

Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Verbändebeteiligung des BMG am 23.08.2022

**zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung
(Krankenhauspflegeentlastungsgesetz –KHPfLEG)
Stand 01.08.2022**

Stand: 18.08.2022

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Str. 31
10178 Berlin
Tel: 030 34646-2299
info@bv.aok.de

**AOK Bundesverband
Die Gesundheitskasse.**

Inhaltsverzeichnis

I. Zusammenfassung.....	5
II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Referenten- entwurfs	9
Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	9
Nr. 1 § 110a SGB V Qualitätsverträge.....	9
Nr. 2 §. 137k SGB V Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus.....	11
Nr. 3 § 137l SGB V Personalbesetzung in der Pflege im Krankenhaus; Verordnungsermächtigung.....	12
Nr. 4 a) § 139e Abs. 10 SGB V Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen; Verordnungsermächtigung.....	17
Nr. 4 b) § 139e Abs. 11 SGB V Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen; Verordnungsermächtigung.....	19
Nr. 5 § 275c SGB V Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst	20
Nr. 6 § 275d SGB V Prüfung von Strukturmerkmalen.....	23
Nr. 7 a und b § 283 SGB V Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund	25
Nr. 8 § 290 SGB V Krankenversichertennummer	26
Nr. 9 § 291 SGB V Elektronische Gesundheitskarte.....	27
Nr. 10 § 291a SGB V Elektronische Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis und Mittel zur Abrechnung	28
Nr. 11 § 291b SGB V Verfahren zur Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis.....	29
Nr. 12 § 311 SGB V Aufgaben der Gesellschaft für Telematik.....	30
Nr. 13 § 312 Aufträge an die Gesellschaft für Telematik.....	31
Nr. 14 § 332 a SGB V Unzulässige Beschränkungen durch die Anbieter und Hersteller informationstechnischer Systeme für die vertragsärztliche Versorgung, die vertragszahnärztliche Versorgung sowie Krankenhäuser und Apotheken.....	32
Nr. 14 § 332 b SGB V Rahmenvereinbarungen mit Anbietern und Herstellern Informationstechnischer Systeme	33
Nr. 14 § 332 c SGB V Störung der Geschäftsgrundlage von Verträgen mit Anbietern und Herstellern Informationstechnischer Systeme im Zusammenhang mit der Nutzung der Telematikinfrastruktur	34
Nr. 15 § 334 SGB V Anwendungen der Telematikinfrastruktur	35
Nr. 16§ 336 SGB V Zugriffsrechte der Versicherten.....	36

Nr. 17 § 340 SGB V Ausgabe von elektronischen Heilberufs- und Berufsausweisen sowie von Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen.....	37
Nr. 18 § 342 SGB V Angebot und Nutzung der elektronischen Patientenakte	38
Nr. 19 § 355 SGB V Festlegungen für die semantische und syntaktische Interoperabilität von Daten in der elektronischen Patientenakte, des elektronischen Medikationsplans, der elektronischen Notfalldaten und der elektronischen Patientenkurzakte.....	39
Nr. 20 § 356 SGB V Zugriff auf Hinweise der Versicherten auf das Vorhandensein und den Aufbewahrungsort von Erklärungen zur Organ- und Gewebespende	40
Nr. 21 § 357 SGB V Zugriff auf Hinweise der Versicherten auf das Vorhandensein und den Aufbewahrungsort von Vorsorgevollmachten oder Patientenverfügungen.....	41
Nr. 22 § 358 SGB V Elektronische Notfalldaten, elektronische Patientenkurzakte und elektronischer Medikationsplan	42
Nr. 23 § 359 Absatz 2 SGB V Zugriff auf den elektronischen Medikationsplan, die elektronischen Notfalldaten und die elektronische Patientenkurzakte	43
Nr. 24 § 360 SGB V Elektronische Übermittlung und Verarbeitung vertragsärztlicher elektronischer Verordnungen	44
Nr. 25 § 361a (neu) SGB V Einwilligungsbasierte Übermittlung von Daten aus vertragsärztlichen elektronischen Verordnungen; Verordnungsermächtigung....	46
Nr. 26 § 394a SGB V Verordnungsermächtigung	49
Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	50
Nr. 1 § 4 Abs. 2a KHEntgG Vereinbarung eines Erlösbudgets.....	50
Nr. 2 § 9 Vereinbarung auf Bundesebene	51
Nr. 3 § 11 Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus.....	52
Nr. 4 § 21 Übermittlung und Nutzung von Daten	61
Artikel 3 Änderung der Digitale Gesundheitsanwendungen-Verordnung.....	62
Nr. 1 § 4 Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit.....	62
Nr. 2. § 7 Nachweis durch Zertifikate.....	63
Artikel 4 Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	64
Nr. 1 § 14 a Krankenhauszukunftsfonds.....	64
Buchstabe a.....	64
Buchstabe b	65
Buchstabe c	65

Nr. 2 § 14 b Evaluierung des Reifegrades der Krankenhäuser hinsichtlich der Digitalisierung	67
Nr. 3 § 17 b Abs. 3 KHG.....	69
Nr. 4 § 17c Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Statistik.....	70
Artikel 5 Änderungen der Bundespflegesatzverordnung.....	71
Nr. 1 § 9 Abs. 1 Nr. 6 BPflV	71
Nr. 2 § 11 BPflV Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus	72
Artikel 6 Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung.....	73
Nr. 1 § 19 Förderungsfähige Vorhaben.....	73
Nr. 2 § 21 Verwaltungsaufgaben des Bundesamtes für Soziale Sicherung.....	74
Nr. 3 § 21 Verwaltungsaufgaben des Bundesamtes für Soziale Sicherung.....	75
Nr. 4 § 22 Antragstellung.....	76
Nr. 5 § 25 Nachweis über die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel	77
Artikel 7 Änderungen des Implantateregistergesetz.....	78
§ 17 Meldepflichten gegenüber der Vertrauensstelle	78
III. Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes	79
§ 6a Abs. 3 KHEntgG Gesetzlicher Änderungsbedarf zur Klarstellung.....	79
§ 10 Absatz 4 KHEntgG Anpassung.....	81
§ 284 SGB V Sozialdaten bei den Krankenkassen.....	83
§ 305 Abs. 3 SGB V Auskünfte an Versicherte.....	85

I. Zusammenfassung

Mit dem Referentenentwurf eines Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfLEG) werden insbesondere die Eckpunkte zur Einführung einer Personalbemessung auf Grundlage des PPR 2.0-Konzeptes umgesetzt, Regelungen zur Beschleunigung der Budgetverhandlungen im Krankenhaus eingeführt sowie Friständerungen zur Digitalisierung im Gesundheitswesens und zur Telematik geregelt.

Die den Krankenhausbereich betreffenden Regelungen des Referentenentwurfs enthalten aus Sicht des AOK-Bundesverbandes keine geeigneten Maßnahmen, um die Effizienz oder die Qualität der akutstationären Versorgung kurzfristig zu erhöhen. Vielmehr werden beispielsweise für die Einführung der PPR 2.0 Mehrausgaben in nicht quantifizierbarer Höhe angekündigt. Auch im Gesetzentwurf des GKV-Finanzstabilisierungsgesetz wurde auf kurzfristig wirkende finanzielle Entlastung der Krankenkassen im Krankenhausbereich verzichtet.

Einführung PPR 2.0:

Der Zeitplan ist unrealistisch und Regelungen zum Umgang mit den möglichen Ergebnissen der Auswirkungen der PPR 2.0 fehlen.

Der AOK-Bundesverband begrüßt, dass der Gesetzgeber sein Augenmerk auf die Verbesserung der Situation des Pflegepersonals richtet, das insbesondere durch die hohen Personalausfallquoten aufgrund der Covid-19-Pandemie unter hohem Druck steht.

Zwar wird die PPR 2.0 im Referentenentwurf als Übergangsinstrument klassifiziert, jedoch wird sie auf unbestimmte Zeit ohne Endpunkt eingeführt. Auch wird das Verhältnis zwischen der PPR 2.0 und dem zu entwickelnden Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument nicht abschließend geklärt. Zudem werden Regelungen zu vielen zentralen Fragestellungen, wie beispielsweise der transparente Umgang mit den Ergebnissen der Pflegepersonalbedarfsbemessung für die PatientInnen und Krankenkassen, ohne Not in eine Rechtsverordnung ausgelagert.

Der hierfür vorgegebene Zeitplan ist unrealistisch. Für die Testphase soll das Bundesministerium für Gesundheit ab dem Januar 2023 unabhängigen Sachverstand einbinden. Eine Ausschreibung, die in diesem Fall europaweit erfolgen muss, kann erst nach dem Inkrafttreten des Gesetzes beginnen und dauert in der Regel mindestens sechs Monate. Ebenso bleibt es unklar, wie auf Basis digitaler Instrumente der flächendeckende Einsatz der PPR 2.0 gelingen soll, weil kein Softwareanbieter innerhalb eines Monats die Erfordernisse einer Rechtsverordnung in qualitativ zumindest akzeptable IT-Lösungen integrieren kann. Auch sind die Zeiträume für die Einführung der letztlich geltenden Version der PPR 2.0, inklusive Schulungen und EDV-Umstellungen, viel zu

kurz. Es ist daher fast zwangsläufig zu erwarten, dass das erste Datenjahr keine belastbaren Ergebnisse erzielen wird.

Ferner fehlt ein Konzept zum Umgang mit den möglichen Ergebnissen der Auswirkungen der PPR 2.0. Der allgemeine Hinweis, Personalaufbau könne zu Kostensteigerungen führen, ist kaum ausreichend. Hier bedarf es klarer Regelungen, die zwingend auf der Ebene eines Gesetzes und nicht in einer nachgelagerten Rechtsverordnung geregelt werden müssen. Denn auf Basis heutiger Daten beträgt der finanzielle Unterschied zwischen dem Ist-Stand des Personals in den Kliniken und dem Sollbedarf der PPR 2.0 ungefähr 6 Milliarden Euro.

Positiv anzumerken ist aus Sicht des AOK-Bundesverbandes die gesetzliche Festlegung der Berücksichtigung des Pflegequalifikationsmixes.

Budgetbeschleunigung:

Grundsätzlich richtig, aber 4.500 offene Budgetabschlüsse können nicht in 7 Monaten verhandelt werden.

Der AOK-Bundesverband begrüßt die Grundintention einer Budgetbeschleunigung.

Für die Resilienz und Effizienz der Klinikfinanzierung ist der aktuelle Verhandlungsstau und ein dauerhaftes Nachlaufen der Budgetverhandlungen absolut hinderlich, da sich massive Unsicherheiten für Kliniken und Krankenkassen ergeben und die Budgetverhandlung als Instrument für die Bewältigung aktueller Krisen und Problemlagen kaum genutzt werden kann. Denn wer noch über das Budget 2020 streitet, kann kaum flexibel auf die aktuellen Herausforderungen im Jahr 2022 reagieren.

Allerdings verkennt der vorgelegte Referentenentwurf, dass der existierende Verhandlungsstau nur durch eine deutliche Komplexitätsreduktion und damit materiell-rechtliche Vorschläge aufgelöst werden kann. Nur auf dieser Basis können die Budgetverhandlungen im Nachgang sinnvoll durch verfahrensseitige Maßnahmen beschleunigt werden.

Bislang sieht der Referentenentwurf vor, dass ohne Vereinfachung und Pauschalierung der geltenden Regelungen innerhalb von 7 Monaten nach dem Inkrafttreten die noch offenen Budgetverhandlungen der Jahre 2018 bis 2022 sowie des Jahres 2023 abgeschlossen werden sollen. Dieser Ansatz verkennt das Ausmaß des Verhandlungsstaus, der vor Ort zu bewältigen ist: Es handelt sich dabei um ca. 4.500 Klinikbudgets, die unmöglich innerhalb von wenigen Monaten vereinbart werden können.

Die Folgen einer Umsetzung der vorgelegten Regelungen wären dramatisch: Kliniken und Krankenkassen wären über Monate paralysiert. Absehbar würden Verhandlungen im 4-stelligen Bereich in automatisierte Schiedsstellen laufen, die mit einer sol-

chen Verfahrenswelle mit großer Wahrscheinlichkeit überfordert sein werden. Darüber hinaus würden die Beitragszahler finanziell absehbar weiter stark belastet, da ohne Nachschärfung der geltenden Regelungen zum Pflegebudget und ohne ausreichend Zeit für eine Plausibilisierung und Verhandlung in den Schiedsstellen die Forderungen der Kliniken nur durchgereicht werden können. Es würden (dauerhaft) Mehrbelastungen durch Doppelfinanzierung im beitragsatzrelevanten Umfang entstehen, ohne dass sich ein Mehrwert für die Versicherten ergibt. In diesem Kontext ist auch zwingend klarzustellen, dass die Testate der Krankenhäuser im Pflegebudget den Grundsatz der Prospektivität nicht aushebeln oder die Vereinbarung ersetzen. Die AOK-Gemeinschaft hat dazu ergänzende Änderungsvorschläge formuliert.

Um den existierenden Verhandlungstau der Budgetjahre 2020 und 2021 aufzulösen, ist es zwingend erforderlich, kurzfristig mindestens die wesentlichen Konfliktpunkte der Pflegebudgetverhandlungen zu befrieden. Dissent sind beim Pflegebudget insbesondere drei Themenbereiche:

- 1) Personal, das nicht der Gruppe der examinieren Pflege zuzuordnen ist (Stichwort „sonstige Berufe“ und Personal „ohne Berufsabschluss“),
- 2) Pflegeentlastende Maßnahmen sowie
- 3) Strategische Umbuchung von examiniertem Personal, z. B. aus dem Funktionsdienst in den Pflegebereich.

Für alle drei Themenkomplexe hat die AOK-Gemeinschaft einfache und praktikable Lösungsvorschläge vorgelegt. In diesen Bereichen muss der Gesetzgeber zwingend nachregeln. Ferner müssen die Fristen für den Abbau des Verhandlungstaus ausgeweitet werden, sonst droht ein Zusammenbruch der Verhandlungssystematik auf der Ortsebene, anstelle der angestrebten Stabilisierung der regionalen Budgetverhandlungen.

Mittelfristig kann dann eine Budgetverhandlungssystematik greifen, die verfahrensseitig deutlich stringenter aufgestellt ist. Die im Referentenentwurf vorgesehen Regelungen müssen teilweise noch nachgebessert werden, weisen aber in die richtige Richtung.

Im Bereich der Abrechnungsprüfung ist positiv hervorzuheben, dass die Krankenkassen im Hinblick auf die ab dem Jahr 2022 wirkenden Aufschläge administrativ entlastet werden, da die Geltendmachung der Aufschläge nicht länger als Verwaltungsakt ausgestaltet wird. Klar abzulehnen ist, dass die Regelungen vorsehen, rückwirkend Kliniken mit besonders schlechter Abrechnungsgüte (< 20 % korrekte Rechnungen im MD-Verfahren) von einer Prüfquotenöffnung zu befreien. Es entstehen dadurch finanzielle Belastungen für die Versichertengemeinschaft, hohe administrative Aufwände für die Krankenkassen und es werden Kliniken mit einer besonders schlechten Abrechnungsgüte belohnt.

Digitalisierung:

Es fehlt die Fristverschiebung des sanktionsbewehrten Einföhrungstermin der sicheren digitalen Identitäten (IDP)

Die Anpassung der gesetzlichen Vorgaben für die Einföhrungstermine der Anwendungen und Dienste der Telematikinfrastruktur ist aufgrund der entweder fehlenden Spezifikationen oder der bestehenden Probleme beim Rollout notwendig gewesen und daher zu begrüßen. In diesem Kontext fehlt jedoch die Verschiebung des sanktionsbewehrten Einföhrungstermins der sicheren digitalen Identitäten, die den zentralen Baustein für die Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur 2.0 darstellen.

Ebenfalls begrüßenswert ist die Verpflichtung von Anbietern und Herstellern von Primärsystemen zur Einbindung von Diensten und Komponenten aller Anbieter ohne Zusatzkosten, um Hürden bei der Nutzung der Telematikinfrastruktur für die Leistungserbringer zu beseitigen. Dies ermöglicht eine größere Wahlfreiheit der Leistungserbringer und sollte dazu führen, dass in Folge dessen bei einem steigenden Qualitäts- und Preiswettbewerb kundenfreundlichere und schnellere Lösungen zur Verfügung stehen.

Im Abschnitt III dieser Stellungnahme wird aus AOK-Sicht aktuell bestehender ergänzenden Änderungsbedarf aufgenommen.

Zusätzlich soll an dieser Stelle auf weiteren aktuellen Regelungsbedarf hingewiesen werden: Vor dem Hintergrund der jüngsten BSG-Rechtsprechung (Bundessozialgerichtsurteil vom 07.04.2022 zu Festbeträgen für Einlagen B 3 KR 4 /20 R zu den Festbeträgen im Hilfsmittelbereich) ist mit weiteren deutlichen Preissteigerungen zu rechnen, die in der derzeitigen Finanzlage der GKV schon 2023 zu weiteren Belastungen führt. Aufgrund des jetzigen Rechtsrahmens und zunehmender Zusammenschlüsse von Leistungserbringer-Organisationen und -Verbänden sind kaum noch originäre Vertrags- und Vergütungsverhandlungen möglich; den Krankenkassen werden die Preise vielmehr diktiert. Das Bundeskartellamt untersucht diese Leistungserbringer-Zusammenschlüsse aktuell. Mit der Wegnahme des Ausschreibungsinstruments gibt es faktisch kaum noch Steuerungsinstrumente der Krankenkassen. Wir regen daher an, in der gesetzlichen Regelung zu den Verträgen der Krankenkassen wieder mehr wettbewerbliche Elemente zuzulassen, die die Wirtschaftlichkeit der Versorgung auch langfristig gewährleisten können.

II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Referentenentwurfs

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1 § 110a SGB V Qualitätsverträge

A Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß § 110a Absatz 3 wird den Krankenkassen auferlegt, ab 2022 pro Jahr 0,30 Euro pro Versicherten für Qualitätsverträge auszugeben. Bei Nichteinhaltung erfolgt eine Rückführung der Differenzbeträge an den Gesundheitsfonds. Neu geregelt wird, dass nicht bereits für 2022, sondern erstmals 2023 bei Unterschreitung dieses Volumens die nicht verausgabten Mittel im Folgejahr an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zu zahlen sind.

