

**Stellungnahme**  
**zum Entwurf eines Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus**  
**sowie zur Anpassung weiterer Regelungen**  
**im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung**  
**(Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfIEG)**

**18. August 2022**

**Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM)**

**Vorbemerkung**

Der sehr umfangreiche Referentenentwurf wurde am 11. August 2022 mit einer Stellungnahmefrist von 7 Tagen übersandt. Die Regelungsinhalte des Entwurfs beschreiben weder Sachverhalte, welche einer besonderen Eilbedürftigkeit unterliegen, noch eine verkürzte Anhörungsfrist begründen.

In Anbetracht der Komplexität der beschriebenen Regelungsinhalte und der ausgedehnten neuen, fristgebundenen Dokumentationsverpflichtungen für die Kliniken, deren Nichteinhaltung auch noch sanktionsbewehrt ist, erscheint die eingeräumte Stellungnahmefrist völlig inadäquat.

**Zusammenfassende Bewertung**

Im Ergebnis des Entwurfs wird mit der Einführung der PPR 2.0 unter Fortführung der PPUGV lediglich zusätzlicher Bürokratieaufwand im Bereich der (eigentlich zu entlastenden) Pflegekräfte erzeugt. Das Instrument ist fehleranfällig und beseitigt die Ursachen des Fachkräftemangels nicht. Allfällige Sanktionszahlungen aus dem Referentenentwurf gegen die Krankenhäuser sind einer Entlastung für die Pflege nicht dienlich, sondern entlasten lediglich die Krankenkassen. Bekannte, für die Krankenhäuser unverschuldet negative Auswirkungen des MDK-Reformgesetzes werden weiterhin nicht korrigiert. Die bürokratischen Maßnahmen führen zu einem zusätzlichen Ressourcenverbrauch zu Lasten der Patientenversorgung bzw. der Versicherungsgemeinschaft.

Grundsätzlich wird seitens der DGfM das Ziel, den Verhandlungstau in den Budgetverhandlungen aufzulösen, begrüßt. Mit den nun vorgegebenen Maßnahmen wird das vom Gesetzgeber intendierte Ziel jedoch nicht erreicht. Der Gesetzgeber verkennt die Realitäten in der Verhandlungspraxis und legt einen objektiv und logistisch unmöglich zu erfüllenden Regelungsvorschlag vor, der zudem mit einseitigen Sanktionen zu Lasten der Krankenhäuser bewehrt ist. Deshalb werden die vorgeschlagenen Regelungen seitens der DGfM abgelehnt.

Grundsätzlich ist auch seitens der in den Kliniken tätigen Medizincontroller zu begrüßen, dass mit der Regelung einheitliche Datenportale für den Datenaustausch mit den Krankenkassen bezüglich der Unterlagen des Falls geregelt werden sollen. Zu empfehlen ist jedoch eine Klarstellung, dass auch Krankenkassen an ein einheitliches Vorgehen im Rahmen der Erörterung gebunden und die übersendeten Unterlagen des MD die ausschließliche Erörterungsgrundlage bilden.

**Aus Sicht der DGfM verfehlt der Referentenentwurf das Ziel einer Entbürokratisierung gänzlich.**

## Inhalt

Vorbemerkung.....	1
Zusammenfassende Bewertung .....	1
A) PPR 2.0 (§ 137I SGB V) .....	5
Übergangsinstrument neben PPUGV .....	5
Regelungsinhalt .....	5
Bewertung .....	5
Detailtiefe .....	6
Regelungsinhalt .....	6
Bewertung .....	6
Fazit.....	8
Sanktionsregelung.....	9
Fehlanreiz.....	9
Bewertung .....	9
B) Aufschlagszahlungen (§ 275c SGB V) .....	11
Anwendungszeitraum .....	11
Regelungsinhalt .....	11
Bewertung .....	11
Geltungszeitpunkt.....	11
Regelungsinhalt .....	11
Bewertung .....	11
Sanktionszahlungen als „Realakt“ der Krankenkassen.....	12
Regelungsinhalt .....	12
Bewertung .....	13
Fazit.....	13
Folgewirkung: Einseitige Begünstigung der Krankenkassen .....	14
Administrative Entlastung Krankenkassen.....	15
Regelungsinhalt .....	15
Bewertung .....	15
Fazit.....	15
§ 301 - Datenübermittlung .....	16
Regelungsinhalt .....	16
Bewertung .....	16
C) Pflegesatzverhandlungen (§ 11 KHEntG bzw. BPfIV) .....	17
Fristen- und Dokumentationsregelung .....	17
Vorlagepflichten der Krankenhäuser .....	17

Nachforderungsrechte der Krankenkassen .....	17
Bewertung .....	18
Visualisierung der Fristen für Budgetverhandlungen .....	18
Objektive Unmöglichkeit .....	18
Logistische Unmöglichkeit .....	20
Fehlanreize .....	20
Rechtlicher Hinweis .....	21
Offene Budgetverhandlungen .....	21
Bewertung .....	21
Sanktionsregelung .....	22
Bewertung .....	22
Fazit .....	22
D) Erörterungsverfahren (§ 17 KHG) .....	24
Regelungszweck .....	24
Präklusionswirkung zulasten Krankenhäuser .....	24
Erörterungsgrundlage .....	24
Bewertung .....	25
Regelung Datenaustausch GKV-MD .....	26
Bewertung .....	26
E) Erfüllungsaufwand MD .....	27
Aussage im Referentenentwurf .....	27
Bewertung .....	27
Fazit .....	28
F) Bürokratiekosten des Referentenentwurfs .....	30
Bewertung .....	31

## A) PPR 2.0 (§ 137i SGB V)

### Übergangsinstrument neben PPUGV

#### *Regelungsinhalt*

Das Bundesministerium für Gesundheit erlässt gemäß Satz 1 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates als **Übergangsinstrument** Vorgaben zur Ermittlung und Festlegung des Pflegepersonalbedarfs in der unmittelbaren Patientenversorgung von Erwachsenen (> 18 Jahren) und Kindern (< 18 Jahre) auf den bettenführenden, somatischen Stationen der zugelassenen Krankenhäuser.

#### *Bewertung*

Einzelheiten der PPR 2.0 werden einer Rechtsverordnung vorbehalten, die ohne Zustimmung des Bundesrates und ohne Einbeziehung der SV-Partner erlassen werden soll. Es ist nicht nachzuvollziehen, dass weder den Initiatoren (DKG, verdi und DPR) noch den Ländern ein Mitspracherecht bei der Ausgestaltung der PPR 2.0 zugestanden wird.

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, weil in der hiermit beabsichtigten Neufassung bzw. Änderung des § 17b KHG-RE vorgesehen ist, ab dem Jahr 2024 ausschließlich nur noch „qualifiziertes“, da examiniertes Pflegepersonal, welches in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen eingesetzt ist, im Pflegebudget zu berücksichtigen.

Die gesetzlichen Vorgaben zu 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.

In beiden Belangen bedarf es im Hinblick auf die dann zu erlassende Rechtsverordnung eines Korrektivs der Bundesländer, da diese die Versorgungssicherheit über eine sachgerechte Gesetzgebung zumindest mit sicherstellen müssen (Gesundheitsvorsorge als Auftrag der Daseinsvorsorge, Bedarfsplanung und Krankenhausplanung).

Das Pflegepersonalbemessungsinstrument PPR 2.0 als Übergangslösung wird nach dem Gesetzesentwurf in der Zielsetzung unbefristet aufgebaut und schafft so unnötige Parallelstrukturen zur weiterhin bestehenden PPUGV und Pflegequotienten. Das bindet zusätzlich Ressourcen, ist kostenintensiv und trägt nicht dazu bei, die Situation in der Pflege nachhaltig zu verbessern.

## Detailtiefe

### *Regelungsinhalt*

Nach den Konzepten ist die Soll-Personalbesetzung durch die Ermittlung des Pflegeaufwandes der Patientinnen und Patienten auf Grundlage der [Einstufung der Patientinnen und Patienten in Pflegekategorien](#) der allgemeinen und speziellen Pflege festzustellen.

Die [Zuordnung zu den Pflegekategorien ist täglich vom Pflegedienst](#) für jede/n stationär oder teilstationär behandelte Patientin oder Patienten vorzunehmen. Den Pflegekategorien sind Minutenwerte zugeordnet; zudem wird je Patientin oder Patient ein Grundwert pro Tag und ein einheitlicher Fallwert hinterlegt. Aus der Summe des für die jeweilige Pflegekategorie hinterlegten Zeitwertes sowie des Grund- und Fallwertes ergibt sich ein Zeitwert, der den individuellen Pflegepersonalbedarf für die Patientin oder den Patienten abbildet.

Der für alle Patientinnen und Patienten einer Station addierte Zeitwert stellt damit den Gesamtpflegepersonalbedarf der jeweiligen Station dar.

