

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)61(19.1)
gel. VB zur öffent. Anh. am
09.11.2022 - KHPfLEG
09.11.2022



Stellungnahme

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung

**Gesetz zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie
zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung
(Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfLEG)**

Hier: Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 20(14)63.2

9. November 2022

ZU AUSGEWÄHLTEN ÄNDERUNGSANTRÄGEN

Änderungsantrag 9 – zu Art. 8a (§ 135 Abs. 3 SGB XI)

Vorgeschlagene Regelungen

Die Zuführung von Mitteln zum Pflegevorsorgefonds für das Jahr 2023 erfolgt in einer Jahresrate im Dezember 2023.

Bewertung

Um die Finanzierung der Pflege zu sichern, hat der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz im Oktober einen deutlichen Ausbau der Vorsorge gefordert – zum einen durch eine Stärkung des bestehenden staatlichen Pflegevorsorgefonds und zum anderen durch eine verpflichtende private kapitalgedeckte Pflegezusatzversicherung. Die Wissenschaftler mahnten, der staatliche Fonds müsse „wirksam vor einer vorzeitigen Entnahme der Mittel durch Politiker geschützt werden“. Diese Empfehlungen werden durch die die Pflegeversicherung betreffenden Änderungsanträge nicht berücksichtigt.

Zu begrüßen ist, dass auf den zunächst vorgeschlagenen Eingriff in das Sondervermögen des Pflegevorsorgefonds verzichtet wurde. Der Eingriff wäre zu Lasten der jungen Generation erfolgt, die mit dem Fonds eigentlich entlastet werden soll. Die nun vorgeschlagene Maßnahme ist freilich nicht überzeugend, da völlig offengelassen wird, woher die Mittel für den Pflegevorsorgefonds am Ende des Jahres 2023 kommen sollen. Es steht zu befürchten, dass diese über eine erhöhte Steuerfinanzierung der SPV aufgebracht werden sollen.

Wachsende Steuerzuschüsse für die Sozialversicherung sind mit Blick auf den demografischen Wandel nicht nachhaltig, sie erhöhen die implizite Verschuldung zu Lasten der jüngeren Generation und belasten den Wirtschaftsstandort Deutschland. Sie befördern eine Finanzierungszusammenbruch und tragen dazu bei, notwendige Strukturreformen zu verschleppen. Sie unterminieren die Beziehung von Beiträgen und Leistungen und führen die Sozialversicherung in immer größere Abhängigkeit vom Bundeshaushalt. Wachsende Steuerzuschüsse in die Sozialversicherung gefährden die Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen. Sie erhöhen die Schuldenaufnahme und führen zu zukünftigen Steuererhöhungen. Ein Gutachten der Professoren Thüsing und Waldhoff stützt zudem verfassungsrechtlich die Position, dass ein Steuerzuschuss für die SPV allein der Finanzierung versicherungsfremder Leistungen dienen dürfe und dabei verfassungsrechtlich das Gebot der Gleichbehandlung von SPV und PPV zu beachten sei.

Änderungsantrag 13 - Zu Artikel 2 Nummer 1a (§ 4a KHEntgG)

Vorgeschlagene Regelungen

Zur Sicherstellung und Förderung der Kinder- und Jugendmedizin wird jeweils für die Jahre 2023 und 2024 ein Erlösvolumen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen garantiert, das sich unter prozentualer Erhöhung am Erlösvolumen des Jahres 2019 orientiert. Zur Auszahlung des erhöhten krankenhausindividuellen Erlösvolumens wird auf die nach DRG abgerechneten Fälle von Kindern und

Jugendlichen, die zum Tag der Aufnahme in das Krankenhaus über 28 Tage und unter 16 Jahren alt sind, ein bundeseinheitlicher Zuschlag jeweils für 2023 und 2024 erhoben. Sofern ein Krankenhaus jeweils für die Jahre 2023 und 2024 ein niedrigeres Erlösvolumen erwirtschaftet als auf Basis des Erlösvolumens des Jahres 2019 ermittelt, werden die Mindererlöse bei einer Unterschreitung des ermittelten Erlösvolumens von bis zu 20 Prozent vollständig ausgeglichen.

