

Änderungsantrag 1

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 – KHPflEG)

BT-Drs. 20/3876

Zu Artikel 1 Nummer 0 (§ 40 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Anpassung der Abgabefrist des GKV-SV-Berichts
zur Verordnung geriatrischer Rehabilitationen)

Dem Artikel 1 Nummer 1 wird folgende Nummer 0 vorangestellt:

,0. § 40 Absatz 3 Satz 20 wird wie folgt gefasst:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt über das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag für das Jahr 2021 bis zum 30. Juni 2022, für das Jahr 2022 bis zum 30. September 2023 und für das Jahr 2023 bis zum 30. September 2024 einen Bericht vor, in dem die Erfahrungen mit der vertragsärztlichen Verordnung von geriatrischen Rehabilitationen wiedergegeben werden.“ ‘

Begründung

Um die Entwicklung der vertragsärztlichen Verordnung von geriatrischen Rehabilitationen und mögliche Veränderungen über einen längeren Zeitraum zu erfassen, wurde mit dem Gesetz zur Stärkung von intensivpflegerischer Versorgung und medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 23. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2220) § 40 Absatz 3 Satz 20 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) angefügt und eine dreimalige Berichtspflicht für die Jahre 2021 bis 2023 jeweils zum 30. Juni des Folgejahres vorgesehen. In diesem Bericht werden die Erfahrungen mit der vertragsärztlichen Verordnung von geriatrischen Rehabilitationen ausgewertet.

Um einen besseren Einblick in das Verordnungsgeschehen zu erhalten, ist eine Anpassung der Abgabefrist sachgerecht. Durch die Festsetzung der Abgabefrist für die Jahre 2022 und 2023 auf den 30. September des Folgejahres wird dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen ermöglicht, im Rahmen der Auswertung einen Bezug zur amtlichen Statistik „KG 5“ herzustellen, die erst zum 1. August eines jeden Jahres übermittelt wird. Auf Basis der breiteren Datenlage sind belastbarere Schlussfolgerungen zu erwarten.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 2

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-Drucksache 20/3876

Zu Artikel 1 Nummer 0, 1a , 1b , 1c , 1d , 1e (§§ 73, 124, 125, 125a, 125b und 127 des Fünften Bu-
ches Sozialgesetzbuch)

(Heil- und Hilfsmittelpaket:

Verordnungen und Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Vorliegen einer Diagnose nach § 125a;
Aufhebung der Verpflichtung zur zusätzlichen Anerkennung der Verträge nach § 125a;
Sonderverträge für Menschen mit Behinderung oder von Behinderung bedrohte Menschen;
Aufhebung der Vorgabe, dass in jedem Heilmittelbereich ein Vertrag zur Blankoverordnung
abgeschlossen werden muss; Einschränkung der Beteiligungsrechte von KBV/KZBV; Weitergeltung
der Preise und Vertragsinhalte bis zum Abschluss des Schiedsverfahrens nach § 127 Absatz 1a;
Rechtsbereinigung)

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

1. Der Nummer 1 wird folgende Nummer 0 vorangestellt:

,0. In § 73 Absatz 11 Satz 2 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die
Wörter „in diesem Fall handelt es sich um eine ärztlich verordnete Leistung im Sinne
der Verträge nach § 125 Absatz 1“ eingefügt.‘

2. Nach Nummer 1 werden die folgenden Nummern 1a bis 1e eingefügt:

,1a. § 124 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 wird die Angabe „und § 125a“ gestrichen.
- b) Absatz 4 wird aufgehoben.
- c) Absatz 5 Satz 4 wird aufgehoben.
- d) Absatz 6 wird aufgehoben.

1b. § 125 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 125
Verträge zur Heilmittelversorgung“.

b) In Absatz 5 Satz 4 wird das Wort „oder“ durch das Wort „und“ ersetzt.

c) Absatz 7 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können 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 schließen.“

bb) In Satz 3 wird nach dem Wort „gelten“ das Wort „jeweils“ eingefügt.

1c. § 125a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Komma und werden die Wörter „sofern die für den jeweiligen Heilmittelbereich zuständigen maßgeblichen Spitzenorganisationen für ihren Heilmittelbereich nicht gemeinsam darauf verzichten, einen solchen Vertrag zu schließen“ eingefügt.

bb) In Satz 8 werden die Wörter „den Regelungen“ durch die Wörter „der Regelung“ ersetzt und wird nach dem Wort „Nummer“ die Angabe „1 und“ gestrichen.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 1 wird das Wort „alle“ gestrichen.

bb) Nummer 6 wird wie folgt gefasst:

„6. Maßnahmen zur Vermeidung einer unverhältnismäßigen Mengenausweitung in der Anzahl der Behandlungseinheiten je Versicherten, insbesondere für solche Ausweitungen, die weder morbiditätsbedingt sind noch auf dem therapeutischen Fortschritt oder Veränderungen des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs beruhen; diese Maßnahmen können auch Vergütungsabschläge vorsehen, sofern eine durchschnittliche Anzahl an Behandlungseinheiten deutlich überschritten ist, sowie“.

c) In Absatz 6 Satz 3 wird das Wort „jährlich“ durch die Wörter „nach Abschluss der Evaluation“ ersetzt.‘

1d. § 125b wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift werden die Wörter „Bundesweit geltende Preise,“ gestrichen.

b) Die Absätze 1, 2 und 3 werden aufgehoben.

1e. Nach § 127 Absatz 1a Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„Der bisherige Vertrag und die bisherigen Preise gelten bis zur Entscheidung durch die Schiedsperson fort.“ ‘

Begründung:

Zu Nummer 1

Artikel 1 Nummer 0

Die Ergänzung dient der Klarstellung, dass Verordnungen, bei denen die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt trotz des Vorliegens einer Diagnose nach § 125a Auswahl, Dauer und Frequenz der Heilmittelbehandlung vorgibt, den Verträgen nach § 125 und damit auch der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106b unterliegen.

Zu Nummer 2

Artikel 1 Nummer 1a neu

Zu Buchstabe a

Für die Zulassung ist durch die Änderung lediglich die Anerkennung der für die Versorgung mit Heilmitteln geltenden Verträge nach § 125 Absatz 1 relevant. Die Zulassung soll nicht davon abhängig gemacht werden, ob ein Leistungserbringer an der Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung nach § 125a teilnehmen möchte. Diese Versorgungsform steht grundsätzlich allen Heilmittelerbringern offen. Heilmittelerbringer sind jedoch nicht verpflichtet, eine Versorgung auf Grundlage einer Blankoverordnung anzubieten. Daher ist eine Anerkennung der Verträge zur Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung keine Voraussetzung für die Zulassung von Leistungserbringern im Heilmittelbereich.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um die Streichung einer überholten Übergangsregelung. Die Fortgeltung der von den Verbänden der Ersatzkassen bis zum 30. Juni 2008 erteilten Zulassungen ist überholt, da mittlerweile eine vollumfängliche Zulassung aller Leistungserbringer nach § 124 Absatz 1 erfolgt ist.

Zu Buchstabe c

Der Verweis auf die Anwendung der Übergangsregelungen des § 125b ist zu streichen, da die übergangsweise fortgeltenden Preise nach § 125b zwischenzeitlich in allen Heilmittelbereichen durch die Vertragspreise nach § 125 Absatz 1 ersetzt wurden.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um die Streichung überholter Übergangsregelungen.

Artikel 1 Nummer 1b neu

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine sprachliche Klarstellung.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine sprachliche Klarstellung, dass bis zur Entscheidung durch die Schiedsstelle sowohl die bisherigen Preise als auch der bisherige Vertrag weitergelten.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646 – TSVG) wurde die Kompetenz zum Abschluss von Versorgungsverträgen im Heilmittelbereich grundsätzlich auf die Bundesebene verlagert. In einigen Bundesländern bestehen Sonderverträge zur Heilmittelversorgung

von Menschen mit Behinderung oder von Behinderung bedrohter Menschen in besonderen Einrichtungen. Diese Einrichtungen wurden im TSVG nicht besonders adressiert. Durch die Änderung werden diese für die Betroffenen wichtigen Verträge auf eine sichere rechtliche Grundlage gestellt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung, da ein neuer Satz eingefügt wurde.

Artikel 1 Nummer 1c neu

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Gemäß § 125a Absatz 1 Satz 1 ist für jeden Heilmittelbereich ein Vertrag zur Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung (Blankoverordnung) abzuschließen. Die Regelung wird dahingehend geändert, dass die maßgeblichen Spitzenorganisationen selbst entscheiden können, ob sie für ihren jeweiligen Bereich einen solchen Vertrag abschließen oder darauf verzichten.

Es ist nicht auszuschließen, dass in einzelnen Heilmittelbereichen kein Bedarf für eine Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung gesehen wird, zum Beispiel, weil die Therapeutinnen und Therapeuten bei der Ausgestaltung der Therapie bereits ohne Blankoverordnung erhebliche Spielräume haben oder die Spielräume aufgrund der geringen Zahl unterschiedlicher Behandlungsarten gering sind. In diesen Fällen würde die gegenwärtig bestehende gesetzliche Verpflichtung, für jeden Heilmittelbereich einen Vertrag zur Blankoverordnung abzuschließen zu müssen, zu überflüssigem bürokratischem Aufwand führen. Die Entscheidung, ob auf einen Vertrag verzichtet wird, obliegt den für den jeweiligen Heilmittelbereich zuständigen maßgeblichen Spitzenorganisationen gemeinsam.

Zu Doppelbuchstabe bb

In den Verträgen zur Blankoverordnung sind nach § 125a Absatz 2 Nummer 1 alle Indikationen, die unter medizinisch-therapeutischen Gesichtspunkten für eine Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung geeignet sind, zu vereinbaren. Zu dieser Regelung ist aktuell das Einvernehmen mit KBV und KZBV herzustellen. Dies wird dahingehend geändert, dass die Auswahl der Indikationen allein von den Vertragspartnern getroffen wird. Den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen steht hierbei ein Recht zur Stellungnahme zu, welches ihre Beteiligung auch weiterhin sichert. Zudem ist die notwendige Berücksichtigung der medizinischen Expertise der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte im Versorgungsprozess dadurch gewährleistet, dass die Heilmittelversorgung mit besonderer Versorgungsverantwortung stets die Diagnosestellung und Verordnung durch die Ärztin oder den Arzt voraussetzt.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Den Vertragsparteien soll es möglich sein, die Blankoverordnung (zunächst) nur für einzelne Indikationen vorzusehen, um Erfahrungen auch mit Blick auf die Evaluation und Wirtschaftlichkeit der Versorgungsform zu sammeln.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit dem Ziel einer Erhöhung der Rechtssicherheit wird durch die Änderung der bisher unbestimmte Begriff der Unverhältnismäßigkeit der Mengenausweitungen konkretisiert.

Zu Buchstabe c

Die Auswirkungen der Blankoverordnung auf das Versorgungsgeschehen, die Kosten- und die Mengenentwicklung sowie die Qualität der Heilmittelversorgung werden sich valide erst nach dem vierjährigen Evaluationsprozess beurteilen lassen. Dementsprechend soll die Berichtspflicht gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit erst nach Abschluss der Evaluation gelten.

Zu Artikel 1 Nummer 1d neu

Es handelt sich um die Streichung überholter Übergangsvorschriften und eine damit korrespondierende Anpassung der Überschrift.

Zu Artikel 1 Nummer 1e neu

Bisher wurde in der Praxis eine entsprechende Vereinbarung über die Weitergeltung der bisherigen Preise oder Verträge im Rahmen des Schiedsverfahrens zwischen den Parteien geschlossen. Um jedoch auch schon vor der Einigung auf eine Schiedsperson Rechtssicherheit zu haben, stellt die neue Regelung verbindlich klar, dass bis zur Entscheidung durch die Schiedsperson sowohl die bisherigen Preise als auch der bisherige Vertrag weitergelten.

Änderungsantrag 3

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 – KHPflEG)

BT-Drs. 20/3876

Zu Artikel 1 Nummer 0 (§ 79 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Stärkung der Repräsentanz von Frauen im Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen)

Dem Artikel 1 Nummer 1 wird folgende Nummer 0 vorangestellt:

,0. § 79 Absatz 4 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „besteht der Vorstand aus mehreren Mitgliedern, müssen ihm mindestens eine Frau und mindestens ein Mann angehören“ eingefügt.

b) In Satz 2 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „dem Vorstand müssen mindestens eine Frau und mindestens ein Mann angehören“ eingefügt.

Begründung

Zu Buchstabe a

Durch die Ergänzung des Satzes 1 soll eine angemessene Repräsentanz von Frauen und Männern in den Vorständen der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen auf Landesebene (Kassenärztliche Vereinigungen; vgl. § 77 Absatz 1) sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (Kassenärztliche Bundesvereinigungen; vgl. § 77 Absatz 4 Satz 1) sichergestellt werden. Die Regelung sieht daher vor, dass bei einem Vorstand, der aus mehreren Personen besteht, dem Vorstand mindestens eine Frau und mindestens ein Mann angehören müssen, um die Geschlechterverteilung unter den gesetzlich Krankenversicherten und den an der vertragsärztlichen, vertragspsychotherapeutischen und vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Zahnärztinnen und Zahnärzten auch im Vorstand so weit wie möglich abzubilden.

