

**Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) zum
Gesetzesentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der
Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der
Vergütungsstrukturen
(Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)
Stand: 17.06.2024**

Der Deutsche Pflegerat (DPR) vertritt als Dachverband der bedeutendsten Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens die Positionen der Pflegeorganisationen und ist primärer Ansprechpartner für die Politik. Der DPR bedankt sich für die Möglichkeit, zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) Stellung nehmen zu dürfen.

Die Sicherstellung und Steigerung der Versorgungsqualität stellt das elementare Ziel der Regelungen und Neustrukturierungen der Versorgungsstrukturen nach dem KHVVG dar. Um dieses Ziel zu erreichen, bedarf es neben Veränderungen der Vergütung, der Strukturen und Prozesse sowie der organisationalen Rahmenbedingungen auch der Betrachtung des Gesamtsystems und der Berücksichtigung aller am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen sowie deren Rolle und Beitrag an diesem. In Anbetracht steigender Versorgungsbedarfe und demgegenüber sinkenden Personalressourcen sind eine Potenzialanalyse und -nutzung, ein versorgungsbedarfsgerechter Qualifikationseinsatz, aber auch der Blick in vor- und nachstationäre Settings unerlässlich und in das Zentrum einer wirksamen und zielorientierten Krankenhausreform zu setzen.

Das Bestreben leistungs- und mengenorientierte Anreize in der Versorgung zu reduzieren und leistungsbezogene Qualitätskriterien festzulegen, ist zu begrüßen. Auch der Notwendigkeit zur Etablierung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen stimmt der DPR zu. Unabhängig einer sinnvollen Ausgestaltung und Nutzung, greifen die im Gesetzesentwurf erläuterten Maßnahmen jedoch zu kurz und verkennen das Erfordernis einer personenzentrierten Ausrichtung von Versorgung. Dieser setzt an den Bedarfen und Bedürfnissen der zu versorgenden Menschen in den jeweiligen Lebensumständen an und richtet den Versorgungsprozess an diesen aus. Eine Krankenhausreform, die unter den derzeitigen und zu erwartenden Bedingungen die Sicherstellung und Verbesserung der Versorgungsqualität anstrebt, kann sich nicht nur auf den akutstationären Bereich beziehen, wenn vorgelagerte Strukturen u.a. dazu führen, dass ein erhöhter Bedarf an akutstationärer Behandlung nötig wird und die Bedingungen nachstationärer Strukturen häufig dafür verantwortlich sind, dass Patient:innen nicht verlegt und medizinisch und pflegerisch sicher weiterversorgt werden können. Es braucht eine konsistente Verzahnung der Sektoren, die auf Kooperation sowie Informationsweiterleitung und -nutzung, auch mit Etablierung digitaler Systeme, basiert. Zudem benötigt es neue Versorgungsstrukturen, die über die Schaffung

sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen, wie sie im Gesetzesentwurf ausgestaltet sind, hinausgehen und bereits vielfach international etabliert sind.

Eine wirkungsvolle Reform und eine Verbesserung der Versorgungsqualität kann nur durch Vorhandensein von kooperierenden und aufeinander abgestimmten Versorgungskonzepten auf regionaler und kommunaler Ebene ermöglicht werden. Die Argumentation, dies würde Mehrkosten generieren, die wiederum durch den Steuerzahler zu entrichten sind, ist nicht haltbar, wenn dabei außer Acht gelassen wird, dass sich durch die zu erwartende Reduzierung von Versorgungsbedarfen in anderen Sektoren Kosten reduzieren lassen.

Patient:innen, die nicht erst mit einem akuten Gesundheitsproblem eine Behandlung erfahren oder durch eine fehlende Ansprechbarkeit im Gesundheitssystem überlastete Notfallstrukturen aufsuchen, sind nicht nur besser versorgt, sondern führen langfristig zu weniger Kosten und tragen zu einer besseren Ressourcenallokation bei. Es führt daher am Ziel einer flächendeckenden Etablierung sektorenübergreifender Versorgungsmöglichkeiten vorbei, wenn verpasst wird überfällige, aber notwendige Institutionen, wie Gesundheitskioske und die Förderung zur Bildung von Gesundheitsregionen, deren Wirksamkeit in Modellprojekten bereits nachgewiesen ist, zu etablieren. Dabei geht es nicht um die Schaffung von Doppelstrukturen, sondern um das Schließen von Versorgungslücken, die nicht unwesentlich zu einer erfolgreichen Krankenhausstrukturreform beitragen.

Das Berufsbild der Community Health Nurse (CHN) mit Kompetenzen u.a. im Bereich der Analyse von regionalen Versorgungsbedarfen und der Übernahme einer Schnittstellenfunktion in einem komplexen Versorgungssystem wird in Zukunft mehr denn je benötigt werden. Vor allem in strukturschwachen Regionen ist ein Umdenken erforderlich. Menschen in ländlichen Regionen begegnen der ggf. notwendigen Schließung von Kliniken mit großer Sorge, insbesondere wenn eine flächendeckende Versorgung durch Haus- und Fachärzt:innen aus vielerlei Gründen nicht immer gewährleistet ist und keine Alternativstrukturen vorhanden sind. Eingesetzte CHN können als kompetente Akteure und Ansprechpartner individuelle, insbesondere pflegerische Versorgungsbedarfe zielgerichtet decken und mit erweiterten heilkundlichen Befugnissen unnötige Krankenhausaufnahmen reduzieren. Im Kontext der Vermeidung von Krankheit sowie deren Verschlimmerung braucht es zudem einen gesundheitsfördernden Ansatz sowie beratende und edukative Strukturen in allen Sektoren. Bereits vor Eintritt einer akuten Erkrankung und/oder im Rahmen einer chronischen Erkrankung müssen präventive Aspekte stärker in den Fokus gerückt und in die Vergütungssystematik integriert werden. Dies erfordert eine Veränderung der Versorgungsstruktur, die den zu versorgenden Menschen in den Mittelpunkt stellt. Gleichwohl braucht es einen präventiven Ansatz in der Ausrichtung der medizinischen und pflegerischen Versorgung, der sich im vorliegenden Gesetz widerspiegeln muss, um genannten Ziele erreichen zu können. Die dafür notwendigen Rahmenbedingungen müssen in diesem und anderen Gesetzesvorhaben geschaffen werden.

