

**Stellungnahme des  
AOK-Bundesverbandes  
zur BMG-Verbändebeteiligung**

**Zum Referentenentwurf  
einer Verordnung zu den Entgeltkatalogen für  
DRG-Krankenhäuser für das Jahr 2022**

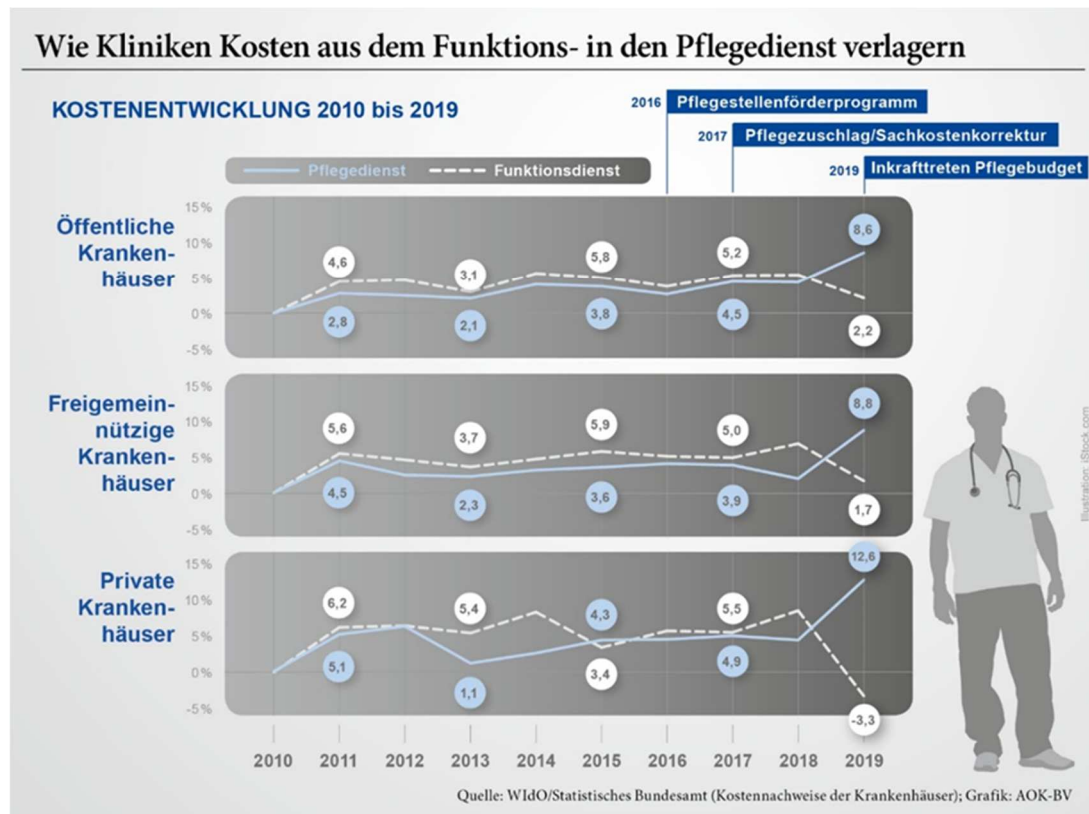
**(DRG-Entgeltkatalogverordnung 2022 – DRG-EKV 2022)**

## 1. Bereinigung der aDRGs zur Vermeidung von Doppelfinanzierung

### Ausgangslage

Die Einführung der eigenständigen Pflegepersonalkostenfinanzierung im Krankenhaus auf bettenführenden Stationen hatte zum Ziel, die „Pflege am Bett“ zu stärken und so die Qualität der Versorgung der Patientinnen und Patienten zu sichern sowie die Berufszufriedenheit der in der Pflege tätigten zu verbessern. Dieses Ziel wurde verfehlt. Im zweiten Jahr der Umsetzung wird erneut deutlich, dass dringend eine Reform der Pflegekostenfinanzierung erforderlich ist. Das Nebeneinander von aDRG-System und Selbstkostendeckung führt zu hohen Ausgabensteigerungen ohne echten Personalaufbau, großem bürokratischem Aufwand und hoher Komplexität in der Umsetzung auf der Ortsebene für Krankenhäuser und Kostenträger. Die Einführung der Selbstkostendeckung setzt zudem falsche Anreize: Das Wirtschaftlichkeitsgebot wird für einen ca. 20 Mrd. schweren Kostenblock der Krankenhausvergütung außer Kraft gesetzt. Das spiegelt sich in jährlichen Kostensteigerungsraten im zweistelligen Bereich. Ferner werden Kosten, die ursprünglich organisatorisch im medizinisch-technischen Einheiten, dem Funktionsdienst oder angrenzenden Bereichen (u. a. Ambulanzen) zugeordnet waren, nun in den Pflegedienst umgebucht und Tätigkeiten aufgrund von Vergütungsanreizen verschoben. Es entstehen so massive Probleme der Doppelfinanzierung. Das Volumen dieser strategischen Kostenverlagerungen beträgt jährlich 700 bis 800 Mio. Euro, die in den angrenzenden Bereichen zu bereinigen sind.

