

STELLUNGNAHME  
BKK DACHVERBAND E.V.

---

vom 18.08.2022

---

## **Referentenentwurf**

**eines Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung**

**(Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfIEG)**

# Inhalt

I. VORBEMERKUNG .....	4
II. DETAILKOMMENTIERUNG .....	6
<b>Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) .....</b>	<b>6</b>
Nummer 1: Qualitätsverträge (§ 110a SGB V)	6
Nummer 2: Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument (§ 137k SGB V)	6
Nummer 3: Personalbesetzung in der Pflege im Krankenhaus, Verordnungsermächtigung (§ 137l – neu - SGB V)	7
Nummer 5a: Prüfquotenöffnung (§ 275c Abs. 2 s. 6 SGB V)	8
Nummer 5 b und c: Rechnungsaufschläge (§275c Abs. 3 SGB V)	9
Nummer 6a: Ausnahmeregelung bei Strukturprüfungen (§ 275d SGB V)	9
Nummer 6c: Mitteilungspflichten (§275d Abs. 3 SGB V)	10
Nummer 7: Richtlinien des Medizinischen Dienst Bund (§ 283 SGB V)	11
<b>Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) und Artikel 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung) .....</b>	<b>12</b>
Beschleunigung der Budgetverhandlungen	12
Nummer 24 a) bb) und e): Elektronische Übermittlung und Verarbeitung vertragsärztlicher elektronischer Verordnungen (§360 SGB V)	17
Nummer 25: Einwilligungsbasierte Übermittlung von Daten aus vertragsärztlichen elektronischen Verordnungen; Verordnungsermächtigung (361a SGB V)	18

<b>Artikel 4: Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes</b>	<b>19</b>
Nummer 1-3: Krankenhauszukunftsfonds	19
Nummer 4a: Unterlagenübermittlung im Erörterungsverfahren	19
<b>III. ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF</b>	<b>20</b>
Anknüpfungzeitpunkt für Erhebung von Rechnungsaufschlägen klarstellen	20
Aufrechnung für Erhebung von Aufschlägen ermöglichen	22
Verpflichtung der Krankenkassen, im Zuge der Zustellung von elektronischen Gesundheitskarten zur Organ- und Gewebespende aufzufordern (§ 2 Absatz 1a Satz 1 TPG)	23

## I. VORBEMERKUNG

Schwerpunkt des vorliegenden Referentenentwurfes stellen Maßnahmen für eine verbesserte Personalsituation der Pflege im Krankenhaus dar. Dazu soll insbesondere das im Koalitionsvertrag vereinbarte Instrument für die Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus auf Basis der PPR 2.0 umgesetzt werden.

Die Betriebskrankenkassen unterstützen grundsätzlich und mit Nachdruck das Bestreben, die Qualität der Patientenversorgung und die Arbeitssituation der Pflegekräfte in den Krankenhäusern durch eine angemessene Personalausstattung zu verbessern. Das hier vorgesehene Interimsinstrument zur **Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs** in Krankenhäusern in Anlehnung an die Konzepte der **PPR 2.0** und der Kinder-PPR 2.0 halten sie jedoch nicht für den richtigen Weg. Das neue Instrument erzeugt einen enormen Mehraufwand, was die Zeitknappheit der Pflegenden weiter verschärft. Es macht den erheblichen Personalmangel transparent, behebt ihn jedoch nicht. Letztlich regen die Betriebskrankenkassen an, weiter auf die etablierten Pflegepersonaluntergrenzen als Maßnahme für Qualitätssicherung und Patientensicherheit zurückzugreifen, bis die Entwicklung eines modernen, digital gestützten Bemessungsinstrumentes abgeschlossen ist. Die Betriebskrankenkassen befürworten es in diesem Zusammenhang sehr, dass, so der Entwurf, an der Entwicklung und Erprobung eines modernen Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrumentes (§137k SGB V) festgehalten werden soll. Eine Anpassung der hier bislang gesetzlich vorgegebenen Fristen erscheint nachvollziehbar.

**Darüber hinaus sehen die Betriebskrankenkassen bei den folgenden Themen Änderungsbedarf:**

- Im Sinne einer weiteren Verbesserung der Qualität der Krankenhausversorgung sollte eine gesetzliche Klarstellung erfolgen, nach der allen Krankenkassen der Beitritt zu bestehenden **Qualitätsverträgen** möglich sein muss.
- Die **rückwirkende Anpassung der Ausnahmeregelung zur Öffnung der Prüfquote** lehnen die Betriebskrankenkassen ab. Sie widerspricht der ursprünglichen Intention des MDK-Reformgesetzes, Anreize für regelkonformes Abrechnen zu setzen und so die Abrechnungsqualität zu steigern. Eine Umsetzung der nun vorgesehenen Rückwirkung würde hingegen Krankenhäuser mit sehr schlechter Abrechnungsgüte schützen.
- Die vorgesehene **Ausnahmeregelung**, nach der Krankenhäuser in bestimmten Fällen Leistungen abrechnen dürfen, ohne dass vorher eine **Strukturprüfung** durch den MDK erfolgte, ist nach Auffassung der Betriebskrankenkassen um einen Mechanismus für die Rückzahlung der bereits geflossenen Vergütung für entsprechende Leistungen an die Krankenkassen zu ergänzen. Und zwar in dem Fall, wenn die Strukturprüfung die Nicht-Einhaltung der erforderlichen Strukturmerkmale ergibt. In diesem Zusammenhang ist auch eine grundsätzliche **Mitteilungspflicht der Krankenhäuser** an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen bei **Nichterfüllung der Strukturmerkmale** vorzusehen.

- Die Betriebskrankenkassen stimmen mit der Intention des Entwurfes überein, dass die bisherigen Prozesse der **Budgetverhandlungen** nicht ausreichend effizient sind und weiterentwickelt werden müssen. Die hierzu nun vorgesehenen Regelungen, die Verzögerungen alleine durch Fristsetzungen und automatische Schiedsstellenmechanismen aufzulösen, greifen jedoch aus Sicht der Betriebskrankenkassen zu kurz. Sie sind zudem operativ auf Ortsebene nicht umsetzbar. Der aktuelle Stau wird darüber hinaus nur von den Vertragspartnern hin zu den Schiedsstellen verlagert.

Die Betriebskrankenkassen schlagen stattdessen einen **konkreten Maßnahmenmix aus Abbau von Komplexität, neuen unterstützenden Instrumenten für die Budgetverhandler, angepassten Strukturen mit jeweils ausreichendem zeitlichem Vorlauf** zur Umsetzung vor. Die Betriebskrankenkassen geben zu bedenken, dass der Abbau des derzeitigen Verhandlungsstaus nicht ad hoc erfolgen kann. Hierzu sollte vielmehr eine Konvergenzphase vorgesehen werden.

- Mit den vorgesehenen Änderungen in § 291 und 291a SGB V werden Umsetzungstermine für TI-Anwendungen wie z.B. den TI-Messenger oder die Umsetzung des elektronischen Abrufs der Versichertendaten der eGK (Online-Versichertenstammdatendienst) zeitlich entzerrt und neu gesetzt. Da diese Anwendungen insbesondere mit der **digitalen Identität** für das Gesundheitswesen in Verbindung stehen, sollte auch die Realisierung der digitalen Identitäten und deren Gleichstellung mit der eGK entsprechend zeitlich synchronisiert werden. Daher regen die Betriebskrankenkassen an, das gesetzlich festgeschriebene Datum für die verpflichtende Bereitstellung digitaler Identitäten zum 1.1.2024 neu zu terminieren.
- **Ausnahmen von der eRezept-Pflicht** für Verordnungen von Arzneimitteln, die zulässigerweise direkt an eine bestimmte Apotheke oder einem sonstigen Leistungserbringer übermittelt werden, sollten nicht vorgesehen werden. Die vorgesehene Änderung wird daher angelehnt.

**Darüber hinaus regen die Betriebskrankenkassen an, folgende Regelungen ergänzend in den Entwurf aufzunehmen:**

- Es sollte klargestellt werden, welche vom Medizinischen Dienst geprüften und beanstandeten Krankenhausbehandlungsfälle vom **zeitlichen Anwendungsbereich der Aufschlagszahlung** umfasst sind. Die „leistungsrechtliche Entscheidung der Krankenkasse“ über eine Minderung der Abrechnung gegenüber dem Krankenhaus ab dem 01. Januar 2022 sollte hier maßgeblicher Anknüpfungspunkt sein. Der Anreiz des MDK-Reformgesetzes, regelkonform abzurechnen, erfüllt damit erst seine volle Wirkung.
- Die bestehende Regelung und Verpflichtung für Krankenkassen, ihren Versicherten, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, **mit der Zustellung der eGK zugleich Aufklärungsmaterialien zur Organ- und Gewebespende sowie einen Organspendeausweis** zu übersenden sowie zur Abgabe einer Erklärung zur Organ- und Gewebespende aufzufordern, sollte nach Auffassung der Betriebskrankenkassen entfallen. Sinnvoll erscheint, die Informations- und Aufklärungsverpflichtung beizubehalten, jedoch eigenverantwortlich durch Krankenkassen zu organisieren (etwa über die Homepage oder das Mitgliedermagazin) und perspektivisch in der ePA zu verankern.