### *Bewertung*

Grundsätzlich ist es zu begrüßen, dass Pflegende in ihrem täglichen Arbeitsprozess zum einen dringend eine Entlastung in ihren Arbeitsprozessen erfahren sollen und zum anderen das Pflegepersonal vor dem Hintergrund der aktuellen Arbeitsdichte aufgestockt werden muss.

Ein Pflegepersonalbemessungsinstrument für pflegerische Leistungen wird also nur deshalb benötigt, um den Bedarf an Pflegepersonal gegenüber der Geschäftsführung des Krankenhauses, den Kassen sowie der Gesellschaft zu kommunizieren, damit entsprechende finanzielle Mittel bereitgestellt werden. Aktuell wird jede examinierte Pflegekraft am Bett voll finanziert. Das Pflegebudget unterliegt keiner „Wirtschaftlichkeitsprüfung“ und schafft den Anreiz, mehr Pflegekräfte einzustellen, sofern diese verfügbar sind.

Patienten werden täglich in vier Leistungsstufen der allgemeinen Pflege (zum Beispiel Körperpflege, Ernährung oder Mobilisation) sowie vier Leistungsstufen der speziellen Pflege (zum Beispiel Leistungen im Rahmen von operativen Maßnahmen oder Wundversorgung) eingestuft. Jeder Leistungsstufe sind bestimmte Minutenwerte zugeordnet. Darüber hinaus gibt es

für jeden Patienten einen täglichen Grundwert (für Leistungen ohne direkten Patientenbezug wie der Ablauforganisation) und einen einheitlichen Fallwert, der zum Beispiel Aufnahmen und Entlassungen berücksichtigt.

Die Ausgestaltung der PPR 2.0 löst dabei ein wesentliches Problem nicht: Pflegepersonen stufen täglich die Patienten in Pflegekategorien ein. Da jedoch keine einheitlichen und nachvollziehbaren Einstufungskriterien bestehen, also unbestimmte Rechtsbegriffe der Einstufung zu Grunde liegen, fallen je nach subjektivem Einschätzungsgrad die Pflegekategorien zu den gleichen Patienten unterschiedlich aus.

Die PPR 2.0 bietet weder Hilfe in der Dokumentation des Pflegeprozesses, noch bei der pflegerischen Entscheidungsfindung zur weiteren pflegerischen Versorgung von Patienten. Das führt in den Kliniken bei pflegerischen Leistungen innerhalb des Pflegeprozesses zur Doppeldokumentation. Die tägliche Einstufung der Patientinnen und Patienten nach der PPR 2.0 stellt einen zusätzlichen Aufwand dar.

Die Zeitwerte der ursprünglichen PPR basieren nicht auf empirischen Daten. Sie sind anhand der Berufserfahrung der erstellenden Expertengruppe festgelegt worden. Es liegen mithin keine Daten zur Validität und Reliabilität der PPR 2.0 vor.

Auf die Grundsätze der PPR wurde in der Kalkulation der Fallpauschalen vor der Ausgliederung des Pflegebudgets zurückgegriffen. Nach dem Kalkulationshandbuch des InEK wurden im Fall des Pflegedienstes die Gesamt-Personalkosten einer Station durch eine Minutenzahl dividiert, die sich aus der Addition von Werten einer aus den 1990er Jahren stammenden Pflege-Personalregelung (PPR) ergeben hat. Die Patienten wurden jeden Tag auf Grundlage der PPR einer von neun unterschiedlichen Pflegestufen zugewiesen, die mit bestimmten Minutenwerten hinterlegt sind. Die Addition der dokumentierten Minutenwerte ergab eine Summe von PPR-Minuten je Fall und die Addition der PPR-Minuten aller Fälle die Gesamtsumme aller PPR-Minuten einer Station. Die Division der Gesamtpersonalkosten der Station durch die Summe der PPR-Minuten errechneten einen Geldbetrag je PPR-Minute, der mit der durchschnittlichen Zahl der PPR-Minuten je DRG multipliziert wird und so die Personalkosten des Pflegedienstes der Normalstationen je DRG ergibt. Auf dieser Grundlage wurde der Anteil der Pflegepersonalkosten der Normalstationen an den Bewertungsrelationen errechnet.

Hinreichend bekannt war die Kritik an der Verwendung der PPR in der Kalkulation: Der so ermittelte Wert in der Bewertungsrelation zeigte keinen Zusammenhang zum tatsächlichen Arbeitszeitaufwand und den tatsächlichen bundesweiten durchschnittlichen Personalkosten des Pflegedienstes. Bei den erfassten PPR-Minuten handelte es sich nicht um die tatsächlich an dem betreffenden Patienten erbrachte Arbeitszeit, sondern um theoretische Normwerte, die einem EDV-Programm hinterlegt sind, das für die Zuordnung der Patienten verwendet wird.

Diese Normwerte stammen aus arbeitszeitanalytischen Erhebungen, die Anfang der 1990er Jahre für die Entwicklung der PPR durchgeführt wurden. Sie sind somit vollkommen veraltet.

Selbst die Weiterentwicklung der PPR 2.0 unter Einbeziehung neuerer pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse ändert die kalkulatorische Systematik und Aussagekraft nicht. Der ermittelte Wert in der Bewertungsrelation zeigt weiterhin keinen Zusammenhang zum tatsächlichen Arbeitszeitaufwand und den tatsächlichen bundesweiten durchschnittlichen Personalkosten des Pflegedienstes. Bei den erfassten PPR-Minuten handelt es sich nicht um die tatsächlich an dem betreffenden Patienten erbrachte Arbeitszeit, sondern weiterhin um **theoretische Normwerte**, die einem EDV-Programm hinterlegt sind, das für die Zuordnung der Patienten verwendet wird.

Aus den praktischen Erfahrungen im Medizincontrolling ist festzustellen, dass die der PPR zu Grunde liegende Kalkulationssystematik mit Normwerten die Gefahr bietet, zum verbesserten Effizienzcontrolling in der Leistungsbemessung von Pflegekräften genutzt zu werden und so eine weitere Leistungsverdichtung herbeiführen. Mit den kalkulierten Normwerten kann ein Benchmarksystem geschaffen werden, welches für Leistungsvergleiche von Kliniken und dementsprechend in den Budgetverhandlungen der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Arbeit von Pflegekräften zugänglich ist. In der vorgeschlagenen Form im bestehenden Regelungskontext und unter Einbeziehung der Sanktionierung wird lediglich ein weiteres bürokratisches Instrument zur Wirtschaftlichkeitskontrolle geschaffen, welches zudem geeignet, ist als Strukturreinigungsinstrument zu dienen.

### *Fazit*

Die der PPR zu Grunde liegende und weiterhin vorgeschlagene Kalkulationssystematik gleicht dem eines vor der Ausgliederung des Pflegebudgets zur Reduktion der Pflegekosten in den Kliniken genutzten wirtschaftlichen Controllinginstruments. Die Kalkulationssystematik ist nicht geeignet, die tatsächliche Pflegeintensität abzubilden. Die Abbildung der Pflegebelastung erfolgt anhand von kalkulierten Normwerten. Zudem bietet die PPR 2.0 aufgrund der Subjektivität der Einstufungskriterien und der manuellen Eingabe eine Anfälligkeit zur Fehleinstufung, welche je nach Partikularinteresse im Sinne einer Fehlallokation ausgelegt werden kann (und wird).

Im Ergebnis wird mit der Einführung der PPR 2.0 lediglich zusätzlicher Bürokratieaufwand erzeugt. Das Instrument ist fehleranfällig, beseitigt die Ursachen des Fachkräftemangels nicht und verbessert nur scheinbar die Situation der Pflegenden unter Ausweisung einer kalkulatorischen Normwertbelastung.



## Sanktionsregelung

Nach Nummer 6 sind in der Rechtsverordnung Maßnahmen und Sanktionen zu bestimmen, die im Falle der Nichterfüllung von sich aus der Rechtsverordnung ergebenden Verpflichtungen – wie zum Beispiel für den Fall, dass ein Krankenhaus die Ist- oder Soll-Personalbesetzung nicht erhebt oder nicht übermittelt – zu ergreifen sind.

Zudem können nach Nummer 3 in der Rechtsverordnung Maßnahmen oder Sanktionen für den Fall festgelegt werden, dass der Erfüllungsgrad nach Nummer 1 nicht erreicht wird oder der Nachweis über die Einhaltung des Erfüllungsgrades nach Nummer 2 unterblieben ist. Dazu können in einem gestuften Verfahren Maßnahmen bestimmt werden, die im Verhältnis zum Ausmaß der Nichterfüllung unterschiedliche Folgen – von der Erstellung eines Maßnahmenkataloges zum Personalaufbau bis hin zur Verringerung der Fallzahlen – vorsehen.

## Fehlanreiz

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, weil in der hiermit beabsichtigten Neufassung bzw. Änderung des § 17b KHG-RE vorgesehen ist, ab dem Jahr 2024 ausschließlich nur noch „qualifiziertes“, da examiniertes Pflegepersonal, welches in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen eingesetzt ist, im Pflegebudget zu berücksichtigen.

