

20.09.19

Stellungnahme

des Bundesrates

Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz)

Der Bundesrat hat in seiner 980. Sitzung am 20. September 2019 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. Zu Artikel 1 Nummer 23 (§ 275c Absatz 2 Satz 7 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 23 ist § 275c Absatz 2 Satz 7 zu streichen.

Begründung:

In § 275c Absatz 2 Satz 7 SGB V ist vorgesehen, dass die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes das Vorliegen der Voraussetzungen nach § 275c Absatz 2 Satz 6 SGB V unter Angabe der Gründe vor der Einleitung der Prüfung bei der für die Krankenhausversorgung zuständigen Landesbehörde gemeinsam anzuzeigen haben.

Ohne fachlich-inhaltliche Prüfung ist die Anzeigepflicht nicht zielführend. Es besteht die Gefahr des Missbrauchs dieser Ausnahmeregelung, wenn das Vorliegen der Voraussetzungen seitens der Kassenverbände angezeigt wird, die Landesbehörde diese zwingende Prüfvoraussetzung jedoch selbst nicht überprüfen kann.

Es bleibt zudem offen, welche Handlungsmöglichkeiten für die Landesbehörden aus der Anzeigepflicht resultieren und welche Folgen dies für die anzeigenden Vertragsparteien hat. Hier stellt sich die Frage, ob nach der Anzeige eine Entscheidung der Landesbehörde vor Einleitung der Prüfung abgewartet werden muss und wenn ja, innerhalb welcher Frist.

Mangels inhaltlicher Überprüfbarkeit der angezeigten Voraussetzungen durch die Landesbehörden sowie der nicht geregelten Folgen beziehungsweise Handlungsmöglichkeiten, die aus der Anzeigepflicht resultieren sollen, ist die Anzeigepflicht ersatzlos zu streichen. Ob die Voraussetzungen für diese Ausnahmeprüfung vorliegen, kann ebenso wie bei den sonstigen Prüfquoten im regulären Rechtsschutz überprüft werden.

2. Zu Artikel 1 Nummer 23 (§ 275c Absatz 2 SGB V)

- a) Der Bundesrat hält die gesetzliche Möglichkeit für Krankenkassen, Krankenhausabrechnungen zu prüfen, für sinnvoll und wichtig. Die in § 275c Absatz 2 SGB V vorgesehene Deckelung der Prüfquoten hätte nach Auffassung des Bundesrates aber erhebliche negative finanzielle Auswirkungen auf die Krankenkassen als Kostenträger.
- b) Der Bundesrat fordert daher, die vorgesehene Prüfquote für Krankenhausabrechnungen angemessen zu erhöhen.

Begründung:

Der Gesetzentwurf sieht eine Änderung der aktuellen Krankenhausabrechnungsprüfung vor. Hierin wird eine maximal zulässige quartalsbezogene Prüfquote je Krankenhaus bestimmt (abgestuft 5, 10 und 15 Prozent), welche auch vom Anteil korrekter Abrechnungen aus zurückliegenden Abrechnungszeiträumen abhängig ist. Diese jetzt vorgesehene Deckelung der Prüfquoten hätte erhebliche finanzielle Auswirkungen auf die Krankenkassen als Kostenträger. Sie könnte bei Krankenkassen mit aktuell hohen Prüfquoten und hoher Beanstandungsquote gegebenenfalls sogar beitragsatzrelevant werden.

Da etwa ein Drittel aller GKV-Ausgaben in die akutstationäre Versorgung der GKV-Versicherten in Krankenhäusern fließt, ist die gesetzliche Möglichkeit für Krankenkassen, die Krankenhausabrechnungen zu prüfen, sinnvoll und wichtig. Gemäß GKV-Spitzenverband Bund zeigen auch aktuelle Auswertungen der Krankenkassen für das Jahr 2017, dass jede zweite geprüfte Rechnung (mehr als 56 Prozent, also bundesdurchschnittlich 9,4 Prozent aller Rechnungen) fehlerhaft war. Dabei lagen die Prüfquoten der Kostenträger (Falldialoge und MDK-Prüfungen) bundesweit bei durchschnittlich 18,8 Prozent im Jahr 2017 mit steigender Tendenz für das Jahr 2018 (20 Prozent) (Quelle: Herbstumfrage 2018, medinfoweb.de).

Vor diesem Hintergrund erscheint die Festlegung einer Prüfquote zwar grundsätzlich sinnvoll, die im Gesetzentwurf bisher vorgesehene Höhe aber als zu niedrig. Daher sollte die Prüfquote gegenüber der jetzigen Festlegung angemessen erhöht werden.

