürfen. Das Sozialgericht Aachen hat dies verneint. Wie sich aus § 275d Abs. 1 Satz

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

Bundesverband Geriatrie e. V.
Reinickendorfer Straße 61
13347 Berlin

1 und Abs. 2 SGB V ergebe, bestehe die mit der aufschiebenden Wirkung verbundene Vollzugshemmung erst mit Vorliegen einer positiven Bescheinigung über die Einhaltung der Strukturmerkmale.

Der Bundesverband Geriatrie hält diese Auslegung zwar für juristisch vertretbar, möchte aber dringend auf die weitreichenden Folgen dieser Auffassung für die geriatrischen Einrichtungen sowie die Versorgung der geriatrischen Patientinnen und Patienten hinweisen. In Folge der Auslegung des Sozialgericht Aachen, können die Einrichtungen ihre Leistungen nach einem negativen Prüfergebnis nicht mehr abrechnen. Da die aktuelle Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V (Regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V [StrOPS-RL]) ab dem Jahr 2022 keine Wiederholungsprüfungen mehr vorsieht, müssen die Einrichtungen den Rechtsweg beschreiten, um eine positive Beurteilung zu erhalten. Erfahrungsgemäß dauern Verfahren vor dem Sozialgericht mehrere Jahre, währenddessen die Einrichtungen keine Entgelte erhalten würden. Als Folge dessen besteht die Gefahr, dass die Einrichtungen ihre personelle und sachliche Infrastruktur zur Leistungserbringung nicht mehr aufrechterhalten können. So müssten ggf. Arbeitsverträge aufgelöst werden. Zudem besteht die Wahrscheinlichkeit, dass Personal abwandert, wenn es in der Einrichtung die eigentliche Leistung nicht mehr erbringen kann. Dies könnte in letzter Konsequenz die komplette Schließung der geriatrischen Abteilung bedeuten. Durch diese Schließungen entstehen Engpässe in der medizinischen Versorgung, welche sich insbesondere vor dem Hintergrund des demografischen Wandels als dramatisch erweisen können. Infolge des demografischen Wandels wird der Anteil der Menschen, die einer altersmedizinischen Behandlung bedürfen in den kommenden Jahren weiter ansteigen. Bereits zum jetzigen Zeitpunkt stellt die medizinische Versorgung betagter und hochbetagter Patientinnen und Patienten in strukturschwachen Regionen aufgrund des Fachkräftemangels eine große Herausforderung dar. Diese bereits angespannte Situation würde sich durch Schließungen von geriatrischen Abteilungen weiter erheblich verschärfen.

Hervorzuheben ist, dass das Sozialgericht Aachen bisher als einziges Sozialgericht die oben dargestellte Auffassung vertritt. So sind das Sozialgericht Nürnberg (Beschluss vom 10.02.2022 - S 18 KR 981/21 ER) und das Sozialgericht Köln (Beschluss vom 14.03.2022 - S 24 KR 103/22 ER) der Ansicht, dass das Abrechnungs- und Erbringungsverbot erst mit rechtskräftigem Abschluss der Strukturprüfung eintritt. Laut dem Sozialgericht Altenburg (Beschluss vom 25.01.2022 - S 4 KR 1794/21 ER) ist eine Abrechnung aufgrund der aufschiebenden Wirkung von Widerspruch und Klage auch während einem laufenden Rechtsschutzverfahren möglich.

Zu beachten ist auch, dass gerade die Strukturmerkmale der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung immer wieder im Mittelpunkt von Auslegungstreitigkeiten stehen. So wurde beispielsweise der Begutachtungslauf hinsichtlich der Strukturmerkmale des OPS 8-550 seit Einführung der Strukturprüfung bereits 4-mal geändert. Dies führt zusätzlich zu einer großen Unsicherheit bei den betroffenen Einrichtungen.