## II. DETAILKOMMENTIERUNG

### Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

#### Nummer 1: Qualitätsverträge (§ 110a SGB V)

Mit hohem Engagement setzt sich die BKK-Gemeinschaft für die weitere Verbesserung einer qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung ein. Um dies zu erreichen, nutzen die BKK explizit auch die Möglichkeit, Qualitätsverträge mit Kliniken abzuschließen oder diesen soweit möglich beizutreten.

Die Auswirkungen der Corona-Pandemie, wie z.B. Fallzahlrückgang oder fehlende Ressourcen in den Krankenhäusern zur Verhandlung von Qualitätsverträgen, haben jedoch dazu geführt, dass die Erreichung der Fördervorgaben für die gesetzlichen Krankenkassen für das Jahr 2022 nicht möglich ist. Die Betriebskrankenkassen begrüßen daher die vorgesehene Verschiebung der Ausgleichszahlungen um ein Jahr.

Die Betriebskrankenkassen erneuern jedoch ihre Kritik daran, dass Qualitätsverträge vom Gesetzgeber als Wettbewerbsinstrument angelegt wurden. Aus ethischen Gründen und auch mit dem Ziel eine möglichst breite Datenbasis im Rahmen der Erprobung zu erreichen, sollte allen Krankenkassen ermöglicht werden, bestehenden Qualitätsverträgen beitreten zu können. Eine mit geöffneten Qualitätsverträgen verbundene hohe Fallzahl würde auch in den Krankenhäusern die Bereitschaft zum Abschluss von Qualitätsverträgen deutlich steigern. Gesetzlich sollte daher vorgesehen werden, dass allen Krankenkassen ein Beitritt zu Qualitätsverträgen ermöglicht werden muss.

#### ÄNDERUNGSVORSCHLAG:

*§ 110a Absatz 1 SGB V wird wie folgt gefasst:*

*Dem Satz 4 ist folgender Satz anzufügen. „Der Beitritt zu bestehenden Qualitätsverträgen darf einzelnen Krankenkassen nicht verwehrt werden.“*

#### Nummer 2: Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument (§ 137k SGB V)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen, dass an der Entwicklung und Erprobung eines modernen Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrumentes festgehalten werden soll. Da bereits einige der im §137k SGB V vorgesehenen Fristen verstrichen sind, ist eine gesetzliche Anpassung des Zeitplans für die Entwicklung eines Instruments zur Bemessung des Personalbedarfs im Krankenhaus nachvollziehbar.

Die Betriebskrankenkassen weisen darauf hin, dass die Vertragsparteien, wie ursprünglich vorgesehen, dem Bundesgesundheitsministerium fristgerecht zum 15. Dezember 2021 eine Leistungsbeschreibung inklusive Zeitplan für die Beauftragung einer wissenschaftlichen Institution, vorgelegt haben. DKG, GKV-Spitzenverband und PKV-Verband haben sich außerdem für die Ausschreibung über die erforderlichen Vergabeunterlagen (Bewerbungs- und Verfahrensbedingungen) verständigt. Einzig das Einvernehmen des BMG steht noch aus, um den Vergabeprozess zu starten. Eine Ausschreibung sollte nun auch zeitnah erfolgen, um so schnell wie möglich die Entwicklung und Erprobung des Instruments zu beauftragen. Die verlängerte Beauftragsfrist bis zum 30.06.2023 sollte nicht ausgereizt werden.

### **Nummer 3: Personalbesetzung in der Pflege im Krankenhaus, Verordnungsermächtigung (§ 137I – neu - SGB V)**

Die Betriebskrankenkassen unterstützen das Bestreben, die Qualität der Patientenversorgung und die Arbeitssituation der Pflegekräfte in den Krankenhäusern durch eine angemessene Personalausstattung auf den Stationen zu verbessern. Allerdings wird die Einführung eines Interimsinstruments zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs in Krankenhäusern in Anlehnung an die Konzepte der PPR 2.0 und der Kinder-PPR 2.0 abgelehnt. Die Betriebskrankenkassen sind überzeugt, dass das Ziel des Personalaufbaus, das Halten der gut qualifizierten Pflegekräfte im Beruf und insgesamt eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen dadurch nicht erreicht wird. Im Gegenteil: das der PPR 2.0 zugrundeliegende Vorgehen, die Patienten täglich in Pflegekategorien der allgemeinen und speziellen Pflege einzustufen, um den Pflegebedarf zu ermitteln, bedeutet einen enormen Mehraufwand an Bürokratie. Wie bereits selbst von Krankenhäuserseite kritisiert, verschärft die Einführung eines Bemessungsinstruments auf Grundlage der PPR 2.0 den Zeitmangel der Pflegenden, welchen eigentlich mehr Zeit für die Pflege am Bett verschafft werden sollte.

Hinzu kommt, dass die PPR 2.0 vorgibt, ein objektives Bemessungsinstrument für den Personalbedarf zu sein. Angesichts einer fehlenden Grundlage in Form einer einheitlichen Pflegeterminologie und darauf aufbauend klar definierten Pflegediagnosen, bietet das Konzept jedoch einen großen Interpretationsspielraum bei der Einstufung der Patienten. Eine gewisse Standardisierung ist jedoch unbedingt notwendig angesichts sich anknüpfender Erfüllungsregelungen und Sanktion. Ergebnis der täglichen händischen Ermittlung des Gesamtpflegepersonalbedarfs durch addierte Zeitwerte ist ein Soll-Bedarf an Pflegekräften. Daraus darf nicht resultieren, dass die Krankenkassen in Form des Pflegebudgets reine Soll-Größen an Pflegepersonal vollständig finanzieren, ohne zu wissen, ob die Stellen mit ausgebildeten Fachkräften besetzt sind und die Pflegeleistung tatsächlich am Patienten erbracht wurde. Es darf nicht teurer werden ohne einen Mehrwert für die Pflege am Bett.

Letztendlich offenbart der vorgesehene Abgleich der Ist- und Sollbesetzung an Pflegekräften nur die Diskrepanz, dass der Pflegebedarf von der Anzahl der Pflegekräfte schlicht nicht gedeckt werden kann. Die PPR 2.0 macht lediglich sichtbar, dass es einen Pflegepersonal-mangel gibt. Diese Erkenntnis haben wir bereits. Das vorgesehene Konzept trägt nicht dazu bei, Pflegepersonal aufzubauen oder die Arbeitsbedingungen praktisch zu verbessern. Da laufen dann auch Sanktionsmaßnahmen ins Leere, wenn Krankenhäuser den gesetz-

lich vorgeschriebenen Erfüllungsgrad nicht erfüllen, weil es schlicht nicht genügend Pflegende auf dem Arbeitsmarkt gibt. Der Teufelskreis, dass Pflegende aus der Alten- und Kurzzeitpflege abgeworben werden, wird dadurch nur noch verstärkt.

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen reichen die etablierten Pflegepersonaluntergrenzen als Maßnahme für Qualitätssicherung und Patientensicherheit aus, bis die Entwicklung eines modernen, digital gestützten Messungsinstrumentes abgeschlossen ist. Die Festschreibung von Pflegepersonaluntergrenzen muss währenddessen auf weitere Leistungsbereiche ausgedehnt werden. Dabei sollte geprüft werden, wie und ob die Komplexität zur Berechnung eines Mindestmaßes an Pflegepersonal und die Überprüfung der Einhaltung der Untergrenzen abgebaut werden kann.

Es braucht nach Auffassung der Betriebskrankenkassen keine weitere Interimslösung. Alle Ressourcen sollten sowohl in die Entwicklung und Erprobung des Instruments nach § 137k SGB V gesteckt werden. Als auch in ein Programm zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Denn ohne Realisierung einer tatsächlichen Verbesserung der Arbeitsbedingungen, wie z. B. verbindliche Dienstpläne, Perspektiven zur Weiterentwicklung v.a. für junge Pflegende, eine angemessene Bezahlung oder die Sicherstellung der Kinderbetreuung (die Mehrheit der Pflegekräfte sind Frauen!) werden langfristig nicht mehr Arbeitskräfte auf dem Markt zur Verfügung stehen.

