

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**20(14)29(2)**  
gel. VB zur öffent Anh am  
**27.04.2022 - Pflegebonus**  
**25.04.2022**



Bundesverband der Krankenhausträger  
in der Bundesrepublik Deutschland

## **Stellungnahme**

**der Deutschen Krankenhausgesellschaft**

**anlässlich der Anhörung im  
Ausschuss für Gesundheit am 27. April 2022**

**zum**

**Entwurf der  
Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP  
für ein**

**Gesetz zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in  
Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen  
(Pflegebonusgesetz - PfIBG)**

**Drucksache 20/1331**

**vom 22. April 2022**

## Inhaltsverzeichnis

<b>Allgemeiner Teil</b> .....	<b>3</b>
<b>Besonderer Teil</b> .....	<b>7</b>
<b>Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes</b> .....	<b>7</b>
Zu Artikel 1 § 26e Absatz 2 Definition der anspruchsberechtigten Pflegefachkräfte .....	7
Zu Artikel 1 § 26e Absatz 3 Definition der anspruchsberechtigten Pflegefachkräfte .....	8
Zu Artikel 1 § 26e Absatz 4 Festlegung der Datenlieferungspflichten der Krankenhäuser an das InEK .....	9
Zu Artikel 1 § 26e Absatz 5 und 6 Ermittlung der Prämienhöhe durch das InEK .....	10
Zu Artikel 1 § 26e Absatz 8 Nachweispflicht der zweckmäßigen Mittelverwendung .....	11
<b>Artikel 3 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes</b> .....	<b>12</b>
Zu Artikel 3 Nr. 1 bis 3 (§ 15 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG) Erhöhung des vorläufigen Pflegeentgeltwertes ab 1. Juli 2022.....	12
<b>Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf</b> .....	<b>18</b>
Sicherstellung der Krankenhausversorgung in der Corona-Pandemie .....	18
Übergangspflege – Anpassungsbedarf zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung .....	23
Ergänzung eines Regelbeispiels für eine positive Prognose im Bereich Mindestmengen.....	25
Klarstellung des § 137 Absatz 1 Satz 3 SGB V .....	26

---

## Allgemeiner Teil

---

Die Krankenhäuser begrüßen und unterstützen ausdrücklich die Intention des Pflegebonus, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Krankenhäusern ein Zeichen der Dankbarkeit und Wertschätzung zukommen zu lassen. Die Krankenhäuser arbeiten seit nunmehr über zwei Jahren Pandemie im Ausnahmezustand. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter leisten mit höchster Professionalität, Hingabe und Empathie eine herausragende medizinische Versorgung am Rande der Belastungsgrenze und manchmal auch darüber hinaus. Um die außergewöhnlichen Anstrengungen und die hohe Belastung insbesondere der patientennahen Bereiche entsprechend zu würdigen, reichen die Gesamtmittel jedoch bei Weitem nicht aus. Eine spürbare Aufstockung der zur Verfügung stehenden Gesamtmittel ist daher dringend geboten.

Die vergangenen Pandemiejahre haben eindrücklich bewiesen, dass die Bewältigung der Corona-Pandemie nur gemeinsam gelingen kann. Gemeinsam als Gesamtgesellschaft, gemeinsam mit allen Leistungserbringern im Gesundheitswesen, gemeinsam als Krankenhauslandschaft. Zur Sicherstellung der bestmöglichen medizinischen Versorgung haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Krankenhäusern größte Anstrengungen und Herausforderungen im privaten wie im beruflichen Umfeld auf sich genommen. Krankenhausübergreifend wurden länderspezifische Konzepte zur Versorgung der COVID-Patientinnen und -Patienten entwickelt, die vor allem durch Kooperation und Versorgungsaufteilung geprägt waren, aber auch eine flächendeckende Versorgung garantierten. Auch vor diesem Hintergrund ist die im Gesetzentwurf erfolgte Abgrenzung der prämieneberechtigten Beschäftigten und anspruchsberechtigten Krankenhäuser zu kritisieren.

Durch die Anspruchsvoraussetzung von „mindestens 10 COVID-Patientinnen und -Patienten mit mindestens 48 Stunden Beatmungszeit im Jahr 2021“ wird von vornherein ein großer Teil der Krankenhäuser und damit ein erheblicher Teil des Pflegepersonals von der Prämie ausgeschlossen. Dies geschieht mit dem Wissen, welchen wichtigen Beitrag auch Krankenhäuser ohne Beatmungsbetten in der gemeinsamen Pandemiebewältigung leisten und dass der Großteil der pandemiebedingten Versorgung auf der Normalstation erfolgt. Nach der Öffnung von Kitas, Schulen und Freizeitangeboten sind die Infektionszahlen bei Kindern stark gestiegen und damit auch die Anzahl der stationär zu versorgenden, an COVID-erkrankten Kindern. Zum Glück müssen diese nur in seltenen Fällen beatmet werden, was die Arbeitsbelastung des Pflegepersonals und das Eigeninfektionsrisiko aber nicht verringert. Auch diese Pflegekräfte leisten eine herausragende Arbeit und sollten von der Prämie profitieren können. Die Kriterien der anspruchsberechtigten Krankenhäuser sollten daher auf kleinere Krankenhäuser und besondere Fachkliniken (insbesondere Kinderkliniken und Psychiatrien) erweitert werden.

Der Empfängerkreis der Prämienzahlung wird auf die im Gesetzestext genannten Berufsgruppen beschränkt. Die im Gesetzentwurf erfolgte Definition führt zu Abgrenzungsproblemen und Ungleichbehandlungen. Zudem ist Krankenhausversorgung grundsätzlich Teamarbeit und auch viele weitere Berufsgruppen sind durch die Pandemie besonders belastet (z. B. Pflegehilfskräfte, therapeutisches und ärztliches Personal, Reinigungspersonal). Auch Minister Karl Lauterbach hat in öffentlichen Erklärungen betont, dass sich

über die Pflege hinaus alle patientennahen Bereiche vorbildlich engagieren. Grundsätzlich sollten daher alle patientennahen Berufsgruppen im Krankenhaus von der Prämienzahlung profitieren können. In diesem Zusammenhang ebenfalls problematisch ist die Begrenzung auf Pflegepersonal auf bettenführende Stationen. Auch durch diese Voraussetzung wird ein großer Teil des Personals im Krankenhaus von vorneherein ausgeschlossen, wie z. B. die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter - auch Pflegekräfte - in vielen Notfallaufnahmen und den Funktionsbereichen (z. B. OP, Endoskopie). In der jetzigen Ausgestaltung droht die Pflegeprämie, die verschiedenen Berufsgruppen in den Krankenhäusern zu spalten.

Um die herausragenden Leistungen der durch die Corona-Pandemie besonders belasteten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Krankenhaus entsprechend würdigen zu können, sind zusammenfassend die folgenden Anpassungen in dem Gesetzentwurf zum Pflegebonusgesetz vorzunehmen:

- Erhöhung der für die Prämienzahlung zur Verfügung stehenden Gesamtmittel
- Anpassung der Anspruchskriterien, sodass auch Personal von kleineren Krankenhäusern und besonderen Fachkliniken (insbesondere Kinderkliniken und Psychiatrien) einen Beitrag der Wertschätzung und Dankbarkeit erhalten können
- Ausweitung der prämierten auf alle patientennahen Beschäftigten.

### **Erhöhung des vorläufigen Pflegeentgeltwert**

Mit der Einführung des Pflegebudgets sollten die tatsächlichen Personalkosten der Pflegekräfte im Krankenhaus vollständig refinanziert werden. Die Verhandlungen zum Pflegebudget gestalten sich aber äußerst schwierig, sodass im Ergebnis viele Pflegebudgets für die Jahre 2020 und 2021 noch nicht vereinbart sind (nur rund 580 Pflegebudgets in 2020 = 40 %). Dadurch entstehen massive Liquiditätsprobleme, denn die Krankenhäuser haben den politischen Willen umgesetzt und zusätzliches Pflegepersonal eingestellt und durch deutlich höhere Tarifentgelte besser bezahlt. So lange kein Pflegebudget vereinbart ist, erhalten die Kliniken – auch im Jahr 2022 – nur einen Ersatzbetrag, der auf Basis der durchschnittlichen Kosten- und Belegungsdaten des Jahres 2019 ermittelt wurde. Ohne Pflegebudgetvereinbarung zahlen die Krankenhäuser somit den politisch gewollten Aufbau von Pflegepersonal und die Lohnentwicklung in der Pflege aus eigener Tasche und die Krankenkassen sind im Vorteil. Hieraus ergibt sich eine **massive Liquiditätslücke im Gesamtumfang von rund 8 Mrd. Euro<sup>1</sup> bis zum Jahresende 2022.**

Dieses Problem wurde nun grundsätzlich erkannt und eine unterjährige Erhöhung des gesetzlich festgelegten vorläufigen Pflegeentgeltwertes ab 1. Juli 2022 angekündigt (von 163,09 Euro auf 200 Euro). Auch für das Jahr 2023 soll eine Erhöhung auf 171 Euro erfolgen. Die Krankenhäuser begrüßen diese Initiative des Gesetzgebers grundsätzlich, da damit ein wichtiger Beitrag zur Liquiditätsabsicherung geleistet wird. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass diese Anhebung bei weitem nicht ausreicht. Auch der nun

---

<sup>1</sup> Die detaillierte Berechnung ist dem besonderen Teil der Stellungnahme zu Artikel 3 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (siehe Seite 12) zu entnehmen.

vorgesehene Pflegeentgeltwert ist viel zu gering, um den bestehenden Liquiditätssengpass der Krankenhäuser spürbar zu reduzieren. Der vorläufige Pflegeentgeltwert muss deutlich höher ausgestaltet sein (vom 1.7.2022 bis 31.12.2022 Erhöhung auf 340 Euro und ab 1.1.2023 auf 230 Euro), auch um den Gesetzlichen Krankenkassen einen Anreiz zum zeitnahen Abschluss sachgerechter Pflegebudgets zu geben (siehe Berechnung ab Seite 12).

