

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)53(22)
gel. VB zur öffent. Anh am
28.09.2022 - GKV-FinStG
27.09.2022



VERBAND DER
UNIVERSITÄTSKLINIKA
DEUTSCHLANDS

STELLUNGNAHME

zum Entwurf eines Gesetzes zur
finanziellen Stabilisierung der
gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Finanzstabilisierungsgesetz –
GKV-FinStG)

September 2022

© Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD), 2022

Kontakt

Verband der Universitätsklinika
Deutschlands e.V. (VUD)

Jens Bussmann

Alt-Moabit 96

10559 Berlin

info@uniklinika.de

www.uniklinika.de

Tel. +49 (0)30 3940517-0

Inhalt

I. Vorbemerkung	4
II. Zu den Regelungen im Einzelnen	5

I. Vorbemerkung

Steigende Ausgaben und verminderte Einnahmen führen zu aufwachsenden Finanzierungslücken innerhalb der GKV. Über das Gesetz soll sichergestellt werden, dass die hierdurch zusätzlich entstehenden Lasten nicht alleine von den Beitragszahlenden getragen werden müssen. Vielmehr sollen die Lasten zwischen Steuerzahlenden, Krankenkassen, Leistungserbringern und Beitragszahlenden aufgeteilt werden. Der Gesetzentwurf sieht daher vielfältige Maßnahmen vor, die einen Anstieg des Zusatzbeitragsatzes begrenzen sollen.

Aus Sicht der Universitätsklinika sind insbesondere die Anpassungen zur Vereinfachung und Beschleunigung der vielfach streitbehafteten Pflegebudgetverhandlungen von Bedeutung. Die diesbezügliche Intention des Gesetzgebers wird von den Universitätsklinika vollumfänglich begrüßt. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Ausgestaltung wird jedoch keinen Beitrag zur Vereinfachung der Verhandlungen leisten können und auch die grundsätzlichen Defizite in der Krankenhausfinanzierung nicht lösen. Es wird abermals deutlich, dass es weiterhin an einem Gesamtkonzept für eine zukunftsfeste Krankenhausfinanzierung fehlt. Bereits bei der Ausgliederung der Pflege aus dem DRG-System durch das PpSG fehlte es an einem ordnungspolitisch konsistenten und nachhaltigen Ansatz zur Finanzierung sämtlicher Betriebskosten. Anstelle kleinteiliger Reparaturen ist dringend ein Ansatz zu wählen, der den unterschiedlichen Vorhaltungen in den jeweiligen Versorgungsstufen gerecht wird. Kurzfristige Reparaturen am Finanzierungssystem dürfen der dringend erforderlichen Weiterentwicklung des Finanzierungssystems nicht im Wege stehen. Mit den nunmehr vorgesehenen Änderungen werden die durch das Pflegebudget eingeführten Fehlanreize nochmals verstärkt. Für die geplanten Anpassungen ist Folgendes zu beachten:

1. Die bisherige Ausgestaltung des Pflegebudgets hatte bereits den Fehlanreiz, möglichst viele Tätigkeiten auf die Berufsgruppen zu übertragen, deren Kosten über das Pflegebudget gegenfinanziert werden. Dieser systemimmanente Fehlanreiz wird durch die Neuregelung verstärkt. Mit der nunmehr vorgesehenen Begrenzung des Pflegebudgets auf ausgewählte Berufsgruppen werden Krankenhäuser, die Pflegekräfte durch Einbezug anderer Berufsgruppen entlasten, strukturell benachteiligt. Die Ungleichbehandlung von Berufsgruppen, die einen wichtigen Beitrag für die Pflege am Bett leisten, wird manifestiert. Gerade qualifiziertes Personal (u.a. Hebammen in der Gynäkologie und Geburtshilfe und auf Neugeborenenstationen), das einen wichtigen Beitrag für die Pflege am Bett leistet, muss weiterhin vollständig im Pflegebudget angerechnet werden können.
2. Die bestehende Regelung, wonach bei der Vereinbarung des Pflegebudgets auch pflegeentlastende Maßnahmen mit bis zu 4 Prozent des Pflegebudgets berücksichtigt werden können, ist nicht ausreichend, um bewährte Organisationsmodelle mit anderen Berufsgruppen sachgerecht aufzufangen.
3. Die neue Zuordnung zur „Pflege am Bett“ verursacht auch weiterhin hohen administrativen Aufwand und birgt Konfliktpotenzial. Die Neuregelung wird somit nicht zu der gewünschten Vereinfachung führen.