Bewertung

Die finanzielle Unterstützung für Krankenhäuser, die Patientinnen und Patienten im Alter von über 28 Tagen und unter 16 Jahren stationär versorgen, soll auf Basis einer Erlösfortschreibung erfolgen. Damit kommt die Unterstützung nach dem Gießkannenprinzip auch denjenigen Einrichtungen zugute, die auskömmlich wirtschaften. Folglich kann es bei dieser Form der Förderung zu einer Fehlallokation von Mitteln kommen. Fragwürdig ist zudem, dass im Rahmen der im Grunde zu begrüßenden Förderung der Pädiatrie keine Strukturveränderung und keine qualitativen (Mindest-)Anforderungen als Voraussetzung für eine zusätzliche leistungsunabhängige Förderung vorgesehen sind.

Änderungsantrag 14 - Zu Artikel 2 Nummer 1a (§ 5 Abs. 2b und 2c KHEntgG)

Vorgeschlagene Regelungen

Für die geburtshilfliche Versorgung in Krankenhäusern werden leistungsunabhängig zusätzliche finanzielle Mittel für die Jahre 2023 und 2024 zur Verfügung gestellt. Von der Förderung profitieren Krankenhausstandorte, die über eine Fachabteilung für Geburtshilfe oder über eine Fachabteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe verfügen. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde legt jeweils die Höhe eines standortindividuellen Förderbetrags fest. Die Gesamtsumme der zusätzlichen finanziellen Förderung in Höhe von 120 Millionen Euro wird nach dem Königsteiner Schlüssel auf die Länder aufgeteilt. Der vom Land festgelegte standortindividuelle Förderbetrag je Krankenhaus wird fallbezogen durch einen Zuschlag gegenüber den Patientinnen oder Patienten oder deren Kostenträgern abgerechnet.

Bewertung

Die Finanzierung von Vorhaltekosten der Geburtshilfen durch eine leistungsunabhängige Förderung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und daher (auch) über Steuermittel und nicht nur über die Beitragszahler zu finanzieren. Auch die Regierungskommission hat in ihrer Stellungnahme die „gesamtgesellschaftlichen Auswirkungen“ betont und darauf hingewiesen, dass eine Finanzierung durch Bundesmittel oder eine Mischfinanzierung in Betracht kommt. Die einseitige Belastung der Beitragszahler ist nicht akzeptabel.

Änderungsantrag 15 – zu Art. 1 Nr. 1a (§§ 115e, 115f SGB V – Einführung Krankenhaustagesbehandlung, spezielle sektorengleiche Vergütung)

Vorgeschlagene Regelungen

Zugelassene Krankenhäuser können in medizinisch geeigneten Fällen, wenn eine Indikation für eine stationäre somatische Behandlung vorliegt, mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten anstelle einer vollstationären Behandlung eine tagesstationäre Behandlung mit einer täglich mindestens sechsstündigen ärztlichen oder pflegerischen Behandlung ohne Übernachtung im Krankenhaus erbringen. Die Abrechnung der tagesstationären Behandlung erfolgt mit den Entgelten für vollstationäre Krankenhausleistungen, die für alle Benutzerinnen und Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen sind. Für die nicht anfallenden Übernachtungskosten ist pauschal ein Abzug von den für den vollstationären Aufenthalt insgesamt berechneten Entgelten vorzunehmen, der 0,04 Bewertungsrelationen je betreffender Nacht entspricht, wobei der Abzug einen Anteil von 30 Prozent der Entgelte für den Aufenthalt insgesamt nicht überschreiten darf. Ambulante Behandlungen unter sechs Stunden werden nicht als Tagesbehandlung vergütet, sondern sind entsprechend der Systematik des § 39 SGB V als ambulante Behandlung abzurechnen. Zudem gilt der Vorrang der ambulanten Behandlung in allen Fällen, in denen der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) Abrechnungsmöglichkeiten für die Behandlung von mehr als sechs Stunden vorsieht. Leistungen, die bisher ambulant im Krankenhaus erbracht werden und nach dem EBM vergütet werden können bzw. durch auf regionaler oder lokaler Ebene vereinbarte Pauschalen, dürfen nicht als tagesstationäre Leistung abgerechnet werden. Die Grenzverweildauern finden gleiche Anwendung wie bei Behandlung mit Übernachtung. Tage, an denen der Patient oder die Patientin nicht im Krankenhaus war, werden bei der Ermittlung der Verweildauer und der Vergütung nicht berücksichtigt. Die Entscheidung, in welchen medizinischen Fällen eine tagesstationäre Behandlung anstelle einer vollstationären Behandlung möglich ist, obliegt den behandelnden Ärztinnen und Ärzten; die medizinische Geeignetheit der tagesstationären Behandlung kann nicht von den Kostenträgern geprüft werden.