B Stellungnahme

Eine Verschiebung der Fristen bzgl. des Beginns einer Sanktionierung der Krankenkassen bei Nichteinhaltung des vorgeschriebenen Volumens für Qualitätsverträge hat die AOK-Gemeinschaft mehrfach eingefordert. Die Verschiebung einiger der Fristen um ein Jahr ist zunächst ein Schritt in die richtige Richtung. Dennoch erfordert die Umsetzung von Qualitätsverträgen von den Vertragsparteien umfangreiche Vorarbeiten und bindet personelle Kapazitäten. In Anbetracht der Pandemiefolgen und der aktuellen Schwerpunktsetzungen bei mangelnden Personalressourcen auch in den Krankenhäusern ist die Vorbereitung und der Abschluss von Qualitätsverträgen insbesondere auf Seiten der Krankenhäuser nicht hoch priorisiert. Die Entwicklung, die Vertragsverhandlung, ggf. die Beachtung von vergaberechtlichen Vorgaben, die Rekrutierung von Patienten und nicht zuletzt die sehr hohen administrativen Hürden bezüglich der Evaluation sind zusätzlich als deutliche Umsetzungshemmnisse anzusehen.

Die formulierten Fristen bezüglich der finanziellen Sanktionen, die bislang nur den Krankenkassen angelastet werden, sind dem Grunde nach und in der Ausgestaltung nicht sachgerecht. Eine Etablierung neuer Qualitätsverträge wird nicht durch einseitige Sanktionierung gefördert. Wenn man weiterhin über eine Malus-Regelung steuernd in den Markt eingreifen möchte, so sind gleichermaßen beide Vertragspartner in die Pflicht zu nehmen. Mindestens sollte ausreichend Zeit (bis 2024) für die Umsetzung von Qualitätsverträgen eingeräumt werden und auch der immense Aufwand von gescheiterten Verhandlungen Berücksichtigung finden, wenn Leistungserbringer wegen akuter Überlastung oder anderer Priorisierung ohne Einflussnahmemöglichkeit der Krankenkasse die Verhandlungen einseitig abbrechen.

Darüber hinaus wird im Gesetzentwurf die Anpassung des 0,30 Euro-Betrages gemäß der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße (§18 Abs. 1 SGB IV) unverändert fortgeführt, auch hier wäre zumindest eine Verschiebung sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Statt der im Entwurf formulierten Änderungen werden folgende weitergehende Änderungen vorgeschlagen:

In § 110a Absatz 3 Satz 1 erster Halbsatz werden die Worte "im Jahr 2022" durch "im Jahr 2024" ersetzt.

In § 110a Absatz 3 Satz 1 zweiter Halbsatz werden die Worte "von 2023 bis 2028" durch die Worte "2025 bis 2031" ersetzt.

In § 110a Absatz 3 Satz 3 werden nach den Worten "angemessene Pauschale für die Vertragsvorbereitungen" die Wörter "auch bei gescheiterten Verhandlungen" eingefügt.

In § 110a Absatz 3 Satz 4 wird " 2022" durch "2024" ersetzt.

Nr. 2 §. 137k SGB V Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus

A Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund der in § 137l vorgesehenen Einführung von Vorgaben zur Ermittlung und Festlegung des Pflegepersonalbedarfes in der unmittelbaren Patientenversorgung von Erwachsenen und Kindern auf bettenführenden, somatischen Stationen eines Krankenhauses als Interimslösung werden die in § 137k vorgesehenen Zeitvorgaben zur Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Pflegepersonalbedarfs angepasst. Bei der Entwicklung des wissenschaftlichen Verfahrens nach 137k sollen erste Erfahrungen mit dem Interimsinstrument PPR 2.0 einbezogen werden.

B Stellungnahme

Durch die Diskussion um die Einführung der PPR 2.0 hat das BMG die gesetzliche Frist zum 30.06.2022 im § 137k SGB V zur Ausschreibung und Beauftragung der Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Pflegepersonalbedarfs in Krankenhäusern verstreichen lassen. Die Selbstverwaltungspartner haben fristgerecht zum 15.12.2021 eine Leistungsbeschreibung für die Beauftragung inklusive Zeitplan vorgelegt. Insofern ist es folgerichtig, sofern am § 137k SGB V festgehalten werden soll und die Regelungen des neuen § 137l SGB V nur als Übergangsinstrument angesehen werden, die Fristen im § 137k SGB V neu zu definieren. Ob eine Verschiebung um ein Jahr allerdings ausreichend ist, ist vor dem Hintergrund der gewünschten Übertragung erster Ergebnisse des Personalbemessungsinstruments nach § 137l SGB V aufgrund des dort sehr eng bemessenen Zeitplans fraglich. Wäre die ursprüngliche Zeitplanung des § 137k SGB V eingehalten worden, läge Ende des Jahres 2024 ein einsatzfähiges Pflegepersonalbemessungsinstrument für Krankenhäuser vor und es bedürfte keiner aufwändigen Doppelentwicklung.

Deshalb ist es notwendig, dass die bereits vorliegende Leistungsbeschreibung der Selbstverwaltungspartner sofort durch das BMG freigegeben wird, um weitere Verzögerungen zu vermeiden.

Sollte an der Einführung des § 137l SGB V festgehalten werden, ist sicherzustellen, dass die Erfahrungen, die bei der Einführung des Pflegepersonalbemessungsinstruments nach § 137l SGB V gemacht werden, bei dem Instrument nach § 137k SGB V einfließen können. Deshalb ist eine sofortige Freigabe der vorliegenden Leistungsbeschreibung der Selbstverwaltungspartner zur Beauftragung nach § 137k SGB V durch das BMG notwendig.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 3 § 137l SGB V Personalbesetzung in der Pflege im Krankenhaus; Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit diesem Paragraphen soll die sogenannte PPR 2.0 als Übergangsinstrument bis zur Wirkung des § 137k SGB V eingeführt werden. Die PPR 2.0 soll in den somatischen Bereichen eines Krankenhauses und in der somatischen Kinder- und Jugendmedizin Anwendung finden. Von der Anwendung ausgeschlossen sind die Psychiatrie und die Intensivmedizin. Dazu soll das Instrument einem mindestens dreimonatigen Pilotverfahren unter verpflichtender Beteiligung einer repräsentativen Auswahl von Krankenhäusern erprobt werden. Dadurch sollen die Konzepte einem Praxistest unterzogen werden. Unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Pilotverfahrens erlässt das Bundesministerium für Gesundheit anschließend durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates bis zum 30.11.2023 Vorgaben zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfes in Anlehnung an die Konzepte der PPR 2.0 und der Kinder-PPR 2.0. Darin ist vorzusehen, dass die Krankenhäuser ab dem 1. Januar 2024 den Pflegepersonalbedarf nach den Vorgaben der Rechtsverordnung für alle bettenführenden Stationen der Somatik zu ermitteln haben. Ein Krankenhaus soll allerdings nicht an die in der Rechtsverordnung festgelegten Vorgaben gebunden sein, wenn für das Krankenhaus in einer (tarif-)vertraglichen Vereinbarung zwischen Arbeitgeber(n) und Beschäftigten verbindliche Vorgaben zum Personaleinsatz in der unmittelbaren Patientenversorgung von Erwachsenen und Kindern auf bettenführenden, somatischen Stationen getroffen wurden.

Auf Grundlage der ermittelten Daten zur Ist- und Soll-Personalbesetzung können die krankenhausindividuellen Erfüllungsgrade der Soll-Personalbesetzung errechnet werden. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, auf Grundlage der ermittelten Daten zur Ist- und Soll-Personalbesetzung durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates den von den Krankenhäusern einzuhaltenden Erfüllungsgrad der Soll-Personalbesetzung festzulegen. Damit soll eine sog. Konvergenzphase eingeleitet werden, mit der die stufenweise Anhebung des Erfüllungsgrades mit dem Ziel des Personalaufbaus beginnt. Für den Fall des Unterschreitens des festgelegten Erfüllungsgrades können in der Rechtsverordnung weitere Maßnahmen und ggf. Sanktionen festgelegt werden.

B Stellungnahme

Die Einführung der PPR 2.0 als Übergangsinstrument wird grundsätzlich abgelehnt. Es ist zwar zu begrüßen, dass der Gesetzgeber sein Augenmerk auf das Pflegepersonal richtet, das noch immer durch hohe Personalausfallquoten wegen Covid-19 unter hohem Druck steht, jedoch gibt es mit dem § 137k SGB V bereits den gesetzli-

chen Auftrag, ein Pflegepersonalbedarfsinstrument zu entwickeln. So bleibt der Gesetzgeber die Antwort schuldig, wie durch die Einführung eines die Situation beschreibenden Instruments, nichts Anderes ist die PPR 2.0, der aktuellen Nachfrage nach Pflegekräften im Krankenhaus besser begegnet werden soll. Schätzungen über fehlende Pflegekräfte gibt es bereits jetzt in ausreichendem Maße, diese treffen jedoch seit längerem auf eine eklatante Mangelsituation im Arbeitsmarkt. Erschwerend kommt hinzu, dass das Instrument nicht für den Nachtdienst und die Intensivmedizin gilt. Diese zwei besonders sensiblen Bereiche werden vom gewünschten Aufbau von Pflegepersonal ausgenommen, was unverständlich ist, da die Auswertungen bei den Pflegepersonaluntergrenzen gezeigt haben, dass gerade hier Nachholbedarf besteht. Hier wird ohne Not für ein Übergangsinstrument der Komplexitätsgrad durch eine Vielzahl parallel anzuwendender Regelungen weiter erhöht. Die Lösung kann nicht darin liegen, bereits etablierte Regelungen wie die Pflegepersonaluntergrenzen, die ihre Notwendigkeit unter Beweis gestellt haben, abzuschaffen, sondern auf die Einführung zusätzlicher komplexer Regelungen zu verzichten.

Die PPR 2.0 wird zwar im Referentenentwurf als Übergangsinstrument benannt, jedoch auf unbestimmte Zeit ohne Endpunkt eingeführt. Auch wird das Verhältnis zwischen der PPR 2.0 und dem zu entwickelnden Pflegepersonalbedarfsbemessungsinstrument nicht abschließend geklärt. Damit werden unnötige und teure Parallelstrukturen geschaffen. Vielmehr werden mit der Einführung der PPR 2.0 Mehrausgaben in nicht quantifizierbarer Höhe angekündigt. Dabei wurde schon im GKV FinStG eine zeitnah wirkende Entlastung der Krankenkassen durch Ausgabenverminderung im größten Block der GKV vermisst. Insgesamt werden viele zentrale Fragestellungen, wie beispielsweise der transparente Umgang mit den Ergebnissen der Pflegepersonalbedarfsbemessung für die PatientInnen und Krankenkassen ohne Not in eine Rechtsverordnung geschoben. Das führt tendenziell zu Irritationen, weil die Intensität der ordentlichen parlamentarischen Beratung anscheinend geschwächt werden soll.

Zu den Maßnahmen im Einzelnen:

Absatz 1:

Das Verschieben sämtlicher Detailregelungen zur Einführung der PPR 2.0 in eine Rechtsverordnung ist kritisch zu sehen. Es bleibt unklar, was genau eingeführt werden soll und welche Kostenwirkungen damit auf den Beitragszahler zukommen. Die Berücksichtigung eines Qualifikationsmixes wird begrüßt, da sie im Ursprungskonzept der PPR 2.0 nicht enthalten ist. Hinsichtlich der Umsetzung gibt es jedoch keine Aussagen. Eine normative Festlegung bestimmter Prozentanteile für bestimmte Qualifikationsniveaus nach Köpfen analog den Regelungen zu den Pflegepersonaluntergrenzen greift zu kurz. Vielmehr braucht es eine differenzierte Festlegung der Minutenwerte für alle 16 Bereiche der A1-4/S1-4-Matrix und allen Qualifikationsniveaus.

In diesem Kontext ist auch die tägliche Bestimmung des Pflegeaufwands und dessen Dokumentation zu sehen. Es ist nicht erkennbar, inwieweit eine digitale Unterstützung möglich ist. Vielmehr scheint hier ein unkalkulierbarer Dokumentationsaufwand auf die Pflegekräfte, die es eigentlich zu entlasten gilt, zuzukommen. Die tägliche Dokumentation kann und darf nicht papiergebunden erfolgen. Es bedarf einer bundesweit einheitlichen zertifizierten Gruppierungssoftware, damit der Pflegeaufwand nach bundesweit einheitlichen Maßstäben erfasst wird. Hier darf es nicht zu unterschiedlichen Schätzungen des Pflegeaufwands bei gleichen Fallkonstellationen kommen. Um eine sachgerechte und fehlerfreie Dokumentation zu gewährleisten, sind auch umfangreiche und bundeseinheitliche Schulungen notwendig. Dies betrifft die differenzierte Erfassung in der 16-Felder Matrix, die Einführung notwendiger Software und vieles mehr. Der Pre-Test zur PPR 2.0 hat bereits gezeigt, dass die PPR 2.0 im Stationsalltag nur bedingt überzeugt. So fand nur die Hälfte der Pflegenden die Kriterien der Einstufung der Patienten eindeutig und nur ein Viertel betrachtete die PPR 2.0 als zeitsparend. Allein diese beiden Punkte deuten darauf hin, dass mit der PPR 2.0 den Pflegenden ein massiver zusätzlicher Aufwand ohne erkennbaren Nutzen zugewiesen wird. Bürokratieabbau sieht anders aus.

Hinsichtlich der Dokumentation, der Nachweise und der Veröffentlichung der von den Krankenhäusern zu erhebenden und zu übermittelnden Daten ist notwendig, dass diese nicht nur zwischen den Krankenhäusern und dem BMG ausgetauscht werden. Die dem ursprünglichen Konzept der PPR 2.0 innewohnende Intransparenz gegenüber Dritten darf hier nicht übernommen werden. Auch der Öffentlichkeit und den Krankenkassen sind diese Daten in einfacher Form zugänglich zu machen. Patientinnen und Patienten müssen wissen, in welchen Krankenhäusern ausreichend Pflegekräfte vorhanden sind und wo nicht. So können die Patienten eine Auswahlentscheidung im Sinne der pflegerischen Qualität treffen, die nicht berücksichtigte Krankenhäuser dazu motiviert, sich verstärkt um die Akquise von Pflegekräften zu bemühen.

Die Vorgabe von Sanktionen bei Nichterreicherung vorgegebener Sollwerte wird als notwendig begrüßt. Alles andere würde die Regelung zu einem Muster ohne Wert machen und führt nur zu unendlichen Übergangszeiten ohne erkennbare Auswirkungen auf die Ausstattung mit Pflegekräften. Deshalb müssen Sanktionen von Beginn an Teil der Gesamtumsetzung werden und dürfen nicht durch lange Übergangsfristen und umfangreiche Ausnahmen ausgehöhlt werden.

Absatz 2

Da durch einen Soll-Ist-Vergleich allein kein Pflegepersonal geschaffen wird, ist es notwendig, in einer Rechtsverordnung die im Zeitablauf zu erreichende Soll-Personalbesetzung vorzugeben. Hierbei kann die Konvergenzphase beliebig gestreckt und die Höhe der Soll-Personalbesetzung ohne Maßgabe festgesetzt werden. Letzteres

muss zwingend unter der eigentlich ermittelten Soll-Personalbesetzung liegen, damit ein Krankenhaus bei der aktuellen Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich überhaupt die Möglichkeit hat, Vorgaben zu erreichen. Der Beliebigkeit sind hier Tür und Tor geöffnet. Im Ergebnis wird damit der vorhandene Mangel an Pflegepersonal per abgesenkter Vorgabe wegdefiniert, im besten Fall verwaltet, was weder Pflegekräften noch Patienten hilft.

Hinzu kommt das Fehlen eines Konzeptes, was genau im Rahmen des gewünschten Pflegepersonalaufbaus finanziert werden soll. Hier bedarf es klarer Regelungen, die zwingend auf der Ebene eines Gesetzes und nicht in einer nachgelagerten Rechtsverordnung geregelt werden. Denn auf Basis heutiger Daten beträgt der finanzielle Unterschied zwischen dem Ist-Stand des Personals in den Kliniken und dem Soll-Bedarf der PPR 2.0 ungefähr 6 Milliarden Euro. Es können nur vorhandene und nachgewiesene Stellen finanziert werden, eine Soll-Finanzierung nicht besetzter Stellen ist zwingend auszuschließen.

Absatz 3

Grundsätzlich wird eine Erprobungsphase bei der Einführung eines solch weitreichenden Instruments begrüßt. Dass die Erprobungsphase dabei auf einer repräsentativen Auswahl an Krankenhäusern, im Gegensatz zum Pre-Test zur PPR 2.0, beruht, ist ebenfalls positiv zu sehen. Der vorgegebene, ambitionierte Zeitplan wirft jedoch Fragen auf. Für die Testphase soll das Bundesministerium für Gesundheit ab dem Januar 2023 unabhängigen Sachverständigen einbinden. Die dafür notwendige Ausschreibung muss mit hoher Wahrscheinlichkeit europaweit erfolgen, da eine repräsentative Stichprobe an Krankenhäusern zugrunde gelegt werden soll. Da nicht nur die Praktikabilität des Soll-Ist-Vergleichs auf Krankenhausebene ermittelt werden soll, sondern auch der Schulungs- und Dokumentationsaufwand, unter Einbindung digitaler Anwendungen, zu quantifizieren ist, ist ein Ausschreibungsvolumen unterhalb der Schwelle der europaweiten Ausschreibung schwer vorstellbar.

Sollte dies trotzdem geplant sein, sind die Ergebnisse der Konzepterprobung ernsthaft in Frage zu stellen. Bei einer europaweiten Ausschreibung, die in der Regel sechs Monate dauert, ist der beschriebene Zeitplan nicht zu halten. Ebenso bleibt es unklar, wie nach Vorliegen des Abschlussberichts zum 31.08.2023 auf Basis digitaler Instrumente der flächendeckende Einsatz der PPR 2.0 gelingen soll, weil kein Softwareanbieter innerhalb eines Monats die Erfordernisse einer Rechtsverordnung in qualitativ zumindest akzeptable IT-Lösungen integrieren kann. Auch sind die Zeiträume für die Einführung der letztlich geltenden Version der PPR 2.0, inklusive Schulungen, EDV-Umstellungen viel zu kurz. Es ist daher fast zwangsläufig zu erwarten, dass das erste Datenjahr keine belastbaren Ergebnisse erzielen wird.

Grundsätzlich bleibt unklar, wie mit unerwünschten Ergebnissen der Erprobung umgegangen werden soll. Werden diese im Ergebnisbericht benannt, gibt es dazu Lösungsvorschläge, falls ja, werden diese nochmals getestet? Für eine möglichst reibungslose Einführung der PPR 2.0 ist die Beantwortung dieser Fragen essenziell.

Absatz 4

Das Vorsehen einer opt-out Regelung bei Vorliegen (tarif-)vertraglicher Vereinbarungen zur Entlastung des Pflegepersonals ist abzulehnen. Die Begrifflichkeiten scheinen extrem dehnbar und konterkarieren den Ansatz, den Pflegepersonalbedarf zu messen erheblich. So sind beispielsweise Regelungen denkbar, die einzelne Bestandteile der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung tarifvertraglich festlegen und damit bereits die Verpflichtung des § 137l SGB V aushebeln. Bei rein betriebsinternen Instrumenten besteht ein hohes Potenzial der Unterschreitung von der PPR 2.0 Bedarfsvorgaben. Eine Berücksichtigung bzw. Bewertung der Effizienz von entsprechenden betrieblichen Vereinbarungen wird aus methodischer Sicht ausgeschlossen sein. Auch ist die Verpflichtung zur Transparenz der Vereinbarungen und Datenlieferungen gegenüber Dritten nicht mehr gegeben.