Daneben braucht es die Schaffung weiterer Rahmenbedingungen, um Pflegefachpersonen entsprechend ihrer Rolle im Versorgungsprozess und deren gesetzlich festgeschriebenen Vorbehaltsaufgaben, die Stellung im System zuteilwerden zu lassen, die sie für eine qualitative Versorgung benötigen. Dazu gehören neben der Verankerung von pflegerischen Aufgaben im Rahmen des Sozial- und Leistungsrechtes auch im akutstationären Bereich, das Hinterfragen und die Neuordnung aktueller Selbstverwaltungsstrukturen und der Grundausrichtung der Sozialgesetzbücher SGB V und SGB XI. Dies wird durch das aktuelle Gutachten des Sachverständigenrates für Gesundheit und Pflege bestätigt.

Die Berufsgruppe der Pflegefachpersonen leistet mit Blick auf andere Berufsgruppen den größten Beitrag in der Gesundheitsversorgung und deren Qualität. Somit müssen sie auch in jeder Hinsicht in die im Gesetz geplanten Aspekte einbezogen und mit Entscheidungsbefugnissen ausgestattet werden. Die Entwicklungen im Rahmen des Pflegekompetenzgesetzes (PKG) dürfen nicht unabhängig anderer gesetzlicher Prozesse gesehen werden. Es ist widersprüchlich, wenn die Verankerung vorbehaltlicher Aufgaben und erweiterter Kompetenzen im Rahmen des vorliegenden Referentenentwurfes des PKG

vorgesehen ist, jedoch im Rahmen sektorenübergreifender Strukturen in der Krankenhausreform die Berufsgruppe der Pflegefachpersonen unzureichend und kompetenzmindernd bedacht wird. Um eine moderne und international vergleichbare Versorgungsqualität zu schaffen, ist es nicht nur notwendig, einrichtungsspezifische Konzepte (z.B. Magnet-Modell) umzusetzen und zu fördern.

Es braucht Transformation zur Schaffung einer Versorgungsstruktur im Sinne einer interprofessionellen und kompetenzprofilorientierten Ausrichtung mit leistungs- und sozialrechtlicher Verankerung der Kompetenzniveaus, Qualifikationsniveaus und Aufgabenbereichen von Pflegefachpersonen. Diese müssen im Rahmen von Qualitätsvorgaben berücksichtigt werden. Bei komplexen Versorgungsproblematiken bedarf es nicht nur hochqualifizierter ärztlicher Kolleg:innen und der Einhaltung eines Facharztstandards, sondern ebenso hochqualifizierte Pflegefachpersonen und der Einhaltung pflegerischer Standards sowie der Umsetzung wissenschaftlich fundierter Versorgungskonzepte. Diese Maßnahmen werden auch zu einer nachhaltigen Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufes führen und die Motivation von Pflegefachpersonen, im Beruf zu bleiben bzw. wieder in den Beruf einzusteigen, deutlich erhöhen. Denn ein moderner und wirkungsvoller Versorgungsprozess kann nur durch eine interprofessionell ausgerichtete Versorgungspraxis und die feste und institutionelle Etablierung (hochschulisch) qualifizierter Pflegefachpersonen mit speziellen medizinisch und pflegerischen Kenntnissen, wie Advanced Practice Nurses (APN) auf Masterniveau, ermöglicht werden.

Der DPR begrüßt grundsätzlich die Bestrebungen zur Neustrukturierung der Strukturen der akutstationären Versorgung, möchte jedoch mit Blick auf die erläuternden und folgenden Ausführungen verstärkt den Blick auf die Beachtung und den Aufbau pflegefachlicher Kompetenzen durch Schaffung hierfür notwendiger Strukturen richten. Die Berufsgruppe der Pflegefachpersonen stellt die quantitativ größte Berufsgruppe aller Heilberufe gemäß Art. 74 Absatz 1 Nummer 19 GG im Gesundheitswesen dar. Ihr Beitrag wird, wie bereits heute schon, auch in Zukunft die Qualität der Versorgungsstrukturen über alle Sektoren bestimmen. Der frühzeitige Einbezug und die Ausschöpfung aller vorhandenen Kompetenzen sowie der Aufbau derer wird den Erfolg der Krankenhausreform und die Effizienz und Effektivität der Versorgungslandschaft maßgeblich bestimmen.

Ohne die Berufsgruppe der Pflegefachpersonen wird die Reform nicht funktionieren.

Artikel 1 – Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 4: §§ 115g

Die Rolle der Berufsgruppe der Pflegefachpersonen in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen

Anknüpfend an die vorausgegangenen Begründungen für die Notwendigkeit der Etablierung sektorenübergreifender Strukturen sowie die Schaffung von Rahmenbedingungen, die die Wirksamkeit und Zielsetzung der Krankenhausreform wesentlich beeinflussen, bedarf es an dieser Stelle konkreter Ausführungen zur Rolle von Pflegefachpersonen in diesen Strukturen.

Grundsätzlich begrüßt der DPR die flächendeckende Einführung einer neuen Versorgungsform zur Verbesserung der regionalen medizinischen und pflegerischen Versorgung und erkennt das Bestreben, Pflegefachpersonen eine leitende Rolle zuzusprechen, an.