Die Sanktionsregelung in Verbindung mit den beabsichtigten Neuregelungen des § 17b KHG-RE führt zum Fehlanreiz einer Patientenselektion und birgt die Gefahr einer Unterversorgung pflegeintensiver Erkrankungen. Aus Wirtschaftlichkeitserwägungen und zur Vermeidung von Sanktionierungen werden die Krankenhäuser geradezu gezwungen, Betten zu sperren und hochaufwändige Patienten abzuweisen.

## Bewertung

Die gewählte Zweck-Mittel-Relation der Sanktionierung ist fragwürdig, da die durch die Sanktionierung der GKV zugeführten Mittel nicht zur Behebung des Fachkräftemangels dienen. Zugleich würde bei einem Fortbestand der Regelungen der PPUGV auf den gleichen zu Grunde liegenden Sachverhalt (Fachkräftemangel in der Pflege) eine doppelte Sanktionierung erfolgen.

Insgesamt löst die PPR 2.0 das Problem des Personalmangels nicht und bietet lediglich den Anreiz, als weiteres Instrument einer Misstrauensbürokratie genutzt zu werden.

Zur Vermeidung eines weiteren Bürokratieaufbaus ist vielmehr die Nutzung von Routinedaten im Krankenhaus zu forcieren, um automatisierte Auswertungen zu ermöglichen.

Die Parallelität nicht nur des Dokumentationsaufwands (Meldepflichten der Krankenhäuser nach § 5 Abs. 2 PpUGV und ggf. gemäß noch zu erlassender Rechtsverordnung nach § 137i Abs. 1 S. 2 Nr. 4, Abs. 2 Nr. 2 SGB V-RE), sondern auch der Sanktionierung (§ 137i Abs. 1 S. 10, Abs. 5 SGB V und ggf. § 137i Abs. 1 S. 2 Nr. 6, Abs. 2 Nr. 3 SGB V-RE) ist aufzuheben. Die Parallelität wird zu einer erneuten Erhöhung des administrativen Aufwands auf Seiten der Krankenhäuser führen und zudem absehbar zu einer weiteren Verschärfung der Liquiditätssituation.

Die gesetzlichen Vorgaben zu 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.

## B) Aufschlagszahlungen (§ 275c SGB V)

### Anwendungszeitraum

#### *Regelungsinhalt*

Der Zeitpunkt, ab dem Krankenkassen zu weiteren, über die jeweilige quartalsbezogene Prüfquote nach § 275c Absatz 2 Satz 2 in Verbindung mit Satz 6 hinausgehenden, Prüfungen von Schlussrechnungen eines Krankenhauses berechtigt sind, wurde in der Vergangenheit wiederholt in Frage gestellt. Die Prüfquote beträgt nach dem Wortlaut des § 275c Absatz 2 Satz 1 in 2020 maximal fünf Prozent sowie in 2021 höchstens 12,5 Prozent. Daraus folgt, dass diese Vorschrift für die Ermittlung der Prüfquoten insbesondere gerade nicht auf den Anteil unbeanstandeter Abrechnungen abstellt – auf diese nehmen erst die Folgesätze 2 ff. Bezug. Demzufolge kann die Ausnahmeregelung nach Satz 6, die ausdrücklich an den Anteil unbeanstandeter Abrechnungen anknüpft, erst auf Prüfungen ab dem Jahr 2022 anwendbar sein.

Mit der Regelung erfolgt insofern eine Klarstellung zur bereits bislang geltenden Rechtslage, um die Intention des Gesetzgebers hinsichtlich der zeitlichen Anwendbarkeit der Ausnahmeregelung zu verdeutlichen.

#### *Bewertung*

Eine Klarstellung ist grundsätzlich zu begrüßen, allerdings lässt die gewählte Formulierung weiterhin Interpretationsspielraum.

### Geltungszeitpunkt

#### *Regelungsinhalt*

Eine Prüfung von Krankenhausabrechnungen über die quartalsbezogene Prüfquote hinaus ist **daher erstmals im ersten Quartal 2022** möglich, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unter 20 Prozent liegt oder wenn aufgrund der Abrechnungen des Krankenhauses der begründete Verdacht systematisch überhöhter Abrechnungen besteht.

#### *Bewertung*

Die Prüfquote beträgt nach dem Wortlaut des § 275c in 2021 höchstens 12,5 Prozent. Ab dem ersten Quartal 2022 wird die Prüfquote nun für jedes Haus individuell festgelegt. Grundlage für die Berechnung der Höhe der hausindividuellen Prüfquote ist der Anteil der positiven MD-Gutachten (MD-Fallprüfung ohne Minderung des Rechnungsbetrages) des **vorvergangenen Quartals** in Bezug auf alle abgeschlossenen Prüffälle.

Ab dem Jahr 2022 werden die hausindividuellen Prüfquoten eines Quartals abhängig davon bestimmt, wie hoch der Anteil der Positivquote in Bezug auf die durchgeführten Rechnungsprüfungen des vorvergangenen Quartals ausfällt. Dabei werden die Prüffälle des MD, die unbeanstandet verbleiben (das bedeutet: das Gutachten führt zu keiner Rechnungsminderung), in Bezug zu allen vom MD im gleichen Quartal erstellten Gutachten gesetzt.

Zudem hängt auch die Höhe der Aufschlagszahlungen von der Höhe der Positivquote des vorvergangenen Quartals ab:

### **Aufschlagszahlungen**

- zusätzlich zur Rückzahlung der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Rechnungsbetrag.
- bei einem positiven Prüfergebnis: 40 bis 60% (25% Aufschlag)
- bei einem positiven Prüfergebnis <40% oder beim Verdacht auf systematisch überhöhte Abrechnung (50% Aufschlag)
- mindestens 300 Euro

### **Sanktionszahlungen als „Realakt“ der Krankenkassen**

#### *Regelungsinhalt*

Bislang ist vorgesehen, dass die Krankenkassen die Aufschläge, die Krankenhäuser nach Absatz 3 Satz 1 bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 60 Prozent neben der Rückzahlung der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag auf diese Differenz an die Krankenkassen zu zahlen haben, jeweils im Wege des Verwaltungsakts gegenüber dem Krankenhaus geltend machen.

Absatz 5 Satz 1, der insoweit die Geltendmachung der Aufschläge im Wege des Verwaltungsakts voraussetzt, sieht mit dem Ziel, die flächendeckende Anwendung des gestuften Prüfquotensystems nicht durch die Erhebung von Klagen im Einzelfall auszuhebeln, vor, dass Widerspruch und Klage gegen die Geltendmachung des Aufschlags nach Absatz 3 keine aufschiebende Wirkung haben.

Die Geltendmachung der Aufschläge im Wege des Verwaltungsakts sowie die Bearbeitung etwaiger, durch die Krankenhäuser einzulegender, **Widersprüche** erfordert **für die Krankenkassen** jedoch weitreichenden **administrativen Aufwand**.

## *Bewertung*

Die vorgeschlagene Regelung löst den zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bestehende Ungleichbehandlung bezüglich der Anrechnung von erfolgreichen Widersprüchen und Klageverfahren der Krankenhäuser nicht auf:

Bei der Berechnung der Prüfquote, die sich aus dem Verhältnis der unbeanstandeten Fälle im Verhältnis zu allen Prüffällen eines Quartals errechnet, wird immer nur das erste MD-Gutachten zu einem Prüffall zur Beurteilung herangezogen.

Dies ist umso erstaunlicher, als die Kliniken ab 2022 keine Möglichkeit der Rechnungskorrektur mehr haben. Dann kommt also der MD, prüft und das erste Gutachten ist relevant für die festzulegende Prüfquote und die damit korrespondierenden Aufschlagszahlungen. Erfolgreich durchgeführte Widersprüche der Kliniken mit einer Wandlung eines beanstandeten zu einem nicht beanstandeten Gutachten sollen irrelevant sein. Gerade an der Schwelle zu einem Wert kleiner als 60 Prozent bzw. weniger als 40 Prozent unbeanstandeter Prüffälle wirkt sich dies sprunghaft auf die Prüfquoten und die Höhe der Aufschlagszahlungen des jeweiligen Klinikums aus.

Diese Regelung, dass Widersprüche, denen nachträglich durch substantiierte Einwendungen der Kliniken abgeholfen wird, weder bei der Berechnung der Prüfquoten und noch bei der Höhe der Aufschlagszahlung Niederschlag finden sollen, ist inhaltlich nicht zu rechtfertigen. Ebenso wenig werden erfolgreiche Klagen gegen rechtsgrundlos vorgenommene Kürzungen bei den vorgenannten Quoten berücksichtigt.