In diesem Zusammenhang ist besonders zu betonen, dass die Anhebung des vorläufigen Pflegeentgeltwertes eine Maßnahme zur reinen Liquiditätssicherung ist und nicht zu Mehrausgaben für die Gesetzlichen Krankenkassen führt, da nach Abschluss der Pflegebudgets entsprechende Ausgleichs vorgenommen werden. Darauf wird auch explizit in der Gesetzesbegründung hingewiesen.

## **Sicherstellung der Krankenhausversorgung in der Corona-Pandemie**

### 1. Ganzjahresausgleich für die Jahre 2021 und 2022 anpassen

Der Ganzjahreserlösausgleich ist das zentrale Instrument zur wirtschaftlichen Absicherung der Krankenhäuser. Die für den Ganzjahresausgleich der Jahre 2021 und 2022 geltende Regelung, nach der nur 98 % der Erlöse des Referenzjahres 2019 berücksichtigt werden dürfen, basiert auf Annahmen zum Pandemieverlauf, die sich nicht bewahrheitet haben. Die Impfkampagne hat die gewünschte Abschwächung des Pandemieverlaufs nicht in Gänze bewirkt und folglich sind die erwarteten Nachholeffekte in der stationären Versorgung nicht eingetreten. Die jetzt sichtbare Dimension der Erlösverluste war bei Implementierung des Ganzjahresausgleichs nicht zu erwarten. Allein im Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetz und hier ausschließlich bei den bewerteten Entgelten bleibt ein Gesamterlösverlust für die Krankenhäuser in Höhe von mindestens 1,2 Mrd. € im Jahr 2021 bestehen. Vor diesem Hintergrund ist die 98 % Regelung für die Jahre 2021 und 2022 dringend durch einen 100 %-Ansatz zu ersetzen (§§ 5 und 5a KHWiSichV).

### 2. Ausgleichszahlungen weiter fortführen

Auch nach zwei Jahren Pandemie sind die Krankenhäuser von einem Regelbetrieb weit entfernt. Das hohe Niveau COVID-positiv getesteter Patientinnen und Patienten im Krankenhaus, die strengen Hygieneanforderungen zu Infektionsprävention aber auch die hohen Personalausfälle insbesondere infolge von Quarantäneanordnungen lassen noch keinen Regelbetrieb zu. Die erfolgten Lockerungen und weitreichende Abschaffung der Maskenpflicht im Alltag werden vermutlich dazu führen, dass die hohe Belastungssituation im Gesundheitswesen bestehen bleibt. Vor diesem Hintergrund sind Ausgleichszahlungen ein wichtiger Bestandteil des Krankenhaus-Rettungsschirms, um die Liquidität der Krankenhäuser aufrecht zu erhalten. Vor diesem Hintergrund ist das Auslaufen der Ausgleichszahlungen zum 18. April 2022 unverständlich und sollte mindestens im Gleichklang mit dem Versorgungsaufschlag bis Ende Juni 2022 fortgeführt werden. Anderenfalls wird sich die finanzielle Situation der Krankenhäuser weiter deutlich verschlechtern. Für die Krankenhäuser bleibt dann lediglich die Absicherung der Erlösrückgänge über

den Ganzjahresausgleich 2022. Da die Erlösrückgänge bei fehlenden Ausgleichszahlungen nicht durch diese ausgeglichen werden können, führt die unvollständige Kompensation durch den Ganzjahresausgleich (Ausgleichssatz 85 Prozent der Erlösrückgänge nach Abzug der Sachkosten sowie die 2-Prozent-Regelung) zu dramatischen Auswirkungen auf die finanzielle Situation der Krankenhäuser.

### 3. Inflationsausgleich, insbesondere Energiekosten einführen

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes haben sich Waren und Dienstleistungen im März 2022 um 7,3 % gegenüber dem Vorjahresmonat verteuert. Aufgrund des Krieges in der Ukraine muss davon ausgegangen werden, dass sich diese Entwicklung in den kommenden Monaten weiter fortsetzen wird. Insbesondere von den stark anziehenden Energiepreisen sind auch die Krankenhäuser massiv betroffen. Da die resultierenden Kostensteigerungen nicht in den Landesbasisfallwerten für das Jahr 2022 berücksichtigt werden konnten, sollte mit dem Pflegebonusgesetz ein entsprechender, ggf. zeitlich befristeter Ausgleich auf den Weg gebracht werden. Pragmatisch kann dieser beispielsweise über einen Rechnungsaufschlag umgesetzt werden.

---

## Besonderer Teil

---

### Artikel 1

## Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

### Zu Artikel 1 § 26e Absatz 2

#### Definition der anspruchsberechtigten Pflegefachkräfte

#### Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung in Absatz 2 wird festgelegt, dass nur Pflegefachkräfte anspruchsberechtigt sind, die im Jahr 2021 mindestens 185 Tage im direkten Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus standen.

#### Stellungnahme

Es ist grundsätzlich sachgerecht, den anspruchsberechtigten Mitarbeiterkreis aufgrund des Beschäftigungszeitraumes festzulegen. Damit müssen die anspruchsberechtigten Pflegefachkräfte gut sechs Monate im jeweiligen Krankenhaus beschäftigt gewesen sein. Es ist allerdings darauf hinzuweisen, dass gemäß dieser Regelung auch Pflegefachkräfte anspruchsberechtigt wären, die zum Zeitpunkt der Prämienauszahlung schon längst aus dem Krankenhaus ausgeschieden sind. Im Extremfall sind diese Mitarbeiter bereits seit Juli 2021 nicht mehr im Krankenhaus beschäftigt und unter Umständen auch nicht mehr erreichbar. Hier müssten Krankenhäuser einen erheblichen Ermittlungsaufwand betreiben, um eine ordnungsgemäße Prämienzahlung zu gewährleisten. Vielmehr sollte hier – wie bei anderen Sonderzahlungen wie z.B. Weihnachtsgeld – auch die Betriebstreue zählen. Vor diesem Hintergrund sollten nur diejenigen einen Anspruch auf die Prämienzahlung haben, die am 1. April 2022 noch in einem Beschäftigungsverhältnis standen.

Zudem wird hier der Berechtigtenkreis auf Pflegefachkräfte auf bettenführenden Stationen begrenzt. Damit wäre z.B. das genauso belastete Pflegepersonal in Notaufnahmen und im OP nicht erfasst. Die Krankenhäuser schlagen daher vor, diese Eingrenzung zu streichen. Sofern man die Auswahl der Prämienempfänger den Betriebsparteien vor Ort überlassen würde, wäre eine solche Regelung sogar obsolet.

Die Einschränkung auf Pflegefachkräfte führt dazu, dass Pflegehilfskräfte nicht berücksichtigt werden können, obwohl auch diese hoch belastet waren. Daher sollte nicht von Pflegefachkräften, sondern – analog zur Corona-Prämie nach § 26d KHG - von Pflegekräften gesprochen werden.

Sofern die Auswahl der Prämienempfänger den Betriebsparteien vor Ort überlassen werden soll, wäre die o.g. Bestimmungen in Absatz 2 obsolet.

## Änderungsvorschlag

Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:

Erhält ein Krankenhaus die Auszahlung aus Bundesmitteln, muss es mit dem ausgezahlten Betrag eine Prämie als einmalige Sonderleistung an diejenigen Pflegefachkräfte zahlen, die im Jahr 2021 für mindestens 185 Tage mit direktem Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen in dem Krankenhaus beschäftigt gewesen sind und die am 1. April 2022 in einem Beschäftigungsverhältnis zu dem Krankenhaus standen.

### Zu Artikel 1 § 26e Absatz 3

#### Definition der anspruchsberechtigten Pflegefachkräfte

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

In Absatz 3 werden die Berufsbezeichnungen der Pflegefachkräfte und Intensivpflegekräfte definiert, die Anspruch auf eine Prämienzahlung haben.