4. Eine Neudefinition, welche ab dem Vereinbarungsjahr 2024 gilt, wird die Verhandlungen für die Jahre 2020 bis 2023 nicht beschleunigen, sondern eher zusätzlich belasten. Durch die Vielzahl an unterschiedlichen Regelungen für unterschiedliche Vereinbarungsjahre wird zudem ein weiterer Komplexitätsanstieg in Kauf genommen.

Anstelle der kleinteiligen Neuregelung ohne nennenswerte Vorteile sollte zeitnah auf eine Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung hingewirkt werden. Der VUD spricht sich daher gegen die im Gesetzentwurf festgelegte Neudefinition des Pflegebudgets aus und betont die Notwendigkeit einer umfassenden und auf Versorgungsstufen aufbauenden Krankenhausfinanzierungsreform

(vgl. <https://www.uniklinika.de/gesundheitspolitischethemen/spitzenversorgung-fuer-alle/>).

II. Zu den Regelungen im Einzelnen

Im Folgenden werden ausgewählte Einzelaspekte des Verordnungsentwurfs kommentiert.

a) Anpassungen im Bereich des Pflegebudgets (Artikel 2 und 3)

Inhalt der Regelung:

Die Pflegebudgetverhandlungen sind aktuell vielfach Streitbehaftet. Zur Vereinfachung und Beschleunigung sieht der Gesetzgeber nun Anpassungen im Bereich der Regelungen zum Pflegebudget vor. Konkret sieht der Gesetzentwurf vor, die Definition der auszugliedernden Pflegekosten in einem neuen § 4a im KHG zu verankern. Die festgelegte Definition weicht hierbei von den bisherigen Vorgaben der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene ab. Ab 2024 sollen nur noch Pflegepersonalkosten bestimmter Berufsgruppen, die in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen eingesetzt sind, im Pflegebudget berücksichtigt werden können. Sonstiges, nicht über die Neuregelung erfasstes Personal ist künftig somit kein Bestandteil des Pflegebudgets. Die diesbezüglichen Kosten sollen wieder in das aDRG-System integriert werden. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben bis zum 31. Dezember 2022 die mit der Pflegepersonalkostenausgliederung in Verbindung stehenden Vereinbarungen entsprechend dieser neuen gesetzlichen Vorgaben anzupassen.

Bewertung:

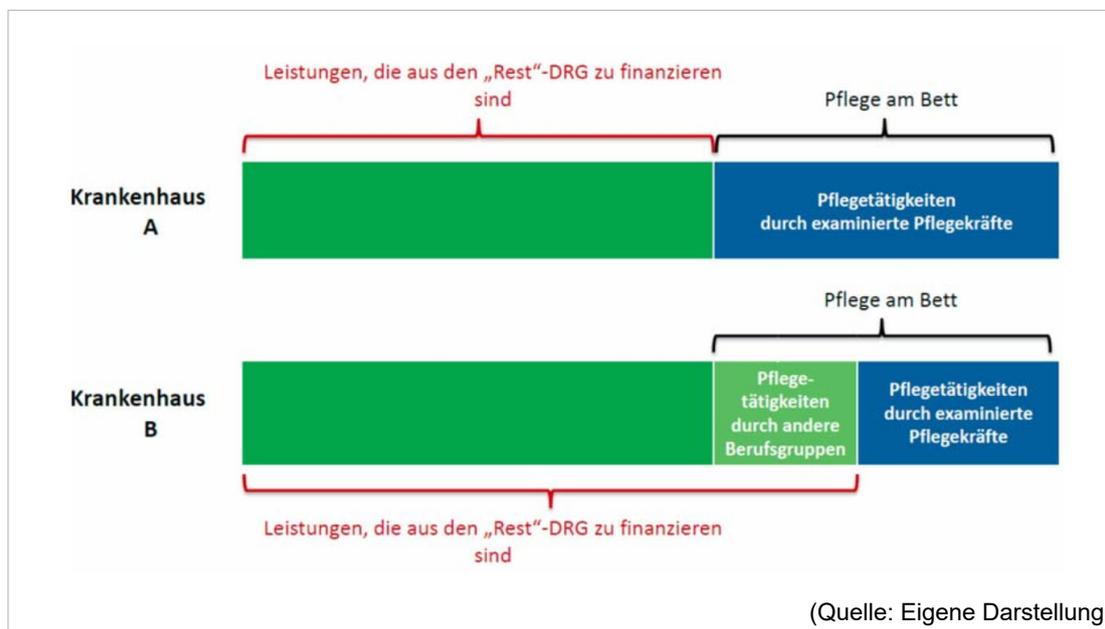
Bisher konnten nur vereinzelt Pflegebudgets vereinbart werden. Die Krankenhäuser rechnen deswegen häufig vorläufige Pflegeentgelte ab. Insbesondere in der Universitätsmedizin ist der vorläufige Pflegeentgeltwert jedoch deutlich niedriger als der tatsächlich ermittelte hausindividuelle Pflegeentgeltwert. Durch die fehlenden Pflegebudgetvereinbarungen müssen die Uniklinika somit mehrere Millionen Euro vorfinanzieren. Dies führt zu erheblichen Liquidationslücken und bringt die Krankenhäuser in eine benachteiligte Verhandlungsposition gegenüber den Kostenträgern. Die Intention des Gesetzgebers mit dieser Neuregelung, die Pflegebudgetverhandlungen zu vereinfachen, wird von den Universitätsklinika vor diesem Hintergrund vollumfänglich begrüßt.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Ausgestaltung wird jedoch keinen Beitrag zur Vereinfachung der Verhandlungen leisten können. Vielmehr führt sie zu einer Verstärkung der durch das Pflegebudget eingeführten Fehlanreize. Das fehlende Gesamtkonzept führt zudem zu einer weiteren Steigerung der Komplexität auf Bundes- und auf Ortsebene. Die Regierungskommission sollte daher zeitnah Vorschläge für eine nachhaltige Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung erarbeiten. Die Neuregelung im Rahmen des Gesetzentwurfes ist vor diesem Hintergrund zu streichen. Die Gründe hierfür werden nachfolgend einzeln dargestellt:

1. Systemimmanente Fehlanreize werden durch die Neuregelung verstärkt.

Krankenhäuser, die Pflegekräfte entlasten, werden strukturell benachteiligt.

Bereits mit Einführung des Pflegebudgets wurden Anreize gesetzt, die zu einem Belastungsanstieg innerhalb des Pflegedienstes führen. Pflegekräfte sind jedoch knapp und angesichts der demografischen Entwicklung ist nicht damit zu rechnen, dass sich dies grundsätzlich ändert. Es sind daher Modelle zur Verlagerung von Aufgaben von examinierten Pflegekräften auf andere Berufsgruppen dringend erforderlich. Dazu gehören bspw. die Speiseversorgung, administrative Aufgaben auf den Stationen, der Patiententransport innerhalb des Krankenhauses oder die Arzneimittelversorgung. Das Ziel dabei: Examinierte Pflegekräfte sollen sich auf ihre Kernaufgaben konzentrieren können. Das Pflegebudget und die nunmehr vorgesehenen Regelungen setzen starke Anreize gegen solche arbeitsteiligen Organisationsmodelle. Gerade Universitätsklinika, die vielfach innovative Modelle zur Pflegedienstentlastung umgesetzt haben, erleiden hierdurch finanzielle Nachteile. Krankenhäuser, die derartige Modelle bislang nicht umgesetzt haben, werden hingegen bevorteilt. Dabei geht es in beiden Modellen um denselben Sachverhalt, der unterschiedlich gegenfinanziert wird. Die nachfolgende Grafik verdeutlicht dieses Problem.



Durch die neue Definition in § 4a KHG und die dadurch fehlende Möglichkeit, „Sonstiges Personal“ im Pflegebudget zu berücksichtigen, wird dieser Anreiz weiter verstärkt. Dies ist aus Sicht der Universitätsklinika nicht nachvollziehbar. Denn eigentlich müssten angesichts des

Pflegekräftemangels die Anstrengungen zur Entlastung der Pflege verstärkt werden. Gleichzeitig muss qualifiziertes Personal (wie Hebammen in der Gynäkologie und Geburtshilfe und auf Neugeborenenstationen), das einen wichtigen Beitrag für die Pflege am Bett leistet, weiterhin vollständig im Pflegebudget angerechnet werden können.

