

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 09.11.2022

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP
zum Entwurf eines Gesetzes zur
Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur
Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen
und in der Digitalisierung
(Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfIEG)
BT-Drs. 20/3876

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Stellungnahme zu den Änderungsanträgen.....	4
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	4
§ 40 Absatz 3 Satz 20 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	4
§ 73 – Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung	5
§ 124 – Zulassung	6
§ 125 – Verträge	7
§ 125a – Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung	8
§ 125b – Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung	11
§ 127 Absatz 1a – Verträge	12
§ 92 Absatz 6c neu – Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	13
§ 137I – Personalbesetzung in der Pflege im Krankenhaus	14
Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes).....	16
§ 2 Nummer 1a Buchstabe g – Finanzierung von landesrechtlich geregelten Pflegehilfe- und assistenzausbildungen am Krankenhaus	16
Artikel 8a (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	19
§ 8 Absätze 3a und 3b – Gemeinsame Verantwortung	19
§ 135 Absatz 3 – Zuführung der Mittel	20
Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes).....	21
§ 4 Absatz 9 und § 10 Absatz 12 Satz 2 – Verlängerung des Hygieneförderprogramms als Infektiologieförderprogramm	21
§ 15 Absatz 2a Satz 1 – Anhebung des vorläufigen Pflegeentgeltwertes	24
§ 3 Nummer 1a (NEU) – Grundlagen der Vergütung voll- und teilstationärer allgemeiner Krankenhausleistungen	26
§ 4 Absatz 2 Satz 4 (NEU) – Erlösbudget für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen	27
§ 4 Absatz 2a Satz 10 – Vereinbarung eines Erlösbudgets: Fixkostendegressionsabschlag .	28
§ 4a Absatz 1 (NEU) – Ermittlung eines Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen.....	29
§ 4a Absatz 2 (NEU) – Ermittlung eines prozentualen Steigerungssatzes für das Erlösvolumen	32
§ 4a Absatz 3 (NEU) – Zweckbindung des Erlösvolumens und Nachweisverpflichtung.....	33
§ 4a Absatz 4 (NEU) – Auszahlung des Erlösvolumens	35
§ 4a Absatz 5 (NEU) – Ausgleiche des Erlösvolumens	36
§ 4a Absatz 6 (NEU) – Berichterstattung über das Erlösvolumen.....	37
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	38
§ 271 Absatz 4 – Gesundheitsfonds	38
Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes).....	40

§ 5 Absätze 2b und 2c – Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen	40
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	43
§ 271 Absatz 4 – Gesundheitsfonds	43
§ 39 Absatz 1 – Krankenhausbehandlung	45
§ 115e Absatz 1 (NEU) – Tagesstationäre Behandlung.....	46
§ 115e Absatz 2 (NEU) – Tagesstationäre Behandlung.....	49
§ 115e Absatz 3 (NEU) – Tagesstationäre Behandlung.....	51
§ 115e Absatz 4 (NEU) – Tagesstationäre Behandlung.....	53
§ 115e Absatz 5 (NEU) – Tagesstationäre Behandlung.....	54
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	55
§ 115f (NEU) – Spezielle sektorengleiche Vergütung	55
Artikel 8a neu (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch).....	58
§ 153– Verlängerung der Geltung des § 153	58
II. Ergänzender Änderungsbedarf.....	59
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	59
§ 125 Verträge, § 125a – Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung	59
Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes).....	62
Konzept einer bedarfsorientierten Vorhaltefinanzierung (Bevölkerungsbezug) für die Pädiatrie	
62	

I. Stellungnahme zu den Änderungsanträgen

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 0 neu

§ 40 Absatz 3 Satz 20 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die gesetzliche Frist für die Abgabe jährlicher Berichte des GKV-Spitzenverbandes, in denen die Erfahrungen mit der vertragsärztlichen Verordnung von geriatrischen Rehabilitationen wiedergegeben werden, soll für die Berichtsjahre 2022 und 2023 jeweils vom 30. Juni auf den 30. September des Folgejahres verlängert werden.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband hat zum 30. Juni 2022 erstmals einen Bericht über die Erfahrungen mit der vertragsärztlichen Verordnung von geriatrischen Rehabilitationen (Berichtsjahr 2021) abgegeben. Weitere Berichte sind nach der aktuell geltenden gesetzlichen Vorschrift bis zum 30. Juni 2023 für das Berichtsjahr 2022 und bis zum 30. Juni 2024 für das Berichtsjahr 2023 abzugeben. In seinem Bericht für das Berichtsjahr 2021 hat der GKV-Spitzenverband darauf hingewiesen, dass die im Rahmen der Berichtslegung gesondert zu erhebenden Daten zukünftig auch in den Kontext mit den Daten der amtlichen Statistik KG 5 gestellt werden sollen, dies aber aufgrund der unterschiedlichen Abgabetermine des Berichtes nach § 40 Absatz 3 Satz 20 SGB V einerseits und der amtlichen Statistik KG 5 andererseits nicht umsetzbar ist. Vor diesem Hintergrund hat der GKV-Spitzenverband angeregt, die Abgabefrist für die Berichte in 2023 und 2024 auf einen späteren Zeitpunkt zu legen. Mit dem vorgelegten Änderungsantrag wird dieser Anregung gefolgt. Dies wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 0

§ 73 – Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung in Absatz 11 Satz 2 wird klargestellt, dass es sich bei Verordnungen, für die die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt trotz Vorliegen einer vertraglich vereinbarten Indikation nach § 125a SGB V in medizinischen begründeten Fällen selbst über die Auswahl und Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten entscheidet, um eine ärztlich verordnete Leistung im Sinne der Verträge nach § 125 Absatz 1 handelt.

B) Stellungnahme

Die gesetzliche Klarstellung beseitigt eine mögliche Rechtsunsicherheit im Umgang mit entsprechenden Verordnungen und wird befürwortet.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1a

§ 124 – Zulassung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die gesonderte Anerkenntnisserklärung von Verträgen zur Blankoversorgung nach § 125a SGB V durch zugelassene Heilmittelerbringende soll als Zulassungsvoraussetzung gestrichen werden (vgl. Buchstabe a).

Aufgrund zeitlichen Ablaufs sollen Absatz 4, Absatz 5 Satz 4 und Absatz 6 gestrichen werden (vgl. Buchstaben b) bis d)).

B) Stellungnahme

Mit der Streichung der gesonderten Anerkenntnisserklärung für Blankoverträge nach § 125a SGB V (vgl. Buchstabe a)) wird auf eine nur mit hohem bürokratischen Aufwand umsetzbare Regelung zugunsten der Leistungserbringenden und Arbeitsgemeinschaften nach § 124 SGB V verzichtet. Die Streichung wird befürwortet.

Die Streichung der aufgrund von Zeitablauf zwischenzeitlich überholten Regelungen (vgl. Buchstaben b) bis d)) ist ebenfalls sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Die nichtamtliche Überschrift von § 124 wird in „Heilmittelzulassung“ geändert.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1b

§ 125 – Verträge

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Überschrift des Paragraphen soll in „Verträge zur Heilmittelversorgung“ geändert werden (vgl. Buchstabe a)).

Mit der Änderung in Absatz 5 Satz 4 wird klargestellt, dass der bisherige Vertrag und die bisherigen Preise bis zur Entscheidung durch die Schiedsstelle fortgelten.

Die Ergänzung des neuen Satz 2 in Absatz 7 stellt klar, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit den Trägern von Schulen, Kindertagesstätten oder Angeboten der Eingliederungshilfe, deren Verbänden oder den für die Erbringung der Eingliederungshilfe nach Landesrecht zuständigen Behörden Verträge über die Einzelheiten der Versorgung von Menschen mit Behinderungen oder Menschen, die von Behinderung bedroht sind, mit Heilmitteln in Schulen, Kindertagesstätten und Einrichtungen der Eingliederungshilfe treffen können (vgl. c)).

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Anpassung der Überschrift ist sinnvoll (vgl. Buchstabe a)). Selbiges gilt für die Klarstellung (vgl. b)).

Mit der Klarstellung in Absatz 7 Satz 2 (vgl. Buchstabe b)) ist gewährleistet, dass bestehende Sonderverträge zu medizinisch-therapeutischen Leistungen für behinderte oder von Behinderung bedrohten Menschen in besonderen Einrichtungen durch die gesetzlichen Änderungen im TSVG nicht tangiert sind und neben den bundesweiten Verträgen nach § 125 Absatz 1 SGB V weiterbestehen können. Damit erhalten diese Verträge eine gesicherte Rechtsgrundlage, die ihr Weiterbestehen und deren Weiterentwicklung ermöglicht. Die Regelung wird befürwortet.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1c

§ 125a – Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung

A) Beabsichtigte Neuregelung

a) Zu Absatz 1:

aa) Der Abschluss von Blankoverträgen ist künftig dann nicht mehr erforderlich, wenn die für den jeweiligen Heilmittelbereich zuständigen maßgeblichen Spitzenorganisationen für ihren Heilmittelbereich gemeinsam darauf verzichten, einen solchen Vertrag zu schließen.

bb) Ein Einvernehmen mit der K(Z)BV soll künftig nur noch bezüglich der Vorgaben zur Information des Arztes durch den Heilmittelerbringenden über die erfolgte Behandlung sowie zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes hergestellt werden.

b) Zu Absatz 2

aa) Es wird klargestellt, dass Verträge zur Blankoversorgung nicht unmittelbar über alle geeigneten Indikationen gemäß Heilmittel-Richtlinien abgeschlossen werden müssen, sondern zunächst auch nur einzelne Indikationen vereinbart werden können.

bb) In Absatz 2 Nummer 6 wird konkretisiert, dass in den Blankoverträgen Maßnahmen zur Vermeidung einer unverhältnismäßigen Mengenausweitung zu treffen sind, soweit diese nicht durch eine steigende Morbidität, den therapeutischen Fortschritt oder aufgrund von Veränderungen des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs resultierende Mengenausweitungen begründet sind.

c) In Absatz 6 wird klargestellt, dass dem BMG nach Abschluss der über die Blankoversorgung des jeweiligen Heilmittelbereiches durchzuführenden Evaluation einmalig nach Abschluss der jeweiligen Evaluation Bericht zu erstatten ist.

B) Stellungnahme

a) Zu Absatz 1

aa) Der Grundsatz, dass je Heilmittelbereich individuell entschieden werden kann, ob ein Vertrag zur Blankoversorgung zu sinnvollen Versorgungsverbesserungen führt, wird begrüßt. Problematisch ist allerdings, dass ein Vertrag bereits durch einen einzelnen Leistungserbringerverband erzwungen werden kann. Dies stellt sowohl die Verhandlungen zwischen den Vertragspartnern als auch die Verfahren vor der Schiedsstelle vor extreme Herausforderungen. Die vorgesehene Regelung führt dazu, dass vor der Schiedsstelle das „Ob“ eines Blankovertrag nicht mehr nach Mehrheitsprinzipien entschieden werden kann bzw. ein mehrheitlich getroffener Beschluss, keinen Vertrag zu schließen, erheblichen Rechtsunsicherheiten und Klagerisiken ausgesetzt ist, da es an dem gesetzlich geforderten Einvernehmen für einen Verzicht fehlt. Dies kann dann zu dem Ergebnis führen, dass gegen eine große Mehrheit der vertretenen Leistungserbringenden eines Heilmittelbereichs ein Vertrag umzusetzen wäre, weil ein kleiner Einzelverband, der nur eine Minderheit repräsentiert, einen Vertrag befürwortet. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes wäre es zielführender, bei der Frage, ob ein Vertrag zustande kommt, zumindest auf die Mehrheit der maßgeblichen Verbände eines Heilmittelbereiches abzustellen.

bb) Die Herstellung eines Einvernehmens bezüglich der Vorgaben zur Information der Ärztin/des Arztes durch den Heilmittelerbringenden über die erfolgte Behandlung sowie zur Notwendigkeit eines erneuten Arztkontaktes sollte ebenfalls gestrichen werden, da ein Stellungnahmerecht hier als ausreichend angesehen wird.

b) Die Änderungen zu Absatz 2 aa) und die Streichungen zu bb) werden befürwortet. Die Konkretisierung in Absatz 2 Nummer 6, wonach für unverhältnismäßige Mengenausweitungen, die aus einer steigenden Morbidität, den therapeutischen Fortschritt oder aufgrund von gesetzlichen Änderungen resultieren, keinerlei vertragliche Regelungen getroffen werden können, erscheint nicht sachgerecht und dürfte die Vertragspartner vor erneute Herausforderungen stellen. Wir schlagen vor, den neu vorgeschlagenen Passus zu streichen.

c) Die Änderungen zu Absatz 6 wird befürwortet.

C) Änderungsvorschlag

a)

aa) In Satz 1 wird nach dem Wort „Versorgungsverantwortung“ ein Komma und werden die Wörter „sofern die für den jeweiligen Heilmittelbereich zuständigen maßgeblichen Spitzenorganisationen für ihren Heilmittelbereich mehrheitlich dafür sind, einen solchen Vertrag zu schließen“ eingefügt.

In Absatz 3 Satz 1 wird das Wort „Vertragspartner“ durch die Wörter „beiden Vertragsparteien“ ersetzt.

In Absatz 3 Satz 2 wird das Wort „Vertragspartei“ durch die Wörter „der beiden Vertragsparteien“ ersetzt.

bb) Absatz 1 Satz 8 gemäß Nummerierung vor GKV-FinStG bzw. Satz 7 gemäß Nummerierung nach GKV-FinStG wird gestrichen.