Nachdem mit dem Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 22. März 2020 (BGBl. I S. 604) und dem Gesetz zur Ergänzung und Änderung der Regelungen für die gleichberechtigte Teilhabe von Frauen an Führungspositionen in der Privatwirtschaft und im öffentlichen Dienst vom 7. August 2021 (BGBl. I S. 3311) eine entsprechende Mindestbeteiligung von einer Frau und einem Mann bereits für den Vorstand des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie für mehrköpfige Krankenkassenvorstände gesetzlich vorgegeben wurde, soll dieser Weg für die im Jahr 2023 beginnende neue Amtsperiode der Vorstände der Kassenärztlichen Vereinigungen und Bundesvereinigungen konsequent fortgesetzt werden, damit auch bei den Organisationen der Ärzte- und Zahnärzteschaft eine angemessene Repräsentanz von Frauen und Männern in den Vorständen erreicht wird.

Zu Buchstabe b

Mit der Ergänzung des Satzes 2 wird die in Satz 1 neu geregelte Geschlechterquote bei der Besetzung mehrköpfiger Vorstände auch für die Besetzung des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorgegeben. Da Satz 2 für den Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung regelt, dass dieser aus drei Mitgliedern besteht, müssen diesem künftig immer mindestens eine Frau und mindestens ein Mann angehören. Im Übrigen gelten die Ausführungen zur Ergänzung des Satzes 1 entsprechend.

Änderungsantrag 4

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 (Krankenhauspflegeentlas-
tungsgesetz – KHPflEG)
BT-Drs. 20/3876

Zu Artikel 1 Nummer 0 (§ 92 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss
(G-BA) zur Long-COVID-Versorgung)

Dem Artikel 1 Nummer 1 wird folgende Nummer 0 vorangestellt:

,0. Nach § 92 Absatz 6b wird folgender Absatz 6c eingefügt:

„(6c) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis spätestens zum 31. Dezember 2023 in einer Richtlinie nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 Regelungen für eine berufsgruppen-
übergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf
Long-COVID. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann hierzu Regelungen treffen, die insbe-
sondere eine interdisziplinäre und standardisierte Diagnostik und den zeitnahen Zugang zu
einem multimodalen Therapieangebot sicherstellen.“ ‘

Begründung

Mit der Regelung wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) der gesetzliche Auftrag erteilt,
für eine verbesserte und zeitgerechtere Versorgung von Patientinnen und Patienten mit dem Verdacht
auf Long-COVID Regelungen zu treffen, damit eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und
strukturierte Versorgung Anwendung finden kann. Hierbei sollen mit dem Ziel einer nachhaltigen Ver-
besserung der Versorgung der Betroffenen strukturierte Versorgungspfade verbindlich beschrieben,
notwendige multiprofessionelle Zusammenarbeit vorgegeben sowie Mindestanforderungen an Diag-
nostik und Therapie definiert werden. Durch die Vorgaben soll sichergestellt werden, dass eine stan-
dardisierte Eingangsdagnostik durchgeführt wird und anschließend multiprofessionell eine Diagnose
gestellt und Behandlungsschwerpunkte festgelegt werden, um lange Odysseen der Betroffenen zu
vermeiden. Zentral dürfte hierbei der zeitnahe Zugang zu einer hoch qualifizierten interdisziplinären
Diagnostik sein. Eine sichere diagnostische Zuordnung und Diskrimination von leichten, mittelschwe-
ren und schweren Verläufen soll ermöglicht werden, um Fehlallokationen im Vorfeld zu vermeiden.
Anschließend an diese interdisziplinäre Diagnostik erfolgt dann der Zugang zu einem multimodalen
Therapieangebot. Hierzu braucht es eine enge berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit und

Netzwerke mit an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern (insbesondere von Hausärzten, Pneumologen, Kardiologen, Neurologen, Psychiatern und Psychologen) sowie weiteren interdisziplinären Versorgungsstrukturen wie Kompetenzzentren, Spezialambulanzen und Rehabilitationskliniken und weiteren Berufsgruppen (unter anderem unter Einbeziehung von Heilmittelangeboten und Edukationsprogrammen).

Damit kann u.a. der 9. Stellungnahme vom 15. Mai 2022 des ExpertInnenrates der Bundesregierung zu COVID-19 Rechnung getragen werden, wonach als dringend notwendige Maßnahmen u.a. die Etablierung flächendeckender, intersektoraler und interdisziplinärer Versorgungsstrukturen (Versorgungsalgorithmen, Netzwerke, Bündelung der Fachexpertise) und eine enge Verzahnung ambulanter und klinischer Versorgungsstrukturen mit konsentierten Qualitätskriterien in der Behandlung von Post/Long-COVID-Betroffenen genannt werden.

Der G-BA kann leitliniengerechte Versorgungspfade festlegen, an denen sich die Leistungserbringer für eine strukturierte Versorgung orientieren - ohne aber durch Vorgabe zusätzlicher Strukturen und Anforderungen, die eine Behandlung von entsprechenden Patientinnen und Patienten gegebenenfalls auf zu wenige Leistungserbringer reduzieren, etwaige Wartezeiten noch weiter zu verlängern.

Der G-BA hat die Vorgaben in einer neuen eigenständigen Richtlinie und zeitnah bis spätestens zum 31. Dezember 2023 zu beschließen.

Änderungsantrag 5

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

Zu Artikel 1 Nummer 1a (§ 130a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Ausnahme vom erweiterten Preismoratorium für Immunglobuline menschlicher Herkunft)

Nach Artikel 1 Nummer 1 wird folgende Nummer 1a eingefügt:

,1a. § 130a Absatz 3a wird wie folgt geändert:

1. In Satz 4 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „der erste Halbsatz gilt nicht für die Neueinführung eines Immunglobulins menschlicher Herkunft, für das nach dem 31. Dezember 2018 eine Zulassung nach § 25 Absatz 1 des Arzneimittelgesetzes oder eine Genehmigung für das Inverkehrbringen nach Artikel 3 Absatz 1 oder Absatz 2 der Verordnung (EG) Nr. 726/2004 erteilt wurde, mit Ausnahme der Zulassung von anderen Stärken oder Ausbietungen“ eingefügt.
2. Folgender Satz wird angefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2023 einen Bericht über die Auswirkungen von Satz 4 zweiter Halbsatz vorzulegen.“ ‘

Begründung

Zu Nummer 1

Zur Sicherstellung der Versorgung der Patientinnen und Patienten werden nach dem 31. Dezember 2018 zugelassene oder genehmigte Immunglobuline menschlicher Herkunft aus dem sogenannten erweiterten Preismoratorium nach § 130a Absatz 3a Satz 4 ausgenommen. Dies gilt nicht, soweit es sich um Neuzulassungen handelt, die sich lediglich auf andere Wirkstärken oder Ausbietungen beziehen. Mit der Regelung wird auf die besondere Versorgungssituation im Bereich der Immunglobuline reagiert.

Es besteht seit einigen Jahren bereits eine angespannte Versorgungssituation mit fehlenden Therapieoptionen, die sich durch die COVID-19-Pandemie und die damit einhergehende globale Verknappung des Ausgangsstoffes menschliches Blutplasma weiter verschärft hat.

Die finanziellen Belastungen für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) belaufen sich jährlich auf einen niedrigen ein- bis niedrigen zweistelligen Millionenbereich.

Zu Nummer 2

Um nachvollziehen zu können, welche Auswirkungen die Änderung in Satz 4 zweiter Halbsatz hat, wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit einen entsprechenden Bericht vorzulegen.

Änderungsantrag 6

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

Zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 137I des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Streichung der PPR 2.0 Opt-out Regelung bei Tarifverträgen)

In Artikel 1 Nummer 3 wird § 137I wie folgt geändert:

1. Absatz 5 wird gestrichen.
2. Die Absätze 6 und 7 werden die Absätze 5 und 6.

Begründung

Der bisher vorgesehene Vorrang von Entlastungstarifverträgen wird gestrichen, um eine bundesweite Anwendung und Vergleichbarkeit der Bemessungsverfahren sicherzustellen. Die Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0) und die Kinder-Pflegepersonalregelung 2.0 (Kinder-PPR 2.0) zielen unter anderem darauf ab, Erfüllungsgrade auf der Basis von bundesdurchschnittlichen Werten zu definieren. Dazu müssen alle Krankenhäuser die Vorgaben zur Personalbemessung verpflichtend anwenden.

Änderungsantrag 7

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 – KHPflEG)

BT-Drs. 20/3876

Zu Artikel 4 Nummer 0 (§ 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

(Finanzierung von landesrechtlich geregelten
Pflegehilfe- und -assistenzbildungen am Krankenhaus)

Dem Artikel 4 Nummer 1 wird folgende Nummer 0 vorangestellt:

0. § 2 Nummer 1a Buchstabe g wird wie folgt gefasst:

„g) im Bereich der Pflegehilfe und -assistenz, insbesondere für die Berufe Krankenpflegehelfer, Krankenpflegehelferin, Pflegehelfer, Pflegehelferin, Pflegeassistent, Pflegeassistentin, Pflegefachassistent, Pflegefachassistentin,“

Begründung:

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 für diese Berufe in § 2 Nummer 1a Buchstabe g ermöglicht die Finanzierung der Kosten der Ausbildungen in den genannten Berufen nach den Regelungen des § 17a.

Die Aufzählung ist aufgrund der Heterogenität der Berufsbezeichnungen der Pflegehilfe und -assistenz in den Ländern nicht abschließend zu verstehen. Umfasst sind neben den aufgezählten Berufsbezeichnungen insbesondere landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildungen in der Pflege von mindestens einjähriger Dauer, die die von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und von der Gesundheitsministerkonferenz 2013 als Mindestanforderungen beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ (BAnz AT 17.02.2016 B3) erfüllen.

Die Refinanzierung erfolgt in dem Umfang, in dem von den Kostenträgern von Krankenhausleistungen bisher bereits die Ausbildung für die Berufe Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin finanziert worden ist. Da § 2 Nummer 1a auf staatlich anerkannte Einrichtungen an Krankenhäusern bezogen ist, ist eine Refinanzierung des Teils der generalistischen Pflegehelfer- und -assistenzbildungen, der an Berufsfachschulen wie bisher für die Altenpflegehilfe erfolgt, nach § 17a ausgeschlossen, um eine Kostenverschiebung zu Lasten der Kostenträger von Krankenhausleistungen zu vermeiden. Auch die Refinanzierung der Ausbildungsvergütungen erfolgt nur, soweit das Krankenhaus Träger der Ausbildung ist.

Durch die Ergänzung in § 2 Nummer 1a Buchstabe g kann die Schaffung von Ausbildungskapazitäten für die Berufe im Bereich der Pflegehilfe und –assistenz über den Strukturfonds nach § 12a Absatz 1 Satz 4 Nummer 4 gefördert werden.

Es wird damit auch ein Anliegen des Bundesrates umgesetzt (Nummer 30 Buchstabe c der Stellungnahme von 6. November 2020 – BR-Drs. 562/20 (Beschluss) sowie Nummer 21 der Stellungnahme vom 16. September 2022 – BR-Drs. 366/22 (Beschluss)).

Im Koalitionsvertrag von SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP für die 20. Legislaturperiode (KoaV) wurde eine bundesrechtliche Vereinheitlichung der bislang durch die Länder geregelten Pflegehelfer- und Assistenzberufe einschließlich einer gemeinsamen Finanzierung von Bund und Ländern vereinbart (vgl. KoaV, S. 64). Hierfür soll nach Auffassung der Bundesregierung mittelfristig der für die generalistische Ausbildung von Pflegefachkräften bereits etablierte Finanzierungsweg über die Ausgleichsfonds nach §§ 26 ff. des Pflegeberufgesetzes eröffnet werden. Im Ergebnis entsteht dann für die Pflegefachkraftausbildung sowie für die Pflegehilfs- und -assistenzausbildung ein einheitliches Finanzierungsinstrument, das die Finanzierungsregelung nach § 2 Nummer 1a Buchstabe g ablösen soll. Die Finanzierungsregelung in § 2 Nummer 1a Buchstabe g hat deshalb Übergangscharakter und soll mit der Schaffung der dargestellten einheitlichen Ausbildung und Ausbildungsfinanzierung im Bereich der Pflegehilfe und -assistenz unter Berücksichtigung einer für die Umsetzung in den Ländern notwendigen Übergangsfrist außer Kraft treten.

