

Bundesminister für Gesundheit
Herrn Prof. Karl Lauterbach
Rochusstraße 1
53107 Bonn

- **Offener Brief** -

Geschäftsführung

Prof. Dr. Steffen Gramminger

Frankfurter Str. 10 - 14
65760 Eschborn

Tel.: 06196 4099-58

Fax: 06196 4099-99

mail@hkg-online.de

www.hkg-online.de

Ihr Zeichen

Ihre Nachricht vom

Unser Zeichen

Datum

22.08.2022

Positionen der Hessischen Krankenhausgesellschaft e. V. (HKG) zu einigen der geplanten Änderungen des SGB V und des KHEntgG bzw. der BPfIV gemäß Referentenentwurf eines Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfIEG)

Mit Schreiben vom 11.08.2022 hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) seinen „Referentenentwurf eines Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (**Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfIEG**)“ veröffentlicht. Wenngleich die HKG nicht zur Stellungnahme aufgefordert wurde, können wir als Verband der hessischen Krankenhäuser das Gesetzesvorhaben nicht unkommentiert lassen und weisen am Vortag der ersten mündlichen Anhörung im BMG zum Referentenentwurf auf spezielle Aspekte des **unausgewogenen Referentenentwurfs** und seine **erheblichen Konsequenzen** nicht nur, aber besonders für die (hessischen) **Krankenhäuser**, sondern auch für die (hessischen) **Schiedsstellen** und **Behörden** hin.

1. Einführung eines Pflegepersonalbemessungs-Interimsinstrumentes auf der Grundlage der PPR 2.0

Mit Einführung des § 137l SGB V soll ein **Pflegepersonalbemessungs-Interimsinstrument** auf der Grundlage der PPR 2.0 eingeführt werden. Mit der PPR 2.0 wird das Ziel verfolgt, Pflegepersonal zielgerichtet einzusetzen und so eine hohe Versorgungsqualität der Patient*innen zu sichern. Die Verantwortung für die Personalallokation soll mit dem Instrument ins Krankenhaus verlegt werden. Diese Zielsetzung unterstützt die HKG grundsätzlich, weil sie einer am **tatsächlichen Patientenbedarf orientierten Personalbemessung** Rechnung trägt.

a. Die Pflegepersonaluntergrenzen sowie Vorgaben zum Pflegequotienten gemäß den §§ 137i, 137j SGB V i. V. m. der PpUGV bleiben einstweilen in Kraft.

Damit besteht mit dem Aufbau des Pflegepersonalbemessungs-Interimsinstrumentes als Übergangslösung zunächst eine **Parallelität** nicht nur des **Dokumentationsaufwands** (Meldepflichten der Krankenhäuser nach § 5 Abs. 2 PpUGV und ggf. gemäß noch zu erlassender Rechtsverordnung nach § 137l Abs. 1 S. 2 Nr. 4, Abs. 2 Nr. 2 SGB V-RE), sondern auch der **Sanktionierung** (§ 137i Abs. 1 S. 10, Abs. 5, § 137j Abs. 2a SGB V und ggf. § 137l Abs. 1 S. 2 Nr. 6, Abs. 2 Nr. 3 SGB V-RE). Dies wird zu einer erneuten **Erhöhung des ohnehin schon kosten- und personalintensiven administrativen Aufwands** auf Seiten der Krankenhäuser führen und damit dem vom BMG angestrebten Ziel einer kurzfristigen Verbesserung der Personalsituation in der Pflege zuwiderlaufen. Gleichzeitig provoziert die Parallelität der verschiedenen Vorgaben zur Pflegepersonalausstattung eine doppelte Sanktionierung und erzeugt absehbar eine weitere Verschärfung **der Liquiditätslage der Krankenhäuser**. Dabei fließen Sanktionsmaßnahmen bspw. in Form von Vergütungsabschlägen den Kostenträgern zu, dienen damit vorrangig als Wettbewerbsinstrument der Krankenkassen untereinander und kommen damit dem ursprünglich angestrebten Zweck, den Fachkräftemangel auch nur kurzfristig zu bekämpfen, nicht zugute.

