

Stellungnahme

der Deutschen Krankenhausgesellschaft

zum

**Gesetzentwurf
der Bundesregierung**

für ein

**Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals
(Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz – PpSG)**

Allgemeiner Teil

Stand: 31. August 2018

Allgemeiner Teil

Das Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) ist als das voraussichtlich bedeutendste Reformprojekt für die Krankenhäuser in dieser Legislaturperiode einzustufen. Im Mittelpunkt steht die Stärkung der Pflege. Personal zu gewinnen und dauerhaft zu binden, ist eine der größten Herausforderungen, vor der die Krankenhäuser derzeit stehen. Damit sich in Zukunft noch mehr Menschen für einen Beruf im Krankenhaus entscheiden und im Anschluss langfristig dort bleiben, müssen die Arbeitsbedingungen und die Vergütung in den Krankenhäusern attraktiv ausgestaltet sein. Gleiches gilt für die Ausbildungsbedingungen. Vor diesem Hintergrund begrüßen die Krankenhäuser, dass die Bundesregierung mit dem vorliegenden Gesetzentwurf zahlreiche Maßnahmen vorsieht, die den Arbeitsplatz Krankenhaus attraktiver machen sollen und die Refinanzierung der Pflegepersonalkosten auf eine bessere Grundlage stellen. Stationäre Patientenversorgung ist aber Teamarbeit vieler Berufsgruppen. Zur Stärkung der Pflege brauchen die Krankenhäuser ausreichend Ressourcen und gute Rahmenbedingungen für Maßnahmen zur Entlastung der Pflege. Die mit diesem Gesetzentwurf vorgesehene Streichung der Mittel des Pflegezuschlages in Höhe von einer halben Milliarde Euro ab dem Jahr 2020 schwächen die Krankenhäuser in ihren Möglichkeiten dies zu tun in empfindlicher Größenordnung. Die Mittel aus dem Pflegezuschlag sind im Jahr 2013 aus dem Versorgungszuschlag hervorgegangen und seither Teil der allgemeinen Krankenhausfinanzierungsmittel. Eine Zweckbindung der 500 Mio. Euro zur Finanzierung von Pflegestellen sah das Gesetz zu keinem Zeitpunkt vor. Angesichts der Milliardenüberschüsse bei den Krankenkassen appelliert die DKG an die Koalitionsfraktionen und die Bundesländer, die Mittel aus dem Pflegezuschlag als allgemeine Finanzierungsmittel den Krankenhäusern dauerhaft zu belassen. Ansonsten müssten die mit der Reform vorgesehenen Verbesserungen für das Pflegepersonal weitestgehend aus dem Mittelbestand der Krankenhäuser aufgebracht werden. Auch ist davon auszugehen, dass die mit dem Gesetz vorgesehenen Maßnahmen zur Pflegeförderung in den Jahren 2019 und 2020 nicht zu Mehrkosten von 500 Mio. Euro führen. Eine Reform, die die Stärkung der Pflege zum Ziel hat und die Möglichkeiten der Krankenhäuser, Pflege zu unterstützen, schwächt, konterkariert ihre eigenen Ziele (siehe Seite 10 – Finanztableau zum PpSG).

Abgesehen von der Streichung des Pflegezuschlags begrüßen die Krankenhäuser die zentralen Maßnahmen und Intentionen der geplanten Reform. Die vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen in der Pflege, die Weiterentwicklung des Pflegestellenförderprogramms, die verbesserte Finanzierung der Ausbildung und auch die geplante Ausgliederung der Pflegekosten aus dem DRG-System bieten das Potenzial, die von den Krankenhäusern benötigten Rahmenbedingungen zur Personalsicherung und zum weiteren Aufbau von Pflegepersonal spürbar zu verbessern. Gleiches gilt für den geplanten Ausbau der betrieblichen Gesundheitsförderung und die finanzielle Beteiligung der Kostenträger an Maßnahmen zur verbesserten Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf. Grundvoraussetzung für den Erfolg der Maßnahmen ist allerdings, dass die entsprechenden gesetzlichen Vorgaben so formuliert sind, dass sie die gewünschten Wirkungen vor Ort in den Krankenhäusern auch tatsächlich entfalten können. Ausdrücklich zu begrüßen ist die Aufhebung des Wirtschaftlichkeitsgebotes bei der Pflegepersonalrekrutierung und –finanzierung. Der Ansatz schafft die Voraussetzungen, dass der krankenhausesindividuell vorgesehene

Pflegepersonaleinsatz und die damit verbundenen Personalkosten sachgerecht geltend gemacht werden können.