Nach Auffassung des Bundesverbandes Geriatrie dürfen Auslegungsstreitigkeiten nicht einseitig zu Lasten der Leistungserbringer gehen. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund nicht sachgerecht, dass das wirtschaftliche Ausfallrisiko der einzelnen Einrichtung immer höher als das Risiko der Kostenträger ist. Den Einrichtungen eine Vergütung während eines laufenden Rechtsschutzverfahrens zu verweigern, widerspricht zudem dem Grundsatz von Treu und Glauben. Zudem ist in § 86a SGG die aufschiebende Wirkung von Widerspruch und Anfechtungsklage generell geregelt, ein Ausschluss – wie z. B. in § 275c Abs. 5 SGB V geregelt ist – müsste explizit aus dem Gesetz hervorgehen.

Die vom SG Aachen vertretene Auffassung steht auch im klaren Widerspruch zur Intention des Gesetzgebers. Der Gesetzgeber hat in der Gesetzesbegründung zum MDK-Reformgesetz klargestellt, dass eine Einrichtung bei Erhebung einer Klage gegen das negative Prüfergebnis aufgrund der aufschiebenden Wirkung die Leistungen weiter vereinbaren und abrechnen darf (BT-Drucks. 19/14871, S. 107).

Um den Willen des Gesetzgebers umzusetzen, fordert der Bundesverband Geriatrie daher eine Klarstellung des § 275d SGB V in der Weise, dass Einrichtungen bis zum rechtskräftigen Abschluss der Strukturprüfung ihre Leistungen weiter erbringen und abrechnen können.

§ 275d wird wie folgt geändert:

Dem Wortlaut des Absatzes 2 wird folgender Satz vorangestellt:

„Die Strukturprüfung wird durch einen **rechtskräftigen** Bescheid abgeschlossen.“

Nr. 8 d) aa): § 275d Absatz 4 SGB V

Der neue § 275d Absatz 4 SGB V stellt auf mögliche Verzögerungen bei der Durchführung von Strukturprüfungen nach § 275d SGB V ab, die nicht vom einzelnen Krankenhaus zu vertreten sind und die zu einer Übermittlung des Prüfergebnisses erst nach dem 31. Dezember 2022 führen. Für diesen Fall wird gewährleistet, dass betroffene Krankenhäuser bis zum Abschluss einer Strukturprüfung bislang erbrachte Leistungen weiterhin vereinbaren und abrechnen können.

Mit der geplanten Neuregelung des KHPfIEG soll nunmehr klargestellt werden, dass es sich bei dem § 275d Absatz 4 SGB V um eine Übergangsregelung für die erstmalige Prüfung von Strukturmerkmalen handele. Gemäß dem Prüfkonzept des Medizinischen Dienstes zur regelmäßigen Begutachtung zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V (vgl. Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V, Version 2022, S. 11) bedeutet eine fortlaufende Leistungsvereinbarung, dass Krankenhäusern im Jahr der Antragstellung eine Bescheinigung für den entsprechenden OPS-Kode vorliegt, deren Gültigkeit zum 31. Dezember des Antragsjahres endet. In diesem Fall hat das Krankenhaus bis zum 30. Juni des Antragsjahres die Prüfung der Strukturmerkmale des OPS-Kodes als turnusgemäße Prüfung zu beantragen. Vor diesem Hintergrund stellt der 31. Dezember regelhaft und wiederkehrend die Frist zur Übermittlung des Prüfergebnisses dar, weshalb der § 275d Absatz

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

Bundesverband Geriatrie e. V.
Reinickendorfer Straße 61
13347 Berlin

4 Satz 1 SGB V keinen Ausnahmetatbestand, sondern die gelebte Prüfpraxis beschreibt. Aufgrund der bisherigen – zum Teil streitbehafteten – Erfahrungen mit den OPS-Strukturprüfungen besteht die Notwendigkeit zur Fortführung des § 275d Absatz 4 Satz 1 SGB V. Eine Definition dieser Schutzregelungen als Übergangsinstrument ist grundsätzlich abzulehnen.

Der Bundesverband Geriatrie e. V. spricht sich gegen Konkretisierung des § 275d Absatz 4 Satz 1 SGB V aus und regt nachfolgende Anpassung an:

(4) Krankenhäuser, die die strukturellen Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht erfüllen, dürfen die Leistungen ab dem Jahr 2022 nicht vereinbaren und nicht abrechnen. Soweit Krankenhäusern die Bescheinigung über die Einhaltung der Strukturmerkmale nach Absatz 2 aus von ihnen nicht zu vertretenden Gründen erst nach dem 31. Dezember ~~2021~~ des jeweiligen Prüffjahres vorliegt, können diese Krankenhäuser bis zum rechtskräftigen Abschluss einer Strukturprüfung bislang erbrachte Leistungen weiterhin vereinbaren und abrechnen.