Änderungsantrag 8

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 (Krankenhauspflegeentlas-
tungsgesetz – KHPflEG)
BT-Drs. 20/3876

Zu Artikel 8a (§ 8 Absatz 3a und 3b des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

(Finanzneutrale Verlängerung des Modellprogramms
nach § 8 Absatz 3b/ Mittelumschichtung)

Nach Artikel 8 wird folgender Artikel 8a eingefügt:

„Artikel 8a Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 8 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 3a des Gesetzes vom 16. September 2022 (BGBl. I S. 1454) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Absatz 3a Satz 5 wird durch folgenden Satz ersetzt:
„Soweit die in Satz 1 genannten Mittel im jeweiligen Haushaltsjahr nicht verbraucht werden, können sie in das folgende Haushaltsjahr oder unter entsprechender Erhöhung des zur Verfügung stehenden Betrages auf die Mittel nach Absatz 3b Satz 5 für den Bereitstellungszeitraum nach Absatz 3b Satz 5 übertragen werden.“
2. In Absatz 3b Satz 5 wird die Angabe „2024“ durch die Angabe „2025“ ersetzt.“

Begründung

Zu Nummer 1

Die Weiterentwicklung des wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in vollstationären Pflegeeinrichtungen bindet bereits einen Großteil der zur Verfügung stehenden Mittel nach § 8 Absatz 3b. Weitere Mittel können daher aus den Mitteln nach § 8 Absatz 3a umgeschichtet werden, damit insbesondere die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung nach § 8 Absatz 3b finanziert werden kann.

Zu Nummer 2

Für Studien, Modellprojekte und wissenschaftliche Expertisen zur Weiterentwicklung des ambulanten Bereichs ist eine Erstreckung des Maßnahmenzeitraums erforderlich geworden, mit dem die Notwendigkeit einer entsprechenden Verlängerung des Finanzierungszeitraums einhergeht.

Änderungsantrag 9

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 – KHPflEG)
BT-Drs. 20/3876

Zu Artikel 8a (§ 135 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

(Änderung der Zuführungen an den Pflegevorsorgefonds)

Nach Artikel 8 wird folgender Artikel 8a eingefügt:

„Artikel 8a Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Dem § 135 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 3a des Gesetzes vom 16. September 2022 (BGBl. I S. 1454) geändert worden ist, wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Für das Jahr 2023 erfolgt die Zuführung nach Absatz 1 in einer Rate in Höhe von 0,1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung des Vorjahres im Dezember 2023.“ ‘

Begründung

Um angesichts der aktuell schwierigen Finanzlage der sozialen Pflegeversicherung deren Liquidität kurzfristig zu stabilisieren und die Versorgung sicherzustellen, bis Reformvorhaben inklusive der Umsetzung des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 7. April 2022 zur weitergehenden Berücksichtigung des Kindererziehungsaufwands im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung in Kraft treten können, erfolgt die Zuführung von Mitteln zum Pflegevorsorgefonds für das Jahr 2023 in einer Jahresrate im Dezember 2023.

Änderungsantrag 10

der Fraktionen der 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)
BT-Drucksache 20/3876

Zu Artikel 2 Nummer 1 und 3 (§§ 4, 10 des Krankenhausentgeltgesetzes)

(Verlängerung des Hygieneförderprogramms als Infektiologieförderprogramm)

Artikel 2 wird wie folgt geändert:

1. Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

,1. § 4 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2a Satz 10 werden die Wörter „Satz 9 findet“ durch die Wörter „Satz 8 Nummer 4 und Satz 9 finden“ ersetzt.

b) Absatz 9 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt geändert:

aaa) Nummer 1 wird wie folgt geändert:

aaaa) In Buchstabe a wird die Angabe „2022“ durch die Angabe „2025“ ersetzt.

bbbb) In Buchstabe c werden vor dem Komma am Ende die Wörter „und in Höhe von 30 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2023 bis 2025“ eingefügt.

bbb) Nummer 2 wird durch die folgenden Nummern 2 und 3 ersetzt:

„2. in den Jahren 2016 bis 2025 begonnene Weiterbildungen zur Fachärztin oder zum Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie durch einen

- pauschalen Zuschuss in Höhe von jährlich 30 000 Euro, ab dem Jahr 2023 in Höhe von jährlich 40 000 Euro,
3. in den Jahren 2016 bis 2025 begonnene Zusatz-Weiterbildungen Infektiologie für Fachärztinnen und Fachärzte durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von einmalig 30 000 Euro,“.

ccc) Die bisherige Nummer 3 wird Nummer 4.

cc) In Satz 6 werden die Wörter „Buchstabe a und e“ durch die Wörter „und Satz 2 Nummer 1 Buchstabe b“ ersetzt. ‘

2. Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

,3. § 10 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 4 Satz 3 und 6 wird aufgehoben.
- b) In Absatz 12 Satz 2 wird die Angabe „2023“ durch die Angabe „2026“ und die Angabe „2022“ durch die Angabe „2025“ ersetzt. ‘

Begründung

Zu Nummer 1

Das im Jahr 2013 eingeführte Hygiene-Förderprogramm ist ein Finanzierungsinstrument, das die Krankenhäuser bei der personellen Ausstattung mit Hygienepersonal entsprechend der Vorgaben des Infektionsschutzrechts unterstützen sollte. Die Förderungen im Bereich der Infektiologie werden schwerpunktmäßig mit der Verlängerung des Programms ab 2022 verstärkt. Die COVID-19-Pandemie hat die Bedeutung infektiologischer Expertise in den Kliniken gezeigt. Das Förderprogramm wird daher ab 2023 um weitere drei Jahre verlängert, inhaltlich auf die Infektiologie beschränkt und als „Infektiologieförderprogramm“ fortgeführt.

§ 4 Absatz 9 Satz 1 regelt die Förderung der personellen Ausstattung für den Bereich der Krankenhaushygiene. Die auf der Grundlage von § 23 Absatz 8 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) erlassenen Landesverordnungen regeln die Anforderungen an die Ausstattung der Krankenhäuser mit Hygienefachpersonal. Seit 2020 sind nach dem Auslaufen der in § 23 Absatz 8 Satz 2 Nummer 3 IfSG genannten Frist für Übergangsregelungen keine Ausnahmen mehr vorgesehen. Auch wenn der Bedarf an Hygienefachpersonal weiterhin noch nicht in allen Krankenhäusern gedeckt ist, ist eine weitere Förderung mit Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht mehr angemessen. Die im Jahr 2022 abgerechneten Personalförderungen werden nach geltender Rechtslage nach Ende der Förderperiode 2022 basiswirksam in die Landesbasisfallwerte für das Jahr 2023 überführt und kommen dann allen Krankenhäusern zugute.

Die Förderung nach Satz 1 wird nicht verlängert und läuft am 31. Dezember 2022 aus.

Zu Buchstabe a

Die Regelung übernimmt die Änderung des Gesetzentwurfs inhaltsgleich.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

§ 4 Absatz 9 Satz 2 greift die Tatbestände im Bereich der Infektiologie mit einem verlängerten Förderzeitraum auf. Hier wird der Tatsache Rechnung getragen, dass auf dem 124. Deutschen Ärztetag die bundesweite Einführung eines Facharztes für Innere Medizin und Infektiologie beschlossen wurde. Eine mehrjährige Facharztweiterbildung war zuvor nur in Mecklenburg-Vorpommern möglich. In allen anderen Ländern bestand lediglich die Möglichkeit eine einjährige Zusatzweiterbildung in Infektiologie zu durchlaufen. Diese Zusatzweiterbildung Infektiologie wird weiterbestehen und steht allen klinischen Fachdisziplinen offen. Zentrale Inhalte der strukturierten Fortbildung „Antibiotic Stewardship (ABS)“ wurden in die Curricula der Weiterbildung für den neu etablierten Facharzt Innere Medizin und Infektiologie überführt.

§ 4 Absatz 9 Satz 2 Nummer 1 regelt in Bezug auf den vorgenannten Bereich die Förderung von Neueinstellungen, Stellenbesetzungen und Aufstockungen. Gefördert werden nach der Einführung der Vorschrift, also nach dem 31. Dezember 2019 vorgenommene Personalmaßnahmen. Der Förderzeitraum soll nunmehr bis einschließlich 2025 laufen, davon ausgenommen ist die Förderung der Zusatzweiterbildung Infektiologie.

Nach § 4 Absatz 9 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a werden Neueinstellungen, interne Besetzungen neu geschaffener Stellen und Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von Fachärztinnen oder Fachärzten für Innere Medizin und Infektiologie in Höhe von 75 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten gefördert. Diese klinisch tätigen Fachärztinnen und Fachärzte mit infektionsmedizinischer Qualifikation besitzen besondere Kenntnisse und Erfahrungen in der klinischen Diagnostik und Therapie komplexer Infektionen und deren Nachsorge sowie der individuellen Prophylaxe. Sie sind besonders geschult und qualifiziert, durch infektiologische Konsiliartätigkeit sachgerechte Infektionsdiagnostik und rationale Antiinfektiva-Verordnung auch im komplexen Einzelfall zu sichern, die Umsetzung hausinterner Empfehlungen zu verbessern und ein direktes Feedback an die Kollegen der verschiedenen Fachabteilungen zu geben. Die Förderung der Zusatzweiterbildung Infektiologie endet mit dem 31. Dezember 2022. Fachärztinnen und Fachärzte, denen die Zusatzweiterbildung offensteht, sind bereits in Kliniken angestellt und müssen nicht erst eingestellt werden. Mit der Fortführung des Förderprogramms soll der Schwerpunkt auf die Neueinstellung von Fachärzten in Innerer Medizin und Infektiologie gelegt werden.

§ 4 Absatz 9 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe c regelt die Förderung von Neueinstellungen, internen Besetzungen neu geschaffener Stellen und Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen bei Fachärztinnen und Fachärzten als Expertinnen und Experten für Antibiotic Stewardship mit strukturierter curricularer Fortbildung „Antibiotic Stewardship (ABS)“. Diese ABS-Experten sollen wie auch die infektiologischen Fachärzte in ABS-Teams tätig sein und die rationale Antiinfektiva-Verordnung unterstützen. Die Maßnahmen werden ab dem 1. Januar 2023 in Höhe von 30 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten gefördert. Die Fortbildung zur ABS-Expertin oder zum ABS-Experten soll in den von den Landesärztekammern anerkannten Kursen zur „strukturierten curricularen Fortbildung „Antibiotic Stewardship (ABS)“ erfolgen und umfassen derzeit 160 Unterrichtsstunden einschließlich einer zu präsentierenden Abschlussarbeit.

§ 4 Absatz 9 Satz 2 Nummer 2 und 3 regelt die Förderung von Fort- und Weiterbildungen. Der Förderzeitraum wird um drei Jahre verlängert. Um die Etablierung der neuen Facharztausbildung Innere Medizin und Infektiologie zu unterstützen, unterscheiden sich die pauschalen Fördersummen zwischen der mehrjährigen Facharztausbildung Innere Medizin und Infektiologie (jährlich 40 000 Euro) und der einjährigen Zusatzweiterbildung Infektiologie (einmalig 30 000 Euro).

§ 4 Absatz 9 Satz 2 Nummer 4 regelt die Förderung von externen Beratungsleistungen im Bereich „Antibiotic Stewardship“ und entspricht dem bisherigen § 4 Absatz 9 Satz 2 Nummer 3.

Zu Doppelbuchstabe cc

Mit der Änderung von § 4 Absatz 9 Satz 6 wird klargestellt, dass die entstehenden Personalkosten für nach § 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 bereits zum Jahresende 2016 oder 2019 ausgelaufenen Förderungen ebenso wie für zum Jahresende 2022 auslaufenden Förderungen bis zur Überführung in den Landesbasisfallwert nach § 10 Absatz 12 Satz 2 weiterhin finanziert werden und daher bei der Ermittlung des krankenhausindividuellen Finanzierungsbetrags unter Beachtung von Tarifierhöhungen erhöhend zu berücksichtigen sind. Dies gilt auch für die ebenfalls zum Jahresende 2022 auslaufende Förderung nach Absatz 9 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe b (Fachärztinnen und Fachärzte mit Zusatzweiterbildung Infektiologie).

Zu Nummer 2 (§ 10 Absatz 12 Satz 2 KHEntgG)

Zu Buchstabe a

Die Regelung übernimmt die Änderung des Gesetzentwurfs inhaltsgleich.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung im Zusammenhang mit der Verlängerung des Hygieneförderprogramms nach § 4 Absatz 9, die gewährleistet, dass die zusätzlichen Mittel des bisherigen Hygieneförderprogramms und des fortgeführten Infektiologieförderprogramms unter Berücksichtigung der dreijährigen Verlängerung nicht bereits für das Jahr 2023 auf der Grundlage der für das Jahr 2022

abgerechneten Finanzierungszuschläge, sondern erst bei den Landesbasisfallwerten für das Jahr 2026 auf der Grundlage der für das Jahr 2025 abgerechneten Finanzierungszuschläge erhöhend zu berücksichtigen sind. Bis zu diesem Zeitpunkt sind die zusätzlichen Mittel für laufende Kosten aus Neueinstellungen, internen Besetzungen neu geschaffener Stellen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen unter Beachtung von Tarifsteigerungen weiterhin bei der Vereinbarung des Erlösbudgets nach § 4 zu berücksichtigen.