3. Zu Artikel 1 Nummer 23 (§ 275c Absatz 3 Satz 4 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 23 ist dem § 275c Absatz 3 folgender Satz anzufügen:

„Der Teil der Rechnungskürzungen, der sich auf die Prüfungen der oberen Grenzverweildauer bezieht, wird nicht in die Quotierung eingerechnet und es wird auch kein Aufschlag für diesen Prüfgrund fällig.“

Begründung:

Eine Strafzahlung würde die Krankenhäuser bei einer Verweildauerkürzung doppelt treffen. Denn eine zu lange Liegedauer kann auch von externen Faktoren beeinflusst sein, so kann zum Beispiel die Übernahme in den ambulanten Sektor oder gerade den Pflegesektor – in dem häufig kurzfristig keine Plätze zur Verfügung stehen – problematisch sein.

4. Zu Artikel 1 Nummer 23 (§ 275c Absatz 4 SGB V)

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren folgende Aspekte zu prüfen:

- a) Der Rechtscharakter der Festlegung und Veröffentlichung der zulässigen Prüfquoten und der Höhe des Aufschlags durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 275c Absatz 4 Satz 3 SGB V ist nicht eindeutig. § 275c Absatz 5 SGB V legt nahe, dass es sich um einen Verwaltungsakt handelt.
- b) Für den Fall, dass die Entscheidungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 275c Absatz 4 Satz 3 Nummer 3 SGB V als Verwaltungsakt ergehen, wird darum gebeten, ein sachlich und örtlich zuständiges Gericht für diese Streitigkeiten zu bestimmen.

Begründung:

Bisher sieht das SGB V keine Rechtsgrundlage für Entscheidungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen im Wege von Verwaltungsakten gegenüber Krankenhäusern vor. § 275c Absatz 5 SGB V legt jedoch nahe, dass sich die Regelung nach § 275c Absatz 4 Satz 3 SGB V auf den Erlass von Verwaltungsakten bezieht.

Angesichts der rechtlichen und finanziellen Tragweite der Entscheidung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen erscheint es naheliegend, dass Krankenhäuser sich gegen diese Entscheidungen auf gerichtlichem Wege wehren werden.

Von der Sozialgerichtsbarkeit wird befürchtet, dass hier eine Vielzahl von Verfahren im einstweiligen Rechtsschutz zu erwarten ist. Für diese Rechtsstreitigkeiten wird um Bestimmung des zulässigen Rechtswegs gebeten.

5. Zu Artikel 1 Nummer 23 (§ 275c Absatz 5 Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 23 sind in § 275c Absatz 5 Satz 1 die Wörter „die Geltendmachung des Aufschlags nach Absatz 3 und gegen“ zu streichen.

Begründung:

Nach der vorgesehenen Regelung sollen Widerspruch und Klage unter anderem gegen die Geltendmachung des Aufschlags nach § 275c Absatz 3 SGB V keine aufschiebende Wirkung haben. Ein Ausschluss der aufschiebenden Wirkung hat zur Folge, dass der Aufschlag, den die Krankenhäuser im Fall von – unter Zugrundelegung der Einschätzung des MD – überhöhten Abrechnungen zu zahlen haben, unmittelbar zur Zahlung fällig wird. Dieser Effekt geht einseitig zu Lasten der Krankenhäuser und beeinträchtigt sie unverhältnismäßig in ihrer Liquidität.

Noch eine weitere Erwägung spricht gegen die Regelung: Der Aufschlag ist von dem Sachzusammenhang her bei dem Abrechnungsverhältnis angesiedelt. Nach bisheriger gefestigter Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. zuletzt Bundessozialgericht Urteil vom 9. April 2019 – B 1 KR 2/18 R –, ECLI:DE:BSG:2019:090419UB1 KR218R0 Rdnr. 7) stehen Krankenhausträger und Krankenkasse bei einem Abrechnungstreit im Gleichordnungsverhältnis, und findet hier ein Vorverfahren nicht statt.

Wenn jetzt, wie das die Regelung nahe legt, unter anderem bezüglich des Aufschlags die Durchführung von Widerspruchsverfahren vorgesehen wird, liegt darin nicht nur ein – in seinem Anwendungsbereich beschränktes – Abrücken von einer bewährten Rechtspraxis; vielmehr steht auch zu besorgen, dass das Erfordernis der Durchführung eines Vorverfahrens auf andere Fallgestaltungen von Abrechnungsstreitigkeiten erstreckt werden könnte. Ein Vorverfahren mit den Rechtsbehelfsfristen aber würde die Beteiligten – hinsichtlich des Aufschlags und auch sonst – einem unnötigen Zeitdruck aussetzen.

6. Zu Artikel 1 Nummer 25 (§ 279 Absatz 5 Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 25 ist § 279 Absatz 5 Satz 2 zu streichen.

Begründung:

Es ist nicht nachvollziehbar, warum lediglich die Vertreter auf Vorschlag der Verbände und Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der Patienten, der pflegebedürftigen und behinderten Menschen und der pflegenden Angehörigen sowie der im Bereich der Kranken- und Pflegeversorgung tätigen Verbraucherschutzorganisationen auf Landesebene ein Stimmrecht im neuen Verwaltungsrat des MD erhalten sollen.