### **Nummer 5a: Prüfquotenöffnung (§ 275c Abs. 2 s. 6 SGB V)**

Der Gesetzgeber will klarstellen, dass Krankenkassen erst ab dem Jahr 2022 die Ausnahmeregelung nach § 275c Abs. 2 S. 6 SGB V anwenden dürfen. Damit wäre die Prüfung von Schlussrechnungen, die über die jeweilige quartalsbezogene Prüfquote hinausgehen im Falle des Anteils unbeanstandeter Abrechnungen unter 20 % oder wenn ein begründeter Verdacht auf systematisch überhöhte Abrechnung vorliegt, in den Jahren 2020 und 2021 nicht erlaubt gewesen. Die Betriebskrankenkassen sehen darin einen Widerspruch zur Intention des Gesetzgebers bei der Einführung der Ausnahmetatbestände und lehnen eine solche Anpassung entschieden ab.

Ziel des MDK-Reformgesetzes war es, Anreize für regelkonformes Abrechnen zu setzen und die Abrechnungsqualität der Krankenhäuser zu steigern. Mit der rückwirkenden Anpassung für die Jahre 2020 und 2021 werden Krankenhäuser, die anhand ihrer Abrechnungsgüte der schlechtesten Prüfquotenklasse zugeordnet wurden, geschützt. Dies ist den Krankenhäusern gegenüber ungerecht, die sich um eine gute Abrechnungsqualität bemühen und damit im Umkehrschluss dann auch mit weniger Krankenhausabrechnungsprüfungen belegt werden.

Eine rückwirkende Anpassung hat zudem auch erhebliche praktische Auswirkungen. Faktisch wird die Prüfquotenöffnung seit dem Quartal 4/2020 bei den zuständigen Landesbehörden angezeigt und umgesetzt. Die über die Prüfquote hinausgehenden Prüffälle sind damit größtenteils vom Medizinischen Dienst bereits begutachtet und per Leistungsentscheid abgeschlossen. Diese Prüffälle müssten in einem aufwendigen Verfahren mühsam identifiziert und rückabgewickelt werden.



Noch viel größere Auswirkung hätte die gesetzliche Klarstellung auf die Quartalsstatistiken nach § 275c Abs. 4 SGB V und die Jahresstatistiken nach § 17c Abs. 6 KHG. Eine rückwirkende Änderung der Quartalsstatistiken würde bedeuten, dass damit auch die Prüfquoten für jedes einzelne Krankenhaus neu berechnet werden müsste und sich natürlich auch für vergangene Quartale ändern könnten. Der damit einhergehende bürokratische Aufwand wäre immens und stünde in keinem Verhältnis zum möglichen finanziellen Vorteil der Krankenhäuser.

## ÄNDERUNGSVORSCHLAG

*Artikel 1 Nummer 5a wird gestrichen.*

### **Nummer 5 b und c: Rechnungsaufschläge (§275c Abs. 3 SGB V)**

Der Referentenentwurf sieht vor, dass Rechnungsaufschläge nach § 275c Abs. 3 SGB V durch die Krankenkassen nicht als Verwaltungsakt, sondern als Realakt im Gleichordnungsverhältnis gegenüber den Krankenhäusern geltend gemacht werden sollen.

Diese Regelung wird von den Betriebskrankenkassen sehr begrüßt. In den Gesetzesmaterialien zum MDK-Reformgesetz wurde als Ziel aufgeführt, dass die Zahlung des Aufschlags vom Krankenhaus an die Krankenkasse schnell abgewickelt und vollzogen werden soll (BT-Drucksache 19/13547 vom 25.09.2019). Die Qualifizierung des Aufschlags als Verwaltungsakt hätte genau dies verhindert. Mit einem Verwaltungsakt verbunden sind verfahrensrechtliche Vorschriften für den Erlass eines solchen sowie ein ggf. sich anschließendes Widerspruchsverfahren. Dies hätte zu einem erheblichen juristischen und verfahrenstechnischen Aufwand auf beiden Seiten geführt und insgesamt einem Zuwachs an Bürokratie, die im Verfahren der Krankenhausabrechnungsprüfung eigentlich abgebaut werden soll.

Mit der vorgesehenen Rechtsgrundlage für die Übermittlung der Aufschlagsforderung im Rahmen der elektronischen Datenübertragung kann diese schnell und rechtssicher abgewickelt und der papiergebundene Postweg vermieden werden.

### **Nummer 6a: Ausnahmeregelung bei Strukturprüfungen (§ 275d SGB V)**

Der Referentenentwurf sieht eine Ausnahmeregelung vor, dass Krankenhäuser in bestimmten Fällen Leistungen abrechnen dürfen ohne, dass vorher eine Strukturprüfung durch den MD erfolgte. Die Ausnahmeregelung greift, wenn die Krankenhäuser die Einhaltung der Strukturmerkmale für die Leistungserbringung bis zum 31.12. des Vorjahres angezeigt haben und der der Leistung zugrundeliegende Schlüssel des OPS in dem Jahr erstmals vergütungsrelevant wurde. Eine Strukturprüfung durch den MD erfolgt dann anhand einer

Rückbetrachtung des Zeitraums, der maximal 6 Monate beträgt. Außerdem greift die Ausnahmeregelung ab dem 30. Juni 2023, wenn Krankenhäuser unterjährig Leistungen erstmals oder nach einer längeren Unterbrechung erneut erbringen wollen.

Die Betriebskrankenkassen können die Ausnahmeregelung nachvollziehen, erachten jedoch folgende Ergänzung als unabdingbar: Wenn das Krankenhaus von der Ausnahmeregelung Gebrauch gemacht hat und nach Abschluss der Begutachtung die Strukturmerkmale über den Zeitraum der bereits erfolgten Leistungserbringung nicht erfüllt hat, dann braucht es einen Mechanismus für die Rückzahlung der bereits geflossenen Vergütung für die entsprechenden Leistungen an die Krankenkassen. Um Klageverfahren zu vermeiden, bedarf es einer gesetzlichen Verpflichtung für die Krankenhäuser, dass die bereits gezahlten Beträge vor Ablauf der Verjährung an die Krankenkasse zurückgezahlt werden müssen.

### **Nummer 6c: Mitteilungspflichten (§275d Abs. 3 SGB V)**

In Verbindung mit der Ausnahmeregelung ist vorgesehen, dass Krankenhäuser die Kostenträger zu informieren haben, wenn die Voraussetzungen für die Abrechnung der Leistungen nicht vorliegen und der Medizinische Dienst keine Bescheinigung nach § 275d Abs. 2 SGB V erteilt hat. Die Einführung der Mitteilungspflicht wird begrüßt. Allerdings ist nicht nachvollziehbar, warum sich die Mitteilungspflicht nur auf die Nicht-Einhaltung der Strukturmerkmale bei der neu eingeführten Ausnahmeregelung beziehen soll.

Eine Informationslücke auf Seiten der Krankenkassen besteht auch dann, wenn der Medizinische Dienst dem Krankenhaus im Rahmen einer regulären Strukturprüfung nach § 275d Abs. 1 SGB V einen negativen Bescheid ausgestellt hat, also die Strukturvoraussetzungen von abrechnungsrelevanten OPS-Kodes nicht eingehalten wurden. Die Krankenkassen erhalten jegliche Informationen nur bei positiven Bescheiden, weshalb große Unsicherheit darüber besteht, ob der Antrag auf Strukturprüfung vom Krankenhaus überhaupt rechtzeitig gestellt wurde oder ein Bescheid negativ ausfiel. Das Krankenhaus hat dann die Möglichkeit, Maßnahmen zur Einhaltung der Strukturmerkmale umzusetzen und eine Wiederholungsprüfung zu beantragen. Auch darüber bekommt die Kassenseite keine unmittelbare und automatische Auskunft. Es muss dahingehend eine konkrete Mitteilungspflicht geregelt werden, dass die Nichterfüllung der Strukturmerkmale den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen in jedem Fall unverzüglich durch die Krankenhäuser zu melden ist.