An dieser Stelle ist jedoch darauf hinzuweisen, dass auch im Sinne des aktuell vorliegenden Referentenentwurfes des PKG und der dort beschriebenen pflegerischen Leistungen, heilkundlichen und erweiterten heilkundlichen Leistungen durch Pflegefachpersonen (§§ 15a und 39 Absatz 1 SGB V) die fachliche Führungsverantwortung im Versorgungsprozess im Rahmen des KHVVG abzubilden ist. Pflegefachpersonen mit entsprechender Qualifikation übernehmen Verantwortung im Management- und geschäftsführenden Bereich der akutstationären Versorgung und führen gemäß § 4 Absatz 2 PflIBG Vorbehaltsaufgaben entlang des Versorgungsprozesses aus. Der DPR fordert daher nicht vorrangig die Erweiterung einer systemischen Führungsverantwortung für den manageriellen Bereich, sondern vielmehr eine Stärkung der Rolle von qualifizierten Pflegefachpersonen auf fachlicher Ebene und in der patient:innennahen Versorgung. Dies ist nicht nur auf Einrichtung nach § 115g SGB V zu beschränken, sondern muss auch in allen weiteren akutstationären Versorgungsbereichen eingerichtet und ausgebaut werden, damit hierdurch die Attraktivität des Pflegeberufes gesteigert und damit einhergehend die Qualität der Pflege verbessert werden kann. Nur so kann eine fachliche Steuerung pflegerischer (erweiterter und/oder heilkundlicher) Leistungen erfolgen. Dies macht daher auch eine Anpassung des § 107 SGB V notwendig.

Der Einfluss pflegerelevanter Qualitätsparameter beispielsweise in Bezug zur Personalausstattung ist vielfach wissenschaftlich belegt. So stellen die Anwendung evidenzbasierter pflegerischer Versorgungskonzepte unter Einbezug pflegespezifischer Ereignisse, die quantitative und qualitative Personalausstattung, insbesondere der Qualifizierungsgrad von akademischen Pflegefachpersonen und Pflegefachpersonen mit spezifischen Weiterbildungen, wesentliche Einflussfaktoren für eine hochwertige Versorgungsqualität entlang der Versorgungsprozesse. Daher braucht es die Mitbestimmung des Deutschen Pflegerates als Dachorganisation der maßgeblichen Berufsorganisationen auf Bundesebene bei Fragen nach Qualität und Patient:innensicherheit im Rahmen der Leistungserbringung, wie auch der Auswirkungen neuer Versorgungsstrukturen.

Dem Pflegeberuf als Heilberuf mit eigenen beruflichen Kompetenzen ist außerdem in Bezug auf deren Leistungsspektrum Rechnung zu tragen. Somit sieht es der DPR als wesentlich an, den § 115h, der die Erbringung von medizinischen und pflegerischen Leistungen vorsieht, und im Referentenentwurf des KHVVG noch vorgesehen war, wieder aufzunehmen. Bei Ausgestaltung dessen sind die vorgesehenen Regelungen des PKG, insbesondere der § 73d zu beachten und im Sinne der akutstationären Behandlung zu erweitern. Hierbei ist unter pflegewissenschaftlicher und pflegefachlicher Expertise zu prüfen, welche pflegerischen Aufgaben im Sinne medizinischer und pflegerischer Leistungen von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen angeboten werden können und welche pflegerischen Leistungen für die gesamte akutstationäre Versorgung gelten.

Änderungsvorschlag des § 115g SGB V

Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung

(1) Krankenhäuser, die nach § 6c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen bestimmt worden sind, können insbesondere folgende Leistungen erbringen:

1. ambulante Leistungen aufgrund einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung,
2. ambulantes Operieren nach § 115b,
3. stationäre Leistungen, soweit sie von der Vereinbarung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 und 3 umfasst und die Anforderungen nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 erfüllt sind, einschließlich belegärztlicher Leistungen, in dem durch den Versorgungsauftrag des Landes bestimmten Umfang,
4. Übergangspflege nach § 39e,
5. Kurzzeitpflege nach § 39c,

6. Medizinische und pflegerische Leistungen nach § 115h.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen erbringen stationäre Leistungen, soweit sie von der Vereinbarung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 umfasst und die Anforderungen nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 erfüllt sind, einschließlich belegärztlicher Leistungen, in dem durch den Versorgungsauftrag des Landes bestimmten Umfang. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können die in Satz 1 Nummer 4, ~~und 5~~ **und 6** genannten Leistungen unter **fachlicher und administrativer** pflegerischer Leitung **erbringen erbracht werden**, soweit sie nicht ärztlich zu verantworten sind. Die Möglichkeit für Krankenhäuser, die nicht als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt sind, stationäre Leistungen nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 3 und Leistungen nach Satz 1 Nummer 1, 2 und 4 zu erbringen, bleibt unberührt.

Regelungen zu Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 sind unter Beteiligung pflegewissenschaftlicher und pflegefachlicher Expertise auszugestalten sowie die Ausweitung auf andere akutstationäre Strukturen unter Berücksichtigung des § 15a PKG zu prüfen.

(2) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können zusätzlich Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 des Elften Buches und der Tagespflege und Nachtpflege nach § 41 des Elften Buches in selbstständigen, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennten Pflegeabteilungen, die als stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 72 des Elften Buches zugelassen sind, erbringen.

(3) Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren bis zum [einsetzen: Datum des letzten Tages des 12. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung,

1. welche stationären Leistungen der Innere Medizin und der Geriatrie sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen mindestens anbieten müssen,
2. welche weiteren stationären Leistungen sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen erbringen können,
3. welche stationären Leistungen eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung über die nach den Nummern 1 und 2 vereinbarten stationären Leistungen hinaus erbringen kann, wenn sie hierbei telemedizinisch von einem kooperierenden Krankenhaus unterstützt wird, und

4. welche Anforderungen an die Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation der Erbringung **unter Einbezug und Mitbestimmung des Deutschen Pflegerates** der den Nummern 1 bis 3 vereinbarten Leistungen und an die in Nummer 3 genannten Kooperation gestellt werden und wie diese aufwandsarm geprüft werden.