Für die Landespflegekammer beziehungsweise Landesärztekammer ist derzeit kein Stimmrecht vorgesehen. Da auch im bisherigen Beirat der MDK alle Beteiligten gleichberechtigt sind, erschließt es sich nicht, dass bei der Neustrukturierung des MD-Verwaltungsrates einer Partei kein Stimmrecht zugesprochen wird.

Auch das fachliche Know-how der Landespflegekammer und der Landesärztekammer sollte bei Entscheidungen mit einem Stimmrecht berücksichtigt werden.

7. Zu Artikel 1 Nummer 25 (§ 279 Absatz 5 Satz 3 und
Satz 4 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 25 sind in § 279 Absatz 5 Satz 3 und 4 durch folgenden Satz zu ersetzen:

„Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Einzelheiten festzulegen für

1. das Verfahren der Übermittlung und der Bearbeitung der Vorschläge nach Satz 1 sowie
2. die Voraussetzungen der Anerkennung der Organisationen und Verbände nach Satz 1 Nummer 1 sowie der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene, insbesondere die Erfordernisse an die fachlichen Qualifikationen, die Unabhängigkeit, die Organisationsform und die Offenlegung der Finanzierung.“

Begründung:

Eine Verwaltungsvorschrift der Länder beziehungsweise der Landesbehörden zur Bestimmung des Verfahrens und zur Festlegung der Voraussetzungen für die Anerkennung der Organisationen und Verbände, zur Bestimmung der Erfordernisse an die fachlichen Qualifikationen, zur Unabhängigkeit, zur Organisationsform und zur Offenlegung der Finanzierung wird als „zu dünne“ Rechtsgrundlage bewertet.

Besser, weil rechtssicherer und einheitlicher, wäre eine bundeseinheitliche Verordnung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Eine Verordnung des BMG wäre besser geeignet, die entsprechenden Voraussetzungen bundesweit einheitlich festzulegen, was zudem eine einheitliche Anerkennung der Organisationen und eine bessere Akzeptanz bedeuten würde.

Es wird daher vorgeschlagen, eine entsprechende Ermächtigungsgrundlage für eine Rechtsverordnung des BMG gesetzlich zu normieren.

8. Zu Artikel 1 Nummer 25 (§ 279 Absatz 6 Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 25 ist § 279 Absatz 6 Satz 2 zu streichen.

Begründung:

Die bestehende Regelung zur Vertretung der Interessen der Patientinnen und Patienten sowie der Versicherten durch die in den Sozialwahlen legitimierten ehrenamtlichen Mitglieder der sozialen Selbstverwaltung hat sich bewährt und bedarf keiner Änderung.

Die in § 279 Absatz 6 Satz 2 SGB V vorgesehene Unvereinbarkeitsregelung zwischen einem Ehrenamt im Verwaltungsrat des MD und der Mitgliedschaft in einem Verwaltungsrat oder der Vertreterversammlung einer Krankenkasse oder ihrer Verbände innerhalb von zwölf Monaten vor dem Tag der Benennung des Verwaltungsrates setzt bewährte Verfahrensweisen im Rahmen der Selbstverwaltung außer Kraft.

Die demokratische Legitimation der Vertreter aus den Verwaltungsräten der Krankenkassen sinkt mit der vorgesehenen Regelung, da diese nicht mehr unmittelbar durch Sozialwahlen in ihr Amt gelangen.

Gerade besonders kompetente und im Bereich der Krankenkassen erfahrene Personen werden von der Arbeit im Verwaltungsrat ausgeschlossen. Die Regelung trägt nicht zur Professionalität des Verwaltungsrates bei.

Wegen der Eingriffe in die soziale Selbstverwaltung ist die Unvereinbarkeitsregelung in § 279 Absatz 6 Satz 2 SGB V als unverhältnismäßig abzulehnen.

9. Zu Artikel 1 Nummer 25 (§ 280 Absatz 3 Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 25 sind in § 280 Absatz 3 Satz 1 die Wörter „mit der Maßgabe, dass der Haushaltsplan der Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde bedarf“ zu streichen.

Begründung:

Für das Haushalts- und Rechnungswesen einschließlich der Statistiken gelten für die Körperschaften des öffentlichen Rechts grundsätzlich die §§ 67 bis 69 SGB IV und für die Vorlage des Haushaltsplanes insbesondere § 70 Absatz 5 SGB IV.

Eine wie jetzt im Gesetzentwurf vorgesehene explizite Genehmigung des Haushaltsplans für den MD widerspricht der bisherigen Rechtssystematik in Bezug auf die Haushaltspläne der der Länderaufsicht unterstehenden Körperschaften des öffentlichen Rechts. Bisher ist für sie nur eine Vorlage des Haushaltsplans auf Verlangen der Aufsichtsbehörde gemäß § 70 Absatz 5 Satz 1 SGB IV normiert.