### **ÄNDERUNGSVORSCHLAG:**

*Der neu geschaffene Absatz 3 im § 275d SGB V wird, wie folgt, ergänzt:*

*„Krankenhäuser, denen nach Abschluss der Strukturprüfung nach **Absatz 1** und Absatz 1a keine Bescheinigung nach Absatz 2 erteilt wurde, haben dies unverzüglich den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mitzuteilen.“*

## **Nummer 7: Richtlinien des Medizinischen Dienst Bund (§ 283 SGB V)**

Durch das MDK-Reformgesetz wurden weitreichende Änderungen in der Aufgabenzuweisung und in der Struktur des Medizinischen Dienst Bund vorgenommen. Neben der Änderung der Rechtsform in eine Körperschaft des öffentlichen Rechts, wurden Regularien zur Wählbarkeit der Verwaltungsratsmitglieder sowie der Besetzung und Zusammensetzung des Verwaltungsrates vollzogen. Der Medizinische Dienst Bund hat seit seiner Konstituierung u.a. die Aufgabe, verbindliche Richtlinien zu beschließen. Diese Verbindlichkeit soll u.a. eine einheitliche Aufgabenwahrnehmung der Medizinischen Dienste auf Landesebene sichern.

Der Medizinische Dienst Bund hat in seiner Satzung bisher keine Regelung zur Beschlusskompetenz der zu erlassenen Richtlinien geregelt. Daher begrüßen die Betriebskrankenkassen das Anliegen des Gesetzgebers, nunmehr eine Regelung dahingehend zu schaffen, die Rechtssicherheit zur Beschlusskompetenz herstellt. Es bedarf jedoch einer verbindlichen Regelung, die sicherstellt, dass der Verwaltungsrat bei der Beschlussfassung sachgerecht beteiligt wird. Eine Herstellung des Benehmens reicht hierfür nicht aus. Die Richtlinien des Medizinischen Dienst Bund entfalten zumindest mittelbar Außenwirkung, sodass die Richtlinienbeschlüsse auf Basis eines demokratischen Verfahrens gefasst werden müssen. Die Beschlussfassung auf Basis einer einvernehmlichen Entscheidungsfindung unterstützt die Intention des Gesetzgebers beim MDK-Reformgesetz. Um dieses nicht zu konterkarieren, bedarf es grundsätzlich der Beschlusskompetenz des Verwaltungsrates, mindestens aber eine Einvernehmensregelung. Um die Handlungsfähigkeit des Medizinischen Dienst Bund sicherzustellen, können zusätzlich in der Satzung oder bei den Regularien zum Erlass der Richtlinien Verfahrensgrundsätze zur Einvernehmensherstellung aufgestellt werden, die u.a. einen geeigneten Konfliktlösungsmechanismus vorsehen.

### **ÄNDERUNGSVORSCHLAG:**

*Der neue Absatz 2 Satz 4 wird wie folgt geändert:*

*„Der Vorstand beschließt die Richtlinien im Einvernehmen mit dem Verwaltungsrat.“*

*Der neue Satz im Absatz 3 wird wie folgt geändert:*

*„Der Vorstand beschließt die Richtlinien im Einvernehmen mit dem Verwaltungsrat.“*

## **Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) und Artikel 5 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)**

### **Beschleunigung der Budgetverhandlungen**

Die Betriebskrankenkassen schließen sich der Grundhaltung des Referentenentwurfs an. Die bisherigen Prozesse der Budgetverhandlungen sind nicht ausreichend effizient und bedürfen einer Weiterentwicklung. Die durch den Gesetzgeber vorgeschlagenen Regelungen, die Verzögerungen alleinig durch Fristsetzungen und automatische Schiedsstellenmechanismen aufzulösen, greifen jedoch aus Sicht der Betriebskrankenkassen nicht nur zu kurz, sondern sind schlicht operativ auf Ortsebene nicht umsetzbar. Anstatt durch konkrete inhaltliche Klarstellungen zur Vereinfachung bei besonders strittigen Finanzierungselementen oder aber durch unterstützende Instrumente für die Ortsebene zum Abbau der Komplexität im krankenhausesindividuellen Verhandlungsgeschehen und damit zur Beschleunigung beizutragen, werden die vorliegenden Maßnahmen den Stau nur von den Vertragspartnern hin zu den Schiedsstellen verlagern.

Um Budgetverhandlungen zukünftig weiterhin sachgerecht aber deutlich effizienter durchführen zu können, bedarf es eines klugen Mix aus Abbau von Komplexität, neuen unterstützenden Instrumenten für die Budgetverhandler, angepassten Strukturen und genügend Vorlauf zur Etablierung dieser Elemente. Dabei kann der Abbau des Verhandlungsstaus nicht ad hoc erfolgen. Hierzu sollte eine Konvergenzphase vorgesehen werden. Im Einzelnen schlagen die Betriebskrankenkassen folgende Anpassungen vor:

#### **Fristen anpassen, konkretisieren und Vorlauf ermöglichen**

Das Ziel, Budgetverhandlungen zukünftig überwiegend prospektiv oder zumindest unterjährig abzuschließen, wird von den BKK uneingeschränkt geteilt. Um dies in Zukunft regelhaft zu gewährleisten, sind die derzeitigen Prozesse und Strukturen auf Orts-, Landes- und Bundesebene weiterzuentwickeln.

Die nachfolgenden vorgeschlagenen Maßnahmen, wie die Etablierung von Schlichtungsgremien auf Bundesebene, die Vereinbarung von datengestützten bundeseinheitlichen Verhandlungsgrundlagen, mögliche Anpassungen der Organisationsstrukturen der Schiedsstellen und Verhandlungskommissionen bedürfen genauso eines Vorlaufs, wie die praktische Anpassung von Personalkapazitäten bei Krankenkassen und Krankenhäusern.

Der in dem Entwurf vorgesehene Zeitrahmen zur erstmaligen verpflichtenden Umsetzung prospektiver Vereinbarungen ist aus Sicht der Betriebskrankenkassen für die umfangreichen Prozessanpassungen deutlich zu knapp gewählt. Die Betriebskrankenkassen schlagen daher vor, die verpflichtende prospektive bzw. unterjährige Vereinbarung des Krankenhausbudgets frühestens ab dem Budgetjahr 2024 vorzusehen.

Gleichzeitig sollten die vorgesehenen Fristen für die Einreichung der Unterlagen bis zum verpflichtenden Vertragsabschluss angepasst werden. Die durch den Gesetzentwurf vorgesehene Fristenregelung führt zu einer massiven Arbeitsverdichtung aller beteiligten Vertragspartner in den Monaten November bis April und

wird daher allein aufgrund begrenzter Kapazitäten Schiedsstellenverfahren provozieren. Sollte der Gesetzgeber an dem unterjährigen fristbewährten Ablauf festhalten, sind aus Sicht der Betriebskrankenkassen die Verhandlungskapazitäten daher möglichst gleichmäßig zu nutzen. Daher sollte die Frist, bis zu der eine Vereinbarung spätestens abgeschlossen sein soll, vom 30. April des Jahres, für das die Vereinbarung gelten soll, auf den 31. Juli geschoben werden.

Zudem sollte in Bezug auf diesen Stichtag eine Konkretisierung erfolgen. Der Referentenentwurf berücksichtigt nicht den Unterschied zwischen einerseits einem strittigen Budget und andererseits einem bereits ausverhandelten, aber noch nicht genehmigten Budget. In der Praxis dauert heute die Abstimmung der Vereinbarungsunterlagen zur Vorlage bei der Genehmigungsbehörde zwischen wenigen Wochen und mehreren Monaten. Dieser Prozess kann zwar vorverlegt werden, dennoch besteht weiterhin die Gefahr, dass die Schiedsstellen mit Fällen überhäuft werden, die eigentlich nicht strittig sind.

Aus diesem Grund sollten Vereinbarungen, die im Grunde nach bereits geschlossen sind, für die jedoch eine finale Abstimmung und Genehmigung ausstehen, von der Frist zur Auslösung der automatischen Schiedsstelle ausgenommen werden.

Um den Zeitraum zwischen Vereinbarung, finaler Unterlagenabstimmung und abschließender Genehmigung zeitlich nicht unbefristet zu lassen, sollte für die jeweiligen Arbeitsschritte ebenfalls jeweils eine Bearbeitungszeit von höchstens 6 Wochen vorgesehen werden. Dies muss ausdrücklich die Bearbeitungszeit der Genehmigungsbehörden einschließen. Diese haben sich in der Vergangenheit zunehmend zu einem Flaschenhals entwickelt. Fehlendes Personal, unzureichende Vertretungsregelungen und unterschiedliche Prüftätigkeiten hemmen derzeit vielfach eine zügige Genehmigung abgestimmter Krankenhausbudgets.