Es wird nicht dem praxisrelevanten Umstand Rechnung getragen, dass die Erfahrung der Vergangenheit zeigt, dass zahlreiche negative Erstgutachten nach substantiiertem Widerspruch fallen und dem Krankenhaus in Form eines positiven Widerspruchsgutachten durch den MD Recht gegeben wird. Es wird auch nicht berücksichtigt, dass dementsprechend die Höhe der Aufschlagszahlung rückwirkend bei der Veränderung der Positivquote anzupassen gewesen wäre.

## *Fazit*

In der Folge tragen weiterhin ausschließlich die Krankenhäuser die negativen Auswirkungen eines wettbewerbsrelevanten und steuerungsanfälligen Fehlanreizes. Eine Korrektur durch den Gesetzgeber findet weiterhin nicht statt. Die zusätzlichen Erfordernisse im Rahmen des MDK-Reformgesetzes weisen regelhaft auf eine weitere Ressourcenbindung und Aufrüstung sowohl der Krankenhaus- als auch der Krankenkassenseite hin. Die vorgeschlagene Regelung schafft keine Entlastung.

### *Folgewirkung: Einseitige Begünstigung der Krankenkassen*

Bereits in der Intonation des Regelungszwecks, den Krankenkassen den administrativen Aufwand eines Widerspruchsverfahrens bezüglich der Aufschlagszahlungen zu ersparen, zeigt die Eindimensionalität des Gesetzesentwurfs. Durch eine Verkürzung des Rechtsschutzes im Verwaltungsverfahren durch die juristische Uminterpretation eines belastenden Verwaltungsaktes in einen Realakt zulasten der Krankenhäuser wird die Rechtsweggarantie im Sinne des Art 19 Abs. 4 GG verletzt.

Art. 19 Abs. 4 S. 1 GG eröffnet jedem, der durch die öffentliche Gewalt in seinen Rechten verletzt ist, den Rechtsweg. Für das Rechtsstaatsprinzip ist diese Bestimmung von grundlegender Bedeutung, leistet sie doch Gewähr dafür, dass materiell-rechtlich begründete subjektive Rechte gegen die öffentliche Gewalt überhaupt erst durchsetzbar werden (sog. wehrfähige Rechte). Ohne die Rechtsweggarantie existierten die materiell-rechtlich begründeten subjektiven Rechte gegen die öffentliche Gewalt nur auf dem Papier, wären also ein stumpfes Schwert gegen die öffentliche Gewalt. Besondere Bedeutung hat die Rechtsweggarantie daher im Zusammenhang mit der Auslegung und der Anwendung des Prozessrechts (z.B. ZPO, StPO, VwGO, ArbGG, GVG etc.). Diese Bestimmungen sind so auszulegen und anzuwenden, dass die materiell-rechtlich gewährten subjektiven Rechte in den gerichtlichen Verfahren tatsächlich zur Geltung kommen.

Das Widerspruchsverfahren ist kein gerichtliches Verfahren, sondern ein besonderes Verwaltungsverfahren, das sich an den Erlass eines Verwaltungsaktes anschließt. Die Aufschlagszahlung ist unteilbar mit der Leistungsentscheidung der Krankenkasse (Verwaltungsakt) verbunden.

Wer durch den Erlass eines belastenden oder die Ablehnung eines beantragten begünstigenden Verwaltungsaktes in seinen Rechten verletzt wird, kann hiergegen Anfechtungs- oder Verpflichtungsklage erheben. Voraussetzung für eine Klage ist die Durchführung eines Widerspruchs- bzw. Vorverfahrens, § 78 Abs. 1 und 3 SGG. Die erfolglose Durchführung des Widerspruchsverfahrens ist Voraussetzung für den anschließenden Weg zum Sozialgericht. Es handelt sich somit um eine unverzichtbare Sachurteilsvoraussetzung.

Die Streitigkeiten dürften in diesem neuen System der Abrechnungsprüfung eher noch zunehmen. Der zweite Punkt der effizienteren Abrechnung der Krankenhausleistungen wird so, da die Kassen durch die Art und Auswahl der zu prüfenden Leistungen es in der Hand haben, wie hoch die Positivquote der MD-Gutachten ist, ebenfalls nicht erreicht. Dass mit dem vorliegenden System der Steuerung der Abrechnungsprüfung der erhebliche Verwaltungsaufwand für beide Parteien eher gesteigert als abgebaut wird, kann hingegen als gesichert gelten.

## Administrative Entlastung Krankenkassen

### Regelungsinhalt

Mit dem Ziel, die Krankenkassen im Hinblick auf die ab dem Jahr 2022 wirkenden Aufschläge administrativ zu entlasten, wird die Geltendmachung der Aufschläge nicht länger als Verwaltungsakt ausgestaltet. Verbunden mit der Streichung der Regelung in Absatz 5 Satz 1, dass Widerspruch und Klage gegen die Geltendmachung der Aufschläge nach Absatz 3 keine aufschiebende Wirkung haben, ist die Klarstellung, dass Krankenkassen **Aufschläge künftig als Realakte** im Gleichordnungsverhältnis gegenüber den Krankenhäusern geltend machen.

In diesem Rahmen haben Krankenhäuser künftig anstelle des Widerspruchs gegen die Geltendmachung der Aufschläge die Möglichkeit, **bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit** der geltend gemachten Aufschläge **diese mit den Krankenkassen auszuräumen**.

### Bewertung

Das „Ausräumen“ von Zweifeln setzt ein geordnetes Verfahren, nämlich das Widerspruchsverfahren voraus. Das „Ausräumen“ von Realakten ist kein Rechtsbehelf im Sinne des VwVfG. Der Rechtsschutz gegen Realakte ist durch die allgemeine Leistungsklage oder die Feststellungsklage (§ 43 VwGO) vor den Verwaltungsgerichten zu erlangen. Wenn sowohl Realakt wie auch Verwaltungsakt vorliegen, sind das Vorverfahren sowie Fristen zu beachten.

Die Trennung der Aufschlagszahlung und Umgehung des Widerspruchsverfahrens durch „Umdefinition“ in einen Realakt wird somit zur Notwendigkeit der sofortigen Klageerhebung durch die Krankenhäuser und damit zu einer Verlagerung der Auseinandersetzung vor die ohnehin schon überlasteten Gerichte führen.

Es ist absehbar, dass seitens der Gerichte einer derartigen Veränderung des Verwaltungsverfahrens zur Senkung des administrativen Aufwandes von Krankenkassen im Widerspruchsverfahren Einhalt geboten wird.

### Fazit

Durch die „Deklaration“ der Aufwandszahlungen in Realakte erfolgt keine Senkung des administrativen Aufwands. Die Regelung führt im Gegenteil dazu, dass der Kreis der Beteiligten durch die sofortige Klageerhebung unter Einbeziehung der Gerichte erweitert wird, die administrative Belastung und die Kosten für alle Beteiligten steigen.

## § 301 - Datenübermittlung

### *Regelungsinhalt*

Die Aufschläge sollen künftig im Wege der elektronischen Datenübertragung geltend gemacht werden. Insofern kann für die Geltendmachung der Aufschläge das für die Krankenhausbehandlung bestehende und zwischen Krankenkasse und Krankenhaus etablierte elektronische Verfahren nach § 301 SGB V genutzt werden. [Dies trägt zur Verwaltungsvereinfachung für die Krankenkassen und die Krankenhäuser bei.](#)

### *Bewertung*

Aufschläge werden seitens der Krankenkassen gegenüber den Krankenhäusern geltend gemacht. Die Digitalisierung der Geltendmachung dient überwiegend den Interessen der Krankenkassen. Krankenhäuser besitzen kein Recht zur Geltendmachung von Aufschlagszahlungen, daher kann bereits denknotwendig keine Verfahrensvereinfachung für die Krankenhäuser gegeben sein. Weder der Prozess der Bearbeitung der Aufschlagsforderungen, noch deren Zurückweisung, noch deren Bearbeitung im Klageverfahren (siehe Realakt) wird vereinfacht.

Bei der Geltendmachung von Aufschlägen im Rahmen der 301-Kommunikation fehlt es an einer nachvollziehbaren Zuordnung und Begründung des Aufschlags. Es wird den Kliniken dadurch erheblich erschwert, die Korrektheit der Forderung oder Absetzung an anderen unstrittigen Rechnungen nachzuvollziehen und den Rechtsweg zu beschreiten.

Offen bleibt weiterhin in der Praxis, wie die Aufschlagshöhe nach einem erfolgreichen Erörterungsverfahren mit der Kasse berechnet wird. Weder ist geklärt, ob dieser Aufschlag entfällt oder bzw. dem Ergebnis der Erörterung angepasst wird, sofern die Abweichung zum MD-Gutachten vorliegt.