Problematisch ist auch die Wirkung der Pflegeausgliederung auf den Krankenhausmarkt: Krankenhausträger, die massiv Personal in die Pflege umbuchen, haben einen finanziellen Vorteil und erhöhen ihre Rendite – vor allem zu Lasten der Versicherungsgemeinschaft, aber auch zu Lasten der anderen Träger und des Personals. So wurden die strategischen Umbuchungen zunächst vor allem bei den privaten Kliniken offensichtlich, öffentliche und konfessionelle Träger mussten jedoch nachziehen, um nicht ins Hintertreffen zu kommen.



Das Problem der Doppelfinanzierung wurde bereits intensiv im letzten Jahr durch die Vertragsparteien auf Bundesebene kontrovers beraten. Im Ergebnis hatten sich GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft auf einen Kompromiss verständigt, um die Problematik der Doppelabrechnung von Pflegekosten durch die Krankenhäuser zu lösen. Es wurde durch die Selbstverwaltungspartner vereinbart, dass das Pflegebudget künftig vorrangig für Personal mit pflegerische Qualifikation vereinbart werden soll. Die Klarstellungen aus dem Jahr 2020 und die mit Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) auf den Weg gebrachten gesetzlichen Anpassungen, zeigen allerdings bislang kaum Wirkung. Wie bereits im Jahr 2020 wurde durch das InEK im Rahmen der Vorstellung der Entgeltkataloge für das Jahr 2022 ein massiver Anstieg der Pflegepersonalkosten in Höhe von über 10 Prozent (fast zwei Mrd. Euro) festgestellt. Vor dem Hintergrund der moderaten Tarifsteigerungen und des sehr moderaten Stellenaufwuchses ist die expansive Steigerung der Kosten im Pflegebereich durch reale und begründete Preis- und Mengeneffekte nicht erklärbar. Es muss daher eine umfassende Bereinigung der aDRGs erfolgen, um eine Doppelfinanzierung zu vermeiden.

## **Bereinigungsbetrag für den aDRG Katalog 2022**

Die amtliche Begründung des Verordnungsentwurfs sieht einen Bereinigungsbedarf von 175 Mio. Euro vor. Dieser Betrag unterschätzt die reale Doppelfinanzierung um ein Vielfaches. Mit Blick auf die diesjährige Kostensteigerung in Höhe von fast zwei Mrd. Euro sind erstmals mehrere Verlagerungs- und Umbuchungseffekte messbar, die absenkend im a-DRG-System 2022 zu berücksichtigen sind:

### a) Messbare Verlagerungen anhand der Datenmeldungen der Krankenhäuser (§ 21 KHEntgG)

In den Verhandlungen zum Entgeltkatalog 2022 wurde vorgetragen, ca. 650 Mio. Euro des Kostenanstiegs seien durch „Aufbau von Personal“ erklärbar. Dieser Betrag ist unter Berücksichtigung der Struktur- und Personaldaten der Krankenhäuser, die Rahmen des Datenmeldeverfahrens gemäß § 21 KHEntgG für das Jahr 2019/2020 übermittelt wurden, allerdings deutlich zu hoch angesetzt. Krankenhäuser übermittelten dem InEK für den Zeitraum einen Zuwachs der Vollkräfte im Bereich des insgesamt beschäftigten Pflegepersonals in Höhe von 13.389 neuen Pflegevollkräften. Für den gleichen Zeitraum wurde für Personal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen ein Aufbau in Höhe von 30 Prozent über dem insgesamt gemeldeten Pflegepersonal (+ 17.559) angegeben. Paradoxerweise stehen damit mehr Pflegekräfte für die unmittelbare Patientenversorgung zur Verfügung als überhaupt insgesamt beschäftigtes Pflegepersonal gemeldet wurden. Die Pflegebudgetverhandlungen vor Ort zeigen, dass es sich bei den vermeintlich neu geschaffenen Stellen zu einem erheblichen Anteil um Verlagerungen aus anderen Organisationsbereichen handelt. Statt der in den Verhandlungen auf Bundesebene eingebrachten 650 Mio. Euro sind daher maximal 350 Mio. Euro real durch einen Stellenaufbau begründet. Es entsteht ein Bereinigungsbedarf von ca. 300 Mio. Euro.