Die in Satz 1 genannten Vertragsparteien haben die Vereinbarung nach Satz 1 im Abstand von jeweils höchstens zwei Jahren, erstmals zwei Jahre nach ihrem Abschluss, an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 oder Satz 2 nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von drei Monaten den Inhalt der Vereinbarung fest. Für die Festlegung durch die Schiedsstelle nach Satz 3 gilt die Anpassung nach Satz 2 entsprechend.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen **unter Einbezug des Deutschen Pflegerates und** im Benehmen mit den Verband der Privaten Krankenversicherung dem Bundesministerium für Gesundheit im Abstand von zwei Jahren, erstmals zum [einsetzen: Datum des letzten Tages des 60. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats], einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der Leistungserbringung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen auf die ambulante, stationäre und pflegerische Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen vor. Die für den Bericht erforderlichen Daten sind ihnen von den Krankenkassen, den Pflegekassen, den Krankenhäusern und den Kassenärztlichen Vereinigungen in anonymisierter Form zu übermitteln.

Änderungsvorschlag des § 107 Absatz 1 SGB V

(1) Krankenhäuser im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die

1. der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen,
2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung und **fachlich-pflegerisch unter ständiger pflegerischer Leitung** stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische, therapeutische und pflegerische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,
3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, **pflegefachlichem**, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und ~~pflegerische~~ **pflegefachliche** Hilfeleistungen Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, und in denen
4. die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.

Zu Nummer 8: § 135e SGB V und zu Nummer 24: § 426 SGB V

Abbilden der Pflegequalität im Rahmen der Leistungsgruppensystematik sowie deren Evaluation

Das Schaffen von Voraussetzungen für eine hochwertig qualitative Versorgung, die sich an der Erbringung unterschiedlicher Leistungsgruppen orientiert, begrüßt der DPR. Auch ist positiv zu bewerten, dass die Länder hier entsprechend ihrem regionalen Bedarf die Zuweisung der Leistungsgruppen vornehmen. An dieser Stelle sei erneut der Einsatz der Community Health Nurse zu bekräftigen, der hier einen wesentlichen Beitrag leisten kann. Unter anderem wenn es darum geht, Ressourcen von Zu- und Angehörigen zu eruieren und einzubinden, wenn eine Versorgung beispielsweise nur in einem weiter entfernten Krankenhaus möglich ist.

Der DPR begrüßt ebenfalls, dass auf standortübergreifende Kooperationen gesetzt wird. Diese sollten jedoch auch einen fachlichen Austausch und Hilfestellung ermöglichen.

Die Qualitätskriterien, die im Rahmen der Einführung des KHVVG eingehalten werden müssen, beziehen sich ausschließlich auf die sachliche und personelle Ausstattung sowie die Erbringung verwandter Leistungsgruppen, zumal sich die personelle Ausstattung ausschließlich auf den ärztlichen Dienst bezieht. Pflegerische Mindestanforderungen sind nur in den Sonstigen Struktur- und Prozesskriterien enthalten, ausschließlich mit Bezugnahme auf die Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG). Sonstige Struktur- und Prozesskriterien sollen mit Inkrafttreten einer Rechtsverordnung gelten, deren Inhalte ein einzurichtender Leistungsgruppen-Lenkungsausschuss festlegt.

Vorangestellt kritisiert der DPR, dass pflegerische Mindestvoraussetzungen und Qualitätskriterien ausschließlich in den Sonstigen Struktur- und Prozesskriterien erwähnt sind und diese sich nur auf die PpUG beziehen. Pflegepersonaluntergrenzen stellen kein Qualitätskriterium zur langfristigen Sicherung der Versorgungsqualität dar, zumal Sanktionen, die bei Nicht-Einhaltung dieser dazu führen sollen, sie einzuhalten, nicht greifen. Dies kann dem Bericht über die Auswirkungen der Pflegepersonaluntergrenzen gemäß § 137i Absatz 6 SGB V von Januar 2024 entnommen werden. Zum anderen soll eine bis zum 31. März 2025 zu erarbeitende Rechtsverordnung erst zum 01. Januar 2027 Inkrafttreten. Unter Berücksichtigung, dass auch im Rahmen der PPBV mit abzuleitenden Maßnahmen oder Sanktionen zur Personalausstattung erst nach erfolgter Jahresmeldung an das InEK zum 30. Juni 2026 vorgesehen ist, ist voraussichtlich bis zum Jahr 2027 mit keiner wirkungsvollen, gesetzlichen Regelung zur langfristigen Sicherung der pflegerischen bedarfsgerechten Personalausstattung zu rechnen.

Voraussetzung zur personellen Ausstattung für die Erbringung von Leistungen nach der Leistungsgruppensystematik beinhalten ausschließlich Vorgaben zur ärztlichen Personalbesetzung. Insbesondere ist im Rahmen des § 6a Absatz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz mit Regelungen zur Zuweisung von Leistungsgruppen erwähnt, dass als zusätzliches Einschätzungskriterium die Personalbemessung der Ärzteschaft herangezogen werden kann. Trotz des Wissens um die derzeitige Versorgungssituation und des vorhandenen und sich in den nächsten Jahren weiter verschärfenden pflegerischen Fachkräftemangels und eines zum 01. Juli 2024 in Kraft getretenen pflegerischen Personalbedarfsbemessungsinstrumentes sowie gesetzlich verankerter pflegerischer Personaluntergrenzen sind keine Voraussetzungen zur pflegerisch personellen Ausstattung im Rahmen dieser Reform bis 2027 formuliert.

Jüngste Forderungen, qualifikatorische Mindestvoraussetzungen betreffend der OPS-Strukturmerkmale mit der Begründung zu streichen, dass diese zukünftig in den Leistungsgruppen abgebildet werden, sind auf Basis der hier aufgezeigten Umstände fatal. Ein Wegfall jeglicher qualifikatorisch pflegfachlichen Voraussetzungen, die über die G-BA-Richtlinien hinaus gehen und somit auch Begründungen für die Refinanzierung erschweren, sind entschieden abzulehnen. Dies wird zu einer deutlichen Verschlechterung der Versorgungsqualität in allen akutstationären Bereichen führen und die Motivation von

Pflegefachpersonen, sich zu spezialisieren und fachlich weiterzuentwickeln, deutlich reduzieren. Dies kann nicht im Interesse des Gesetzgebers sein, wenn dieser eine hochwertige Patient:innenversorgung erhalten und verbessern möchte.