Absatz 2 Nummer 7 wird gestrichen.

b)

bb) Absatz 2 Nummer 6 wird wie folgt gefasst:

„6. Maßnahmen zur Vermeidung einer unverhältnismäßigen Mengenausweitung in der Anzahl der Behandlungseinheiten je Versicherten, diese Maßnahmen können auch Vergütungsabschläge vorsehen, sofern eine durchschnittliche Anzahl an Behandlungseinheiten deutlich überschritten ist, sowie“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1d

§ 125b – Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In der nicht amtlichen Überschrift „Bundesweit geltende Preise, Verordnungsermächtigung“ sollen die Wörter „Bundesweit geltende Preise,“ gestrichen werden (vgl. Buchstabe a.).

Die Absätze 1, 2 und 3 sollen gestrichen werden (vgl. Buchstabe b.).

B) Stellungnahme

Die Streichung der aufgrund zeitlichen Ablaufs zwischenzeitlich überholten Regelungen kann zugestimmt werden. Die Fortgeltungsklausel in Absatz 1 für Altverträge nach § 125 Absatz 2 SGB V i. d. F. vor TSVG ist hinfällig, da zwischenzeitlichen in allen Heilmittelbereichen Versorgungsverträge nach § 125 Absatz 1 SGB V i. d. F. des TSVG in Kraft sind. Die Geltung von Höchstpreisen je Bundesland in Absatz 2 ist aufgrund der bundesweiten Preise in den Verträgen nach § 125 Absatz 1 SGB V ebenfalls hinfällig. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist auch die Streichung der Absätze 2a und 2b geboten, da entsprechende Verordnungsermächtigung und Regelungen aufgrund der gegenwärtigen pandemischen Lage nicht mehr erforderlich erscheinen. Auch die Streichung des Absatzes 3 zur Fortgeltung der vor TSVG geltenden Rahmenempfehlungen ist aufgrund der bundesweiten Verträge nach § 125 Absatz 1 SGB V in allen Heilmittelbereichen folgerichtig. Aus redaktioneller Sicht ist die nichtamtliche Überschrift des § 125b in „nicht besetzt“ zu ändern.

C) Änderungsvorschlag

Die Überschrift von § 125b wird in „nicht besetzt“ geändert. Die Absätze 1, 2, 2a, 2b und 3 werden gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1e

§ 127 Absatz 1a – Verträge

A) Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß § 127 Absatz 1 SGB V schließen Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften im Wege von Vertragsverhandlungen Verträge mit Leistungserbringern oder Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln. Dabei haben die Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften Vertragsverhandlungen zu ermöglichen. Für den Fall der Nichteinigung sieht § 127 Absatz 1a SGB V vor, dass der streitige Inhalt der Verträge auf Anruf einer der Verhandlungspartner durch eine von den jeweiligen Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten ab Bestimmung der Schiedsperson festgelegt wird. § 127 Absatz 1a SGB V soll nun durch eine Regelung ergänzt werden, wonach der bisherige Vertrag und die bisherigen Preise bis zur Entscheidung durch die Schiedsperson fortgelten. Ziel der Regelung ist es, mehr Rechtssicherheit für die Beteiligten zu schaffen.

B) Stellungnahme

Das Erreichen von mehr Rechtssicherheit ist zwar grundsätzlich ein nachvollziehbares Anliegen. Die Weitergeltung von Verträgen wird allerdings bislang als Bestandteil der Vertragsverhandlungen und -abschlüsse im konkreten Fall zwischen den jeweiligen Vertrags- und Verhandlungspartnern vereinbart. Regelungen hierzu sollten auch weiterhin dem Gestaltungsspielraum der Vertrags- und Verhandlungspartner überlassen bleiben. Die geltende Rechtslage sollte daher an dieser Stelle nicht verändert werden. Abgesehen davon würde die vorgesehene gesetzliche Regelung nicht zu mehr Rechtssicherheit, sondern zu neuen Unklarheiten und Problemen führen. Unklar ist insbesondere, wann die Weitergeltung der bisherigen Verträge und der bisherigen Preise aufgrund dieser Regelung beginnen soll und wie sie sich auf den Zeitraum zwischen Kündigung und Beginn des Schiedsverfahrens auswirkt.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 0

§ 92 Absatz 6c neu – Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der G-BA soll beauftragt werden, spätestens bis 31. Dezember 2023 in einer Richtlinie
Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung
für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID zu treffen.

B) Stellungnahme

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist mit einer Richtlinie des G-BA zur Long-COVID-
Versorgung zum jetzigen Zeitpunkt keine relevante Verbesserung der Versorgung für die
Betroffenen zu erreichen.

Mittlerweile wurde eine Leitlinie der AWMF zum Thema Long-/Post-COVID mit Stand vom
17. August 2022 entwickelt. Diese Leitlinie stellt jedoch lediglich einen Expertenkonsens
(S1-Leitlinie) dar. Es ist zu erwarten, dass sich die dort ausgesprochenen Empfehlungen mit
der zu erwartenden Weiterentwicklung des wissenschaftlichen Kenntnisstandes zu Long-
COVID kurz- und mittelfristig verändern werden. Kernproblem dabei ist, dass es bisher keine
bekannte ursächliche Therapie für dieses Krankheitsbild gibt.

Die zur Verfügung stehenden symptomorientierten Therapieansätze sind für die Betroffenen
sehr hilfreich und können wesentlich zur Linderung oder Beseitigung der Beschwerden
beitragen. Gleichermaßen gilt für die Angebote der medizinischen Rehabilitation. Vorrangig ist aus
Sicht des GKV-Spitzenverbandes zum jetzigen Zeitpunkt, dass die wissenschaftlichen
Anstrengungen zur Erforschung der Ursachen von Long-COVID und zur Entwicklung von
kausalen Therapiekonzepten vorangetrieben werden. Hierfür gibt es bereits eine Reihe von
öffentlichen Fördermaßnahmen, die aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes intensiviert werden
sollten.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 137l – Personalbesetzung in der Pflege im Krankenhaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Änderungsantrag soll § 137l Absatz 5 SGB V aufgehoben werden. Somit würde die im Gesetzentwurf vom 12. September 2022 vorgesehene Ausnahme, wonach sich Krankenhäuser mit tarifvertraglichen oder sonstigen Vereinbarungen zwischen Arbeitgebenden und Arbeitnehmenden zum Pflegepersonaleinsatz den Vorgaben der Rechtsverordnung entziehen können, gestrichen. Im Ergebnis hätten alle zugelassenen Krankenhäuser die Vorgaben der Rechtsverordnung zur Pflegepersonalbemessung und einer Soll-Personalbesetzung verpflichtend umzusetzen.

B) Stellungnahme

Mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz sollen, wie der Name des Gesetzes bereits erkennen lässt, die Pflegekräfte entlastet werden. Um zu erfahren, wie viele Pflegekräfte gemessen am Pflegebedarf der Patientinnen und Patienten erforderlich sind, sollen Krankenhäuser eine Pflegepersonalbemessung in Anlehnung an die Pflegepersonalregelung PPR 2.0 und die Kinder-PPR 2.0 umsetzen. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes können mit dem Instrument PPR 2.0 die wichtigen politischen Ziele, gute Rahmenbedingungen für Pflegekräfte zu schaffen und eine angemessene Personalausstattung sicherzustellen, nicht erreicht werden. Vielmehr werden Pflegekräfte mit Bürokratie für eine im Ergebnis unvollständige und methodisch, hinsichtlich der einheitlichen Umsetzung, ausgesprochen kritisch zu betrachtende Pflegepersonalbemessung belastet. Anstelle dessen sollte eine moderne, digitale und qualitätsverbessernde Pflegepersonalbemessung nach § 137k SGB V entwickelt und erprobt werden, die mit einem erfolgsversprechenden Ansatz die Pflegekräfte auch pflegefachlich voranbringt und nachhaltig stärkt. Insofern appelliert der GKV-Spitzenverband nachdrücklich, von dem Vorhaben der Pflegepersonalbemessung nach PPR 2.0 abzulassen und den § 137l SGB V in Gänze zu streichen (vgl. Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum Gesetzentwurf vom 12. September 2022, Artikel 1 Nummern 2 und 3).

Sofern trotz umfangreicher Kritik dennoch an der Personalbemessung nach PPR 2.0 festgehalten wird, ist die Aufhebung der Ausnahmeregelung nach § 137I Absatz 5 SGB V (Opt-out-Regelung bei Tarifverträgen) erforderlich, um eine bundesweite Anwendung sicherzustellen. Ob die Ergebnisse der Personalbemessung nach PPR 2.0, so wie in der Begründung zum Änderungsantrag dargelegt, vergleichbar sein werden, ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes fraglich.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 0

§ 2 Nummer 1a Buchstabe g – Finanzierung von landesrechtlich geregelten Pflegehilfe- und assistenzausbildungen am Krankenhaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung werden in § 2 Nummer 1a Buchstabe g zusätzlich zu den bereits enthaltenen Berufsbezeichnungen Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin weitere Berufsbezeichnungen der Pflegehilfe und –assistenz aufgenommen. Hintergrund ist, dass die Länder in Folge der Einführung der generalistischen Ausbildung zur Pflegefachfrau und zum Pflegefachmann zunehmend auch die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen der Pflegehilfe und –assistenz generalistisch ausrichten und dass diese Ausbildungen die Ausbildung in der Krankenpflegehilfe teilweise ersetzen. Die Aufnahme der Berufsbezeichnungen führt im Umfang des § 17a zu einer Finanzierung der Kosten der Ausbildungen in den genannten Berufen über die gesetzliche Krankenversicherung. Mittelfristig soll für die generalistische Ausbildung von Pflegefachkräften vorgesehene Finanzierungsweg über die Ausgleichsfonds nach §§ 26 ff. Pflegeberufegesetz auch für die Finanzierung der Pflegehilfe- und –assistenzausbildungen eröffnet werden. Dies soll einhergehen mit einer bundeseinheitlich ausgestalteten Pflegehelfer- und Assistenzausbildung, für die zurzeit landesrechtlich unterschiedliche Vorgaben gelten.

B) Stellungnahme

Grundsätzlich obliegt die Zuständigkeit für die Finanzierung der Kosten der Berufsschulen in Deutschland der öffentlichen Hand (duales Ausbildungssystem). Im Gesundheitswesen wurde die Finanzierung der Ausbildungskosten in der Vergangenheit jedoch zunehmend auf die gesetzliche Krankenversicherung verlagert. Konkret trägt die gesetzliche Krankenversicherung für auf die in § 17a verwiesenen Berufsgruppen (z. B. Ergotherapeuten, Logopäden) die Ausbildungskosten – dies schließt auch die Kosten der mit den Krankenhäusern verbundenen Ausbildungsstätten ein. Erst vor Kurzem wurden die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, die Ausbildungskosten für weitere Berufsgruppen und Tatbestände zu finanzieren (z. B. über das ATA-OTA-Gesetz vom 14.12.2019 oder das Hebammenreformgesetz vom 22.11.2019).

Durch die vorgeschlagene Änderung sind für die gesetzlichen Krankenkassen erneut Mehrkosten – bedingt durch die landesrechtlichen Vorgaben für die generalistischen

Berufsausbildungen – zu befürchten. Es wird abgelehnt, dass sich die Länder noch weitergehend ihrer Finanzierungsverantwortung für die Ausbildungsberufe entziehen. Nicht zuletzt stehen die Vorschläge diametral zu den Zielen des jüngst verabschiedeten GKV-Finanzstabilisierungsgesetz, die Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung zu konsolidieren.

Das Bestreben, eine bundesrechtliche Vereinheitlichung der bislang durch die Länder geregelten Pflegehelfer- und Assistenzberufe zu erwirken, wird grundsätzlich begrüßt. Es werden jedoch keine weitergehenden Aussagen gemacht, ab wann auf welchem Wege die länderübergreifende Harmonisierung der Pflegehilfe- und -assistenzausbildungen beginnen muss, damit eine Vereinheitlichung gelingt. In Anbetracht der zunehmenden Ausgestaltung der Ausbildungsberufe durch die Länder sollte der Gesetzgeber zeitnah verbindliche Vorgaben machen.

Die Auffassung, dass über den Ausgleichsfonds nach §§ 26 ff. Pflegeberufegesetz eine „gemeinsame Finanzierung durch Bund und Länder“ (vgl. Koalitionsvertrag, S. 64) bei der Finanzierung der Pflegehelfer- und Assistenzberufe erreicht wird, wird nicht geteilt. Denn die Mittel im genannten Ausgleichsfonds zur Finanzierung der beruflichen Ausbildung in der Pflege sind laut Pflegeberufegesetz zu rund 57 % aus Mitteln der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung sowie zu rund 30 % aus Mitteln der gesetzlichen und privaten Pflegeversicherung aufzubringen. Der Anteil des Landes an der Aufbringung des Finanzierungsbedarfes beträgt laut § 33 Pflegeberufegesetz lediglich rund 9 % des Finanzierungsbedarfs. Es wird abgelehnt, dass mittelfristig eine Angleichung der Finanzierungsregelungen an die Pflegefachkraftausbildung mit einer analogen Aufteilung zwischen den finanzierenden Akteuren einherginge. Dies würde zu einer massiven Mehrbelastung der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung – und damit der Beitragszahlenden – führen. Darüber hinaus wird mit der beabsichtigten Regelung einschließlich Begründung ein Präjudiz für den Bereich der Pflegeversicherung geschaffen, der auch höhere Zuzahlungen für Menschen mit Pflegebedürftigkeit bedeutet. Die jetzige Festlegung der zukünftigen Finanzierung über den Ausgleichsfonds gemäß §§ 26 ff. Pflegeberufegesetz erfolgt zu einem Zeitpunkt, zu dem die Pflegehilfe- und Assistenzausbildungen weder in den Bundesländern einheitlich ausgestaltet, noch die Mehrbelastungen (Kostenverlagerungen) beziffert werden sowie die Finanzierung der Pflegeversicherung nachhaltig gesichert ist. Eine Finanzierung über den Ausgleichsfonds gemäß §§ 26 ff. Pflegeberufegesetz wird daher abgelehnt.