Änderungsantrag 11

der Bundestagsfraktionen der SPD, von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der 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

Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

(Anhebung des vorläufigen Pflegeentgeltwerts)

Nach Artikel 2 Nummer 6 wird folgende Nummer 6a eingefügt:

„6a. In § 15 Absatz 2a Satz 1 Nummer 5 wird die Angabe „171 Euro“ durch die Angabe „230 Euro“ ersetzt.“

Begründung

Für ungefähr ein Drittel der Krankenhäuser liegt bisher für das Jahr 2020 noch keine genehmigte Vereinbarung zum Pflegebudget vor. Für diese Krankenhäuser wird der vorläufige Pflegeentgeltwert für die Berechnung von tagesbezogenen Pflegeentgelten zugrunde gelegt. Vor diesem Hintergrund wird ab dem 1. Januar 2023 der vorläufige Pflegeentgeltwert von 171 Euro auf 230 Euro erhöht. Liquiditätsprobleme, die daraus entstehen können, dass der gesetzlich festgelegte vorläufige Pflegeentgeltwert die Pflegepersonalkosten dieser Krankenhäuser nicht deckt, sollen dadurch vermieden werden. Zugleich geht der Gesetzgeber davon aus, dass diese Krankenhäuser zügig die erforderlichen Verhandlungsunterlagen vorlegen, damit zeitnah die Verhandlung von Pflegebudgets durch die Vertragsparteien vor Ort erfolgen kann. Die neue Höhe des vorläufigen Pflegeentgeltwerts basiert auf der vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelten Bezugsgröße des Pflegeerlöskatalogs für das Jahr 2023, die auf Daten aus dem Jahr 2021 beruht und daher mit den vom Statistischen Bundesamt ermittelten Teilorientierungswerten für Personalkosten für die Jahre 2022 und 2023 hochgerechnet wurde.

Änderungsantrag 12

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)
BT-Drs. 20/3876

Zu Artikel 8a neu (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

(Redaktionelle Anpassungen im Leistungserbringerrecht)

Nach Artikel 8 wird folgender Artikel 8a eingefügt:

„Artikel 8a Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 3a des Gesetzes vom 16. September 2022 (BGBl. I S. 1454) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 72 Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 wird die Angabe „§ 20a Absatz 7“ durch die Angabe „§ 35 Absatz 6“ ersetzt.
2. In § 84 Absatz 7 Satz 5 wird die Angabe „Satz 3 und 4“ durch die Angabe „Satz 5 und 6“ ersetzt.
3. In § 115 Absatz 3a Satz 2 wird die Angabe „Absatz 1“ gestrichen.

Begründung

Zu Nummer 1

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund des Artikels 1 des Gesetzes zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19 vom 16. September 2022 (BGBl. I S. 1454), mit welchem das Monitoring der Impfquoten in den Pflegeeinrichtungen von § 20a Absatz 7 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) in § 35 Absatz 6 IfSG überführt worden ist.

Zu Nummer 2

§ 72 Absatz 3c ist zuletzt durch das Gesetz zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen (Pflegebonusgesetz) vom 28. Juni 2022 (BGBl. I S. 938) geändert worden. Die Anpassung des Verweises in § 84 Absatz 7 Satz 5 auf diese Regelung ist eine redaktionelle Folgeänderung ohne inhaltliche Änderung im bisherigen Regelungsgehalt.

Zu Nummer 3

Es handelt sich um eine rechtsförmlich bedingte Anpassung des Satzes 2, die den bisherigen Regelungsgehalt durch die Bezugnahme auf die Regelung des § 82c, der durch das Gesetz zur Zahlung eines Bonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen (Pflegebonusgesetz) vom 28. Juni 2022 (BGBl. I S. 938) eine Änderung erfahren hatte, beibehält.

Änderungsantrag 13

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der 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

Zu Artikel 1 Nummer 6a (§ 271 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und Artikel 2 Nummer 0, 1, 1a (§§ 3, 4 und 4a des Krankenhausentgeltgesetzes)

(Entnahme aus der Liquiditätsreserve für die Pädiatrie und Regelungen für eine bedarfsgerechte auskömmliche Finanzierung für die Pädiatrie)

1. Nach Artikel 1 Nummer 6 wird folgende Nummer 6a eingefügt:

6a. Dem § 271 Absatz 4 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Aus der Liquiditätsreserve werden im Jahr 2023 270 Millionen Euro entnommen; bei der Ermittlung der Höhe der Zuweisungen nach § 266 Absatz 7 Satz 3 für das Ausgleichsjahr 2022 ist das sich nach § 17 Absatz 2 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung ergebende Zuweisungsvolumen für das Ausgleichsjahr um diesen Betrag zu erhöhen. Den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach Absatz 1 Satz 1 werden im Jahr 2024 270 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve zugeführt.“ ‘

2. Artikel 2 wird wie folgt geändert:

a) Der Nummer 1 werden die folgenden Nummern 0 und 0a vorangestellt:

0. In der Inhaltsübersicht wird nach der Angabe zu § 4 die folgende Angabe zu § 4a eingefügt:

„§ 4a Ermittlung eines Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen“.

0a. Nach § 3 Nummer 1 wird folgende Nummer 1a eingefügt:

„1a. ein Erlösvolumen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach § 4a,“ ‘

b) Nummer 1 wird durch die folgenden Nummern 1 und 1a ersetzt:

,1. § 4 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 2 werden nach den Wörtern „Es umfasst“ die Wörter „nicht das Erlösvolumen nach § 4a,“ eingefügt:
- b) In Absatz 2a Satz 10 werden die Wörter „Satz 9 findet“ durch die Wörter „Satz 8 Nummer 4 und Satz 9 finden“ ersetzt.

1a. Nach § 4 wird folgender § 4a eingefügt:

„§ 4a

Ermittlung eines Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen

(1) Als Grundlage der Ermittlung eines Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen für die Jahre 2023 und 2024 (Anwendungsjahre) berechnet das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus auf der Grundlage der ihm nach § 21 Absatz 1 übermittelten Daten die im Jahr 2019 für die maßgeblichen Fälle nach Satz 3 erbrachte Summe der effektiven Bewertungsrelationen je Krankenhaus. Dabei sind die tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a nicht zu berücksichtigen. Maßgebliche Fälle sind alle voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus über 28 Tage und unter 16 Jahre alt sind. Für die Ermittlung eines krankenhausindividuellen Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen für das jeweilige Anwendungsjahr ist die nach Satz 1 berechnete Summe der effektiven Bewertungsrelationen jeweils vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus mit dem für das jeweilige Anwendungsjahr vereinbarten oder festgesetzten Landesbasisfallwert zu multiplizieren; wurde ein Landesbasisfallwert für das jeweilige Anwendungsjahr noch nicht vereinbart oder festgesetzt, ermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus das jeweilige krankenhausindividuelle Erlösvolumen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen, indem es die nach Satz 1 berechnete Summe der effektiven Bewertungsrelationen mit dem Landesbasisfallwert multipliziert, der für das dem jeweiligen Anwendungsjahr vorausgehende Jahr vereinbart oder festgesetzt worden ist und der um den für das jeweilige Anwendungsjahr maßgeblichen Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 zu erhöhen ist. Das nach Satz 4 ermittelte krankenhausindividuelle Erlösvolumen für das Jahr 2023 ist vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus um den Prozentsatz nach Absatz 2 Satz 1 und das nach Satz 4 ermittelte krankenhausindividuelle Erlösvolumen für das Jahr 2024 ist vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus um den Prozentsatz nach Absatz 2 Satz 2 zu erhöhen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht das nach Satz 5 für das Jahr 2023 ermittelte krankenhausindividuelle Erlösvolumen und den Prozentsatz nach Absatz 2 Satz 1 bis zum ... [einsetzen: Tag nach Verkündung] sowie das nach Satz 5 für das Jahr 2024 ermittelte krankenhausindividuelle Erlösvolumen und den Prozentsatz nach Absatz 2 Satz 2 bis zum 15. Dezember

2023 barrierefrei auf seiner Internetseite. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt ein aktualisiertes krankenhausesindividuelles Erlösvolumen für das Jahr 2023, indem es die nach Satz 1 berechnete Summe der effektiven Bewertungsrelationen jeweils mit dem Landesbasisfallwert für das Jahr 2023 multipliziert und das sich ergebende Erlösvolumen um den Prozentsatz nach Absatz 2 Satz 3 erhöht, und veröffentlicht das aktualisierte krankenhausesindividuelle Erlösvolumen für das Jahr 2023 bis zum 15. Mai 2023 barrierefrei auf seiner Internetseite. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt ein aktualisiertes krankenhausesindividuelles Erlösvolumen für das Jahr 2024, indem es die nach Satz 1 berechnete Summe der effektiven Bewertungsrelationen jeweils mit dem Landesbasisfallwert für das Jahr 2024 multipliziert und das sich ergebende Erlösvolumen um den Prozentsatz nach Absatz 2 Satz 4 erhöht, und veröffentlicht das aktualisierte krankenhausesindividuelle Erlösvolumen für das Jahr 2024 bis zum 15. Mai 2024 barrierefrei auf seiner Internetseite.

(2) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus berechnet einen Prozentsatz für das Jahr 2023 als Verhältnis eines Betrages in Höhe von 300 Millionen Euro und der Summe der für das Jahr 2023 nach Absatz 1 Satz 4 ermittelten krankenhausesindividuellen Erlösvolumina. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus berechnet einen Prozentsatz für das Jahr 2024 als Verhältnis eines Betrages in Höhe von 300 Millionen Euro und der Summe der für das Jahr 2024 nach Absatz 1 Satz 4 ermittelten krankenhausesindividuellen Erlösvolumina. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus berechnet einen aktualisierten Prozentsatz für das Jahr 2023, indem es die nach Absatz 1 Satz 1 berechnete Summe der effektiven Bewertungsrelationen jeweils mit dem Landesbasisfallwert für das Jahr 2023 multipliziert, diese Ergebnisse zu einem Gesamtbetrag summiert und den Betrag in Höhe von 300 Millionen zum Gesamtbetrag ins Verhältnis setzt. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus berechnet einen aktualisierten Prozentsatz für das Jahr 2024, indem es die nach Absatz 1 Satz 1 berechnete Summe der effektiven Bewertungsrelationen jeweils mit dem Landesbasisfallwert für das Jahr 2024 multipliziert, diese Ergebnisse zu einem Gesamtbetrag summiert und den Betrag in Höhe von 300 Millionen zum Gesamtbetrag ins Verhältnis setzt.

(3) Die nach Absatz 1 Satz 7 und 8 ermittelten und aktualisierten Erlösvolumina sind zweckgebunden für die Versorgung von Patientinnen und Patienten im Alter von über 28 Tagen und unter 16 Jahren zu verwenden. Der Krankenhausträger hat den anderen Vertragsparteien nach § 11 bei Abschluss der nächsten nach Ablauf des jeweiligen Anwendungsjahres zu treffenden Vereinbarung nach § 11 eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers vorzulegen, aus der hervorgeht, inwieweit die Mittel zweckentsprechend verwendet wurden. Mittel, die nicht zweckentsprechend verwendet wurden, sind zurückzuzahlen; die näheren Einzelheiten vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11.

(4) Zur Auszahlung des nach Absatz 1 Satz 5 erhöhten krankenhausesindividuellen Erlösvolumens für das Jahr 2023 berechnet das Krankenhaus für die maßgeblichen Fälle nach Absatz 1 Satz 3, die im Zeitraum vom 1. Januar 2023 bis 31. Dezember 2023 zur voll- oder teilstationären Behandlung aufge-

nommen wurden, einen Zuschlag in Höhe des Prozentsatzes nach Absatz 2 Satz 1 auf die Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und weist diesen jeweils gesondert in der Rechnung aus. Zur Auszahlung des nach Absatz 1 Satz 5 ermittelten und erhöhten krankenhausesindividuellen Erlösvolumens für das Jahr 2024 berechnet das Krankenhaus für die maßgeblichen Fälle nach Absatz 1 Satz 3, die im Zeitraum vom 1. Januar 2024 bis 31. Dezember 2024 zur voll- oder teilstationären Behandlung aufgenommen wurden, einen Zuschlag in Höhe des Prozentsatzes nach Absatz 2 Satz 2 auf die Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und weist diesen jeweils gesondert in der Rechnung aus.

(5) Weicht die Summe der auf das Kalenderjahr 2023 oder 2024 entfallenden Erlöse aus Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 für die Versorgung der maßgeblichen Fälle nach Absatz 1 Satz 3 einschließlich des jeweiligen Zuschlags nach Absatz 4 von dem Erlösvolumen des jeweiligen Kalenderjahres nach Absatz 1 Satz 7 oder Satz 8 ab, werden Mindererlöse bei einer Unterschreitung des Erlösvolumens nach Absatz 1 Satz 7 oder Satz 8 von bis zu 20 Prozent vollständig und Mehrerlöse zu 65 Prozent ausgeglichen. Mindererlöse bei einer Unterschreitung des Erlösvolumens nach Absatz 1 Satz 7 oder Satz 8 von mehr als 20 Prozent sind in Höhe von 65 Prozent auszugleichen. Vollständig auszugleichen sind abweichend von Satz 1 Mehrerlöse,

1. die daraus resultieren, dass das nach Absatz 1 Satz 5 für das Jahr 2023 ermittelte krankenhausesindividuelle Erlösvolumen das nach Absatz 1 Satz 7 ermittelte und aktualisierte Erlösvolumen übersteigt,
2. die daraus resultieren, dass das nach Absatz 1 Satz 5 für das Jahr 2024 ermittelte krankenhausesindividuelle Erlösvolumen das nach Absatz 1 Satz 8 ermittelte und aktualisierte Erlösvolumen übersteigt oder
3. die aus der Erhebung des Zuschlags nach Absatz 4 resultieren.