Bisher gibt es keinen Nachweis, dass tarifvertragliche Regelungen, die im Personalbereich Verhältniszahlen vorschreiben, tatsächlich eine bessere Personalausstattung im Krankenhaus zur Folge haben. Aus den beschriebenen Gründen ist daher die Einführung der Regelung abzulehnen. Empirische Nachweise bleibt der Gesetzgeber schuldig. Sollte die Einführung dieser Regelung jedoch als notwendig erachtet werden, sind strengere Mindestanforderungen für eine opt-out-Regelung erforderlich.

C Änderungsvorschlag

Streichung der gesamten Regelung.

Sollte an der Einführung der PPR 2.0 festgehalten werden, wären zumindest die folgenden Anpassungen im § 137l erforderlich:

- Die Transparenz hinsichtlich der Umsetzungsgrade der PPR 2.0 für Patienten und Fachöffentlichkeit ist gesetzlich vorzuschreiben.
- Die Geltungsdauer der PPR 2.0 ist zeitlich zu befristen und damit dem Charakter des Übergangsinstruments Rechnung zu tragen.
- Die Stellungnahme enthält bzgl. des Zeitplans Anpassungsvorschläge, deren Berücksichtigung für eine Einführung der PPR 2.0 erforderlich ist. Dies gilt besonders für die Ausschreibungsfrist als auch für die Übertragung von Anpassungsbedarfen in digitale Lösungen. Werden diese Anpassungen nicht durchgeführt, sind entsprechende Datenjahre qualitativ unbrauchbar, der Zeitplan wird faktisch verlängert und es entstehen hohe Dokumentationsaufwände für das Pflegepersonal.
- Es ist gesetzlich klarzustellen, dass keine Sollstellenfinanzierung auf der Basis der PPR 2.0 erfolgen soll.

Nr. 4 a) § 139e Abs. 10 SGB V Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen; Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

aa)

Der Gesetzgeber hat im DVPMG festgelegt, dass Hersteller von digitalen Gesundheitsanwendungen die Erfüllung der Anforderungen an den Datenschutz umfangreicher nachweisen müssen. Bisher war eine Selbstauskunft dazu ausreichend. Für den Nachweis wurden Fristen und Termine mit dem DVPMG im Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAV) festgelegt. Die in Absatz 10 vorgegebenen Fristen sollen vom 31.12.2021 auf den 31.12.2023 verlängert werden. Bis dahin erfolgt die Festlegung der Anforderungen an den Nachweis der Anforderungen an die Datensicherheit.

bb)

Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) soll ein Verfahren zur Bestätigung zur Einhaltung der Anforderungen an den Datenschutz anbieten. Der Termin, ab dem das BSI dieses anbietet, wird vom 01.06.2022 auf den 01.06.2023 verschoben.

cc)

Die Hersteller müssen die Einhaltung nachweisen. Der Termin, ab dem die Hersteller die Erfüllung der Anforderungen an die Datensicherheit nachweisen müssen, wird vom 01.01.2023 auf den 01.01.2024 verlängert.

B Stellungnahme

zu aa) und bb)

Angesichts in der jüngsten Vergangenheit aufgedeckter Datenschutzlücken in einigen digitalen Gesundheitsanwendungen dürfen die auf Selbstauskunft der Hersteller gegenüber dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) basierenden Bestimmungen des Datenschutzes nicht für ein weiteres Jahr aufrechterhalten werden. Sie müssen zum ursprünglich 01.01.2023 umgesetzt werden. Dass der gesetzte Termin 01.06.2022 ergebnislos verstrich ist zu kritisieren.

zu cc)

Die Verschiebung des Termins für die Festlegung der Prüfkriterien verzögert die Sicherstellung der Anforderung an den Datenschutz um weitere 15 Monate. Diese Verschiebung ist mit Verweis auf die aktuell festgestellten Datenschutzprobleme bei einigen Herstellern als kritisch zu bewerten.

Unter den Eindrücken der letzten Ereignisse, insbesondere die Sperrung des Identifikations-Verfahrens für Versicherte wegen Datenschutzproblemen ist die Verschiebung der Termine für die Sicherstellung des Datenschutzes und der Datensicherheit zu bemängeln und nicht sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Die geplante Regelung ist zu streichen. Die bisher festgelegten Fristen sind umzusetzen bzw. für den abgelaufenen Termin 01.06.2022 unverzüglich nachzuholen oder ein zeitnahe neuer Termin festzulegen.

Nr. 4 b) § 139e Abs. 11 SGB V Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen; Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem DVPMG wurde eingeführt, dass das BSI die Anforderungen und Prüfkriterien für den Nachweis der Einhaltung Datensicherheit festlegt. Der in Absatz 11 vorgesehene Termin wird auf den 01.08.2024 verschoben. Dieser sieht die Festlegung der Prüfkriterien für die von digitalen Gesundheitsanwendungen nachzuweisenden Anforderungen an den Datenschutz nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 vor.

B Stellungnahme

Die Verschiebung des Termins für die Festlegung der Prüfkriterien verzögert die Sicherstellung der Anforderung an den Datenschutz um weitere 15 Monate. Diese Verschiebung ist mit Verweis auf die aktuell festgestellten Datenschutzprobleme bei einigen Herstellern als kritisch zu bewerten. Mit Verweis auf die Ausführungen zu Nr. 4 a) ist die Verschiebung der genannten Fristen und Termine für den Nachweis der Datensicherheit nicht sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Die geplante Regelung ist zu streichen. Die Regelungen für den abgelaufenen Termin 01.06.2022 sind unverzüglich nachzuholen oder ein zeitnaher neuer Termin festzulegen.

Nr. 5 § 275c SGB V Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst

A Beabsichtigte Neuregelung

a)

Die vorgeschlagene Regelung sieht vor, dass die Krankenkassen die MD erst ab dem 01.01.2022 im Ausnahmefall mit der Prüfung von Krankenhausabrechnungen über die quartalsbezogenen Prüfquoten hinaus mit weiteren Krankenhausabrechnungsprüfungen beauftragen können.

b)

Es wird eine gesetzliche Grundlage geschaffen, damit der MD die beim Krankenhaus erhobenen Daten und Unterlagen an die Krankenkasse übermitteln kann. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-SV sollen Regelungen für das elektronische Geltendmachen und die Datenübermittlung hinsichtlich des Aufschlages nach Absatz 3 vereinbaren.

c)

Der mit dem MDK Reformgesetz eingeführte Aufschlag nach § 275c Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch muss gegenwärtig durch die Krankenkassen mittels eines Verwaltungsaktes geltend gemacht werden. Die bisherige Regelung verursacht hohe Verwaltungsaufwände, welcher durch die Anpassung der Formerfordernis entfallen sollen.

B Stellungnahme

a)

Die vorgesehene Regelung wird abgelehnt.

Statt einer Klarstellung handelt es sich um eine rückwirkende Änderung der gesetzlichen Regelungen für die Prüfquotenöffnung. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass der Klarstellungscharakter schon im Vorfeld der aktuellen Gesetzgebung durch das BMG vertreten wurde und von einschlägigen Institutionen zurückgewiesen wurde. Sowohl das SG Speyer (Aktenzeichen S 2 KR 161/21 ER) wie auch das SG Detmold (Aktenzeichen S 16 KR 731/21 ER) haben diese Lesart bereits uneindeutig verneint. Auch der Versuch die Klarstellungslesart durch das BMG auf der 99. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger am 24. und 25.11. 2021 in Mainz zu etablieren, wurde von den Landesbehörden abgelehnt.

Auch inhaltlich ist die Regelung abzulehnen. Bei den durchgeführten Prüfquotenöffnungen bis Ende des Jahres 2021 handelt es sich ausschließlich um Tatbestände nach dem ersten Halbsatz des Satz 6 von Absatz 2. Es sind also ausschließlich Häuser betroffen, bei denen noch nicht einmal 20 % der vom MD geprüften Rechnungen als korrekt abgerechnet bewertet werden konnten. Wird auf eine Prüfquotenöffnung verzichtet, werden die Kliniken mit einer besonders schlechten Abrechnungsgüte belohnt und den Versicherten entsteht ein signifikanter Schaden.

Zudem würde der Vertrauensschutz der Kassen gefährdet: Gemäß § 275 Abs. 2 Satz 7 wurden die vorgenommenen Prüfquotenöffnungen den zuständigen Landesbehörden unter Angabe von Gründen angezeigt ohne dass hier seitens der Behörden eine Beanstandung erfolgte.

Gegen einen nachträglichen Ausschluss der Prüfquotenöffnung für das Jahr 2021 spricht auch der aus verwaltungstechnischer Sicht unverhältnismäßig hohe Aufwand: Die Krankenkassen müssten die schon in die Prüfung eingebrachten in zwei Subgruppen teilen: Fälle, die rückabzuwickeln sind und Fälle, die weiterhin als Teil der Abrechnungsprüfung durch den MD zu bearbeiten sind. Die dabei unumgänglichen Rechtsstreitigkeiten würden die Sozialgerichte in einem weiteren Schritt zusätzlich belasten. Die aus diesem Vorgehen resultierenden Veränderungen würden die bereits für diesen Zeitraum veröffentlichten und genutzten Quartalsstatistiken verändern, die wiederum für die Einstufung in Prüfklassen genutzt werden. Als Folge werden absehbar zusätzliche Rechtsstreitigkeiten entstehen.

b)

Die gesetzliche Regelung, die die Geltendmachung des Aufschlags im Wege einer Vereinbarung über die elektronische Datenübertragung regelt, wird begrüßt.

Ergänzt werden muss jedoch klargestellt werden, dass die Krankenhäuser weiterhin zum Unterlagenversand verpflichtet sind, bis diese Vereinbarung in Kraft tritt und operativ umgesetzt werden kann.

c)

Die vorgeschlagene Regelung wird begrüßt.

Nach § 275c Absatz 3 SGB V hat ein Krankenhaus ab dem Jahr 2022 bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 60 Prozent neben der Rückzahlung der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag einen Aufschlag auf diese Differenz an die Krankenkasse zu zahlen. Die Berechnung der Höhe des Aufschlags ist im Gesetz festgelegt. § 275c Absatz 5 Satz 1 SGB V regelt, dass Widerspruch und Klage gegen die Geltendmachung des Aufschlags keine aufschiebende Wirkung haben. Da ein Widerspruch nur bei Vorliegen eines Verwaltungsaktes in Betracht kommt, ist aus dieser Vorschrift abzuleiten, dass es sich bei der Geltendmachung des Aufschlags durch die Krankenkasse gegenüber dem Krankenhaus um einen Verwaltungsakt handelt. Dies ist im Bereich der Krankenhausabrechnung

und der Abrechnungsprüfung ein Novum. Bei gerichtlichen Auseinandersetzungen im Bereich der Krankenhausabrechnung geht die ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts von einem Gleichordnungsverhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse aus. Im Rahmen eines solchen Gleichordnungsverhältnisses stellt eine Geltendmachung des Aufschlags im Zuge eines Verwaltungsakts einen Systembruch dar. Die Qualifizierung der Geltendmachung des Aufschlags als Verwaltungsakt hat zur Folge, dass auch die verfahrensrechtlichen Vorschriften für den Erlass eines Verwaltungsaktes und das sich ggf. anschließende Widerspruchsverfahren zu beachten sind. Dies führt zu einem erheblichen Aufwand bei den Krankenkassen und einem unnötigen Bürokratieaufbau. So entscheiden die bestehenden Widerspruchsstellen überwiegend über Widersprüche von Versicherten. Die fachlich gänzlich neue Widerspruchsmöglichkeit der Krankenhäuser gegen die Geltendmachung der Aufschläge stellt die Krankenkassen vor die Herausforderung, Personal und Vertreter des Verwaltungsrats zu schulen und angesichts der zu erwartenden Vielzahl der Widersprüche ggf. neues Personal einzustellen sowie ggf. für diesen Zweck spezialisierte Widerspruchsstellen einzurichten, was entsprechende Satzungsänderungen bedingt. Auch für Krankenhäuser würde eine Beibehaltung der jetzigen Regelung einen mit der ordnungsgemäßen Durchführung eines Verwaltungsverfahrens verbundenen Mehraufwand bedeuten.

Dies lässt sich nun durch die vorgeschlagenen Änderungen vermeiden.

C Änderungsvorschlag

- a) Streichung
- b) Dem neuen angefügten Satz in Absatz 3 wird folgender Satz angefügt: „Bis zum Inkrafttreten der Vereinbarung übersendet das Krankenhaus weiterhin die notwendigen Unterlagen an die Krankenkasse.“
- c) Keiner

Nr. 6 § 275d SGB V Prüfung von Strukturmerkmalen

A Beabsichtigte Neuregelung

a)

Ab dem 30.06.2023 können Krankenhäuser Komplexeleistungen abweichend von Abs. 1 Satz 1 bis zum Abschluss der Strukturprüfung erbringen. Voraussetzung hierfür ist

- die nachweisbare Erfüllung der OPS Voraussetzungen über die letzten drei Monate,
- die Anzeige beim MD und den Landesverbänden,
- keine Anzeige desselben OPS in den letzten 12 Monaten.

b)

In Absatz 2 wird ergänzt, dass die Strukturprüfung durch einen Bescheid abgeschlossen wird.

c)

Im Absatz 3 wird geregelt, dass eine Nichtbescheinigung unverzüglich den Landesverbänden angezeigt werden muss.

d)

Die Krankenhäuser erhalten einen Vertrauensschutz für bis zum 31.03.2022 beantragte Strukturprüfungen hinsichtlich der Durchführung von Leistungen

B Stellungnahme

a)

Die vorgeschlagene Regelung wird in der vorgelegten Form abgelehnt.

Abzulehnen ist insbesondere, dass den Krankenhäusern durch den Gesetzgeber mit dem Abs. 1a auch ohne Nachweis der strukturellen und qualitativen Voraussetzungen die Möglichkeit zur Abrechnung nach Selbsteinschätzung für bis zu 6 Monaten eröffnet wird. Zwingend muss ergänzend werden, dass bei Nichtbestehen der Komplex-OPS-Prüfungen durch den MD, die Erlöse für diese Komplexeleistungen zurückerstattet werden müssen.

b)

Die Regelung ist nachvollziehbar.

c)

Das die Krankenkassen über die Nichterteilung einer Bescheinigung durch den MD durch Ergänzung in Abs. 3 unverzüglich Kenntnis erlangen wird begrüßt.

d)

Ein zeitlich begrenzter Vertrauensschutz durch die Ergänzung in Abs. 4 wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

a)

Dem Absatz 3 wird folgender Satz neu angefügt: „Bei Nichterfüllung der Voraussetzungen einer Komplexbehandlung durch den Medizinischen Dienst entfällt der Vergütungsanspruch des Komplex-OPS für die erbrachten Fälle.“

b)

Keiner.

c)

Keiner.

d)

Keiner.

Nr. 7 a und b § 283 SGB V Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Medizinische Dienst Bund hat die Aufgabe, für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste sowohl im Bereich des SGB V als auch des SGB XI Richtlinien zu erlassen. Es wird festgelegt, dass der Vorstand die Richtlinien im Benehmen mit dem Verwaltungsrat beschließt.

B Stellungnahme

Mit dem Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) vom 14.12.2019 wurde dem Medizinischen Dienst Bund die Richtlinienkompetenz für die Aufgaben der Medizinischen Dienste übertragen, die bislang der GKV-Spitzenverband ausgeübt hatte. Ebenfalls wurde die Zahl und Art der zu erlassenden Richtlinien deutlich erweitert. Nicht explizit gesetzlich normiert wurde bisher, welches Organ für den Beschluss und Erlass von Richtlinien zuständig ist.

Der Verwaltungsrat hat in seinem Satzungsentwurf vorgesehen, dass der Erlass der Richtlinien durch Beschluss im Verwaltungsrat erfolgt, der Verwaltungsrat also die Kompetenz zur Beschlussfassung und Erlass von Richtlinien hat. Diese Regelung wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit im Genehmigungsverfahren abgelehnt und die Satzung des MD Bund unter Ausschluss dieser Regelung genehmigt. Mit der neu eingeführten Regelung wird eine Klarstellung vorgenommen, dass der Vorstand des MD Bund die Richtlinien im Benehmen mit dem Verwaltungsrat beschließt.

In dem bisherigen Verweis des § 282 Absatz 2 Satz 7 wird zum einen auf für den MD Bund relevante weitere Regelungen im SGB IV verwiesen, die durch den hier enthaltenen weiteren Verweis auf § 217b Absatz 1 Satz 3 SGB V jedoch gedoppelt sind und daher Redundanzen erzeugen. Zum anderen wird durch diesen Paragraphen auf Regelungen verwiesen, die nicht für den MD Bund gelten. Daher wird angeregt, diesen rechtstechnischen Fehler zu bereinigen. Die Vermeidung von Mehrfachverweisen dient auch der Vereinfachung und Klarheit des Regelungsinhaltes.

C Änderungsvorschlag

§ 282 Abs. 2 Satz 7 wird wie folgt gefasst:

§ 38, § 40 Absatz 1 Satz 1 und 2, Absatz 2 und 3, die §§ 41, 42 Absatz 1 bis 3, 58, 59, 62 Absatz 1 Satz 1 erster Halbsatz, Absatz 2 Satz 1 bis 3, Absatz 3 Satz 1 und Absatz 4, 63 Absatz 1, 3, und 4, 64 Absatz 1 bis 3 und 66 Absatz 1 des Vierten Buches, § 217b Absatz 1a bis 1e und § 279 Absatz 4 Satz 4 bis 11, Absatz 5 Satz 5 und Absatz 6 gelten entsprechend.

Nr. 8 § 290 SGB V Krankenversicherertennummer

A Beabsichtigte Neuregelung

Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für die Übermittlung von Sozialdaten im Sinne des § 67 Absatz 2 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch an die in § 362 Absatz 2 Satz 1 genannten Unternehmen der privaten Krankenversicherung, die Postbeamtenkrankenkasse, die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, die Bundespolizei oder die Bundeswehr zur Durchführung des sog. Clearing-Verfahrens nach § 290 Absatz 3 Satz 3 und Kapitel 7 der Richtlinie zum Aufbau und zur Vergabe einer Krankenversicherertennummer und Regelungen des Krankenversicherertennummernverzeichnisses nach § 290 SGB V.