Zur Sicherung der Versorgungsqualität ist es geboten, personelle Mindestvoraussetzungen für die Profession Pflege daher im Rahmen einer Übergangsphase festzulegen und diese nach Erhalt der Daten der Jahresmeldung der PPBV und der Weiterentwicklung der PPR 2.0 anzupassen. Insbesondere braucht es bereits in dieser Gesetzgebung einer Vorbereitung von Regelungen auf Basis des PKG, v.a. betreffend benötigte Qualifikationen.

Im Weiteren gilt es unter Einbezug pflegewissenschaftlicher Expertise und mit Blick auf die pflegerische Versorgungsausrichtung entsprechend des Pflegeprozesses, Qualitätskriterien einer hochwertigen pflegerischen und kompetenzorientierten Fachpraxis zu integrieren, wie auch bereits erarbeitete nationale Expertenstandards miteinzubeziehen. Obwohl die Versorgungsqualität wesentlich von der pflegerischen Leistung abhängt, erfolgt zum aktuellen Zeitpunkt im Bereich der Pflege ausschließlich eine Erfassung des Qualitätsindikators zur Dekubitusinzidenz, -ausprägung sowie möglicher Risikofaktoren im Rahmen der QS-Verfahren QS DEK. Es braucht hier eine deutliche Erweiterung pflegerischer Qualitätskriterien sowie pflegesensitiver Ergebnisindikatoren im Sinne zu erreichender Mindestvorgaben sowie von Qualitätskriterien, die über diese hinaus gehen. Übergeordnete Qualitätsziele könnten beispielsweise mit einem monetären Vorteil „Pay for Performance“ verknüpft werden. Hierzu fordert der DPR die Einrichtung eines Expertengremiums bestehend aus Vertretern der Pflegewissenschaft, um in Vorbereitung auf die Erarbeitung einer Rechtsverordnung zur Festlegung bundeseinheitlicher Qualitätskriterien zu pflegerelevanten Aspekten auf ihre Anwendbarkeit und Umsetzung in Deutschland zu prüfen und Regelungen abzuleiten, die in die Verordnung eingebracht werden. Insbesondere soll der DPR als Dachorganisation der maßgeblichen Berufsorganisationen auf Bundesebene die Berufsgruppe der Pflegefachpersonen im Leistungsgruppen-Lenkungsausschuss vertreten. Ziel muss es sein, eine pflegewissenschaftlich evidenzbasierte und weiter auszubauende leitliniengestützte pflegefachliche Versorgung zu schaffen. Um dies zu erreichen, müssen finanzielle und personelle Ressourcen bereitgestellt sowie staatliche und pflegewissenschaftliche Strukturen geschaffen werden und erhalten bleiben, um internationale Vergleichbarkeit herstellen zu können. Das vorliegende Bildungskonzept (BAPID), das durch Vertreter der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel und durch Beauftragung des DPR erarbeitet wurde, kann wesentlich zu diesem Ziel beitragen.

Darüber hinaus sind gesetzte pflegerische Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses unter pflegewissenschaftlicher Expertise und im Rahmen eines Antrags- und Mitbestimmungsrechts zu verankern. Insbesondere ist die Refinanzierung beispielsweise geforderter Quoten von Pflegefachpersonen mit verschiedenen Fachweiterbildungen entscheidend für deren Einhaltung. Im Sinne festgelegter Regelungen zu Qualitätskriterien, die in diesem Gesetzesentwurfes formuliert sind, braucht es außerdem und für eine Verbesserung der Versorgung, eine Harmonisierung qualifikatorischer Bedarfe. Dies bezieht die GBA-Richtlinien wie auch die Weiterentwicklung der PPBV nach § 137I SGB V in Bezug auf den Qualifikationsmix und Regelungen des PKG mit ein.

Der DPR teilt darüber hinaus die Analyse des Deutschen Hebammenverbands (DHV), dass für den Bereich der klinischen Geburtshilfe dringender Handlungs- und Regelungsbedarf besteht, der im vorliegenden Entwurf noch nicht adressiert wurde. Sowohl die gesetzliche Absicherung von Hebammenkreißsälen als auch das zusätzliche Mitberatungs- und Stimmrecht für die Hebammenvertretung für die Leistungsgruppe Geburt im Ausschuss nach § 135e SGB V erscheinen dringend notwendig und werden vom DPR unterstützt. Zur detaillierten Begründung verweisen wir auf die Stellungnahme des DHV.

Zu Nummer 8

Änderungsvorschlag des § 135e SGB V

Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates

1. von der Krankenhausbehandlung umfasste Leistungen in Leistungsgruppen einzuteilen,
2. für jede nach Nummer 1 festgelegte Leistungsgruppe Qualitätskriterien, die insbesondere Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität der Leistungen beinhaltet, in folgenden Anforderungsbereichen festzulegen:
 - a) Erbringung verwandter Leistungsgruppen,
 - b) sachliche Ausstattung
 - c) personelle Ausstattung und
 - d) sonstige Struktur- und Prozesskriterien
3. Regelungen zur Zulässigkeit der Einhaltung der Qualitätskriterien in Kooperation und Verbänden, insbesondere mit Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung oder Krankenhäusern, zu treffen
4. Regelungen dazu, für welche Leistungsgruppen in Einzelfällen zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung von den Qualitätskriterien abgewichen werden kann und für welche Leistungsgruppen diese ausgeschlossen ist, zu treffen.

Die nach Satz 1 Nummer 2 festgelegten Qualitätskriterien sollen den aktuellen Stand der medizinisch-wissenschaftlichen **und pflegewissenschaftlichen** Erkenntnisse berücksichtigen und zu einer leitliniengerechten, qualitativ hochwertigen und für Patienten sicheren medizinischen Versorgung beitragen. **Zur Einbindung pflegerelevanter Aspekte im Rahmen der Festlegung von Qualitätskriterien wird ein Expertengremium mit Vertretern der Pflegewissenschaft eingerichtet. Die Ergebnisse des Expertengremiums fließen in die Rechtsverordnung zu Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung mit ein.** Die Rechtsverordnung nach Satz 1 ist erstmals bis zum 31. März 2025 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2027 zu erlassen.