Das bedeutet: Die gesetzlichen Vorgaben zu den Pflegepersonaluntergrenzen in § 137i SGB V sowie zum Pflegequotienten nach § 137j SGB V müssen mit Einführung des neuen Instruments harmonisiert werden; das gilt für Dokumentations- und Nachweispflichten ebenso wie für Sanktionierungen, um ihrer gesetzlich angedachten Zielsetzung auch nur ansatzweise gerecht werden zu können. Der geforderte Ganzhaus-Ansatz, der im aktuellen Referentenentwurf komplett fehlt, könnte einen Lösungsansatz ab der Konvergenzphase bieten. Hiernach würden alle Krankenhäuser, die eine Personalausstattung von mindestens 80% des Niveaus der PPR 2.0 bereits erfüllen, von den Pflegepersonaluntergrenzen freigestellt. Perspektivisch können die Pflegepersonaluntergrenzen bei weiter fortschreitendem Erfüllungsgrad in den Krankenhäusern auch vollständig entfallen. Zusammengefasst bedarf es eines gestuften Verfahrens, dessen Maßnahmen im angemessenen Verhältnis zum jeweiligen Umsetzungsgrad stehen und in einem präzisen und abgewogenen Maßnahmenkatalog festgelegt werden müssten. Hierzu aber ist nichts ausgesagt, sondern allein auf eine reine Ordnungsgebungsmacht des BMG verwiesen.

b. Fehlende Überlegungen zur Refinanzierung unter Berücksichtigung des Entwurfs eines GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes

Unabdingbare Grundvoraussetzung für die Einführung der PPR 2.0 ist die vollständige Refinanzierung der Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen auf der Grundlage der PPR 2.0. Dabei ist für den Krankenhausbereich das Zusammenspiel mit dem Referentenentwurf des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes von besonderer Bedeutung. Denn in der hiermit beabsichtigten Neufassung bzw. Änderung des § 17b KHG-RE ist vorgesehen, ab dem Jahr 2024 ausschließlich „qualifiziertes“, da examiniertes Pflegepersonal, welches in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen eingesetzt ist, im Pflegebudget zu berücksichtigen. Verstärkt wird diese Problematik dadurch, dass die Berücksichtigung eines Qualifikations-Mix des Pflegepersonals nur benannt, aber noch nicht definiert ist.

c. BMG als Normgeber

Einzelheiten der PPR 2.0 werden einer Rechtsverordnung vorbehalten, die **ohne Zustimmung des Bundesrates** und **ohne Einbeziehung der Selbstverwaltungspartner** erlassen werden soll. Es ist absolut befremdlich, dass die Initiatoren (DKG, ver.di und DPR) bei der Ausgestaltung der PPR 2.0 nicht mehr gefragt werden und den Ländern eine Mitsprache nicht zugestanden wird.

Insbesondere in den beiden vorgenannten Belangen bedarf es aus Sicht der HKG im Hinblick auf die dann zu erlassende Rechtsverordnung eines Korrektivs, das die HKG durchaus bei den Bundesländern sieht, die die Versorgungssicherheit über eine sachgerechte Gesetzgebung zumindest mit sicherstellen müssen (Gesundheitsvorsorge als Auftrag der Daseinsvorsorge).

d. Opt-Out-Regelung

Liegen für den Krankenhausstandort (tarif-)vertragliche Regelungen zur Entlastung des Pflegepersonals vor oder werden derartige Vereinbarungen getroffen, soll die Pflegepersonalregelung nicht verpflichtend anzuwenden sein (sog. opt-out-Regelung). Diese Ausnahmeregelungen bzgl. der „besonderen Tarifverträge“ führen zu einem nicht kontrollierbaren „Wildwuchs“ sowie aufgrund der Uneinheitlichkeit in den Tarifwerken zu einem erheblichen Erkenntnisdefizit. Gleichzeitig wird die Tarifautonomie massiv untergraben.

2. Neuregelungen der Fristen für Budgetverhandlungen

Die Neufassung des § 11 Abs. 3 KHEntgG enthält neue **Fristen zur Unterlagenübermittlung**, die an zusätzliche **Sanktionen** gebunden sind, und normiert einen **Schiedsstellenautomatismus**, dem eine neue **Präklusionsvorschrift** zur Seite gestellt wird. Insbesondere werden **Sonderregelungen für die Vereinbarungszeiträume bis einschließlich 2023** geschaffen. Mit dieser Neuregelung wird das Ziel verfolgt, den Verhandlungsstau bei den jährlichen Budgetverhandlungen aufzulösen und hierdurch einerseits die Liquiditätsengpässe auf Krankenseite zu reduzieren und

andererseits für die Kostenträger gleichmäßige Zahlungsströme herbeizuführen. Für die Zielsetzung, den **Prospektivitätsgrundsatz** zu stärken, tritt die HKG ebenso ein, wie sie für Lösungsansätze zur Auflösung des Verhandlungsstaus der letzten Jahre offen ist.