B Stellungnahme

Die Neuregelung ist folgerichtig.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 9 § 291 SGB V Elektronische Gesundheitskarte

A Beabsichtigte Neuregelung

a) Die Regelung sieht eine Verschiebung der Speichermöglichkeit auf der eGK von Organspendeerklärung, Patientenverfügung, elektronischem Medikationsplan und Notfalldaten vom 01.07.2024 auf 01.01.2025 vor.

b) Die Krankenkassen müssen die Versicherten beim Versand der eGK darüber informieren, dass und wie sie einen PIN beantragen können und welche Nutzungsmöglichkeiten die Versicherten mit dem PIN in Verbindung mit der NFC-eGK haben. Versicherte, die bereits eine NFC-eGK erhalten haben, müssen nachträglich informiert werden.

B Stellungnahme

a)
Durch die verzögerte Bereitstellung der TI 2.0 ist die Verschiebung sachgerecht. Es ist allerdings unklar, wieso in diesem Zusammenhang nicht der verpflichtende und sanktionsbewährte Einführungsstermin der sicheren digitalen Identität als zentraler Baustein der TI 2.0 verschoben wird. Grundlage für die notwendige Verschiebung ist die fehlende Bereitstellung der Spezifikation durch die gematik. An diesem Beispiel wird deutlich, dass aktuell die fristgerechte Verantwortung für die Umsetzung und mögliche Sanktionen bei den Kassen liegen, ohne jedoch Herr des Verfahrens zu sein. Vielmehr bedarf es einer grundsätzlichen Anpassung der gesetzlichen Regelungen, in deren Kontext die gematik stärker für eine fristgerechte Bereitstellung der notwendigen Vorarbeiten in die Verantwortung genommen wird.

b)
Die Krankenkassen sind bereits durch den Beschluss der Gesellschafterversammlung der gematik dazu verpflichtet, Ihre Versicherten fortlaufend über das e-Rezept und die Möglichkeiten der Beantragung einer NFC-fähigen eGK inkl. PIN zu informieren. Der geringe Ausstattungsgrad der Versicherten ist daher nicht auf fehlende Informationen, sondern auf das komplizierte und umständliche Beantragungsverfahren zurückzuführen. Damit eine umfangreichere Beantragung und Nutzung der PIN erreicht werden kann, bedarf es zuerst einer versichertenfreundlichen und digitalen Beantragungsmöglichkeit, insbesondere vor dem Hintergrund der aktuellen Untersagungsverfügung der gematik zum Videoident.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 8 Satz 1 wird die Angabe „1. Januar 2023“ durch die Angabe „1. Januar 2024“ ersetzt. In Absatz 8 Satz 2 wird die Angabe „1. Januar 2024“ durch die Angabe „1. Januar 2025“ ersetzt.

Nr. 10 § 291a SGB V Elektronische Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis und Mittel zur Abrechnung

A Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund der nicht rechtzeitig umsetzbaren TI2.0 handelt sich um eine erforderliche Terminanpassung, da die online-Prüfung und -Aktualisierung der Versichertenstammdaten langsamer als geplant verläuft.

B Stellungnahme

Die Anpassung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 11 § 291b SGB V Verfahren zur Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Terminverschiebung aufgrund der Neuregelung in §291a SGB V, in Bezug auf die Aktualisierung der Versichertendaten durch einen elektronischen Abruf bei den Krankenkassen.

B Stellungnahme

Die Neuregelung ist folgerichtig.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 12 § 311 SGB V Aufgaben der Gesellschaft für Telematik

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Korrektur eines Verweises.

B Stellungnahme

Die Neuregelung ist folgerichtig.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 13 § 312 Aufträge an die Gesellschaft für Telematik

A Beabsichtigte Neuregelung

a.)

Die bereits bestehende Verpflichtung zur Dokumentation der Chargennummer als Teil der Dispensierinformationen soll dahingehend angepasst werden, dass diese nur dann zu dokumentieren ist, wenn es dem Arzneimittelabgebenden technisch möglich ist.

b.)

Folgeänderung

B Stellungnahme

a.)

Die Übermittlung der Chargenbezeichnung soll nur in begrenzten und in der Sache begründeten Fällen entfallen. Eine nicht genutzte aber verfügbare technische Umsetzung soll z.B. nicht als Grund dienen können, keine Chargenbezeichnung zu übermitteln.

C Änderungsvorschlag

a.)

Anstelle „, soweit technisch möglich,“ ändern zu „, sofern sich dies nicht von der Sache her durch die Eigenschaften des abgegebenen Arzneimittels oder durch die jeweiligen Versorgungsumstände ausschließt,“

b.)

Keiner.

Nr. 14 § 332 a SGB V Unzulässige Beschränkungen durch die Anbieter und Hersteller informationstechnischer Systeme für die vertragsärztliche Versorgung, die vertragszahnärztliche Versorgung sowie Krankenhäuser und Apotheken

A Beabsichtigte Neuregelung

Trotz der bestehenden Vorgaben, dass Komponenten und Dienste der Telematikinfrastruktur interoperabel ausgestaltet sein sollen, bieten verschiedene Anbieter Ihre Systeme lediglich in Verbindung mit bestimmten Primärsystemherstellern an und schließen andere Anbieter und Hersteller aus. Darüber hinaus erheben einige Primärsystemanbieter Wartungsgebühren und Anschlusskosten, wenn ihr Kunden Komponenten zum Anschluss an die Telematikinfrastruktur von anderen Anbietern nutzen möchten. Dies schränkt die Wahlfreiheit der Entscheidungserbringer ein und verzögert die flächendeckende Umsetzung der Telematikinfrastruktur.

Um dieser Situation entgegen zu wirken, werden alle Anbieter und Hersteller von Primärsystemen verpflichtet, Dienste und Komponenten aller Anbieter ohne Zusatzkosten einzubinden.

Absatz 3 sieht einen noch zu benennende Übergangszeitraum vor, in dem die Hersteller ihre Geschäftsmodelle anpassen können.

B Stellungnahme

Die Neuregelung ist grundsätzlich zu begrüßen und setzt eine langjährige Forderung der AOK-Gemeinschaft um. Abseits der bereits bestehenden Regelungen, dass die Komponenten und Dienste interoperabel sein müssen, bestand aufgrund der Zusatzkosten faktisch keine Möglichkeit für die Leistungserbringer die Systeme kostenneutral zu wechseln und so einen echten Qualitäts- und Preiswettbewerb zu initiieren.

Kritisch zu sehen ist die vorgesehene Übergangsfrist. Auf Basis der bereits bestehenden Regelungen haben die Systeme bereits interoperabel zu sein. Da bereits eine Anzahl an Anbietern ihre Systeme ohne zusätzliche Gebühren offenhält, wird deutlich, dass die Neuregelung keine Kosten verursacht. Entsprechend sollten die zusätzlichen Kosten für die Einbindung von Komponenten und Dienste sofort unzulässig sein.

C Änderungsvorschlag

Streichung des Absatzes 3.

Nr. 14 § 332 b SGB V Rahmenvereinbarungen mit Anbietern und Herstellern Informativonstechnischer Systeme

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch die geringe Verhandlungsmacht einzelner Leistungserbringer gegenüber den Anbietern von Primärsystemen bestehen teilweise einseitige Vertragsverhältnisse mit zum Teil unverhältnismäßig langen Kündigungsfristen, die bei anbieterseitigen Umsetzungsschwierigkeiten einen Anbieterwechsel verhindern. Dies stellt ein Implementierungshindernis für die Anwendungen und Dienste der Telematikinfrastruktur dar.

Um eine ausgewogene Verhandlungsmacht zu erreichen, ist es erforderlich, die Interessen der Leistungserbringer zu bündeln und Vertragsabschlüsse sowie die Regelung der Vertragsinhalte zentral zu bündeln. Die Neuregelung ermöglicht der KBV mit einzelnen Herstellern von Komponenten und Diensten sowie mit Primärsystemherstellern Rahmenvorgaben abzuschließen.

B Stellungnahme

Die Neuregelung wird begrüßt, da ein größerer Wettbewerb zwischen den einzelnen Anbietern von Komponenten und Diensten sowie Primärherstellern entsteht und die Leistungserbringer schneller neue Anwendungen auf der Telematikinfrastruktur nutzen können.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 14 § 332 c SGB V Störung der Geschäftsgrundlage von Verträgen mit Anbietern und Herstellern Informationstechnischer Systeme im Zusammenhang mit der Nutzung der Telematikinfrastruktur

A Beabsichtigte Neuregelung

Für eine zeitnahe Einführung der Anwendungen der Telematikinfrastruktur wurden den Leistungserbringern zur Ausstattung mit den notwendigen Komponenten und Diensten für den Anschluss an die Telematikinfrastruktur vom Gesetzgeber sanktionsbewehrte Fristen gesetzt. In der Vergangenheit hat sowohl die schleppende Entwicklung entsprechender Komponenten und Dienste als auch die nur sehr langsam voranschreitende Anpassung der Praxisverwaltungssysteme durch die Hersteller immer wieder zu Verzögerungen bei der Einführung der Anwendungen der Telematikinfrastruktur geführt.

Die bisherigen Regelungen haben nicht dazu geführt, dass die Anbieter von Komponenten und Diensten sowie von Primärsystemen ihre Leistungen rechtzeitig bereitgestellt haben. Daher wird eine Anpassung notwendig, die sich die Grundlage des Vertrags, im Sinne des §313 Absatz 1 BGB, schwerwiegend verändert hat, sofern die Anbieter und Hersteller von informationstechnischen Systemen nicht sämtliche technische Rahmenbedingungen rechtzeitig gewährleisten können.

B Stellungnahme

Die Hersteller von Primärsystemen zu einer schnelleren Bereitstellung der gesetzlich vorgeschriebenen Komponenten und Dienste zu motivieren, wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 15 § 334 SGB V Anwendungen der Telematikinfrastuktur

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Folgeänderungen auf Grund der Terminanpassung in § 342 Absatz 2 Nummer 5.

B Stellungnahme

Die Terminverschiebung ist folgerichtig.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 16§ 336 SGB V Zugriffsrechte der Versicherten

A Beabsichtigte Neuregelung

Klarstellung, dass in der Apotheke die gleichen Anforderungen an die Authentifizierung der Versicherten gestellt werden, wie bei dem Authentifizierungsverfahren des Versicherten am eigenen Endgerät.

B Stellungnahme

Die Klarstellung, dass in der Apotheke dieselben Sicherheitsanforderungen an die Authentifizierung des Versicherten gestellt werden, ist zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 17 § 340 SGB V Ausgabe von elektronischen Heilberufs- und Berufsausweisen sowie von Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen

A Beabsichtigte Neuregelung

Da die erforderlichen bestätigenden Stellen der nicht-akademischen Gesundheitsberufe noch nicht etabliert sind, ist eine Verlängerung der vereinfachten Nachweiserbringung zur Ausgabe der SMC-B für diese Berufsgruppen notwendig.

B Stellungnahme

Da weiterhin eine schnelle Anbindung sämtlicher Gesundheitsberufe durch die Politik angestrebt wird, ist die Neuregelung folgerichtig. Sinnvoller wäre es allerdings die nicht akademischen Berufsgruppen erst an die Telematikinfrastuktur anzuschließen, wenn die aktuell bestehenden Probleme hinsichtlich der Konnektoren und des Rollouts der neuen Anwendungen behoben sind und im Rahmen der Telematikinfrastuktur 2.0 ein Software-Konnektor zu Verfügung steht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 18 § 342 SGB V Angebot und Nutzung der elektronischen Patientenakte

A Beabsichtigte Neuregelung

Anpassung der Frist, bis wann ein Versicherter die Möglichkeit hat, über seine ePA Zugriff auf seine elektronische Organ- und Gewebespende zu bekommen. Sechs Monate nach Verfügbarkeit des Registers ist die Bereitstellung den Versicherten in der ePA zu ermöglichen.

Darüber hinaus werden Terminanpassungen bei der Speicherung der Daten zur pflegerischen Versorgung der Versicherten nach den §§ 24g, 37, 37b, 37c, 39a, und 39c und der Haus- und Heimpflege nach § 44 des Siebten Buches und nach dem Elften Buch, die zur Zurverfügungstellung der in der elektronischen Patientenakte gespeicherten Daten zu Forschungszwecken und für die Nutzung von TIM durch den Versicherten aufgrund der hohen Komplexität vorgenommen.

B Stellungnahme

Die Terminanpassungen werden begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 19 § 355 SGB V Festlegungen für die semantische und syntaktische Interoperabilität von Daten in der elektronischen Patientenakte, des elektronischen Medikationsplans, der elektronischen Notfalldaten und der elektronischen Patientenkurzakte

A Beabsichtigte Neuregelung

Die KBV wird mit der Regelung verpflichtet, über die Bereitstellung der Festlegungen zu Medizinischen Informationsobjekten (MIO) hinaus, Komponenten und Vorgaben wie z. B. MIO-Viewer und Stylesheets zu erstellen, die eine aufwandsarme Implementierung der MIOs ermöglichen. Darüber hinaus sollen die Festlegungen zu den MIOs stärker mit der Koordinierungsstelle für Interoperabilität verzahnt werden. Daher wird eine Verfahrensergänzung vorgenommen.

Die gematik wird die Möglichkeit eingeräumt, die KBV über gesetzliche vorgegebene MIOs hinaus mit der Festlegung weiterer MIOs beauftragen. Zusätzlich wird die Frist für die semantische und syntaktische Interoperabilität der Daten von Hilfsmitteln und Implantaten zur Übergabe an DiGAs angepasst und der Prozess der Kostenerstattung planbarer und transparenter gestaltet.

B Stellungnahme

Die Neuregelung wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 20 § 356 SGB V Zugriff auf Hinweise der Versicherten auf das Vorhandensein und den Aufbewahrungsort von Erklärungen zur Organ- und Gewebespende

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Folgeänderung aufgrund der Terminanpassung in §342 Absatz 2 Nummer 5.

B Stellungnahme

Die Änderung ist folgerichtig.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 21 § 357 SGB V Zugriff auf Hinweise der Versicherten auf das Vorhandensein und den Aufbewahrungsort von Vorsorgevollmachten oder Patientenverfügungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Verarbeitungsbefugnisse der genannten Berufsgruppen zur Nutzung von digitalen Hinweisen des Versicherten auf das Vorhandensein und den Aufbewahrungsort von Vorsorgevollmachten oder Patientenverfügungen werden geregelt. Darüber hinaus wird eine Terminanpassung auf Basis der Änderungen des §342 Absatz 2 Nummer 5 vorgenommen.

B Stellungnahme

Die Klarstellung wird begrüßt. Die Terminverschiebung ist folgerichtig.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 22 § 358 SGB V Elektronische Notfalldaten, elektronische Patientenkurzakte und elektronischer Medikationsplan

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Terminanpassung in §342 Absatz 2 Nummer 5.

B Stellungnahme

Die Änderungen sind folgerichtig.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 23 § 359 Absatz 2 SGB V Zugriff auf den elektronischen Medikationsplan, die elektronischen Notfalldaten und die elektronische Patientenkurzakte

A Beabsichtigte Neuregelung

In den Apotheken wird i.d.R. keine versichertenbezogene Dokumentation geführt, so der Entwurf. Es sei daher zu regeln, dass in der Apotheke das Einwilligungserfordernis des Versicherten mit Vorlage seiner elektronischen Gesundheitskarte bzw. seiner entsprechenden digitalen Identität erfüllt ist. Die Verpflichtung einer zusätzlichen Protokollierung entfällt.

B Stellungnahme

Sofern dies einer datenschutzrechtlichen Prüfung standhält, ist dies nicht zu beanstanden.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 24 § 360 SGB V Elektronische Übermittlung und Verarbeitung vertragsärztlicher elektronischer Verordnungen

A Beabsichtigte Neuregelung

a)

Neuregelung der gesetzlichen Umsetzungsfrist für elektronische Rezepte und Ausnahme für elektronische Verordnungen, die auf der Grundlage gesetzlicher Regelungen zulässigerweise von verordnenden Leistungserbringern einer bestimmten Apotheke oder einem sonstigen Leistungserbringer übermittelt werden dürfen, insbesondere Verordnungen zu anwendungsfertigen Zytostatikazubereitungen.

b)

Terminanpassung aufgrund der schleppenden Umsetzung des eRezepts.

c)

Aufgrund der Neuregelung in §361a Absatz 6 besteht für die Verordnungsermächtigung in § 360 Absatz 10 Satz 2 keine Notwendigkeit mehr.

d)

Bei allen Leistungsbereichen, in denen Verordnungen ausgestellt werden, ist es zukünftig vorgesehen, dass diese in elektronische Formate überführt werden. Die Verordnungsdaten können nach den Regelungen der §§ 361a (neu) SGB V mit Einwilligung des Versicherten an Beteiligte übermittelt werden.

Daten zu verschreibungspflichtigen Arzneimitteln können dann auch an die Hersteller von digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) nach § 33a SGB V übermittelt werden.

Diese Daten können auch fehlerhaft sein. Die geplante Regelung sieht laut den vorliegenden Erläuterungen vor, dass korrigierte Daten zum Zweck der Korrektur auch an die Hersteller von DiGA übermittelt werden können.

e)

Folgeänderung aufgrund der Änderung in §312 Absatz 1 Nummer 3.

B Stellungnahme

a)

Die Änderung ist sachgerecht.

b)

Die Terminanpassung ist folgerichtig.

c)

Die Neuregelung ist folgerichtig.

d)

Diese Regelung korreliert anscheinend mit der vorgesehenen Ergänzung des § 361a SGB

V zur Datenübermittlung bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln an die Hersteller nach § 33a SGBV.

DiGA unterliegen grundsätzlich dem Sachleistungsprinzip und sind keine Selbstzahlerleistungen. Darüber hinaus sieht die Ergänzung vor, dass die Daten zum Zwecke der Korrektur an den Personenkreis nach § 360 Abs. 1 SGB V übermittelt wird.

Hersteller von DiGA sind im genannten Paragraphen aber nicht aufgeführt. Die Regelung ist somit dem Grunde nach für digitale Gesundheitsanwendungen obsolet. Die Erläuterungen zur geplanten Änderung „...Rechnungs- oder Dispensierdaten entsprechender Rezepte mit dem Leistungserbringer, z.B. Arzt, Apotheke, oder dem DiGA-Anbieter zu teilen...“, treffen nicht zu.

Es ist auch nicht nachvollziehbar, wie die zur Übermittlung berechtigten Versicherten feststellen könnten, dass die Daten fehlerhaft sind. Es ist auch nicht nachvollziehbar, wie veraltete (hier bis 10 Jahre) Daten dann korrigiert einen Nutzen entfalten sollen. Zum Übermittlungszeitpunkt sind ggf. in der Anwendung getroffene Entscheidungen hinfällig oder im schlechtesten Fall falsch bzw. gesundheitsgefährdend gewesen.

e)

Dies ist keine zwangsläufige Folgeänderung aufgrund § 312 Absatz 1 Nummer 3. Die Dispensierinformation ist auch vorhanden, wenn keine Chargenbezeichnung übertragen wird und sollte auch dann in die ePA übertragen werden. Die Änderung ist daher zu streichen.