Gute Pflege ist Teamarbeit, Förderung muss ganzheitlich erfolgen

Die Pflege bildet mit über 430.000 Beschäftigten die größte Berufsgruppe in den Krankenhäusern. Um dem steigenden Versorgungsbedarf einer älter werdenden Bevölkerung gerecht zu werden, haben die Krankenhäuser in den vergangenen 10 Jahren über 25.000 neue Stellen in der Pflege geschaffen. In ihren über 950 Ausbildungsstätten bilden die Krankenhäuser zudem jährlich rund 80.000 Pflegekräfte aus.

Die voll ausgebildeten Pflegekräfte in den Krankenhäusern werden von vielen tausenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unterstützt. Die Entlastung der ausgebildeten Pflegekräfte von Tätigkeiten, die ohne Beeinträchtigung von Qualität auf andere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter delegiert werden können, ist eine sinnvolle und notwendige Arbeitsteilung. Die Kliniken praktizieren die Arbeitsteilung seit Jahren und entwickeln sie ständig weiter. Deshalb muss neben dem Aufbau in der qualifizierten Pflege auch der die Pflege unterstützende und entlastende Personalaufbau in die Gesamtbeurteilung der pflegerischen Versorgung in den Krankenhäusern einbezogen werden. Voll ausgebildete Pflegekräfte, Pflegehilfskräfte und pflegeentlastende Dienste müssen als Patienten um- und versorgende Einheiten gesehen werden. Das Statistische Bundesamt weist eine seit Jahren steigende Personalkostensumme für das in den Krankenhäusern eingesetzte Pflegepersonal aus (+ 32 % im Zeitraum von 2006 bis 2016).

Ergänzend zum Anstieg der Gesamtzahl der Beschäftigten in der Pflege sind in den Krankenhäusern seit Jahren vielfältigste pflegeentlastende Initiativen durch Investitionen in bauliche, administrative, IT-technologische, logistische u. ä. Verbesserungen entstanden. Dass diese Möglichkeiten nur begrenzt genutzt werden können, liegt an der unzureichenden Investitionsmittelbereitstellung für die Krankenhäuser.

Unzulänglichkeiten der DRG-Finanzierung

Erschwerend kommt eine über viele Jahre anhaltende Unter- bzw. Knappfinanzierung der tariflichen linearen und strukturellen Personalkostensteigerungen hinzu. Das DRG-System berücksichtigt preisliche und quantitative Personalkostensteigerungen nur äußerst begrenzt und in der Regel nicht hausindividuell. Seit 2004 werden die Krankenhäuser durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen zu einem extrem rationalen Personaleinsatz gezwungen. Personalmehrbedarfe in den Häusern vor Ort für die Erfüllung von Qualitätsvorgaben, für immer mehr Dokumentationspflichten, für Entlassmanagement und dergleichen finden im DRG-System keine Berücksichtigung. Unter den Bedingungen des einheitlichen pauschalierenden DRG-Preissystems muss jedes Krankenhaus, das zusätzliches Personal beschäftigt, die Kosten dafür aus den für alle Krankenhäuser gleichen Fallpauschalen refinanzieren.