#### **Stellungnahme**

Gemäß Absatz 3 haben nur Pflegefachkräfte mit mindestens dreijähriger Ausbildung einen Anspruch auf Prämienzahlungen. Intensivpflegekräfte mit abgeschlossener Weiterbildung sollen eine um den Faktor 1,5 höhere Prämie erhalten.

Die Krankenhäuser lehnen eine Differenzierung der Pflegekräfte im Hinblick auf die Prämienhöhe grundsätzlich ab. Diese Differenzierung führt zudem zu unnötigen Datenlieferungen an das InEK. Bei Wegfall der Differenzierung ist zudem kein komplexes Berechnungsschema erforderlich. Zum anderen erhalten Pflegehilfskräfte und Auszubildende im Gegensatz zur Regelung im SGB XI-Bereich überhaupt keine Prämie. Auch dies ist unter dem Aspekt der Corona-Belastung der Beschäftigten in der Pflege als Maßstab für den Prämienanspruch nicht nachzuvollziehen.

Es sollte - wie bei den beiden vorherigen Corona-Prämien auch - bei dem Grundsatz bleiben, dass die Auswahl der Prämienempfänger im Ermessen der Betriebsparteien vor Ort liegt.

Sofern der Gesetzgeber an dieser Differenzierung festhält, ist auf folgendes hinzuweisen: Es erhalten lediglich die Intensivpflegekräfte eine erhöhte Prämie, die eine abgeschlossene Weiterbildung haben. Damit werden ca. 60 Prozent der Pflegekräfte auf den Intensivstationen ausgeschlossen (vgl. DKI 2017: Personalsituation in der Intensivpflege und Intensivmedizin). Das Pflegepersonal ohne Weiterbildung auf den Intensivstationen ist genauso belastet gewesen. Diese Differenzierung ist daher nicht sachgerecht. Darüber hinaus ist anzumerken, dass die Gesetzesformulierung nur Weiterbildungen nach landesrechtlichen Regelungen berücksichtigt. In einigen Bundesländern wie Bayern oder



Thüringen gibt es jedoch keine landesrechtlichen Regelungen; hier gilt die DKG-Empfehlung zur pflegerischen Fachweiterbildung. Es sollte daher für diesen Fall mindestens in der Gesetzesbegründung klargestellt werden, dass auch die einschlägige DKG-Empfehlung berücksichtigt wird.

## **Änderungsvorschlag**

Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

**Die Auswahl der Prämienempfängerinnen und Prämienempfänger unter den Pflegekräften sowie die Bemessung der individuellen Prämienhöhe entsprechend der Belastung durch die Versorgung von mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten obliegt dem Krankenhausträger im Einvernehmen mit der Arbeitnehmersvertretung. Zudem sollen neben den in Satz 1 Genannten auch andere Beschäftigte für die Zahlung einer Prämie ausgewählt werden, die aufgrund der Versorgung von mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patientinnen und Patienten besonders belastet waren.**

## **Zu Artikel 1 § 26e Absatz 4**

**Festlegung der Datenlieferungspflichten der Krankenhäuser an das InEK**

## **Beabsichtigte Neuregelung**

In Absatz 4 werden die Datenlieferungspflichten der Krankenhäuser gegenüber dem InEK festgelegt.

## **Stellungnahme**

Die Datenlieferungspflichten sowie die Ermittlung der Prämienhöhe kann deutlich verschlankt werden, wenn auf die nicht sachgerechte Differenzierung der Prämienhöhe zwischen Intensivpflegekräften und anderen Pflegekräften verzichtet wird. Da die Prämienhöhe für die Beschäftigten nach dem DKG-Vorschlag wie bisher durch die Betriebsparteien festgelegt wird, muss nur das Gesamtprämienvolumen pro Krankenhaus ermittelt werden.

Sofern der Gesetzgeber bei der Differenzierung der Pflegekräfte bleibt, ist allerdings auf folgendes hinzuweisen:

Die Definition von Vollkraft in Abs. 4 Satz 3 Nr. 3 ist nicht identisch mit der Definition aus Abs. 4 Satz Nr. 1 und Nr.2. Im Übrigen ist die Formulierung in Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 nicht kongruent mit der Definition der Intensivpflegefachkraft aus Abs. 3. Gemäß Absatz 4 Satz Nr. 3 wären nach unserer Einschätzung auch die Intensivpflegekräfte ohne Fachweiterbildung zu melden. Es ist für diesen Fall unerlässlich, dass die Krankenhäuser klare und

eindeutige Hinweise durch das InEK erhält, welche Daten im Einzelnen tatsächlich zu liefern sind.

### **Änderungsvorschlag:**

Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus fordert die Krankenhäuser, die Anspruch auf die Auszahlung aus Bundesmitteln haben, bis zum 30. Mai 2022 auf, ihm bis zum 15. Juni 2022 die folgenden Angaben mitzuteilen:

1. die Anzahl der in Absatz 2 Satz 1 genannten Pflegefachkräfte, umgerechnet in Vollkräfte, ;

~~2. die Anzahl der in Absatz 3 Satz 2 genannten Intensivpflegefachkräfte, umgerechnet in Vollkräfte,~~

~~3. die Anzahl der nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e des Krankenhausentgeltgesetzes für das Datenjahr 2021 an das Institut für das Entgeltsystem für das Krankenhaus gemeldeten Pflegefachkräfte, im Jahr 2021 insgesamt in der Intensivpflege eingesetzt waren, umgerechnet in Vollkräfte.~~

Als Vollkraft im Sinne des Satzes 1 Nummer 1 und 2 gilt, wer im Jahr 2021 mindestens 185 Tage in dem Krankenhaus beschäftigt war. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus kann den Krankenhäusern Vorgaben zum Inhalt und zur Ausgestaltung der Mitteilung machen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus prüft die ihm nach Satz 1 mitgeteilten Daten auf der Grundlage der Daten, die ihm nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e des Krankenhausentgeltgesetzes für das Datenjahr 2021 zur Verfügung stehen, auf Plausibilität.

### **Zu Artikel 1 § 26e Absatz 5 und 6**

Ermittlung der Prämienhöhe durch das InEK

### **Beabsichtigte Neuregelung**

In Absatz 5 und 6 werden die Modalitäten der Ermittlung der Prämienhöhe durch das InEK geregelt.

### **Stellungnahme**

Wie oben dargelegt, kann auf die komplexe Berechnung der Prämienhöhe verzichtet werden, wenn keine weitergehende Differenzierung unter den Pflegekräften vorgenommen wird und die Auswahl der Prämienempfänger und die Festlegung der individuellen Prämienhöhe weiterhin den Betriebsparteien vor Ort überlassen bleiben. Die Krankenhäuser schlagen daher vor, die grundsätzliche Systematik des § 26d KHG zu belassen, so dass das InEK auf Grundlage der entsprechenden Anzahl der Pflegekräfte lediglich ein Gesamtprämienvolumen für jedes Krankenhaus ermittelt.

## Änderungsvorschlag:

Anpassung der Absätze 5 und 6 dahingehend, dass lediglich ein Gesamtprämienvolumen für jedes Krankenhaus ermittelt wird.

### Zu Artikel 1 § 26e Absatz 8

#### Nachweispflicht der zweckmäßigen Mittelverwendung

### Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 8 wird der Nachweis der zweckmäßigen Mittelverwendung durch die Krankenhäuser geregelt.

### Stellungnahme

Gemäß Absatz 8 Satz 1 müssen die Krankenhäuser die Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die zweckmäßige Mittelverwendung nunmehr neben den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG und dem GKV-SV auch an das InEK übermitteln. Der Grund hierfür erschließt sich nicht, da hier keinerlei Berichts- oder Prüfungsauftrag an das InEK formuliert ist, für die das InEK diese Informationen benötigen würde. Ein zusätzlicher Adressat der Übermittlung des Nachweises führt vielmehr zu mehr bürokratischem Aufwand und zu Fehleranfälligkeit.

Darüber hinaus bedarf es aufgrund der von den Krankenhäusern geforderten Streichung der Differenzierung der Pflegekräfte im Nachweis auch nicht dieser Angaben.

## Änderungsvorschlag:

Absatz 8 wird wie folgt geändert:

Jedes Krankenhaus, das die Auszahlung aus Bundesmitteln erhalten hat, muss den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 oder Nummer 2, und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen ~~und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus~~ bis zum 30. September 2023 eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel vorlegen, die auch die Anzahl der in Absatz 2 Satz 1 genannten Pflegefachkräfte, die nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 mitgeteilte Anzahl der Intensivpflegefachkräfte und die Anzahl der im Jahr 2021 insgesamt in der Intensivpflege eingesetzten Pflegefachkräfte beinhalten muss. Werden die Bestätigungen nicht oder nicht vollständig vorgelegt oder wurden die Mittel nicht zweckentsprechend verwendet, ist der entsprechende Betrag bis zum 31. Dezember 2023 an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zurückzuzahlen. Dieser leitet die zurückgezählten Beträge an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds weiter. Das Bundesamt für Soziale Sicherung erstattet die Summe der zurückgezählten Beträge bis zum 31. Juli 2024 aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an den Bund.