C Änderungsvorschlag

d) Die geplante Regelung ist mit Verweis auf Streichung der Regelung nach § 361a Abs 1. Nr. SGB V für DiGA nicht anwendbar.

Nr. 25 § 361a (neu) SGB V Einwilligungsbasierte Übermittlung von Daten aus vertragsärztlichen elektronischen Verordnungen; Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Es ist beabsichtigt, durch die Neuaufnahme des § 361a SGB V hier in Absatz 4 (richtig 1) Nr. 1 eine neue Rechtsgrundlage für Datenübermittlungen zu schaffen. Die Hersteller von digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) sollen dann aus dem e-Rezept-Fachdienst Verordnungsdaten für verschreibungspflichtige Arzneimittel übermittelt bekommen. Diese Daten sollen in den DiGA verwendet werden. Ziel soll es sein, mehr Potenzial an Mehrwerten für Versicherte nutzbar zu machen.

B Stellungnahme

Zu Absatz 4 Nr. 1:

Die in den Erläuterungen zur Anpassung ausgeführten Gründe können bezweifelt werden, dass Verordnungsdaten zu Arzneimitteln helfen sollen, möglichst viel Potential an Mehrwerten für die Versicherten nutzbar zu machen.

Aktuell mangelt es den DiGA an Evidenz, Datenschutzniveau und ausreichend Nutzen für die Versicherten. Es kann auch vermutet werden, dass nicht jeder Versicherte über die nötigen Kenntnisse verfügt, informiert zu entscheiden, welche Angaben zu Medikationen in den genutzten DiGA überhaupt zu einer Verbesserung des Angebotes führen können. Es besteht die Gefahr, dass die Hersteller alle Medikationsdaten unabhängig von der Verwendbarkeit in der DiGA anfordern und übermittelt bekommen. Diese könnten für andere Zwecke, insbesondere die Ausweitung des eigenen Angebotes, verwendet werden. Es besteht auch die Gefahr, dass bei nur teilweiser Übermittlung von Medikationsdaten Wechselwirkungen in einer Gesundheitsanwendung nicht erkannt werden. Eine Gefährdung des Patientenwohls ist nicht ausschließbar.

Eine Abbildung der Nutzungsberechtigungen und -vorschriften in Richtlinien, die dann erforderlich sind, ist nur mit Unsicherheiten und Lücken möglich.

Im Rahmen der geplanten Regelung würden die Hersteller hochsensible Daten zu verschreibungspflichtigen Arzneimitteln erhalten. Diese sind für die Bereitstellung der DiGA nicht erforderlich. Die vorgeschlagenen Regelungen widersprechen den Grundsätzen der Datensparsamkeit. Bei einem möglichen Inkrafttreten der geplanten Regelung muss eine Erweiterung des § 203 Absatz 1 StGB um die Hersteller digitaler Gesundheitsanwendungen nach § 33a SGB V zwingend erfolgen. Momentan unterliegen die genannten Kreise nicht diesen Regelungen. Da es sich bei § 203 StGB um ein Sonderdelikt zur Verletzung von Privatgeheimnissen (Arzt, Zahnarzt, ... Apotheker oder Angehörigen eines anderen Heilberufs) handelt, kommen als Täter nur besondere, dort genannte Berufsgruppen in Betracht. Mit der Ermächtigung auf Basis der neuen Regelung nach § 361a SGB V (neu) ist es unumgänglich, den Personenkreis dann um die DiGA-Hersteller als Empfänger der Daten zu Arzneimitteln zu erweitern.

Mit der geplanten Regelung besteht auch die Möglichkeit, das momentane Verfahren, dass das Muster 16 durch Versicherte an die Krankenkasse übermittelt wird, zu unterlaufen. Die Hersteller für die Leistungserbringung der digitalen Gesundheitsanwendung bekommen nicht erforderliche Daten. Die Hersteller würden in die Position einer Apotheke oder anderen Leistungserbringers gesetzt, sie sind aber keine Leistungserbringer im Sinne des Sozialgesetzbuches. Im Übrigen ist die Anbindung der Hersteller von digitalen Gesundheitsanwendungen nach § 33a SGB V an die Telematik-Infrastruktur nicht vorzusehen.

Zu Absatz 4 Nr. 2:

Die Zweckbestimmung in §361a Abs. 4 Nr. 2 für die gesetzlichen Krankenkassen wird mit der Neuregelung zu eng gefasst werden. Eine Erweiterung ist notwendig, damit die Krankenkassen z.B. bei Genehmigungs- und Abrechnungsprozessen für Hilfsmittel oder DiGAs vertraglich vereinbarte Prozesse abbilden können.

Zu Absatz 5:

Der Umfang der Regelungsgegenstandes des bisherigen § 360 Abs. 10 Satz 2 SGB V wird in der Neuregelung des § 361a gesetzlich eingeschränkt. Es sollten weiterhin alle eVerordnungen von allen verordnungsfähigen Leistungen und die Schnittstellen der eRezept-App in der Rechtsverordnung geregelt werden können.

C Änderungsvorschlag

(4) Über Schnittstellen in den Diensten nach § 360 Absatz 1 sowie *in den Komponenten nach § 360 Abs. 10 Satz 1* müssen Daten ~~aus elektronischen Verordnungen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln~~ an folgende an die Telematikinfrastruktur angeschlossene und mit den Mitteln der Telematikinfrastruktur authentifizierte Berechtigte übermittelt werden können:

Absatz 4 Nr. 1:

Die geplante Regelung ist zu streichen.

Alternativ:

Erweiterung des § 203 Abs. 1 StGB um den Personenkreis der Hersteller digitaler Gesundheitsanwendungen nach § 33a SGB V.

Absatz 4 Nr. 2: Krankenkassen der jeweiligen Versicherten *für ihre Aufgaben in Bezug auf die jeweiligen Versicherten individuelle Angebote zur Verbesserung der Versorgung der jeweiligen Versicherten sowie zur Bewilligung von Leistungen vor einer Inanspruchnahme verordneter Leistungen, soweit dies nach diesem Buch erforderlich ist,*

Absatz 5: Die Übermittlung von Daten ~~aus einer elektronischen Verordnung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln~~ an einen Berechtigten nach Absatz 1 und die weitere Verarbeitung durch diesen Berechtigten bedarf der Einwilligung des Versi-

cherten. Die elektronischen Zugangsdaten, welche die Einlösung einer elektronischen *Verordnung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln* ermöglichen, dürfen nicht über die Schnittstellen nach Absatz 1 übermittelt werden.

Nr. 26 § 394a SGB V Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Gesellschaft für Telematik soll Bearbeitungsgebühren für Antragsverfahren zur Aufnahme von Standards, Profilen und Leitfäden für informationstechnische Systeme im Gesundheitswesen im Rahmen der Tätigkeiten der Koordinierungsstelle für Interoperabilität erheben können. Hierdurch soll verhindert werden, dass qualitativ ungenügende Anträge eingereicht werden, die die Arbeitsfähigkeit der Koordinierungsstelle einschränken.

B Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 1 § 4 Abs. 2a KHEntgG Vereinbarung eines Erlösbudgets

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung sieht klarstellend vor, dass bei Krankenhäusern, die im Erlösbudget für das Jahr 2020 mehr Leistungen vereinbart haben als für das Jahr 2019, der Ermittlung des FDA für das Jahr 2021 die im Erlösbudget für das Jahr 2020 vereinbarte Leistungsmenge zu Grunde gelegt wird.

B Stellungnahme

Die bisherige Rechtslage würde dazu führen, dass bei Krankenhäusern, die im Erlösbudget für das Jahr 2020 mehr Leistungen vereinbart haben als im Erlösbudget für das Jahr 2019, der für das Jahr 2020 vereinbarte Leistungsanstieg der Ermittlung des FDA sowohl für das Jahr 2020 als auch für das Jahr 2021 zu Grunde gelegt und insofern doppelt berücksichtigt würde. Die Regelung ist insofern sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 2 § 9 Vereinbarung auf Bundesebene

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragsparteien auf Bundesebene müssen, aufgrund der neuen Fristen zur Untergangsvorlage und Auskunftserteilung nach § 11 Absatz 4, das Nähere zur Dokumentation des Eingangs von Unterlagen und Auskünften vereinbaren. Es handelt sich bei der Änderung des § 9 Abs. 1 Nr. 5 KHEntgG um eine Erweiterung, die aufgrund der Einführung des Abschlags in § 11 Absatz 4 Satz 6 KHEntgG notwendig wird.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 3 § 11 Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus

A Beabsichtigte Neuregelung

zu a)

Die Änderung des § 11 Abs. 3 KHEntgG führt für die Budgetverhandlungen im Bereich des KHEntgG eine automatisierte Schiedsstelle für den Fall ein, dass eine Vereinbarung nach § 11 Absatz 1 Satz 1 nicht bis zum 30.04. des Jahres, für das die Vereinbarung gelten soll, zustande kommt. Die automatische Schiedsstelle entscheidet innerhalb von 6 Wochen und darf nur die Unterlagen berücksichtigen, die innerhalb der in § 11 Absatz 4 Satz 1 und 4 neu genannten Fristen (vgl. mit Abschnitt b) vorgelegt und erteilt worden sind.

zu b)

Die Änderung des § 11 Abs. 4 KHEntgG führt für die Budgetverhandlungen im Bereich des KHEntgG eine Frist für die Übermittlung der Verhandlungsunterlagen durch die Krankenhäuser ein. Als Frist wird der 30.11. des Jahres, das dem Jahr vorausgeht, für das die Vereinbarung gelten soll, festgelegt. Die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes können innerhalb einer Frist von sechs Wochen nach Vorlage der Unterlagen gemeinsam einmalig die Vorlage von zusätzlichen Unterlagen und die Erteilung von Auskünften verlangen. Die Übermittlung der zusätzlichen Unterlagen und die Erteilung von Auskünften erfolgt ebenfalls innerhalb einer Frist von sechs Wochen ab der Aufforderung durch die anderen Vertragsparteien. Sofern der Krankenhausträger seinen Pflichten nach § 11 Abs. 4 Satz 1 und 4 nicht nachkommt, wird das Krankenhaus durch einen Abschlag in Höhe von 1 Prozent des Rechnungsbetrags für jeden voll- oder teilstationären Fall sanktioniert. Der Abschlag gilt vom 1. April des Jahres, für das die Vereinbarung gelten soll, bis einen Monat nach der Vereinbarung.

zu c)

Für die Vereinbarungszeiträume bis einschließlich des Vereinbarungsjahres 2023 greifen die unter a) und b) beschriebenen Regelungen ebenfalls, sofern bis zum Inkrafttreten des Gesetzes keine Vereinbarung nach § 11 Absatz 1 Satz 1 geschlossen wurde, allerdings mit anderen Fristen. Die Frist für die Übermittlung der Verhandlungsunterlagen durch die Krankenhäuser wird auf 6 Wochen nach Inkrafttreten des Gesetzes festgelegt. Die Sanktion in Form eines Abschlags in Höhe von 1 Prozent des Rechnungsbetrags für jeden voll- oder teilstationären Fall nach § 11 Abs. 3 Satz 5 gilt entsprechend. Die automatisierte Schiedsstelle greift, für den Fall, dass eine Vereinbarung nach § 11 Absatz 1 Satz 1 nicht bis 6,5 Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes zustande kommt. Die automatische Schiedsstelle entscheidet innerhalb von 12 Wochen.

B Stellungnahme

zu a)

Die Einführung einer automatischen Schiedsstelle mit dem Ziel, annähernd prospektive Budgetverhandlungen zu ermöglichen, ist grundsätzlich zu begrüßen. Um einer Überlastung des Schiedsstellensystems vorzubeugen, sollten allerdings die zeitlichen Fristen vom 30.04. hin zum 31.08. angepasst werden. Für den Schiedsstellenautomatismus ab dem 01.09. sollte zudem eine Ausnahmeregelung geschaffen werden, so dass sich die Vertragsparteien einvernehmlich darauf verständigen können, dass eine Einigung angestrebt wird, diese aber nur durch eine Fristverlängerung zu gewährleisten ist. Diese Ausnahme ist die Willenserklärung beider Vertragsparteien zur Fortsetzung der regulären Budgetverhandlungen unter der Bedingung, dass eine vorläufige Vereinbarung vor Fortsetzung der regulären Budgetverhandlungen geschlossen wird. Von der Ausnahmeregelung kann von den Vertragspartnern nur Gebrauch gemacht werden, sofern für das Vorjahr ein regulärer Budgetabschluss vorliegt. Auf diese Weise soll der Abschluss vorläufiger Budgets für aufeinanderfolgende Jahre und so der erneute Aufbau eines Verhandlungsstaus, verhindert werden. Wird die Ausnahmeregelung genutzt, so ist bis zum 30.09. des laufenden Budgetjahres ein vorläufiges Budget abzuschließen und der endgültige Budgetabschluss bis zum 31.12. des laufenden Budgetjahres zu erzielen. Gelingt dies nicht, so wird der Schiedsstellenautomatismus ab dem 01.01. des Folgejahres wiedeingesetzt. Spätestens in der ersten Jahreshälfte des Folgejahres wären die Budgetverhandlungen durch ein Schiedsstellenverfahren abgeschlossen.

Ferner ist sicherzustellen, dass die Fristsetzung für zu berücksichtigende Unterlagen auch für ein ggf. sich anschließendes Gerichtsverfahren gilt. Ein entsprechender Änderungsvorschlag ist in Abschnitt C formuliert.

zu b)

Eine sanktionierte Frist zur Vorlage der Unterlagen zum 30.11. des Jahres, das dem Jahr vorausgeht, für das die Vereinbarung gelten soll, ist zu begrüßen und ermöglicht grundsätzlich prospektive Budgetverhandlungen. Allerdings sollte der Gesetzgeber im Sinne zügiger Budgetverhandlungen sicherstellen, dass die Krankenhäuser nicht nur die Unterlagen nach § 11 Abs. 4 Satz 1 vorzulegen haben, sondern sämtliche anspruchsbegründenden Unterlagen. Dies wäre insbesondere mit Blick auf die erforderlichen Unterlagen gemäß Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung sinnvoll.

zu c)

Die Grundintention einer Budgetbeschleunigung der Jahre 2020-2023 ist zu begrüßen, es besteht allerdings dringender Anpassungsbedarf.

Der vorgelegte Entwurf erkennt, dass der existierende Verhandlungsstau nur durch eine deutliche Komplexitätsreduktion und damit materiell-rechtliche Vorschläge aufgelöst werden kann. Nur auf dieser Basis können die Budgetverhandlungen im Nachgang sinnvoll durch verfahrenseitige Maßnahmen beschleunigt werden.

Bislang sieht der Referentenentwurf vor, dass ohne Vereinfachung und nähere Bestimmung der geltenden Regelungen innerhalb von 7 Monaten nach dem Inkrafttreten die noch offenen Budgetverhandlungen der Jahre 2018 bis 2022 sowie des Jahres 2023 abgeschlossen werden sollen. Scheinbar verkennt das Ministerium das Ausmaß des Verhandlungsstaus, der vor Ort zu bewältigen ist: Es handelt sich dabei um ca. 4500 Klinikbudgets, die unmöglich innerhalb von wenigen Monaten vereinbart werden können.

Würden die vorgelegten Regelungen ohne Anpassung umgesetzt, wären die Folgen dramatisch: Kliniken und Krankenkassen wären über Monate paralysiert. Absehbar würden Verhandlungen im 4-stelligen Bereich in automatisierte Schiedsstellen laufen, die mit einer solchen Verfahrenswelle komplett überfordert sein werden. Darüber hinaus würden die Beitragszahler finanziell absehbar weiter stark belastet, da ohne Nachschärfung der geltenden Regelungen des Pflegebudgets und ohne ausreichend Zeit für eine Plausibilisierung und Verhandlung in den Schiedsstellen die Forderungen der Kliniken nur durchgereicht werden können. Es würden (dauerhaft) Mehrbelastungen durch Doppelfinanzierung im beitragsatzrelevanten Umfang entstehen, ohne dass sich ein Mehrwert für die Versicherten ergibt.

Will man den existierenden Verhandlungsstau der Budgetjahre 2020 und 2021 auflösen, ist es unausweichlich, kurzfristig mindestens die wesentlichen Konfliktpunkte der Pflegebudgetverhandlungen zu befrieden, die hauptverantwortlich für den aktuellen Verhandlungsstau sind.

Gestritten wird beim Pflegebudget insbesondere über drei Themen: 1) Personal, das nicht der Gruppe der examinierten Pflege zuzuordnen ist (Stichwort „sonstige Berufe“ und Personal „ohne Berufsabschluss“), 2) pflegeentlastende Maßnahmen sowie 3) strategische Umbuchung von examiniertem Personal, z. B. aus dem Funktionsdienst in den Pflegebereich. Für die alle drei Themenkomplexe werden im Folgenden einfache und praktikable Lösungsvorschläge aufgezeigt.

Ad 1): Sonstige Berufe Tabelle

Aus der Begründung zum Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) geht eindeutig hervor, dass „durch unbegrenzte Möglichkeiten zur Umbuchung von Personal ohne pflegerische Qualifikation in den Pflegedienst auf bettenführenden Stationen Doppelfinanzierung und Mehrausgaben entstehen“ (BT-Drs. 19/30560, S. 87). Erforderlich ist deshalb ein Rückbezug auf den Datenstand 2018 für Vollkräfte ohne pflegerische Qualifikation, damit finanziell motivierte Umbuchungen in den Pflegedienst und eine resultierende Doppelfinanzierung unterbunden werden. In der Praxis hat sich gezeigt, dass der Punkt in vielen Verhandlungen dennoch strittig ist. Es entstehen damit signifikante Verzögerungen der Budgetverhandlungen. Zudem zeigt sich, dass einzelne Schiedsstellen (z .B. Baden Württemberg Az. 01/21 vom 16.03.2022) den Bezug auf die tatsächliche Buchung im Pflegedienst gem. Krankenhausbuchführungsverordnung im Jahr 2018 nicht als eindeutige

Vorgabe verstehen und nachträgliche Umbuchungen zulassen. Um eine weitere Behinderung der Verhandlungen durch Schiedsstellen und Klageverfahren hierdurch zu vermeiden, bedarf es einer gesetzlichen Klarstellung. Der unter C) im folgenden eingebrachte Formulierungsvorschlag zur Klarstellung von § 6a Abs. 2 KHEntgG ermöglicht die erforderliche Abgrenzung des Personals und schaffen die notwendige Transparenz über etwaige Umbuchungen.