Vom Gesetzgeber im Laufe der Jahre eingeführte Zuschlagsregelungen zur Ergänzung der Fallpauschalen sind durch restriktive Umsetzungsregelungen, wie bei den Sicherstellungszuschlägen, oder durch Verweigerung, wie bei den Zentrumszuschlägen, letztlich nur sehr begrenzt zum Tragen gekommen. Zuschläge für Patientinnen und Patienten mit Pflegestufe werden von den Kassen bis dato ebenfalls verweigert. Um Zuschläge für besonders aufwendige Pflegebedarfe zu erhalten, müssen Krankenhäuser aufwendige Dokumentationen erstellen, die von den medizinischen Diens-

ten akribisch geprüft werden, um letztlich zugunsten der Patienten erbrachte Leistungen über die Kostenträger nicht finanzieren zu müssen. Sowohl die Mehrleistungsabschläge, wie auch die Degressionsabschläge mindern zudem die Personalkostenrefinanzierung, denn die Personalkostenanteile in den Fallpauschalen werden „mitdegressiert“ und damit nur anteilig finanziert. Die mengenbedingte Degression der Landesbasisfallwerte hatte über Jahre maßgeblich zur anhaltenden Personalunterfinanzierung beigetragen.

Ausgliederung der Pflegekosten erfordert flankierende Rahmenvorgaben

Dass die Koalition die Negativwirkungen des pauschalierenden Vergütungssystems für die Pflege beenden will, ist ein Paradigmenwechsel in der Finanzierung der Krankenhäuser. Die überwiegende Mehrheit der Krankenhäuser sieht vor dem Hintergrund der dargestellten Unzulänglichkeiten des DRG-Systems in einer hausindividuellen bedarfsorientierten Pflegekostenfinanzierung Chancen für eine besser abgesicherte Finanzierung des Pflegepersonals und begrüßt und unterstützt diesen Weg.

Im Hinblick auf die arbeitsteilige Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen in der pflegerischen Versorgung der Patientinnen und Patienten sind aber bei der Umsetzung des Konzeptes die Wechselwirkungen des ganzheitlichen Personaleinsatzes zu beachten. Die Krankenhäuser begrüßen daher, dass im Pflegebudget pflegeentlastende und pflegesubstituierende Maßnahmen bis zu einer Obergrenze von 5 % des Pflegebudgets berücksichtigt werden können. Damit werden Anreize für einen effizienten Pflegepersonaleinsatz und innovative Versorgungskonzepte gesetzt und starrer Budgetierung entgegen gewirkt. Soweit pflegeentlastende Initiativen der Vergangenheit dazu führen, dass Kliniken bei der Erstausgliederung in Unterdeckungen kommen, müssen sie Möglichkeiten erhalten, die hausindividuellen Besonderheiten bei den Vereinbarungen der Erstvereinbarung des Pflegebudgets geltend zu machen. Ergänzend ist für den erforderlichen Anpassungsprozess in diesen Krankenhäusern eine Kappungsgrenze vorzusehen.

Die im Gesetzentwurf vorgegebene Vereinbarung eines bundeseinheitlichen Pflegeerlöskataloges als Abrechnungsinstrument für das Pflegekostenbudget wird von den Krankenhäusern abgelehnt. Die Vorgabe, dass die bisherigen Kalkulationswerte die zukünftige Abrechnung steuern soll, würde die Fehlsteuerungseffekte des bestehenden Systems fortsetzen. Zur Abrechnung der Jahreskosten für die Pflege sind krankenhauseinheitliche Tagespflegekostensätze das erheblich einfachere, bürokratieärmere und systemkonforme Instrument.

Die DKG bewertet den Zeitplan für die Ausgliederung der Pflegekostenanteile aus den Fallpauschalen und für die Schaffung der Rahmenregelungen für die Vereinbarung der neuen Pflegekostenbudgets als eng, abhängig von der konkreten Ausgestaltung der Aus- und Eingliederungsschritte aber realisierbar. Maßgeblich für die Akzeptanz der Reform ist die gesicherte Berücksichtigung aller Pflegekosten in den hausindividuell zu vereinbarenden Pflegekostenbudgets. Da die Krankenkassen versuchen werden, die von den Krankenhäusern geltend gemachte Pflegepersonalausstattung und die dazu gehörenden Kosten zu drücken, sind gesetzliche Vorgaben erforderlich, die den Zielen der so reformierten Pflegefinanzierung auch tatsächlich gerecht werden können. Dass der Gesetzentwurf vorsieht, dass das Pflegebudget nicht durch die Grundlohnrate (Veränderungswert) begrenzt werden darf und dass die dem einzelnen Krankenhaus entstehenden Pflegepersonalkosten weitestgehend