## C) Pflegesatzverhandlungen (§ 11 KHEntG bzw. BPfIV)

### *Fristen- und Dokumentationsregelung*

Den Vertragsparteien auf Bundesebene wird aufgegeben, für die neuen Fristen zur Unterlagenvorlage und Auskunftserteilung nach § 11 Absatz 4 das Nähere zur Dokumentation des Eingangs von Unterlagen und Auskünften zu vereinbaren. Dies ist erforderlich, um nachhalten zu können, inwieweit die Krankenhausträger ihrer Pflicht zur fristgerechten Unterlagenübermittlung und Auskunftserteilung nachkommen. Für den Fall, dass die Krankenhausträger diesen Pflichten nicht nachkommen, haben die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 KHG einen Abschlag in Höhe von 1 Prozent auf die Krankenhausabrechnungen für voll- und teilstationäre Fälle zu vereinbaren.

Auch darüber hinaus gehende regelungsbedürftige Sachverhalte können neben den schon bestehenden Vereinbarungen zum einheitlichen Aufbau der Datensätze und zum Verfahren der Datenübermittlung vereinbart werden. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben für die erstmalige Vereinbarung der Einzelheiten für die neuen Vereinbarungstatbestände nach Inkrafttreten des Gesetzes vier Wochen Zeit.

### *Vorlagepflichten der Krankenhäuser*

Der Krankenhausträger hat weiterhin zur Vorbereitung der Verhandlung die in Absatz 4 Satz 1 genannten Unterlagen vorzulegen. Es wird vorgegeben, dass diese Unterlagen spätestens **bis zum 30. November des Jahres**, das dem Jahr vorausgeht, für das die Vereinbarung gelten soll, vorgelegt werden müssen (Satz 1). Auf den Hinweis, dass der Nachweis nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 erstmals für das Jahr 2018 vorgelegt werden muss, wird zur Rechtsbereinigung für die Zukunft verzichtet.

### *Nachforderungsrechte der Krankenkassen*

Wie auch bisher können die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 KHG gemeinsam die Vorlage von zusätzlichen Unterlagen oder die Erteilung von Auskünften vom Krankenhausträger verlangen. Mit der Ergänzung von Satz 3 wird vorgegeben, dass dies nur **einmalig innerhalb von sechs Wochen nach Vorlage der Unterlagen** nach Satz 1 erfolgen kann.

Wenn weitere Unterlagen oder Auskünfte durch die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 KHG angefordert werden, hat der Krankenhausträger **nach Eingang des Verlangens sechs Wochen Zeit**, diese vorzulegen (Satz 4). Mit der Vorgabe von Fristen wird

sichergestellt, dass im weiteren Verfahren **keine weiteren Unterlagen oder Auskünfte mehr angefordert oder vorgelegt bzw. erteilt** werden dürfen.

### *Bewertung*

#### Visualisierung der Fristen für Budgetverhandlungen

<b>Frist</b>	<b>Budget 2023</b>
30.11.2022	Vorlage Forderung durch Krankenhaus
bis 11.01.2023	Gemeinsames und einmaliges Verlangen der Krankenkassen von Unterlagen und Auskünften vom KH
bis 22.02.2023	6 Wochen auf gemeinsames und einmaliges Verlangen der Krankenkassen sind Unterlagen und Auskünfte vom KH vorzulegen
30.04.2023	Schiedsstelle setzt ohne Antrag innerhalb von 6 Wochen fest  Sanktion sofern das KH seinen Pflichten zur Unterlagenvorlage und/oder zusätzlichen Angaben Lieferungen nicht nachkommt: Abschlag in Höhe von 1% auf den Rechnungsbetrag für jeden voll- und teilstationären Fall für den Zeitraum 01.04.2023 bis 1 Monat nach Vereinbarung bzw. Festsetzung  Präklusion weiterer Unterlagen der Krankenhäuser

### **Objektive Unmöglichkeit**

Der Referentenentwurf beschreibt ein in der Praxis objektiv juristisch unmöglich erfüllbares Vorgehen, welches ausschließlich zu Lasten der Krankenhäuser wirkt:

Die Erstellung der Budgetunterlagen setzt die Bekanntgabe der Kalkulation der Fallpauschalen durch das InEK und Bekanntgabe der Veränderungen durch die Einigung der Selbstverwaltungspartner, ggf. die Ersatzvornahme durch das BMG voraus. Nach der Bekanntgabe werden die Softwarelösungen für Krankenhäuser, aber auch Krankenkassen programmiert. Durch spezialisierte Softwarefirmen werden im Dezember die neuen zertifizierten Grouper mit den entsprechenden Veränderungen zur Verfügung gestellt. Ohne das Grouping mit der hinterlegten Migrationstabelle kann keine Budgetforderung für das Folgejahr aufgestellt werden.

Der Fallpauschalen-Katalog (FPK) des G-DRG Systems wird von den Vertragspartnern auf Bundesebene verfasst und jährlich, zusammen mit den G-DRG Definitionshandbüchern, durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) veröffentlicht. Die für die drei Budgetversionen jeweils erforderliche Grouper-Software wird nach den Vorgaben des InEK von den entsprechenden Firmen erstellt und durch das InEK zertifiziert.

Um der Forderung des Referentenentwurfs gerecht werden zu können, müsste der Prozess der Erarbeitung und Verhandlungen der Fallpauschalen als auch der Zertifizierung der Grouper derart gestaltet werden, dass die Erstellung der Budgetforderung für das kommende Jahr mindestens zum 1. November als spätesten Erstellungszeitpunkt zur Verfügung steht.

Viele Daten liegen zum Zeitpunkt der Abgabepflicht zudem noch gar nicht vor, zum Beispiel das Gesamtjahres-IST des Vorjahreszeitraums. Außerdem sind nach der Rechtsprechung auch unterjährige IST-Daten des Vereinbarungszeitraums zu berücksichtigen.

Für die Verhandlungen 2023 ist auf die beabsichtigte Erweiterung des AOP-Kataloges zu verweisen. Welche Auswirkungen der neue AOP-Katalog mit Bezug auf die Budgetplanung 2023 entfaltet, ist mangels Bekanntgabe des AOP-Kataloges vor dem 30.11.2022 nicht absehbar. Damit können weder Ambulantisierungseffekte quantifiziert werden, noch sachgerecht in der Budgetsystematik umgesetzt werden.

Unter diesen Bedingungen ist die Erstellung einer Budgetforderung für das Jahr 2023 zum im Referentenentwurf benannten Termin in der Praxis bereits objektiv unmöglich, da die erforderlichen Rahmenbedingungen nicht vorliegen.

**Zum 30.11.2022 können die Kliniken lediglich objektiv fehlerhafte Budgetunterlagen erstellen.**

In der Praxis ist auch der 11. Januar als Nachbesserungszeitpunkt durch die Kliniken nicht erfüllbar. In der Vergangenheit wurden die Veränderungen der Fallpauschalenkataloge erst Mitte Dezember zur Verfügung gestellt und in den Krankenhausinformationssystemen eingespielt. Zu diesem Zeitpunkt sollen von den Krankenkassen aber bereits Unterlagen nachgefordert werden können, die sich inhaltlich auf den Zeitraum des Folgejahres beziehen.

Abgesehen davon, dass den Krankenhäusern nun über die Weihnachtsfeiertage und den Jahreswechsel neben den aufwändigen Jahresabschlussarbeiten zusätzlich Budgeterstellungsaufgaben auferlegt werden sollen, verdeutlicht die Visualisierung der Zeitschiene die mangelnde Wertschätzung der Krankenhäuser. Da an den Leistungsplanungen in den Krankenhäusern

auch die Berufsgruppen der Ärzte und Pflegekräfte beteiligt werden müssen, um eine sachgerechte Planung vornehmen zu können, bedeutet dies, dass diesen Leistungsträgern die mögliche Erholungszeit nicht gewährt werden kann.

Liegen nun die neuen Katalogdaten vor, liegt es auf der Hand, dass sich die Krankenkassen auf eine fehlerhafte Budgetplanung zurückziehen und umfangreiche Nachforderungen aufstellen können. Die vorgeschlagene Zeitschiene verkürzt die Rechte der Krankenhäuser unzulässig. Die Krankenhäuser sind nur dann in der Lage, korrekte Formulare einzureichen, wenn die notwendigen für das Folgejahr geltenden Kataloge zur Kalkulation für die Budgeterstellung rechtzeitig vor dem 30.11. zur Verfügung gestellt werden.

### Logistische Unmöglichkeit

Der vorgelegte Zeitplan ist logistisch für die Verhandlungsparteien nicht umsetzbar. Die Erstellung der Forderungsunterlagen ist aufgrund der zahlreichen Regelungen, insbesondere durch das Pflegebudget, extrem zeitaufwändig und bedarf höchster Konzentration. Weder sind derart viele Verhandler auf Seiten der Krankenkassen, noch auf Seiten von Klinikverbänden verfügbar. Wenn objektiv über 1.700 Krankenhäuser individuell mit den Verhandlungsteams der Krankenkassen zeitgleich verhandeln sollen und mehrere Tage Verhandlungsdauer vor Ort mit den Verhandlern einzuplanen sind sowie die adäquate Vorbereitungszeit zur Unterlagenprüfung berücksichtigt werden muss, dazu eine zeitliche Begrenzung der eigentlichen Verhandlungsdauer auf maximal 3 Monate entsteht, kann diese Logistik ohne massiven Personalaufbau auf allen Seiten nicht funktionieren. Angesichts des hohen Spezialisierungsgrades bei Budgetverhandlern in einer komplexen Rechtsmaterie ist dies bereits bei nur oberflächlicher Betrachtung logistisch unmöglich.

