

## Inhaltsübersicht

- ✓ Editorial
- ✓ Wie geht es weiter mit der Pflege in den Krankenhäusern? PpSG, PpUG und Konzertierte Aktion Pflege
- ✓ Bundesgesundheitsministerium legt Referentenentwurf für MDK-Reformgesetz vor
- ✓ Bund/Länder-Arbeitsgruppe arbeitet an Konzept zu sektorenübergreifender Versorgung
- ✓ 400.000 Euro-Zuschlag für 15 bayerische Kliniken

## Editorial



Die deutsche Krankenhausversorgung ist ein hochgradig regulierter Bereich und die Kliniken sind daran gewöhnt, sich auf ständig neue Vorgaben und gesetzliche Vorschriften einzustellen. Aktuell scheint allerdings die Grenze des Zumutbaren erreicht. Die Klagen über Überregulierung, Bürokratie und praxisferne Vorgaben sind so heftig wie noch nie. Ohne jeden Zweifel sind die Beschwerden berechtigt und man sollte sich hüten, dies mit mangelnder Selbstkritik oder gar Verweigerungshaltung der Kliniken gleichzusetzen.

Paradox ist jedoch, dass zumindest im Fall des Pflegepersonalstärkungsgesetzes (PpSG) der Gesetzgeber das Gegenteil beabsichtigte, nämlich die Krankenhäuser zu unterstützen. Mit der vollen Finanzierung des Pflegepersonals und der Tarifsteigerungen sollte die finanzielle Basis der Kliniken, die Situation der Pflege und damit die Versorgung der Patienten verbessert werden. Jedoch ein halbes Jahr nach Inkrafttreten des PpSG und der Pflegepersonaluntergrenzen wird klar, dass im Dickicht der bestehenden Rahmenbedingungen mit zig Detailvorschriften und gegenläufigen Meinungen praxisferner Systemtechnokraten diese Ziele nicht erreicht, teilweise sogar konterkariert und Versprechen nicht eingelöst werden können.

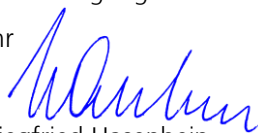
Im Mittelpunkt dieser Ausgabe von „am Puls“ steht deshalb eine Zwischenbilanz mit der Frage: Was wird aus dem Sofortprogramm zur Verbesserung der Situation in der Pflege? Dabei wird deutlich, dass nach der politischen Sommerpause in Berlin eine gesetzliche Nachjustierung und Weiterentwicklung unabdingbar ist. Andernfalls droht die Akzeptanz für dieses so wichtige politische Projekt vollends verloren zu gehen.

Über das Thema Pflege hinaus ist demnächst mit dem Referentenentwurf für eine Neuordnung der Notfallversorgung zu rechnen und der bereits vorliegende Entwurf für das MDK-Reformgesetz wird in die parlamentarischen Beratungen gehen. In der Krankenhauspolitik wird es also wieder einmal einen heißen Herbst geben. Die BKG wird sich einbringen, engagiert, aber nicht polemisierend. Es ist zu hoffen, dass die Bundesregierung angesichts ihres fragilen Zustands und der ungewissen Zukunft der Koalition handlungsfähig bleibt und die Anliegen der Krankenhäuser aufgreift. Ein Stillstand in der gegenwärtig angespannten Umbruchphase wäre für die Krankenhäuser fatal.

Ich wünsche Ihnen, dass Sie dennoch in der Sommerzeit Gelegenheit finden werden, einige Ferientage zu genießen und etwas zu entspannen.

Wenn Sie zur vorliegenden Ausgabe von „am Puls“ oder rund um das Thema Krankenhaus Fragen oder Anregungen haben, steht Ihnen die BKG immer gerne zur Verfügung.

Ihr



Siegfried Hasenbein  
Geschäftsführer



## Wie geht es weiter mit der Pflege in den Krankenhäusern?

### Ein PpSG macht noch keine bessere Pflege

Seit einem halben Jahr ist das Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) jetzt in Kraft. Der Bundestag beschloss es als Sofortprogramm zur Verbesserung der Situation in der Pflege und Bundesgesundheitsminister Spahn bezeichnete es übereinstimmend mit den Gesundheitspolitikern der Koalition als einen „ersten Schritt, dem weitere folgen müssen“.