als wirtschaftlich gelten, ist ausdrücklich zu begrüßen. Vor diesem Hintergrund sehen die Krankenhäuser für die Überführung in das neue System im Jahr 2020 keine Notwendigkeit für andere Instrumente zur Personalbedarfsermittlung. Zu beobachten bleiben allerdings die sich durch die neuen Finanzierungs- und Förderbedingungen in der stationären Pflege möglicherweise ergebenden Allokationseffekte zu Lasten besonders belastender Pfl egetätigkeiten und anderer Sektoren, insbesondere auch der stationären Rehabilitation, auf die perspektivisch ggf. mit entsprechenden Instrumenten bzw. Refinanzierungsregelungen zu reagieren wäre.

Neuausrichtung der Pflegefinanzierung

Mit der grundlegenden Neuausrichtung der Pflegefinanzierung werden die Voraussetzungen für einen nachhaltigen Pflegepersonalaufbau in den Krankenhäusern geschaffen. Jede Pflegekraft, die ein Krankenhaus in Zukunft einstellt, wird dauerhaft und vollständig refinanziert. Für die Krankenhäuser gibt es damit für den Bereich der Pflege schon ab dem Jahr 2019 keinen Grund zu Personaleinsparungen. Administrierte Vorgaben für Pflegepersonaluntergrenzen sind unter diesen Bedingungen nicht gerechtfertigt.

Der im Gesetzentwurf vorgesehene Pflegepersonalquotient ist ein sehr grober Indikator, der nur begrenzt Vergleichbarkeit zwischen den Krankenhäusern schafft. Nicht akzeptabel ist der Quotient als Grundlage für Sanktionen und Vergütungskürzungen. Die Herleitung des Pflegeaufwands aus der DRG-Kalkulation kann den Pflegekräftebedarf nicht sachgerecht abbilden. Mit ein und dergleichen DRG werden zum Teil unterschiedlichste Krankheiten erfasst. Der Gesamtaufwand für solche Behandlungen mag gleich sein, nicht aber das Verhältnis der Pflegekosten zu den restlichen Kosten. Zudem würden die Unzulänglichkeiten der Abbildungen der Pflege im DRG-System zur Grundlage für die Pflegepersonalsteuerung.

Pflegestellenförderprogramm mit wichtigen Verbesserungen

Die Fortsetzung des Pflegestellenförderprogramms unter verbesserten Rahmenbedingungen ist eine wichtige Maßnahme zur Unterstützung des bereits begonnenen Pflegestellenaufbaus. Positiv hervorzuheben sind insbesondere der Wegfall des Eigenanteils der Krankenhäuser in Höhe von 10 Prozent der zusätzlichen Kosten und die Streichung der bisherigen Begrenzung auf einen maximalen Anteil des Gesamtbudgets. Beide Faktoren haben den angestrebten Personalaufbau bislang limitiert. In welchem Umfang die Krankenhäuser das Programm in Anspruch nehmen werden, wird allerdings auch von der Verfügbarkeit qualifizierter Pflegekräfte am Arbeitsmarkt abhängen. Umso wichtiger ist deshalb, dass auch die Aufstockung von Teilzeitkräften förderfähig bleibt. Die mit dem Programm verbundenen Nachweispflichten müssen bürokratiearm umgesetzt werden.