Der GKV-Spitzenverband fordert, dass die Länder ihrer Finanzierungsverpflichtung für die Ausbildung gerecht werden. Dies umfasst zum einen, dass die Länder wieder die Finanzierung der Ausbildungsstätten für die in § 17a Satz 1 genannten Berufe übernehmen.

Zum anderen muss eine weitere Verschiebung der Ausbildungskosten von den Ländern auf die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung, wie in dem vorliegenden Änderungsantrag, vermieden werden.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 8a (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 8 Absätze 3a und 3b – Gemeinsame Verantwortung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der beabsichtigten Regelung kann bei Bedarf eine Mittelumschichtung zwischen den Modellvorhaben nach § 8 Absatz 3a (Modellvorhaben zu innovativen Versorgungsansätzen) zu Modellvorhaben nach § 8 Absatz 3b (Modellprogramm Personalbemessung) erfolgen. Damit wird gewährleistet, dass für den ambulanten Teil des Modellprogramms ausreichend Mittel zur Verfügung gestellt werden können.

B) Stellungnahme

Die Änderungen werden begrüßt. Damit wird sichergestellt, dass für Studien, Modellprojekte und wissenschaftliche Expertisen zur Weiterentwicklung des ambulanten Bereichs ausreichende Mittel und ein angemessener Zeitraum für die Bearbeitung bereitstehen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 8a (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 135 Absatz 3 – Zuführung der Mittel

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Zuführung von Mitteln des Ausgleichsfonds der sozialen Pflegversicherung zum Pflegevorsorgefonds soll im Jahr 2023 nicht monatlich, sondern in einer Jahresrate im Dezember 2023 erfolgen. Angesichts der aktuell schwierigen Finanzlage der sozialen Pflegerversicherung soll deren Liquidität mit dieser Maßnahme kurzfristig stabilisiert werden.

B) Stellungnahme

Die vorgeschlagene Stundung der Zuführungen zum Vorsorgefonds kann kurzfristig eine positive Liquiditätswirkung auf die Finanzsituation der sozialen Pflegversicherung haben, ohne sich finanzwirksam auf die Beitragseinnahmen des Vorsorgefonds auszuwirken.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 1 und 3

§ 4 Absatz 9 und § 10 Absatz 12 Satz 2 – Verlängerung des Hygieneförderprogramms als Infektiologieförderprogramm

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die im Änderungsantrag vorgeschlagene Neuregelung zum Hygieneförderprogramm sieht eine Verlängerung des Förderzeitraums im Bereich der Infektiologie und „Antibiotic stewardship (ABS)“ um drei weitere Jahre bis 2025 vor. Durch die inhaltliche Beschränkung auf die Infektiologie soll das Programm zukünftig als Infektiologieförderprogramm fortgeführt werden. Die geplante Verlängerung der Förderung bezieht sich auf den Personalaufbau im Bereich der Infektiologie (nur Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Infektiologie) und ABS. Zusätzlich ist eine Ausweitung der Förderung für die Weiterbildungsmaßnahmen im Bereich der Inneren Medizin und Infektiologie vorgesehen. Der zuvor einmalige Zuschuss für die Förderung soll auf einen jährlichen pauschalen Zuschuss im gesamten verlängerten Förderzeitraum ausgeweitet werden und ab 2023 von 30.000 Euro auf 40.000 Euro ansteigen.

Damit liegt der Schwerpunkt des Programms darauf, die Neueinstellung von Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin und Infektiologie aufgrund ihrer besonderen infektionsmedizinischen Qualifikation zu fördern und die neue Fachartausbildung in der Inneren Medizin und Infektiologie zu etablieren.

Allein die Förderung der Personalaufstockung im Bereich Krankenhaushygiene und der Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen im Bereich Krankenhaushygiene und ABS soll mit den beabsichtigten Neuregelungen wie geplant im Jahr 2022 auslaufen. Alle bisher ausgelaufenen oder im Jahr 2022 auslaufenden Fördermaßnahmen für die Personalaufstockung sollen bis zur Überführung in den Landesbasisfallwert nach § 10 Absatz 12 Satz 2 weiterhin zusätzlich finanziert werden. Die Überführung der Finanzierungsbeträge in den Landesbasisfallwert soll in Folge der Verlängerung erst auf Grundlage der im Jahr 2025 abgerechneten Finanzierungszuschläge für das Jahr 2026 erfolgen.

B) Stellungnahme

Die geplante Verlängerung im Bereich der Infektiologie und ABS wird vom GKV-Spitzenverband abgelehnt. Das Hygieneförderprogramm wurde im Jahr 2013 eingeführt und bereits im Rahmen mehrerer Gesetzgebungsverfahren (Krankenhausstrukturgesetz, MDK-

Reformgesetz) verlängert. Die hier geplante Verlängerung der Fördermaßnahmen im Bereich der Infektiologie wird insbesondere mit der besonderen Bedeutung infektiologischer Expertise in Zeiten der Coronapandemie begründet. Im Hygieneförderprogramm werden seit jeher Berufsgruppen adressiert, deren Expertise speziell in der Coronapandemie sehr gefragt ist. Dies sind insbesondere die Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie. Auch mit der Ergänzung der hier hervorgehobenen infektiologischen Expertise wurden bereits 2016 Weichen für die Pandemiebewältigung durch die Förderung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen in diesem Bereich gestellt. Eine erneute Verlängerung ist daher nicht angezeigt. Allenfalls wäre aufgrund der im Mai 2021 auf dem 124. Deutschen Ärztetag beschlossenen bundesweiten Einführung der mehrjährigen Facharztausbildung in Ergänzung zur einjährigen Zusatzweiterbildung denkbar, im § 4 Absatz 9 Satz 2 Nummer 2 eine Sonderregelung für im Jahr 2022 begonnene Weiterbildungen wie für die Weiterbildungen als Fachärztinnen und Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin nach § 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe a) einzuführen.

Mit dem Hygieneförderprogramm sollen die Krankenhäuser zeitlich begrenzt beim Aufbau des gemäß Infektionsschutzgesetz notwendigen Personals unterstützt werden. Eine langfristige Förderung mit Mitteln der GKV ist dabei nicht angemessen. Die Zusatzförderung war lediglich eine sinnvolle Starthilfe für die Umsetzung der Anforderungen und wurde rege in Anspruch genommen: Die jährlichen Auswertungen des GKV-Spitzenverbandes zeigen, dass die gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen des Sonderprogramms in den Jahren 2013 bis 2021 etwa 672 Mio. Euro für umfassende Personalaufbauaktivitäten bereitgestellt haben. Insgesamt profitierten 1.403 Krankenhäuser und damit etwa 98 % der förderfähigen Krankenhäuser in diesem Zeitraum von zusätzlichen Finanzmitteln.

Es ist jedoch eine grundlegende Aufgabe und die Pflicht der Krankenhäuser, angemessene Hygienevoraussetzungen für die Versorgung der Patientinnen und Patienten zu schaffen. Seit dem Jahr 2020 gilt zudem die im Infektionsschutzgesetz definierte Übergangsregelung nicht mehr, so dass die Anforderungen an die Ausstattung mit Hygienefachpersonal für alle Krankenhäuser verbindlich sind. Ebenfalls haben die Krankenhäuser dafür Sorge zu tragen, dass eine ausreichende infektiologische Expertise zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit infektiologischen Krankheiten zur Verfügung steht. In der Logik des DRG-Systems wird auf Basis von Kosten- und Leistungsdaten daher regelmäßig sichergestellt, dass entsprechend notwendige Maßnahmen im System berücksichtigt und in die DRGs eingepreist werden. Zudem gibt es zahlreiche coronabedingte Förderungen, die in direkter Konkurrenz zum Hygieneförderprogramm stehen. Zu nennen ist hier die Corona-Mehrkostenzuschlagsvereinbarung für Zuschläge nach § 5 Absatz 3i. Hiermit werden den Krankenhäusern nicht anderweitig finanzierte Mehrkosten über Zuschläge finanziert, die

aufgrund des Virus SARS-CoV-2 im Zusammenhang mit der voll- oder teilstationären Behandlung von Patientinnen und Patienten entstehen.

Die geplante Verlängerung der Weiterfinanzierung bereits ausgelaufener oder im Jahr 2022 auslaufender Fördermaßnahmen zum Personalaufbau bis 2025 ist vor diesem Hintergrund nicht sachgerecht. Die Weiterfinanzierung außerhalb des DRG-Systems sollte eng begrenzt und allenfalls auf Basis einer Prüfung des bundesweiten Erfüllungsgrads der im Infektionsschutzgesetz festgeschriebenen Anforderungen erfolgen.

Eine begleitende Evaluation, auf deren Basis die Wirkungen des Förderprogramms in den Bundesländern zuverlässig beurteilt werden können, liegt aktuell nicht vor. Auf welcher Informationsgrundlage die Notwendigkeit einer erneuten Verlängerung und Ausweitung festgestellt wurde, bleibt in der Gesetzesbegründung zum Änderungsantrag daher unklar. Zudem lässt sich aus den jährlichen Auswertungen des GKV-Spitzenverbandes zur Inanspruchnahme des Hygieneförderprogramms anhand der bisherigen Datenmeldungen bisher keine tatsächliche verstärkte Inanspruchnahme infektiologischer Expertise oder die Aufnahme von Weiterbildungsaktivitäten nach Ausbruch der Pandemie im Jahr 2020 nachweisen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Hilfsweise wird § 4 Absatz 9 Satz 2 Nummer 2 wie folgt gefasst:

„2. die in den Jahren 2016 bis 2022 begonnene Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie sowie Zusatz-Weiterbildung Infektiologie für Fachärztinnen und Fachärzte durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von einmalig 30 000 Euro; spätestens im Jahr 2022 begonnene Weiterbildungen zur Fachärztin oder zum Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie werden auch über das Jahr 2022 hinaus gefördert;“

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

§ 15 Absatz 2a Satz 1 – Anhebung des vorläufigen Pflegeentgeltwertes

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der vorläufige Pflegeentgeltwert wird für die Berechnung von tagesbezogenen Pflegeentgelten von Krankenhäusern, die bislang noch keinen krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert mit den Kostenträgern vereinbart haben, ab dem 1. Januar 2023 auf 230 Euro erhöht. Nach gegenwärtiger Gesetzeslage würde der aktuelle Pflegeentgeltwert in Höhe von 200 Euro am 1. Januar 2023 auf 171 Euro zurückfallen.

Liquiditätsprobleme der Krankenhäuser, die daraus entstehen können, dass der gesetzlich festgelegte vorläufige Pflegeentgeltwert die Pflegepersonalkosten nicht deckt, sollen dadurch vermieden werden. Nach Vereinbarung des Pflegebudgets und des krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwertes erfolgt im Falle einer Unter- oder Überdeckung der Pflegepersonalkosten des Krankenhauses ein vollständiger Ausgleich.

B) Stellungnahme

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist die hier dargelegte Anpassung der Höhe des vorläufigen Pflegeentgeltwertes nachvollziehbar. Die Anpassung erfolgt auf der Grundlage der durch das InEK ermittelten Bezugsgröße des Pflegeentgeltkatalogs, die um die Steigerungssätze des Teilarbeitungswertes Personal der Jahre 2021 und 2022 erhöht wurde.

Mit der bestehenden gesetzlichen Regelung werden aber stationäre Fälle, die sich zeitlich über eine der in § 15 Absatz 2a benannten Datumsgrenzen erstrecken, mit zwei verschiedenen Pflegeentgeltwerten abgerechnet. Zur Vereinfachung der Abrechnung schlägt der GKV-Spitzenverband vor, dass jeweils der Aufnahmetag den anzuwendenden Pflegeentgeltwert für den gesamten Zeitraum bestimmt. Damit wird sichergestellt, dass ein einheitlicher Pflegeentgeltwert je Fall zur Abrechnung kommt.

C) Änderungsvorschlag

Anpassung des § 15 Absatz 2a Satz 1 KHEntgG:

- „(2a) Kann der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2020 noch nicht berechnet werden, sind für die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a die Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 KHG für Aufnahmen in den angeführten Zeiträumen wie folgt 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,
 3. vom 1. Januar 2021 bis zum 30. Juni 2022 mit 163,09 Euro,
 4. vom 1. Juli 2022 bis zum 31. Dezember 2022 mit 200 Euro und
 5. ab dem 1. Januar 2023 mit 230 Euro.“

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 0

§ 3 Nummer 1a (NEU) – Grundlagen der Vergütung voll- und teilstationärer allgemeiner Krankenhausleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Änderungsantrag soll eine neue leistungsunabhängige Vergütungskomponente für Krankenhäuser eingeführt werden. § 3 Nummer 1a regelt, dass dieses sogenannte Erlösvolumen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen den bestehenden Vergütungskomponenten des KHEntgG für voll- und teilstationäre allgemeine Krankenhausleistungen hinzugefügt wird. Dieses soll sich nach § 4a (NEU) bemessen.