Nr. 17: § 332a SGB V

Durch die Neuregelung in § 332a SGB V sollen Hürden für die Leistungserbringer abgebaut werden, die derzeit aufgrund von (vertraglichen) Beschränkungen durch Anbieter und Hersteller informationstechnischer Systeme im Rahmen der Telematikinfrastruktur bestehen. Grundsätzlich sind die einzelnen Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur gemäß § 325 Absatz 2 und 3 SGB V so auszugestalten, dass sie interoperabel sind. Hierdurch soll trotz der heterogenen Anbieterstruktur von Komponenten und Diensten über verbindliche technische Normen ein funktionierendes Gesamtsystem erreicht werden.

Die Neuregelungen in § 332a SGB V schließen die vertragsärztliche Versorgung, die vertragszahnärztliche Versorgung, die pflegerische Versorgung sowie die Krankenhäuser und Apotheken ein. Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind gegenwärtig von den Regelungen des § 332a SGB V nicht umfasst, weshalb dringender Nachbesserungsbedarf besteht. Mit dem Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) vom 14. Oktober 2020 wurde die Anbindung von ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen an die Telematikinfrastruktur ermöglicht. Die Kosten sind für alle teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen gemäß § 381 SGB V grundsätzlich seit dem 1. Januar 2021 erstattungsfähig. Vor diesem Hintergrund müssen die derzeit bestehenden vertraglichen Hürden im Rahmen der Telematikinfrastruktur auch für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen abgebaut werden.

Der Bundesverband Geriatrie e. V. spricht sich für eine Ergänzung des neuen § 332a SGBV aus und regt nachfolgende Anpassung an:

§ 332a

Unzulässige Beschränkungen durch Anbieter und Hersteller informationstechnischer Systeme für die vertragsärztliche Versorgung, die vertragszahnärztliche Versorgung, für Krankenhäuser, Apotheken sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Nr. 28: § 361a SGB V

Durch die Telematikinfrastruktur authentifizierte Berechtigte sollen mit eigenen Mehrwertangeboten den Nutzen der elektronischen Verordnung für die Versicherten noch vergrößern können. Das Innovationspotential, welches über diese Berechtigten Eingang in die Versorgung finden kann, soll nicht ungenutzt bleiben. Zu diesem Zweck werden mit dem neuen § 361a SGB V die rechtlichen Grundlagen für Schnittstellen im E-Rezept-Fachdienst geschaffen. Die Schnittstellen dienen gleichsam als Bindeglied zwischen den Produkten der Berechtigten einerseits und den Komponenten und Diensten der sicheren Telematikinfrastruktur andererseits.

Gemäß § 361a Absatz 1 Nr. 5 und 6 SGB V gehören zu den authentifizierten Berechtigten u.a. Vertragsärzte und Krankenhäuser, die in einem Behandlungsverhältnis mit Versicherten stehen. Die Möglichkeit einer Datenübermittlung durch die Versicherten aus den elektronischen Verordnungen an die Hausärzte kann gemäß der Gesetzesbegründung u.a. dann Mehrwerte bieten, wenn elektronische Verordnungen von Fachärztinnen und Fachärzten ausgestellt werden. Ebenso ist der umgekehrte Fall denkbar. Die geregelte Übermittlungsmöglichkeit kann gemäß der Gesetzesbegründung jedoch auch für Mehrwertangebote zwecks Abstimmung zwischen den Hausärztinnen bzw. Hausärzten und Krankenhäusern nützlich sein.