Die BKG begrüßte das Gesetz, weil es viele positive Weichenstellungen enthält. Heute, sechs Monate danach, sind die Krankenhäuser intensiv damit befasst, die vielen Einzelregelungen umzusetzen. Die inzwischen vorliegenden Erfahrungen machen eines deutlich: Eine Weiterentwicklung ist dringend notwendig. Der nächste Schritt muss schnell erfolgen und nach der Sommerpause eingeleitet werden. Die Liste der Probleme, die es zu lösen gilt, liegt auf dem Tisch und die Politik darf nicht zögern, andernfalls riskiert sie, dass die Akzeptanz ihres Sofortprogramms gegen null sinkt.

Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRGs erweist sich als die erwartete schwierige Aufgabe. BKG und DKG begrüßen diese Maßnahme grundsätzlich, doch darf sie durch falsche Vorgaben nicht zur wirtschaftlichen Falle für die Krankenhäuser werden. So ist z. B. notwendig, die in den Kliniken etablierten Prozesse zur Entlastung des Pflegefachpersonals (sog. „pflegeentlastende Dienste“) bei der Ausgliederung besser zur berücksichtigen. Die 3 %-Grenze muss aufgestockt werden, denn das unterstützende Personal dient ja gerade dem Ziel, den qualifizierten Kräften mehr Zeit für die Pflege am Patientenbett zu geben.

Auch muss das drohende Liquiditätsproblem für die Kliniken entschärft werden. Schon jetzt steht fest, dass zum 01.01.2020 kaum ein Krankenhaus das neue Pflegebudget vereinbart haben wird. Die im Gesetz festgelegten 130 Euro pro Abrechnungsfall als Vorabfinanzierung werden für viele Krankenhäuser nicht ausreichen. Gerade pflegeintensive Bereiche wie die Geriatrie oder Pädiatrie werden davon betroffen sein. Es darf nicht soweit kommen, dass die mit dem Pflegebudget beabsichtigte bessere Finanzierung der Pflege bereits zum Start ins Gegenteil verkehrt wird und die Kliniken in wirtschaftliche Notlagen bringt.

Und wenn man die Pflegepersonalkosten ernsthaft aus dem pauschalisierten DRG-System ausgliedern will, muss man es richtig und konsequent tun. Bisher ist vorgesehen, ein paralleles „Pflege-DRG-System“ zu schaffen. Zur Abrechnung des hausindividuellen Pflegebudgets soll ein „Pflege-Erlöskatalog“ mit Pflege-Bewertungsrelationen aufgebaut werden. Ein aufwendiges und bürokratisches Unterfangen, das weder notwendig noch sachgerecht ist. Eine Abrechnung des Pflegebudgets mit Zuschlägen pro Tag oder pro Fall wäre folgerichtig und erheblich bürokratieärmer. Auch dieses Thema muss bei einer Weiterentwicklung des PpSG auf die Tagesordnung.

Nicht eingelöst wurde das Versprechen, die Tarifsteigerungen des Pflegepersonals ab 2018 vollständig zu finanzieren. Weiterhin besteht die Vorgabe, dass den Lohnsteigerungen der Pflegekräfte jene aller anderen Berufsgruppen gegengerechnet werden müssen. Zu Ausgleichen kommt es nur, wenn die Gesamtquote über der Veränderungsrate liegt. In 2018 führte dies dazu, dass einer Lohnsteigerung von durchschnittlich ca. 4,5 % im Pflegedienst lediglich eine Erlössteigerung von 2,97 % (Veränderungsrate) gegenübersteht. Das Versprechen lautete ganz anders.



## Pflegepersonaluntergrenzen sorgen für Verdruss

Die seit 01.01.2019 geltenden Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) führen zu wachsendem Verdruss in den Kliniken. Die Liste der Kritikpunkte ist lang: hochbürokratisch, praxisfremd, nicht fundiert usw.