## Artikel 3

### Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

#### Zu Artikel 3 Nr. 1 bis 3 (§ 15 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG)

#### Erhöhung des vorläufigen Pflegeentgeltwertes ab 1. Juli 2022

#### Beabsichtigte Neuregelung

Der vorläufige Pflegeentgeltwert soll unterjährig vom 1. Juli 2022 bis zum 31. Dezember 2022 auf 200 Euro angehoben werden. Ab dem 1. Januar 2023 soll der vorläufige Pflegeentgeltwert dann 171 Euro betragen.

#### Stellungnahme

Zum 23.02.2022 waren bundesweit rund 580 Pflegebudgets (nach Daten des InEK) für den Vereinbarungszeitraum 2020 abgeschlossen. Bezieht man diese Anzahl auf ca. 1.400 DRG-Krankenhäuser ergibt sich daraus eine Abschlussquote von lediglich rund 40 Prozent der Pflegebudgets für den Vereinbarungszeitraum 2020. Die landesbezogene Abschlussquote der Pflegebudgets 2022 ist in der folgenden Abbildung dargestellt.

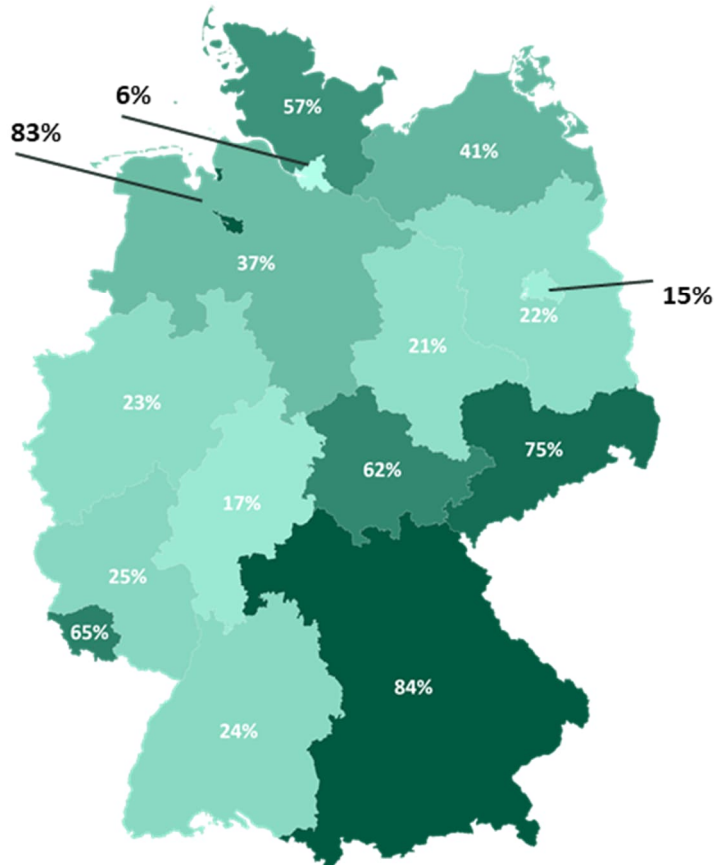


Abbildung 1 Abschlüsse der Pflegebudgets 2020 (Stand 23.02.2022, InEK Daten)

Die niedrige Abschlussquote der Pflegebudgets zeigt, dass die Verhandlungen äußerst konfliktbehaftet geführt werden. Hierfür lassen sich mehrere Ursachen finden. Zwar haben durch Corona bestimmte Verzögerungen bei den Verhandlungen der Budgets stattgefunden. Allerdings haben bisher noch ein Drittel der Krankenhäuser keinen Verhandlungstermin zum Pflegebudget 2020 abgestimmt (DKG-Umfrage). Vielen Budgetabschlüssen ist eine zweistellige Zahl von Budgetverhandlungsterminen vorangegangen. Die Kostenträger verweisen zur Beschleunigung der Budgetabschlüsse häufig auf die Möglichkeit der Krankenhäuser die Schiedsstelle anzurufen. Dies führt aber häufig nicht zu einer zeitnahen Budgetvereinbarung, da die Schiedsstellen vielfach mit den Detailfragen zum Pflegebudget überfordert sind. In Abhängigkeit von Genehmigungs- und Klageverfahren kann sich eine Streitfrage bis zu 10 Jahre hinziehen.

Häufig akzeptieren die Kostenträger die von den Krankenhäusern vorgelegten und auf der Bundesebene abgestimmten Unterlagen zur Ermittlung der pflegebudgetrelevanten Berufsgruppen und Kosten nicht und fordern zusätzliche Nachweise wie Tätigkeitsbeschreibungen, Eingruppierungsmatrix, Personallisten, Einzelkostenaufstellungen, Überstundenaufstellungen, sowie Stellenpläne/Dienstpläne. Dies ist vor diesem Hintergrund kritisch zu bewerten, als dass bereits umfangreiche Unterlagen im Rahmen der Anlagen zur Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung und Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung vereinbart wurden.

Durch die verzögerten Pflegebudgetverhandlungen entstehen den Krankenhäusern massive Liquiditätsengpässe, denn die Krankenhäuser haben den politischen Willen umgesetzt und zusätzliches Pflegepersonal eingestellt und durch deutlich höhere Tarifentgelte besser bezahlt. So lange kein Pflegebudget vereinbart ist, erhalten die Kliniken – auch im Jahr 2022 – nur einen Ersatzbetrag, der auf Basis der durchschnittlichen Kosten- und Belegungsdaten des Jahres 2019 ermittelt wurde. Ohne Pflegebudgetvereinbarung zahlen die Krankenhäuser somit den politisch gewollten Aufbau von Pflegepersonal und die Lohnentwicklung in der Pflege aus eigener Tasche und die Krankenkassen sind im Vorteil. **Hieraus ergibt sich eine massive Liquiditätslücke im Gesamtumfang von rund 8 Mrd. Euro.** Dieses Geld haben die Krankenhäuser seit Januar 2020 auf die Gehaltskonten der Pflegekräfte überwiesen, ohne eine entsprechende Refinanzierung der Krankenkassen erhalten zu haben. Aufgrund dieser eklatanten Unterfinanzierung besteht für die Krankenkassen kein Anreiz die Verhandlungen zeitgerecht durchzuführen. Darunter leiden auch alle weiteren Bestandteile der Budgetvereinbarung wie zu vereinbarenden Zuschläge oder individuell Entgelte. Die nach gesetzlichen Vorgaben eigentlich prospektiv zu führenden Budgetverhandlungen sind soweit im Verzug wie seit Einführung der DRGs noch nie. Diesem Zustand muss dringend entgegengewirkt werden.

### **Ungedeckte Vorleistungen der Krankenhäuser in Milliardenhöhe**

Die Liquiditätslücke (ungedeckte Vorauszahlungen), die aus den verspäteten Abschlüssen der Pflegebudgets verbunden mit einem viel zu niedrigen Pflegentgeltwert (Ersatzbetrag) resultiert, soll anhand der nachfolgenden Berechnung dargestellt werden. Zur Übergangsfinanzierung bis zur Vereinbarung des Pflegebudgets 2020 sind die Vorgaben des § 15 Abs. 2a KHEntgG maßgeblich. Hiernach rechnet das Krankenhaus einen „Ersatzbetrag“ ab, wenn der krankenhausesindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4

KHEntgG auf Grund einer fehlenden Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2020 noch nicht berechnet werden kann. Die im aG-DRG-Katalog ausgewiesenen Pflegeerlös-Bewertungsrelationen pro Tag sind mit den folgenden Ersatzbeträgen zu multiplizieren:

1. bis zum 31. März 2020 mit 146,55 Euro,
2. vom 1. April 2020 bis zum 31. Dezember 2020 mit 185 Euro und
3. ab dem 1. Januar 2021 mit 163,09 Euro.

Da sich die Pflegeerlös-Bewertungsrelationen pro Tag und der Ersatzbetrag aus der InEK-Kalkulation (durchschnittliche Tageskosten für Pflege) ergeben, kann das Erlösvolumen wie folgt berechnet werden:

Belegungstage \* Ersatzbetrag:

Jahr	Belegungstage § 21 KHEntgG	Vorl. Pflegeentgeltwert	Erlösvolumen aus der Abrechnung des Ersatzbetrags
2020	99.966.551	175,39 Euro*	17,5 Mrd. Euro
2021	99.813.662	163,09 Euro	16,3 Mrd. Euro
2022	99.813.662	163,09 Euro	16,3 Mrd. Euro

\* Mittelwert (Summe Ersatzbetrag pro Monat/12 Monate)

Durch die Corona-Krise hatten die Krankenhäuser im Jahr 2020 einen deutlichen Belegungseinbruch zu verkraften. Die Belegungstage gingen um 13 Prozent zurück. Dieser Belegungsrückgang konnte mit einem erhöhten Ersatzbetrag (185,- Euro) für die Belegungstage vom 01.04.2020 bis 31.12.2020 größtenteils ausgeglichen werden. Für die Jahre 2021 und 2022 gilt der reduzierte Ersatzbetrag in Höhe von 163,09 Euro. Problematisch an diesem Wert ist, dass der Ersatzbetrag auf Basis der Belegungsdaten des Jahres 2019 ermittelt wurde. Das bedeutet, dass die Reduktion der Fallzahlen und die dadurch entsprechende notwendige Erhöhung im Ersatzbetrag vom Bundesgesundheitsministerium nicht umgesetzt wurde. Außerdem sind die Tarifierhöhungen und der politisch erwünschte Personalaufbau im Wert für 2022 nicht enthalten. Auch hier kommt die (politische) Fehleinschätzung zu Beginn des Jahres 2021 zum Tragen, dass die Impfkampagne zumindest die Auswirkungen auf die Krankenhäuser ab Mitte des Jahres weitgehend beenden würde.