### Fehlanreize

Die geplanten Regelungen zur Vorlage von Unterlagen benachteiligen einseitig das Krankenhaus. So werden die Sozialleistungsträger umfangreiche und allgemein gehaltene Fragelisten übermitteln. Wird hierauf nicht fristgerecht oder ausreichend geantwortet, beispielsweise mangels objektiver Unmöglichkeit (s.o.) wäre das Krankenhaus für ein Schiedsstellenverfahren verschuldensunabhängig präkludiert. Diese Präklusion bietet Fehlanreize für die Kostenträger, da hier keine Sanktionierung bei Überdehnung der Unterlagenanforderungen vorgesehen ist.

## Rechtlicher Hinweis

Insofern soll nur der Vollständigkeit halber darauf verwiesen werden, dass hier die Krankenhäuser aufgrund des unzulässigen Eingriffs in die Grundrechte aus Art. 12 und 14 GG Klage erheben müssen, da das BMG sogar als unmittelbar beteiligtes Ministerium Kenntnis von den gesetzlichen Rahmenbedingungen der Systematik der Erstellung der Fallpauschalenkataloge besitzt.

Es wäre darüber hinaus noch zu prüfen, ob die Präklusion der Krankenhausvorlagen basierend auf objektiver Unmöglichkeit der Umsetzbarkeit des Referentenentwurfs mit der Garantie effektiven Rechtsschutzes aus Art. 19 Abs. 4 GG überhaupt zu vereinbaren ist.

## Offene Budgetverhandlungen

Sofern die Vertragsparteien vor Ort für die Vereinbarungszeiträume bis einschließlich des Vereinbarungszeitraums 2023 noch ausstehende Vereinbarungen haben, finden die mit dem neuen Absatz 6 vorgegebenen Sonderregelungen Anwendung. Die Vertragsparteien vor Ort haben für alle zum Tag des Inkrafttretens des Gesetzes noch ausstehenden Vereinbarungszeiträume die Unterlagen nach Absatz 4 Satz 1 sechs Wochen nach Inkrafttreten des Gesetzes vorzulegen (Satz 1).

## Bewertung

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass der Verhandlungsstau der letzten Jahre – neben den Auswirkungen durch die Coronapandemie – ganz wesentlich auf die sich ständig ändernden gesetzlichen Vorgaben zurückzuführen ist, die die Verhandlungen für beide Seiten massiv erschweren. Zu verweisen ist hier insbesondere auf die Entwicklung der Vorschriften zum Pflegebudget, Testatsvorgaben und Berichtspflichten. In der Vergangenheit standen die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Budgetverhandlung oftmals erst zum Ende des Vorjahreszeitraums fest und wurden auch danach noch regelhaft verändert. Ein solches Vorgehen von Seiten des Gesetzgebers passt in keiner Weise mit den o.g. Fristen (Zeitschiene) überein; es konterkariert die gut gemeinten Beschleunigungsversuche und verkehrt sie ihr Gegenteil.

Der Referentenentwurf geht davon aus, dass die Schiedsstelle mit Inkrafttreten der Regelungen häufiger tätig werden muss, ohne dies aber genauer zu quantifizieren. Es ist absehbar, dass die Schiedsstellen mit der Vielzahl der zu erwartenden Verfahren hoffnungslos überfordert sein werden, da es weder personell, noch logistisch möglich ist, die zu erwartenden Verfahren abzuarbeiten. 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. Schon heute ziehen sich die bislang wenigen Schiedsstellenverfahren aus vielen Gründen in die Länge, u.a. wegen so banalen Themen wie Raumfindung und Terminabstimmung. Die Vorsitzenden der Schiedsstellen, die zudem oftmals auch in mehreren Bundesländern tätig sind, verfügen über keinen eigenen Apparat von Mitarbeitern. Ein Verfahrensstau wird die Folge sein, denn die Einhaltung der 6- bzw. 12-Wochenfrist ist nach der Rechtsprechung nur eine Ordnungsvorschrift, die bereits heute nicht umsetzbar ist, und auch die Terminabstimmung zwischen unterschiedlichen Schiedsstellen wird zu weiteren zeitlichen Verzögerungen führen müssen.

Die Budgets der einzelnen Jahre bauen in der Regel aufeinander auf. Bei mehreren offenen Budgetjahren, für die nach dem Referentenentwurf die Forderungsunterlagen gleichzeitig zu liefern wären, könnte dieser logische Aufbau nicht einhalten werden, was u. U. zu absurden Forderungen führen müsste, die wiederum die Budgetverhandlungen erschweren.

### **Sanktionsregelung**

Für den Fall, dass die Krankenhausträger diesen Pflichten nicht nachkommen, haben die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 KHG einen Abschlag in Höhe von 1 Prozent auf die Krankenhausabrechnungen für voll- und teilstationäre Fälle zu vereinbaren.

### **Bewertung**

Der neue Rechnungsabschlag wird eine Vielzahl strittiger Genehmigungsverfahren mit sich bringen, da die Frage, ob der zu erwartende Nutzen der Unterlagen 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 das Krankenhaus nach § 28 VwVfG vor ihrer Entscheidung anhören.

Auch insoweit sind weitere Verzögerungen und zusätzliche Klageverfahren gegen die Entscheidungen der Genehmigungsbehörde zu erwarten.

### **Fazit**

Die im Referentenentwurf enthaltene Regelung über die Forcierung von prospektiven Budgetverhandlungen wird vor allem damit begründet, dass den Krankenhäusern durch die teils langjährigen Verzögerungen bei den Budgetverhandlungen Liquiditätsengpässe entstehen und für die Kostenträger ungleichmäßige Zahlungsströme. Hier wird erstens außer Acht gelassen, dass

es insbesondere durch die Coronapandemie zu nachvollziehbaren Verzögerungen kam. Zweitens gibt es bereits die gesetzlichen Instrumente, die Krankenhäusern mit Liquiditätsproblemen oder den Krankenkassen ermöglicht, die Budgetverhandlungen zeitnah zu führen (Sechswochenfrist nach Aufforderung zur Budgetverhandlung gemäß § 18 Abs. 4 KHG). Weitere Regelungen sind nicht erforderlich.

Die DGfM empfiehlt die vollständige Streichung der Passagen zur Budgetverhandlung aufgrund praktisch unmöglicher Umsetzbarkeit.

## D) Erörterungsverfahren (§ 17 KHG)

### Regelungszweck

§ 17c Absatz 2b Satz 1 sieht zum Zweck der Entlastung der Sozialgerichte als Zulässigkeitsvoraussetzung einer Klage vor, dass die Rechtmäßigkeit einer Krankenhausabrechnung vorab zwischen Krankenhaus und Krankenkasse einzelfallbezogen erörtert worden ist.

### Präklusionswirkung zulasten Krankenhäuser

Satz 3 sieht eine Präklusionsregelung dahingehend vor, dass Einwendungen und Tatsachenvortrag in Bezug auf die Rechtmäßigkeit der Abrechnung im gerichtlichen Verfahren nicht mehr geltend gemacht werden können, wenn sie nicht im Rahmen dieser einzelfallbezogenen Erörterung vorgebracht worden sind.

### Erörterungsgrundlage

Ihr Ziel kann die einzelfallbezogene Erörterung nur erreichen, wenn in ihrem Rahmen alle Aspekte der Rechtmäßigkeit einer Abrechnung erörtert werden. § 9 Absatz 6 Satz 1 der Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) nach § 17c Absatz 2 Satz 1 legt in diesem Zusammenhang fest, dass Grundlage für die einzelfallbezogene Erörterung sämtliche erforderliche Daten des streitbefangenen Falles sind, einschließlich aller vom MD beim Krankenhaus erhobenen Daten, sowie die im Rahmen des Erörterungsverfahrens übermittelten Unterlagen und vorgetragenen Argumentationen und Einwendungen.

Damit die einzelfallbezogene Erörterung ihre streitbefriedende Wirkung in vollem Umfang entfalten kann, ist es daher erforderlich, dass sie auf der gleichen Datengrundlage durchgeführt wird wie die Abrechnungsprüfung durch den MD. Es muss sich insoweit bei den durch das Krankenhaus im Rahmen der Abrechnungsprüfung dem MD vorzulegenden sowie den in das zeitlich nachfolgende Erörterungsverfahren mit der Krankenkasse eingebrachten Dokumenten um dieselben Dokumente handeln. Dies gilt auch für eine sich an die einzelfallbezogene Erörterung möglicherweise anschließende gerichtliche Überprüfung der Rechtmäßigkeit der Abrechnung.