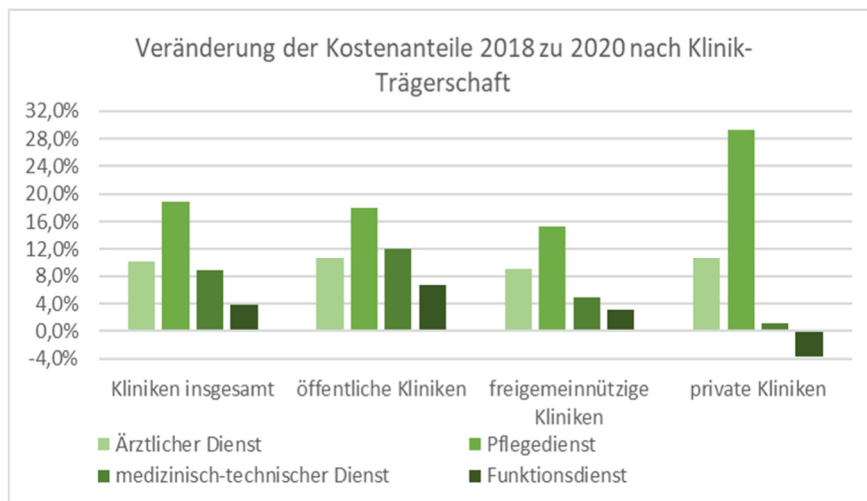
Ad 2): Pflegeentlastende Maßnahmen

Sehr streitbehaftet sind die Nachweise über die pflegeentlastenden Maßnahmen bzw. die zuzuordnenden Kosten. Eine deutliche Vereinfachung wird in diesem Bereich durch folgende Anpassung erreicht: Künftig können bis zu zwei (statt bislang bis zu vier) Prozent des Pflegebudgets für pflegeentlastende Maßnahmen vereinbart werden. Für eine Vereinbarung reicht es aus, dass eine Benennung der Maßnahme und eine Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung vorgelegt werden. Es entfallen also im Gegenzug für die Reduktion von vier auf zwei Prozent detaillierte Nachweispflichten der Krankenhäuser, die bislang gegenüber den Krankenkassen u. a. darlegen mussten, inwiefern die Maßnahmen zur Entlastung der Pflegekräfte in welchem Zeitraum beitragen und welche Einsparungen dadurch erzielt wurden. Der abschließende Nachweis reduziert sich damit auf die Durchführung der Maßnahme sowie die Vorlage einer Rechnung.

Ad 3: Strategische Umbuchung

Darüber hinaus besteht im Bereich des dritten Themenkomplexes die Problematik, dass examiniertes Personal, u. a. aus dem Funktionsdienst und dem medizinisch-technischen Dienst, in den Pflegedienst „umgebucht“ wird.

Auf Basis der amtlichen Statistiken lässt sich diese Entwicklung gut nachvollziehen: Seit der erstmaligen Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem Fallpauschalensystem 2020 kommt es vermehrt zu anreizbedingten Kostenverschiebungen zwischen dem aG-DRG-Bereich und dem Pflegebereich. In den vergangenen Jahren haben gerade private Krankenhausträger examiniertes Personal aus dem Funktionsdienst in die Pflege „umgebucht“. So zeigen sich in den Daten deutliche Kostenverschiebungen in den Jahren 2018-2020: Während bei den privaten Krankenhäusern die gebuchten Kosten für den Funktionsdienst deutlich rückläufig sind, wurden für den Pflegedienst deutlich höhere Kosten verbucht.



Quelle: Destatis Fachserie 12 Reihe 6.3 - Kostennachweis der Krankenhäuser 2018 und 2020

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Funktionsdienst pflegen aber keine Patientinnen und Patienten. Der Anstieg der Pflegepersonalkosten steht damit keinem realen Zuwachs an Pflegekräften und Pflegeleistungen am Patienten gegenüber.

Bislang sind mögliche strategische Umbuchungen auf der Ortsebene extrem streitbehaftet, da in der Regel keine geteilte empirische Basis für die Abgrenzung des realen Stellenaufbaus von strategischen Umbuchungen existiert.

Hintergrund ist, dass die Krankenhäuser nur in den seltensten Fällen keine Daten über das examinierte, nicht-ärztliche Personal des Krankenhauses insgesamt für das Jahr 2018 bis zum Vereinbarungsjahr vorlegen. Dies erschwert in hohem Maße die Differenzierung, welches Personal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätig ist und für welches Personal eine Finanzierung über das Pflegebudget vom Gesetzgeber eben nicht vorgesehen ist. Im Ergebnis produziert die mangelnde Transparenz erhebliche Diskussionen auf der Ortsebene und erhöht die Komplexität und damit die Dauer der Verhandlungen.

Aus diesem Grund sollte der Gesetzgeber zwingend die Transparenz im Bereich des examinierten Personals im gesamten Krankenhaus erhöhen, um so eine Komplexitätsreduktion bei der Abgrenzung des Personals, das über das Pflegebudget zu finanzieren ist, zu erreichen. Als Lösungsvorschlag wird unter C) eine Ergänzung des § 6a Abs. 3 KHEntgG aufgeführt. Diese sieht vor, dass in den Budgetverhandlungen die Vollkräfte des nicht-ärztlichen Personal für das Krankenhaus insgesamt im Jahr 2018 bis zum Vereinbarungsjahr differenziert nach beruflicher Qualifikation analog der Meldung an das Statistische Landesamt nachzuweisen sind. Es wird damit erreicht, dass etwaige Buchungen transparent gemacht werden. Vor Ort wird damit die Budgetfindung wesentlich erleichtert, da künftig auf einer klaren empirischen Basis Vereinbarungen getroffen und überzogene Forderungen schon im Vorfeld vermieden werden.

Zusätzlich müssen die Fristen für den Abbau des Verhandlungsstaus ausgeweitet werden, um eine sachgerechte Budgetverhandlung im Einzelfall zu ermöglichen und die Anzahl der automatischen Schiedsstellenverfahren so zu reduzieren, dass die Verfahren vor den Schiedsstellen im erforderlichen Maß bearbeitet werden können.

Es wird daher unter c) vorgeschlagen, für den in § 11 Abs. 6 KHEntgG vorgesehenen Schiedsstellenautomatismus eine Ausnahmeregelung zu schaffen. Diese Ausnahme ist die Willenserklärung beider Vertragsparteien zur Fortsetzung der regulären Budgetverhandlungen unter der Bedingung, dass eine vorläufige Vereinbarung vor Fortsetzung der regulären Budgetverhandlungen geschlossen wird. Ein Einvernehmen ist notwendig. Wird die Ausnahmeregelung genutzt, so ist innerhalb von 5 Monaten ein vorläufiges Budget abzuschließen und der endgültige Budgetabschluss hat innerhalb einer Frist von weiteren 12 Monaten zu erfolgen. Gelingt ein Budgetabschluss innerhalb dieser 17 Monate nicht, so wird der Schiedsstellenautomatismus wieder eingesetzt.

Durch die vorschlagende Ergänzung wird sichergestellt, dass einerseits eine realistischere Abarbeitung des Verhandlungsstaus durch die Vertragsparteien vor Ort erzielt werden kann. Eine Verschiebung der automatischen Schiedsstellenentscheidung kann jedoch nur im Konsens der Vertragsparteien vor Ort erreicht werden. Die Anzahl der Vereinbarungen, die zu einem späteren Zeitpunkt finalisiert werden, ist dadurch begrenzt. Es wird somit sichergestellt, dass dem InEK für die Neuausgliederung im Rahmen der Katalogerstellung 2024 Pflegebudgetdaten im notwendigen Umfang zur Verfügung stehen, da nicht davon auszugehen ist, dass der überwiegende Teil der Verhandlungen im gegenseitigen Einvernehmen der Vertragsparteien um die genannten Fristen verlängert wird.

Aufgrund der hohen Komplexität der Budgetunterlagen dauert nicht nur die Verhandlung, sondern auch die Genehmigung in einigen Bundesländern oftmals mehrere Monate. Besonders gravierend ist dies bei Schiedsstellenentscheidungen; hier dauert die Genehmigung in einigen Bundesländern häufig bis zu einem Jahr; in Einzelfällen auch deutlich länger. Eine (sanktionierte) gesetzliche Vorgabe zur Einreichung der vollständigen Unterlagen für die Vertragsparteien, bei einer gleichzeitigen Fristsetzung in welcher Zeit die Genehmigung zu erfolgen hat, kann hier eine deutliche Beschleunigung der Prozesse erreichen. Entscheidet die Genehmigungsbehörde nicht innerhalb von 4 Wochen über die Genehmigung, gilt die Genehmigung als erteilt.

Für die Resilienz und Effizienz der Klinikfinanzierung ist ein dauerhaftes Nachlaufen der Budgetverhandlungen absolut hinderlich, da sich massive Unsicherheiten für Kliniken und Krankenkassen ergeben und die Budgetverhandlung als Instrument für die Bewältigung aktueller Krisen und Problemlagen kaum genutzt werden kann. Denn wer noch über das Budget 2020 streitet, kann kaum flexibel auf die aktuellen Herausforderungen im Jahr 2022 reagieren. Gleichzeitig ergeben sich für Kliniken und Kran-

kenkassen budgetbedingte Turbulenzen mit Blick auf die Liquidität, die dringend vermieden werden müssen. Der Gesetzgeber ist daher gefordert nicht nur über eine Anpassung von Fristen, sondern durch eine echte inhaltliche Komplexitätsreduktion die Budgetverhandlungen zu beschleunigen und den Verhandlungstau zu reduzieren.

C Änderungsvorschlag

zu a)

In § 11 Abs. 3 wird der unter bb) angefügte Satz 2 wie folgt geändert:

Das Datum „30. April“ wird durch das Datum „31. August“ ersetzt.

Am Ende von § 11 Abs. 3 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Gleiches gilt für ein sich anschließendes Gerichtsverfahren. Soweit der Krankenhausträger fristgerecht die Unterlagen nach Absatz 4 Satz 1 und 4 vorgelegt hat, kann eine Nachreichung nur im beiderseitigen Einvernehmen erfolgen. Abweichend von den Sätzen 3-5, können die Vertragsparteien, sofern für das laufende Jahr eine genehmigte Vereinbarung nach § 11 KHEntgG vorliegt, bis zum 30.09. des Vereinbarungsjahres eine vorläufige Vereinbarung mit der Maßgabe treffen, die Budgetvereinbarung bis zum 31.12. abzuschließen. Die Schiedsstelle ist darüber bis zum 31.08. von den Vertragsparteien einvernehmlich in Kenntnis zu setzen. Sollte bis zum 31.12. des Vereinbarungsjahres keine Budgetvereinbarung geschlossen worden sein, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes den Inhalt der Vereinbarung abweichend von § 13 ohne Antrag einer Vertragspartei nach § 11 KHEntgG ab dem 01.01. des Folgejahres innerhalb von sechs Wochen fest. Das Gleiche gilt für den Fall, dass bis zum 30.09. des Vereinbarungsjahres keine vorläufige Budgetvereinbarung geschlossen wird. In diesem Fall legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes den Inhalt der Vereinbarung abweichend von § 13 ohne Antrag einer Vertragspartei nach § 11 KHEntgG ab dem 01.10. des Vereinbarungsjahres innerhalb von sechs Wochen fest.“

zu b)

In § 11 Abs. 4 Satz 1 werden am Ende des Satzes die Wörter „und sämtliche anspruchsbegründenden Unterlagen“ ergänzt.

zu c)

Am Ende von § 11 Abs. 6 KHEntgG werden die folgenden Sätze angefügt:

„Abweichend hiervon, können die Vertragsparteien bis zum ... [einsetzen: fünf Monate nach dem 42. Tag nach dem Inkrafttreten] eine vorläufige Vereinbarung mit der Maßgabe treffen, die Budgetvereinbarung bis zum ... [einsetzen: siebzehn Monate nach dem 42. Tag nach dem Inkrafttreten] abzuschließen. Die Schiedsstelle ist darüber bis zum ... [einsetzen: fünf Monate nach dem 42. Tag nach dem Inkrafttreten] von den Vertragsparteien einvernehmlich in Kenntnis zu setzen. Sollte bis zum [ein-

setzen: siebzehn Monate nach dem 42. Tag nach dem Inkrafttreten] keine Budgetvereinbarung geschlossen worden sein, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes den Inhalt der Vereinbarung abweichend von § 13 ohne Antrag einer Vertragspartei nach § 11 KHEntgG ab dem [einsetzen: siebzehn Monate nach dem 43. Tag nach dem Inkrafttreten] innerhalb von zwölf Wochen fest.“

In § 14 Abs. 2 KHEntgG werden nach Satz 1 die folgenden Sätze eingefügt:

Die Vertragsparteien und die Schiedsstellen haben der zuständigen Landesbehörde innerhalb von spätestens vier Wochen nach der schriftlich erzielten Einigung oder nach dem Datum der schriftlichen Schiedsstellenfestsetzung die Unterlagen vorzulegen und die Auskünfte zu erteilen, die für die Prüfung der Rechtmäßigkeit erforderlich sind. Die schriftliche Schiedsstellenentscheidung ist innerhalb von zwei Wochen nach der Schiedsstellenfestsetzung zu erstellen. Für den Fall, dass die Vertragsparteien die Unterlagen für die Genehmigung nicht fristgerecht und vollständig vorlegen, werden die Vertragsparteien sanktioniert. Das BMG regelt die Sanktionierung in einer Rechtsverordnung bis zum xxx. Entscheidet die Genehmigungsbehörde nicht innerhalb von 4 Wochen über die Genehmigung, gilt die Genehmigung als erteilt.

Die Regelungen zu § 6a KHEntgG des Kabinettsentwurfes des Finanzstabilisierungsgesetzes sind umzusetzen. Ergänzend sollte § 6a KHEntgG wie folgt geändert werden:

Ad „I. Sonstige Berufe und Personal ohne Berufsabschluss“

§ 6a Absatz 2 Satz 1 Hs 2 wird wie folgt gefasst: *„;abweichend hiervon können die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Vereinbarung nach § 17b Absatz 4 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bestimmen, dass die Anzahl der Vollkräfte ohne pflegerische Qualifikation, welche im Jahr 2018 im Pflegedienst beschäftigt und in der Dienstart 01 von dem Krankenhausträger erfasst waren, zugrunde zu legen ist“ .*

In § 6a Absatz 2 werden nach Satz 2 die folgenden Sätze eingefügt: *„Die Anzahl der im Pflegebudget zu berücksichtigenden Vollkräfte ohne pflegerische Qualifikation (sonstige Berufsabschlüsse und ohne Berufsabschluss) wird wie folgt ermittelt: Das Statistische Bundesamt ermittelt einmalig auf Grundlage der nach der Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser (Krankenhausstatistik-Verordnung – KHS) erhobenen Daten jeweils je Bundesland den Anteil der Vollkräfte ohne pflegerische Qualifikation (im direktem und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis) an der Gesamtzahl der landesweit gemeldeten Pflegekräfte im Jahr 2018 (im direktem und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis). Die Ausgangsbasis für die Ermittlung der Anzahl der im Pflegebudget zu berücksichtigenden Vollkräfte ohne pflegerische Qualifikation ergibt sich, indem die vom Krankenhaus an das Statistische Landes-*

amt für das Jahr 2018 gemeldeten Vollkräfte (mit direktem und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis) mit dem vom Statistischen Bundesamt landesweit ermittelten prozentualen Anteil multipliziert werden. Von diesem Ergebnis werden im Pflegebudget pauschal [vom InEK zu ermitteln, z. B. 20%] finanziert. Eine darüber hinausgehende Finanzierung von Vollkräften ohne pflegerische Qualifikation ist im Pflegebudget ausgeschlossen.

Der entsprechende Nachweis ist über die Meldung an das Statistische Landesamt für das Jahr 2018 zu führen. Kann diese Meldung nicht beigebracht werden, ist ausnahmsweise der Nachweis über das in 2018 in der Dienstart 01 gebuchte und in der unmittelbaren Patientenversorgung beschäftigte Personal jeweils differenziert nach beruflicher Qualifikation analog der Meldung an das Statistische Landesamt zzgl. Dienstpläne und Stellenbeschreibungen zu führen.

Die in der Vereinbarung nach § 17 b Abs. 4 Satz 2 KHG i.V.m. § 6a Abs. 2 Satz 2 KHEntgG getroffenen Regelungen zur Ermittlung Anzahl der im Pflegebudget zu berücksichtigenden Vollkräfte ohne pflegerische Qualifikation (sonstige Berufsabschlüsse und ohne Berufsabschluss) treten mit Wirkung vom (Inkrafttreten des Gesetzes) außer Kraft.“

Ad „II. Pflegeentlastende Maßnahmen“

In § 6a Absatz 2 KHEntgG werden die Sätze 7 und 8 „Die Höhe der eingesparten Pflegepersonalkosten ist im Pflegebudget in einer Höhe von bis zu 4 Prozent des Pflegebudgets erhöhend zu berücksichtigen. Die Pflegepersonalkosten einsparende Wirkung von Maßnahmen nach Satz 6 ist vom Krankenhaus zu begründen und die Durchführung der Maßnahmen ist nachzuweisen.“ durch die Sätze „Die eingesparten Pflegepersonalkosten sind im Pflegebudget in einer Höhe von bis zu 2 Prozent des Pflegebudgets erhöhend zu berücksichtigen. Dabei sind ausschließlich Maßnahmen berücksichtigungsfähig, deren Startzeitpunkt nach dem 31.12.2018 liegt und die nicht bereits anderweitig, insbesondere im Pflegebudget, finanziert werden. Für eine Vereinbarung sind die Benennung einer grundsätzlich geeigneten Maßnahme und die Vorlage einer Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung erforderlich. Die Durchführung der Maßnahme ist durch Vorlage einer Rechnung nachzuweisen.“ ersetzt.

Ad. III Verlagerung der examinierten Vollkräfte

§ 6a Abs. 3 KHEntgG wird wie folgt geändert:

Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt: „Zur Reduktion unnötiger Konfliktpunkte hinsichtlich einer Doppelfinanzierung aus Fallpauschalen und Pflegebudget auf der Ortsebene sind dabei zwingend die Vollkräfte des nicht-ärztlichen Personal für das Krankenhaus insgesamt im Jahr 2018 bis zum Vereinbarungsjahr differenziert nach beruflicher Qualifikation analog der Meldung an das Statistische Landesamt nachzuweisen.“

Nr. 4 § 21 Übermittlung und Nutzung von Daten

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Datenstelle hat, aufgrund der Notwendigkeit der Daten zum Pflegepersonal für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems, sicherzustellen, dass die Daten korrekt übermittelt werden. Die Änderung in § 21 Abs. 5 Satz 2 führt dazu, dass die Datenstelle zukünftig auch dann einen Abschlag festlegt, wenn die übermittelten Angaben zum Pflegepersonal von der Datenstelle im Rahmen der Plausibilitätsprüfung nicht akzeptiert werden. Die Datenstelle hat das Nähere zur Plausibilitätsprüfung festzulegen und zu veröffentlichen.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 Änderung der Digitale Gesundheitsanwendungen-Verordnung

Nr. 1 § 4 Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit

A Beabsichtigte Neuregelung

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) müssen Anforderungen an Datensicherheit nach § 139e Abs. 10 SGB V und Datenschutz nach § 139e Abs. 11 SGB V erfüllen. Diese sind durch die Hersteller umzusetzen. Die in Absatz 7 und Absatz 8 hierfür vorgesehenen Fristen für die Umsetzung der Anforderungen an den Datenschutz und Datensicherheit sollen vom 01.01.2023 auf den 01.01.2024 verlängert werden.