### **Verhandlungstau zurückliegender Budgetjahre: Abbau im Rahmen von Konvergenzregelungen**

Um den Abbau noch ausstehender Vereinbarungen zu beschleunigen, können Fristenregelungen ein geeignetes Mittel sein, um Planungssicherheit für Krankenkassen und Krankenhäuser in Bezug auf Finanzierungseffekte und Ressourceneinsatz für Budgetverhandlungen zu erlangen. Dabei halten die Betriebskrankenkassen es für absolut nicht realisierbar, die Aufarbeitung sämtlicher Vorjahre ad hoc mit den vorgesehenen Fristenregelungen im Anschluss an das Inkrafttreten des Gesetzes umzusetzen.

Daher ist ein Abbau des Verhandlungstaus für zurückliegende Budgetjahre nach Auffassung der Betriebskrankenkassen nur im Rahmen einer angemessenen Konvergenzphase möglich. Die Konvergenzphase sollte zum 31.12.2023 abgeschlossen sein, inklusive der prospektiven Vereinbarung des Budgets 2024.

Eine Konvergenzphase ermöglicht auch, die mit dem Abschluss der offenen Krankenhausbudgets verbundenen Nachfinanzierungseffekte auf den Konvergenzzeitraum und die Zeit danach zu verteilen, wenn ab Genehmigung der Budgets die Zahlungsströme fließen. Anderenfalls sind im Rahmen der Ausgabenprognosen enorme Einmaleffekte zu erwarten, die sich fast ausschließlich auf das Ausgabenjahr 2023 konzentrieren. Dies gilt es angesichts der klaffenden Finanzierungslücke der gesetzlichen Krankenversicherung unbedingt zu vermeiden.

### **Schlichtungsausschuss auf Bundesebene statt ausschließlich Schiedsstellen im Land**

Das heutige System der Schiedsstellen ist für die im Referentenentwurf beabsichtigten Prozessveränderungen völlig ungeeignet. Die heutigen Schiedsstellen sind für die Bearbeitung von nur wenigen (< 10) Fällen pro Jahr ausgelegt. Sie müssten zur Bewältigung der massenhaften Schiedsstellenverfahren ein Vielfaches an Personal aufstocken. Dies scheint nur schwer möglich, zumal auf Grundlage der im Entwurf vorgesehenen Unterlagen fachlich belastbare Entscheidungen noch schwerer zu treffen sein werden. Stattdessen ist eher zu befürchten, dass viele der heute tätigen Schiedsstellenvorsitzenden ihre Ämter aufgrund von Überlastung niederlegen würden. Neues Personal für die Besetzung der Schiedsstellen zu finden, gestaltet sich bereits unter den jetzigen Umständen schon als überaus schwierig.

Bisher auch nicht geklärt ist die zukünftige Finanzierung der Schiedsstellen. Wenn der Gesetzgeber beschließt, die Schiedsstellensystematik verstärkt zu nutzen, dann kann die Finanzierung nicht mehr nur rein über das von den Krankenkassen finanzierte Umlageverfahren abgewickelt werden.

Der Verhandlungstau kann aus Sicht der Betriebskrankenkassen keinesfalls über die vorgesehene Schiedsstellensystematik aufgelöst werden. Die kurzen Fristen werden vielmehr zu immensen Abstimmungs- und Personalkosten nicht nur bei den Krankenkassen führen, während gleichzeitig völlig ungewiss bleibt, ob die Ziele des Referentenentwurfs auf diese Weise erreicht werden können.

Da viele Streitfragen ähnlich angelegt sind, sollte stattdessen ein bundeseinheitliches Klärungsverfahren in Anlehnung an den Schlichtungsausschuss Bund nach § 19 KHG etabliert werden. Durch dieses Gremium könnten unter Einbindung notwendiger Expertise, z. B. durch das InEK, wissenschaftlich fundierte Grundsatzentscheidungen getroffen werden, die dann auf der Ortsebene Rechtssicherheit bieten. Auf diese Weise könnten Budgetverhandlungen deutlich beschleunigt und Schiedsverfahren vermieden werden.

### **Präklusionswirkung für Unterlagen fördert zielgerichtete Budgetfindung**

Vollständige und belastbare Unterlagen sind Voraussetzung für eine zielgerichtete und erfolgreiche Budgetfindung, sowohl während den Verhandlungen als auch in einem gegebenenfalls sich anschließenden Schiedsstellenverfahren. Die vorgesehene Regelung, dass die Einreichung von Unterlagen und Auskünften mit Fristen für beide Parteien vorgesehen werden, wird befürwortet. Die Krankenkassenseite wird damit stärker als bisher dazu angehalten, ihre Forderungen mit entsprechenden Unterlagen zu untermauern. Weitere oder veränderte Forderungen und Nachreichungen, aber auch das Verlangen von wiederholten Auskünften von Krankenkassenseite sind nach Ablauf der Fristen nicht mehr zulässig. Alles was bis dato eingereicht wurde, gilt dann als Entscheidungsgrundlage der Schiedsstelle. Dass auch während des Schiedsstellenverfahrens keine weiteren Unterlagen oder Auskünfte geltend gemacht werden dürfen, wird begrüßt.

Die Betriebskrankenkassen weisen aber auch daraufhin, dass der Gesetzgeber in der Gesamtschau des Gesetzgebungsverfahrens darauf achten sollte, dass das partnerschaftliche Miteinander in Folge der Budgetbeschleunigung nicht geschwächt wird. Die Einführung straffer Fristenregelungen und der Präklusionslogik im Hinblick auf das Einreichen von Unterlagen darf die Zusammenarbeit der Vertragspartner und damit das Verhältnis und die Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung auf Ortsebene nicht belasten.

### **Verpflichtende Nutzung einheitlicher und datengestützter Verhandlungsgrundlagen**

Eine Maßnahme, welche die Budgetverhandlungen effektiv in der Praxis beschleunigen würde, wäre die Einrichtung eines Fachgremiums der Vertragspartner auf Bundesebene. Das Gremium erarbeitet bundeseinheitlich abgestimmte Muster, Formulare und Rechenblätter für die Verhandlungspartner vor Ort und passt diese grundlegenden Verhandlungsunterlagen fortlaufend an gesetzliche Änderungen des Krankenhausentgeltsystems an. Ein alljährliches, zeitraubendes Abstimmen der Vereinbarungsunterlagen im Vorfeld der eigentlichen Verhandlungen zwischen den Vereinbarungspartnern in jedem Bundesland würde entfallen und den Beginn der Verhandlungen so früh wie möglich im Jahr fördern.

Langfristig könnten die Budgetverhandlungen durch den Einsatz datengestützter und auf Algorithmen basierender Verhandlungsgrundlagen auf neue Füße gestellt werden. Dies trägt erheblich zur Entbürokratisierung bei und spart Zeit. Die Vertragspartner auf Bundesebene sollten daher verpflichtet werden, algorithmenbasierte Instrumente zur Unterstützung der Budgetverhandlungen auf Ortsebene zu entwickeln.

Einheitliche Verhandlungsgrundlagen vereinfachen außerdem die Arbeit der Schiedsstellen bei der Sichtung und Überprüfung der eingereichten Unterlagen. Eine Automatisierung wäre zukünftig möglich.

### **Abbau von Komplexität in der Krankenhausfinanzierung: Auftrag an die Bundesebene und Selbstverpflichtung des BMG**

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen kann langfristig eine Beschleunigung des Verfahrens nur nachhaltig erreicht werden, wenn neben der Anpassung von Prozessen und Strukturen auch ein Abbau der Komplexität der einzelnen Finanzierungselemente erfolgt. Hierzu sollten die Vertragspartner auf Bundesebene beauftragt werden, dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) jährlich Vorschläge zum Abbau von Komplexität in der Krankenhausfinanzierung vorzulegen.

Gleichzeitig sollte das BMG verpflichtet werden, Regelungen zukünftiger Finanzierungselemente stets auch unter Beachtung von möglichst einfacher Umsetzbarkeit im Rahmen der Budgetverhandlungen vor Ort auszugestalten.

### **Bei der Komplexitätsreduktion des Pflegebudgets ansetzen**

Um kurzfristig den Stau der vergangenen und laufenden Budgetjahre aufzulösen, muss bei der Komplexitätsreduktion der Verhandlung des Pflegebudgets angesetzt werden. Dort bestehen aktuell die größten Streitpunkte, die im Einvernehmen durch die Vertragsparteien nicht aufgelöst werden können. Der grundsätzliche Webfehler, dass eine tätigkeitsbezogene Abgrenzung der Pflegepersonalkosten ("Pflege am Bett") erfolgt ist, ohne auf Basis von validen Daten tätigkeitsbezogenen kosten- und leistungsseitig abgrenzen zu können, kann auf die Schnelle nicht behoben werden. Daher muss kurzfristig an folgenden Stellschrauben gedreht werden, um der Intention des Gesetzgebers gerecht zu werden, die vielen noch offenen Vereinbarungen zum Pflegebudget zum Abschluss zu bringen:

### ***Pauschaler Referenzwert für Sonstige Berufe und Personal ohne Berufsabschluss anlegen***

Die hausindividuelle Ermittlung des durchschnittlichen Vollkräfteeinsatzes von Personal aus der Gruppe "sonstige Berufe" des Jahres 2018 als Referenzpunkt für die Anrechnung im Pflegebudget ist stark konfliktbehaftet. Abhilfe würde ein pauschaler Referenzwert, der gesetzlich festgelegt wird, gerade in den Regionen mit noch wenig verhandelten Pflegebudgets schaffen. Dadurch kann Zeit eingespart werden.