Es ist kein konkreter Anlass oder ein sachlicher Grund erkennbar, warum für den MD dies nur mit der Maßgabe gelten soll, dass der Haushaltsplan explizit der Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde bedarf. Eine Vorlagepflicht, analog der Träger der Krankenversicherung, wird als ausreichend erachtet.

Es ist davon auszugehen, dass mit den Veränderungen in der Besetzung des Verwaltungsrates des MD kein Entzug von haushalterischem Sachverstand verbunden ist, der eine solche Genehmigungspflicht rechtfertigen würde. Eine solche „Verschärfung“ ist daher nicht erforderlich und wird durch die vorgeschlagene Streichung des entsprechenden Wortlautes in § 280 Absatz 3 Satz 1 SGB V aufgehoben.

10. Zu Artikel 1 Nummer 25 (§ 283 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 25 sind in § 283 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 nach dem Wort „Bundesärztekammer,“ die Wörter „der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekammern – Bundespflegekammer,“ einzufügen.

Begründung:

Durch das neue Beteiligungsverfahren wird die Unabhängigkeit der MD gestärkt. Bei der Erarbeitung von Richtlinien sollte aber auch das Know-how der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekammern – Bundespflegekammer als Interessenvertretung berücksichtigt werden.

11. Zu Artikel 1 Nummer 29 Buchstabe a (§ 301 Absatz 2 Satz 3a – neu – SGB V)

Artikel 1 Nummer 29 Buchstabe a ist wie folgt zu fassen:

,a) Nach Satz 2 werden folgende Sätze eingefügt:

„In dem Operationen- und Prozedurenschlüssel nach Satz 2 können durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information auch Voraussetzungen für die Abrechnung der Operationen und sonstigen Prozeduren festgelegt werden. Die OPS-Codes sind auf präzise und knappe Leistungsbeschreibungen zu begrenzen.“ ‘

Begründung:

Zu Satz 3:

Entspricht der Vorlage.

Zu Satz 3a:

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) als nachgeordnete Behörde des Bundesministeriums für Gesundheit regelt bei der Codierung von OPS-Codes zunehmend Qualitätsanforderungen für medizinische Leistungen und legt so abrechnungsrelevante Strukturvoraussetzungen für die Krankenhäuser fest. Dies hat Auswirkungen auf die Versorgungsinhalte der Krankenhäuser und tangiert somit die Versorgungsaufträge, die Bestandteil der Krankenhausplanung der Länder sind. Angesichts der klaren gesetzlichen Aufgabenverteilung zwischen den Institutionen erscheint dies rechtsstaatlich sehr bedenklich. OPS-Codes sind auf präzise und knappe Leistungsbeschreibungen zu begrenzen und dürfen nicht für andere Ziele zweckentfremdet werden.

12. Zu Artikel 1 Nummer 30 (§ 328 Absatz 1 Satz 1,
Satz 2 und
Satz 3,
Absatz 5 Satz 2 und
Satz 5 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 30 ist § 328 wie folgt zu ändern:

a) Absatz 1 ist wie folgt zu ändern:

aa) In Satz 1 ist die Angabe „30. Juni 2020“ jeweils durch die Angabe „31. Dezember 2020“ zu ersetzen.

- bb) In Satz 2 ist die Angabe „30. September 2020“ durch die Angabe „31. März 2021“ zu ersetzen.
- cc) In Satz 3 ist die Angabe „31. Dezember 2020“ durch die Angabe „30. Juni 2021“ zu ersetzen.
- b) Absatz 5 ist wie folgt zu ändern:
 - aa) In Satz 2 ist die Angabe „30. September 2020“ durch die Angabe „31. März 2021“ zu ersetzen.
 - bb) In Satz 5 ist die Angabe „31. März 2021“ durch die Angabe „30. September 2021“ und die Angabe „30. Juni 2021“ ist durch die Angabe „31. Dezember 2021“ zu ersetzen.

Begründung:

Die für die Benennung der Verwaltungsratsmitglieder zuständige oberste Landesbehörde muss ab Januar 2020 zunächst vorab eine Verwaltungsvorschrift erlassen.

Sodann sind die in Betracht kommenden Organisationen und Verbände dahingehend zu prüfen, ob diese die Voraussetzungen für die Anerkennung, die Erfordernisse an die fachlichen Qualifikationen, die Unabhängigkeit, die Vorgaben zur Organisationsform und zur Offenlegung der Finanzierung erfüllen. Als weiteren Schritt sind die Organisationen/Verbände als vorschlagsberechtigt anzuerkennen, deren Vorschläge einzufordern, auszuwerten und die Vertreter nach den festgelegten Kriterien von den obersten Landesbehörden auszuwählen.

Die im Gesetzentwurf dafür vorgesehene Frist von nur sechs Monaten nach Inkrafttreten des MDK-Reformgesetzes ist deutlich zu kurz bemessen und in der Praxis nicht realisierbar.