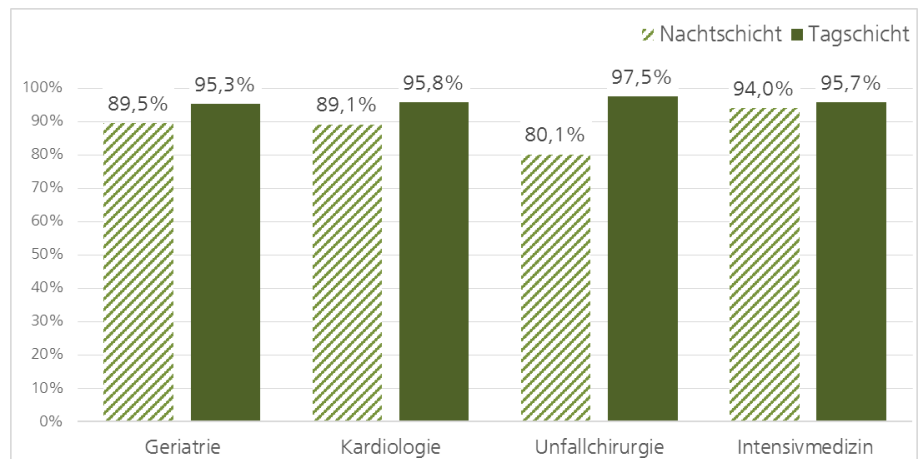
Zusammengefasst sind es zwei grundsätzliche Konstruktionsfehler, die diese Verordnung des BMG zu einem verhängnisvollen Irrweg machen: Zum einen die viel zu restriktiv gefassten Ausnahmeregelungen. Sogar wenn einem Krankenhaus wegen rundum geschlossener Abteilungen unvorhersehbare Notfälle zuverlegt werden, greift keine Ausnahmeregel, sondern werden Sanktionszahlungen fällig. Und vor allem: Die Vielfalt der Kliniken und die unterschiedlichen Organisationsformen lassen sich nicht in zentrale Vorgaben und bundeseinheitliche statistische Formeln pressen. Das raubt den Krankenhäusern in Zeiten von Personalknappheit jeglichen Handlungsspielraum und führt zu fatalen Auswirkungen wie Patientenabweisungen. Die PpUG in dieser Form dürfen deshalb nicht auf weitere Bereiche ausgeweitet werden. Allenfalls können die bereits in Kraft getretenen Untergrenzen bis zu einer gesetzlichen Neuordnung als Übergangslösung bestehen bleiben.

Das heißt aber nicht, dass sich die Krankenhäuser grundsätzlich gegen Personalvorgaben wehren. Im Gegenteil, das von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) vorgelegte Konzept sieht sogar einen weitergehenden innovativen Ansatz einer Pflegepersonalbedarfsermittlung für das gesamte Krankenhaus vor. Damit legt man die Verantwortung für den bedarfsgerechten Personaleinsatz dort hin, wo sie hingehört: in die Hände der Klinik- und Pflegedienstleitung.

### Internethinweis

[www.bkg-online.de/media/file/43781\\_DKG-Eckpunkte\\_Pflegepersonalausstattung.pdf](http://www.bkg-online.de/media/file/43781_DKG-Eckpunkte_Pflegepersonalausstattung.pdf)

### Auswertung 1. Quartal 2019: Erfüllungsquoten der PpUG in den bayerischen Kliniken



## Konzertierte Aktion Pflege unterstützt DKG-Konzept

Die von Gesundheits-, Arbeits- und Familienministerium eingesetzte „Konzertierte Aktion Pflege“ legte im Juni ihren Abschlussbericht vor. Als eine von zahlreichen, auf 180 Seiten zusammengetragenen Maßnahmen wird – so wie es der DKG-Vorschlag vorsieht – die Erarbeitung eines Instruments zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs in jedem Krankenhaus vorgeschlagen. Die BKG brachte diesen Vorschlag schon vor über einem Jahr in die Diskussion ein. Damit ließe sich nicht nur das hausindividuelle Pflegebudget unstrittig ermitteln, sondern man könnte auch sachgerechte Personaluntergrenzen daraus ableiten.

Die einjährige Arbeit der Konzierten Aktion und die Erfahrungen der Krankenhäuser des ersten Halbjahres mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz können von der Politik nicht nur zur Kenntnis genommen werden. Es ist jetzt die Aufgabe des Bundesgesundheitsministers und der Gesundheitspolitiker, den nächsten Schritt zu tun und entsprechende Gesetzesinitiativen auf den Weg zu bringen.