Auf Basis der Datenmeldungen der Kliniken von 2018 an die Statistischen Landesämter könnte ein Verhältniswert in den Bereichen "sonstige Berufe" und "ohne Berufsabschluss" zum Gesamtpersonalbestand in der Pflege ermittelt werden. Als im Pflegebudget berücksichtigungsfähige Kosten sollte von diesem Wert ein pauschaler prozentualer Wert angesetzt werden, der dem Anteil der Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen Rechnung trägt.

Mit der Festlegung eines pauschalen Referenzwertes kann das Ziel der Budgetbeschleunigung erreicht werden. Zu Bedenken ist dabei jedoch, dass damit Krankenhäuser schlechter gestellt werden könnten, die bereits eine genehmigte Budgetvereinbarung haben. Eine daraus resultierende Ungleichbehandlung der Krankenhäuser wäre problematisch.

### ***Pauschalierung bei der Anrechenbarkeit pflegeentlastender Maßnahmen***

Kliniken, die nachweislich Maßnahmen zur Entlastung der Pflege umsetzen, können ihr Pflegebudget um 4% steigern. In Form einer Reduzierung der Nachweispflicht auf Durchführung und Mitteleinsatz in Verbindung mit einer Absenkung der Höhe der Anrechenbarkeit von pflegeentlastenden Maßnahmen auf 2%, kann das Verhandlungsgeschehen vereinfacht und effizienter gemacht werden.

### ***Kein Durchreichen von Testaten***

Im Rahmen der Budgetverhandlungen wird seit Inkrafttreten des Pflegebonusgesetzes von einigen Krankenhäusern die Rechtsauffassung vertreten, das Testat eines Wirtschaftsprüfers könne die erforderliche Verhandlung und eine sich daraus ergebende – zu testierende - Vereinbarung eines Pflegebudgets ersetzen. Dies ist nicht die Intention, die der Gesetzgeber mit den Änderungen des § 6a Abs. 3 KHEntgG durch das Pflegebonusgesetz verfolgt hat. Ziel ist, dem InEK durch die Anpassung der Fristen für die Testate nach § 6a Abs. 3 KHEntgG die regelmäßige Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems zu ermöglichen.

Grundsätzlich ist das Testat nämlich für eine prospektiv gedachte Verhandlung der Pflegekosten eingeführt worden, um Fehlschätzungen in der Mengen-, Preis-, Strukturkomponente und bei den sonstigen Kosteneinflussfaktoren retrospektiv auszugleichen. Der Sinn und Zweck der Testate liegt also in diesem nachträglichen Korrekturfaktor der prospektiven Fehlschätzung. Eine inhaltliche oder gar rechtliche Neubewertung der vereinbarten Werte war nie als Aufgabe der Testate angedacht und kann deshalb auch nicht als Ergebnis aus einem Testat hervorgehen. Diese zugrundeliegende Sichtweise muss ebenso beziehungsweise gerade für Testate gelten, die auf Basis des Pflegebonusgesetzes vor der Vereinbarung oder Festsetzung eines Pflegebudgets nach § 6a Absatz 1 Satz 1 KHEntgG den anderen Vertragsparteien und dem InEK vorgelegt wer-



den. Eine anderweitige Herangehensweise würde die gesetzlich normierte Vereinbarung eines Pflegebudgets obsolet machen. Letztlich würde die Definition und Abgrenzung der tatsächlich in der unmittelbaren Patientenversorgung tätigen Pflegekräfte zur Ermittlung der pflegebudgetrelevanten und nicht pflegebudgetrelevanten Bestandteile von den verhandelnden Vertragsparteien weg in die Verantwortung von fachfremden Wirtschaftsprüfern verlagert.

Eine entsprechende Klarstellung des Sachverhaltes in § 6a KHEntgG würde einerseits die notwendige Klarheit schaffen, dass die Verhandlung und sich ergebende Vereinbarung der Vertragsparteien nicht durch ein Testat ersetzbar sind und andererseits Verhandlungsverzögerungen bei der Vereinbarung des Pflegebudgets reduzieren. Eine fehlende Klarstellung des § 6a Abs. 3 KHEntgG würde ggf. den Anreiz schaffen, dass Krankenhäuser die Verhandlungen solange verzögern, bis die Frist zur Vorlage eines Testats, das unabhängig von der Vereinbarung oder Festsetzung eines Pflegebudgets ist, erreicht ist. Die Rückkehr zu prospektiven Budgetverhandlungen würde somit erschwert und auch in zukünftigen Jahren wäre mit einem Verhandlungsstau zu rechnen, der aktuell in den Jahren 2020 und 2021 zu beobachten ist.

## ÄNDERUNGSVORSCHLAG

*In § 6a Abs. 3 KHEntgG wird nach Satz 5 der folgende Satz ergänzt:*

*„Die Bestätigung des Jahresabschlussprüfers nach Satz 4 Nummer 1 bis 3 ersetzt nicht den erforderlichen Nachweis nach Satz 1 und 2; sie ersetzt auch nicht die in der Verhandlung nach § 6a Absatz 1 Satz 1 KHEntgG vorzunehmende Zuordnung und Abgrenzung von Kosten von Pflegepersonal gemäß den Vereinbarungen nach § 17b Absatz 4 Satz 2 KHG und § 9 Absatz 1 Nummer 8 KHEntgG.“*

## **Nummer 24 a) bb) und e): Elektronische Übermittlung und Verarbeitung vertragsärztlicher elektronischer Verordnungen (§360 SGB V)**

### **Zu bb)**

§ 360 Abs. 2 SGB V regelt die verpflichtende Umsetzung des eRezepts für verschreibungspflichtige Arzneimittel sowie deren Übermittlung über die Telematikinfrastuktur (TI) für die dort genannten Teilnehmer der TI. Mit der Ergänzung durch den neuen Satz 2 würde die eRezept-Verpflichtung verwässert und eine nicht nachvollziehbare Ausnahme für Verordnungen vorgesehen werden, die zulässigerweise direkt an eine bestimmte Apotheke oder einem sonstigen Leistungserbringer übermittelt werden. Ausnahmen der eRezept-Pflicht in der beschriebenen Konstellation sollten nicht gesetzlich legitimiert werden und sind daher abzulehnen. Die eRezepte stellen die Basis für Folgeprozesse sowie für die Arzneimittelhistorie in der elektronischen Patientenakte (ePA) dar. Daher müssen auch die Verordnungen, die einen anderen als den üblichen Weg nehmen, mit ihren Informationen zu den relevanten medizinischen Daten digital auch für die Folgeprozesse zur Verfügung stehen.

Der Gesetzesbegründung folgend, dass eine Ausnahme aufgrund derzeit fehlender technischer Voraussetzungen erforderlich ist, sollte die Nutzungsverpflichtung nur für einen definierten Übergangszeitraum gestattet werden, der im Gesetz entsprechend mit einem festen Termin benannt werden sollte.

**Zu e)**

In § 360 Abs. 14 SGB V handelt es sich um eine Folgeänderung aufgrund der Änderung von § 312 Absatz 1 Nummer 3. Danach bezieht sich die Einschränkung „soweit technisch möglich“ lediglich auf die elektronische Verfügbarmachung der Chargennummer und nicht auf die kompletten Dispensierinformationen im Zuge der Arzneimittelabgabe. Der Aufbau der Arzneimittelhistorie in der ePA, automatisch befüllt durch die eRezepte im eRezept-Backend, ist elementar wichtig für die Versorgung und die Versorgungsqualität im deutschen Gesundheitswesen. Eine grundsätzliche Ausnahme zur Übermittlung sämtlicher Dispensierinformationen in die ePA aus technischen Gründen muss daher entfallen. Der Begründung folgend sollte sich die Änderung in § 360 Abs. 14 lediglich auf die Übermittlung der Chargennummern, analog der Regelungen im § 312 Abs. 1 Nr. 3 beziehen und erfordert eine Klarstellung.