B) Stellungnahme

In seiner derzeitigen Form ist das Krankenhausvergütungssystem zum überwiegenden Teil leistungsbasiert. Die Einführung einer leistungsunabhängigen Vergütungskomponente zielt darauf ab, die Vorhaltekosten eines Krankenhauses zu finanzieren und so unerwünschten Mengeneffekten entgegenzuwirken. Daher ist die Erweiterung der Vergütungskomponenten des KHEntgG grundsätzlich zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 1

§ 4 Absatz 2 Satz 4 (NEU) – Erlösbudget für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die neu einzuführende Vergütungskomponente des Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen soll leistungsunabhängig ausgestaltet sein. Daher regelt § 4 Absatz 2 Satz 4 (NEU), dass sich diese Vergütung nach der ebenso neu einzuführenden Vorschrift des § 4a (NEU) richtet. Zudem wird geregelt, dass das Erlösvolumen nicht Teil des Erlösbudgets wird.

B) Stellungnahme

Die Auskoppelung des Erlösvolumens aus dem Erlösbudget ist nachvollziehbar. Ansonsten würden diese Finanzmittel den Ausgleichen unterfallen. Diese basieren auf einer Logik der Leistungsmenge, von der das Erlösvolumen gerade nicht abhängen soll. Zudem enthält die Regelung in § 4a (NEU) eigene Regelungen zur Mindestleistungserbringung und zum Umgang mit einer Leistungserbringung über dem Bezugsjahr 2019.

Der GKV-Spitzenverband empfiehlt, das Erlösvolumen nur für diejenigen Krankenhäuser durchzuführen, die im Jahr 2019 über eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin verfügt haben und zum jeweiligen Zeitpunkt der Ermittlung des Erlösvolumens für die Jahre 2023 und 2024 noch verfügen (vgl. Kommentierung zu § 4a Absatz 1).

C) Änderungsvorschlag

Die Regelung ist auf Krankenhäuser zu beschränken, für die ein Erlösvolumen nach § 4a Absatz 1 ermittelt wurde.

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 1

§ 4 Absatz 2a Satz 10 – Vereinbarung eines Erlösbudgets: Fixkostendegressionsabschlag

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Rechtslage würde dazu führen, dass bei Krankenhäusern, die im Erlösbudget für das Jahr 2020 mehr Leistungen vereinbart haben als im Erlösbudget für das Jahr 2019, der für das Jahr 2020 vereinbarte Leistungsanstieg der Ermittlung des Fixkostendegressionsabschlags (FDA) sowohl für das Jahr 2020 als auch für das Jahr 2021 zugrunde gelegt und insoweit doppelt berücksichtigt würde.

Da dies zu einer nicht sachgerechten und nicht beabsichtigten Belastung der betroffenen Krankenhäuser führen würde, sieht die Änderung klarstellend vor, dass bei Krankenhäusern, die im Erlösbudget für das Jahr 2020 mehr Leistungen vereinbart haben als im Erlösbudget für das Jahr 2019, bei der Ermittlung des FDA für das Jahr 2021 die im Erlösbudget für das Jahr 2020 vereinbarte Leistungsmenge zugrunde gelegt wird.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 1a

§ 4a Absatz 1 (NEU) – Ermittlung eines Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Änderungsantrag wird eine Regelung vorgeschlagen, bei der Krankenhäusern für die Versorgung von pädiatrischen Fällen (Kinder älter als 28 Tage und unter 16 Jahren) in den Jahren 2023 und 2024 leistungsunabhängig ein sogenanntes angehobenes Erlösvolumen garantiert wird. Dessen Umsetzung wird im neu einzuführenden § 4a geregelt.

Das Erlösvolumen soll nach Absatz 1 krankenhausindividuell vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) für die Jahre 2023 und 2024 ermittelt und veröffentlicht werden. Grundlage sind die im Jahr 2019 für die Versorgung von entsprechenden pädiatrischen Fällen geleisteten Bewertungsrelationen des aG-DRG-Katalogs; Pflegeleistungen bleiben insofern unberücksichtigt. Diese werden preisseitig über den zuletzt vereinbarten oder festgesetzten Landesbasisfallwert, hilfsweise auch über den für das Anwendungsjahr maßgeblichen Veränderungswert, in das Jahr 2023 bzw. in das Jahr 2024 transferiert. Zur Zuteilung der gesetzlich vorgesehenen zusätzlichen Mittel ist eine prozentuale Steigerung des Erlösvolumens vorgesehen.

Die Ermittlung durch das InEK erfolgt zu festgelegten Stichtagen jeweils Mitte Dezember. Zudem ist eine Aktualisierung auf die im Anwendungsjahr schließlich anzuwendenden Landesbasisfallwerte für die Mitte des folgenden April vorgesehen. Daraus ergibt sich keine unterjährige Anpassung bei der Leistungsabrechnung der Krankenhäuser, gleichwohl sind die aktualisierten Erlösvolumina die maßgeblichen Referenzwerte für den Minder- bzw. Mehrerlösausgleich nach § 4a Absatz 5.

B) Stellungnahme

Mit diesem Änderungsantrag soll das von der Regierungskommission vorgeschlagene Modell A als Kurzfristmaßname für den Bereich der Kinder- und Jugendmedizin umgesetzt werden. Positiv zu werten ist, dass eine politisch bereits diskutierte Ausgliederung der pädiatrischen Fälle aus dem DRG-System zum jetzigen Zeitpunkt nicht erfolgen soll. Der Einstieg in eine Modernisierung wird damit jedoch um weitere zwei Jahre vertagt.

Mit der Regelung des § 4a Absatz 1 wird eine Budgetlösung eingeführt, welche angehobene Erlöse aus dem Jahr 2019 fortschreibt und breit über die existierenden Strukturen verteilt.

Dieses Vorgehen hat unzweifelhaft den Vorteil einer relativ leichten Umsetzung, da das Erlösvolumen bundeseinheitlich vom InEK ermittelt werden soll. Die gewählte Ausgestaltung der Ermittlung und Veröffentlichung des angehobenen krankenhausindividuellen Erlösvolumens, insbesondere hinsichtlich des Umgangs mit den Landesbasisfallwerten und ihren Aktualisierungen, erscheint grundsätzlich auch sachgerecht.

Schwerwiegender Konstruktionsfehler dieser neuen Vergütungskomponente ist jedoch, dass alle Krankenhäuser, die entsprechende pädiatrische Fälle behandeln, in die Förderung einbezogen werden – unabhängig davon, ob sie eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin vorhalten. Damit wird nun nachträglich die „Gelegenheitsversorgung“ von Kindern und Jugendlichen auf Erwachsenenstationen finanziell belohnt, ohne dass bei dem Krankenhaus die kostenträchtigen Vorhaltungen für pädiatrische Fachkompetenz sowie entsprechende Strukturen und Ausstattung angefallen wären. Nach ersten Berechnungen der GKV kann diese eine Größenordnung von 10 % bis 20 % des gesamten pädiatrischen Leistungsvolumens ausmachen. So wird das gemeinsame Bestreben von GKV, Deutscher Krankenhausgesellschaft und den Fachgesellschaften für Kinder- und Jugendmedizin unterlaufen, den Versicherten eine qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten.

Die Bindung einer leistungsunabhängigen Vergütungskomponente an die Erfüllung von Strukturkriterien ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes die geeignete Grundlage für die notwendige Neustrukturierung der Versorgungslandschaft. Weiter wird darauf im Ergänzenden Änderungsbedarf (vgl. II.) eingegangen. Jedoch ist selbst im Rahmen einer solchen Kurzfristmaßnahme eine zielgerichtete Förderung leicht umsetzbar, indem das Bestehen einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Krankenhaus zu einer Anspruchsvoraussetzung gemacht wird.

Durch den Bezug auf das Einzeljahr 2019 werden zudem Erlöse auf historisch höchstem Niveau fortgeschrieben. Damit bleiben die nachhaltigen Leistungs- und Kapazitätsveränderungen in den Pandemiejahren 2020 bis 2022 unberücksichtigt. In der Folge erhalten Krankenhäuser, die ihre pädiatrischen Leistungen reduziert haben, über diese Regelung ein überhöhtes Erlösvolumen und umgekehrt.

Wesentlich ist, dass diese geplanten Maßnahmen auf zwei Jahre begrenzt bleiben, um nachhaltige Reformschritte zur Gestaltung von Versorgungsstrukturen entlang bundeseinheitlicher Bedarfs-, Erreichbarkeitskriterien und Qualitätsvorgaben zeitnah anzuschließen.

C) Änderungsvorschlag

Die Ermittlung des Erlösvolumens anhand der Leistungen für pädiatrische Fälle im Jahr 2019 ist nur für diejenigen Krankenhäuser durchzuführen, die im Jahr 2019 über eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin verfügt haben und zum jeweiligen Zeitpunkt der Ermittlung des Erlösvolumens für die Jahre 2023 und 2024 noch verfügen.

Entsprechend ist der Geltungsbereich des Erlösvolumens in § 4 Absatz 2 Satz 4 (NEU) und die Regelung zur Auszahlung in Absatz 4 auf diese Häuser zu beschränken.

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 1a

§ 4a Absatz 2 (NEU) – Ermittlung eines prozentualen Steigerungssatzes für das Erlösvolume

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der prozentuale Steigerungsanteil ergibt sich gemäß Absatz 2 aus dem Verhältnis eines gesetzlich vorgesehenen Betrags von 300 Mio. Euro und der Summe der jeweils für die Jahre 2023 und 2024 ermittelten Erlös volumina.

B) Stellungnahme

Durch die Regelung zum prozentualen Steigerungssatz wird die Zuteilung der zusätzlich gesetzlich vorgesehenen Finanzmittel für die Kinder- und Jugendmedizin operationalisiert. Es wird erwartet, dass sich das garantierte Erlös volume auf Basis der veranschlagten Förderhöhe von 300 Mio. Euro gegenüber dem Jahr 2019 um durchschnittlich 10 % erhöht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 1a

§ 4a Absatz 3 (NEU) – Zweckbindung des Erlösvolumens und Nachweisverpflichtung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Zuteilung des Erlösvolumens soll nach Absatz 3 zweckgebunden für die Versorgung pädiatrischer Fälle erfolgen. Die Krankenhäuser müssen dies den Vertragsparteien auf Ortsebene durch eine entsprechende Bestätigung des Jahresabschlussprüfers nachweisen. Nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind rückzahlungspflichtig. Hierfür sollen die Vertragsparteien nach § 11 eine Vereinbarung treffen.

B) Stellungnahme

Das Vergütungsinstrument des Erlösvolumens soll gerade deshalb eingeführt werden, um die nachteiligen Auswirkungen des Fallpauschalensystems auf die Kinder- und Jugendmedizin zu kompensieren. Die Preisbildung über den aG-DRG-Katalog erfolgt auf der Basis tatsächlicher Durchschnittskosten der Kalkulationshäuser. Insofern ist davon auszugehen, dass diese Vergütung im Grundsatz kostendeckend ist, zumal die Bepreisung der Bewertungsrelationen über die Landesbasisfallwerte einen zusätzlichen Finanzierungseffekt beinhaltet. Jedoch liegt die Verwendung der aus der Leistungsvergütung stammenden Finanzmittel im Ermessen der Krankenhausträger. Dabei ist eine nichtproportionale hausinterne Mittelverwendung durchaus annehmbar.

Vor diesem Hintergrund ist die Idee einer Zweckbindung des Erlösvolumens grundsätzlich begrüßenswert. Die hier formulierte Regelung wird jedoch keinerlei Wirkung entfalten können. Eine zweckentsprechende Mittelverwendung ist so weder prüf- noch testierbar. Daher ist diese Regelung zu streichen; damit entfällt auch die Notwendigkeit für eine – zumindest in der Begründung zum Änderungsantrag vorgesehene – Vereinbarung der Vertragsparteien nach § 9 Absatz 1 zu Vorgaben an die Bestätigung des Jahresabschlussprüfers sowie die Regelung der Rückzahlung nicht zweckentsprechend verwendeteter Mittel. Sollte jedoch weiter an ihr festgehalten werden, muss aus der Bestätigung des Jahresabschlussprüfers auch hervorgehen, wofür diese Mittel verwendet wurden.

Zudem sei darauf hingewiesen, dass der in § 4a Absatz 6 vorgesehenen Berichtspflicht nicht nachgekommen werden kann, wenn den Spitzenverbänden auf Bundesebene die Unterlagen der Jahresabschlussprüfer nicht vorliegen. Daher ist eine gesetzliche Anordnung zu deren Übermittlung erforderlich. Diese fehlt in der derzeitigen Fassung des Änderungsantrags. Zur

Vereinfachung empfiehlt es sich, hier auf die bereits etablierten Prozesse sowie die Expertise beim InEK zur Erfassung der Bestätigungen des Jahresabschlussprüfers zum Pflegebudget zurückzugreifen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung von Absatz 3.