Die vom BMG in § 11 Abs. 3 KHEntgG-RE eingebrachten Instrumente sind allerdings **ungeeignet, den Verhandlungsstau aufzulösen, Prospektivität der Budgetverhandlungen in naher Zukunft zu erreichen** und ein **partnerschaftliches Zusammenwirken** zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen **zu forcieren**. Das Gegenteil ist der Fall: Denn sowohl die **Präklusion als auch die Sanktionen** werden **einseitig zu Lasten der Krankenhäuser** normiert. Dabei wird in keiner Weise auch nur ansatzweise berücksichtigt, dass an dem gesamten Verfahren der Budgetverhandlung bis hin zur Genehmigung durch die zuständige Behörde neben den Krankenhäusern auch

- die Schiedsstelle,
- die Genehmigungsbehörde und
- insbesondere die Kostenträger beteiligt sind.

Der Versuch, ein in sich vollkommen verfahrenes System der Budget- und Entgeltverhandlungen allein durch das Setzen von realitätsfremden, nicht umsetzbaren Fristen zu retten, zeugt von einer **völlig praxisfremden und somit gefährlichen Sichtweise**, die die **Realitäten der Verhandlungs-, Schiedsstellen- und Genehmigungspraxis schlichtweg verkennt**. Eine **objektive Unmöglichkeit** gleichzeitig mit einseitigen Sanktionen für die Krankenhäuser zu belegen, ist schlichtweg unverantwortlich. Hier offenbart sich in besonderer Weise die **Unausgewogenheit zwischen Rechten und sanktionsbewährten Pflichten der Krankenhäuser und den Rechten (und Pflichten?) der Kostenträger!**

- Der Verhandlungsstau der letzten Jahre ist ganz überwiegend auf die **sich ständig ändernden gesetzlichen Vorgaben** und die damit verbundenen vielfältigen Entwicklungen zur Auslegung zahlreicher unbestimmter Rechtsbegriffe zurückzuführen. Die Verhandlungen werden hierdurch für beide Seiten massiv erschwert. Die Entwicklung der **Vorschriften zum Pflegebudget** sind hierfür als ein **wiederholtes, dauerhaftes Negativbeispiel** heranzuziehen, dem jedoch auch ein **Alternativvorschlag** entgegengesetzt werden kann: Wäre es nicht für alle Beteiligten viel leichter, die **Pflegebudgets anhand vorgelegter offizieller Wirtschaftsprüferstate zu vereinbaren?**
- Die geplanten **Regelungen zur Vorlage von Unterlagen benachteiligen einseitig die Krankenhäuser**. So werden die Kostenträger umfangreiche und allgemein gehaltene Fragelisten übermitteln. Wird hierauf nicht fristgerecht oder ausreichend geantwortet, wäre das Krankenhaus für ein Schiedsstellenverfahren **präkludiert**.
- **Viele Daten liegen zum Zeitpunkt der Abgabepflicht noch gar nicht vor** (z. B. Gesamtjahres-IST des Vorjahreszeitraums). Nach der Rechtsprechung sind auch **unterjährige IST-Daten** des Vereinbarungszeitraums zu berücksichtigen. Es wäre noch zu prüfen, ob diese Präklusion mit der **Garantie effektiven Rechtsschutzes** aus Art. 19 Abs. 4 GG zu vereinbaren ist.

Hinzu tritt, dass das BMG die **Realität der Verhandlungspraxis** **verkennt** und die **tatsächlichen Ressourcen der ehrenamtlich tätigen Schiedsstellen und der Genehmigungsbehörden massiv überschätzt!**