### Internethinweis

[www.bkg-online.de/media/file/47081\\_Abschlussbericht\\_Konzertierte\\_Aktion\\_Pflege.zip](http://www.bkg-online.de/media/file/47081_Abschlussbericht_Konzertierte_Aktion_Pflege.zip)



## Bundesgesundheitsministerium legt Referentenentwurf für MDK-Reformgesetz vor

Eines kann man Gesundheitsminister Spahn nicht vorwerfen: Zaudern und Langsamkeit. Das Gesetzesfließband im Bundesgesundheitsministerium (BMG) läuft weiter auf Hochtouren und produzierte Anfang Mai einen weiteren Referentenentwurf, den man vor der Sommerpause nicht mehr erwartete: das MDK-Reformgesetz.

Mit diesem Gesetzentwurf widmet sich das BMG einem Thema, das zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen bzw. dem MDK seit Jahren für Streit sorgt und jede Menge Personalressourcen in den Kliniken bindet. Mit dem Inhalt dieses Referentenentwurfes sind die Krankenhäuser weitgehend zufrieden. Er greift viele, seit langem vorgetragene Anliegen der Kliniken auf und hat das Potenzial, das hochemotionale Streitthema „Abrechnungsprüfungen“ zu entschärfen.

Positiv zu bewerten sind u. a. folgende Regelungen:

- Die Prüfquoten sollen künftig begrenzt werden. Abhängig vom Anteil der korrekten Rechnungen eines Hauses soll die Quote der geprüften Abrechnungen einen Wert von 5 % (wenn mehr als 60 % der Abrechnungen korrekt sind) bis maximal 15 % (weniger als 40 % der Abrechnungen sind korrekt) nicht übersteigen. Gegenüber einer durchschnittlichen Prüfquote von derzeit 15 - 20 % der Fälle dürfte dies für die Mehrzahl der Häuser eine Verbesserung darstellen.
- OPS-Strukturmerkmale müssen künftig vor einer erstmaligen Abrechnung vom MDK begutachtet werden. Im Falle eines positiven Ergebnisses sollen danach keine Einzelfallprüfungen mehr vorgenommen werden.
- Der MDK (*künftig: MD*) soll als Körperschaft des öffentlichen Rechts firmieren. Hauptamtliche Krankenkassenvertreter sind nicht mehr in den Verwaltungsrat wählbar. Dafür sollen Vertreter von Patienten und Pflegebedürftigen sowie der Ärzteschaft und Pflegeberufe in das Gremium berufen werden. Damit wird ein deutlicher Schritt in Richtung Kassenunabhängigkeit und Neutralität des MDK vollzogen.

Kritisch zu sehen ist, dass künftig, wenn der MD „falsche“ Rechnungen beanstandet, nicht nur eine Rechnungskorrektur vorzunehmen ist, sondern das Krankenhaus auch Sanktionszahlungen leisten soll. Diese betragen zwischen 25 % und 50 % des Differenzbetrages zwischen „korrektem“ und „falschem“ Rechnungsbetrag. Vor diesem Hintergrund ist im künftigen Gesetzestext eine Klarstellung des Begriffes „falsche“ Rechnung dringend erforderlich. Nicht jede Rechnung, bei der der MDK zu einem anderen Ergebnis kommt, kann als falsch bezeichnet werden. In den meisten Fällen stehen dahinter medizinische und ärztliche Einschätzungen, die nicht strikt in die Kategorien „richtig“ und „falsch“ – erst recht nicht Wochen nach der tatsächlichen Behandlung – aufgeteilt werden können, sondern im ärztlichen Ermessen stehen.

Auf diesen Aspekt werden die BKG und die Krankenhauseite im nun anstehenden Gesetzgebungsverfahren besonderes Augenmerk legen. Darüber hinaus sehen wir noch an zwei weiteren Stellen Klarstellungsbedarf:

- Die Begutachtung von OPS-Strukturmerkmalen vor einer ersten Abrechnung darf nicht dazu führen, dass Krankenhäuser an der Abrechnung gehindert werden, wenn der MD nicht fristgerecht seine Begutachtung durchführt. Hier bedarf es einer klarstellenden Übergangsregelung.
- Im Verwaltungsrat des künftigen MD müssen auch Repräsentanten der Krankenhausträger(verbände) vertreten sein. Es ist nicht nachvollziehbar, dass zwar einzelne im Krankenhaus tätige Berufsgruppen wie Ärzteschaft und Pflege wählbar sind, aber nicht jene, die die Gesamtverantwortung für die Kliniken tragen.