Hilfsweise wird § 4a Absatz 3 Satz 2 wie folgt ergänzt:

„Der Krankenhasträger hat den anderen Vertragsparteien bei der nächsten Vereinbarung nach § 11 eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers vorzulegen, aus der hervorgeht, inwieweit die Mittel zweckentsprechend verwendet wurden und wofür; diese ist zeitgleich dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu übermitteln.“

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 1a

§ 4a Absatz 4 (NEU) – Auszahlung des Erlösvolumens

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Auszahlung des krankenhausindividuell angehobenen Erlösvolumens soll nach der Regelung in § 4a Absatz 4 über einen bundeseinheitlichen Zuschlag auf die abgerechneten aG-DRG-Fallpauschalen der pädiatrischen Fälle erfolgen. Die Höhe des Zuschlags entspricht der jeweils für die Jahre 2023 und 2024 ermittelten prozentualen Steigerung.

B) Stellungnahme

Diese Regelung beruht im Prinzip auf der Annahme, dass das Leistungsniveau in den Jahren 2023 und 2024 mit dem des Jahres 2019 in etwa vergleichbar ist. Andernfalls zeichnet sich hier ein mögliches Umsetzungsdefizit ab. Endgültig wird das Erlösvolumen, das dem Krankenhaus grundsätzlich leistungsunabhängig garantiert wird, erst im Rahmen der Budgetvereinbarung ausgeglichen. Es ist aber davon auszugehen, dass die Leistungserbringung weiterhin nicht auf dem Niveau des Jahres 2019 erfolgt. Die Summe aus den in den Jahren 2023 und 2024 abgerechneten Fallpauschalen einschließlich des Zuschlags wird daher voraussichtlich nicht das Erlösvolumen erreichen. Bei den betroffenen Krankenhäusern wird es erhebliche Zeit beanspruchen, bis der Ausgleich des Mindererlöses über die Zuschläge im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum abgewickelt ist. Das Ziel, mit dem Erlösvolumen ein kurzfristiges Finanzierungsinstrument für einen konkret benannten Übergangszeitraum der nächsten beiden Jahre bereitzustellen, wäre damit verfehlt.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelung ist auf Krankenhäuser zu beschränken, für die ein Erlösvolumen nach § 4a Absatz 1 ermittelt wurde (vgl. hierzu die Kommentierung zu § 4a Absatz 1).

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 1a

§ 4a Absatz 5 (NEU) – Ausgleiche des Erlösvolumens

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 4a Absatz 5 sieht Ausgleichsregelungen für das Erlösvolumen vor. Sofern die Erlöse eines Krankenhauses in den Jahren 2023 und 2024 durch die Abrechnung von pädiatrischen aG-DRG-Fallpauschalen und des Zuschlags niedriger ausfallen sollten als das vom InEK ermittelte Erlösvolumen, werden die Mindererlöse bei einer Unterschreitung des vom InEK ermittelten Erlösvolumens von bis zu 20 % vollständig ausgeglichen. Abweichend hiervon sind die Mindererlöse bei einer Unterschreitung des vom InEK ermittelten Erlösvolumens von mehr als 20 % in Höhe von 65 % der Differenz zwischen den abgerechneten Erlösen einerseits und dem ermittelten Erlösvolumen andererseits von den Kostenträgern auszugleichen. Mehrerlöse sind zu 65 % auszugleichen.

Ein vollständiger Ausgleich ist für Differenzen vorgesehen, die sich aus der Aktualisierung der Erlösvolumina durch das InEK gegenüber der Erstberechnung, die dem Zuschlag zugrunde liegt, ergeben. Gleches gilt für Überzahlungen, die auf die Erhebung des Zuschlags zurückzuführen sind. Für die Abwicklung der Mehr- und Mindererlösausgleiche wird festgelegt, dass sie über den Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Absatz 4 im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum auszugleichen sind.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Umsetzung im Rahmen der Budgetausgleiche verkompliziert die Budgetverhandlungen vor Ort. Dies erscheint aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht zielführend, denn sie steht in Widerspruch zu den übrigen im KHPfLEG vorgesehenen Maßnahmen zum Abbau von Verhandlungsrückständen auf Ortsebene.

Zum zeitlichen Aspekt der endgültigen Abwicklung des Erlösvolumens im Rahmen der Budgetvereinbarung und der damit möglicherweise einhergehenden verzögerten Finanzierungswirkung wurde bereits bei § 4a Absatz 4 Stellung genommen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 1a

§ 4a Absatz 6 (NEU) – Berichterstattung über das Erlös volumen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Über die Auswirkungen der Regelungen des erhöhten Erlös volumens sollen die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 4a Absatz 6 dem BMG unter Berücksichtigung der Bestätigungen der Jahresabschlussprüfer für das Jahr 2023 gemeinsam bis zum 31. Dezember 2024 berichten.

B) Stellungnahme

Die hier vorgesehene Berichtspflicht für die Spitzenverbände auf Bundesebene ist nur dann sinnvoll, wenn die Erkenntnisse daraus in die anstehende große Reformentscheidung einfließen. Ausgehend vom bisherigen Verlauf der Übermittlung der Bestätigungen des Jahresabschlussprüfers an das InEK zum Pflegebudget ist davon auszugehen, dass diese Bestätigungen nur mit großer zeitlicher Verzögerung geliefert werden. Eine Berichterstattung kann daher erst im Frühjahr 2025 erfolgen. Damit kommt sie aber zu spät, um noch in die Diskussionen zur Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft einzugehen.

Wie zudem bereits in der Kommentierung zu § 4a Absatz 3 ausgeführt, ist eine zweckentsprechende Mittelverwendung auch für einen Jahresabschlussprüfer weder prüf- noch testierbar. Daher hat ein darauf beruhender Bericht keinen Aussagewert.

In der vorgesehenen Form macht die Regelung keinen Sinn und ist daher zu streichen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6a

§ 271 Absatz 4 – Gesundheitsfonds

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur Finanzierung der vorgesehenen Mehrausgaben für Pädiatrie, die die Krankenkassen in den Jahren 2023 und 2024 zu tragen haben, sollen die Krankenkassen in diesen beiden Jahren jeweils 270 Mio. Euro an zusätzlichen Zuweisungen erhalten. Die Mittel sollen jeweils der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds entnommen werden, für das Jahr 2023 im Rahmen des Schlussausgleichs für die Gesundheitsfondszuweisungen des Jahres 2022, für das Jahr 2024 im Rahmen der Schätzerkreisprognose der Einnahmen des Gesundheitsfonds und damit der Zuweisungen für das Jahr 2024.

B) Stellungnahme

Die mit dem vorliegenden Änderungsantrag vorgesehenen Mehrausgaben für Pädiatrie im Jahr 2023 erhöhen die Ausgaben der Krankenkassen im Jahr 2023 um rund 0,3 Mrd. Euro. In seiner am 13. Oktober 2022 abgeschlossenen Prognose für das Jahr 2023 konnte der GKV-Schätzerkreis weder diese RSA-relevanten Mehrausgaben, noch eine einnahmenseitige Ausgleichsmaßnahme berücksichtigen. Die aus diesem Grund vorgesehene Auszahlung der 270 Mio. Euro im Rahmen des Schlussausgleichs für das Jahr 2022 stellt den erforderlichen Mittelzufluss an die Krankenkassen im Laufe des Jahres 2023 grundsätzlich sicher.

Sachgerechter wäre eine gesetzestechisch ebenfalls realisierbare Auszahlung im monatlichen Abschlagsverfahren des Gesundheitsfonds für das Jahr 2023, da die auszugleichenden Ausgaben im Laufe des Jahres 2023 anfallen und der Mittelzufluss entsprechend über das Jahr verteilt erfolgen würde. Hierfür bedürfte es lediglich einer gesetzlichen Vorgabe an das Bundesamt für Soziale Sicherheit, der Liquiditätsreserve 270 Mio. Euro im Jahr 2023 zu entnehmen und diese in gleichen Beträgen über das Jahr verteilt an die Krankenkassen auszuzahlen. Angesichts der überschaubaren Finanzdimension erscheint die gewählte Vorgehensweise aber vertretbar, da sie dem Bundesamt für Soziale Sicherheit zusätzlichen Aufwand für weitere Bescheide erspart.

Für das Jahr 2024 wird die Auszahlung hingegen in monatlich gleichen Beträgen erfolgen, weil die Entnahme aus der Liquiditätsreserve bereits bei der Prognose der Einnahmen des Gesundheitsfonds durch den Schätzerkreis zu berücksichtigen ist.

Kritisch anzumerken ist jedoch, dass mit diesem Vorgehen erneut auf Dauer angelegte Finanzierungsbedarfe mit einem Zugriff auf die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nur temporär geschlossen werden. Wie die zwischenzeitlich eingeführte finanzielle Förderung der Kinder- und Jugendmedizin ab dem Jahr 2025 geregelt werden soll, ist offen. Da es sich jedoch nicht um einen zeitlich begrenzten zusätzlichen Mittelbedarf handelt, sondern mit dieser Übergangslösung lediglich die Zeit bis zu einer finalen Regelung überbrückt werden soll, wird erneut der Weg eines nur vorübergehenden Schließens dauerhafter Finanzierungsbedarfe beschritten. Für dauerhafte Finanzierungsaufgaben bedarf es nachhaltiger Lösungen. Bei der Bewertung einer prognostizierten Finanzierungslücke für 2024 darf deshalb nicht aus den Augen verloren werden, dass die ab 2025 bestehende Lücke um mindestens diesen nur temporär gedeckten Ausgabenbetrag höher sein wird.

Schließlich ist kritisch festzustellen, dass die vorgesehene Finanzierung aus der Liquiditätsreserve eine Wette auf die aktuelle Prognose des Schätzerkreises darstellt. Fallen die Einnahmen des Gesundheitsfonds im Jahr 2023 signifikant geringer aus als vom Schätzerkreis prognostiziert, werden dem Gesundheitsfonds die Mittel für die gewünschten Finanztransfers fehlen mit der Folge, dass die Krankenkassen diese Finanzierungslücke ggf. nachfolgend durch eine Minderung der Zuweisungen für das Jahr 2024 ausgleichen müssen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 1b

§ 5 Absätze 2b und 2c – Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Änderungsantrag sollen bedarfsnotwendige Krankenhäuser, die eine Fachabteilung für Geburtshilfe oder für Gynäkologie und Geburtshilfe vorhalten, in den Jahren 2023 und 2024 zusätzliche Mittel von jeweils 120 Mio. Euro erhalten. Vorgesehen ist eine GKV-Finanzierung über Mittelentnahme von 108 Mio. Euro p. a. aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Die Länder können die Förderung mit eigenen Mitteln erhöhen. Die zu fördernden Krankenhausstandorte und die jeweilige Höhe der Förderung werden durch die Krankenhausplanungsbehörden der Länder festgelegt. Bei dieser Entscheidung haben die Länder insbesondere folgende bundesgesetzliche Vorgaben zu berücksichtigen:

1. eine länderbezogene Bedarfsnotwendigkeit
2. die Vorhaltung einer Fachabteilung für Pädiatrie am jeweiligen Krankenhausstandort
3. die Vorhaltung einer Fachabteilung für Neonatologie am jeweiligen Krankenhausstandort
4. den Anteil vaginaler Geburten am jeweiligen Krankenhausstandort
5. die Geburtenanzahl am jeweiligen Krankenhausstandort

Es handelt sich um eine kurzfristige Übergangsmaßnahme für zwei Jahre zur Umsetzung des Koalitionsvertrags („kurzfristig für eine auskömmliche und bedarfsgerechte Finanzierung der Geburtshilfe zu sorgen“).

Die Abfinanzierung erfolgt über Rechnungszuschläge auf alle stationären Aufnahmen in den beiden Anwendungsjahren. Der Ausgleich der Mehr- oder Mindererlöse erfolgt über den Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum.

Die zusätzlichen Finanzmittel sind zweckgebunden für die Finanzierung von voll- und teilstationären Leistungen der Geburtshilfe zu verwenden und ggf. zurückzuzahlen. Eine entsprechende Bestätigung des Jahresabschlussprüfers ist den Vertragsparteien der Budgetverhandlung vorzulegen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene sollen dazu bis 31.03.2023 das Nähere zur Abrechnung und die Nachweisführung der zweckentsprechenden Mittelverwendung der zusätzlichen finanziellen Förderung vereinbaren.

B) Stellungnahme

Größter Kritikpunkt an dem Konzept des Änderungsantrags ist die Einführung einer faktischen Mischverwaltung: Finanzmittel der GKV werden der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds entnommen und die Länder erhalten die Verfügungsgewalt darüber, an welche Krankenhäuser und in welcher Höhe sie diese verteilen. Die vorgesehenen bundesgesetzlichen Vorgaben stellen kaum relevante Maßgaben dar. Hier droht eine Entwicklung, dass der Gesundheitsfonds nicht nur immer mehr unter die Verfügungsgewalt des BMG gerät, sondern seine Mittel nun auch für die Finanzierung der Umsetzung von originären Landesentscheidungen herangezogen werden.

Insofern ist fraglich, ob das Finanzierungskonzept angesichts der Ausführungen im Urteil des Bundessozialgerichts (BSG, Urteil vom 18.5.2021 zum Az.: B 1 A 2/20 R) zur Verfassungswidrigkeit eines ähnlichen Finanzierungsmodells in § 20a Abs. 3 Sätze 4 bis 6 SGB V einer gerichtlichen Überprüfung standhalten wird. Die vorgesehene Zweckentfremdung von Beitragsmitteln bewertet der GKV-Spitzenverband als verfassungswidrig und lehnt sie ab.

