

Stellungnahme

der Deutschen Krankenhausgesellschaft

zum

Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

zur

**Verordnung zu den Entgeltkatalogen
für DRG-Krankenhäuser für das Jahr 2022
(DRG-Entgeltkatalogverordnung 2022
– DRG-EKV 2022)**

Stand: 4. November 2021

Inhaltsverzeichnis

Allgemeiner Teil.....	3
Besonderer Teil	5
§ 1 Abrechnungsgrundlage.....	5
§ 2 Verlängerung der Frist nach § 415 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	14
§ 3 Inkrafttreten	15
Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf	16

Allgemeiner Teil

Der vorliegende Referentenentwurf zur **DRG-Entgeltkatalogverordnung** 2022 sieht im Rahmen der **Normierung** einen absenkenden Betrag in Höhe von 175 Millionen Euro vor. Der Verordnungsgeber begründet die Absenkung mit vermeintlichen Umbuchungen von Pflegepersonal zwischen dem aG-DRG-Vergütungssystem und dem ausgegliederten Vergütungsbereich des Pflegebudgets. Aus Sicht der Krankenhäuser ist ein erneuter Eingriff in die Normierung des DRG-Systems aufgrund der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten grundsätzlich nicht mehr erforderlich, da gegebenenfalls letzte, noch korrigierende Buchungen durch gegenläufige Effekte weitgehend aufgehoben werden. Lediglich aufgrund eventuell noch bestehender Unsicherheiten bei der Interpretation der Daten kann der mit der Verordnung auf den Weg gebrachte Absenkungsbetrag als Ausgleich zwischen den deutlich voneinander abweichenden Einschätzungen der Selbstverwaltungspartner bewertet werden. Dabei geht die DKG davon aus, dass es sich um eine letztmalige Korrektur des Casemix-Volumens aufgrund der Ausgliederung der Pflege handelt und hält eine entsprechende Klarstellung in der Verordnung für angezeigt. Darüber hinausgehende Nachbesserungsbedarfe zu weiteren normierungsrelevanten Tatbeständen und zur Anpassung es Zusatzentgeltes für polyvalente Immunglobuline sind dem Besonderen Teil dieser Stellungnahme zu entnehmen.

Mit der Verlängerung des Geltungszeitraumes der auf fünf Tage verkürzten **Frist zur Begleichung von Krankenhausrechnungen** bis zum 30. Juni 2022 leistet der Verordnungsgeber einen wichtigen Beitrag zur kurzfristigen Sicherung der Liquidität der Krankenhäuser. Die DKG begrüßt diese Maßnahme daher uneingeschränkt. Die aktuelle Entwicklung der Corona-Pandemie mit wieder deutlich steigenden Fallzahlen macht jedoch **weitere Maßnahmen zur Erlös- und Liquiditätssicherung** der Krankenhäuser für die Jahre 2021 und 2022 zwingend erforderlich. Derzeit erwarten die Krankenhäuser für das Jahr 2021 einen Rückgang des Leistungsgeschehens von mindestens 12 Prozent. Da in den besonders stark von der Pandemie betroffenen Bundesländern schon jetzt planbare Eingriffe abgesagt werden müssen, um insbesondere die Intensivstationen vor einer Überlastung zu schützen, muss sogar davon ausgegangen werden, dass der tatsächliche Rückgang noch höher ausfallen wird und das Leistungsgeschehen auch im Jahr 2022 das Niveau vor Ausbruch der Pandemie bei Weitem nicht erreichen wird. Die Krankenhäuser bitten daher den Verordnungsgeber, den Ganzjahresausgleich für das Jahr 2021 an die aktuellen Entwicklungen anzupassen und auch für das Jahr 2022 einen entsprechenden Mechanismus auf den Weg zu bringen. Um die Liquidität der Krankenhäuser auch im kommenden Jahr abzusichern, sollte ergänzend zur bereits vorgesehenen Verlängerung der verkürzten Rechnungsfrist der vorläufige Pflegeentgeltwert für ab dem 1. Dezember 2021 aufgenommene Patientinnen und Patienten auf 213 Euro erhöht werden. Weitere Details dazu sind dem Besonderen Teil dieser Stellungnahme zu entnehmen.

Außerdem ist darauf hinzuweisen, dass nach aktueller Rechtslage die gesonderte Zuschlagsfinanzierung für nicht anderweitig finanzierte, coronabedingte Mehrkosten entfällt, die Mehrkosten die Krankenhäuser im Jahr 2022 hingegen weiterhin belasten werden. Zur Sicherung einer angemessenen Refinanzierung wird daher vorgeschlagen, in

Analogie zu der bis zum 30. September 2020 geltenden Regelung pauschale Zuschlagszahlungen gesetzlich innerhalb des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu verankern.

Erhebliche Sorgen bereitet den Krankenhäusern zudem die, insbesondere im Bereich der Pflege, äußerst angespannte Personalsituation. Aufgrund der in der **Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung** (PpUGV) unzureichend formulierten Ausnahmetatbestände und drohender Sanktionszahlungen steht zu befürchten, dass sich zahlreiche Kliniken angesichts der steigenden Fallzahlen schon bald gezwungen sehen werden, Betten zu sperren und damit die dringend notwendige Versorgung von schwerkranken Patientinnen und Patienten einzuschränken. Angesichts der aktuell stark steigenden Anzahl der **Respiratorischen Synzytial-Virus-Infektionen (RSV)** gilt dies in besonderem Maße auch für die Pädiatrien. Um die skizzierten Fehlentwicklungen zu verhindern, bitten die Krankenhäuser den Verordnungsgeber dringlichst, zeitnah eine rückwirkend zum 1. Oktober 2021 geltende PpUG-Sanktionsbefreiung auf den Weg zu bringen.