(2) Erbringen Krankenhäuser mindestens eine Leistung aus einer Leistungsgruppe, haben sie die für diese Leistungsgruppe festgelegten Qualitätskriterien zu erfüllen. Die maßgeblichen Leistungsgruppen und Qualitätskriterien bestimmen sich nach den Regelungen der Rechtsverordnung nach Absatz 1; bis zum Inkrafttreten dieser Rechtsverordnung bestimmen sie sich nach Absatz 4.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit richtet einen Ausschuss ein, der Empfehlungen zu den Inhalten der Rechtsverordnung nach Absatz 1 Nummer 1 bis 4 beschließt. Der Ausschuss wird durch das Bundesministerium für Gesundheit und die obersten Landesgesundheitsbehörden gemeinsam geleitet. Soweit das Bundesministerium für Gesundheit oder eine oberste Landesgesundheitsbehörde über die Weiterentwicklung der Inhalte der Rechtsverordnung nach Absatz 1 Nummer 1 bis 4 beraten möchte, kann der Ausschuss hierzu zunächst einen Vorschlag der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften einholen. Der Ausschuss kann beschließen, dass das Bundesministerium das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte beauftragt, Leistungen zur Unterstützung seiner Tätigkeit zu erbringen. Der Ausschuss besteht in gleicher Zahl aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen einerseits und Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesärztekammer, der Hochschulmedizin und ~~der Berufsorganisation der Pflegeberufe~~ **des Deutschen Pflegerates** andererseits. Die Patientenorganisationen nach § 140f können beratend an den Sitzungen des Ausschusses teilnehmen. Der Ausschuss kann sachverständige Personen zur Beratung hinzuziehen. Der Ausschuss legt das Nähere zur Arbeitsweise, Besetzung und Beschlussfassung des Ausschusses in einer Geschäftsordnung

fest. Die Geschäftsordnung und ihre Änderung bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Wird die Geschäftsordnung nicht bis zum ... [einsetzen: Datum desjenigen Tages des vierten auf den Monat des Inkrafttretens dieses Gesetzes folgenden Kalendermonats, dessen Zahl mit der des Tages Inkrafttretens dieses Gesetzes übereinstimmt, oder, wenn es einen solchen Kalendertag nicht gibt, Datum des ersten Tages des darauffolgenden Kalendermonats] festgelegt, legt das Bundesministerium für Gesundheit die Geschäftsordnung fest. Zur Koordination der Tätigkeit des Ausschusses richtet das Bundesministerium für Gesundheit eine Geschäftsstelle ein.

(4) Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach Absatz 1 gelten im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 die in der Anlage 1 genannten Leistungsgruppen und Qualitätskriterien nach Maßgabe dieses Absatzes. Die in der Tabellenzeile „Auswahlkriterium“ enthaltenen Qualitätskriterien werden bei der notwendigen Auswahl zwischen mehreren geeigneten Krankenhäusern im Rahmen der Entscheidung über den Abschluss eines Versorgungsvertrags nach § 109 Absatz 2 Satz 2 sowie über die Zuweisung von Leistungsgruppen nach § 6a Absatz 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes berücksichtigt. Für die Erfüllung der in der Tabelle in der Anlage 1 als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien gemäß Absatz 2 Satz 1 gilt:

1. hinsichtlich der im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ genannten Leistungsgruppen müssen die Qualitätskriterien der in der Tabellenspalte „Standort“ aufgeführten Leistungsgruppen ebenfalls erfüllt sein,
2. sofern in den Anforderungsbereichen „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ und „Personelle Ausstattung“ zwischen der Behandlung von Erwachsenen und der Behandlung von Kindern und Jugendlichen unterschieden wird, bestimmen sich die einzuhaltenden Mindestanforderungen danach, ob nur Erwachsene, nur Kinder und Jugendliche oder alle Altersklassen behandelt werden sollen,
3. besondere medizinische Angebote, die in einigen Leistungsgruppen vorgesehen sind, müssen mindestens in Kooperation erbracht werden, sofern sie kein am Standort zu erfüllendes Auswahlkriterium darstellen,
4. soweit die intensivmedizinische Versorgung erweiterte Qualitätsanforderungen in einzelnen Leistungsgruppen erfordert, müssen die erforderlichen Voraussetzungen für die komplexe oder hochkomplexe intensivmedizinische Versorgung am Standort vorgehalten werden,
5. die im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“ in der Tabellenspalte vorgegebenen Geräte, Einrichtungen, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind mit dem dafür erforderlichen Personal in dem vorgegebenen Zeitraum vorzuhalten,
6. die im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Qualifikation“ enthaltenen fachärztlichen Vorgaben richten sich nach der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer; Qualifikationen auf Basis früherer Musterweiterbildungsordnungen der Bundesärztekammer sind entsprechend anzuerkennen,
7. im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Verfügbarkeit“ sind Fachärzte im vorgegebenen personellen und zeitlichen Umfang vorzuhalten, dabei
 - a) entspricht ein Facharzt einem beschäftigten Facharzt mit einem Vollzeitäquivalent von 40 Wochenstunden,
 - b) können beschäftigte Fachärzte für bis zu drei Leistungsgruppen, die diesem Krankenhausstandort nach § 6a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurden, berücksichtigt werden; dies gilt nicht für die in der Anlage 1 Nummer 1 und 14 genannten Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie,
 - c) können Anforderungen an die personelle Ausstattung auch durch Belegärzte erfüllt werden, sofern dies in der Tabelle vorgesehen ist,

8. im Anforderungsbereich „Sonstige Struktur- und Prozesskriterien“ sind bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach Absatz 1 ausschließlich die Vorgaben zur

pflegerischen bedarfsgerechten Personalbemessung einzuhalten. Bis zur Setzung von Erfüllungsgraden im Rahmen der Vorgaben der Pflegepersonalbedarfsverordnung (PPBV) sind die geltenden Pflegepersonaluntergrenzen nach § 6 Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PpUGV) einzuhalten.