B Stellungnahme

Angesichts jüngst aufgedeckter Datenschutzlücken in einigen DiGA dürfen die aktuellen Bestimmungen des Datenschutzes und der Datensicherheit nicht für ein weiteres Jahr aufrechterhalten werden. Die neuen Anforderungen müssen - wie im DVPMG festgelegt - zum 01.01.2023 umgesetzt werden.

C Änderungsvorschlag

Die geplante Regelung ist zu streichen und die festgelegten Fristen und Termine sind weiter einzuhalten.

Nr. 2. § 7 Nachweis durch Zertifikate

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Erfüllung der Anforderungen an den Datenschutz und die Datensicherheit in digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) ist durch Zertifikate nachzuweisen. Diese sind durch die Hersteller der DiGA vorzulegen. Es ist beabsichtigt, die Fristen für den Nachweis der Erfüllung der Anforderungen an den Datenschutz vom 01.01.2023 auf den 01.01.2024 zu verlängern.

B Stellungnahme

Angesichts jüngst aufgedeckter Datenschutzlücken in einigen DiGA dürfen die bestehenden schwachen Bestimmungen zum Nachweis des Datenschutzes nicht für ein weiteres Jahr aufrechterhalten werden. Sie müssen zum ursprünglich festgelegten Termin 01.01.2023 umgesetzt werden.

C Änderungsvorschlag

Die geplante Regelung ist zu streichen und die festgelegten Fristen und Termine sind weiter einzuhalten.

Artikel 4 Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 1 § 14 a Krankenhauszukunftsfonds

Buchstabe a

A Beabsichtigte Neuregelung

Da mehr als dreimal so viele Anträge wie erwartet das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) erreicht haben, werden mit den Änderungen Maßnahmen getroffen, um die möglicherweise höheren Aufwendungen für das BAS zu berücksichtigen. So kann das BAS auf die nicht zur Förderung eingesetzten Mittel zurückgreifen und dies zwei Jahre länger, als bisher vorgesehen.

Zudem wird klargestellt, dass 15 Prozent der Fördermittel für technische und organisatorische Maßnahmen zur Verbesserung der Informationssicherheit verwendet werden sollen.

B Stellungnahme

Dass die hohe Anzahl von Anträgen zu höheren Aufwänden beim BAS führt und dass das BAS daher – soweit verfügbar – weitere Mittel zur Deckung dieser einfordert, ist nachvollziehbar. Dass bei dreimal so vielen Anträgen wie erwartet jedoch noch Fördermittel übrigbleiben, wirft Fragen auf. Sollten tatsächlich Fördermittel nicht zur Förderung benötigt werden, ist eine wirtschaftliche Mittelverwendung zwingend Voraussetzung für die Verwendung dieser für größere Verwaltungsaufwendungen. Dies gilt insbesondere in Anbetracht der aktuellen Haushaltslage des Bundes und des Finanzdefizites der Krankenkassen, die unweigerlich miteinander verbunden sind.

Die hohe Anzahl von gestellten Anträgen verdeutlicht darüber hinaus noch einmal den Bedarf einer intensiven Prüfung, dass es sich bei den Anträgen nicht um Doppelförderungen handelt. So gibt es zwischen dem Krankenhauszukunftsfonds- und dem -strukturfonds u.a. eindeutige Doppelungen bei den telemedizinischen Netzwerkstrukturen. Diese werden sowohl nach § 12a Abs. 1 Satz 4 Nummer 2 KHG wie auch nach § 19 Abs. 1 Nr. 9 KHSFV gefördert. Auch die Vorhaben zur Verbesserung der informationstechnischen Sicherheit der Krankenhäuser können sowohl nach § 12a Abs. 1, Satz 4, Nr. 3 KHG als auch nach § 14a Abs. 2 Nr. 3 KHG gefördert werden.

Vor dem Hintergrund der wiederholten Angriffe auf die IT-Struktur der Krankenhäuser erscheint die Klarstellung, dass es sich bei den Maßnahmen zur Verbesserung der Informationssicherheit sowohl um technische als auch organisatorische Maßnahmen handelt, sinnvoll. Ohne die erforderlichen organisatorischen Maßnahmen kann allein eine gute technische Ausstattung die IT-Sicherheit nicht sicherstellen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Buchstabe b

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung wird die Verpflichtung des Krankenhausträgers zur Teilnahme an der Evaluation nach § 14b Satz 3 KHG Voraussetzung für den Erhalt der Förderung. Bisher waren diejenigen, die eine Förderung erhalten haben zwar ebenfalls zur Teilnahme an der Evaluation verpflichtet. Durch die Änderung muss die Verpflichtung nun aber im Vorfeld zum Erhalt der Förderung nachgewiesen werden. Der Nachweis ist dann Teil der Prüfung gemäß § 25 Absatz 1 Nummer 5 KHSFV.

B Stellungnahme

Mit dem Krankenhauszukunftsfonds wird nicht das Ziel verfolgt, für bestimmte Agendapunkte Geld auszuschiütten, sondern mit diesem Geld positive Effekte zu erzielen. Deshalb ist es notwendig, die durchgeführten Maßnahmen zu evaluieren und die stattgefundenen Effekte zu messen. Mit der vorgesehenen Änderung wird die Verpflichtung der Krankenhäuser zur Teilnahme an der Evaluation überprüfbar und die Evaluation dadurch gestärkt. Die Änderung wird daher begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Buchstabe c

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Ergänzung wird konkretisiert, dass das Bundesministerium für Gesundheit in seiner Rechtsverordnung Nachweise der zweckentsprechenden Mittelverwendung sowohl während als auch nach dem Ende des Vorhabens vorsehen kann, um frühzeitig Fehlentwicklungen feststellen und ihnen entgegenwirken zu können.

B Stellungnahme

Eine frühzeitige und regelmäßige Prüfung der Mittelverwendung wird nachdrücklich begrüßt. Die Informationen aus den Nachweisen über die zweckentsprechende Mittelverwendung sollten auch bei der Evaluation gemäß § 14 b KHG berücksichtigt werden, da es ansonsten zu Fehleinschätzungen bezüglich der Auswirkungen der Förderungen durch den Fonds kommen kann.

An dieser Stelle sei, wie bereits in der Stellungnahme zur Anhörung des Krankenhaus-zukunftsgesetzes am 14.09.2020 erfolgt, darauf hingewiesen, dass bei den Nachwei-sen über die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel in § 25 bisher nur Übermittlungspflichten der Länder an das BAS vorgesehen sind. Da auch die Kran-kenkassen und deren Landesverbände an der Krankenhausplanung mitwirken und originäre Partner in den Budgetverhandlungen sind, ist eine Information über den In-halt von Fördervorhaben nicht nur sinnvoll, sondern notwendig. Eine entsprechende Regelung ist im § 25 aufzunehmen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Bezüglich der Ergänzung in § 25: Vgl. Stellungnahme zur Anhörung des Kranken-hauszukunftsgesetzes am 14.09.2020 zu Art. 2 Nr. 9 Teil 3 Förderung nach § 14a des KHG: „In § 25 ist ein neuer Absatz 3 einzufügen: „Die Länder übermitteln den Landesverbänden der Krankenkassen zum 1. April eines Jahres, erstmals zum 1. April 2021, für die Vorhaben, für die das Bundesamt für Soziale Sicherung Förder-mittel gewährt hat, die förderungsfähigen Vorhaben und die damit jeweils ver-bundenen Kosten.“

Nr. 2 § 14 b Evaluierung des Reifegrades der Krankenhäuser hinsichtlich der Digitalisierung

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung wird das Nähere hinsichtlich der bereits vorhandenen Regelungen zur begleitenden Auswertung der Verbesserung des digitalen Reifegrades der Krankenhäuser und dabei insbesondere der durch die Förderung aufgrund des Krankenhauszukunftsfonds bewirkten Verbesserung aktualisiert und konkretisiert.

Es werden die Erhebungszeiträume für die zweite Datenerhebung im Rahmen der Evaluation um ein halbes Jahr nach hinten verschoben (vom 31.06.2023 auf den 31.12.2023). Zudem wird ergänzt, dass das Bundesministerium für Gesundheit einen dritten Zeitpunkt festzulegen hat, an dem eine Bestimmung des digitalen Reifegrades erfolgen muss.

B Stellungnahme

Die Förderung von definierten Vorhaben ist kein Selbstzweck. Es ist nicht das Ziel, für bestimmte Agendapunkte Geld auszuschütten, sondern mit diesem Geld positive Effekte zu erzielen. Deshalb ist es notwendig, die durchgeführten Maßnahmen zu evaluieren und die stattgefundenen Effekte zu messen. Vor dem Hintergrund wird die Verschiebung der zweiten Auswertung, mit der Verzögerungen bei der Umsetzung der Projekte und ihrer Förderung berücksichtigt werden, begrüßt. Da die zeitlichen Auswirkungen der Verzögerungen schwer abschätzbar sind, wird auch die Ergänzung einer dritten Messung nach dem 31.12.2023 für sinnvoll erachtet.

Um Transparenz über die Ergebnisse der Evaluation herzustellen, ist eine Veröffentlichung erforderlich, die – anders als bei den Veröffentlichungen zum Krankenhausstrukturfonds (https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Strukturfonds/20220504Kennzahlen_KHSF_2021-VerwStand_Ende_2021.pdf) – nicht nur auf aggregierte Werte abstellt, sondern auch die Wirkung der einzelnen Maßnahmen beleuchtet. Dies gilt sowohl für die Evaluation nach § 14b KHG wie auch für die vom BAS zu veröffentlichenden Kennzahlen nach § 21 Abs. 4 KHSFV.

Darüber hinaus ist eine inhaltliche Verknüpfung mit § 5 Absatz 3 Buchstabe h KHEntgG zu berücksichtigen. Demnach sind die Vertragsparteien auf der Bundesebene beauftragt einen Abschlag je stationärem Fall zu vereinbaren, dessen Höhe davon abhängt, wie viele der durch den Krankenhauszukunftsfonds geförderten digitalen Dienste nicht bereitgestellt sind und wie oft die bereitgestellten digitalen Dienste tatsächlich genutzt werden. Um dies zu analysieren, müssen die Vereinbarungspartner abzufragende Parameter und deren Gewichtung festlegen. Die Ergebnisse der Auswertung des digitalen Reifegrades können hierzu wichtige Hinweise liefern. Neben der o. g. Veröffentlichung auf aggregierter Ebene sollten die Vertragsparteien daher Zugriff auf die der Evaluation nach § 14b KHG zugrundeliegenden Daten

haben. Da dies aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht ohne weiteres möglich ist, sollten die Vertragsparteien stattdessen bei der die Evaluation durchführenden Forschungseinrichtung gemeinsam weitergehende Auswertungen anfordern dürfen.

C Änderungsvorschlag

Dem § 14b werden folgende Sätze angefügt:

„Das Bundesministerium für Gesundheit veröffentlicht jährlich die Ergebnisse der Evaluation. Die Veröffentlichung gibt Rückschlüsse auf die Wirkung der einzelnen Maßnahmen.

Die Vertragsparteien nach § 11 Krankenhausentgeltgesetz erhalten zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 5 Absatz 3h Krankenhausentgeltgesetz die Möglichkeit, bei der vom Bundesministerium für Gesundheit gemäß § 14b Satz 1 KHG beauftragten Forschungseinrichtung Auswertungen auf Basis konkreter Fragestellungen zu beauftragen. Aus den Auswertungen dürfen keine Rückschlüsse auf einzelne Krankenhäuser möglich sein. Die Details zum Auftragsverfahren legen die Vertragsparteien mit der Forschungsstelle im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit fest.“

Nr. 3 § 17 b Abs. 3 KHG

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift überträgt die Aufgabe, im Rahmen der Umsetzung des Konzepts für eine repräsentative Kalkulation die Lieferung uneingeschränkt verwertbarer Daten zu gewährleisten und die Richtigkeit der übermittelten Daten umfassend überprüfen zu können, von den Vertragsparteien auf Bundesebene auf das InEK. Zu den vom InEK zu ergreifenden Maßnahmen können auch Abschläge gehören, wie sie in der Vereinbarung gemäß § 17b Absatz 3 Satz 4 KHG zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation vorgesehen sind. Auf Grundlage der Bezüge in § 10 Absatz 2 Satz 1 und § 17d Absatz 1 Satz 7 gilt die Vorschrift auch für die Investitionsbewertungsrelationen und das pauschalierende Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser.

B Stellungnahme

Die Regelung ist zu begrüßen, da sie die dazu beiträgt, die für eine repräsentative Kalkulation erforderliche Datengrundlage noch zeitnäher und vollständiger zu ermöglichen.

C. Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 4 § 17c Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Statistik

A Beabsichtigte Neuregelung

a)

Für die korrekte Durchführung einer einzelfallbezogenen Erörterung nach § 17 Abs. 2 KHG ist es erforderlich, dass die Krankenkasse die konkreten Informationen kennen, die bei der Prüfung durch das Krankenhaus dem Medizinischen Dienst zur Verfügung gestellt wurden. Derzeit ist dies nicht gewährleistet. Mit der vorschlagenden Regelung wird eine gesetzliche Grundlage für eine Übermittlung der vom MD beim Krankenhaus erhobenen Daten und Unterlagen an die Krankenkasse geschaffen.

b)

Die Fristverschiebung der Berichtsvorlage um zwei Jahre im § 17c Abs. 7 KHG ist erforderlich, um eine sachgerechte und umfassende Evaluation der neuen Regelungen des MDK-Reformgesetzes erstellen zu können. Die Verschiebung ergibt sich aufgrund der Coronavirus SARS-CoV-2-Pandemie, durch die die Einführung der Prüfquotensystematik des MDK-Reformgesetzes verschoben wurde.

B Stellungnahme

a)

Die Regelung wird begrüßt. Eine Rekonstruktion der konkreten Daten, die bei der Prüfung der Krankenhausrechnung dem MD vorgelegt wurde, ist derzeit nur mit großem Verwaltungsaufwänden prüfbar. Der Gesetzgeber hat das Instrument der einzelfallbezogenen Erörterung eingeführt, um die Sozialgerichte zu entlasten. Daher ist es geboten, dass dieses Verfahren funktional und aufwandsarm durch die Krankenkassen in Ansatz gebracht werden kann.

b)

Die Regelung wird begrüßt. Ohne diese Verschiebung würde im Jahr 2023 eine Evaluation erstellt, die stark von der Coronaausnahmesituation in den Krankenhäusern und den verabschiedeten Sonderregelungen geprägt wäre.

C Änderungsvorschlag

a)

Keiner.

b)

Keiner.

Artikel 5 Änderungen der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 1 § 9 Abs. 1 Nr. 6 BPflV

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragsparteien auf Bundesebene müssen, aufgrund der neuen Fristen zur Untergangsvorlage und Auskunftserteilung nach § 11 Absatz 4, das Nähere zur Dokumentation des Eingangs von Unterlagen und Auskünften vereinbaren. Es handelt sich bei der Änderung des § 9 Abs. 1 Nr. 6 BPflV um eine Erweiterung, die aufgrund der Einführung des Abschlags in § 11 Absatz 4 Satz 6 KHEntgG notwendig wird.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C. Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 2 § 11 BPflV Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus

A Beabsichtigte Neuregelung

Es werden neue Fristvorgaben für die Durchführung der Budgetverhandlungen und Vorgaben zum automatischen Tätigwerden der Schiedsstelle eingeführt, die inhaltlich den neuen Vorgaben für die somatischen Krankenhäuser (KHEntgG) entsprechen.

B Stellungnahme

zu a)

Die Regelung entspricht Wortgleich der Neuregelung unter Art. 2 Nr.3 a) bb). Insofern wird auf die entsprechende Stellungnahme zu dieser Neuregelung weiter oben verwiesen.

zu b)

Die Regelung entspricht wortgleich der Neuregelung unter Art. 2 Nr. 3 b). Insofern wird auf die entsprechende Stellungnahme zu dieser Neuregelung weiter oben verwiesen.

zu c)

Die Regelung entspricht wortgleich der Neuregelung unter Art. 2 Nr. 3 c). Insofern wird auf die entsprechende Stellungnahme zu dieser Neuregelung weiter oben verwiesen.

C. Änderungsvorschläge

Vgl. hierzu die zu Art. 2 Nr. 3 aufgeführten Änderungsvorschläge.

Artikel 6 Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung

Nr. 1 § 19 Förderungsfähige Vorhaben

A Beabsichtigte Neuregelung

§ 19 Absatz 2 KHSFV regelt die Voraussetzungen zur Förderung von Vorhaben durch den Strukturfonds. Eine der Voraussetzungen ist die Einhaltung der Vorgaben zur Integration offener und standardisierter Schnittstellen. Diese steht durch andere Gesetzesänderungen inzwischen nicht mehr in § 291d SGB V, sondern ist stattdessen in § 371 SGB V geregelt. Daher bedarf es der Korrektur des entsprechenden Verweises.

B Stellungnahme

Da es sich bei der Änderung um eine erforderliche Rechtsbereinigung eines Fehlverweises handelt, wird die Änderung unterstützt. Die Änderung betrifft die Einhaltung der Vorgaben zu standardisierten Schnittstellen in informationstechnischen Systemen. Dass eine Förderung gemäß dem Krankenhausstrukturfonds nur möglich ist, wenn diese Vorgaben eingehalten werden, ist richtig. In diesem Zusammenhang sei jedoch darauf hingewiesen, dass bei Einhaltung unter anderem gemäß § 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 die „Erweiterung oder Entwicklung informationstechnischer oder kommunikationstechnischer Anlagen, Systeme oder Verfahren, um [...] Vorkehrungen zur [...] Integrität und der Vertraulichkeit der informationstechnischen Systeme, Komponenten oder Prozesse des Krankenhausträgers zu treffen“ förderfähig sind. Gleichzeitig steht die Informationssicherheit im Fokus der Förderung nach dem Krankenhauszukunftsfonds.