### **Nummer 25: Einwilligungsbasierte Übermittlung von Daten aus vertragsärztlichen elektronischen Verordnungen; Verordnungsermächtigung (361a SGB V)**

Die Nummerierung der Absätze im § 361a SGB V (neu), beginnt mit Absatz 4 und setzt sich bis Absatz 9 fort. Hierbei handelt es sich um einen redaktionellen Fehler. Die Absatznummerierung ist zu ändern und an die in der Begründung richtigerweise aufgeführte Nummerierung Absätze 1 bis 6 anzupassen.

## **Artikel 4: Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

### **Nummer 1-3: Krankenhauszukunftsfonds**

Die Änderungen betreffen finanzielle Fragen im Innenverhältnis zwischen Bund, Ländern und dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS). Die darüber hinaus getroffenen Klarstellungen hinsichtlich der Verwendung der Mittel für Informationssicherheit und des Zeitraums für den Nachweis der Mittelverwendung durch die geförderten Krankenhäuser sind zu begrüßen.

Bemerkenswert ist, dass die in der Neufassung des § 14b vorgesehene Auswertung der Digitalisierung und der nach § 14a geförderten Vorhaben sowie die Begleitforschung zur digitalen Transformation der Krankenhäuser dem Wortlaut nach vom Bundesministerium für Gesundheit selbst durchgeführt werden sollen. Zur Wahrung der wissenschaftlichen Unabhängigkeit sollte die erneute Übertragung dieser Aufgaben an eine Forschungseinrichtung in Erwägung gezogen werden.

### **Nummer 4a: Unterlagenübermittlung im Erörterungsverfahren**

Mit der Schaffung einer gesetzlichen Grundlage, dass der Medizinische Dienst die beim Krankenhaus erhobenen Daten und Unterlagen zum Zwecke der Durchführung eines Erörterungsverfahrens an die Krankenkasse schicken kann, wird das Erörterungsverfahren als Raum für die außergerichtliche Klärung gestärkt. Die Betriebskrankenkassen begrüßen diese Anpassung sehr. Denn damit ist sichergestellt, dass die Krankenkassen dieselben Daten und Unterlagen erhalten, die das Krankenhaus zur Begutachtung an den Medizinischen Dienst übermittelt hat. Somit kann die Krankenkasse für das Erörterungsverfahren auf der gleichen Unterlagenbasis eine Bewertung des strittigen Abrechnungsfalles vornehmen. Damit entfällt für die Krankenkassen ein aufwändiger Abgleich der vom Krankenhaus übersendeten Unterlagen mit denen, die dem Medizinischen Dienst zur Prüfung vorlagen.

### III. ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF

#### **Anknüpfungszeitpunkt für Erhebung von Rechnungsaufschlägen klarstellen**

In § 275c Absatz 3 Satz 3 SGB V sollte klargestellt werden, welche vom Medizinischen Dienst geprüften und beanstandeten Krankenhausbehandlungsfälle vom zeitlichen Anwendungsbereich der Aufschlagszahlung umfasst sind. Um der Intention des Gesetzgebers zu folgen, die Aufschläge schnellstmöglich wirksam zu machen, muss die ‚leistungsrechtliche Entscheidung der Krankenkasse‘ über eine Minderung der Abrechnung gegenüber dem Krankenhaus ab dem 01. Januar 2022 maßgeblicher Anknüpfungspunkt sein. Damit wird der zentrale Anreiz des MDK-Reformgesetzes, regelkonform abzurechnen, umgesetzt.

Das MDK-Reformgesetz vom 19.12.2019 trat zum 01.01.2020 in Kraft. Eine drohende Sanktion bei schlechter Abrechnungsqualität war seitdem bekannt, auch wenn deren Umsetzung verschoben wurde. Ohne Pandemie wären von den Krankenhäusern ab 01.01.2020 Aufschläge zu zahlen gewesen. Hierzu haben der GKV-Spitzenverband und DKG eine Vereinbarung getroffen (Übergangsvereinbarung zur PrüfV vom 10.12.2019 – auf Basis der BR-Drucksache 556/19 vom 08.11.2019, da sich das MDK-Reformgesetz noch im Gesetzgebungsverfahren befand und die näheren Einzelheiten zur Umsetzung des Prüfquotensystems erst noch festgelegt werden mussten (§ 275c Absatz 4 Satz 5 SGB V)). Es wurde festgelegt, dass der gesetzgeberische Zweck, einen Anreiz für korrekte Abrechnungen in 2020 zu schaffen, bei Abrechnungen aus dem Jahr 2019 und früher nicht mehr erreicht werden kann. Man einigte sich, dass die Regelung für einen Aufschlag für die Abrechnung von Behandlungsleistungen für Patienten gilt, für die ab dem 01.01.2020 eine Rechnung bei der Krankenkasse eingeht. Dem Vertrauensschutz-Gedanken wurde damit Rechnung getragen. Bis Ende 2019 konnten die Krankenhäuser darauf vertrauen, dass ihnen, wenn auf Grund der Prüfung durch den Medizinischen Dienst ein geminderter Abrechnungsbetrag festgestellt wird, nichts weiter droht als die Rückzahlung des zu Unrecht abgerechneten Betrages.

Diese Regelung kann so jedoch nicht auf das Jahr 2022 übertragen werden, weshalb Aufschläge nicht erst für Rechnungen mit Krankenhausaufnahme ab 01.01.2022 erhoben werden dürfen. Der Vertrauensschutz-Gedanke kann jetzt nicht mehr maßgeblich sein. Entsprechend führte auch das Bundesgesundheitsministerium in seinem Schreiben vom 24.11.2021 aus, dass die Ausgestaltung des Prüfquotensystems mit dem MDK-Reformgesetz vom 14.12.2019 beschlossen wurde. Seit diesem Zeitpunkt sei die Funktionsweise allen Akteuren bekannt. Die Prüfquote, die für das erste Quartal 2022 für das einzelne Krankenhaus maßgeblich ist, basiert bspw. auch auf Vergangenheitswerten, konkret den Ergebnissen des dritten Quartals 2021.

Dass Krankenhäuser nicht bereits in den Jahren 2020 und 2021 Aufschläge zahlen mussten, ist der Pandemie geschuldet. In der Gesetzesbegründung zum COVID-19-Krankenhauserlastungsgesetz wurde darauf verwiesen, dass aufgrund der hohen Belastung der Krankenhäuser und zu erwartende Liquiditätsengpässe auf die Erhebung in den Jahren 2020 und 2021 verzichtet wird (BT-Drucksache 19/18112).

Ab 01.01.2022 werden die Konsequenzen schlechter Abrechnungsqualität der Krankenhäuser nun vollständig umgesetzt. § 275c Abs. 3 S.1 SGB V lautet: „Ab dem Jahr 2022 haben die Krankenhäuser (...) einen Aufschlag (...) zu zahlen.“ Entsprechend der Intention des MDK-Reformgesetzes, dass mit dem gestuften Prüfquotensystem in Verbindung mit Aufschlägen potentielle Mehrausgaben der Krankenkasse deutlich verringert werden sollen, hat der GKV-Schätzerkreis für das Jahr 2022 ca. 300 Mio. Euro an Rückflüssen an die GKV eingepreist.

Damit diese Rückflüsse in der Höhe für das Jahr 2022 realisiert werden können, müssen Aufschläge bereits für Krankenhausaufnahmen vor dem Stichtag 01.01.2022 erhoben werden können. Andernfalls würde sich aufgrund der Dauer des Prüfverfahrens bei Aufschlagserhebung auf Krankenhaufälle mit Aufnahmedatum ab 2022 die Generierung der Finanzmittel in das Jahr 2023 verlagern. Angesichts des erheblichen Finanzdefizits der gesetzlichen Krankenkassen kann dies nicht gewollt sein. Hätte der Gesetzgeber an das Aufnahme-, Rechnungs- oder Rechnungseingangsdatum als die Zahlung begründendes Ereignis anknüpfen wollen, hätte er dies ausdrücklich regeln müssen und auch können.

Würde man auf den Anknüpfungzeitpunkt ‚Datum der Krankenhausaufnahme‘ und ‚Datum des Rechnungszugangs‘ abstellen, wäre dies darüber hinaus strategieanfällig. Bei diesen Anknüpfungspunkten wüsste das Krankenhaus zum Zeitpunkt der Rechnungsstellung, welche Prüfquote und damit verbundene Aufschlagshöhe zur Anwendung kommt. Ist die Prüfquote niedrig, kann das Krankenhaus bei Rechnungsstellung sicher sein, dass kein Aufschlag gezahlt werden muss. Dies könnte Einfluss auf die Qualität der Rechnungsstellung haben und widerspricht der Zielsetzung der gesetzlichen Regelung, Anreize für eine dauerhaft regelkonforme Rechnungsstellung zu setzen.