## **Bund/Länder-Arbeitsgruppe arbeitet an Konzept zu sektorenübergreifender Versorgung**

Ein gewichtiges Thema aus dem Abschnitt Gesundheit des Koalitionsvertrages wird derzeit in einer Arbeitsgruppe aus Bund und Ländern vorbereitet. Die Diskussionen in der Arbeitsgruppe unterliegen der Vertraulichkeit, sodass über den bisherigen Verlauf nur wenig nach außen gedrungen ist. Uns wurde aber ein Papier bekannt, das den bisherigen Diskussionsstand zusammenfasst. Demzufolge werden in der Arbeitsgruppe folgende Eckpunkte diskutiert:

- Krankenhäuser sollen ambulante Versorgungsaufträge erhalten, wenn niedergelassene Ärzte in der Region die Versorgung nicht sicherstellen können. Dazu stellt das Bundesland den zusätzlichen Versorgungsauftrag fest und bestimmt Krankenhäuser, denen es ambulante Behandlungen überträgt. Die Voraussetzung für eine Öffnung der Krankenhäuser soll anhand bundesweiter Rahmenvorgaben durch eine Rechtsverordnung des BMG erfolgen. Krankenhäuser mit Fachabteilung Innere Medizin können auch hausärztliche Leistungen erbringen.  
Das Bundesland soll dabei Gestaltungsspielräume ausnutzen und z. B. anstelle von Krankenhausschließungen Kliniken in ambulante Gesundheitszentren umwandeln.
- Für einen gemeinsamen fachärztlichen Versorgungsbereich sollen durch eine Rechtsverordnung des BMG Leistungen benannt werden, die von ambulanten und stationären Leistungserbringern erbracht und einheitlich vergütet werden (Zuschläge für Schweregrade sollen vorgesehen werden). Die Vertragspartner auf Bundesebene (GKV, DKB, KBV) sollen für diesen Leistungsbereich Vorgaben zu Qualität, wie z. B. Struktur und Mindestmengen, sowie zur Vergütung vereinbaren.

Die letztgenannten Überlegungen zum gemeinsamen fachärztlichen Versorgungsbereich wurden ohne die Zustimmung Bayerns in das Papier aufgenommen. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Diskussionen zu diesem traditionell strittigen Thema noch andauern und voraussichtlich auch noch einige Wendungen vollziehen werden.

Der aktuelle Diskussionsstand, der für die Krankenhäuser auf den ersten Blick tendenziell positiv erscheint, ist deshalb mit entsprechendem Vorbehalt zur Kenntnis zu nehmen.

## **400.000 Euro-Zuschlag für 15 bayerische Kliniken**

15 bayerische Krankenhäuser, von 119 in ganz Deutschland, können sich über einen Zuschlag in Höhe von 400.000 Euro ab dem 01.01.2020 freuen.

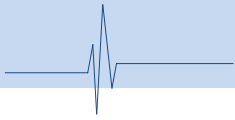
Grundlage ist das Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG), das festlegt, dass als Teilausgleich für den ab 01.01.2020 entfallenden Pflegezuschlag bestimmte Krankenhäuser einen Zuschlag in Höhe von 400.000 Euro jährlich erhalten.

In den Genuss des Zuschlages kommen die Krankenhäuser, die die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für Sicherstellungszuschläge (gem. § 136c Abs. 3 SGB V) erfüllen.

Dazu müssen DKG und GKV-Spitzenverband jährlich bis zum 30.06. eine Liste der Krankenhäuser vereinbaren, die diese Vorgaben erfüllen. Nach langwierigen Verhandlungen konnte die Liste am 03.07.2019 erstmals vereinbart werden.