- Die **Schiedsstellen werden mit der Masse der zu erwartenden Verfahren überfordert sein**. So hat eine Vielzahl von Krankenhäusern noch keine Vereinbarung für das Jahr 2020 abschließen können. Zum Teil fehlen sogar noch Vereinbarungen aus den Vor-Corona-Jahren. Die Vorsitzenden der Schiedsstellen verfügen über keinen eigenen Apparat von Mitarbeitern, um die zu erwartende Menge an Verfahren zu bewältigen. Da mehrere Schiedsstellenvorsitzende in 2 oder mehr Bundesländern in eben dieser Eigenschaft fungieren, ist mit oftmals mit Terminüberschneidungen und daraus resultierenden Terminverlegungen zu rechnen. Dasselbe dürfte – zumindest vorübergehend – auch für die terminlichen Kapazitäten der einschlägigen Rechtsanwält*innen und Kanzleien gelten. **Eine Verschärfung des Verfahrensstatus bis hin zum Kollaps des Systems von der Verhandlung bis zur Genehmigung wird die Folge sein**, denn die Einhaltung der 6- bzw. 12-Wochenfrist ist nach der Rechtsprechung nur eine Ordnungsvorschrift, an die sich schon heute kaum gehalten wird.
- Der neue Rechnungsabschluss **wird eine Vielzahl strittiger Genehmigungsverfahren mit sich bringen**, da die Frage, ob der zu erwartende Nutzen der Unterlagen gem. § 11 Abs. 4 KHEntgG den Aufwand deutlich übersteigt, unterschiedlich beurteilt werden wird. Es ist auch ausgeschlossen, dass die **Genehmigungsbehörde diese Prüfung in zwei Wochen** abschließen kann, muss sie doch die Krankenhäuser nach § 28 VwVfG **vor ihrer Entscheidung anhören**. Auch insoweit sind weitere Verzögerungen und zusätzliche **Klageverfahren** gegen die Entscheidungen der Genehmigungsbehörde zu erwarten.

Zusammenfassend bleibt auch bezüglich der Regelungen zu den Budgetverhandlungen festzuhalten, dass das angestrebte Ziel **an seiner faktisch unmöglichen Umsetzbarkeit scheitert!** Und diese faktisch unmöglich umzusetzenden Regelungen sollen nach dem Willen des BMG **einseitig, allein und ausschließlich die Krankenhäuser belasten** – administrativ, personell wie finanziell! Wo bleiben die Konsequenzen für Verzögerungshaltungen der Kostenträger in den Budgetverhandlungen? Wie wird auf Fehlverhalten der Kostenträger im Rahmen der Unterlagenanforderungen seitens des Gesetzgebers reagiert? Wie können Krankenhäuser zukünftig auf strategische Verzögerungen seitens der Kostenträger reagieren und somit unberechtigten Vergütungsanschlägen entgegenwirken? Es wird einmal mehr einer Misstrauenskultur gegenüber dem Leistungserbringer Krankenhaus Vorschub geleistet und die wirtschaftliche und mittlerweile existenzielle Konsequenz einer solch verheerenden Sichtweise nicht bedacht! Fakt ist aber: ist die Existenz der Krankenhäuser gefährdet – ist insbesondere im ländlichen Bereich die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung nicht mehr sicherzustellen!

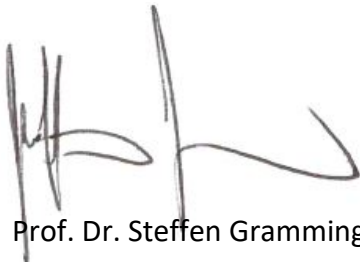
Allein diese beiden Aspekte verdeutlichen: Gut gemeint, ist nicht gut gemacht! Der Referentenentwurf wirft mehr Fragen auf, als er Antworten gibt. Er adressiert einseitig Pflichten, die die ohnehin schon überbordende Bürokratie noch einmal aufbläht und insbesondere genau das

Personal verstärkt belastet, das nach dem Gesetzestitel entlastet werden soll. Sanktionen bringen ein ohnehin schon finanziell angeschlagenes Gesundheitssystem weiter ins Schwanken und verschärfen zugunsten eines Wettbewerbs auf Kostenträgerseite die Misstrauenskultur gegenüber Krankenhäusern. Ein partnerschaftliches Zusammenwirken zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern – wie es Budgetverhandlungen voraussetzen – wird so immer schwieriger.

Herr Lauterbach, wachen Sie auf und packen Sie an – an den richtigen Stellschrauben!

Die Fachleute aus der Praxis bieten weiterhin ihre Unterstützung an – greifen Sie zu!

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, consisting of several vertical strokes on the left, a horizontal loop, and a long, sweeping tail that curves upwards and to the right.

Prof. Dr. Steffen Gramminger

Geschäftsführender Direktor