Die Mehr- und Mindererlöse sind über den Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Absatz 4 im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum auszugleichen.

(6) Die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes berichten dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2024 unter Berücksichtigung der Bestätigungen der Jahresabschlussprüfer nach Absatz 3 Satz 2 für das Jahr 2023 gemeinsam über die Auswirkungen des nach Absatz 1 Satz 7 ermittelten und aktualisierten Erlösvolumens.“ ‘

Begründung

Zu Nummer 1 (Artikel 1)

Mit der Ergänzung in Absatz 4 werden Entnahmen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in den Jahren 2023 und 2024 um jeweils 270 Millionen Euro geregelt. Diese Mittel dienen der Finanzie-

zung der Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenkassen, die aus der Gewährung eines krankenhausesindividuellen garantierten angehobenen Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach § 4a des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) neu entstehen.

Für die Entnahme im Jahr 2023 wird bestimmt, dass sie das Zuweisungsvolumen für das Ausgleichsjahr 2022 im Jahresausgleich nach § 266 Absatz 7 Satz 3 erhöht. Die Regelung ist erforderlich, da der Betrag aus zeitlichen Gründen weder vom Schätzerkreis nach § 220 Absatz 2 bei seiner Schätzung der Höhe der voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds für das Jahr 2023 noch vom Bundesministerium für Gesundheit bei der Festlegung der Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a Absatz 2 für das Jahr 2023 berücksichtigt werden kann. Da sich das Zuweisungsvolumen für ein Ausgleichsjahr aus der Höhe der voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds auf Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a maßgeblichen Werte für das Ausgleichsjahr bestimmt, kann das Zuweisungsvolumen für das Ausgleichsjahr 2023 nicht über eine Zuführung in die Einnahmen des Gesundheitsfonds erhöht werden.

Mit der Regelung wird das Zuweisungsvolumen im Jahresausgleich des Jahres 2022 und nicht das Zuweisungsvolumen des Jahresausgleichs 2023 erhöht, da die Krankenkassen die finanziellen Mittel bereits im Jahr 2023 erhalten sollen. Dies ist notwendig, da die Mehrausgaben den gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2023 entstehen. Der Jahresausgleich für das Ausgleichsjahr 2023 erfolgt jedoch erst im November 2024, sodass die Kompensation der Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenkassen nicht im Jahr 2023 erfolgen würde.

Der Betrag, der dem Gesundheitsfonds nach dem neuen Satz 4 im Jahr 2024 zugeführt wird, kann hingegen im regulären Verfahren vom Schätzerkreis nach § 220 Absatz 2 bei der Schätzung der Höhe der voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds für das Jahr 2024 und vom Bundesministerium für Gesundheit bei der Festlegung der Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a Absatz 2 für das Jahr 2024 berücksichtigt werden.

Zu Nummer 2 (Artikel 2)

Zu Buchstabe a

Die Regelungen des § 4a machen die Ergänzung in der Inhaltsübersicht und in § 3 erforderlich, woraus hervorgeht, dass die Vergütung voll- oder teilstationärer Krankenhausleistungen nunmehr auch durch ein Erlösvolumen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen erfolgt.

Zu Buchstabe b

Bei der Vereinbarung eines Erlösbudgets nach § 4 wird für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus über 28 Tage und unter 16 Jahren alt

sind, ein vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) nach § 4a zu ermittelndes krankenhausindividuelles angehobenes Erlösvolumen zugrunde gelegt. Dieses Erlösvolumen ist nicht Bestandteil des Erlösbudgets nach § 4 Absatz 1. Für die Darstellung der darauf entfallenden Leistungen können die Vertragsparteien auf Bundesebene eine gesonderte Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB, Blatt E1) vorgeben. Hiermit wird die Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung vom 8. Juli 2022 zur Pädiatrie dahingehend umgesetzt, dass das Modell, das eine Fortschreibung von angehobenen abteilungsindividuellen Erlösen ohne Leistungsbezug vorsieht, Grundlage für die vorliegenden gesetzlichen Änderungen wird. Das auf der Basis der Erlöse des Jahres 2019 zu ermittelnde Erlösvolumen wird preisseitig in das Jahr 2023 beziehungsweise in das Jahr 2024 transferiert und um einen prozentual bemessenen Betrag gesteigert. Zugleich und insbesondere wird das Erlösvolumen leistungsunabhängig garantiert. Durch die Garantie des Erlösvolumens wird erreicht, dass die Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Alter von über 28 Tagen und unter 16 Jahren gegenüber der leistungsorientierten Logik des Fallpauschalensystems abgesichert ist.

Aufgrund der Neufassung der Nummer 1 wird die bereits im Gesetzentwurf enthaltene Änderung in § 4 Absatz 2a Satz 10 in den Änderungsantrag aufgenommen.

Zu Buchstabe c

Absatz 1

Mit dem neuen § 4a wird die Ermittlung eines krankenhausindividuellen Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen geregelt. Zur Sicherstellung und Förderung der Kinder- und Jugendmedizin wird jeweils für die Jahre 2023 und 2024 (Anwendungsjahre) ein Erlösvolumen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen garantiert, das sich unter prozentualer Erhöhung am Erlösvolumen des Jahres 2019 orientiert. Vor diesem Hintergrund erhält das InEK den Auftrag, auf Basis der ihm nach § 21 Absatz 1 übermittelten Daten die im Jahr 2019 erbrachte Summe der effektiven Bewertungsrelationen für die maßgeblichen Fälle je Krankenhaus zu ermitteln, die zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus über 28 Tage und unter 16 Jahren alt sind. Mit Satz 2 wird sichergestellt, dass die Summe der effektiven Bewertungsrelationen durch das InEK um die Pflege in der unmittelbaren Patientenversorgung am Bett bereinigt wird, da diese seit dem Jahr 2020 über das Pflegebudget finanziert wird. Zur Bereinigung steht dem InEK der Fallpauschalenkatalog für das Jahr 2019 ohne Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung zur Verfügung, der im Vergleich zum Fallpauschalenkatalog durch die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten abgesenkte Bewertungsrelationen beinhaltet.

Die Vorgabe der maßgeblichen Fälle für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen orientiert sich an der durch das InEK praktizierten Eingrenzung der Gruppe der Kinder und Jugendliche mittels Altersgrenze. Neugeborene und Säuglinge im Alter unter 28 Tage werden davon abweichend jedoch nicht umfasst, da für geburtshilfliche Leistungen eine gesonderte finanzielle Förderung vorgesehen ist.

Grundsätzlich wird mithilfe des für das jeweilige Anwendungsjahr geltenden Landesbasisfallwertes (LBFW) ein krankenhausindividuelles Erlösvolumen ermittelt. Für die Ermittlung eines krankenhausindividuellen Erlösvolumens für das Jahr 2023 ist insofern grundsätzlich der LBFW für das Jahr 2023 heranzuziehen und für die Ermittlung eines krankenhausindividuellen Erlösvolumens für das Jahr 2024 ist grundsätzlich der LBFW für das Jahr 2024 heranzuziehen. Der LBFW ist zwar bis zum 30. November von den Vertragsparteien auf Landesebene für das Folgejahr zu vereinbaren, bei Nicht-Einigung und fehlender Entscheidung durch die Schiedsstelle ist es jedoch möglich, dass zum Ende des Jahres 2022 noch kein LBFW für das Jahr 2023 bzw. zum Ende des Jahres 2023 noch kein LBFW für das Jahr 2024 vereinbart wurde. Ist insofern der LBFW für das Jahr 2023 bis zum Zeitpunkt der Ermittlung des krankenhausindividuellen Erlösvolumens durch das InEK, die gemäß Satz 6 spätestens zum Tag nach Verkündung zu erfolgen hat, noch nicht vereinbart oder festgesetzt, wird der LBFW 2022 um den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 für das Jahr 2023 erhöht. Ist der LBFW für das Jahr 2024 bis zum Zeitpunkt der Ermittlung des krankenhausindividuellen Erlösvolumens durch das InEK, die gemäß Satz 6 spätestens zum 15. Dezember 2023 zu erfolgen hat, noch nicht vereinbart oder festgesetzt, wird der LBFW 2023 um den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 für das Jahr 2024 erhöht. Die Erhöhung um den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 erfolgt ausschließlich zur Ermittlung des krankenhausindividuellen Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

Das krankenhausindividuell ermittelte Erlösvolumen für das Jahr 2023 ist vom InEK um den Prozentsatz nach Absatz 2 Satz 1 und das krankenhausindividuell ermittelte Erlösvolumen für das Jahr 2024 ist vom InEK um den Prozentsatz nach Absatz 2 Satz 2 zu erhöhen. Das InEK veröffentlicht die krankenhausindividuell ermittelten Erlösvolumina sowie die ermittelten Prozentsätze nach Absatz 2 Satz 1 und Satz 2 auf seiner Internetseite barrierefrei bis zum Tag nach Verkündung bzw. bis zum 15. Dezember 2023, um sowohl für die Krankenhäuser als auch für die Vertragsparteien auf Ortsebene die krankenhausindividuellen Erlösvolumina für die Jahre 2023 und 2024 für die Berücksichtigung im Rahmen der Vereinbarung eines Erlösbudgets nach § 4 transparent zu machen.

Vor dem Hintergrund, dass voraussichtlich in einigen Ländern für die Ermittlung der Erlösvolumina für das Jahr 2023 der LBFW für das Jahr 2023 und in anderen wiederum der LBFW für das Jahr 2022 mit einer entsprechenden Erhöhung um den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 zugrunde gelegt werden wird, hat das InEK bis zum 15. Mai 2023 die von ihm ermittelten Erlösvolumina mithilfe der LBFW für das Jahr 2023 zu aktualisieren und um den aktualisierten Prozentsatz für das Jahr 2023 nach Absatz 2 Satz 3 zu erhöhen und ebenfalls auf seiner Internetseite barrierefrei zu veröffentlichen. Für die Aktualisierung der Erlösvolumina für das Jahr 2024 bis zum 15. Mai 2024 ist vom InEK unter Anwendung des LBFW für das Jahr 2024 und dem aktualisierten Prozentsatz für das Jahr 2024 nach Absatz 2 Satz 4 gleichermaßen zu verfahren. Die Aktualisierung der Erlösvolumina ist notwendig, um z.B. Anreize für verspätete Vereinbarungen der LBFW zu vermeiden. Durch die Aktualisierung ergibt

sich keine unterjährige Anpassung bei der Leistungsabrechnung der Krankenhäuser, gleichwohl sind die aktualisierten Erlösvolumina die maßgeblichen Referenzwerte für den Minder- bzw. Mehrerlösausgleich nach Absatz 5.

Absatz 2

Der Prozentsatz, um den das krankenhausindividuelle ermittelte Erlösvolumen für das Jahr 2023 bzw. für das Jahr 2024 angehoben werden soll, ergibt sich aus dem Verhältnis eines Betrages in Höhe von 300 Millionen Euro und der Summe der nach Absatz 1 Satz 4 ermittelten krankenhausindividuellen Erlösvolumina für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen aller Krankenhäuser für das Jahr 2023 bzw. für das Jahr 2024. Die Berechnungen sind vom InEK durchzuführen. Daneben sind vom InEK auch aktualisierte Prozentwerte jeweils für die Jahre 2023 und 2024 zu ermitteln. Dafür multipliziert es die nach Absatz 1 Satz 1 berechnete Summe der effektiven Bewertungsrelationen jeweils mit dem Landesbasisfallwert für das Jahr 2023 bzw. 2024 und summiert seine krankenhausindividuellen Ergebnisse zu einem Gesamtbetrag für das Jahr 2023 bzw. 2024. Aus dem Verhältnis eines Betrages in Höhe von 300 Millionen Euro und dem jeweiligen Gesamtbetrag ergibt sich ein aktualisierter Prozentwert für die Jahre 2023 bzw. 2024.

Die Aktualisierung der Prozentwerte ist notwendig, um eine sachgerechte Ermittlung der aktualisierten Erlösvolumina nach Absatz 1 Satz 7 und 8 unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden zusätzlichen Mittel sicherzustellen und Verwerfungen zu vermeiden.

Absatz 3

Die vorgesehenen Mittel für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die sich letztendlich aus der Aktualisierung des InEK zum 15. Mai 2023 bzw. 2024 ergeben, sind zweckgebunden für die Versorgung von Patientinnen und Patienten im Alter von über 28 Tagen und unter 16 Jahren zu verwenden. Hierfür wird eine Nachweispflicht im Rahmen einer Bestätigung eines Jahresabschlussprüfers eingeführt, die von Krankenhäusern den Kostenträgern im Rahmen der jährlichen Budgetverhandlung vorzulegen ist. Die Bestätigung des Jahresabschlussprüfers ist jeweils für die nächste zu treffende Vereinbarung nach § 11 vorzulegen, unabhängig davon auf welches Kalenderjahr sich diese Vereinbarung bezieht. Soweit ein entsprechender Nachweis vom Krankenhaus nicht erfolgreich geführt werden kann, sind die nicht zweckentsprechend verwendeten Mittel vom Krankenhaus an die Kostenträger zurückzuzahlen. Hierfür kann jedoch eine bundeseinheitliche Vorgabe der Vertragsparteien auf Bundesebene für ein einheitliches Vorgehen vorteilhaft sein. Dafür können die Vertragsparteien nach § 9 Absatz 1 nähere Einzelheiten für die Vertragsparteien nach § 11 für die Rückzahlung nicht zweckentsprechend verwendeter Mittel in einer Vereinbarung auf der Bundesebene regeln.