2. Die Regelung, dass bei der Vereinbarung des Pflegebudgets auch pflegeentlastende Maßnahmen berücksichtigt werden können, kann die künftig fehlende Möglichkeit zur Berücksichtigung von „Sonstigem Personal“ nicht auffangen.

Bis zu vier Prozent des Pflegebudgets können bereits jetzt für pflegeentlastende Maßnahmen vereinbart werden. Krankenhäuser müssen den Kostenträgern vor Ort dafür darlegen, welche konkreten Maßnahmen zur Entlastung der Pflegekräfte in welchem Zeitraum getroffen wurden und welche Einsparungen dadurch erzielt wurden (§ 6a Abs.2 KHEntgG). In der Praxis ist der Anteil der patientennahen Tätigkeiten, der auf andere Berufsgruppen delegiert wird, jedoch deutlich höher. Dennoch werden die 4 Prozent zum gegenwärtigen Zeitpunkt in der Regel nicht vollumfänglich ausgeschöpft. Hintergrund sind die auch in diesem Bereich bestehenden Verhandlungshürden. Die Regelung, wonach bei der Vereinbarung des Pflegebudgets auch pflegeentlastende Maßnahmen berücksichtigt werden können, kann die unter Punkt 1 beschriebenen Fehlanreize damit bereits zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht auffangen. Der Umstand wird verstärkt, wenn die Aufwendungen für „Sonstiges Personal“ künftig nicht mehr Teil des Pflegebudgets sein sollen.

3. Die aufgabenbezogene Zuordnung zur „Pflege am Bett“ verursacht auch weiterhin hohen administrativen Aufwand und birgt Konfliktpotenzial. Die Neuregelung wird somit nicht zu der gewünschten Vereinfachung führen.

Auch weiterhin ist eine aufgabenbezogene Zuordnung der Personalkosten zur „Pflege am Bett“ vorgesehen. Entsprechende Nachweise sind nur mit einem sehr großen administrativen Aufwand zu erstellen und zu überprüfen. Eine aufgabenbezogene Zuordnung des Personals ist aber notwendig, wenn nur Pflege am Bett finanziert werden soll. Denn große Teile des examinierten Pflegedienstes sind nicht unmittelbar „am Bett“ tätig, sondern beispielsweise in den Funktionsdiensten. Dass der umgekehrte Fall, nämlich dass „Pflege am Bett“ nicht ausschließlich examinierten Pflegefachkräften vorbehalten ist, künftig kein Teil des Pflegebudgets mehr ist, schmälert den Aufwand und die streitbehaftete Nachweisführung nicht.

4. Eine Neudefinition, welche ab dem Vereinbarungsjahr 2024 gilt, wird die Verhandlungen für die Jahre 2020 bis 2023 nicht beschleunigen. Durch die Vielzahl an unterschiedliche Regelungen für unterschiedliche Vereinbarungsjahre wird zudem ein weiterer Komplexitätsanstieg in Kauf genommen.

Für die Jahre 2020 bis 2023 werden die Vereinbarungen weiterhin auf Basis der Selbstverwaltungsvereinbarungen zu treffen sein. Durch die Vielzahl an unterschiedlichen Regelungen für unterschiedliche Vereinbarungsjahre wird zudem ein weiterer Komplexitätsanstieg in Kauf genommen. Die nachfolgende Auflistung der seit Einführung des Pflegebudgets (Vereinbarungszeitraum 2020) bereits jetzt zu beachtenden Dokumente macht diesen Umstand deutlich (vgl. <https://www.dkgev.de>).

1. Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung_Final 2020
2. Änderungsvereinbarung zur Vereinbarung von Vorgaben der Vertragsparteien für die Zuordnung der Pflegepersonalkosten_Final 2020
3. Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung_Final 2021
4. 2. Änderungsvereinbarung zur Vereinbarung von Vorgaben der Vertragsparteien für die Zuordnung der Pflegepersonalkosten_Final 2021
5. Vereinbarung von Grundsätzen für die Systementwicklung 2020 gemäß § 4 Absatz 4 Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung
6. Zuordnung der Pflegepersonalkosten nach § 3 Absatz 2 der Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung
7. Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung
8. Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung_Excel-Tool
9. Änderungsvereinbarung zur Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung 2021
10. Empfehlung für den Vereinbarungszeitraum 2020
11. 2. Änderungsvereinbarung zur Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung
12. Anlage zur 2. Änderungsvereinbarung zur Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung
13. 3. Änderungsvereinbarung zur Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung
14. Anlage zur 3. Änderungsvereinbarung zur Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung
15. 4. Änderungsvereinbarung zur Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung
16. Anlage 5 Muster zur Übermittlung der testierten Daten nach § 6a Abs. 3 Satz 4 KHEntgG
17. Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung 2022
18. Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung 2022
19. Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung 2022_Anlage 3
20. Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung 2022_Anlage 4 bis 6

Ab dem Jahr 2024 sind neue Vereinbarungen der Selbstverwaltung zu Grunde zu legen und der Unterschied zu den bestehenden Abschlüssen differenziert darzulegen. Daher ist davon auszugehen, dass die Vereinbarung des Jahres 2024 abermals streitbehaftet sein wird, wie die erstmalige Vereinbarung des Pflegebudgets.

b) Streichung der Ausführungen zu den Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand im Kontext der Regelung zum Pflegebudget (Artikel 2, Nr. 1)

Unter dem Punkt „D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand“ führt der Gesetzentwurf bezüglich des Pflegebudgets aus: „Falls für das Jahr 2023 eine erneute Normierung erforderlich sein sollte und sich diese beispielsweise auf rund 415 Millionen Euro beliefe, würden damit Mehrausgaben in Höhe von rund 375 Millionen Euro für die GKV vermieden“. Da Neuregelungen für das Pflegebudget erst für das Jahr 2024 vorgesehen sind, ist nicht nachvollziehbar, warum der Gesetzentwurf Ausführungen zum Jahr 2023 macht, die zudem – aufgrund noch ausstehender Verhandlungen – nicht haltbar sind. Die Passage ist daher zu streichen.

c) Wirkstoffe nach AMNOG (Artikel 1, Nr. 12, Buchstabe e)

Inhalt der Regelung:

Im Bereich der Arzneimittel sieht der Gesetzentwurf mehrere Änderungen beim Erstattungsbetrag für neue Arzneimittel-Wirkstoffe nach AMNOG vor. Unter anderem wird die Zeitspanne für die freie Preisbildung von patentgeschützten Arzneimitteln auf sechs Monate verkürzt. Der Erstattungsbetrag gilt somit rückwirkend ab dem 7. Monat nach Markteinführung.

Bewertung:

Durch diese Regelungen gibt es etwas mehr Transparenz über den Zeitpunkt des Vorliegens des Erstattungsbetrags. Das ist für die NUB-Verhandlungen zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern auf Ortsebene positiv. Vielfach werden aktuell die NUB-Entgeltverhandlungen auf Grund fehlender bzw. verzögerter Preistransparenz behindert.

d) Änderungsantrag zu Artikel 1 Nummer 2a (neu)

Fristverlängerung für Modellvorhaben zur umfassenden Diagnostik mittels Genomsequenzierung (§ 64e SGB V)

Inhalt der Regelung:

In § 64e Absatz 1 Satz 1 und Absatz 8 Satz 1 wird die Frist zur Schließung des einheitlichen Vertrages zur Durchführung eines Modellvorhabens zur umfassenden Diagnostik und Therapiefindung mittels Genomsequenzierung um ein Jahr auf den 01. Januar 2024 verlängert.

Bewertung:

Die Verlängerung der Frist ist für einen erfolgreichen Aufbau einer derartigen gemeinsamen Dateninfrastruktur, die komplex und umfangreich ist, sachgerecht. Das Modellprojekt zur Genomsequenzierung ist das zentrale Vorhaben, um in Deutschland die Möglichkeiten der personalisierten Medizin in den bewährten Strukturen der Universitätsmedizin voranzubringen. Dafür muss ungeachtet der Fristverlängerung an den bestehenden Rahmenbedingungen in § 64e SGB V festgehalten werden, damit der GKV-Spitzenverband und die Universitätsklinika den vorgesehenen einheitlichen Vertrag für das Modellvorhaben erfolgreich entwickeln können.