Schon aus den Verfahren zum bisherigen Beirat der MDK ist den obersten Landesbehörden bekannt, dass diese Verfahren – zusätzlich jetzt noch mit der vorab erforderlichen Erstellung einer Rechtsgrundlage – auf keinen Fall innerhalb von sechs Monaten zu realisieren sind.

Es ist deshalb eine Verlängerung der Frist zur Benennung der Verwaltungsratsmitglieder auf ein Jahr, damit auf den 31. Dezember 2020, erforderlich. Mit der Änderung verschieben sich auch alle weiteren, darauf aufbauenden Fristen und Termine.

13. Zu Artikel 3 Nummer 1 Buchstabe a – neu – (§ 17b Absatz 1 Satz 6 KHG)

Artikel 3 Nummer 1 ist wie folgt zu fassen:

,1. § 17b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Um mögliche Fehlanreize durch eine systematische Übervergütung der Sachkostenanteile bei voll- und teilstationären Leistungen jährlich zu analysieren und geeignete Maßnahmen zum Abbau vorhandener Übervergütung zu ergreifen, sind auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus sachgerechte Korrekturen der Bewertungsrelationen der Fallpauschalen zu vereinbaren; zur finanzierungsneutralen Umsetzung sind die Korrekturen ausschließlich innerhalb der verbleibenden Fallpauschalenvergütung vorzunehmen.“

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

< ... weiter wie Vorlage ... > ‘

Begründung:

Durch die gesetzliche Klarstellung, dass Korrekturen ausschließlich innerhalb der verbleibenden Fallpauschalenvergütung vorzunehmen sind, wird gewährleistet, dass Sachkostenanteile nicht in die Pflegepersonalkostenanteile übertragen werden und nicht dem Fallpauschalensystem entzogen werden.

14. Zu Artikel 3 Nummer 2 Buchstabe c (§ 17c Absatz 2a Satz 1 KHG)

In Artikel 3 Nummer 2 Buchstabe c ist § 17c Absatz 2a Satz 1 wie folgt zu fassen:

„Nach Einleitung einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst oder eines Gerichtsverfahrens sind Korrekturen der an die Krankenkassen übermittelten Abrechnung nur zur Umsetzung eines Prüfergebnisses des Medizinischen Dienstes oder eines rechtskräftigen Urteils möglich.“

Begründung:

In § 17c Absatz 2a Satz 1 KHG ist bisher vorgesehen, dass nachträgliche Rechnungsänderungen nur zur Umsetzung des Prüfergebnisses des Medizinischen Dienstes oder nach Vorliegen einer etwaigen Rechtsprechung erfolgen

können. Grundsätzlich wird diese Regelung begrüßt.

Um eine effiziente und zügige Durchführung der Prüfverfahren und der Verfahren vor dem Sozialgericht sicherzustellen, wird eine Beschränkung der nachträglichen Rechnungskorrektur auf den Zeitpunkt der Einleitung der Prüfung oder des Gerichtsverfahrens als sinnvoll und ausreichend erachtet.

15. Zu Artikel 4 Nummer 4 Buchstabe b – neu – und
Buchstabe c – neu – (§ 6a Absatz 2 Satz 6,
Satz 7 und
Satz 8 KHEntgG)

Artikel 4 Nummer 4 ist wie folgt zu fassen:

,4. § 6a Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 5 werden < ... weiter wie Vorlage ... >
- b) Die Sätze 6 und 7 werden wie folgt gefasst:

„Sofern das Krankenhaus ab dem Jahr 2020 Maßnahmen ergreift oder bereits ergriffene Maßnahmen fortsetzt, die zu einer Entlastung von Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen führen, sind diese Kosten bis zu einer Höhe von 5 Prozent bei der Vereinbarung des Pflegebudgets erhöhend zu berücksichtigen. Die Kosten der pflegeentlastenden Maßnahmen sowie die zweckentsprechende Mittelverwendung sind durch eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers nachzuweisen.“

- c) Satz 8 wird gestrichen.‘

Begründung:

§ 6a Absatz 2 Satz 6 bis 8 KHEntgG regelt die Vergütung pflegeentlastender Maßnahmen innerhalb des Pflegebudgets. Durch die gesetzliche Klarstellung, dass der Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung durch eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers erfolgen soll, wird eine einheitliche Regelung für alle Krankenhäuser geschaffen.

§ 6a Absatz 2 Satz 8 KHEntgG unterstellt, dass pflegeentlastende Personalmaßnahmen ausschließlich aus monetären Gründen ergriffen werden. Der tatsächliche Personalmangel in der Pflege findet somit keine Berücksichtigung. Um diesen Notstand so weit wie möglich auszugleichen, haben die Krankenhäuser Aufgaben soweit wie möglich an Pflegehilfskräfte und andere unterstützende Berufsgruppen delegiert. In die DRGs wurden diese Kosten mit einkal-

kuliert. Damit die pflegeentlastenden Maßnahmen im Pflegebudget ausreichend Berücksichtigung finden, sieht die Klarstellung vor, dass diese bei der Vereinbarung des Pflegebudgets bis zu einer Höhe von 5 Prozent erhöhend berücksichtigt werden.