Absatz 4

Zur Auszahlung des nach Absatz 1 Satz 5 erhöhten krankenhausindividuellen Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen wird auf die nach DRG abgerechneten Fälle von Kindern und Jugendlichen, die zum Tag der Aufnahme in das Krankenhaus über 28 Tage und unter 16 Jahren

alt sind, ein bundeseinheitlicher Zuschlag jeweils für 2023 und 2024 erhoben. Die Höhe des Zuschlags entspricht für das Jahr 2023 der Höhe nach der des Prozentsatzes nach Absatz 2 Satz 1 und für das Jahr 2024 nach Absatz 2 Satz 2. Der aktualisierte Prozentsatz nach Absatz 2 Satz 3 und 4 hat keine unterjährigen Auswirkungen auf den bundeseinheitlichen Zuschlag. Entstehende Abweichungen beim ermittelten angehobenen Erlösvolumen werden im Rahmen der Erlösausgleiche nach Absatz 5 ausgeglichen.

Absatz 5

Sofern ein Krankenhaus jeweils für die Jahre 2023 und 2024 durch die Abrechnung von Fallpauschalen und des Zuschlags nach Absatz 4 ein niedrigeres Erlösvolumen erwirtschaftet als vom InEK nach Absatz 1 Satz 7 und 8 ermittelt, werden die Mindererlöse bei einer Unterschreitung des vom InEK ermittelten Erlösvolumens von bis zu 20 Prozent vollständig ausgeglichen. Die Mindererlöse sind bei einer Unterschreitung des vom InEK ermittelten Erlösvolumens von mehr als 20 Prozent in Höhe von 65 Prozent der Differenz zwischen den Erlösen aus den abgerechneten Fallpauschalen und dem Zuschlag nach Absatz 4 einerseits und dem ermittelten Erlösvolumen andererseits von den Kostenträgern auszugleichen. Hierdurch sollen Anreize zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen aufrechterhalten werden. Für den Fall, dass für die Ermittlung des erhöhten Erlösvolumens als zuletzt verfügbarer LBFW derjenige des Jahres vor dem jeweiligen Anwendungsjahr, erhöht um den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1, und nicht derjenige des Anwendungsjahres zugrunde gelegt wurde, sind dadurch resultierende Mehrerlöse vollständig auszugleichen. Sofern ein Krankenhaus für das Jahr 2023 bzw. 2024 ein höheres Erlösvolumen erwirtschaftet, als das vom InEK ermittelte angehobene Erlösvolumen, werden die darüber hinausgehenden Erlöse aus Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 - ebenso wie bei den sonstigen Mehrerlösen nach § 4 Absatz 3 Satz 4 - zu 65 Prozent ausgeglichen. Überzahlungen, die bei der Erbringung von zusätzlichen Leistungen über die Erhebung des bundeseinheitlichen Zuschlags nach Absatz 4 entstehen, sind vom Krankenhaus vollständig zurückzuzahlen. 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.

Absatz 6

Um möglichst frühzeitig Erkenntnisse über die Auswirkungen der geänderten Finanzierung der Krankenhäuser für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu erhalten, werden die Vertragsparteien auf Bundesebene (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Verband der Privaten Krankenversicherung) verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit entsprechend zu berichten. Damit der Bericht auf validierten Erkenntnissen beruht, ist er unter Berücksichtigung der Bestätigungen der Jahresabschlussprüfer für das Jahr 2023 zu erstatten. Da diese Bestätigungen erst im Herbst 2024 weitgehend vollständig vorliegen, ist der Bericht der Vertragsparteien auf Bundesebene auf das Jahresende 2024 terminiert.

Änderungsantrag 14

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

Zu Artikel 1 Nummer 6a (§ 271 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und Artikel 2 Nummer 1a (§ 5
Absatz 2b und 2c des Krankenhausentgeltgesetzes)

(Entnahme aus der Liquiditätsreserve für Geburtshilfe und Regelungen für
eine bedarfsgerechte auskömmliche Finanzierung der Geburtshilfe)

1. Nach Artikel 1 Nummer 6 wird folgende Nummer 6a eingefügt:

,6a. Dem § 271 Absatz 4 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Aus der Liquiditätsreserve werden im Jahr 2023 108 Millionen Euro entnommen; bei der Ermittlung der Höhe der Zuweisungen nach § 266 Absatz 7 Satz 3 für das Ausgleichsjahr 2022 ist das sich nach § 17 Absatz 2 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung ergebende Zuweisungsvolumen für das Ausgleichsjahr um diesen Betrag zu erhöhen. Den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach Absatz 1 Satz 1 werden im Jahr 2024 108 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve zugeführt.“ ‘

2. Nach Artikel 2 Nummer 1 wird folgende Nummer 1a eingefügt:

,1a. Nach § 5 Absatz 2a werden die folgenden Absätze 2b und 2c eingefügt:

„(2b) Zur Förderung der geburtshilflichen Versorgung in Krankenhäusern erheben Krankenhäuser, die eine Fachabteilung für Geburtshilfe oder eine Fachabteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe vorhalten und die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde festgelegt wurden, in den Jahren 2023 und 2024 gegenüber den Patientinnen und Patienten oder den Kostenträgern einen vom Krankenhausträger zu ermittelnden Zuschlag nach Absatz 2c. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde

legt bis zum 31. März des Jahres 2023 und 2024 jeweils die Höhe eines standortindividuellen Förderbetrags zur Förderung der geburtshilflichen Versorgung in Krankenhäusern für Krankenhausstandorte fest, die eine Fachabteilung für Geburtshilfe oder eine Fachabteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe vorhalten. Dabei sind für die Krankenhausstandorte im Gebiet des jeweiligen Landes für die Jahre 2023 und 2024 jeweils insgesamt Förderbeträge in folgender Höhe festzulegen:

Baden-Württemberg	15 648 732 Euro
Bayern	18 672 864 Euro
Berlin	6 227 940 Euro
Brandenburg	3 635 844 Euro
Bremen	1 144 548 Euro
Hamburg	3 124 116 Euro
Hessen	8 924 508 Euro
Mecklenburg-Vorpommern	2 376 540 Euro
Niedersachsen	11 274 396 Euro
Nordrhein-Westfalen	25 291 104 Euro
Rheinland-Pfalz	5 782 176 Euro
Saarland	1 437 924 Euro
Sachsen	5 978 496 Euro
Sachsen-Anhalt	3 235 344 Euro
Schleswig-Holstein	4 086 936 Euro
Thüringen	3 158 532 Euro.

Die Länder können den nach Satz 3 auf sie entfallenden Betrag durch einen eigenen Finanzierungsbetrag erhöhen. Bei der Festlegung nach Satz 2 sind insbesondere 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. der Anteil vaginaler Geburten am jeweiligen Krankenhausstandort,
5. die Geburtenanzahl am jeweiligen Krankenhausstandort.

Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat den Vertragsparteien nach § 11 und dem Bundesministerium für Gesundheit die Höhe des aufgrund der Festlegung nach Satz 2 auf den einzelnen Krankenhausstandort

entfallenden Förderbetrags und die von ihr für die Festlegung des standortindividuellen Förderbetrags zugrunde gelegten Kriterien jeweils bis zum 31. März der Jahre 2023 und 2024 mitzuteilen.

(2c) Die Abrechnung des gemäß Absatz 2b Satz 2 festgelegten standortindividuellen Förderbetrags erfolgt gegenüber den Patientinnen oder Patienten oder den Kostenträgern durch einen vom Krankenhausträger zu ermittelnden Zuschlag, der sich ergibt, indem die Höhe des gemäß der Festlegung nach Absatz 2b Satz 2 auf den jeweiligen Krankenhausstandort entfallenden Förderbetrags durch die Anzahl der voll- und teilstationären Fälle des Krankenhausstandortes in dem dem Jahr 2023 oder 2024 jeweils vorangegangenen Kalenderjahr geteilt wird. Der nach 1 berechnete Zuschlag für das Jahr 2023 ist bei Patientinnen und Patienten abzurechnen, die zwischen dem 1. Januar 2023 und dem 31. Dezember 2023 zur Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden. Der nach Satz 1 berechnete Zuschlag für das Jahr 2024 ist bei Patientinnen oder Patienten abzurechnen, die zwischen dem 1. Januar 2024 und dem 31. Dezember 2024 zur Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden. Die Zuschläge, die auf die Fälle entfallen, die in den Jahren 2023 oder 2024 vor der jeweiligen Festlegung der Höhe der standortindividuellen Förderbeträge durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde abgerechnet worden sind, sind erhöhend auf die Fälle des restlichen Kalenderjahres aufzuschlagen; hierzu ermittelt der Krankenhausträger die Zuschlagshöhe, indem er den standortindividuellen Förderbetrag durch die erwartete Zahl der Fälle des restlichen Kalenderjahres teilt. Sofern die abgerechnete Summe der Zuschläge für das jeweilige Kalenderjahr von der Höhe des nach Absatz 2b Satz 2 festgelegten standortindividuellen Förderbetrages abweicht, werden die Mehr- oder Mindererlöse über den Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Absatz 4 Satz 1 im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum vollständig ausgeglichen. Der nach Absatz 2b Satz 2 festgelegte standortindividuelle Förderbetrag ist zweckgebunden für die Finanzierung von voll- und teilstationären Leistungen der Geburtshilfe zu verwenden. Der Krankenhausträger hat den anderen Vertragsparteien nach § 11 bei Abschluss der nächsten nach Ablauf des Jahres 2023 oder 2024 jeweils zu treffenden Vereinbarung nach § 11 eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers vorzulegen, aus der hervorgeht, inwieweit der standortindividuelle Förderbetrag nach Absatz 2b Satz 2 zweckentsprechend verwendet wurden. Mittel, die nicht zweckentsprechend verwendet wurden, sind zurückzuzahlen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft

bis zum 31. März 2023 das Nähere zur Abrechnung und zur Nachweisführung der zweckentsprechenden Mittelverwendung des standorthausindividuellen Förderbetrages nach Absatz 2b Satz 2.“ ‘

Begründung

Zu Nummer 1 (Artikel 1)

Mit der Ergänzung in Absatz 4 werden Entnahmen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in den Jahren 2023 und 2024 um jeweils 108 Millionen Euro geregelt. Diese Mittel dienen der Finanzierung der Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenkassen, die aus einer zusätzlichen Finanzierung für Krankenhäuser mit einer Fachabteilung für Geburtshilfe oder einer Fachabteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe nach § 5 Absatz 2b und 2c KHEntgG entstehen.

Für die Entnahme im Jahr 2023 wird bestimmt, dass sie das Zuweisungsvolumen für das Ausgleichsjahr 2022 im Jahresausgleich nach § 266 Absatz 7 Satz 3 erhöht. Die Regelung ist erforderlich, da der Betrag aus zeitlichen Gründen weder vom Schätzerkreis nach § 220 Absatz 2 bei seiner Schätzung der Höhe der voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds für das Jahr 2023 noch vom Bundesministerium für Gesundheit bei der Festlegung der Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a Absatz 2 für das Jahr 2023 berücksichtigt werden kann. Da sich das Zuweisungsvolumen für ein Ausgleichsjahr aus der Höhe der voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds auf Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a maßgeblichen Werte für das Ausgleichsjahr bestimmt, kann das Zuweisungsvolumen für das Ausgleichsjahr 2023 nicht über eine Zuführung in die Einnahmen des Gesundheitsfonds erhöht werden.

Mit der Regelung wird das Zuweisungsvolumen im Jahresausgleich des Jahres 2022 und nicht das Zuweisungsvolumen des Jahresausgleichs 2023 erhöht, da die Krankenkassen die finanziellen Mittel bereits im Jahr 2023 erhalten sollen. Dies ist notwendig, da die Mehrausgaben den gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2023 entstehen. Der Jahresausgleich für das Ausgleichsjahr 2023 erfolgt jedoch erst im November 2024, sodass die Kompensation der Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenkassen nicht im Jahr 2023 erfolgen würde.

Der Betrag, der dem Gesundheitsfonds nach dem neuen Satz 4 im Jahr 2024 zugeführt wird, kann hingegen im regulären Verfahren vom Schätzerkreis nach § 220 Absatz 2 bei der Schätzung der Höhe der voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds für das Jahr 2024 und vom Bundesministerium für Gesundheit bei der Festlegung der Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a Absatz 2 für das Jahr 2024 berücksichtigt werden.

Zu Nummer 2 (Artikel 2)

Zu Buchstabe a

Zu Absatz 2b

Mit der Ergänzung eines neuen Absatz 2b werden für die geburtshilfliche Versorgung in Krankenhäusern zusätzliche finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt. Durch die leistungsunabhängigen zusätzlichen Mittel wird erreicht, dass die geburtshilfliche Versorgung unabhängig von der leistungsorientierten Logik des Fallpauschalensystems abgesichert ist. Mit der Änderung werden somit die Empfehlungen in der Ersten Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung vom 8. Juli 2022 zur Geburtshilfe umgesetzt. Ferner wird der Vorgabe im Koalitionsvertrag Rechnung getragen, wonach kurzfristig für eine bedarfsgerechte auskömmliche Finanzierung der Geburtshilfe gesorgt wird.