Auf Basis der Personaldaten (Abschätzung auf Basis von InEK-Angaben aus den § 21 KHEntgG Daten und der Kostendaten von destatis) wurde die Entwicklung des Pflegepersonals am Bett (politisch gewollter Aufbau der Pflegekräfte) unter Annahme einer durchschnittlichen Tarifentwicklung fortgeschrieben. Folgende Werte ergeben sich aus den Hochrechnungen für die pflegebudgetrelevanten Pflegepersonalkosten auf der Bundesebene:

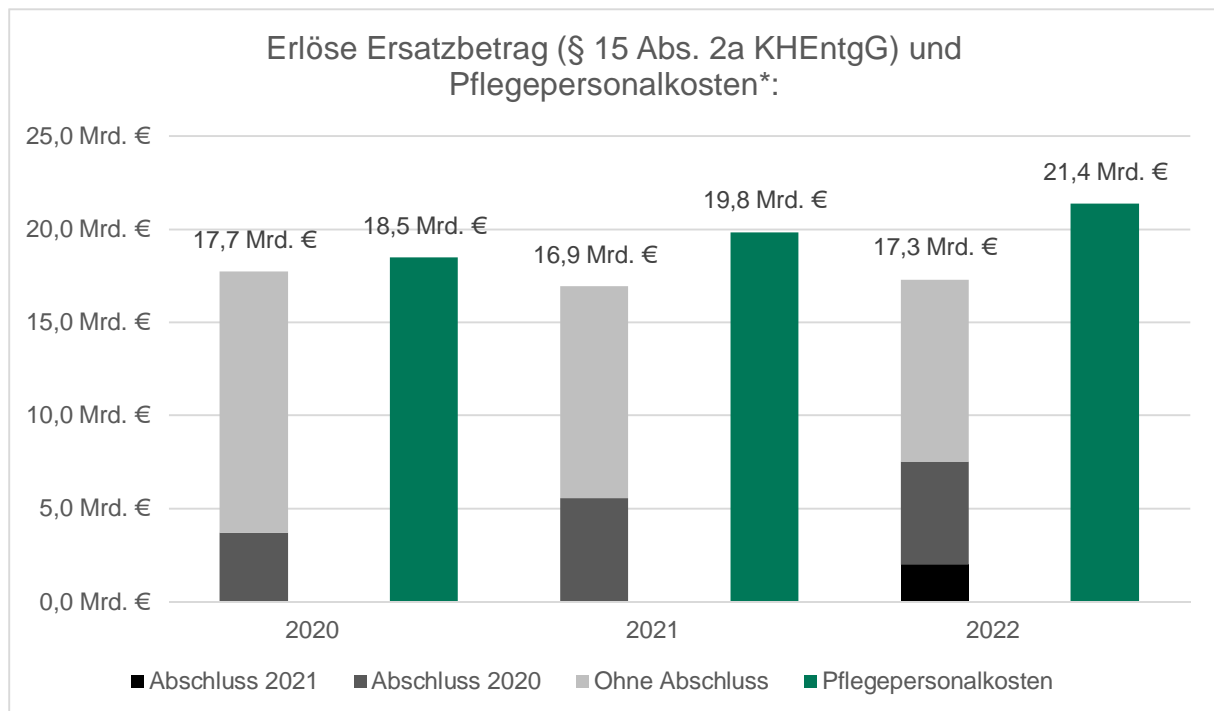
Jahr	VK (Fachp.)	VK (Hilfsp.)	Kosten Fachkräfte	Kosten Hilfskräfte	Kosten gesamt
2019	252.125	30.000	15.833.395 T Euro	1.140.000 T Euro	17,0 Mrd. Euro
2020	260.193	40.000	16.905.429 T Euro	1.572.592 T Euro	18,5 Mrd. Euro
2021	268.261	45.000	18.004.806 T Euro	1.827.548 T Euro	19,8 Mrd. Euro
2022	276.329	50.000	19.251.064 T Euro	2.107.773 T Euro	21,4 Mrd. Euro

Die Abrechnung der hausindividuellen Pflegepersonalkosten über den Pflegeentgeltwert greift nur für die Häuser, die noch kein Pflegebudget für die betreffenden Jahre seit 2020 abgeschlossen haben. Um dies in der Berechnung entsprechend zu berücksichtigen wurde die folgende Annahme getroffen:

Abschluss des Pflegebudgets 2020 in 2020 = 20 Prozent

Abschluss des Pflegebudgets 2020 in 2021 = 30 Prozent

Abschluss des Pflegebudgets 2020 in 2022 = 40 Prozent (davon 10 Prozent mit Abschluss 2021)



Unter Berücksichtigung der tatsächlich bereits abgeschlossenen Pflegebudgets ergibt sich die folgende Gegenüberstellung von Erlösen und Kosten im Bereich der Pflege.

Jahr	Erlöse	Pflegeperso- nalkosten	Delta
2020	17,7 Mrd. Euro	18,5 Mrd. Euro	0,8 Mrd. Euro
2021	16,9 Mrd. Euro	19,8 Mrd. Euro	2,9 Mrd. Euro
2022*	17,3 Mrd. Euro	21,4 Mrd. Euro	4,1 Mrd. Euro

\*Vorberechnung bis zum Jahresende 2022

Unter Berücksichtigung der Abschlussrate der Budgetvereinbarung entsteht hieraus ein Delta von **0,8 Mrd. Euro in 2020** und **2,9 Mrd. Euro in 2021**. Dazu muss angemerkt werden, dass die Werte über die Jahre kumulieren und sich bis zum Jahresende ein Defizit zu Lasten der Krankenhäuser in Höhe von knapp **8 Mrd. Euro** angehäuft haben wird.

Diese Liquiditätslücke muss zwingend durch einen deutlich höheren vorläufigen Pflegeentgeltwert wirksam abgeschwächt werden, ansonsten droht die weitere Destabilisierung der Kliniken. Die Regelungen zum Ersatzbetrag nach § 15 Abs. 2a KHEntgG sind daher entsprechend anzupassen. Hiermit würde zudem ein Anreiz für die Kostenträger gesetzt, zügig zum Abschluss eines Pflegebudgets zu gelangen. Derzeitig sind viele Krankenhäuser aufgrund der drohenden Liquiditätsproblematik dazu gezwungen, Pflegebudgets für das Jahr 2020 zu Lasten des Vereinbarungsergebnisses mit den Kostenträgern abschließen, um eine Zahlungsunfähigkeit zu vermeiden. Damit treibt die Politik die Krankenhäuser bewusst in die Enge, um sie zu Kompromissen zu Lasten der Pflege im Krankenhaus zu zwingen.

### **Rückwirkende Ausfinanzierung der Pflege sofort und sachgerechte Finanzierung ab dem 1. Januar 2023**

Der aktuelle Gesetzentwurf sieht vor, zum 1. Juli 2022 den Pflegentgeltwert auf 200 Euro zu erhöhen und ab 1. Januar 2023 erneut auf dann 171 Euro abzusenken. Das ist keine sachgerechte Lösung, sondern eine politische Geringschätzung der Pflegekräfte im Krankenhaus. Durch dieses Vorhaben würde die Finanzierungslücke der Krankenhäuser um gerade einmal 1,1 Mrd. Euro auf dann immer noch 3 Mrd. Euro bis Ende 2022 reduziert um dann aber für 2023 bei den Kliniken einen weiteren Fehlbetrag von mindestens 1,8 Mrd. Euro zu erzeugen, die noch kein Pflegebudget für das Jahr 2020 vereinbart haben (Abschlussquote Pflegebudget 2020 in 2023 70 Prozent).

Der Vollständigkeit sei noch daraufhin gewiesen, dass die Krankenhäuser nicht einen einzigen Euro der Zahlungen aus dem Pflegentgeltwert behalten dürfen, der nicht durch entsprechende Ausgaben für die Pflege am Krankenbett nachgewiesen werden kann. Denkbare Überzahlungen werden grundsätzlich hausindividuell ausgeglichen. Mit einer Erhöhung des vorläufigen Pflegeentgeltwertes gehen keine Mehrausgaben für die gesetzlichen Krankenkassen einher. Der Beitrag zur Sicherung der Liquidität und zur Wertschätzung der Pflegekräfte im Krankenhaus ist aber von umso größerer Bedeutung.