Tarifausgleich darf keine Berufsgruppen diskriminieren und sollte an Landesbasisfallwerten anknüpfen

Die restriktiven gesetzlichen Finanzierungsbedingungen haben die Krankenhäuser in den vergangenen Jahren unter massiven Rationalisierungsdruck gesetzt. Das Auseinanderdriften der Entwicklung der Tariflöhne auf der einen und der Landesbasisfallwerte auf der anderen Seite („Tariflohn-Erlös-Schere“) war - neben der unzureichenden Investitionsförderung der Länder - einer der zentralen Auslöser dieser Fehlentwicklung. Die vollständige Refinanzierung der linearen und strukturellen Tarifsteigerungen war deshalb längst überfällig und trifft auf die volle Unterstützung der Krankenhäuser. Nicht nachvollziehbar ist allerdings, warum die vollständige Tarifikostenrefinanzierung nur für das Pflegepersonal gelten soll und andere Berufsgruppen im Krankenhaus (pflegeentlastende Dienste, Physiotherapeuten, Hebammen oder Logopäden) weiterhin dem Rationalisierungsdruck ausgesetzt werden. Sachgerechter als die derzeitige Anbindung der Tarifausgleichsrate an die Grundlohnrate bzw. den Veränderungswert wäre zudem deren direkte Anbindung an die tatsächliche Entwicklung der jeweiligen Landesbasisfallwerte. Nur wenn sich die Landesbasisfallwerte und die Tarifikostensteigerungen synchron entwickeln, können in den Regionen die Kosten des Personals der Krankenhäuser auch tatsächlich gedeckt werden.

Gute Rahmenbedingungen für die Ausbildung sind der Schlüssel im Kampf gegen den Fachkräftemangel

Die Ausbildung von jährlich 80.000 Pflegekräften und weiteren rund 20.000 Nachwuchskräften anderer Berufsgruppen ist ein wichtiges Instrument im Kampf gegen den Fachkräftemangel. Die vorgesehenen Maßnahmen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Ausbildung unterstreichen, dass die Bundesregierung die hohen Anstrengungen der Krankenhäuser im Bereich der Ausbildung anerkennt und verstärkt fördern möchte. Ausdrücklich zu begrüßen ist die geplante Abschaffung des Anrechnungsschlüssels bei der Ermittlung der Mehrkosten der Ausbildungsvergütung. Nicht nachvollziehbar ist allerdings, warum die Abschaffung nicht für die gesamte Zeit der Ausbildung, sondern nur für das erste Ausbildungsjahr gelten soll. Positiv ist auch, dass alle im Krankenhausfinanzierungsgesetz genannten Ausbildungsberufe bei einer vereinbarten Ausbildungsvergütung zu refinanzieren sind. Die bisherigen Streitigkeiten mit den Krankenkassen sollten damit der Vergangenheit angehören. Dank einer entsprechenden Klarstellung im Gesetzentwurf gilt dies auch für die von den Krankenkassen wiederholt und zu Unrecht eingeforderte Fortschreibung der Ausbildungsbudgets nach Maßgabe der Grundlohnrate bzw. des Veränderungswertes. Dass in Zukunft auch Investitionen in neue Ausbildungskapazitäten mit Mitteln aus dem Krankenhausstrukturfonds förderfähig sind, ist ein wichtiger Schritt zur Förderung der Ausbildungsanstrengungen der Krankenhäuser.

Pflegefinanzierung in der Psychiatrie und Psychosomatik

Die Finanzierung in der Psychiatrie und Psychosomatik erfolgt entsprechend der durch das PsychVVG vollzogenen Richtungskorrektur bereits über krankenhausesindividuelle Budgets. Hierzu sind von den psychiatrischen Einrichtungen bereits umfassende Nachweise zu allen Berufsgruppen nach der Psych-PV zu erbringen. Ab dem Jahr 2020 greifen die Personalmindestanforderungen des G-BA. Zudem soll ab 2020 ein leistungsorientierter Krankenhausvergleich Anwendung finden. Im Sinne der beabsichtigten Stärkung der Ortsebene bleibt es den Vertragsparteien auf der Ortsebene überlassen, auf Grundlage dieser vielfältigen Informationen ein sachgerechtes Budget zu vereinbaren. Eine gesetzliche Vorgabe zur Refinanzierung der Pflegekos-

ten in voller Höhe ist jedoch nicht vorhanden. Daher sollte die Einschränkung des Wirtschaftlichkeitsgebotes zumindest für die Pflegekosten auch in der BPfIV verankert werden.