Die Gesamtsumme der zusätzlichen finanziellen Förderung in Höhe von 120 Millionen Euro wird nach dem Königsteiner Schlüssel vom Stand 21. April 2021 (BAnz 06.05.2021 B8) auf die Länder aufgeteilt. Die Länder können den Betrag, der für die geburtshilfliche stationäre Versorgung im Land zusätzlich zur Verfügung gestellt wird, erhöhen. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde bestimmt die zu fördernden bedarfsnotwendigen Krankenhausstandorte sowie die jeweilige Förderhöhe bis 31. März des Jahres 2023 beziehungsweise 2024.

Satz 2 gibt vor, dass von der zusätzlichen finanziellen Förderung nur Krankenhausstandorte profitieren können, die über eine Fachabteilung für Geburtshilfe oder über eine Fachabteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe verfügen. Ferner werden gemäß Satz 5 bundesgesetzliche Vorgaben gemacht, die die Landesbehörden in ihrem Entscheidungsprozess bei der Bestimmung des zu fördernden Krankenhausstandortes und der Förderhöhe zu berücksichtigen haben. Demnach können die für Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden nur Krankenhausstandorte festlegen, die entsprechend der landesbezogenen Gegebenheiten für die Versorgung bedarfsnotwendig sind.

Ferner sind Krankenhausstandorte zu berücksichtigen, die neben einer Fachabteilung für Geburtshilfe oder einer Fachabteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe auch eine Fachabteilung für Pädiatrie oder Neonatologie vorhalten. Die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung sieht es aus Qualitätsgründen als sinnvoll an, wenn Strukturen von geburtshilflichen Abteilungen unter einem Dach mit einer pädiatrischen Abteilung sind.

Eine nicht unwesentliche Anzahl werdender Mütter entscheidet sich für einen geplanten Kaiserschnitt, ohne dass medizinische Gründe dafür vorliegen. Um auszuschließen, dass Krankenhäuser mit einem hohen Anteil vaginaler Geburten gegenüber Krankenhäusern, die einen überdurchschnittlichen Anteil an primären Kaiserschnittgeburten aufweisen (primäre Sectio), benachteiligt werden, ist dieses Kriterium bei der Bemessung einer zusätzlichen finanziellen Förderung zu berücksichtigen.

Hinsichtlich der räumlichen und personellen Ausstattung ist auch die Anzahl der Geburten im jeweiligen Krankenhaus von besonderer Bedeutung. Während in Ballungszentren möglichst eine Fokussierung auf Krankenhäuser mit einer relevanten Geburtenzahl erfolgen sollte, kann es im ländlichen Raum hingegen sinnvoll sein, Krankenhäuser in dünn besiedelten Regionen mit einer geringen Anzahl von Frauen im gebärfähigem Alter zu unterstützen. Dies ist bei der Bestimmung der Höhe der zusätzlichen finanziellen Förderung durch das Land zu berücksichtigen.

Bis zum 31. März 2023 bzw. 2024 hat die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde den Vertragsparteien nach § 11 sowie dem Bundesministerium für Gesundheit die Höhe der zusätzlichen finanziellen Förderung je Krankenhausstandort und die zugrunde gelegten Kriterien mitzuteilen. Die Meldungen sollten unter Angabe des Institutionenkennzeichens sowie der Standortnummer des Krankenhauses erfolgen.

Zu Absatz 2c

Der vom Land nach Absatz 2b Satz 2 festgelegte standortindividuelle Förderbetrag je Krankenhaus wird nach Satz 1 fallbezogen durch einen Zuschlag abgerechnet. Um einen zügigen Mittelfluss zu ermöglichen, wird die Zuschlagshöhe vom Krankenhausträger ermittelt, indem er den hausindividuellen Förderbetrag durch die Zahl der voll- und teilstationären Fälle des dem jeweiligen Förderjahr vorangegangenen Kalenderjahres dividiert. Der resultierende Betrag wird den Patientinnen oder Patienten oder deren Kostenträgern als Zuschlag in Rechnung gestellt. Der Zuschlag ist für Patientinnen und Patienten abzurechnen, die zwischen dem 1. Januar 2023 und dem 31. Dezember 2024 zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, da die Gewährung der zusätzlichen Mittel auf die Jahre 2023 und 2024 beschränkt ist. Erfolgt die Festlegung der standortindividuellen Förderbeträge durch die zuständige Landesbehörde erst nach der Abrechnung eines Falles, ist der Zuschlag erhöhend auf die Fälle des restlichen Kalenderjahres aufzuschlagen. Hierzu ermittelt der Krankenhausträger die Zuschlagshöhe, indem er den hausindividuellen Förderbetrag durch die erwartete Zahl der voll- und teilstationären Fälle des restlichen Förderjahres dividiert. Der Zuschlag ist - wie andere Zuschläge auch - von der für Krankenhausplanung zuständigen Landesplanungsbehörde zu genehmigen (gemäß §14 Absatz 1 Satz 1). Satz 5 regelt, dass, sofern die tatsächlich abgerechneten Zuschlagsbeträge für das Kalenderjahr von der Höhe der finanziellen Förderung nach Absatz 2b Satz 2 abweichen, die Mehr- und Mindererlöse über den Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Absatz 4 Satz 1 im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum vollständig ausgeglichen werden müssen.

Die vorgesehenen zusätzlichen Mittel sind zweckgebunden für die Versorgung von Patientinnen mit geburtshilflichen Leistungen zu verwenden. Hierfür wird eine Nachweispflicht im Rahmen der Bestätigung eines Jahresabschlussprüfers vorgesehen, die von Krankenhäusern den Kostenträgern im Rahmen der jährlichen Budgetverhandlung vorzulegen ist. Sofern ein entsprechender Nachweis vom

Krankenhaus nicht erfolgreich geführt werden kann, sind die nicht zweckentsprechend für die Finanzierung von voll- und teilstationären Leistungen der Geburtshilfe verwendeten Mittel vom Krankenhaus an die Kostenträger zurückzuzahlen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene regeln bis zum 31. März 2023 die näheren Einzelheiten für die Rückzahlung nicht entsprechend verwendeter Mittel und zu Abrechnungsmodalitäten wie beispielsweise einen erforderlichen Entgeltschlüssel

Änderungsantrag 15

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der 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

Zu Artikel 1 Nummer 0, 1a (§§ 39, 115e, 115f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Einführung der Krankenhaustagesbehandlung;
Spezielle sektorengleiche Vergütung)

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

1. Folgende Nummer 0 wird vorangestellt:

,0. § 39 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird nach dem Wort „stationsäquivalent“ ein Komma und wird das Wort „tagesstationär“ eingefügt.
- b) In Satz 2 wird das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „stationsäquivalente“ die Wörter „oder tagesstationäre“ eingefügt.
- c) In Satz 4 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „die tagesstationäre Behandlung umfasst eine täglich mindestens sechsstündige ärztliche oder pflegerische Behandlung ohne Übernachtung im Krankenhaus“ eingefügt.
- d) In Satz 5 wird wie folgt gefasst:
„Die stationsäquivalente Behandlung und die tagesstationäre Behandlung entsprechen hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung.“

2. Nach Nummer 1 wird folgende Nummer 1a eingefügt:

,1a. Nach § 115d werden die folgenden §§ 115e und 115f eingefügt:

„§ 115e

Tagesstationäre Behandlung

(1) Zugelassene Krankenhäuser können in medizinisch geeigneten Fällen, wenn eine Indikation für eine stationäre somatische Behandlung vorliegt, mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten anstelle einer vollstationären Behandlung eine tagesstationäre Behandlung mit einer täglich mindestens sechsstündigen ärztlichen oder pflegerischen Behandlung ohne Übernachtung im Krankenhaus erbringen. Leistungen nach den §§ 115b und 121, Leistungen, die auf der Grundlage der §§ 116, 116a, 117, 118a, 119 oder sonstiger Ermächtigungen ambulant erbracht werden können, nach § 116b ambulant erbringbare Leistungen, eintägige Behandlungen ohne Einweisung und Behandlungen in der Notaufnahme eines Krankenhauses können nicht als tagesstationäre Behandlung erbracht werden. Bei Versicherten, die einen Anspruch auf Leistungen nach § 37 haben, kann eine tagesstationäre Behandlung nicht erbracht werden. Der Krankenhausträger stellt sicher, dass die notwendigen Leistungen nach § 39 Absatz 1 Satz 3 bei Bedarf jederzeit zur Verfügung stehen.

(2) Im Rahmen der tagesstationären Behandlung besteht ab dem Zeitpunkt der ersten Aufnahme im Krankenhaus kein Anspruch auf Fahrkosten nach § 60; ausgenommen sind Rettungsfahrten zum Krankenhaus nach § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2. Das Krankenhaus ist verpflichtet, die Patientinnen und Patienten hierauf gesondert und in geeigneter Weise hinzuweisen.

(3) Die Abrechnung der tagesstationären Behandlung erfolgt mit den auf der Grundlage des Krankenhausentgeltgesetzes abrechenbaren Entgelten für vollstationäre Krankenhausleistungen, die für alle Benutzerinnen und Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen sind. Sofern Patientinnen und Patienten zwischen ihrer Aufnahme in das Krankenhaus und ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus für eine tagesstationäre Behandlung nicht über Nacht im Krankenhaus versorgt werden, ist für die nicht anfallenden Übernachtungskosten pauschal ein Abzug von den für den vollstationären Aufenthalt insgesamt berechneten Entgelten vorzunehmen, der 0,04 Bewertungsrelationen je betreffender Nacht entspricht, wobei der Abzug einen Anteil von 30 Prozent der Entgelte für den Aufenthalt insgesamt nicht überschreiten darf. Bei Erbringung einer tagesstationären Behandlung ist eine Prüfung der Notwendigkeit von Übernachtungen von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus durch den Medizinischen Dienst nach § 275c während des Krankenhausaufenthalts nicht zulässig. Näheres oder Abweichendes zur Berechnung der Entgelte und der Prüfung der Notwendigkeit von Übernachtungen durch den Medizinischen Dienst vereinbaren die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bis zum ... [einsetzen: 180. Tag nach Inkrafttreten gemäß Artikel 9 Absatz 1]. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 4 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren bis zum ... [einsetzen: 30. Tag nach Inkrafttreten] die Anforderungen an die Dokumentation; dabei ist sicherzustellen, dass für die tagesstationäre Behandlung die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit, die Diagnose, die tägliche Behandlungsdauer und die Inhalte der Behandlung dokumentiert werden. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen.

(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum ... [einsetzen: ein Jahr nach Inkrafttreten] einen gemeinsamen Bericht über das Ausmaß der tagesstationären Behandlung und ihre Auswirkungen auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen vor. Die für den Bericht erforderlichen Daten sind ihnen von den Krankenkassen, den Unternehmen der privaten Krankenversicherung und den Krankenhäusern in anonymisierter Form zu übermitteln.“

„§ 115f

Spezielle sektorengleiche Vergütung

(1) Ab 1. Januar 2023 wird eine spezielle sektorengleiche Vergütung eingeführt für diejenigen Leistungen des Katalogs nach § 115b, die bislang überwiegend stationär erbracht und abgerechnet wurden.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates das Nähere zu

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

zu regeln.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 1. April 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.‘

Begründung

Zu Nummer 1 (§ 39)

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung wird die tagesstationäre Behandlung in die Definition der Krankenhausbehandlung aufgenommen und in die bestehende Systematik vollstationär, stationsäquivalent, teilstationär, ambulant eingeordnet.

Zu Buchstabe b

Mit der Änderung wird geregelt, dass die tagesstationäre Behandlung einer vollstationären Behandlung entspricht. Das bedeutet, dass Versicherte nur dann einen Anspruch auf vollstationäre oder tagesstationäre Behandlung durch ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus haben, wenn dies nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.

Zu Buchstaben c und d

Mit den Änderungen in den Sätzen 4 und 5 werden die beiden Voraussetzung der tagesstationären Behandlung geregelt: dies ist einerseits eine täglich mindestens sechsstündige ärztliche oder pflegerische Behandlung ohne Übernachtung im Krankenhaus, und andererseits, dass die Behandlung hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung entspricht.

Zu Nummer 2

Zu § 115e

Mit den Änderungen werden die Vorschläge der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung zur Tagesbehandlung im Krankenhaus zur kurzfristigen Entlastung der Krankenhäuser und des Gesundheitswesens umgesetzt. Die Regierungskommission hat am 27. September 2022 Empfehlungen zur Einführung einer neuen Behandlungsform „Tagesbehandlung“ veröffentlicht. Danach soll den Krankenhäusern gestattet werden, im Einvernehmen mit den Patientinnen und Patienten geeignete, bisher vollstationär erbrachte Behandlungen als sogenannte Tagesbehandlungen durchzuführen.