Erfolgt hier keine Erhöhung, ist zu erwarten, dass die Krankenhäuser Stellen von Pflegehilfskräften zu Lasten der Versorgungsqualität abbauen werden.

16. Zu Artikel 4 Nummer 7 – neu – (§ 10 Absatz 13 – neu – KHEntgG)

Dem Artikel 4 ist folgende Nummer 7 anzufügen:

,7. Dem § 10 wird folgender Absatz 13 angefügt:

„(13) Zur Refinanzierung der tarifbedingten Personalkostensteigerungen im Bereich der Pflege in den Jahren 2018 und 2019, die bisher bei der Vereinbarung der Erhöhungsrates nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 nicht erfasst werden konnten, sowie zur Erleichterung des Übergangs der Krankenhäuser in das neue System der Krankenhausfinanzierung, ist für die Verhandlung des Landesbasisfallwertes 2020 als einmaliger Ausgleich eine Erhöhung von 0,9 Prozent auf den vereinbarten und gegebenenfalls berichtigten Landesbasisfallwert 2019 ohne Ausgleich einzurechnen.“ ‘

Begründung:

Mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) wurde als ein Beitrag zur Lösung der Probleme in der Pflege in Krankenhäusern eine vollständige Refinanzierung von erhöhten Personalkosten in § 10 Absatz 5 KHEntgG eingeführt, die durch Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal in Krankenhäusern entstehen. Damit sollte eine Weiterbeschäftigung des Pflegepersonals und der Erhalt und Ausbau des Pflegepersonalkörpers der Krankenhäuser auch bei dynamischen Tarifsteigerungen sichergestellt werden. Grundlage für die vollständige Tarifrefinanzierung soll der maßgebliche Tarifvertrag sein. Für das Pflegepersonal ist dies der bereits im Jahr 2018 in Kraft getretene Tarifvertrag für den Bund und die Kommunen (TVöD). Krankenhäusern im Geltungsbereich des Tarifvertrages der Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TdL-Vertrag) werden, obwohl der TdL-Vertrag ausdrücklich Verbesserungen für die Pflegekräfte vorsieht, dadurch nicht sämtliche Tarifsteigerungen ausgeglichen, da der für sie geltende TdL-Vertrag höhere Steigerungsraten als der TVöD enthält.

Darüber hinaus soll der vollständige Ausgleich der Pflegepersonalkosten rückwirkend für das Jahr 2018 gelten, sofern die Steigerungsraten der Pflegepersonalkosten den Veränderungswert überschreiten. Berücksichtigt werden dabei im Bereich des Pflegepersonals die durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten linearen und strukturellen Steigerungen der Vergütungstarifverträge sowie Einmalzahlungen. Laut PpSG werden diese tariflichen

Mehrkosten mit den Steigerungen der Vergütungstarifverträge und Einmalzahlungen aller weiteren Berufsgruppen, die im Krankenhaus tätig sind, zusammen gerechnet. Der daraus resultierende tarifliche Gesamtzuwachs übersteigt – trotz Tarifierhöhungen im Pflegebereich – nicht den Veränderungswert, so dass eine volle Refinanzierung ausbleibt. Zudem fallen für die Krankenhäuser ab dem Jahr 2020 per Saldo bisherige Mittel aus dem Pflegezuschlag in Höhe von 250 Millionen Euro weg, die Förderungsliste zum Erhalt von Krankenhäusern in Randregionen bereits gegengerechnet. Mit der einmaligen Erhöhung der Landesbasisfallwerte 2020 um 0,9 Prozent der jeweiligen Landesbasisfallwerte 2019 sollen zum einen die Ausfälle, zum anderen bisher den Krankenhäusern für allgemeine Krankenhauszwecke (Pflegezuschlag) zur Verfügung stehenden Mittel pauschal kompensiert werden und im Ergebnis eine finanzielle Hilfe beim Übergang in das neue Finanzierungssystem zur Verfügung gestellt werden. Das Entlastungsvolumen für die Krankenhäuser gegenüber den bisherigen wird auf etwa 600 Millionen Euro geschätzt. Angesichts des einmaligen Charakters des Zuschlages, der Liquidität beim Gesundheitsfonds, den bisher immer noch nicht ausgeglichen einseitigen Belastungen der Krankenhäuser in der Vergangenheit – Stichwort Rechnungsabschlag – und den Herausforderungen an die Krankenhäuser im Rahmen der Finanzierungsumstellung und weiterer Herausforderungen, wie beispielsweise Ausdehnung der Pflegepersonaluntergrenzen oder aktuell aufgekommenen Anpassungen im Rahmen der IT-Vernetzung und -Sicherheit, erscheint die vorgesehene Entlastung auch als angemessen.