Mit der Regelung wird eine gesetzliche Grundlage für eine Übermittlung **der vom MD beim Krankenhaus erhobenen Daten und Unterlagen an die Krankenkasse** geschaffen. Dies ist erforderlich, damit die Krankenkassen die Rechtmäßigkeit einer zwischen ihnen und dem jewei-



ligen Krankenhaus streitigen Abrechnung im Rahmen der einzelfallbezogenen Erörterung umfassend auf der der vorherigen Abrechnungsprüfung zugrundeliegenden Grundlage prüfen können.

Satz 6 legt fest, dass die Daten und Unterlagen, welche der MD der Krankenkasse übermittelt, von der Krankenkasse nur für die Durchführung des Erörterungsverfahrens und einer möglichen gerichtlichen Überprüfung genutzt, und von ihr nur mit anderen Sozialdaten dieses Einzelfalles verknüpft werden dürfen.

### *Bewertung*

Grundsätzlich ist seitens der in den Krankenhäusern tätigen Medizincontroller zu begrüßen, dass mit der Regelung einheitliche Datenportale für den Datenaustausch mit den Krankenkassen bezüglich der Unterlagen des Falls geregelt wurden.

Zu empfehlen ist jedoch eine Klarstellung, dass auch Krankenkassen an ein einheitliches Vorgehen im Rahmen der Erörterung gebunden und die übersendeten Unterlagen des MD die ausschließliche Erörterungsgrundlage bilden:

Mangels formalisierter Regelung variiert die Deutung des prinzipiellen Vorgehens je nach Krankenkasse stark, ebenso wie die Wünsche bezüglich des Umfangs und Art der Dokumentenübermittlung.

Während einige Kassen primär Einzelfalldialoge auf Basis von Falllisten und Gespräche wie bei Falldialogen oder dem Vergleich offener Posten zunächst ohne Unterlagenübermittlung führen wollen, möchten andere sofort nach Einleitung des Erörterungsverfahrens die Übermittlung sämtlicher Unterlagen, inkl. aller Einwände der Klinik.

Bei der Erörterung sehen einige Kassen auch für den Fall einer Einigung immer die Erstellung des kompletten bilateral zu unterzeichnenden Erörterungsprotokolls als obligat an, auch wenn beiderseits ein Klageverfahren überhaupt nicht angestrebt wird. Andere erachten dies sinnvollerweise als verzichtbar in der o.g. Konstellation.

Bezüglich der Form der Übermittlung der Unterlagen bestehen auch unterschiedliche Vorstellungen je nach Krankenkasse: Von der Cloudlösung über einen USB-Stick, keinesfalls Papierkopien, andere bevorzugen nach wie vor Papier, keinesfalls USB-Sticks oder CDs. Verschlüsselte Mails werden nur teilweise akzeptiert.

Mit der Klarstellung entfielen für die Krankenhäuser der zusätzliche administrative Aufwand, welcher aufgrund der ungeordneten Krankenkassenabfragen im Erörterungsverfahren entsteht. Insgesamt wäre die Schaffung einer einheitlichen Plattform ähnlich des LE-Portals sicherlich sinnvoll.

## Regelung Datenaustausch GKV-MD

Die näheren Einzelheiten hat der GKV-SV mit dem MD Bund mit Wirkung für die Krankenkassen und die MD im Rahmen einer Vereinbarung zu treffen.

### *Bewertung*

Die DKG ist in die Regelung des Datenaustauschs einzubeziehen, um die Transparenz herzustellen. In einer ausschließlich bilateralen Regelung zwischen GKV- SV und MD bleibt zudem zu Lasten der Krankenhäuser offen, wie mit Übertragungsfehlern, Fristversäumnissen u.ä. umzugehen ist.

Zu empfehlen wäre im Sinne der Gleichordnung von Krankenkassen und Krankenhäusern eine Sanktionsregelung für den MD vergleichbar zu den Regelungen für Krankenhäuser im Rahmen der Übermittlungspflichten an die Krankenkassen und den MD.

## E) Erfüllungsaufwand MD

### *Aussage im Referentenentwurf*

Durch die Übermittlung der beim Krankenhaus erhobenen Daten und Unterlagen durch den MD an die Krankenkasse zum Zwecke der Durchführung der einzelfallbezogenen Erörterung und für eine gerichtliche Überprüfung der Abrechnung entsteht den MD laufender Erfüllungsaufwand. Vor dem Hintergrund, dass nicht absehbar ist, in welchem Umfang Erörterungs- bzw. Klageverfahren durchgeführt werden, kann der Erfüllungsaufwand lediglich geschätzt werden.

Unter der Annahme, dass jährlich 100 Erörterungsverfahren zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen durchgeführt werden, ergibt sich mit der Prämisse, dass hierfür jeweils aufseiten des jeweiligen MD jeweils eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter des gehobenen Dienstes (à 43,90 Euro) 2 Stunden für die Übersendung an die Krankenkasse aufzuwenden hat, ein geschätzter Gesamtaufwand für die MD in Höhe von 8 800 Euro.

### *Bewertung*

In der Kostenbewertung des Referentenentwurfs wird davon ausgegangen, dass der MD jährlich in lediglich 100 Erörterungsverfahren eine Weiterleitungsfunktion übernimmt.

*Unter dieser Annahme müsste grundsätzlich im Sinne der Entbürokratisierung die Kosten-Nutzen-Fragestellung einer Notwendigkeit eines formalisierten Erörterungsverfahrens mit Präklusionswirkung bei fehlerhafter bzw. fehlender Übersendung von Unterlagen der Krankenhäuser (Zweck-Mittel-Relation) gestellt werden.*

Das Erörterungsverfahren ist ein erheblicher Kostentreiber im Gesundheitswesen, welcher durch die zusätzliche Regelung in der vorgesehenen Verfahrensweise weiterhin Kosten in Millionenhöhe und eine Verschärfung des Fachkräftemangels verursacht:

Die im Entwurf angenommenen Zahlen des Erörterungsverfahrens weichen erheblich von der Krankenhausrealität ab (vgl. auch Berechnungen des Netzwerks der Kodierfachkräfte und MDA):

Die Durchführung des Erörterungsverfahrens sowie die inhaltliche Vorbereitung kann nur durch einen erfahrenen Medizincontroller erfolgen. Die Bearbeitungszeit eines Erörterungsfalles beträgt 45 Minuten. Bei einer durchschnittlichen Prüfquote von 15% und davon 50% Negativgutachten nach den Quartalsstatistiken des GKV Spitzenverbands gelangen mindes-

tens 30% der Negativgutachten in Erörterungsverfahren, da dies Voraussetzung für eine spätere Klage des Falls vor dem Sozialgericht ist.

In einem Krankenhaus mit 50.000 Behandlungsfällen umfasst dies allein auf Krankenseite 1.175 Arbeitsstunden für diese Fälle im Erörterungsverfahren (0,7 VK). Bei einem durchschnittlichen Arbeitgeberbrutto eines Medizincontrollers von ca. 90.000 EUR kostet das Erörterungsverfahren 63.000 EUR pro 50.000 Behandlungsfälle bzw. 1,26 EUR pro Behandlungsfall bzw. 42 EUR pro Erörterungsverfahren.

Dem finanziellen Ausmaß kann man sich auf Basis der Statistikdaten des GKV Spitzenverbandes weiterhin annähern: Im Q2/2021 wurden 3.456.134 Ausgangsrechnungen für stationäre Leistungen versendet. Bei vier Quartalen wären dies 13.824.536 Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlungen, bzw. 193,4 VK (17,5 Mio. EUR) allein auf Seiten der Krankenhäuser.

Spiegelbildlich stehen dem Krankenhaus die Experten der Krankenkassen gegenüber, so dass von einer Verdopplung der benannten Kosten für das Erörterungsverfahren auszugehen ist.

Für die Kosten der Weiterleitung der Unterlagen durch den MD sieht die Rechnung entsprechend der Prämissen des BMG (43,90 Euro/h) und anhand der letzten Quartalsmeldung des GKV-Spitzenverbandes deutlich anders aus: Im Q1/2022 wurden 726.530 Fälle als nicht minderungsfähig ausgewiesen. Hochgerechnet wären es bei konservativ angenommener Entwicklung 2.906.120 Negativgutachten pro Jahr. Nach den Erfahrungswerten der DGfM ist mindestens eine 30% Erörterungsquote anzusetzen, so dass von 871.836 Erörterungsfällen pro Jahr bundesweit auszugehen ist.

Bei einer MD-Bearbeitungszeit pro Fall von lediglich 10 Minuten (Erstellung Worklist, Registrierung, Vollständigkeitsprüfung, Weiterleitung, ggf. Vorberatung) ist jährlich von Mehrkosten in Höhe von 9.658.400 € auszugehen, wobei der Vollständigkeit halber darauf verwiesen wird, dass der Referentenentwurf in seiner Prämisse lediglich von einem Arbeitnehmerbrutto ausgeht. (Das marktübliche Arbeitgeberbrutto mit der ausgewiesenen Expertise beträgt 52,68 €/h ohne ZVK). Arbeitet ein Vollzeit-Mitarbeiter 1.700 Stunden pro Jahr, entspricht dies zudem einem Mehrbedarf von 85 VK Personalbedarf beim MD.