## Änderungsvorschlag

Um die seit Januar 2020 aufgezeigte Finanzierungslücke der Häuser zu schließen, die bis Ende des Jahres 2022 noch kein Pflegebudget für das Jahr 2020 vereinbaren konnten, ist der vorläufige Pflegeentgeltwert gesetzlich auf 340 Euro im Zeitraum 1.7.2022 bis 31.12.2022 festzusetzen.

Um ab 2023 keine weitere Finanzierungslücke entstehen zu lassen, ist der neue vorläufige Pflegeentgeltwert ab 1. Januar 2023 ganzjährig auf 230 Euro festzusetzen.

§ 15 Abs. 2a Nr. 3 KHEntgG ist wie folgt zu ändern:

„4. vom 1. Juli 2022 bis zum 31. Dezember 2022 mit ~~200~~ **340** Euro und  
5. ab dem 1. Januar 2023 mit ~~171~~ **230** Euro.“

---

## **Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf**

---

### **Sicherstellung der Krankenhausversorgung in der Corona-Pandemie**

Die Corona-Pandemie hat die deutschen Krankenhäuser seit März 2020 in Atem gehalten. Trotz der umfangreichen Anforderungen an die Krankenhäuser konnte die stationäre Versorgung in Deutschland im ersten Pandemiejahr 2020 sichergestellt werden.

Für das abgelaufene Jahr 2021 ist gegenüber 2019 mit einer weiteren nochmaligen Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation zu rechnen. So erwarten nach den Ergebnissen des DKI Krankenhausbarometers 2021 rund 60 % der Krankenhäuser einen Jahresfehlbetrag. Diese Abschätzung deckt sich auch mit spezifischen Analysen aus den Bundesländern. So kann beispielsweise in Niedersachsen nur noch jedes fünfte Krankenhaus für das Jahr 2021 ein positives Betriebsergebnis erzielen. Aufgrund der wirtschaftlich bedrohlichen Situation sind drei Viertel der Krankenhäuser mittel- bis langfristig in ihrer Existenz bedroht. Hauptgründe für die Verschlechterung der Lage gegenüber 2020 sind die in 2021 erfolgte Absenkung des Ausgleichsniveaus um 2 % und die nur noch für einige Monate greifenden Ausgleichszahlungen. Für das Jahr 2022 erwartet jedes zweite Krankenhaus eine Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation. Nur rund ein Fünftel der Häuser (21 %) geht von einer Verbesserung aus.

Trotz des sich abzeichnenden Rückgangs der Corona-Fallzahlen in den Krankenhäusern ist davon auszugehen, dass eine deutliche Belastung durch Covid-19-Patienten fortbestehen wird. Die wesentlichen Herausforderungen drücken sich in einem – hinter dem Belegungsniveau 2019 – zurückbleibenden Leistungsniveau, den weiterhin hohen Aufwänden für die Behandlung von Corona-Patienten sowie organisatorischen und hygienebedingten Maßnahmen aus. Zudem besteht jederzeit die Gefahr, einer erneuten Corona-Belastung des Gesundheitswesens und der Krankenhäuser durch eine Virusmutation.

Die Regelungen zu den Ausgleichszahlungen nach § 21 Absatz 1b Satz 1 KHG sind zum 18. April 2022 ausgelaufen. Die Versorgungsaufschläge nach § 21a KHG laufen zum 30. Juni 2022 aus. Mit dem Auslaufen dieser Regelungen besteht zur Erlös- und Liquiditätssicherung für das Jahr 2022 lediglich noch der Ganzjahresausgleich gemäß § 5a der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser (KHWiSichV) fort. Bei gegenüber 2019 deutlich rückläufigen Fallzahlen ist der Rettungsschirm im Grundsatz jedoch nur in dem Zusammenspiel von Ausgleichszahlungen und dem Ganzjahreserlösausgleich tragfähig.

Vor diesem Hintergrund ist nicht nur die Verlängerung der Ausgleichszahlungen des Bundes bis mindestens 30. Juni 2022 geboten, um zumindest die Liquidität zu stützen. Es ist darüber hinaus zwingend erforderlich, die Regelungen der Ganzjahresausgleiche für 2021 und 2022 anzupassen.

## **1. Anpassungen am Ganzjahresausgleich 2021 / 2022**

### **Ausgangslage:**

Bei der Vereinbarung eines Erlösrückgangs im Rahmen des Ganzjahresausgleichs 2021 und 2022 sind gemäß der aktuell geltenden Rechtslage nur 98 % der Erlöse für 2019 (angepasster Budget-Referenzwert) zu berücksichtigen. Eine 2 %ige Erlösdifferenz zu 2021/2022 wird insofern grundsätzlich nicht ausgeglichen, was seitens des Verordnungsgebers mit einem Leistungsanreiz begründet wurde. Bereits über den Ausgleichssatz von 85 % ist dieser Anreiz jedoch ausreichend gegeben, da eingesparte Sachkostenanteile schon aus dem Referenzwert herausgerechnet sind.

Zum Zeitpunkt der Festlegung des Ganzjahresausgleichs für das Jahr 2021 wurde angenommen, dass die Corona-Inzidenzen im Sommer rückläufig sind und im folgenden Herbst aufgrund der dann abgeschlossenen Impfkampagne keine weitere „Corona-Welle“ mehr zu erwarten ist. Man ging sogar davon aus, dass es ab der Jahresmitte zu Nachholeffekten in der stationären Versorgung kommen könnte. Insofern liegt dem Rettungsschirm die Annahme und Erwartung zu Grunde, dass sich die Leistungen des Gesamtjahres 2021 erholen und deutlich über dem Niveau des Jahres 2020 liegen würden. Insofern war nicht davon auszugehen, dass die bei den Krankenhäusern verbleibenden Erlösausfälle die jetzt sichtbaren Dimensionen erreichen würden. Diese Einschätzungen haben sich als trügerisch erwiesen und müssen dringend an die oben beschriebene Lage angepasst werden.

Aus der unterjährigen Datenlieferung an das InEK nach § 21 Abs. 3b KHEntgG des Jahres 2021 (Lieferzeitraum bis 31. Dezember 2021) ergibt sich für den Anwendungsbereich des KHEntgG für das Jahr 2021 ein Fallzahlrückgang gegenüber 2019 in Höhe von -13,39 Prozent (-12,81 % VJ zu 2019). Insofern ist der tatsächliche Leistungsrückgang noch höher ausgefallen als 2020. Für den Anwendungsbereich der BPflV ergibt sich für das Jahr 2021 ein Fallzahlrückgang gegenüber 2019 in Höhe von -8,82 % (11,35 % VJ zu 2019).

Die derzeit geltende Ausgestaltung des Ganzjahresausgleichs 2021/2022 (gemäß §§ 5 und 5a der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser) ist daher vor diesem Hintergrund neu zu bewerten.

Die nunmehr vorliegenden Daten nach § 21 Abs. 3b KHEntgG für das Jahr 2021 ermöglichen eine genauere Abschätzung des tatsächlichen Effektes der Anwendung der 2 % Reduktion des Budget Referenzwertes.

Zur Abschätzung des Erlösvolumens wurden die folgenden Berechnungsschritte durchgeführt:

Auf Basis der § 21 KHEntgG Daten des Jahres 2020 wurde der Case Mix Index (CMI) pro Fall in den jeweiligen Monaten des Jahres 2019 ermittelt. Ausgehend von dem CMI pro Fall pro Monat (Datenjahr 2019) und der Fallzahl pro Monat für das Jahr 2021 wurden

der CM für das Gesamtjahr ermittelt. Zur Ermittlung der Erlöse wurden die CM-Punkte mit dem Bundesbasisfallwert in Höhe von 3.747,98 € ausmultipliziert.

Um den Versorgungsaufschlag nach § 21a KHG sowie die Ausgleichszahlungen nach § 21 Abs. 1b KHG bei der Abschätzung des Erlösvolumens berücksichtigen zu können, wurde eine anteilige Aufteilung nach Tagen vorgenommen und der auf das Jahr 2021 entfallende Erlös abgeschätzt und mit den entsprechenden Anrechnungsfaktoren (50 % / 85 %) bei der Erlössimulation 2021 berücksichtigt.