Die vorgesehene Verbesserung der Refinanzierung von Tarifentwicklungen ist grundsätzlich zu begrüßen. Die Umsetzung über die pauschale Rate sollte jedoch eine vollständige Berücksichtigung dieser Kostenentwicklungen für alle Berufsgruppen und auch der strukturellen Elemente vorsehen.

Ausbau des Krankenhausstrukturfonds ist zu begrüßen, löst aber grundlegende Investitionsmisere nicht

Anstelle der jährlich erforderlichen Investitionsfördermittel in Höhe von mindestens 6 Milliarden Euro stellen die Länder den Krankenhäusern aktuell lediglich 2,8 Milliarden Euro zu Investitionszwecken zur Verfügung. Die jährliche Förderlücke von über 3 Milliarden Euro ist eine der zentralen Ursachen für die wirtschaftlich äußerst angespannte Situation vieler Krankenhäuser. Die Krankenhäuser sehen den Bund in der Pflicht, die Länder zu unterstützen, wenn diese weiterhin nicht in der Lage sind, ihren Verpflichtungen auf dem Gebiet der Investitionsfinanzierung nachzukommen. Der im Gesetzentwurf angelegte Ausbau des Krankenhausstrukturfonds ist keine Lösung der bestehenden Investitionsproblematik. Er kann aber einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen leisten und wird deshalb von den Krankenhäusern begrüßt. Die Ausweitung der Förderkriterien auf Ausbildungsplätze und digitale Anwendungen entspricht einer langjährigen Forderung der Krankenhäuser, geht aber noch nicht weit genug. Insbesondere die investiven Erfordernisse der Digitalisierung machen ein mehrjähriges Sonderprogramm „Digitales Krankenhaus“ dringend erforderlich, wenn die ambitionierten Ziele der Bundesregierung auf diesem Gebiet eine Chance zur Umsetzung haben sollen.

Kassen können Zusatzentgelte für erhöhten Pflegeaufwand nicht länger verweigern

Zur besseren Abbildung und Vergütung des pflegerischen Aufwands im Rahmen einer Krankenhausbehandlung sieht der DRG-Katalog für das Jahr 2018 zwei neue Zusatzentgelte für erhöhten Pflegeaufwand bei Vorliegen einer Pflegegradeinstufung vor. In der Abrechnungspraxis zeigte sich jedoch, dass die Krankenkassen die Abrechnung dieses Zusatzentgeltes durch Verweigerung der Übermittlung des zutreffenden Pflegegrades an die Krankenhäuser regelhaft ablehnen. Vor diesem Hintergrund begrüßen die Krankenhäuser die im Gesetzentwurf vorgesehene umfangreiche Verpflichtung der Kassen zur Übermittlung des Pflegegrades ihrer betroffenen Versicherten.

Fixkostendegressionsabschlag

Die Krankenhäuser begrüßen ausdrücklich die gesetzliche Festlegung des Fixkostendegressionsabschlags sowie den Wegfall der möglichen Erhöhungsverhandlungen auf der Ortsebene. Durch diese Maßnahme wird Planungssicherheit geschaffen und Verhandlungen mit einem hohen Konfliktpotential vermieden. Dringend erforderlich bleibt die gesetzliche Ausnahmeliste um Geburten und Leistungssteigerungen infolge krankenhauserplanerischer Festlegungen zu ergänzen.

Zu- und Abschläge für die Teilnahme an der stationären Notfallversorgung

Die Krankenhäuser begrüßen, dass die Zuschläge für die Teilnahme an der stationären Notfallversorgung nicht zur Minderung des Landesbasisfallwertes führen sollen. Um zeitnah eine bessere Finanzierung der Vorhaltekosten zu erreichen, sollte die Höhe der Zuschläge kurzfristig durch einen pragmatischen Ansatz per Gesetz festgelegt werden.

Die Krankenhäuser lehnen weiterhin die Vereinbarung von Abschlägen für die Nicht-Teilnahme ab. Viele Krankenhäuser müssten Abschläge für die Nicht-Teilnahme an der Notfallversorgung hinnehmen, obwohl sie weiterhin an der Notfallversorgung teilnehmen. Grundsätzlich sind alle Krankenhäuser weiterhin zur notfallmäßigen Hilfeleistung verpflichtet. Es ist nicht gerechtfertigt, dass ein Krankenhaus, welches z. B. lediglich ein Beatmungsbett zu wenig vorhält, und weiterhin 24/7 jederzeit an der Notfallversorgung teilnimmt, Abschläge auf sämtliche erbrachte Leistungen hinnehmen muss.