Mit diesem Änderungsantrag wird die bundeseinheitliche Regelung komplett aufgegeben und auf die Länder übertragen. Diese bestimmen, welche Krankenhäuser, in welcher Höhe eine Förderung erhalten. Dabei sind fünf bundesgesetzliche Vorgaben zu beachten („insbesondere“-Regelung), von denen allerdings drei einen Umsetzungsspielraum ermöglichen (länderbezogene Bedarfsnotwendigkeit, Anteil vaginaler Geburten, Geburtenanzahl).

Statt einer konkret auf die Erfüllung einheitlicher qualitätsrelevanter Strukturkriterien ausgerichteten Förderung erfolgt so eine unspezifische Streuung der Mittel. Sowohl die Empfehlungen der Regierungskommission für die Geburtshilfe als auch ein breiter gemeinsamer Konsens von GKV, DKG sowie den Fachgesellschaften der Pädiatrie und der Hebammen fordern, eine Zusatzfinanzierung an einheitliche Kriterien zu binden.

Auch aus Versorgungsperspektive ist nicht nachvollziehbar, warum diese qualitätsrelevanten Kriterien nicht bundeseinheitlich vorgegeben werden. In der Folge ist eine Verzerrung der Versorgungsqualität zu erwarten. Die Möglichkeit eines zusätzlichen Finanzierungsanteils durch die Länder kann zu weiteren Verzerrungen führen. Eine Umsetzung auf Landesebene ist zudem deutlich aufwendiger als eine verbindliche Bundesregelung, außerdem ist mit unterschiedlicher Umsetzungsgeschwindigkeit zu rechnen.

C) Änderungsvorschlag

Zusätzliche Förderung der Geburtshilfe auf Grundlage von Modell C der Empfehlungen der Regierungskommission für die Pädiatrie (Bevölkerungsbezug).

Hilfsweise: Anwendung des Modells aus dem Änderungsantrag 13 für die Pädiatrie (gleiche Regelung für beide Bereiche auf Basis Erlösvolumen)

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6a

§ 271 Absatz 4 – Gesundheitsfonds

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur Finanzierung der vorgesehenen Mehrausgaben für Geburtshilfe, die die Krankenkassen in den Jahren 2023 und 2024 zu tragen haben, sollen die Krankenkassen in diesen beiden Jahren jeweils 108 Mio. Euro an zusätzlichen Zuweisungen erhalten. Die Mittel sollen jeweils der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds entnommen werden, für das Jahr 2023 im Rahmen des Schlussausgleichs für die Gesundheitsfondszuweisungen des Jahres 2022, für das Jahr 2024 im Rahmen der Schätzerkreisprognose der Einnahmen des Gesundheitsfonds und damit der Zuweisungen für das Jahr 2024.

B) Stellungnahme

Die mit dem vorliegenden Änderungsantrag vorgesehenen Mehrausgaben für Geburtshilfe im Jahr 2023 erhöhen die Ausgaben der Krankenkassen im Jahr 2023 um rd. 0,1 Mrd. Euro. In seiner am 13. Oktober 2022 abgeschlossenen Prognose für das Jahr 2023 konnte der GKV-Schätzerkreis weder diese RSA-relevanten Mehrausgaben, noch eine einnahmenseitige Ausgleichsmaßnahme berücksichtigen. Die aus diesem Grund vorgesehene Auszahlung der 108 Mio. Euro im Rahmen des Schlussausgleichs für das Jahr 2022 stellt den erforderlichen Mittelzufluss an die Krankenkassen im Laufe des Jahres 2023 grundsätzlich sicher.

Sachgerechter wäre eine gesetzestechisch ebenfalls realisierbare Auszahlung im monatlichen Abschlagsverfahren des Gesundheitsfonds für das Jahr 2023, da die auszugleichenden Ausgaben im Laufe des Jahres 2023 anfallen und der Mittelzufluss entsprechend über das Jahr verteilt erfolgen würde. Hierfür bedürfte es lediglich einer gesetzlichen Vorgabe an das Bundesamt für Soziale Sicherheit, der Liquiditätsreserve im Jahr 2023 108 Mio. Euro zu entnehmen und diese in gleichen Beträgen über das Jahr verteilt an die Krankenkassen auszuzahlen. Angesichts der überschaubaren Finanzdimension erscheint die gewählte Vorgehensweise aber vertretbar, da sie dem Bundesamt für Soziale Sicherheit zusätzlichen Aufwand für weitere Bescheide erspart.

Für das Jahr 2024 wird die Auszahlung hingegen in monatlich gleichen Beträgen erfolgen, weil die Entnahme aus der Liquiditätsreserve bereits bei der Prognose der Einnahmen des Gesundheitsfonds durch den Schätzerkreis zu berücksichtigen ist.

Kritisch anzumerken ist jedoch, dass mit diesem Vorgehen erneut auf Dauer angelegte Finanzierungsbedarfe mit einem Zugriff auf die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nur temporär geschlossen werden. Wie die zwischenzeitlich eingeführte finanzielle Förderung der Kinder- und Jugendmedizin und Geburtshilfe ab dem Jahr 2025 geregelt werden soll, ist offen. Da es sich jedoch nicht um einen zeitlich begrenzten zusätzlichen Mittelbedarf handelt, sondern mit dieser Übergangslösung lediglich die Zeit bis zu einer finalen Regelung überbrückt werden soll, wird erneut der Weg eines nur vorübergehenden Schließens dauerhafter Finanzierungsbedarfe beschritten. Für dauerhafte Finanzierungsaufgaben bedarf es nachhaltiger Lösungen. Bei der Bewertung einer prognostizierten Finanzierungslücke für 2024 darf deshalb nicht aus den Augen verloren werden, dass die ab 2025 bestehende Lücke um mindestens diesen nur temporär gedeckten Ausgabenbetrag höher sein wird.

Schließlich ist kritisch festzustellen, dass die vorgesehene Finanzierung aus der Liquiditätsreserve eine Wette auf die aktuelle Prognose des Schätzerkreises darstellt. Fallen die Einnahmen des Gesundheitsfonds im Jahr 2023 signifikant geringer aus als vom Schätzerkreis prognostiziert, werden dem Gesundheitsfonds die Mittel für die gewünschten Finanztransfers fehlen mit der Folge, dass die Krankenkassen diese Finanzierungslücke ggf. nachfolgend durch eine Minderung der Zuweisungen für das Jahr 2024 ausgleichen müssen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 0 (NEU)

§ 39 Absatz 1 – Krankenhausbehandlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Änderungsantrag soll die Krankenhausbehandlung nach § 39 um die tagesstationäre Behandlung nach § 115e (NEU) erweitert werden. Zudem soll klargestellt werden, dass die tagesstationäre Behandlung nach § 115e (NEU) eine täglich mindestens sechsstündige ärztliche oder pflegerische Behandlung ohne Übernachtung im Krankenhaus umfasst.

B) Stellungnahme

Die Erweiterung des § 39 Absatz 1 um tagesstationäre Behandlung nach § 115e (NEU) ist angesichts der in § 115e (NEU) vorgesehenen Neuregelungen nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1a (NEU)

§ 115e Absatz 1 (NEU) – Tagesstationäre Behandlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die neu einzuführende tagesstationäre Behandlung soll allen zugelassenen Krankenhäusern ermöglichen, in medizinisch geeigneten Fällen eine vollstationäre Behandlung als tagesstationäre Behandlung mit einer täglich mindestens sechsstündigen ärztlichen oder pflegerischen Behandlung ohne Übernachtung im Krankenhaus zu erbringen. Voraussetzung hierfür soll das Vorliegen einer Indikation für eine stationäre somatische Behandlung sein. Eine tagesstationäre Behandlung soll nur mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten erfolgen können.

Ambulant erbringbare Leistungen nach § 115b, belegärztliche Leistungen nach § 121, Leistungen, die auf der Grundlage der §§ 116, 116a, 117, 118a, 119 oder sonstiger Ermächtigungstatbestände ambulant erbracht werden können, sowie ambulant erbringbare Leistungen nach § 116b sollen nicht als tagesstationäre Behandlung erbracht werden können. Dies soll auch für eintägige Behandlungen ohne Einweisung in ein Krankenhaus sowie Behandlungen in der Notaufnahme eines Krankenhauses gelten.

Des Weiteren soll keine tagesstationäre Behandlung in solchen Fällen möglich sein, in denen Anspruch auf Leistungen nach § 37 bestehen.

Der Krankenhasträger soll darüber hinaus sicherstellen, dass die notwendigen Leistungen einer Krankenhausbehandlung nach § 39 Absätze 1 bis 3 bei Bedarf jederzeit zur Verfügung stehen.

B) Stellungnahme

Die Einführung einer tagesstationären Behandlungsmöglichkeit für sämtliche somatischen vollstationären Leistungen ohne Einschränkung auf definierte geeignete Leistungsbereiche wird abgelehnt. Zwar sieht der Änderungsvorschlag eine Einschränkung vor, diese bezieht sich jedoch ausschließlich auf die medizinische Eignung einer tagesstationären Behandlung.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte bei der Einführung einer tagesstationären Behandlung unbedingt das Leistungsspektrum vorab definiert und geeignete Leistungsbereiche festgelegt werden. Ausschlaggebendes Kriterium für geeignete Leistungsbereiche sollte dabei sein, dass die Patientinnen und Patienten sich selbstständig in der Häuslichkeit versorgen können, ihre medizinische Behandlung jedoch die besonderen

organisatorischen, personellen oder technischen Strukturen eines Krankenhauses erfordert. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes können insbesondere vollstationäre Leistungen, die bislang mit einer Verweildauer von bis zu drei Tagen durchgeführt werden (sogenannte Kurzliegerfälle), einen geeigneten Leistungsbereich für eine tagesstationäre Behandlung darstellen. Ein weiterer geeigneter Leistungsbereich können definierte tagesklinische Behandlungen sein.

Die erforderliche Einwilligung der Patientin oder des Patienten für eine tagesstationäre Behandlung ist zu begrüßen. Jedoch bestehen haftungsrechtliche Frage dahingehend, ob Patientinnen und Patienten auf dieser Basis ausreichend in die Entscheidungsfindung eingebunden werden. Ziel sollte sein, eine informierte Einwilligungsentscheidung selbstständig treffen zu können.

Der Ausschluss bestimmter, insbesondere ambulanter Leistungen von der Möglichkeit einer tagesstationären Behandlung ist ausdrücklich zu begrüßen und dringend erforderlich, um bestehenden Ambulantisierungsmaßnahmen nicht entgegenzuwirken. In der Gesetzesbegründung wird für die Abgrenzung von tagesstationärer zu ambulanter Behandlung auch auf die zeitliche Festlegung von mindestens sechs Stunden überwiegend ärztlicher oder pflegerischer Behandlung verwiesen. Demnach können Behandlungen im Krankenhaus mit einer Behandlungsdauer von weniger als sechs Stunden nicht als tagesstationäre Behandlung abgerechnet werden. Diese sind als ambulante Behandlung abzurechnen. Dies schränkt die Möglichkeiten ambulant erbringbarer Leistungen erheblich ein, da schon heute eine Vielzahl von medizinischen Leistungen mit einer Behandlungsdauer von mehr als sechs Stunden ambulant erbringbar sind. Zwar wird in der Gesetzesbegründung klargestellt, dass der Vorrang der ambulanten Behandlung in allen Fällen, in denen der EBM Abrechnungsmöglichkeiten für die Behandlung von mehr als sechs Stunden vorsieht, weiterhin gilt. Jedoch konterkariert die neu einzuführende tagesstationäre Behandlung die substantielle Erweiterung des AOP-Katalogs nach § 115b, die derzeit zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung verhandelt wird. Eine Zustimmung der Vertreter der Leistungserbringer zu einer substantiellen Erweiterung des AOP-Katalogs mit einer auf dem EBM basierenden Vergütung ist vor dem Hintergrund einer tagesstationären Behandlungsmöglichkeit mit einer DRG-Vergütung mit pauschalem Abzug nicht zu erwarten. Das große Ambulantisierungspotenzial durch eine substantielle Erweiterung des AOP-Katalogs, wie es u. a. durch das IGES-Institut in seinem Gutachten von April 2022 festgestellt wurde, wird damit verschenkt.

Der Ausschluss von eintägigen Behandlungen ohne Einweisung in ein Krankenhaus sowie von Behandlungen in der Notaufnahme eines Krankenhauses sind sachgerecht und grundsätzlich zu begrüßen.

Ausweislich der Gesetzesbegründung ist die medizinische Eignung für eine tagesstationäre Behandlung nicht gegeben, wenn neben dieser Behandlung eine behandlungspflegerische Versorgung mit häuslicher Krankenpflege nach § 37 erforderlich ist. Dies kann grundsätzlich nachvollzogen werden. Mit Blick darauf, dass die Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach § 37b und der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c ebenfalls u. a. die medizinische Behandlungspflege beinhalten und die Versorgung in der Häuslichkeit sicherstellen, sollte die tagesstationäre Behandlung auch bei diesen Leistungen nicht erbracht werden. Darüber hinaus sollte zur Klarstellung im Gesetzeswortlaut auf den Versorgungsbedarf abgestellt werden, aus dem die Leistungsansprüche resultieren und nicht auf den Anspruch auf diese Leistungen, der nur im Rahmen der häuslichen Versorgung besteht.