17. Zu Artikel 4 Nummer 7 – neu – (§ 15 Absatz 2a Satz 1 KHEntgG)

Dem Artikel 4 ist folgende Nummer 7 anzufügen:

- ,7. In § 15 Absatz 2a Satz 1 wird die Angabe „130“ durch die Angabe „160“ und die Angabe „65“ wird durch die Angabe „80“ ersetzt.’

Begründung:

Das Pflegepersonalstärkungsgesetz führt in § 15 Absatz 2a KHEntgG eine Regelung für ein vorübergehendes, pauschales vollstationäres Pflegeentgelt in Höhe von 130 Euro pro Tag und ein pauschales teilstationäres Pflegeentgelt in Höhe von 65 Euro pro Tag ein. Dieses Entgelt ist als vorläufiger Abschlag unabhängig vom konkreten Pflegebedarf zu vergüten, wenn im Jahr 2020 die Bewertungsrelationen für die DRG-Fallpauschalen um die Kosten für das Pflegepersonal in der Patientenversorgung abgesenkt worden sind, die Vertragsparteien des konkreten Krankenhauses vor Ort jedoch noch kein Pflegebudget vereinbart haben.

Krankenhäuser, Krankenhausträger und die DKG befürchten, dass der im Gesetz vorgesehene Pauschalbetrag von 130 Euro für die vollstationäre Pflege sowie korrespondierend 65 Euro für die teilstationäre Pflege – insbesondere in

pflegeintensiven Bereichen – die Kosten nicht deckt. Aufgrund der sich abzeichnenden Verzögerungen der Budgetverhandlungen 2020 infolge der Komplexität der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten und ihrer Abgrenzung ist davon auszugehen, dass diese Regelung zunächst flächendeckend Anwendung finden wird. Für Krankenhäuser mit hohen Pflegeanteilen, wie beispielsweise Kinderkliniken beziehungsweise pädiatrische Abteilungen oder geriatrische Krankenhäuser beziehungsweise geriatrische Abteilungen, steht zu befürchten, dass die Regelung zu ernsthaften Liquiditätsproblemen führen kann. Nach Einschätzung von Vertretern von Krankenhäusern und Krankenhausträgern kann das Liquiditätsproblem der Kliniken durch eine Anhebung des Abschlags pro Belegungstag auf 160 Euro vollstationär und 80 Euro teilstationär gelöst oder doch deutlich abgemildert werden. Es handelt sich dabei lediglich um eine leicht erhöhte Liquiditätshilfe für die Krankenhäuser für einen auf ein Jahr begrenzten Übergangszeitraum, um den Übergang zum neuen Pflegebudget besser bewältigen zu können. Höhere Kosten entstehen nicht, da die tatsächlichen Finanzierungsansprüche aus dem Pflegebudget unberührt bleiben.

18. Zu Artikel 10 Nummer 15 (§ 53d Absatz 3 Satz 1 SGB XI)

In Artikel 10 Nummer 15 sind in § 53d Absatz 3 Satz 1 nach den Wörtern „Spitzenverband Bund der Pflegekassen“ die Wörter „und unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste“ einzufügen.

Begründung:

Gerade die in § 53d Absatz 3 SGB XI genannten Richtlinien befassen sich mit Fragen der täglichen Prüfpraxis der Medizinischen Dienste (MD) (sowohl im Bereich der Einzelbegutachtung als auch die Qualitätssicherung in Pflegeeinrichtungen und Diensten betreffend). Zu deren Regelung und einheitlichen Erledigung sollte das praktische Erfahrungswissen der MD in jedem Fall einbezogen werden. Denn hier ist dieses Fachwissen ebenso wichtig wie bei den Richtlinien nach § 53d Absatz 2 SGB XI, die überwiegend interne organisatorische Fragen betreffen und bei denen eine fachliche Beteiligung der MD vorgesehen ist. Auch in der parallelen Vorschrift für die Gesetzliche Krankenversicherung (Artikel 1 Nummer 25 – § 283 Absatz 2 Satz 1 SGB V), wurde für alle Richtlinien des MD Bund die fachliche Beteiligung der MD vorgesehen. Eine unterschiedliche Behandlung erscheint auch insofern nicht gerechtfertigt.