Daher muss es eine gesetzliche Klarstellung zur Anwendung von Aufschlägen nach § 275c Abs. 3 SGB V ab dem Jahr 2022 geben und zwar in der inhaltlichen Form, wie es das Bundesgesundheitsministerium wiederholt in seinen Schreiben vom 13.10.2021 und 24.11.2021 dargelegt hat:

„Anknüpfungspunkt des Wortlauts des § 275c Abs. 3 S.1 SGB V ist die (Nicht-) Beanstandung durch den Medizinischen Dienst (MD) nach Abschluss dessen Prüfung. Die Beanstandung des MD wird jedoch erst mit der leistungsrechtlichen Entscheidung der Krankenkasse über die Abrechnungsminderung gegenüber dem Krankenhaus wirksam, da erst damit das Krankenhaus Kenntnis darüber erlangt, inwieweit es zur Rückzahlung sowie zur Zahlung von Aufschlägen verpflichtet ist. Insofern ist im Rahmen von § 275c Abs. 3 S.1 maßgeblich, dass die leistungsrechtliche Entscheidung der Krankenkasse über eine Minderung der Abrechnung gegenüber dem Krankenhaus ab dem 01. Januar 2022 erfolgt. Dies schließt konsequenterweise auch solche Abrechnungen ein, die bereits vor dem 01. Januar 2022 gestellt sowie nach Prüfung durch den MD beanstandet worden sind.“

## ÄNDERUNGSVORSCHLAG:

*In § 275c Abs. 3 S.1 SGB V wird folgendes mit Inkrafttreten zum 01.01.2022 eingefügt:*

*„Mit der leistungsrechtlichen Entscheidung der Krankenkasse haben die Krankenhäuser ab dem 01.01.2022 bei einem Anteil (...)“*

## **Aufrechnung für Erhebung von Aufschlägen ermöglichen**

Gemeinsam mit der Klarstellung des Charakters der Rechnungsaufschläge nach § 275c Abs. 3 SGB V sollte Rechtssicherheit beim Weg der Erhebung der Aufschläge durch die Krankenkasse geschaffen werden. Es besteht aktuell Unsicherheit, ob die Aufschläge aufgerechnet werden dürfen.

§ 109 Abs. 6 SGB V regelt, dass Forderungen von Krankenhäusern in bestimmten Fällen mit Ansprüchen auf Rückforderung geleisteter Vergütungen aufgerechnet werden dürfen. Kernpunkt der Diskussion ist, dass zwar ein Aufschlag eigentlich keine geleistete Vergütung darstellt, aber an eine solche geknüpft ist. Der Aufschlag ergibt sich ja erst aus der Differenz zwischen dem ursprünglichen Betrag der Schlussrechnung des Krankenhauses und dem geminderten Abrechnungsbetrag nach Begutachtung durch den Medizinischen Dienst. Die Krankenkassen befürchten, dass die Rechtsprechung an den Wortlaut "geleistete Vergütung" anknüpfen könnte und damit die Möglichkeit der Aufrechnung für Aufschläge, welche eine Sanktionszahlung darstellen, gar nicht möglich gewesen wäre. Um Rechtssicherheit zu schaffen und Rückabwicklungen zu vermeiden, bedarf es einer gesetzlichen Klarstellung, die die Erhebung von Aufschlägen durch die Krankenkassen in Form der Aufrechnung ermöglicht.

## ÄNDERUNGSVORSCHLAG

*In § 109 Abs. 6 SGB V wird in Satz 2 folgende Ergänzung aufgenommen:*

*"Die Aufrechnung ist abweichend von Satz 1 möglich, wenn die Forderung der Krankenkasse vom Krankenhaus nicht bestritten wird oder rechtskräftig festgestellt wurde **sowie bei Aufschlägen nach § 275c Abs. 3 SGB V.**"*

## **Verpflichtung der Krankenkassen, im Zuge der Zustellung von elektronischen Gesundheitskarten zur Organ- und Gewebespende aufzufordern (§ 2 Absatz 1a Satz 1 TPG)**

Das TPG sieht vor, dass die Krankenkassen die Bevölkerung über die Möglichkeiten der Organ- und Gewebespende sowie deren Dokumentation, Änderung und Widerruf in dem im Aufbau befindlichen Organ- und Gewebespenderregister und über die Voraussetzungen und die vielfältige Bedeutung insbesondere zu Lebzeiten abgegebener Erklärungen zur Organ- und Gewebespende, auch im Verhältnis zu einer Patientenverfügung, aufklären. Daneben sollen Krankenkassen auch Ausweise für die Erklärung zur Organ- und Gewebespende (Organspendeausweis) zusammen mit geeigneten Aufklärungsunterlagen bereithalten und der Bevölkerung zur Verfügung stellen. Nach § 2 Absatz 1c TPG sind die Krankenkassen verpflichtet, mit der Zustellung der elektronischen Gesundheitskarte, ihren Versicherten, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, Aufklärungsmaterialien zur Organ- und Gewebespende und einen Organspendeausweis zu übersenden. Sie haben gleichzeitig ihre Versicherten aufzufordern, eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende zu dokumentieren und einen fachlich qualifizierten Ansprechpartner zu benennen.

Mit dem KHPfIEG soll der Umsetzungstermin für die Anbindung der ePA-App an das Organ- und Gewebespenderregister (OGR) angepasst (§ 342 Abs. 2 Nr.3) und die Krankenkassen zu dezidierten Versicherteninformationen im Rahmen der NFC-eGK-Ausgabe zu PIN, deren Beantragungswegen, sich daraus ergebenden Nutzungsmöglichkeiten hinsichtlich der TI-Anwendungen ePA, elektronischer Medikationsplan (eMP), elektronischer Verordnung (eVO) und elektronischer Patientenkurzakte (ePKA) verpflichtet werden.

Krankenkassen kommen ihren vielfältigen Informations- und Aufklärungspflichten, auch zu Organ- und Gewebespenden nach. Mit den schrittweisen Erweiterungen der Nutzungsmöglichkeiten der elektronischen Gesundheitskarte (eGK), etwa für die Anlage einer elektronischen Patientenakte (ePA) oder für die vollumfängliche Nutzung der eRezept-App der gematik mittels Verwendung der NFC-Funktionalität, wurde eine sichere Zustellung von eGK bzw. persönlicher Identifikationsnummer (PIN) für die eGK forciert und notwendig. Alleine diese Erweiterungen führen bis dato zu begleitenden Erläuterungen der Krankenkassen an ihre Versicherten, so bspw. hinsichtlich dieser Einsatzmöglichkeiten und der damit verbundenen Vorteile aber auch hinsichtlich der angebotenen Authentifizierungsmöglichkeiten.

Sollten sämtliche Aufklärungs- und Informationsaktivitäten im Zuge des eGK-Versands erfolgen, würde das den Umfang von originären eGK-Schreiben mit einer Vielzahl von Informationen zu den einzelnen Bestandteilen überfrachten. Die Erfahrung der Krankenkassen in der Versichertenkommunikation zeigt, dass ein solcher Informationsüberfluss bei Versicherten schnell dazu führt, dass Inhalte überhaupt nicht oder nur unzureichend wahrgenommen werden. Das verfolgte Ziel, über Organ- und Gewebespenden zu informieren, über deren Wichtigkeit aufzuklären und für die Abgabe einer entsprechenden Erklärung zu werben, würde konterkariert werden.

Die bestehende Regelung und Verpflichtung für Krankenkassen, ihren Versicherten, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, mit der Zustellung der eGK zugleich Aufklärungsmaterialien zur Organ- und Gewebespende sowie einen Organspendeausweis zu übersenden sowie zur Abgabe einer Erklärung zur Organ- und Gewebespende aufzufordern, sollte entfallen. Sinnvoll erscheint, die Informations- und Aufklärungsverpflichtung beizubehalten, jedoch eigenverantwortlich durch Krankenkassen zu organisieren. So könnten Krankenkassen entsprechende Informationen, z.B. auf ihren Websites oder im Downloadbereich zur Verfügung stellen und laufend auf diese hinweisen. Ebenso könnten Krankenkassen über Mitglieder Magazine aktiv die beschriebenen Aufklärungen und Informationen kommunizieren und Organspendeausweise bis zum Aufbau des Organ- und Gewebespenderegisters regelmäßig an Versicherte versenden.