Lfd. Nr.		2019	2021
1	<b>CM</b>	<b>16.750.896</b>	<b>14.604.047</b>
2	<b>Erlöse in €</b>	<b>62.782.023.434</b>	<b>54.735.677.811</b>
3	./. Sachkosten (15 %)	9.417.303.515	8.210.351.672
4	<b>Zwischensumme in €</b>	<b>53.364.719.919</b>	<b>46.525.326.140</b>
5	+ Ausgleichszahlungen in €		4.709.790.724
6	+ Versorgungsaufschläge in €		193.480.189
7	<b>Zwischensumme in €</b>	<b>53.364.719.919</b>	<b>51.428.597.052</b>

Lfd. Nr.	Berechnung mit Referenzwertanpassung	2019	2021
8	Referenzwert Anpassung (Nr. 7 * 0,98)	52.297.425.520	
9	<b>Auszugleichende Beträge in €</b>	<b>52.297.425.520</b>	<b>51.428.597.052</b>
10	Ausgleichsbetrag (Differenz Nr. 9 * 0,85) in €		738.504.198
11	Erlös-Differenz in €	53.364.719.919	52.167.101.250
12	<b>Verbleibender Erlösverlust in €</b>		<b>1.197.618.669</b>

Lfd. Nr.	Berechnung ohne Referenzwertanpassung	2019	2021
9	<b>Auszugleichende Beträge in €</b>	<b>53.364.719.919</b>	<b>51.428.597.052</b>
10	Ausgleichsbetrag in €		1.645.704.437
11	Erlös-Differenz in €	53.364.719.919	53.074.301.489
12	<b>Verbleibender Erlösverlust in €</b>		<b>290.418.430</b>

Im Ergebnis zeigt sich, dass allein im Anwendungsbereich des KHEntgG und hier ausschließlich bei den bewerteten Entgelten ein Gesamterlösverlust für die Krankenhäuser in Höhe von mindestens 1,2 Mrd. € bestehen bleibt. Da zudem auch noch die krankenhaushausindividuellen Entgelte sowie der BPfIV-Bereich in die Analyse einbezogen werden müssen, unterschätzt dieser Betrag den tatsächlichen Erlösverlust. Hinzu kommt, dass die weiteren deutlichen Erlösverluste bei ambulanten Leistungen, Wahlleistungen und Nebenbetrieben, die die finanzielle Lücke noch deutlich erhöhen. Durch die Anwendung der 2%-Regelung entsteht alleine im DRG-Bereich eine Unterdeckung in Höhe von über 1 Milliarde Euro.

Im Rahmen der gesetzlichen Verordnungsermächtigung gemäß § 23 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 KHG ist eine Anpassung der Grundlage für den Ganzjahresausgleich des Jahres 2021 und 2022 grundsätzlich möglich.

### **Änderungsvorschlag:**

§ 5 Abs. 9 der KHWiSichV ist wie folgt zu ändern:

~~(9) Bei der Vereinbarung eines Erlösrückgangs sind 98 Prozent der nach Absatz 8 Satz 1 Nummer 1 für das Jahr 2019 vereinbarten Erlöse zugrunde zu legen.~~ Der Ausgleichsbetrag entspricht 85 Prozent des nach Absatz 8 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a vereinbarten Erlösrückgangs.

§ 5a Abs. 9 der KHWiSichV ist wie folgt zu ändern:

~~(9) Bei der Vereinbarung eines Erlösrückgangs sind 98 Prozent der nach Absatz 8 Satz 1 Nummer 1 für das Jahr 2019 vereinbarten Erlöse zugrunde zu legen.~~ Der Ausgleichsbetrag entspricht 85 Prozent des nach Absatz 8 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a vereinbarten Erlösrückgangs.

## **2. Ausgleichszahlungen nach § 21 Abs. 1a KHG**

### **Ausgangslage:**

Aufgrund der hinter dem Niveau 2019 zurückbleibenden Belegung ist eine Fortführung der Ausgleichszahlungen nach § 21 Abs. 1a KHG über den 18.04.2022 zwingend erforderlich. Aktuell (20. April 2022) ist die Lage auf den Normalstationen und Intensivstationen mit insgesamt 19.066 COVID-Fällen weiterhin angespannt. Derzeit ist davon auszugehen, dass vor dem Hintergrund der anstehenden Lockerungen sowie einer möglichen Knappheit beim Pflegepersonal die Belastungssituation für das Gesundheitswesen bis auf weiteres bestehen bleibt. Unabhängig von der tatsächlichen Entwicklung der Inzidenzzahlen muss außerdem davon ausgegangen werden, dass sich die Fallzahlen in den Krankenhäusern nur langsam wieder dem Niveau des Jahres 2019 annähern und die Ausgleichszahlungen über den 18.04.2022 hinaus erforderlich sind.

Vor diesem Hintergrund ist die Verlängerung der Ausgleichszahlungen bis mindestens 30.06.2022 geboten. Um zumindest die Liquidität zu stützen, müssen für Krankenhäuser, die keine Ausgleichszahlungen erhalten, zudem die Abschlagszahlungen des Jahres 2021 erneut in Kraft gesetzt werden. Anderenfalls wird sich die finanzielle Situation der Krankenhäuser weiter deutlich verschlechtern. Sofern die Ausgleichszahlungen nicht fortgeführt werden, besteht für die Krankenhäuser lediglich die Absicherung der Erlösrückgänge über den Ganzjahresausgleich 2022. Da die Erlösrückgänge aber bei fehlenden Ausgleichszahlungen nur teilweise ausgeglichen werden können, führt die unvollständige Kompensation durch den Ganzjahresausgleich (Ausgleichssatz 85 Prozent der Erlösrückgänge nach Abzug der Sachkosten sowie die 2-Prozent-Regelung) zu dramatischen Auswirkungen auf die finanzielle Situation der Krankenhäuser.

Gemäß der Verordnungsermächtigung in § 23 Abs. 4 Nr. 3 KHG kann das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates einen von § 21 Absatz 1b KHG abweichenden Zeitraum für die Berücksichtigung von Einnahmeausfällen der Krankenhäuser festlegen.

### **Änderungsvorschlag:**

§ 4 Absatz 1a und 2a der KHWiSichV werden wie folgt geändert:

(1a) Der Zeitraum nach § 21 Absatz 1b Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird bis zum ~~18. April~~ **30. Juni** 2022 verlängert.

(2a) Die Frist nach § 21 Absatz 2b Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird bis zum ~~18. April~~ **30. Juni** 2022 verlängert.

### **3. Inflationsausgleich, insbesondere der Energiekosten**

Nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes wird die Inflationsrate in Deutschland – gemessen als Veränderung des Verbraucherpreisindex (VPI) zum Vorjahresmonat – im März 2022 bei 7,3 % liegen. Im Januar 2022 betrug die Inflationsrate +4,9 % und im Dezember 2021 +5,3 %. Diese Preisentwicklungen sind im Wesentlichen durch den Anstieg der Preise für Energieprodukte (+20,5 %) bedingt. Neben den Kraftstoffpreisen verteuerten sich vor allem leichtes Heizöl (+51,9 %), Erdgas (+32,2 %) und Strom (+11,1 %). Aufgrund des Krieges in der Ukraine muss davon ausgegangen werden, dass sich diese Entwicklung in den kommenden Monaten weiter fortsetzen, wenn nicht sogar deutlich verschärfen wird. Insbesondere von den stark anziehenden Energiepreisen sind auch die Krankenhäuser massiv betroffen. Eine entsprechende Berücksichtigung dieser Kostenanstiege kann nach der regulären Systematik erst retrospektiv erfolgen, wenn die Kostenanstiege in der Berechnung des Orientierungswertes nach § 10 Abs. 6 KHEntgG Berücksichtigung finden. Dies kommt jedoch zu spät und würde zu diesem Zeitpunkt gar nicht mehr greifen, falls sich die Kostenanstiege nicht kontinuierlich fortsetzen würden. Mindestens jedoch wären die Kostenanstiege für das Jahr 2022 nicht refinanziert, da der Orientierungswert für das Jahr 2022 im September 2021 abschließend festgelegt wurde. Es ist hier außerdem darauf hinzuweisen, dass der für die Krankenhäuser berechnete Orientierungswert für das Jahr 2022 aufgrund der bestehenden Gesetzeslage nicht einmal vollständig zur Anwendung gekommen ist.

Mit dem Pflegebonusgesetz muss daher ein entsprechender, ggf. zeitlich befristeter Ausgleich auf den Weg gebracht werden. Da eine Kompensation der Kostenanstiege zeitnah umgesetzt werden muss, könnte dies pragmatisch über einen gesetzlich vorgegebenen Zuschlag auf die Abrechnung des Krankenhauses erfolgen.

## Übergangspflege – Anpassungsbedarf zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung

Die Übergangspflege ist ein neuer, wichtiger Versorgungsbereich an der Schnittstelle zwischen stationärer Krankenhausversorgung und anschließender Weiterversorgung z. B. in Reha-Einrichtungen oder der Pflege. Es ist in § 39e SGB V gesetzlich vorgegeben, dass die Übergangspflege auch die Arzneimittelversorgung mit umfasst. Dem entgegen steht jedoch die aktuelle Ausgestaltung des § 14 Abs. 7 Apothekengesetz, die abschließend regelt, an welche Bereiche Krankenhausapotheken Arzneimittel liefern dürfen. Die neue Übergangspflege nach § 39e SGB V ist dort aktuell noch nicht mitberücksichtigt. Dies ist umgehend anzupassen, um die Arzneimittelversorgung der Patientinnen und Patienten in der Übergangspflege sicherzustellen.