~~8.~~**9.** Krankenhäuser können ihre Verpflichtung nach Absatz 2 Satz 1 in Kooperation und Verbänden insbesondere mit Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung oder anderen Krankenhäusern erfüllen, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt und

a) in der Tabelle eine Kooperation vorgesehen ist oder

b) dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist; § 6a Absatz 4 Satz 2 und 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gilt entsprechend.

Satz 3 Nummer ~~8~~**9 b** ist auf Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden, in Bezug auf die Erfüllung der Qualitätskriterien im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ mit der Maßgabe anzuwenden, dass § 6a Absatz 4 Satz 2 und 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht entsprechend gilt.

Zu Nummer 24

Änderungsvorschlag des § 426 SGB V

Evaluation des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen dem Bundesministerium für Gesundheit und den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, erstmals zum 31. Dezember 2028, zum 31. Dezember 2033 sowie zum 31. Dezember 2038 einen gemeinsamen Bericht vor über

1. die Auswirkungen der Festlegung der Leistungsgruppen nach § 135e und ihre Weiterentwicklung, insbesondere hinsichtlich der mit der Zuweisung von Leistungsgruppen nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zusammenhängenden Konzentrationswirkungen auf die Leistungserbringung durch die Krankenhäuser, auch soweit diese länderübergreifend eingetreten sind,

2. die Prüfung zur Erfüllung der nach § 135e Absatz 1 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien durch den Medizinischen Dienst nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1,

3. die Auswirkungen der durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz vom ... [einsetzen: Datum der Fundstelle dieses Gesetzes] bewirkte Rechtsänderungen auf

a) die Versorgungssituation Patienten,

b) die Personalstrukturen in den Krankenhäusern,

c) die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser und die Ausgaben der Krankenkassen und

d) auf weitere Versorgungsbereiche, insbesondere den Bereich der medizinischen Rehabilitation.

Die für den Bericht erforderlichen Daten sind ihnen von den Krankenkassen, den Unternehmen der privaten Krankenversicherungen, den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenhäusern und den Medizinischen Diensten in anonymisierter Form zu übermitteln. ***Der Deutsche Pflegerat ist in die Bewertung der Punkte 1, 2 und 3 miteinzubeziehen und zu beteiligen.***

Artikel 3 – Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Damit im Sinne der Zielsetzung der Sicherstellung und Verbesserung der Versorgungsqualität des KHVVG ein Umbau der Krankenhauslandschaft und auch das Aufrechterhalten benötigter Versorgungsstrukturen ermöglicht wird, ist es von besonderer Wichtigkeit die Liquidität der betreffenden Kliniken aufrechtzuerhalten und Mehrausgaben für notwendige Investitionen zu finanzieren. Daher begrüßt der DPR die Regelungen zur Etablierung eines Transformationsfonds und die vollständige Refinanzierung der Pflegepersonalkosten.

Dabei muss sichergestellt werden, dass Budgetverhandlungen und Ausgleichzahlungen rechtzeitig und möglichst prospektiv erfolgen, damit Kliniken nicht in eine wirtschaftliche Notlage geraten.

Der DPR begrüßt außerdem die Regelung anzurechnender Anteile der Kosten der Ausbildungsvergütung sowie von Pflegefachpersonen in Anerkennung über das Jahr 2024 hinaus, entsprechend § 17b Absatz 4a Punkt 4 und 5.

Außerdem unterstützt der DPR die Regelung, dass die Vergütung der Pflegepersonalkosten im Rahmen des Pflegebudgets nach § 17b Absatz 4b KHG unberührt bleiben sollen. Jedoch muss die Integration des Pflegebudgets in die Finanzierungssäule des Vorhaltebudgets mit max. 60 % dahingehend in die Kritik gestellt werden, als dass dieses Vorgehen Fehlentwicklungen ökonomischer Steuerungen unterliegen kann. Bereits in der Vergangenheit haben ökonomische Anreize vielfach zu einem Abbau an Pflegepersonal geführt. Mit Einführung des Pflegebudgets wurde dieser Kreislauf zu Gunsten der Versorgungsqualität unterbrochen. Wir sehen es daher für angebracht, das Pflegebudget als eigenständige Vergütungssäule zu belassen. Zudem ist im Kontext dessen darauf hinzuweisen, dass die Vorhaltung an Pflegepersonal gemäß der Pflegepersonalbemessungsverordnung auch zukünftig vollständig durch das Pflegebudget refinanziert werden muss. Demgegenüber erneut zu bekräftigen, dass nur durch eine zeitnahe Refinanzierung der Pflegepersonalkosten, wie auch in Bezug auf die Vergütung von Leistungen, die Liquidität der Kliniken gesichert werden kann. Diese darf nicht jahrelang strittig bleiben.

Darüber hinaus begrüßt der DPR die Regelung nach § 17c Absatz 1a KHG, die Einzelfallprüfungen durch Stichprobenprüfungen zu ersetzen, um die Krankenhäuser von Bürokratie zu entlasten.

Artikel 4 – Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes

Im Rahmen der Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes befürwortet der DPR die Regelung nach § 6c Absatz 2 KHEntgG mit der vollständigen Berücksichtigung der Pflegepersonalkosten in der unmittelbaren Patient:innenversorgung betreffend sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen, wie auch die Berücksichtigung von Tarifierhöhungen im Rahmen des § 9 Absatz 1 Nummer 10. Insbesondere ist die Regelung zur unterjährigen Neuvereinbarung des Landesbasisfallwertes zuträglich einer frühzeitigen und vollständigen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen im Sinne der Verbesserung der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser zu begrüßen.