Durch die Einführung einer speziellen sektorengleichen Vergütung für Leistungskomplexe des ambulanten Operierens nach § 115b SGB V, die grundsätzlich ambulant erbracht und nach dem EBM vergütet werden, für die im Einzelfall jedoch eine stationäre Leistungserbringung und -abrechnung nicht ausgeschlossen ist, sollen die getrennten ambulanten und stationären Vergütungssysteme ein Stück weit harmonisiert werden. Durch die Inbezugnahme der häufigsten stationär erbrachten Leistungen des Katalogs nach § 115b SGB V soll der finanzielle Anreiz für eine ambulante Leistungserbringung erhöht und der vertragsärztliche Bereich im Verhältnis zum stationären Sektor gestärkt werden. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung die Einzelheiten der Einführung einer speziellen sektorengleichen Vergütung einschließlich der Vergütung zu regeln.

Bewertung

Der Regelungsinhalt ist überaus komplex; es ist nicht sachgerecht, den Vorschlag derart kurzfristig fachfremd in ein Gesetzgebungsverfahren einzubringen. Eine öffentliche Diskussion hat dazu bislang nicht stattgefunden; auch die Anhörung wird dazu nicht den erforderlichen Rahmen bilden können.

Die schnelle Einführung der tagesstationären Behandlung und der speziellen sektorenübergreifenden Vergütung ab dem Jahr 2023 ist äußerst fragwürdig, weil sich die entsprechende Struktur für Tagesbehandlungen in den Krankenhäusern und die Anpassung der Prozesse nicht so schnell werden implementieren lassen.

Insbesondere angesichts der angespannten finanziellen Situation der Krankenhäuser ist damit zu rechnen, dass in der Praxis – entgegen dem Gesetzeszweck – in die Entscheidung über die Durchführung einer tagesstationären Behandlung anstelle der vollstationären Versorgung neben medizinischen und sozialen Kriterien auch wirtschaftliche Überlegungen einfließen werden, z.B. im Hinblick auf Wahlleistungspatienten. Daher sollte die Vorschrift des § 115e SGB V geeignete Regelungen zu Vorkehrungen gegen wirtschaftlich induzierte Behandlungsentscheidungen im Krankenhaus enthalten, was bisher allerdings fehlt. Auch sollten die Kostenträger das Recht erhalten, die medizinische Geeignetheit einer tagesstationären Behandlung prüfen zu können.

Zu beanstanden ist überdies, dass in § 115e Abs. 1 SGB V zugunsten der GKV geregelt ist, dass die auf Basis des EBM vergüteten ambulanten Behandlungsformen nicht durch die neue tagesstationäre Behandlung verdrängt werden dürfen, eine entsprechende Regelung für Privatversicherte indes fehlt, obwohl im Bereich der PKV der Grundsatz „ambulant vor stationär“ gleichermaßen gilt, was auch wiederholt gerichtlich bestätigt wurde. Werden etwa im AOP-Katalog enthaltene Leistungen gegenüber Privatversicherten erbracht, muss ebenfalls sichergestellt sein, dass diese Leistungen grds. ambulant abgerechnet und nicht aus wirtschaftlichen Erwägungen als tagesstationäre Behandlung ausgewiesen werden. Es bedarf mithin im Gesetzestext einer Ergänzung dahingehend, dass bisher für Versicherte der Privaten Krankenversicherung ambulant im Krankenhaus erbrachte Leistungen nicht künftig als tagesstationäre Leistung abgerechnet werden können.