19. Zu Artikel 10 Nummer 23 Buchstabe d – neu – (§ 115 Absatz 7 – neu – SGB XI)

In Artikel 10 ist der Nummer 23 folgender Buchstabe d anzufügen:

,d) Folgender Absatz 7 wird angefügt:

„(7) Abweichend von Absatz 1a Satz 1 und Satz 9 sowie Absatz 1c Satz 1 erfolgen ab dem 1. Januar 2020 eine Veröffentlichung, ein Aushang und eine Zurverfügungstellung der Prüfergebnisse nur noch auf der Grundlage der Qualitätsdarstellungsvereinbarung für den stationären Bereich im Sinne von Absatz 1a Satz 10. Qualitätsdarstellungen nach den bisherigen Pflege-Transparenzvereinbarungen sind nicht mehr zu veröffentlichen, auszuhängen oder Dritten zur Verfügung zu stellen.“ ‘

Begründung:

Mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz wurde die Erhebung und Übermittlung indikatorenbezogener Daten durch die zugelassenen vollstationären Einrichtungen ab dem 1. Oktober 2019 verbindlich eingeführt. Neben der Datenerhebung zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität und einer damit verbundenen Umstrukturierung des Prüfgeschehens wird die bisherige Qualitätsberichterstattung, die wesentlich durch „Pflegenoten“ geprägt war, ersetzt.

Die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI haben eine Vereinbarung zu Verfahren und Form der Qualitätsdarstellung gemäß § 115 Absatz 1a SGB XI geschlossen, mit dem die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität im Sinne des § 115 Absatz 1a SGB XI dargestellt werden (Qualitätsdarstellungsvereinbarung für die stationäre Pflege (QDVS) vom 19. März 2019).

Ziel der Qualitätsdarstellung ist es, pflegebedürftigen Personen und ihren Angehörigen relevante Informationen zur Verfügung zu stellen, die bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung als eine Entscheidungsgrundlage herangezogen werden können.

Den Qualitätsdarstellungen im vollstationären Bereich werden zugrunde gelegt die Qualitätsinformationen aus Qualitätsindikatoren für die Bewertung der Versorgungsqualität (Ergebnisqualität) und die Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen nach §§ 114 f. SGB XI, ergänzt durch weitere Angaben, die die Pflegeeinrichtungen zur Verfügung stellen. Für jede vollstationäre Pflegeeinrichtung werden entsprechende Qualitätsdaten veröffentlicht.

Die Etablierung eines Routineverfahrens erfordert – neben der erstmaligen Prüfung einer Einrichtung (gemäß § 114 Absatz 2 Satz 2 SGB XI zwischen dem 1. November 2019 und 31. Dezember 2020) – mindestens eine zweite Datenerhebung (die erste Erfassung ist noch als „Testlauf“ zu verstehen, erst die zweite Erfassung wird verwertbare Ergebnisse liefern, mit der darauffolgenden Erfassung wird die Abbildung eines Verlaufs erkennbar). Mit den Ergebnissen der

ersten Qualitätsprüfung und Ergebniserfassung nach dem neuen Verfahren werden aber bereits Informationen vorliegen, die mit den bisherigen Informationen nicht mehr „vergleichbar“ sind (im Sinne des § 115 Absatz 1a SGB XI). Vor diesem Hintergrund ist eine Veröffentlichung, die sowohl das alte Qualitätssicherungsverständnis abbildet als auch teilweise das neue Verfahren, keine „geeignete Form“ im Sinne des Gesetzes.

Es ist aber wichtig, den Neuanfang bei der Qualitätsbeurteilung in der Pflege positiv zu gestalten. Da sich die Pflegenoten nicht bewährt haben, ist es von entscheidender Bedeutung, sich von dem bisherigen Verfahren zu lösen. Die Einführungsphase des neuen Systems der Qualitätsbeurteilung bietet insoweit eine geeignete zeitliche Zäsur zur Vorbereitung eines neuen Verständnisses von Pflegequalität in der Öffentlichkeit. Pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen ist das neue Verfahren verständlich zu erläutern und näher zu bringen, das wesentlich differenziertere Aussagen zu einzelnen Qualitätsbereichen ermöglicht. Das vermeintlich einfach zu erfassende, aber fehlleitende Notensystem muss hierfür so früh wie möglich abgeschafft werden, um den Nutzen des Neuen nicht zu gefährden. Pflegenoten tragen zu Missverständnissen und Unverständnis bei. Vor diesem Hintergrund ist auch eine Übergangszeit zu vermeiden, in der die Pflegenoten und die neue Qualitätsdarstellung nebeneinander bestehen. Nur so kann eine verständliche, übersichtliche und vergleichbare Veröffentlichung sichergestellt werden. Das Aussetzen der Qualitätsdarstellung nach dem alten Verfahren hat darüber hinaus den Vorteil, dass sich Einrichtungen und MDK vollständig auf das neue Verfahren konzentrieren können und aus der Dualität der Darstellung resultierender Arbeitsaufwand vermieden wird, zum Beispiel bei streitigen Beurteilungen nach dem überholten und ohnehin nicht aussagekräftigen System.

Um dies gesetzlich klar zu stellen, bedarf es einer entsprechenden Regelung. Neben der Veröffentlichung ist dabei auch die Verpflichtung der Einrichtungen zum Aushang der Prüfergebnisse in den Pflegeeinrichtungen sowie die Weitergabe an Dritte bis zur Vorlage der Ergebnisse aus den neuen Prüfverfahren entsprechend auszusetzen.