Grundsätzlich wird darauf hingewiesen, dass die Frage der Finanzierung durchweg hinter die Frage der Versorgungssicherheit und -qualität gestellt werden muss. Dieser Grundsatz ist v.a. in Bezug auf die Feststellung regionaler Versorgungsbedarfe oder demografischer Entwicklungen insbesondere auf mögliche Fehlentwicklungen durch Planfallzahlen in Verbindung mit der Vorhaltefinanzierung zu beachten. In Bezug auf ersteres ist bei Umwandlung zu oder Schaffung einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung der Fokus auf eine nachhaltige und sichergestellte Finanzierung zu legen. Dies soll dazu beitragen einen Anreiz für die Etablierung einer solchen Versorgungsstruktur zu bieten. In Bezug auf letzteres benötigt es eine konkrete Auseinandersetzung nicht nur mit regionalen Bevölkerungs- und Morbiditätsstrukturen, sondern auch nationalen Versorgungsbedarfen, die zu Fehlentwicklungen beitragen können. Unabhängig eines zu begrüßenden Abbaus einer ökonomisierten und mengenorientierten akutstationären Finanzierung, sind beispielsweise in Bezug auf die Vorhaltevergütung Mechanismen für demografiebedingte Fallzahlsteigerungen zu bedenken. Der in § 37 Absatz 2 Satz 7 Nr. 2 KHG vorgesehene Fallzahlkorridor (+/-20 %) zur Reduktion von ökonomisch bedingten Mengenausweitungen und der Förderung der Ambulantisierung ist aus Sicht der immer älter werdenden Gesellschaft und mit einem dadurch zu rechnenden erhöhten Versorgungsbedarf nicht geeignet, um diesem zu begegnen. Der geplante Fallzahlkorridor geht bei einem Wachstum immer mit Erlösnachteilen gegenüber dem heutigen a-DRG-System einher. Nur wenn insgesamt ein Wachstum von 20 % überschritten wird, gleichen sich die Erlöse im Folgejahr an. Aufgrund dieses beachtlichen Fallzahlkorridors müssen Krankenhäuser bei Wachstumsprozessen in Vorleistung gehen. Gleichzeitig bestehen fortlaufende Erlösnachteile, wenn die 20 %-Schwelle nicht überschritten wird. Bei Schrumpfungsprozessen im Sinne der Ambulantisierung werden Erlösverluste durch die Vorhaltefinanzierung hingegen abgedeckt und der Fallerlös steigt in Abhängigkeit zum Gesamtmarkt zum Teil an. Nach der ersten Eingruppierung könnte es für die Krankenhäuser daher strategisch sinnvoll sein, ihre Leistungsmenge zu reduzieren. Für Versorgungsbereiche, die nur wenig Potenzial zur Ambulantisierung haben, kann diese zu einer Benachteiligung führen, wie beispielsweise die Geriatrie.

Der im Gesetzentwurf vorgesehene Fallzahlkorridor bildet die besondere Situation kontinuierlich steigender Fallzahlen in spezifischen Versorgungsbereichen damit nicht sachgerecht ab. Entsprechende Indikationsbereiche und Leistungsgruppen werden durch das vorgesehene Kalkulationsmodell strukturell und systemimmanent benachteiligt, so dass die Gefahr eines leistungsgruppenbezogenen permanenten Fixkostendegressionsabschlages besteht. Durch das – ebenfalls in der Umsetzung nicht ganz unproblematische – Instrument der Planfallzahlen soll dieser Entwicklung entgegengewirkt werden. Aktuell bleiben bei der Anwendung von Planfallzahlen jedoch viele Fragen offen, da die Rahmenbedingungen der Anwendung nicht unmittelbar im Gesetz normiert sind. Insbesondere ist unklar, wie spezifisch belastbare Prognosen der Fallzahlen ermittelt werden sollen und wie längerfristig mit Differenzen zwischen Plan- und Ist-Zahlen zu verfahren ist. Auch die Verwendung von Planfallzahlen kann bei nicht sachgerechter Ausgestaltung zu ökonomischen Fehlanreizen im System führen. Das Vorhaltevolumen je Land und Leistungsgruppe wird jährlich auf der Grundlage der erbrachten Fälle des vorangegangenen Kalenderjahres festgesetzt. Dadurch steigt bei der Verwendung von Planfallzahlen innerhalb der Leistungsgruppe nicht das Gesamtvorhaltevolumen je Land, sondern es wird lediglich der landesspezifische

„Krankenhaus-Verteilungsschlüssel“ angepasst. Sofern also der „Krankenhaus-Verteilungsschlüssel“ ohne Anpassung des leistungsgruppenbezogenen Gesamtvorhaltevolumens des Landes um demografiebedingte Fallzahlsteigerungen erhöht wird, sinkt das Vorhaltevolumen je Fall.

Analog dem Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen müssen daher auch auf Bundesebene Anreize für demografiebedingte Fallzahlsteigerungen geschaffen werden. So heißt es im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen beispielsweise in Bezug auf den Fachbereich Geriatrie: „Der geriatrische Versorgungsbedarf wird in Anbetracht der demografischen Entwicklung zukünftig weiter steigen. Deshalb wird in der Geriatrie eine Reduktion der Leistungserbringer nicht angestrebt.“ Folglich müssen demografiebedingte Fallzahlsteigerungen auch mit einer Erhöhung des landesspezifischen Gesamtvorhaltevolumens der Leistungsgruppen einhergehen, da die planerische Mengenausweitung zugunsten eines Krankenhauses ansonsten immer zu Lasten aller Krankenhäuser der Leistungsgruppe im Land gehen würde.

Es muss versorgungspolitisch sichergestellt werden, dass das gemäß § 37 Absatz 1 Satz 5 KHG bis zum 30. September 2024 vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu entwickelndem Konzept qualifizierte Antworten auf diese Fragen liefert und sachgerechte Mechanismen schafft.

Berlin, 23. September 2024

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR
Alt- Moabit 91
10559 Berlin
Tel.: + 49 30 / 398 77 303
Fax: + 49 30 / 398 77 304
E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de
www.deutscher-pflegerat.de