Die Sicherstellung der notwendigen Leistungen einer Krankenhausbehandlung nach § 39 Absätze 1 bis 3 durch den Krankenhasträger zu jeder Zeit ist ausdrücklich zu begrüßen. Nur so kann die erforderliche vollstationäre Versorgung im Bedarfsfall sichergestellt und die Patientensicherheit gewährleistet werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 115e Absatz 1 ist dahingehend zu ändern, dass Leistungen, die im Rahmen einer tagesstationären Behandlung erbracht werden können, in einem Katalog festgelegt werden. Dieser Katalog sollte von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene vereinbart werden. Hierfür ist ein gesetzlicher Auftrag erforderlich.

§ 115e Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Bei Versicherten, bei denen ein Versorgungsbedarf besteht, der außerhalb der tagesstationären Behandlung zu einem die einen Anspruch auf Leistungen nach §§ 37, 37b oder 37c führen würde, kann eine tagesstationäre Behandlung nicht erbracht werden.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1a (NEU)

§ 115e Absatz 2 (NEU) – Tagesstationäre Behandlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass bei einer tagesstationären Behandlung ab dem Zeitpunkt der ersten Aufnahme einer Patientin oder eines Patienten im Krankenhaus kein Anspruch auf Fahrtkosten nach § 60 besteht. Ausgenommen von dieser Neuregelung sind Rettungsfahrten zum Krankenhaus nach § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2. Eine gesonderte und geeignete Information der Patientin oder den Patienten hierüber hat durch das Krankenhaus zu erfolgen.

B) Stellungnahme

Die geplanten Regelungen sollen ausweislich der Gesetzesbegründung zu einer Entlastung der Krankenhäuser und auch zu finanziellen Einsparungen im Gesundheitswesen beitragen. Um das Ziel der finanziellen Entlastung sicherstellen zu können, ist deshalb vorgesehen, dass ab dem Zeitpunkt der ersten Aufnahme im Krankenhaus die Fahrkosten für die regulär im Rahmen der tagesstationären Behandlung angelegten Fahrten zwischen dem Krankenhaus und dem Übernachtungsort der Patientin oder des Patienten nicht in die finanzielle Verantwortung der Kostenträger fallen.

Der Ausschluss der Übernahme von Fahrtkosten nach § 60 durch den Kostenträger im Falle einer tagesstationären Behandlung nach § 115e ist ausdrücklich zu begrüßen. Andernfalls würden die möglichen Einsparungen der Krankenhäuser durch nicht anfallende Übernachtungen von Patienten erheblichen Mehrausgaben der Kostenträger für Fahrtkosten zwischen dem Krankenhaus und dem Übernachtungsort der Patienten gegenüberstehen.

Dieser Ausschluss deutet zudem auf eine implizite Eingrenzung der Behandlungsfälle hin, für die eine tagesstationäre Behandlung nach § 115e in Frage kommen kann. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte jedoch klargestellt werden, dass eine tagesstationäre Behandlung nur für solche Behandlungsfälle in Frage kommen kann, in denen sich die Patientin oder der Patient selbstständig zwischen dem Krankenhaus und dem Übernachtungsort bewegen und am Übernachtungsort versorgen kann.

Aufgrund des Gesetzeswortlauts sowie der Ausführungen in der Begründung wird deutlich, dass für die erste Fahrt zur Aufnahme in tagesstationäre Behandlung ein Fahrkostenanspruch bestehen soll. Fraglich ist, wie dies in der Folge in Bezug auf die letzte Fahrt nach Abschluss

der tagesstationären Behandlung zu bewerten ist. Eine Klarstellung im Sinne des gesetzlich
Gewollten wird angeregt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1a (NEU)

§ 115e Absatz 3 (NEU) – Tagesstationäre Behandlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung des Absatz 3 regelt die Abrechnung tagesstationärer Behandlungen nach Absatz 1. Diese soll mit den auf der Grundlage des KHEntgG abrechenbaren Entgelten erfolgen. Für jede Übernachtung, die im Falle einer tagesstationären Behandlung nicht anfällt, erfolgt pauschal ein Abzug von den für den Aufenthalt berechneten Entgelten, der 0,04 Bewertungsrelationen pro entfallender Nacht entspricht. Der Abzug darf dabei 30 % der Entgelte für den Aufenthalt insgesamt nicht überschreiten. Die Gesetzesbegründung stellt zudem klar, dass die Grenzverweildauern in gleicher Weise Anwendung finden wie bei Behandlungen mit Übernachtung. Bei der Ermittlung der Verweildauer und der Vergütung werden Tage, an denen die Patientin oder der Patient nicht im Krankenhaus war, nicht berücksichtigt.

Des Weiteren sieht die Neuregelung in Absatz 3 vor, dass Prüfungen des Medizinischen Dienstes nach § 275c auf die Notwendigkeit von Übernachtungen von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus im Rahmen einer tagesstationären Behandlung nicht zulässig sind.

Absatz 3 enthält zudem einen Vereinbarungsauftrag für die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 KHEntgG über das Nähere oder Abweichendes zur Berechnung der Entgelte und der Prüfung der Übernachtungsnotwendigkeit durch den Medizinischen Dienst. Als Konfliktlösungsmechanismus sieht Absatz 3 Satz 5 eine automatische Schiedsstelle nach § 18a Absatz 5 KHEntgG ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen vor.

B) Stellungnahme

Die Ausgestaltung und Höhe des mit dieser Neuregelung vorgesehenen Abzugs je entfallender Übernachtung einer Patientin oder eines Patienten ist aus den folgenden Gründen abzulehnen: Erstens ist ein Abzug von 0,04 Bewertungsrelationen eines vollstationären Krankenhausfalls zu gering für eine tagesstationäre Behandlung. Ein Abzug in dieser Höhe entspricht maximal den reinen Übernachtungskosten einer Patientin oder eines Patienten. Andere Kosten eines vollstationären Aufenthalts im Krankenhaus über Nacht, die bei entfallender Übernachtung eingespart werden würden, wie z. B. Personalkosten und Kosten der medizinischen und pflegerischen Infrastruktur, bleiben unberücksichtigt. Zweitens ist die normative Festlegung eines pauschalen Abzugsbetrags strikt abzulehnen. Aus Sicht

des GKV-Spitzenverbandes sollte stattdessen die Höhe eines sachgerechten Abzugs pro nicht anfallender Übernachtung einer Patientin oder eines Patienten im Krankenhaus auf Basis empirischer Kostendaten der Krankenhäuser durch das Institut für das Entgeltsystem (InEK) kalkuliert werden. Dies entspräche auch der Systematik der auf der Grundlage des KHEntgG abrechenbaren Entgelte für Krankenhausleistungen.

Der mit der Neuregelung vorgesehene Ausschluss von Prüfungen des Medizinischen Dienstes nach § 275c auf die Notwendigkeit von Übernachtungen von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus im Rahmen einer tagesstationären Behandlung ist ebenfalls abzulehnen. Durch diese Neuregelung würden die Prüfungen auf sekundäre Fehlbelegung, die einen Großteil der Prüfungen des Medizinischen Dienstes ausmachen, enorm erschwert. Die notwendige Dauer eines Krankenhausaufenthalts ist bei zum Teil mehrfach wegfallenden Übernachtungen nur noch schwer zu bestimmen. Darüber hinaus ist fraglich, wie zukünftig überhaupt die Notwendigkeit eines Krankenaufenthalts begründet werden kann, wenn eine, mehrere oder alle Übernachtungen entfallen (können).

Der vorgesehene Vereinbarungsauftrag an die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene über das Nähere und Abweichendes zur Berechnung der Entgelte und der Prüfung auf die Übernachtungsnotwendigkeit durch den Medizinischen Dienst sowie der vorgesehene Konfliktlösungsmechanismus sind nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

§ 115e Absatz 3 sollte dahingehend geändert werden, dass die Höhe des Abzugs pro nicht anfallender Übernachtung im Rahmen einer tagesstationären Behandlung auf Basis empirischer Kostendaten der Krankenhäuser durch das InEK kalkuliert wird.

§ 115e Absatz 3 sollte dahingehend geändert werden, dass Prüfungen des Medizinischen Dienstes nach § 275c auf die Übernachtungsnotwendigkeit von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus im Rahmen einer tagesstationären Behandlung zulässig sind.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1a (NEU)

§ 115e Absatz 4 (NEU) – Tagesstationäre Behandlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung des Absatz 4 befasst sich mit den Dokumentationspflichten des Krankenhauses bei einer tagesstationären Behandlung. Die Anforderungen an die Dokumentation soll vom GKV-Spitzenverband, dem Verband der Privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vereinbart werden. Dabei ist sicherzustellen, dass für die tagesstationäre Behandlung die vollstationäre Behandlungsbedürftigkeit, die Diagnose, die tägliche Behandlungsdauer und die Inhalte der Behandlung dokumentiert werden. Als Konfliktlösungsmechanismus sieht Absatz 4 eine automatische Schiedsstelle nach § 18a Absatz 5 KHEntG ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen vor.

B) Stellungnahme

Eine gesetzliche Regelung zur verpflichtenden Dokumentation der Krankenhäuser über tagesstationäre Behandlungen ist ausdrücklich zu begrüßen. Der Vereinbarungsauftrag an die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene für die Festlegung bundeseinheitlicher Anforderungen an die Dokumentation ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1a (NEU)

§ 115e Absatz 5 (NEU) – Tagesstationäre Behandlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung des Absatzes 5 sieht vor, dass die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene dem BMG einen gemeinsamen Bericht über das Ausmaß und die Auswirkungen der tagesstationären Behandlung auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen vorzulegen haben. Die für den Bericht erforderlichen Daten sind den Selbstverwaltungspartnern von den Krankenkassen, den Unternehmen der privaten Krankenversicherung sowie den Krankenhäusern in anonymisierter Form zu Verfügung zu stellen.

B) Stellungnahme

Die Evaluation der neu einzuführenden tagesstationären Behandlung sowie die anschließende Berichtserstellung durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene für das BMG erscheint sachgerecht und nachvollziehbar. Die Verpflichtung, die erforderlichen Daten durch die Krankenkassen, die Unternehmen der privaten Krankenversicherung sowie die Krankenhäuser zur Verfügung zu stellen, ist sachgerecht.

Vor dem Hintergrund der in den Neuregulierungen des § 115e bislang fehlenden Festlegung und Einschränkung geeigneter Leistungsbereiche für eine tagesstationäre Behandlung ist diese in Absatz 5 geregelte Evaluation jedoch kritisch zu sehen. Ausgehend von der derzeitigen Fassung des Änderungsantrags 15 zu § 115e (NEU) kann eine kritische Bewertung von Leistungsbereichen, die sich für eine tagesstationäre Behandlung eignen, erst ex post nach der Evaluation und des Berichts nach Absatz 5 erfolgen. Dies wird vom GKV-Spitzenverband abgelehnt. Stattdessen sollte eine Festlegung von Leistungsbereichen, die für eine tagesstationäre Behandlung in Frage kommen, unbedingt ex ante auf Basis bundeseinheitlicher, objektiver Kriterien erfolgen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 115f (NEU) – Spezielle sektorengleiche Vergütung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Ab dem 01.01.2023 soll eine spezielle sektorengleiche Vergütung eingeführt werden. Diese soll für Leistungen des Katalogs nach § 115b (AOP-Katalog) infrage kommen, die bislang überwiegend stationär erbracht und abgerechnet werden.

Das BMG wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung die Einzelheiten der Einführung einer speziellen sektorengleichen Vergütung zu regeln. Dies umfasst das Nähere zu den abzurechnenden Leistungen, der Abgrenzung der Leistungen, der Höhe der speziellen sektorengleichen Vergütung, dem Abrechnungsverfahren und der Dokumentation.

Im Sinne einer Evaluation zur Einführung der speziellen sektorengleichen Vergütung werden der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung beauftragt, dem BMG bis zum 01.04.2024 einen Bericht über das Ausmaß und die Auswirkungen der sektorengleichen Vergütung auf die Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen vorzulegen. Die für den Bericht erforderlichen Daten sind von den Krankenkassen, den Unternehmen der privaten Krankenversicherung, den Krankenhäusern und den Kassenärztlichen Vereinigungen in anonymisierter Form zu übermitteln.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt grundsätzlich gesetzgeberische Initiativen zur Förderung der Ambulantisierung und spricht sich auch für sektorengleiche und leistungserbringerunabhängige Vergütungen aus. Den Gesetzentwurf zu einem „§ 115f – Spezielle sektorengleiche Vergütung“ als Eingriff in die Autonomie der gemeinsamen Selbstverwaltung lehnt der GKV-Spitzenverband gleichwohl strikt ab. Die aktuell laufenden Verhandlungen der Vertragspartner nach § 115b Absatz 1 haben gezeigt, dass allein die Anpassung des AOP-Katalogs sowie der Vergütung ausgesprochen zeitintensiv und von hoher medizinischer Komplexität geprägt ist und eine entsprechende Expertise erfordern. Insbesondere die sehr zeitnahe Umsetzung zum 01.01.2023 lässt befürchten, dass hier keine sachgerechte Ausgestaltung dieser weiteren zusätzlichen Vergütungsform erfolgen kann. Hier wäre zwingend zu beachten, dass auch zukünftig bisher vertragsärztlich erbrachte

Leistungen mit niedrigem Schweregrad abweichend von bisher vollstationär erbrachten Leistungen mit hohem Schweregrad vergütet werden müssen.