Mit dem Vorschlag wird das Ziel verfolgt, die Krankenhäuser kurzfristig zu entlasten, die Überlastungssituationen des Krankenhauspersonals zu verringern und das Personal von vermeidbaren Aufgaben zu entbinden, ohne Leistungen für Patientinnen und Patienten einzuschränken. Gleichzeitig sollen keine zusätzlichen Ausgaben im Gesundheitswesen verursacht, sondern Einsparungen erzielt werden.

Die Erbringung stationärer Leistungen in Form einer tagesstationären Behandlung liegt auch im Interesse der Patientinnen und Patienten, da sie für die Dauer der stationären Behandlung weiterhin ihrem häuslichen Umfeld verbunden bleiben können. Hierdurch entfällt die insbesondere für ältere Patientinnen und Patienten oftmals problematische Eingewöhnung in eine neue Umgebung und an neue Kontaktpersonen. Auch soll das Risiko einer Ansteckung im Krankenhaus verringert werden.

Bei der Entscheidung darüber, ob im Einzelfall eine tagesstationäre Behandlung in Betracht kommt, hat das Krankenhaus zum einen medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen. So wird für große, komplexe oder risikoreiche Behandlungen eine tagesstationäre Behandlung von vorneherein regelhaft nicht in Betracht kommen. Zum anderen hat das Krankenhaus auch die soziale, insbesondere häusliche Versorgungssituation der Patientin oder des Patienten zu berücksichtigen. Patientinnen oder Patienten, bei denen die erforderliche häusliche Versorgung über Nacht nicht sichergestellt ist, werden daher nicht tagesstationär behandelt werden können.

Entscheidet sich das Krankenhaus in medizinisch nicht geeigneten Fällen für die Erbringung von tagesstationärer Behandlung, haftet es für hierdurch entstandene Schäden der Patientin oder des Patienten in gleicher Weise, wie wenn es die Behandlung ambulant oder teilstationär erbringt, obwohl aus medizinischer Sicht eine vollstationäre Behandlung erforderlich gewesen wäre.

Da die tagesstationäre Behandlung anstelle einer vollstationären Behandlung erbracht werden kann, gelten hierfür die gleichen Qualitätsanforderungen wie für eine vollstationäre Behandlung.

Der Vorschlag wird in einem neuen § 115e umgesetzt.

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt, dass zugelassene Krankenhäuser in medizinisch geeigneten Fällen, wenn eine Indikation für eine stationäre somatische Behandlung vorliegt, anstelle einer vollstationären Behandlung eine tagesstationäre Behandlung erbringen können. Voraussetzung für eine tagesstationäre Behandlung ist die Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Darüber hinaus muss eine täglich mindestens sechsstündige ärztliche oder pflegerische Behandlung ohne Übernachtung im Krankenhaus erforderlich sein. In dieser Zeit müssen überwiegend medizinische oder pflegerische Maßnahmen durchgeführt worden sein. Unabhängig von einem voll- oder teilstationären Krankenhausaufenthalt durchgeführte kürzere ambulante Behandlungen werden nicht als Tagesbehandlung vergütet, sondern sind entsprechend der Systematik des § 39 als ambulante Behandlung abzurechnen. Im Übrigen gilt der Vorrang der ambulanten Behandlung in allen Fällen, in denen der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) Abrechnungsmöglichkeiten für die Behandlung von mehr als sechs Stunden vorsieht. Die tagesstationäre Behandlung setzt voraus, dass im Rahmen der Behandlung Krankenhausstrukturen vorgehalten sind und die Möglichkeit der notfallmäßigen Behandlung sowie bei ungünstigem Verlauf einer unmittelbaren Umwandlung der tagesstationären Behandlung in eine Behandlung über Nacht besteht. Der Krankenhausträger hat entsprechend sicherzustellen, dass die notwendigen Leistungen nach § 39 Absatz 1 Satz 3 bei Bedarf jederzeit zur Verfügung stehen, insbesondere, dass bei Komplikationen im Rahmen der tagesstationären Behandlung die erforderlichen Ärztinnen und Ärzte, nichtärztlichen Fachkräfte und Bettenkapazitäten auch nachts zur Verfügung stehen.

Um aufgrund der ohnehin bestehenden Vorrangsystematik in § 39 zu vermeiden, dass Leistungen, die bisher ambulant im Krankenhaus erbracht werden und nach dem EBM vergütet werden können bzw.

durch auf regionaler oder lokaler Ebene vereinbarte Pauschalen, die deutlich unter dem Vergütungsniveau der Tagesbehandlung liegen dürften, künftig als tagesstationäre Leistung abgerechnet werden, wird klargestellt, dass folgende Leistungen nicht als tagesstationäre Behandlung erbracht werden können: Leistungen nach den § 115b (ambulantes Operieren) oder nach § 121 (belegärztliche Leistungen), sowie Leistungen, die auf der Grundlage der Ermächtigungsregelungen der §§ 116, 116a, 117, 118a, 119 oder sonstiger Ermächtigungstatbestände ambulant erbracht werden können. Gleiches gilt für belegärztliche Leistungen nach § 121, ambulant erbringbare Leistungen nach § 116b sowie für eintägige Behandlungen ohne Einweisung und ambulante Behandlungen in der Notaufnahme von Krankenhäusern, die § 39 Absatz 1 entsprechend nicht als tagesstationäre Behandlung erbracht werden. Als Tagesbehandlung dürfen nur Leistungen erbracht werden, die bislang vollstationär durchgeführt wurden und für die die Infrastruktur des Krankenhauses erforderlich ist.

Die Entscheidung, in welchen medizinischen Fällen eine tagesstationäre Behandlung anstelle einer vollstationären Behandlung möglich ist, obliegt den behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Soweit die Patientinnen und Patienten während der Übernachtung im häuslichen Umfeld zusätzliche Leistungen wie etwa Leistungen nach § 37 benötigen, ist eine medizinische Eignung nicht anzunehmen. Eine tagesstationäre Behandlung kann daher nicht erbracht werden, wenn ein Anspruch auf Leistungen nach § 37 besteht.

Zu Absatz 2

Um das Ziel der finanziellen Entlastung sicherstellen zu können, fallen die Fahrkosten im Rahmen der tagesstationären Behandlung nicht in die finanzielle Verantwortung der Kostenträger. Der Konzeption der Tagesbehandlung folgend werden ab dem Zeitpunkt der ersten Aufnahme im Krankenhaus Fahrkosten für die regulär im Rahmen der tagesstationären Behandlung angelegten Fahrten zwischen dem Krankenhaus und dem Übernachtungsort der Patientin oder des Patienten nicht übernommen. Eine Ausnahme besteht für außerplanmäßige Rettungsfahrten nach § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1. Das Krankenhaus hat die Patientinnen und Patienten auf die Kostentragung hinzuweisen.

Zu Absatz 3

Die Abrechnung der tagesstationären Behandlung erfolgt grundsätzlich wie die der vollstationären Behandlung gemäß den Vorgaben des Krankenhausentgeltgesetzes. Damit sind die Entgelte für alle Patientinnen und Patienten unabhängig von deren Versicherungsstatus einheitlich zu berechnen. Ergänzend hierzu wird entsprechend der Empfehlung der Regierungskommission festgelegt, dass von den für den vollstationären Krankenhausaufenthalt insgesamt berechneten Entgelten ein Abzug von 0,04 Bewertungsrelationen für jede Nacht vorgenommen wird, die der Patient oder die Patientin während der tagesstationären Behandlung nicht im Krankenhaus verbringt, weil das Krankenhaus insoweit von den sogenannten Übernachtungskosten entlastet wird. Der Abzugsbetrag in Höhe von 0,04 Bewertungsrelationen wird einheitlich festgesetzt und nicht hinsichtlich der verschiedenen Fallpauschalen differenziert. Dies ermöglicht eine einfache und zügige Umsetzung der Empfehlung der Regierungskommission. Wird ein Patient oder eine Patientin innerhalb desselben Behandlungsfalls sowohl mit als auch ohne

Übernachtung behandelt, wird nur für die Tage ohne Übernachtung der Abzugsbetrag in Ansatz gebracht. Bei mehrtägigen tagesstationären Behandlungen addieren sich die Abzugsbeträge. Die Höhe des Abzugs wird entsprechend der Empfehlung der Regierungskommission auf maximal 30 Prozent der Entgelte für den Aufenthalt begrenzt, auch wenn die tagesstationäre Behandlung über einen längeren Zeitraum durchgeführt wird. Die Grenzverweildauern finden gleiche Anwendung wie bei Behandlung mit Übernachtung. Tage, an denen der Patient oder die Patientin nicht im Krankenhaus war, werden bei der Ermittlung der Verweildauer und der Vergütung nicht berücksichtigt. Die Notwendigkeit von Übernachtungen von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus im Rahmen einer tagesstationären Behandlung darf nicht Prüfgegenstand einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275c sein. Damit soll vermieden werden, dass aus wirtschaftlichen Gründen Übernachtungen im Krankenhaus im Verlauf eines Krankenhausaufenthaltes durch den Medizinischen Dienst in Frage gestellt werden. Die Vertragsparteien auf Bundesebene (Deutsche Krankenhausgesellschaft, GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung) vereinbaren nähere oder abweichende Regelungen zur Berechnung der Entgelte und der Prüfung der Übernachtungsnotwendigkeit durch den Medizinischen Dienst.

Zu Absatz 4

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren innerhalb eines Monats nach dem Inkrafttreten der Regelung die Anforderungen an die Dokumentation im Rahmen der tagesstationären Behandlung. Diese Fristsetzung dient dem Ziel, zeitnah eine Dokumentation der Anforderungen zu erhalten. Hilfsweise vorgesehen wird zudem eine automatische Entscheidung der Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG.

Zu Absatz 5

Um die Neueinführung der tagesstationären Behandlung als Krankenhausbehandlung überprüfen und bewerten zu können, wird in Absatz 5 eine Evaluation vorgesehen.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben dem Bundesministerium für Gesundheit hierzu ein Jahr nach dem Inkrafttreten der Regelung einen gemeinsamen Bericht über das Ausmaß und die Auswirkungen der tagesstationären Behandlung auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen vorzulegen. Die für den Bericht erforderlichen Daten sind von den Krankenkassen, den Unternehmen der privaten Krankenversicherung und den Krankenhäusern in anonymisierter Form zu übermitteln.

Zu § 115f

Der Koalitionsvertrag der Regierungskoalition von SPD, BÜNDNIS 90/Die Grünen und der FDP aus dem Jahr 2021 sieht die Einführung sog. Hybrid-DRGs vor. Durch die sektorengleiche Vergütung geeigneter Leistungen soll eine Ambulantisierung bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen gefördert werden.

Im internationalen Vergleich hat sich gezeigt, dass sich einige in Deutschland vorwiegend vollstationär durchgeführte Leistungen (inzwischen) für eine regelhafte ambulante Erbringung qualifizieren.

Hierfür ist beabsichtigt, die getrennten stationären und ambulanten Vergütungssysteme nach dem Prinzip „Gleiche Vergütung für gleiche Leistung“ zu harmonisieren. Mit Absatz 1 soll die spezielle sektorengleiche Vergütung eingeführt werden für Leistungskomplexe des ambulanten Operierens nach §115b, die grundsätzlich ambulant erbracht und nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab vergütet werden, für die im Einzelfall jedoch eine stationäre Leistungserbringung und -abrechnung nicht ausgeschlossen ist. Durch die Inbezugnahme der häufigsten stationär erbrachten Leistungen des Katalogs nach § 115b wird der finanzielle Anreiz für eine ambulante Leistungserbringung erhöht und der vertragsärztliche Bereich im Verhältnis zum stationären Sektor gestärkt. Dies befördert eine Ambulantisierung der gesundheitlichen Versorgung im Interesse der Patientinnen und Patienten, trägt zu einer weiteren Entlastung der Krankenhäuser bei und ermöglicht eine wirtschaftlichere Erbringung der Leistungen.

Nach Absatz 2 wird das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates die Einzelheiten der Einführung einer speziellen sektorengleichen Vergütung zu regeln. Das betrifft die Bestimmung der nach Absatz 1 abrechenbaren Leistungen. Hierbei wird auch zu berücksichtigen sein, dass Leistungen im Einzelfall aus medizinischen Gründen ausschließlich stationär erbracht werden können. Zu regeln sind außerdem die Höhe der Vergütung, die Abgrenzung der Leistung, das Abrechnungsverfahren und die Dokumentation.

Um die Einführung der speziellen sektorengleichen Vergütung überprüfen und bewerten zu können, wird in Absatz 3 eine Evaluation vorgesehen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben dem Bundesministerium für Gesundheit hierzu bis zum 1. April 2024 einen gemeinsamen Bericht über das Ausmaß und die Auswirkungen der speziellen sektorengleichen Vergütung auf die Versorgung der 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.

Änderungsantrag 16

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 – KHPflEG)
BT-Drs. 20/3876

Zu Artikel 8a (§ 153 des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

(Verlängerung der Geltung des § 153 des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nach Artikel 8 wird folgender Artikel 8a eingefügt:

„Artikel 8a Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

In § 153 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 3a des Gesetzes vom 16. September 2022 (BGBl. I S. 1454) geändert worden ist, wird die Angabe „2021 und 2022“ durch die Wörter „2021 bis einschließlich 2023“ ersetzt.‘

Begründung

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