Weiterer dringender gesetzlicher Handlungsbedarf

Über die Inhalte des vorliegenden Gesetzentwurfs hinaus möchten die Krankenhäuser die Bundesregierung auf weiteren dringenden gesetzlichen Handlungsbedarf zu den Themen Sicherstellungszuschlag, Bundesbasisfallwertkorridor sowie zur aktuellen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) aufmerksam machen. Zu letzteren gibt u.a. ein neues Urteil des BSG zur Interpretation der Abrechnungsvoraussetzungen bei der Behandlung von Schlaganfallpatienten Anlass, Klarstellungen der Bundesregierung dringend einzufordern. Viele Tausende aufwendige Behandlungsfälle drohen rückwirkend bis zu 4 Jahren im Nachhinein gekürzt zu werden, weil das BSG für den für diese Behandlungen maßgeblichen OPS-Code eine Interpretation höchstrichterlich festlegt, die in keiner Weise mit den Intentionen dieser Kodiervorschrift übereinstimmt. Konkret wird vorgegeben, dass bei einem einzuhaltenden Entfernungsmaß von 30 Minuten Fahrtzeit bis zur nächsten neurochirurgischen Klinik bereits die Zeiten vor Beginn der Abfahrt einbezogen werden. Wenn diese Auslegung tatsächlich höchstrichterlichen Stellenwert behält, würden kooperative Versorgungsnetze für die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung von schwerstkranken Schlaganfallpatienten zerstört werden und in den Krankenhäusern, die die Leistungen erbracht haben bzw. in Zukunft weiter erbringen, Erlösverluste in dreistelligen Millionenbeträgen auslösen.

Hintergrund dieser BSG-Entscheidung ist, dass eine im Laufe der Jahre zu beobachtende zunehmende Anzahl von Abrechnungsstreitigkeiten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen die Bezahlung von erbrachten Behandlungsleistungen aufgrund der Anwendung der im Katalog von Operationen und anderen medizinischen Prozeduren festgelegten Verschlüsselungen (OPS) erschweren. Der OPS hat sich insbesondere im Bereich sogenannter „Komplekkodes“ (Vielzahl von Leistungserbringungsvoraussetzungen einschließlich Mindestwerte für Vorhaltung) von seiner eigentlichen Funktion als gesetzlich vorgeschriebene Klassifikation für medizinische Operationen und Leistungen (u.a. für Abrechnungszwecke) zunehmend entfernt. Durch die Aufnahme zahlreicher immer detaillierterer Anforderungen in den OPS, hat er sich mehr und mehr zu einem gesetzlich zumindest fraglich legitimierten und durch das SGB V nicht intendierten Leistungsplanungs- und Leistungssteuerungsinstrument entwickelt. Immer absurder anmutende Abrechnungsstreitigkeiten, die zunehmend durch das BSG entschieden werden, befassen sich in der überwiegenden An-

zahl mit im OPS formulierten Anforderungen. Auch beim Vorliegen klarer Formulierungen im OPS weicht das BSG zunehmend von diesen ab und setzt mit eigenen Deutungen, die in keiner Weise der Versorgungsrealität entsprechen, verbindliche Maßstäbe zu Lasten der Krankenhäuser. Die auf der Grundlage dieser Urteile erfolgten Rechnerkürzungen durch die Kassen sind dabei nicht nur in die Zukunft gerichtet, sondern auch auf längst abgeschlossene Behandlungsfälle.

Die DKG hält es für unerlässlich, eine gesetzliche Grundlage zu schaffen, die das BMG legitimiert, unterjährige Klarstellungen zu einzelnen OPS-Kodes in der vom DIMDI im Auftrag des BMG herausgegebenen Prozedurenklassifikation (OPS) vorzunehmen, und diese allgemein verbindlich zu erklären.