Die genannten Mehrwertangebote zwischen Hausärztinnen bzw. Hausärzten und Krankenhäusern gelten gleichermaßen auch für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, weshalb diese ebenfalls als authentifizierte Berechtigte in die einwilligungsbasierte Übermittlung von Daten aus vertragsärztlichen elektronischen Verordnungen aufgenommen werden müssen. Insbesondere im Bereich der Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten ist die sektorenübergreifende Vernetzung von zentraler Bedeutung. Die Schwierigkeit der Therapiepriorisierung bei Multimorbidität zeigt sich am stärksten in der Arzneimitteltherapie, deren Sicherheit seit einigen Jahren unter dem Stichwort Polypharmazie kritisch diskutiert wird. Vor diesem Hintergrund ist die Einrichtung eines durchgehenden digitalen Medikationsmanagements zur Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit, das Informationen zu sämtlichen arzneibezogenen Behandlungen über den gesamten Behandlungsprozess zur Verfügung stellt, aus geriatrischer Sicht von besonderer Bedeutung.

Der Bundesverband Geriatrie e. V. spricht sich für eine Ergänzung des neuen § 361a SGBV aus und regt nachfolgenden neuen § 361a Absatz 1 Nr. 7 SGB V an:

[7. Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die in einem Behandlungsverhältnis mit dem Versicherten stehen, zur Unterstützung der Behandlung.](#)

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 4: § 11 KHEntgG

sowie

Artikel 5 – Änderungen der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 2: § 11 BpflV

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

Bundesverband Geriatrie e. V.
Reinickendorfer Straße 61
13347 Berlin

Mit den Neuregelungen in § 11 KHG/BPflV soll der Prospektivitätsgrundsatz der Budgetverhandlungen gestärkt, zeitnahe Verhandlungen gewährleistet und der Verhandlungsstau der letzten Jahre aufgelöst werden. Durch die Vorgabe von Fristen sollen die Verhandlungen gestrafft und besser strukturiert werden. Die geplanten Fristen in § 11 Absatz 4 KHEntgG/BPflV beziehen sich auf die Vorlage der für die Budgetverhandlungen erforderlichen Unterlagen sowie die in § 11 Absatz 3 KHEntgG/BPflV auf die konkrete Durchführung. Konkret sieht der neue § 11 Absatz 4 KHEntgG/BPflV vor, dass die Unterlagen zur Vorbereitung der Budgetverhandlungen (Forderungs-AEB und Nachweis der zweckentsprechenden Verwendung der Mittel für Tarifierhöhungen) spätestens bis zum 31. Dezember des Jahres, das dem Jahr vorausgeht, für das die Vereinbarung gelten soll, durch die Krankenhäuser vorgelegt werden müssen. Ferner sollen die Sozialleistungsträger gemäß § 11 Absatz 3 KHEntgG/BPflV einmalig die Vorlage von zusätzlichen Unterlagen und die Erteilung von Auskünften verlangen können. Das Krankenhaus hat gemäß § 11 Absatz 4 KHEntgG/BPflV innerhalb von sechs Wochen nach Eingang des Verlangens die zusätzlichen Unterlagen vorzulegen und die Auskünfte zu erteilen. Für den Fall, dass die Krankenhäuser ihren Pflichten zur Unterlagenübermittlung nicht nachkommen, sieht § 11 Absatz 4 KHEntgG/BPflV einen einprozentigen Rechnungsabschlag für jeden voll- oder teilstationären Fall vor. Für die neuen Fristen zur Unterlagenvorlage und Auskunftserteilung nach § 11 Absatz 4 KHEntgG/BPflV wird den Vertragsparteien auf Bundesebene aufgegeben, das Nähere zur Dokumentation des Eingangs von Unterlagen und Auskünften zu vereinbaren.