Neben der Arzneimittelversorgung sieht die Übergangspflege auch ein Entlassmanagement vor. Der Konsens der Vertragsparteien auf Bundesebene sieht vor, dass das Entlassmanagement in der Übergangspflege kontinuierlich fortgeführt wird. Somit verlagert sich der Zeitpunkt einer möglichen Verordnung von Arzneimitteln etc. ebenfalls nach hinten, wenn der zu Beginn der Übergangspflege noch bestandene Nachsorgebedarf der betreffenden Patienten bei deren Beendigung nicht mehr bestehen sollte und eine Entlassung in die Häuslichkeit vorgenommen werden kann, aber dennoch entsprechende Versorgungsnotwendigkeiten bestehen. Diesen könnte das Krankenhaus dann erforderlichenfalls bei „Entlassung“ aus der Übergangspflege entsprechen, was ebenfalls Bestandteil des Änderungsvorschlages ist.

### **Änderungsvorschlag**

§ 14 Abs. 7 ApoG ist wie folgt zu ergänzen:

„(7) Der Leiter der Krankenhausapotheke nach Absatz 1 oder ein von ihm beauftragter Apotheker oder der Leiter einer Apotheke nach Absatz 4 dürfen nur solche Krankenhäuser mit Arzneimitteln versorgen, mit denen rechtswirksame Verträge bestehen oder für deren Versorgung eine Genehmigung nach Absatz 5 Satz 3 erteilt worden ist. Die in Satz 1 genannten Personen dürfen Arzneimittel nur an die einzelnen Stationen und anderen Teileinheiten des Krankenhauses zur Versorgung von Patienten abgeben, die in dem Krankenhaus vollstationär, teilstationär, vor- oder nachstationär (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) behandelt, ambulant operiert oder im Rahmen sonstiger stationärsersetzender Eingriffe (§ 115b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) **oder im Rahmen der Übergangspflege nach § 39e SGB V** versorgt werden, ferner zur unmittelbaren Anwendung bei Patienten an ermächtigte Ambulanzen des Krankenhauses, insbesondere an Hochschulambulanzen (§ 117 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), sozialpädiatrische Zentren (§ 119 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), medizinische Behandlungszentren (§ 119c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und ermächtigte Krankenhausärzte (§ 116 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) sowie an Patienten im Rahmen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus, wenn das Krankenhaus hierzu ermächtigt (§ 116a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) oder berechtigt (§§ 116b und 140a

Absatz 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) ist. Bei der Entlassung von Patienten nach stationärer oder ambulanter Behandlung im Krankenhaus **oder bei Beendigung der Übergangspflege nach § 39e SGB V** darf an diese die zur Überbrückung benötigte Menge an Arzneimitteln nur abgegeben werden, wenn im unmittelbaren Anschluss an die Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt. Unbeschadet des Satzes 3 können an Patienten, für die die Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 7 Satz 1 Nr. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorliegt, die zur Überbrückung benötigten Arzneimittel für längstens drei Tage abgegeben werden. An Beschäftigte des Krankenhauses dürfen Arzneimittel nur für deren unmittelbaren eigenen Bedarf abgegeben werden. Die Versorgung mit Arzneimitteln nach den Sätzen 3 bis 5 umfasst auch Arzneimittel, die verschreibungsfähige Betäubungsmittel sind.“



## **Ergänzung eines Regelbeispiels für eine positive Prognose im Bereich Mindestmengen**

Das in § 136b Absatz 5 Satz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) normierte Regelbeispiel für eine positive Prognose ist um ein weiteres Regelbeispiel zu ergänzen. Nach aktuellem Gesetzeswortlaut liegt eine berechnete mengenmäßige Erwartung in der Regel vor, wenn das Krankenhaus im vorausgegangenen Kalenderjahr die maßgebliche Mindestmenge je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt und Standort eines Krankenhauses erreicht hat.

Die Erfüllung der Mindestmenge durch das Krankenhaus **im Zeitraum des Vorjahres** stellt demzufolge den gesetzlichen Regelfall für eine berechnete mengenmäßige Erwartung dar und erlangt somit eine besondere Bedeutung. Dem **Zeitraum der letzten zwei Quartale des vorausgegangenen Kalenderjahres und der ersten zwei Quartale des laufenden Kalenderjahres** kommt jedoch bei der Entscheidung über eine Leistungsbeurteilung des Krankenhauses für das Prognosejahr mindestens die gleiche Bedeutung zu. Die Anzahl an Krankenhausleistungen variieren von Jahr zu Jahr, was u.a. auch an Gründen liegen kann, auf die das Krankenhaus keinen Einfluss hat (z.B. weniger Organspenden, Einschränkungen im öffentlichen Personennahverkehr etc.). Der Zeitraum der letzten zwei Quartale des vorausgegangenen Kalenderjahres und der ersten zwei Quartale des laufenden Kalenderjahres berücksichtigt bei der Darlegung des Erreichens der erforderlichen Mindestmenge sogar die jüngere dynamische Fallzahlentwicklung: Der Zeitraum liegt viel näher an dem Prognosejahr und ist daher für die Prognose sehr viel aussagekräftiger. Dagegen lässt sich die gesetzliche Regelung so auslegen, dass der Zeitraum der letzten zwei Quartale des vorausgegangenen Kalenderjahres und der ersten zwei Quartale des laufenden Kalenderjahres weniger bedeutsam ist und daher anders behandelt werden muss. Dies ist sachlich nicht sinnvoll und sollte korrigiert bzw. klargestellt werden.

### **Änderungsvorschlag**

§ 136b Absatz 5 Satz 4 SGB V wird wie folgt gefasst:

*„Eine berechnete mengenmäßige Erwartung liegt in der Regel vor, wenn das Krankenhaus im **Zeitraum des** vorausgegangenen Kalenderjahres **oder im Zeitraum der letzten zwei Quartale des vorausgegangenen Kalenderjahres und der ersten zwei Quartale des laufenden Kalenderjahres** die maßgebliche Mindestmenge je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt und Standort eines Krankenhauses erreicht hat.“*

## **Klarstellung des § 137 Absatz 1 Satz 3 SGB V**

Gemäß § 137 Abs. 1 SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eingestuftes System von Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen festzulegen und kann unter anderem je nach Art und Schwere von Verstößen gegen wesentliche Qualitätsanforderungen angemessene Durchsetzungsmaßnahmen vorsehen. Gemäß § 137 Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 SGB V können solche Maßnahmen insbesondere der Wegfall des Vergütungsanspruchs für Leistungen sein, bei denen Mindestanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 nicht erfüllt sind. Nach Satz 4 sind die Maßnahmen verhältnismäßig zu gestalten und anzuwenden.

Je nach Auslegung kann der § 137 Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 SGB V jedoch den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz verletzen. Wenn bei Nichteinhaltung von Mindestanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V immer der Wegfall des Vergütungsanspruchs als Durchsetzungsmaßnahme in den Richtlinien und Beschlüssen nach den §§ 136 bis 136c SGB V festzulegen wäre, kann dies zu unverhältnismäßigen Sanktionen führen, wenn beispielsweise der vollständige Vergütungswegfall als Folge einer nur kurzzeitigen Nichterfüllung einer Mindestanforderung einträte. Exemplarisch sei auf die Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene des G-BA (QFR-RL) verwiesen: Würde bei der Versorgung auf einer neonatologischen Intensivstation eine Mindestanforderung der QFR-RL auch nur kurzzeitig, z. B. für wenige Stunden, nicht erfüllt, ergäbe sich bei oben genannter Auslegungsvariante des § 137 Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 SGB V, dass der gesamte Vergütungsanspruch aller zu diesem Zeitpunkt, teils hochkomplex und bereits monatelang versorgten Patientinnen und Patienten entfallen müsste. Die Vereinbarung verhältnismäßiger, milderer Sanktionen bei Nichteinhaltung von Mindestanforderungen könnte nicht vorgesehen werden.

Um den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz einhalten zu können, sollte eine Klarstellung des § 137 Absatz 1 Satz 3 SGB V dahingehend erfolgen, dass der Wegfall des Vergütungsanspruchs nur eine von mehreren Durchsetzungsmaßnahmen ist, die – unter Berücksichtigung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes gemäß § 137 Absatz 1 Satz 4 SGB V – bei Nichteinhaltung von Mindestanforderungen durch den G-BA beschlossen werden können.

### **Änderungsvorschlag**

§ 137 Absatz 1 Satz 3 SGB V wird wie folgt geändert:

Solche Maßnahmen können insbesondere sein

1. Vergütungsabschläge,
- ~~2. der Wegfall des Vergütungsanspruchs für Leistungen, bei denen Mindestanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 nicht erfüllt sind,~~
32. die Information Dritter über die Verstöße,
43. die einrichtungsbezogene Veröffentlichung von Informationen zur Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen,.

---

**4. für Leistungen, bei denen Mindestanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 nicht erfüllt sind, neben den Maßnahmen nach Nummer 1 bis 3 auch der Wegfall des Vergütungsanspruchs.**