Die wichtigsten Änderungsbedarfe am Pflegepersonalstärkungsgesetz im Überblick:

- Die Mittel aus dem **Pflegezuschlag** müssen den Krankenhäusern als allgemeine Finanzmittel **dauerhaft erhalten** bleiben.
- Der im Gesetzentwurf nur für die Beschäftigten in der Pflege vorgesehene **Tarifausgleich** muss auf alle Berufsgruppen im Krankenhaus ausgeweitet und auf die tatsächliche Entwicklung der Landesbasisfallwerte bezogen werden. Es ist nicht vermittelbar, dass die Krankenhäuser die Tarifsteigerungen für andere Berufsgruppen im Krankenhaus (z. B. Hebammen, Physiotherapeuten und Ärzte) nicht in gleicher Weise refinanziert bekommen.
- Bei der Einführung des Pflegebudgets im Jahr 2020 müssen **pflegeunterstützende und –entlastende Maßnahmen** der Vergangenheit geltend gemacht werden können, falls ein Krankenhaus ansonsten Mittel verlieren würde. Erforderlich ist zudem eine Konvergenzphase mit Kappungsgrenze, um Krankenhäuser gegen existenzbedrohliche Budgetabsenkungen abzusichern.
- Die Refinanzierung der zukünftigen **Pflegebudgets** sollte über tagesgleiche Pflegesätze und nicht über einen aus der DRG-Kalkulation abzuleitenden Pflegeerlöskatalog erfolgen. Ansonsten würden die Fehlsteuerungseffekte des bestehenden Systems weiter fortgeführt.
- Die Krankenhäuser begrüßen, dass der Gesetzentwurf für die Mehrkosten zur Erfüllung der Voraussetzungen zur Teilnahme am G-BA **Notfallstufenkonzept** zusätzliche Mittel ohne Verrechnung mit den Landesbasisfallwerten grundsätzlich ermöglicht. Allerdings sollten die Zuschläge gesetzlich festgelegt werden, um zeitnah eine bessere Finanzierung der Vorhaltekosten zu erreichen. Auf neue Abschläge ist grundsätzlich zu verzichten.
- Die Krankenhäuser begrüßen die vorgesehene gesetzliche Festlegung zum **Fixkostendegressionsabschlag**. Allerdings sollten auch Geburtsleistungen sowie Leistungssteigerungen bei zusätzlichen Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes in den gesetzlichen Ausnahmekatalog aufgenommen werden.

Ergänzend zu den im Gesetzentwurf angesprochenen Regelungen erfordert die aktuelle **BSG-Rechtsprechung** eine gesetzliche Klarstellung, damit Änderungen von Abrechnungsregelungen, die auf der Feststellung eines Gerichtes beruhen, nicht länger bis zu 4 Jahren rückwirkend zu Kürzungen von Rechnungen längst abgeschlossener Behandlungsfälle führen. Zudem muss das BMG legitimiert werden, unterjährig Klarstellungen zu OPS-Codes vornehmen zu können.

Finanztableau PpSG 2020

<u>Fördermittel</u> (Betriebskosten)		<u>Kürzungen</u>
Pflegestellenförderung: 220 Mio. €	520 Mio. € zweckgebundene Mittel	Streichung des Pflegezuschlags 500 Mio. €* zu Lasten aller Krankenhäuser
Verbesserung der Ausbildungs- finanzierung: 155 Mio. €		
Maßnahmen zur Ver- besserung der Verein- barkeit von Pflege, Familie und Beruf: 70 Mio. €		
Vollständige Tarifr- finanzierung der Pflege: 40 Mio. €		
Stärkung der betrieb- lichen Gesundheits- förderung: 35 Mio. €		

* Diese Mittel erscheinen nicht im Finanztableau des Gesetzentwurfs als Einsparungen der Krankenkassen und finden durch die Änderung im § 8 Abs. 10 KHEntgG statt.

Die versprochenen Verbesserungen werden fast nur aus der Kürzung finanziert. So kann Personalstärkung nicht funktionieren.