Der Bundesverband Geriatrie e. V. weist ausdrücklich darauf hin, dass die geplanten Regelungen zur Vorlage von Unterlagen einseitig das Krankenhaus benachteiligen und daher strikt abzulehnen sind. Im Hinblick auf die geplante Fristsetzung zur Verhandlungsvorbereitung bis zum 31. Dezember eines jeden Jahres ist anzumerken, dass zum Zeitpunkt der Abgabepflicht einige obligatorische Unterlagen und Informationen noch gar nicht vollständig vorliegen. Beispielfhaft ist hier das Gesamtjahres-IST des Vorjahreszeitraums zu nennen. Außerdem sind nach der ständigen Rechtsprechung auch unterjährige IST-Daten des Vereinbarungszeitraums zu berücksichtigen. Zudem zeigen die bisherigen Erfahrungen, dass die Kostenträger häufig umfangreiche oder oberflächliche Nachlieferungsanfragen übermitteln, weshalb eine fristgerechte oder ausreichende Beantwortung seitens der Krankenhäuser erschwert wird. Unabhängig ob die Krankenhäuser den zeitlichen Verzug tatsächlich zu verschulden haben, wäre das Krankenhaus in der Folge jedoch für ein Schiedsstellenverfahren präkludiert. Auch die Frage, ob der zu erwartende Nutzen der Unterlagen den Aufwand deutlich übersteigt wird in der Praxis nicht immer eindeutig zu bewerten sein, weshalb geplante Rechnungsabschlag eine Vielzahl strittiger Genehmigungsverfahren zu Lasten der Krankenhäuser mit sich bringen wird.

Neben dem bestehenden Konfliktlösungsmechanismus sieht der Gesetzentwurf zusätzlich ein automatisches Tätigwerden der Schiedsstellen für den Fall vor, dass die Vertragsparteien auf der Ortsebene keine Einigung erzielen. Der neue § 13 Absatz 3 KHEntgG/BPflV sieht vor, dass eine Vereinbarung bis spätestens 31. Juli des Jahres abgeschlossen werden muss, für das die Vereinbarung gelten soll. Falls bis zu dieser Frist eine Vereinbarung oder Festsetzung durch die Schiedsstelle nicht zustande gekommen ist, hat die Schiedsstelle ohne Antrag einer Vertragspartei den Inhalt der Vereinbarung festzusetzen. Dies hat sie innerhalb von sechs Wochen zu erledigen. Mit dem neuen § 13 Absatz 3 KHEntgG/BPflV wird zudem geregelt, dass die Schiedsstelle bei ihrer Entscheidung nur die Unterlagen und Auskünfte zu berücksichtigen hat, die fristgerecht vorgelegt bzw. erteilt worden sind. Für die noch ausstehenden Vereinbarungen

der letzten Jahre werden Sonderregelungen vorgesehen, die auch vom Ziel einer möglichst zeitnahen Vereinbarung bzw. Festlegung durch die Schiedsstelle geprägt sind.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Schiedsstellen die Vielzahl der zu erwartenden Verfahren aufgrund bereits heute fehlender Kapazitäten nicht bewältigen könnten. Zudem zeigt die Erfahrung, dass sich Schiedsstellenverfahren häufig in die Länge ziehen, weshalb die geplante sechswöchige Frist für den abschließenden Schiedsspruch mit der Praxis nicht vereinbar ist. Bereits triviale Begebenheiten wie Termin- und Raumfindung oder krankheitsbedingte Ausfälle können zu deutlichen Verhandlungsverzögerungen führen. Zudem verfügen die Schiedsstellen in der Regel nicht über die Notwendigen Personalkapazitäten, um die erwartbare Masse an Schiedsverfahren bewältigen zu können. In der Folge wird es zu einem erheblichen Verfahrensstau kommen, denn die Einhaltung der Sechs- bzw. Zwölfwochenfrist ist nach der Rechtsprechung nur eine Ordnungsvorschrift.

Anstatt das Gesundheitssystem mit weiterer Bürokratie zu überfrachten, sollten mit ausreichend Vorlauf verlässliche und weniger bürokratische Rahmenbedingungen geschaffen werden, um eine erfolgreiche und beschleunigte Budgetfindung vor Ort zu unterstützen. Grundsätzlich ist darauf hinzuweisen, dass der Verhandlungsstau der letzten Jahre primär auf die sich ständig ändernden gesetzlichen Vorgaben zurückzuführen ist. Zu verweisen ist hier insbesondere auf die Entwicklung der Vorschriften zum Pflegebudget. In der Folge nun einseitig die Krankenhäuser zu benachteiligen ist strikt abzulehnen.

Der Bundesverband Geriatrie e. V. spricht sich für die ersatzlose Streichung der geplanten Neuregelungen in § 11 KHEntgG und § 11 BPfIV aus.