### b) Messbare Umbuchungen in den Pflegedienst

Im Rahmen der Aufarbeitung des Pflegepersonalkostenanstiegs durch die Selbstverwaltungspartner wurden für „Umbuchung in den Pflegedienst“ ca. 200 Mio. erörtert. Diese Umbuchungen sind auf die im Rahmen des GVWG gesetzlich klargestellte Definition der pflegebudgetrelevanten Personalgruppen, die sich nun an den Definitionen der Pflegepersonaluntergrenzen orientiert, zurückzuführen. Dieses Personal war bisher in den Fallpauschalen kalkuliert und abgebildet, wurde aber in die Pflegekostenfinanzierung überführt. Diese Umbuchungen stellen einen nachvollziehbaren Anstieg des Pflegebudgets dar, müssen allerdings in der Fallpauschalenvergütung absenkend berücksichtigt werden. Es ergibt sich ein Bereinigungsbetrag von 200 Mio. Euro.

c) Nicht erklärbarer Anteil der Kostensteigerungen

Nach Berücksichtigung aller begründeten Faktoren (Tarifsteigerungen, Umbuchungen in den Pflegedienst, nachvollziehbarer Personalaufbau, erhöhter Einsatz von Fremdpersonal und Corona-Prämie) verbleiben weitere 200 Mio. Euro des ermittelten Kostenanstiegs, die nicht plausibel hergeleitet werden können. Dieser Betrag muss ebenfalls korrigiert werden.

Das Finanzvolumen für die Bereinigung des aDRG-Systems für das Jahr 2022 beläuft sich somit in Summe auf 700 Mio. Euro.

Erschwerend kommt hinzu, dass für den Katalog 2021 eine zu geringe Bereinigung vorgenommen wurde (mindestens 200 Mio. Euro), die basiswirksam bereits fortgeschrieben wurde und durch die GKV-Gemeinschaft jährlich weiter finanziert wird. Mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) wurde im letzten Jahr ein Korrekturbetrag in Höhe von 200 Mio. Euro vereinbart. Hintergrund ist ein veranschlagter, aber nicht realisierter Aufbau von Pflegehilfskräften (1-jährige pflegerische Ausbildung) für den im aDRG Katalog 2021 ein Betrag von 400 Mio. Euro angerechnet wurde. Die Struktur- und Personaldaten des Statistischen Bundesamtes, die in der Zwischenzeit für das Jahr 2019 vorgelegt wurden, weisen jedoch nur einen Personalaufwuchs mit dem Gegenwert von 200 Mio. Euro nach. Die Bereinigung für den DRG-Katalog 2021 viel damit mindestens 200 Mio. Euro zu niedrig aus.

Wenn der aktuelle Referentenentwurf für die Ersatzvornahme tatsächlich umgesetzt wird, würde nur ein Bruchteil der notwendigen Bereinigung realisiert. Im Endeffekt würden die Versicherten und die Arbeitgeber eine gute halbe Milliarde Euro zu viel zahlen – ohne, dass die Patientenversorgung dadurch besser wird. De facto findet ja keine Entlastung der Pflegekräfte in den Krankenhäusern statt, weil das angeblich neu eingestellte Personal in der Pflege am Bett weiterhin fehlt. Das verschärft die Probleme, die momentan das Gesundheitssystem belasten: Auf den Intensivstationen sollen nach Angaben der Intensivmediziner aktuell 4.000 Pflegekräfte fehlen. Erschwerend kommen die von großen Krankenhauskonzernen initiierten Personalverschiebungen hinzu, die angekündigt haben im großem Stil Tätigkeiten von Hilfskräften auf Pflegekräfte zu verlagern, da Effizianzanreize verloren gegangen sind. Sozialpolitische Verwerfungen, insbesondere in der Altenpflege und der Rehabilitation, sind aufgrund des bestehenden Lohngefälles zwischen den Sektoren absehbar.

**Gesetzliche Anpassungsbedarfe**

Es ist eine dringliche Aufgabe der neuen Bundesregierung kurzfristig Maßnahmen auf den Weg zu bringen, um die Spielräume für Manipulationen und Trickserien bei der Pflegekostenfinanzierung zu schließen:

- Das InEK wird gesetzlich mandatiert, bis zum 30.05.2022 ein Regelwerk zu entwickeln, das Vorgaben macht, unter welchen Voraussetzungen die Summe der Bewertungsrelationen des DRG-Vergütungssystems im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung um die auszugliedernden Pflegepersonalkosten vermindert oder im Falle einer Wiedereingliederung gesteigert werden. Die skizzierten Regelungen sind in 2022 mit Wirkung für den Katalog 2023 unmittelbar anzuwenden. Damit können zumindest gravierende Doppelfinanzierungen durch aDRGs und das Pflegebudget verhindert werden. Einen entsprechenden Änderungsantrag hat die AOK-Gemeinschaft erarbeitet und in den Gesetzgebungsprozess zum GVWG eingebracht (vgl. Anhang).
- Es wird eine gesetzliche Grundlage dafür geschaffen, dass im Rahmen der Verhandlung des Pflegebudgets auf der Ortsebene die „Meldung für das Personal im Pflegedienst des Krankenhauses nach Anhang E3 der Krankenhausstatistik 2018“ von den Krankenhäusern vorzulegen ist. Hintergrund ist, dass diese Meldung als (unbürokratischer, weil aus statistischen Gründen sowieso zu erstellender) Bezugspunkt für die Bemessung von Pflegepersonal in den Pflegebudget Verhandlungen zwischen DKG und GKV-SV vereinbart wurde. Es zeigt sich allerdings, dass die Vereinbarung auf der Ortsebene systematisch von den Krankenhäusern unterlaufen wird und die notwendigen Unterlagen nicht vorgelegt werden. Für einen wesentlichen Teil der Pflegebudgetverhandlungen (Bemessung des Pflegepersonals ohne pflegerische Berufsausbildung in der unmittelbaren Patientenversorgung) fehlt damit die fachliche Grundlage.
- Das InEK erhält den gesetzlichen Auftrag eine verlässliche Datenbasis aufzubauen, um Verlagerungs- und Buchungseffekte messen zu können und diese von Tarif- und Mengenentwicklung zu unterscheiden. Für notwendige Datenlieferung der Statistischen Landesämter bzw. des Stat. Bundesamtes wird eine gesetzliche Grundlage geschaffen.
- Das BMG vergibt eine unabhängige Evaluation zur Bewertung der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten, die bis zum Herbst 2022 vorzulegen ist. Bereits heute ist absehbar, dass der durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene zu erstellende Bericht nach § 17b Abs. KHG keinen nennenswerten Erkenntnisgewinn zur Analyse der vielfältigen Verwerfungen der derzeitigen Pflegekostenfinanzierung leisten wird.

Die neue Bundesregierung muss die Strategieanfälligkeit der Pflegekostenfinanzierung schnell angehen und dafür sorgen, dass die finanziellen Mittel endlich für die bessere Pflege, bessere Arbeitsbedingungen und somit auch für mehr Patientensicherheit eingesetzt werden. Die AOK-Gemeinschaft hat daher schon in den Vorschlägen für ein Sofortprogramm gefordert, dass die neue Bundesregierung die Doppelfinanzierung von DRGs und Pflegebudgets durch die skizzierten Maßnahmen gesetzlich ausschließt.

Darüber hinaus ist mittelfristig eine Neuordnung der Pflegekostenfinanzierung vorzunehmen. Die wesentlichen Eckpunkte dafür hat die AOK-Gemeinschaft mit den „AOK-Positionen für eine Vergütungs- und Strukturreform im Krankenhaussektor“ vom 31.07.2021 vorgelegt. Die Pflege soll durch eine digitale Leistungserfassung den ärztlichen Leistungen methodisch gleichgestellt werden, sodass perspektivisch die Kalkulation und Vergütung von Pflegeleistungen (statt Pflegekosten) erfolge kann und die Pflege Gegenstand einer validen Qualitätssicherung wird. Die bestehenden Abgrenzungs- und Doppelfinanzierungsproblematiken können so überwunden werden. Pflegeleistungen (statt Pflegekosten) müssen künftig im Fokus stehen. Damit würde die Patientenversorgung im Pflegebereich gestärkt und die Situation der Beschäftigten in der Pflege verbessert.

## **2. Zahlungsfrist für Krankenhausabrechnungen**

Der im Referentenentwurf ergänzte § 2 der DRG-Entgeltkatalogverordnung 2022 (DRG-EKV 2022) regelt die bundesweite Fortgeltung der verkürzten Zahlungsfrist für Krankenhausabrechnungen bis zum 30.06.2022. Ebenso wie bereits die Regelung des § 415 SGB V stellt der vorliegende Referentenentwurf einen Eingriff in die Regelungskompetenz der Vertragsparteien auf Landesebene dar. Zudem erscheint es widersprüchlich, dass auf der einen Seite seitens des Bundesministeriums für Gesundheit, aber auch in den Koalitionsverhandlungen, das Auslaufen der Maßnahmen zur pandemischen Notlage zum Ende November 2021 vorbereitet wird, auf der anderen Seite jedoch die erheblich verkürzte Zahlungsfrist bis in den Sommer 2022 (30.06.2022) weitergelten soll. Vor diesem Hintergrund steht die AOK-Gemeinschaft dem Referentenentwurf in diesem Punkt ablehnend gegenüber und hält eine Rückkehr zur Geltung der von den Vertragspartnern auf Landesebene bereits verhandelten Zahlungsfristen für geboten. Dieses Vorgehen würde die Krankenkassen zudem dabei unterstützen, die Liquidität angesichts der durch die steigenden Leistungsausgaben hervorgerufenen Belastungen über das Jahr 2021 hinaus sicherzustellen.