Nicht berücksichtigt wurden Kosten der Infrastruktur für die Entwicklung von Schnittstellen zu den Krankenkassen als Einmalaufwendungen. Aufgrund der Vielfalt der Kassen und IT-Systeme sind hier Einmalaufwendungen im Millionenbereich zu erwarten.

## *Fazit*

Die Bürokratiekosten für die im Referentenentwurf vorgesehenen Änderungen liegen allein

beim Vorschlag der Datenübermittlung durch den MD an die Krankenkassen **bei über 10 Millionen Euro** und weichen somit erheblich von der Grundannahme von 8.800 Euro ab.

## F) Bürokratiekosten des Referentenentwurfs

Grundlegend lassen sich die im Ausgabenbereich ausgewiesenen Ausgaben dahingehend strukturieren, dass überwiegend Einsparungen (Entlastungen) zu Lasten der Krankenhäuser zu verzeichnen sind, welche infolge von Sanktionen bzw. sanktionsgleich wirkender Regelungen entstehen. Beispielhaft seien folgende Passagen zitiert:

- Durch die Festlegung eines Abschlags für Daten, die nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e KHEntgG zum Pflegepersonal zu übermitteln sind, und die im Rahmen der Plausibilitätsprüfung von der Datenstelle nicht akzeptiert werden, entstehen für die Haushalte von Bund, Ländern und Kommunen als Träger der Beihilfe keine Mehrausgaben. Im Einzelfall **kann die Festlegung eines Abschlags krankenhausesindividuell zu einer Verringerung der Krankenhausentgelte und somit zu einer Entlastung** [für die Kostenträger] **führen**.
- Für die Kostenträger von Krankenhausabrechnungen können sich Einsparungen aus den Rechnungsabschlüssen ergeben, die zu erheben sind, wenn die Krankenhausträger ihren Pflichten zur Übermittlung von Unterlagen und Erteilung von Auskünften im Rahmen der Budgetverhandlung nicht nachkommen.
- Durch die Festlegung eines Abschlags für Daten, die nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e KHEntgG zum Pflegepersonal zu übermitteln sind, und die im Rahmen der Plausibilitätsprüfung von der Datenstelle nicht akzeptiert werden, entstehen keine Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung. Im Einzelfall kann die Festlegung eines Abschlags krankenhausesindividuell zu einer Verringerung der Krankenhausentgelte und somit für die gesetzliche Krankenversicherung zu einer Entlastung führen.

Hinzu tritt der Erfüllungsaufwand für Krankenhäuser, für welchen keine Gegenfinanzierung verzeichnet ist:

- Für die Krankenhäuser wird sich bei der Umsetzung der Rechtsverordnung zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfes und Festlegung der Personalbesetzung für die Implementierung eines **Dokumentations- und Erfassungssystems** sowie für die Schulung der Pflegekräfte ein einmaliger Erfüllungsaufwand ergeben.
- Ferner ist pro Krankenhaus eine Verwaltungseinheit für die Erfassung und Übermittlung der Daten vorzusehen.

Für die Krankenkassen werden weitere Entlastungen verzeichnet:

- Durch die Geltendmachung der Aufschläge im Rahmen der Krankenhausabrechnungsprüfung im Wege der elektronischen Datenübertragung werden die gesetzlichen Krankenkassen von Erfüllungsaufwand entlastet, der ihnen im Zusammenhang mit dem Erlass von Verwaltungsakten sonst entstünde.
- Durch die Verschiebung der Umsetzungsfristen der Ausgleichszahlungen der Krankenkassen bei Unterschreitung des Mindestbetrags für Qualitätsverträge nach § 110a Absatz 3 SGB V um ein Jahr ergibt sich kein neuer Erfüllungsaufwand. Die Änderung ist mit Entlastungen der Krankenkassen verbunden, die das vorgesehene Mindestausgabevolumen in 2022 nicht erreichen.

Bezüglich der Abwicklung der Aufschläge ist die Bewertung durch den Referentenentwurf nicht korrekt:

- Die Abwicklung der Aufschläge im Rahmen der Krankenhausabrechnungsprüfung im Wege der elektronischen Datenübertragung **kann** für die Krankenhäuser eine Entlastung von Erfüllungsaufwand in den Fällen bedeuten, in denen sie sonst im Wege des Widerspruchs gegen die Geltendmachung durch die Krankenkassen als Verwaltungsakt vorgehen würden.

#### *Bewertung*

Durch die Verkürzung des Verwaltungsverfahrens sind die Krankenhäuser auf den Rechtsweg angewiesen, so dass im Rahmen der Klageerhebung und des einstweiligen Rechtsschutzes zusätzliche administrative als auch finanzielle Belastungen zu erwarten sind.

Sämtliche Regelungen zu Aufschlagszahlungen, Sanktionen und sanktionsgleichen Wirkungen sowie zusätzliche Dokumentationspflichten sind im Kontext der bereits bestehenden ausufernden Regelungen im Krankenhaus zu sehen. Bereits die bestehenden Regelungen haben im Ergebnis zu einem erheblichen personellen und finanziellen Aufwand bei allen am Prüfprozess beteiligten Parteien geführt.

- **Pflegepersonaluntergrenzen**  
**Sanktionen**, sobald ein Krankenhaus die in §6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen in einem pflegesensitiven Bereich im monatlichen Durchschnitt un-

terschreitet. Die Sanktionen sind jeweils von den örtlichen Vertragsparteien zu vereinbaren und können in Form von Vergütungsabschlägen oder in einer Verringerung der Fallzahl (Budgetverringering) ausgestaltet werden.

**Sanktionen**, wenn ein Krankenhaus seine Mitteilungspflichten zur Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen nicht, nicht vollständig oder nicht fristgerecht erfüllt.

- **MDK-Prüfquoten und Aufschlagszahlungen**

**Sanktionen**, wenn der Anteil der unbeanstandeten Rechnungen unterhalb von 60 % liegt, werden die betroffenen Krankenhäuser ab dem Jahr 2022 nunmehr neben der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag zusätzlich mit der Zahlung eines Aufschlags auf diese Differenz sanktioniert. Dabei bestimmt der MD ohne Qualifizierungsnachweise der einzelnen Gutachter und Gutachterinnen, welche Rechnungen beanstandet werden. Analog zur Prüfquote werden umso höhere Aufschlagszahlungen erhoben, je größer der Anteil der beanstandeten Rechnungen ist.

- **Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG)**

**Sanktionen** für alle Krankenhäuser ab 01.01.2025, die nicht über die notwendigen digitalen Dienste gemäß KHZG verfügen. Die Vertragsparteien können einen Abschlag in Höhe von bis zu 2% des Rechnungsbetrags für jeden voll- und teilstationäre Fall vereinbaren. Maßgeblich ist die Bereitstellung der digitalen Dienste Nr. 2 bis 6 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung. Dazu zählen: Patientenportale für Aufnahme- und Entlassmanagement, die durchgehende elektronische Patientenakte, klinische Entscheidungsunterstützungssysteme, digitales Medikationsmanagement und die digitalen Leistungsanforderungen

- **Mindestmengen**

**Vergütungsausfälle**, wenn Mindestmengen an Krankenhausleistungen nicht anerkannt, oder unvorhersehbar nicht erreicht werden, die in der Mindestmengenregelungen des G-BA näher definiert und für ein Krankenhaus festgelegt worden sind.

- **Qualitätssicherung §137 SGB V**

**Sanktionen** von nicht dokumentierten Fällen oder unvollständig bzw. fehlerhaft übermittelten Fällen. Strittig ist hier der sehr hohe Aufwand bei der Bearbeitung der teilweise sehr umfangreichen und komplizierten Qualitätsbögen und die Auswirkungen



auf die Praxis im Krankenhaus.

- **Prüfverfahren nach PrüfvV**

**Sanktionen** bei der Nichteinhaltung der äußerst bürokratischen und pedantischen Regelungen bei der Datenübermittlung. Keine uneindeutigen Aussagen, welche Unterlagen an den MD übermittelt werden sollen, keine Nachlieferungen zulässig, auch nicht, wenn der MD den Prüfgrund erweitert oder nicht zu erwartende Argumentationsketten aufwirft. Äußerst aufwendiges Erörterungsverfahren, Erörterungen und Klagen nur auf Grundlage der übermittelten Unterlagen.

Die Aufzählung ist nicht abschließend.

Aus Sicht der DGfM verfehlt der Referentenentwurf das Ziel einer administrativen Entlastung gänzlich.

Hockenheim, den 18. August 2022

Präsidium der DGfM