Folgende 15 bayerische Krankenhäuser sind in der Liste aufgeführt und haben einen Anspruch, den Zuschlag in Höhe von 400.000 Euro in den Budgetverhandlungen 2020 geltend zu machen:

- Klinikum Garmisch-Partenkirchen GmbH
- Rottal-Inn-Kliniken Eggenfelden
- Stiftungs Krankenhaus Nördlingen
- Krankenhaus GmbH Landkreis Weilheim-Schongau – Klinik Schongau
- Kliniken Ostallgäu-Kaufbeuren – Klinik Füssen
- ANregiomed – Klinik Rothenburg o. d. Tauber



- Asklepios Klinikum Bad Abbach GmbH – Asklepios Klinik Oberviechtach
- Sana Kliniken des Landkreises Cham gGmbH – Krankenhaus Cham
- Sana Kliniken des Landkreises Cham gGmbH – Krankenhaus Roding
- Kliniken Am Goldenen Steig gGmbH – Krankenhaus Freyung
- Landkreis Passau Krankenhaus gGmbH – Krankenhaus Wegscheid
- Arberlandkliniken – Arberlandklinik Zwiesel
- Arberlandkliniken – Arberlandklinik Viechtach
- Kreiskliniken Bogen-Mallersdorf – Kreisklinik Bogen
- Krankenhaus Kemnath

DKG und GKV müssen jährlich überprüfen, ob die Voraussetzungen noch vorliegen und die Liste jeweils zum 30.06. neu vereinbaren, damit der Zuschlag ggf. im Folgejahr wieder geltend gemacht werden kann.

Vierorts wurde in den letzten Tagen über das Zustandekommen der Liste gerätselt. Einige Kliniken zeigten sich überrascht, dass sie darin auftauchen, andere sehen sich zu Unrecht nicht aufgeführt.



Ob ein Krankenhaus den 400.000 Euro-Zuschlag erhält, hängt ausschließlich von der Erfüllung der Kriterien ab, die der G-BA als Voraussetzung für einen Sicherstellungszuschlag festlegte. Diese können vom Krankenhaus z. T. nur schwer oder gar nicht ermittelt werden. So legt ein Kriterium z. B. fest, dass innerhalb eines 30 Minuten-Erreichbarkeitsradius der Klinik die Bevölkerungsdichte unter 100 Einwohner pro km<sup>2</sup> liegen muss. Weitere Kriterien sind, dass innerhalb von 30 Minuten kein anderes Krankenhaus erreichbar ist und dass die Fachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie oder Geburtshilfe vorgehalten werden müssen. Einzig die Vorgabe, dass ein Krankenhaus ein Defizit ausweisen muss, um einen Sicherstellungszuschlag zu erhalten, gilt für den 400.000 Euro-Zuschlag nicht.

Auch wenn es für die meisten der ausgewählten Krankenhäuser eine finanzielle Verbesserung darstellt, ist klarzustellen, dass damit der Krankenhausversorgung insgesamt keine zusätzlichen Finanzmittel der Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden.

Im Gegenteil, es handelt sich unter dem Strich um eine Reduzierung, nachdem ab 2020 der bisherige Pflegezuschlag (vormals Versorgungszuschlag) in Höhe von bundesweit 500 Mio. Euro auf 250 Mio. Euro zurückgeführt wird und daraus die Zuschläge finanziert werden. Dies stellte die BKG in ihrer Pressemitteilung vom 09.07.2019 klar (siehe Internethinweis links).

**Internethinweis**

- [www.bkg-online.de/](http://www.bkg-online.de/)
- [presse-oeffentlichkeitsarbeit/](#)
- [pressemitteilungen/kliniken-finanzieren-die-kuenftigen-zuschlaege-selbst](#)

**Impressum**

Herausgeber: Bayerische Krankenhausgesellschaft e. V.  
 Vorsitzende: Landrätin Tamara Bischof, Geschäftsführer: Siegfried Hasenbein  
 Redaktion: Eduard Fuchshuber, Stabsstelle für Kommunikation, Presse und Öffentlichkeitsarbeit  
 Anschrift: Radlsteg 1, 80331 München, T: 089 290830-0, F: 089 290830-99, mail@bkg-online.de, www.bkg-online.de  
 Druck: Mühlbauer Druck, Puchheim  
 Erscheinungsweise: 4 x jährlich, einmal im Quartal