Auch eine sektorengleiche Vergütung sollte sich stets an einem bestehenden Vergütungskatalog orientieren, um überflüssige Schnittstellen, Doppelfinanzierungen und Verschiebebahnhöfe zu vermeiden. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes muss daher der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) Grundlage der Vergütung für die spezielle sektorengleiche Vergütung sein und hierauf Anpassungen für stationäre Besonderheiten (beispielsweise Schweregradunterschiede) erfolgen. Bei der sektorengleichen Vergütung ist darauf zu achten, dass im Zeitverlauf bei zunehmender Ambulantisierung eine Vergütungsanpassung in der Art erfolgt, dass die Vergütungshöhe sich dem Vergütungsniveau einer EBM-Vergütung zunehmend annähert und wieder erreicht.

Nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes sollte eine spezielle sektorengleiche Vergütung inklusive Katalog daher zwingend durch die Partner der Selbstverwaltung beschlossen werden. Die Notwendigkeit gesonderter Vorgaben für Dokumentation und Abrechnung eigens für diese sektorengleiche Vergütung erschließen sich unter Bürokratiegesichtspunkten nicht und führen zu weiteren Schnittstellenproblemen, weswegen auf bestehenden Regelungen der Selbstverwaltung aufgebaut werden sollte.

Für den Einstieg sollte sich zur Vermeidung von erheblichen Verwerfungen der Leistungskatalog zur Erprobung der Maßnahme auf geeignete ambulantisierbare Leistungen fokussieren.

Allein auf die „bislang überwiegend stationäre“ Erbringung abzustellen, läuft mit Blick auf die Praxis fehl. Die derzeit häufigste Leistung im AOP-Katalog, die mehrheitlich vollstationär erbracht wird, ist die Koronarangiografie, welche bereits heute im internationalen Vergleich in Deutschland überproportional häufig durchgeführt wird. An diesem Beispiel wird deutlich, dass Ambulantisierung vornehmlich durch strukturelle Maßnahmen (Aufbau ambulanter Strukturen) erzeugt werden sollte und finanzielle Anreize auch mit Blick auf den Patientenschutz kontraproduktiv sind.

In diesem Zusammenhang sei auch hier hingewiesen, dass bereits heute gemäß den Daten des Statistischen Bundesamtes operierende Vertragsärzte deutlich höhere Reinerträge aufweisen als konservativ tätige Vertragsärzte. Es ist davon auszugehen, dass sich durch die geplante neue Vergütungsform diese Schere weiter öffnet. Dadurch entsteht ein zusätzlicher Anpassungsdruck auf die Vergütung konservativer Leistungen. Inwieweit aus der Einführung von speziellen sektorengleichen Vergütungen vor diesem Hintergrund Einsparungen für die GKV erzielbar sind, ist fraglich.

Anstatt einer Aufnahme des § 115f sollte zur Erreichung einer schnellen und umfangreichen Ambulantisierung der AOP-Katalog deutlich stärker als bisher erweitert werden. Hier wäre es denkbar, im Rahmen einer Gesetzesanpassung in § 115b der Selbstverwaltung konkretere Leitplanken zur Erweiterung des Katalogs (beispielsweise auf Basis der Anzahl zu ambulantisierender vollstationärer Fälle) vorzugeben. Es wäre zudem denkbar, die bestehenden aufsichtsrechtlichen Genehmigungsvorbehalte des BMG in § 115b Absatz 1 Satz 8 für den neuen AOP-Vertrag deutlich gegenüber den bisherigen Regelungen um konkrete Umsetzungsvorgaben auszuweiten. In diesem Zusammenhang ist die Ausgestaltung der bestehenden Schiedslösung anzupassen, damit eine angemessene Stimmverteilung der beteiligten Selbstverwaltungspartner erreicht wird.

C) Änderungsvorschlag

In § 115b Absatz 1 Satz 8 wird folgender Halbsatz ergänzt:

„; das BMG wird ermächtigt, Vorgaben zu Art und Umfang des Katalogs nach Satz 1 zu erlassen.“

§ 115f wird gestrichen. Hilfsweise werden folgende Anpassungen zu § 115f vorgeschlagen:

Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren bis zum 31.03.2023 das Nähere zu

1. dem nach Absatz 1 abzurechnenden Leistungen,
2. der Abgrenzung der Leistungen,
3. der Höhe der speziellen sektorengleichen Vergütung,
4. dem Abrechnungsverfahren und
5. der Dokumentation.“

Artikel 8a neu (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 153– Verlängerung der Geltung des § 153

D) Beabsichtigte Neuregelung

Angesichts der anhaltend schwierigen Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung soll die Möglichkeit einer Zuschussgewährung des Bundes zur Erstattung pandemiebedingter Kosten bis Ende 2023 verlängert werden.

E) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Verlängerung der Verordnungsermächtigung nach § 153 SGB XI. Die Regelung ist dazu geeignet, die Zahlungsfähigkeit der sozialen Pflegeversicherung sicherzustellen, indem ein Unterschreiten des gesetzlichen Betriebsmittel- und Rücklagesolls der Pflegekassen verhindert wird.

F) Änderungsvorschlag

Keiner.

II. Ergänzender Änderungsbedarf

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 125 Verträge, § 125a – Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In den Vertragsverhandlungen nach §§ 125 und 125a SGB V stehen sich der GKV-Spitzenverband als Vertreter der Interessen von 97 gesetzlichen Krankenversicherungen auf der einen Seite und mittlerweile insgesamt 17 maßgebliche Heilmittelverbände in fünf Heilmittelbereichen auf der anderen Seite gegenüber. Eine fristgerechte und die unterschiedlichen Interessen ausgleichende Verhandlungslösung war in der Vergangenheit oft dadurch erschwert, dass die Verbände der Leistungserbringerseite nicht mit einheitlichen Positionen in die Verhandlungen gegangen sind und mehrheitlich bereits getroffene Einigungen durch einen einzelnen Verband zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses wieder in Frage gestellt wurden. Auf Leistungserbringerseite kann ein einzelner kleiner Verband, der gerade einmal 5 % der zugelassenen Leistungserbringenden und damit nur eine deutliche Minderheit vertritt, Verhandlungslösungen für die Gesamtheit aller zugelassenen Leistungserbringenden eines Heilmittelbereiches blockieren. Die Durchführbarkeit von Schiedsverfahren ist durch diesen Mechanismus ebenfalls erheblich erschwert. Verhandlungen und Schiedsverfahren zu den Vereinbarungen nach § 125 und 125a werden derzeit de facto mit Einzelverbänden ausgetragen.

B) Stellungnahme

Um fristgerechte und sachorientierende Verhandlungen zu ermöglichen, ist es geboten, auch auf Leistungserbringerseite auf Mehrheitsprinzipien beruhende Strukturen zu schaffen. Dies kann bspw. dadurch geschehen, dass die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringenden des jeweiligen Heilmittelbereichs eine Arbeitsgemeinschaft zu bilden haben, die ein einheitliches und gemeinsames Auftreten in den Verhandlungen zu gewährleisten hat. Alternativ könnte auch der mitgliederstärkste Verband eines Heilmittelbereichs gesetzlich normiert die Funktion der Verhandlungsführerschaft und Vertragsabschlusskompetenz übernehmen und dabei Verträge auch mehrheitlich geschlossen werden, wenn nur eine Minderheit gegen den Vertragsabschluss votiert. Dies trägt der gesetzlichen Intention in § 125 Absatz 1 Satz 2 SGB V Rechnung, dass die für den jeweiligen

Heilmittelbereich zuständigen maßgeblichen Spitzenorganisationen den Vertrag gemeinsam zu schließen haben und Vereinbarungen fristgerecht getroffen werden.

Ferner sollte gesetzlich bestimmt werden, dass Verhandlungen vertraulich zu führen sind, da in der Vergangenheit vereinzelt vertraulich ausgetauschte E-Mails in öffentlichen und teilöffentlichen Internetforen veröffentlicht wurden, was weder einer vertrauensvollen Verhandlung noch dem Schutz der informationellen Selbstbestimmung einzelner Verhandlungsteilnehmenden zuträglich war.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelungen der §§ 125 und 125a SGB V sind hinsichtlich der Verhandlungsteilnehmenden auf Leistungserbringerseite im Sinne eines vertragspartnerschaftlichen Modells grundlegend neu zu gestalten.

§ 125 SGB V wird wie folgt geändert:

In Absatz 1 werden nach Satz 3 folgende Sätze 4 und 5 angefügt:

⁴Die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene bilden mit Wirkung zum 01.XX.2023 für jeden Heilmittelbereich eine Arbeitsgemeinschaft, die Verträge und Vereinbarungen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich mit bindender Wirkung für die Leistungserbringer nach § 124 Absatz 1 und 5 schließt. ⁵Bei Verhandlungen ist der Grundsatz der Vertraulichkeit zu wahren.

Nach Absatz 6 wird folgender Absatz 6a angefügt:

¹Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaften nach Absatz 1 Satz 4 bilden bis zum 15. November 2023 für jeden Heilmittelbereich eine Schiedsstelle.

²Diese tritt mit Wirkung zum 15. November 2023 an die Stelle der bisherigen Schiedsstelle nach Absatz 6. ³Sie besteht aus Vertretern der Krankenkassen und der Heilmittelerbringer in gleicher Zahl sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. ⁴Die Amtsduer der Mitglieder beträgt vier Jahre. ⁵Für jedes Mitglied gibt es zwei Stellvertreter. ⁶Über den unparteiischen Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Vertragspartner einigen. ⁷Kommt eine Einigung nicht zustande, gilt § 89 Absatz 6 Satz 3 entsprechend. ⁸Für eine Abberufung der unparteiischen Mitglieder aus wichtigem Grund gilt § 89 Absatz 7 Satz 3 entsprechend. ⁹Die Kosten der Schiedsstelle tragen die Vertragsparteien je zur Hälfte; die Kosten für die von ihnen bestellten Vertreter tragen die Vertragsparteien selbst. ¹⁰§ 129 Absatz 9 und 10 Satz 1 gilt entsprechend. ¹¹Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung

mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Zahl und die Bestellung der Mitglieder, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder, das Verfahren sowie über die Verteilung der Kosten regeln.¹²Klagen gegen Entscheidungen der Aufsichtsbehörde nach diesem Paragraphen haben keine aufschiebende Wirkung.¹³Ein Vorverfahren findet bei Klagen gegen Entscheidungen der Schiedsstelle und der Aufsichtsbehörde nicht statt.

In Absatz 8 werden nach dem Wort „Landesebene“ die Wörter „oder deren Arbeitsgemeinschaften“ eingeführt.

§ 125a SGB V wird wie folgt geändert:

In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene“ gestrichen und durch die Wörter „der Arbeitsgemeinschaft nach § 125 Absatz 1 Satz 4“ ersetzt.

In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „zuständigen maßgeblichen Spitzenorganisationen haben“ gestrichen und durch die Wörter „zuständige Arbeitsgemeinschaft hat“ ersetzt. Nach dem Wort „gemeinsam“ werden die Wörter „und einheitlich“ angefügt.

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Konzept einer bedarfsorientierten Vorhaltefinanzierung (Bevölkerungsbezug) für die Pädiatrie

Die gesamte Bevölkerung soll von einer qualitativ hochwertigen, nachhaltigen und erreichbaren Versorgungsstruktur profitieren. Zur Umsetzung dieses Zielbilds sind bundeseinheitlich wohnortnahe Strukturen und Erreichbarkeitsmaße bevölkerungsbezogen zu definieren. Über Abstufungen sind dabei unterschiedliche Versorgungsbedarfe zu berücksichtigen. Diese Festlegungen sind unabdingbar mit der Erfüllung von Qualitätsvorgaben zu verbinden. Über den Bevölkerungsbezug wird dabei die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgungsstruktur sichergestellt, sowohl vor dem Hintergrund des demografischen Wandels als auch des medizinisch-technischen Fortschritts.

Die tatsächliche und nachgewiesene Vorhaltung dieser Strukturen unter Einhaltung der Mindeststandards wird über einen leistungsunabhängigen Vergütungsanteil finanziert. Die Ausschüttung erfolgt als bedarfsgerechte Grundfinanzierung, welche sich nach Versorgungsstufe und Anzahl vorgehaltener medizinischer Schwerpunkte richtet. Relevante Versorger werden durch diese direkte Verbindung von Finanzierung und Versorgungsstruktur in ihrem Bestand gesichert. Je passgenauer die Versorgungsstruktur festgelegt wird, desto höher kann die Vorhaltefinanzierung für das einzelne Krankenhaus ausfallen.

Für eine zeitnahe Umsetzung wird ein definiertes Vergütungsvolumen für die Vorhaltefinanzierung normativ festgesetzt. Der Änderungsantrag für die Pädiatrie sieht an dieser Stelle ein Volumen von jeweils 300 Mio. Euro in den Jahren 2023 und 2024 vor. Die Zuweisung der Mittel erfolgt direkt von der Bundesebene (analog der Pflegeprämie). So werden die Verzögerungseffekte einer Budgetlösung vermieden.

Diesen Lösungsansatz hält der GKV-Spitzenverband für am besten geeignet, die im Koalitionsvertrag avisierte Zielvorstellung einer bedarfsgerechten Versorgungsstruktur zu erreichen. Die leistungsunabhängige Finanzierung der Kinder- und Jugendmedizin sollte daher über die Bedarfsnotwendigkeit und die Erfüllung von Qualitätsvorgaben operationalisiert werden. Im gemeinsamen Austausch mit den maßgeblichen Fachgesellschaften der Kinder- und Jugendmedizin sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft stellt der GKV-Spitzenverband große Übereinstimmungen in diesen Auffassungen fest.