Positiv ist dagegen zu bewerten, dass die Grenzverweildauern gleiche Anwendung wie bei Behandlung mit Übernachtung finden und Tage, an denen der Patient oder die Patientin nicht im Krankenhaus war, bei der Vergütung nicht berücksichtigt werden.

Hinsichtlich der separaten sektorenübergreifenden Vergütung gem. § 115f SGB V wird dringend gefordert, dass in § 115f Abs. 2 SGB V geregelt wird, dass das BMG durch Rechtsverordnung das Nähere zu einer *für alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnenden* speziellen sektorengleichen Vergütung regelt. Denn gem. § 115f Abs. 1 SGB V soll die spezielle sektorengleiche Vergütung für diejenigen Leistungen des AOP-Katalogs nach § 115b SGB V gelten, die bislang überwiegend stationär erbracht und abgerechnet wurden. Da es sich also der Art nach um stationäre Leistungen handelt, muss der in § 17 Abs. 1 Satz 1 KHG geregelte Grundsatz der Einheitlichkeit der Entgelte zur Anwendung kommen mit der Konsequenz, dass die vom BMG festgelegte sektorenübergreifende Versorgung auch bei der Behandlung von Privatversicherten gilt. Dies sollte im Gesetzestext unmissverständlich klargestellt werden, zumal gem. § 115f Abs. 3 SGB V die für den Bericht erforderlichen Daten auch von den Unternehmen der privaten Krankenversicherung übermittelt werden sollen. Zur Wahrung der Einheitlichkeit der Entgelte im Krankenhaus gehört die Regelung zudem ins Krankenhausentgeltrecht.

Änderungsantrag 16 – zu Art. 8a (§ 153 SGB XI – Verlängerung der Geltung)

Vorgeschlagene Regelungen

Angesichts der anhaltend schwierigen Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung wird die Möglichkeit einer Zuschussgewährung des Bundes zur Erstattung pandemiebedingter Kosten um ein Jahr verlängert.

Bewertung

Die Finanzierung der pandemiebedingten Zusatzkosten in der Pflege sollte auch aus Sicht der PKV aus Steuermitteln finanziert werden. Nach wie vor ist jedoch nicht nachvollziehbar, warum allein die PPV die Mehrkosten vollständig aus Beitragsmitteln aufbringen muss. Diese Ungleichbehandlung ist nicht zu rechtfertigen.

An der Finanzierung des Pflege-Rettungsschirms muss sich die PPV mit 7% - entsprechend dem Anteil der Pflegebedürftigen - beteiligen. Bei der Finanzierung der Einnahmeausfälle der Pflegeeinrichtungen, für die ein Teil dieser Mittel eingesetzt wird, ist noch nicht einmal zu erkennen, dass sie der pflegerischen Versorgung dienen. Sie verhindert möglicherweise einen Bankrott einzelner Einrichtungen, aber sie verhindert auch, dass die knappen Pflegeressourcen dort eingesetzt werden, wo eine Nachfrage besteht. Das Programm weist damit eher den Charakter einer Subvention auf. Warum die Privatversicherten ihren Finanzierungsanteil aus eigenen Mitteln finanzieren müssen, ist nicht nachvollziehbar.

Da die Privatversicherten außerdem die Steuermittel, die die SPV erhält, mit aufbringen müssen, handelt sich um eine klassische Doppelbelastung für den gleichen Zweck, die verfassungsrechtlich nicht haltbar ist.