Vor dem Hintergrund der wiederholten Angriffe auf die IT-Struktur der Krankenhäuser ist die Förderung von Maßnahmen zur Informationssicherheit zu begrüßen. Eine Doppelfinanzierung durch zwei Fonds ist jedoch unbedingt auszuschließen. Diesbezüglich sollte eine gesetzliche Anpassung erfolgen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 2 § 21 Verwaltungsaufgaben des Bundesamtes für Soziale Sicherung

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz wird ein weiterer Zeitpunkt für die Messung des Reifegrades der Krankenhäuser hinsichtlich der Digitalisierung in § 14b KHG ergänzt. Damit die weitere Messung ermöglicht wird, muss das BAS nach Bekanntgabe des Zeitpunkts durch das BMG diesen in seinen Förderrichtlinien aufnehmen. Mit der vorgesehenen Änderung wird das BAS mit der entsprechenden Aktualisierung seiner Förderrichtlinien beauftragt.

B Stellungnahme

Ein weiterer Messzeitpunkt wird für die Evaluation des Reifegrades der Krankenhäuser hinsichtlich der Digitalisierung und zur Analyse, welche Auswirkungen die Förderung im Rahmen des Krankenhauszukunftsfonds hatte, als sinnvoll erachtet. Vor diesem Hintergrund wird auch die hier vorgesehene Ergänzung des § 21 unterstützt, bei der es sich um einen formalen Prozess handelt, der erforderlich ist um eine weitere Messung in die Praxis umzusetzen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 3 § 21 Verwaltungsaufgaben des Bundesamtes für Soziale Sicherung

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit Artikel 4 Nr. 1 Buchstabe a werden Maßnahmen getroffen, um die möglicherweise höheren Aufwendungen für das BAS zu berücksichtigen. Dazu gehört, dass das Bundesamt für Soziale Sicherung die nicht ausgeschöpften Mittel später an den Bund zurückführen muss als bisher vorgesehen. Mit der hier vorgesehenen Änderung werden die erforderlichen Fristen in § 21 Absatz 3 geändert.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung, daher wird auf die Stellungnahme zu Artikel 4 Nr. 1 Buchstabe a verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 4 § 22 Antragstellung

A Beabsichtigte Neuregelung

Es ist ein Nachweis darüber erforderlich, dass mindestens 15 Prozent der Fördermittel für Maßnahmen zur Verbesserung der Informationssicherheit eingesetzt wurden. Mit der Neufassung von § 22 Absatz 2 Nummer 2 wird klargestellt, dass von diesen Nachweisen Vorhaben zur Anpassung von Patientenzimmern ausgeschlossen sind, da es sich nicht um Maßnahmen zur Verbesserung der Informationssicherheit handelt.

Zudem wird die mit Artikel 4 Nr. 1 Buchstabe a vorgenommene Konkretisierung, dass es sich in § 14a Absatz 3 Satz 7 (neu) um „technische und organisatorische“ Maßnahmen handelt, der Einheitlichkeit halber auch im KHSFV umgesetzt.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine sachlogische Abgrenzung, da räumliche Maßnahmen keinen Beitrag zur Informationssicherheit leisten. Die Änderung umfasst daher ausschließlich eine Klarstellung, die unterstützt wird.

Da es sich zudem um eine Folgeanpassung zu der Änderung in Artikel 4 Nr. 1 Buchstabe a handelt, wird zusätzlich auf die diesbezügliche Stellungnahme verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 5 § 25 Nachweis über die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung dient der Konkretisierung um was es sich bei dem Nachweis der IT-Dienstleister nach § 25 Absatz 1 Nummer 2 zu handeln hat. So haben die IT-Dienstleister beispielsweise den Nachweis nur für den technischen Teil der Umsetzung des Vorhabens zu erbringen. Zudem muss nachgewiesen werden, dass mindestens 15 Prozent der Fördersumme in Maßnahmen zur Informationssicherheit investiert werden. Die entsprechenden Vorgaben der aktuellen Förderrichtlinien sind weiterhin zu beachten.

B Stellungnahme

Da die Förderung der Informationssicherheit eines der wichtigsten Ziele des Krankenhauszukunftsfonds darstellt, ist es wichtig zu prüfen, ob wie vorgesehen 15 Prozent der finanziellen Mittel in entsprechende Maßnahmen fließen. Dass die Prüfung auch den Nachweis der IT-Dienstleister betrifft, wird daher begrüßt. Bei den weiteren Änderungen handelt es sich um sinnvolle Klarstellungen und Abgrenzungen, die ebenfalls unterstützt werden.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 7 Änderungen des Implantateregistergesetz

§ 17 Meldepflichten gegenüber der Vertrauensstelle

A Beabsichtigte Neuregelung

In §17 Absatz 4 Satz 2 des Implantateregistergesetzes wird durch eine Ergänzung klargestellt, dass die Regelung nach §290 Abs. 3 Satz 3 (Clearingverfahren des GKV-SV zum Datenabgleich zur Gewährleistung eines tagesaktuellen Standes des Verzeichnisses der Krankenversichertennummern) auch im Rahmen der Datennutzung für das Implantateregister Geltung hat.

B Stellungnahme

Die Nutzung des jeweils aktuellen unveränderbaren Teils der Krankenversichertennummer im Rahmen des Datenaustausches/ -verarbeitung im Implantateregister ist notwendig. Die Klarstellung scheint sachlogisch.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

III. Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes

§ 6a Abs. 3 KHEntgG Gesetzlicher Änderungsbedarf zur Klarstellung

Änderungsbedarf

Im Rahmen der regelmäßigen 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. Im Kontext der mit dem KHPfEG angestrebten Budgetbeschleunigung ist die skizzierte Klarstellung zwingend erforderlich, sonst droht ein „Durchreichen“ der Testate im Rahmen der Schiedsstellen. Als Folge würden die Betragezahler in hohem Maße finanziell belastet ohne dass ein Nutzen entsteht. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass die Testate oftmals deutlich oberhalb der Vereinbarung liegen. Geht man von einem moderaten Delta von 10 % stehen hier alleine für das Jahr 2020 zusätzliche Belastungen in Höhe von mindestens 1 Mrd. Euro im Raum. Für die Folgejahre ist mit > 2 Mrd. Euro Mehrbelastung zu rechnen. Aus diesem Grund ist die eine Klarstellung im § 6a Abs. 3 KHEntgG notwendig.

Stellungnahme/Begründung

Die Änderungen im Pflegebonusgesetz und die Gesetzesbegründung legen nahe, dass es das alleinige Ziel des Gesetzgebers gewesen ist, dem InEK durch die Anpassungen der Fristen für die Testate nach § 6a Abs. 3 KHEntgG die regelmäßige Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems zu ermöglichen. Die Begründung des Änderungsantrages des Pflegebonusgesetzes besagt u. a.:

„Die vorgesehene Regelung stellt nicht den Grundsatz der Prospektivität des § 11 Absatz 1 Satz 2 in Frage. Vielmehr soll sichergestellt werden, dass aus der Verletzung des Grundsatzes der Prospektivität keine negativen Folgen für die jährliche Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems entstehen.“

Grundsätzlich ist das Testat 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 nach § 11 Absatz 1 und dem InEK vorgelegt werden. Eine anderweitige Herangehensweise würde die gesetzlich normierte Vereinbarung eines Pflegebudgets obsolet machen und die Definition und Abgrenzung der tatsächlich in der unmittelbaren Patientenversorgung tätigen Pflegekräfte zur Ermittlung der pflegebudgetrelevanten und nicht pflegebudgetrelevanten Bestandteile letztlich von den verhandelnden Vertragsparteien weg in die Verantwortung von fachfremden Wirtschaftsprüfern legen.

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 zu den unter Änderungsbedarf skizzierten Folgen führen, die insbesondere die Versichertengemeinschaft stark belasten.

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 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG vorzunehmende Zuordnung und Abgrenzung von Kosten von Pflegepersonal gemäß den Vereinbarungen nach § 17b Absatz 4 Satz 2 KHG und § 9 Abs. 1 Nr. 8 KHEntgG.“

§ 10 Absatz 4 KHEntgG Anpassung

Änderungsbedarf

Streichung des § 10 Absatz 4 Satz 3 KHEntgG

Stellungnahme/Begründung

Der Landesbasisfallwert (LBFW) ist der Basispreis für die einzelnen DRG-Leistungen, der in jedem Bundesland zwischen den Vertragsparteien auf Landesebene verhandelt wird. Bei der Vereinbarung des LBFW für das Folgejahr haben die Vertragsparteien insbesondere Personal- und Sachkostensteigerungen zu berücksichtigen. Bis zum Jahr 2016 wurde bei der Vereinbarung des LBFW zusätzlich die Leistungsentwicklung der Krankenhäuser des Landes berücksichtigt. Die Mengendegression diente dazu, einer angebotsinduzierten Mengenentwicklung und kontinuierlichen Leistungsausweitung vieler Krankenhäuser entgegenzuwirken. Mit den steigenden Betriebskosten aufgrund von Leistungsausweitungen kompensieren die Krankenhäuser insbesondere fehlende Investitionsmittel.

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurde eine Neuausrichtung der Mengensteuerung angestrebt. Die absenkende Berücksichtigung von Leistungsentwicklungen beim LBFW in § 10 Abs. 3 Nr. 4 KHEntgG wurde ab 2016 ersatzlos gestrichen. Dies hatte zur Folge, dass im Jahr 2016 letztmalig die kollektive absenkende Berücksichtigung von zusätzlichen Leistungen beim LBFW vorgenommen wurde. Seitdem wird die Mengendegression auf die Budgetverhandlungen der individuellen Krankenhausebene verlagert.

Die im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) verbliebene Regelung des § 10 Absatz 4 Satz 3 KHEntgG ist mit den Verhandlungen des LBFW nicht mehr in Einklang zu bringen, da die Leistungsentwicklung seit 2016 kein Bestandteil der LBFW-Verhandlung mehr ist. Ebenso wie sich seinerzeit die Krankenhäuser der doppelten Degression ausgesetzt sahen, sind die Kostenträger durch die bestehende Regelung dem doppelten Effekt auf Landes- und Ortsebene ausgesetzt. Wollte man die „Kollektivhaftung“ im LBFW mit der Änderung durch das KHSG tatsächlich abschaffen, so bedingt dies konsequenterweise auch die für Krankenhäuser „positive Kollektivhaftung“.

Die Regelungen zur Preis- und Mengensteuerung sind auf Haus-, Landes- und Bundesebene nicht konsequent und stimmig miteinander verbunden, so dass die seinerzeit angestrebte Ausgabenneutralität der Verlagerung der Leistungsentwicklung von der Landes- auf die Ortsebene nicht gewährleistet ist.

Nach den Regelungen des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) führen geringere Fallzahlen zu steigenden Preisen, d. h. Leistungsminderungen wirken auf Landesebene basisfallwerterhöhend. Damit führt eine geringere Summe der vereinbarten Bewertungsrelationen (Casemix) zu Forderungen der Krankenhauseite, den Landesbasisfallwert entsprechend zu erhöhen.

Die konkrete gesetzliche Regelung des § 10 Abs. 4 Satz 3 KHEntgG lautet wie folgt:

„[...] 3 Wird aus anderen als den in Satz 2 genannten Tatbeständen eine niedrigere Summe der effektiven Bewertungsrelationen vereinbart, kann abweichend von Satz 1 ein höherer Basisfallwert vereinbart werden, wenn dies nicht zu einer Erhöhung der Gesamtausgaben für Krankenhausleistungen führt. [...]“

Im Rahmen der Stellungnahme vom 10.11.2020 zum Dritten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite hat der GKV-Spitzenverband bereits Ende 2020 eine Anpassung des § 10 Abs. 4 KHEntgG gefordert, welche der insbesondere in 2020- 2022 auftretenden Problematik pandemiebedingt geringerer Leistungsmengen adäquat begegnet. Der Gesetzgeber hat daraufhin die folgende Formulierung im § 10 Abs. 4 Satz 6 KHEntgG eingeführt:

„Satz 3 findet keine Anwendung, sofern rechtliche Regelungen getroffen werden, die dazu dienen, einen Leistungsrückgang, der zu einer niedrigeren Summe der effektiven Bewertungsrelationen führt, auszugleichen.“

Da die sogenannten Corona-Ausgleiche 2020-2022 die Leistungsrückgänge ausgleichen, kommt es in diesen Jahren nicht zu entsprechenden Basisfallwertsteigerungen. Inwiefern dies auch für die Jahre 2023 ff. gilt, hängt maßgeblich davon ab, ob auch in den kommenden Jahren, wie in 2020-2022, Regelungen eingeführt werden, die analog dem Corona-Ausgleich wirken, und den Krankenhäusern diese Leistungsminderungen anderweitig finanziert werden.

Die Regelung in § 10 Abs. 4 Satz 3 KHEntgG ist daher zu streichen.

Änderungsvorschlag

§ 10 Absatz 4 Satz 3 KHEntgG wird gestrichen.

§ 284 SGB V Sozialdaten bei den Krankenkassen

Bestehende Regelung/Sachstand

Die grds. Problematik einer statischen Regelung in einer von der dynamischen Entwicklung der Digitalisierung und sich ändernden Aufgabenzuweisungen geprägtem Umfeld wurde bei der Regelung der Verarbeitungsbefugnisse für die Krankenkassen im § 284 SGB V bisher nicht abgestellt. Daher werden Maßnahmen zur Auflösung dieses Problems vorgeschlagen.

Änderungsbedarf und Begründung

Die Regelungen des § 284 führen in der Praxis zu regelmäßigen Grundsatzdiskussionen zwischen den beteiligten Institutionen und Aufsichtsbehörden. Daher ist eine Klarstellung erforderlich in dem Sinne, wie es die Aufgaben und die Rolle der Krankenkassen im Versorgungswettbewerb und der Beratung im Zeitalter der Digitalisierung gebietet.

Der Wettbewerb der Kranken- und Pflegekassen basiert auch auf einer nutzenstiftenden Beratung und Unterstützung ihrer Versicherten. Die beabsichtigte Änderung würde voraussetzen, dass der Gesetzgeber alle nutzenstiftenden Beratungs-, Versorgungs- und Unterstützungsangebote schon im Gesetzgebungsverfahren antizipiert und explizit im Gesetz benennen kann. Diese Annahme wird aber dem tatsächlichen auf den einzelnen Versicherten abgestimmten Beratungsbedarf nicht gerecht. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass die Regelungen des § 284 SGB V bereits heute in der Praxis zu Rechtsunsicherheiten bezüglich ihrer Reichweite und ihres Inhaltes führen. So gehört auch die Aufklärung, Beratung und Information (§ 1 S. 4 SGB V, §§ 13 ff SGB I) zu den gesetzlichen Aufgaben einer Krankenkasse, die insoweit nicht ihren Niederschlag in Zusammenhang mit der Verarbeitung von Daten gefunden hat.

Mit §140a SGB V wurde die Möglichkeit geschaffen, Verträge zur besonderen Versorgung abzuschließen, die u. a. darauf ausgerichtet sind, auch Versorgungsqualität zu verbessern. Voraussetzung für den Abschluss von Verträgen zur Verbesserung von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit oder eine Optimierung der Organisation ist die Kenntnis bestehender Versorgungsdefizite. Zur zielgerichteten Planung entsprechender Aktivitäten muss es möglich sein, anonymisierte Abrechnungsdaten auch ohne Einwilligung der Patienten analysieren zu können. Gleiches gilt für den zu erbringenden Wirtschaftlichkeitsnachweis, hierfür ist es zwingend notwendig, Kontrollgruppen oder regionale Benchmarks bilden zu können.

Änderungsvorschlag

In Abs. 1 Satz 1 ist nach dem Komma der Halbsatz wie folgt anzupassen „soweit diese insbesondere für ...“.

In Absatz 1 Satz 1 Nr. 9 werden nach dem Wort „Wirtschaftlichkeit“ die Worte „und Qualität“ eingefügt.

In Absatz 1 Satz 1 Nr. 13 werden nach dem Wort „Qualitätsprüfungen“ die Worte „sowie für Beratungszwecke“ eingefügt.

In Absatz 3 Ergänzung eines Satzes 3 „Anonymisierte Daten dürfen auch für andere Zwecke verarbeitet werden“.

§ 305 Abs. 3 SGB V Auskünfte an Versicherte

Bestehende Regelung/Sachstand

Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten auf Verlangen umfassend über in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassene Leistungserbringer einschließlich medizinische Versorgungszentren und Leistungserbringer in der besonderen Versorgung sowie über die verordnungsfähigen Leistungen und Bezugsquellen, einschließlich der Informationen nach § 73 Abs. 8, § 127 Absatz 3 und 5. Die Krankenkasse hat Versicherte vor deren Entscheidung über die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen in Wahltarifen nach § 53 Abs. 3 umfassend über darin erbrachte Leistungen und die beteiligten Leistungserbringer zu informieren. § 69 Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend.

Änderungsbedarf und Begründung

Ergänzung des Absatz 3 um die Sätze „Zur Erfüllung dieser Aufgabe haben die Kassenärztlichen Vereinigungen den Krankenkassen die Daten nach § 395 Abs. 2 Satz 3 in monatlichen oder kürzeren Abständen unentgeltlich zu übermitteln. Die Krankenkassen dürfen diese Daten ausschließlich zur Erfüllung ihrer Aufgabe nach Satz 1 verarbeiten.“

Mit der Regelung in § 395 SGB V zur Übermittlung arztbezogener Daten an das Nationale Gesundheitsportal wurde festgelegt, welche Daten für eine adäquate Information der Öffentlichkeit relevant sind. Da Krankenkassen verpflichtet sind, Versicherte gem. § 305 Abs. 3 SGB V umfassend über in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassene Leistungserbringer zu informieren, sollten diese Daten auch den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden.

Die gem. § 293 SGB V von den Kassenärztlichen Vereinigungen angelegten Daten werden den Kassen zum Zwecke der Abrechnungsüberprüfung sowie der Fallführung zur Verfügung gestellt. Die Verpflichtung der Kassen zur Information ihrer Versicherten gem. § 395 SGB V geht inhaltlich weit über die Vorgaben des § 293 SGB V hinaus, weshalb die aufgrund dieser Rechtsgrundlage erhobenen und übermittelten Daten nicht geeignet sind, diese Pflicht zu erfüllen.

Änderungsvorschlag:

Nach Satz 1 § 305 Abs. 3 SGB V „Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten auf Verlangen umfassend über in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassene Leistungserbringer einschließlich medizinische Versorgungszentren und Leistungserbringer in der besonderen Versorgung sowie über die verordnungsfähigen Leistungen und Bezugsquellen, einschließlich der Informationen nach § 73 Abs. 8, § 127 Absatz 3 und 5.“ sollen neu Satz 2 und Satz 3 ergänzt werden:

„Zur Erfüllung dieser Aufgabe haben die Kassenärztlichen Vereinigungen den Krankenkassen die Daten nach § 395 Abs. 2 Satz 3 in monatlichen oder kürzeren Abständen unentgeltlich zu übermitteln. Die Krankenkassen dürfen diese Daten ausschließlich zur Erfüllung ihrer Aufgabe nach Satz 1 verarbeiten.“