Besonderer Teil

§ 1

Abrechnungsgrundlage

Beabsichtigte Neuregelung

In dem vorgelegten Referentenentwurf der Verordnung zu den Entgeltkatalogen für DRG-Krankenhäuser für das Jahr 2022 wird ein Betrag in Höhe von 175 Mio. € bei der Normierung absenkend berücksichtigt. Der Ordnungsgeber begründet diese Normierung mit den ergänzenden Datenabfragen des InEK zur Analyse des Anstiegs der Pflegepersonalkosten der Kalkulationskrankenhäuser. Die Festlegungen des Ordnungsgebers resultieren aus der Einschätzung, dass die gesonderten Abfragen des InEK bei den Kalkulationskrankenhäuser Anhaltspunkte ergeben hätten, dass es zu Umbuchungen und Verlagerungen von Pflegepersonal zwischen dem aG-DRG-Vergütungssystem und dem ausgegliederten Vergütungsbereich des Pflegebudgets gekommen sei. Der Ordnungsgeber kommt zu dem Ergebnis, dass der Anstieg von Pflegepersonalkosten, der durch Umbuchen von Personalkosten aus Bereichen in den Pflegedienst, anteilig bei der Weiterentwicklung der Entgeltkataloge für DRG-Krankenhäuser nachvollzogen werden müsse. Der Ordnungsgeber sieht zu Recht in allen anderen Erklärungsansätzen zum Anstieg der Pflegepersonalkosten letztlich keine belastbare Grundlage für einen weiteren Normierungsbedarf des aG-DRG-Systems.

Die weiteren zwischen den Vertragsparteien strittigen Punkte werden in der Verordnung mit einem Verweis auf das zwischen den Vertragsparteien etablierte Verfahren adressiert, allerdings bei der Verordnung zu den Entgeltkatalogen nicht berücksichtigt.

Stellungnahme

Normierung der Pflegepersonalkosten

Der Ordnungsgeber kommt unter Berücksichtigung der Stellungnahmen von GKV-SV und DKG gemäß § 17b Abs. 7 Satz 1 Nr. 1 KHG zu dem Ergebnis, dass eine mutmaßliche Umbuchung von Personalkosten in den Pflegedienst aus Bereichen, die über die aG-DRG-Fallpauschalen finanziert werden, in Höhe von 175 Mio. € bei der Weiterentwicklung der Entgeltkataloge für DRG-Krankenhäuser nachzuvollziehen ist. Aus Sicht der DKG ist ein erneuter Eingriff in die Normierung des aG-DRG-Systems aufgrund der Ausgliederung des Pflegebudgets grundsätzlich nicht mehr erforderlich. Gegebenenfalls letzte noch korrigierende Buchungen werden durch gegenläufige Effekte weitgehend aufgehoben. Mit der Festlegung dieser Rechtsverordnung wird für den Effekt mutmaßlicher nachträglicher Buchungskorrekturen vor dem Hintergrund bestehender Datenunsicherheit ein Ausgleich zwischen den weit auseinander liegenden Bewer-

tungen der Selbstverwaltungspartner vorgenommen. Aus Sicht der Krankenhäuser kann es hierbei allerdings nur noch um eine letzte abschließende Korrektur handeln.

Die DKG hat bereits darauf hingewiesen, dass sich richtigstellende Buchungen allenfalls noch im Bereich der sonstigen Berufe bzw. ohne Berufsabschluss bewegen können. Aufgrund der zwischen den Vertragsparteien vereinbarten Konkretisierungen zur Pflegepersonalabgrenzung gerade für diese Berufsgruppen mit expliziter Begrenzung auf das Niveau der Ausgliederung des Jahres 2018 können darüberhinausgehende Zuordnungen hier aber nicht realisiert werden. Mit der gesetzlichen Rückwirkung (und damit hergestellten Verbindlichkeit) der Konkretisierung für das Vereinbarungsjahr 2020 sowie den äußerst kleinteilig geführten Budgetverhandlungen ist eine Doppelfinanzierung daher zukünftig grundsätzlich ausgeschlossen.

Die fehlende Berücksichtigung der weiteren normierungsrelevanten Tatbestände und der vorgeschlagenen Anpassung des Zusatzentgelts für polyvalente Immunglobuline ist hingegen deutlich zu kritisieren.

Keine fortlaufenden Normierungen

Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen ist nach gesetzlicher Systematik grundsätzlich bereits erfolgt. Dementsprechend ist eine Anpassung im Rahmen der Normierung (Prüfung von Höhe und Art der auszugliedernden Kosten) nach den Vorgaben des § 4 Abs. 1 der Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung grundsätzlich nur dann vorzunehmen, sofern im Rahmen des lernenden Systems Konkretisierungen bzw. Präzisierungen zur Abgrenzung von Pflegepersonalkosten vorgenommen wurden.

Der Gesetzgeber erläutert in der Gesetzesbegründung zum GVWG seine Definition von Doppelfinanzierung im Rahmen der krankenhausesindividuellen Pflegepersonalkostenfinanzierung und verweist darauf, dass mit der Konkretisierung der Abgrenzung der Pflegepersonalkosten vom 18.12.2020 seine Intention zur Vermeidung von Doppelfinanzierung erfüllt ist.

Verlagerungen von Personal innerhalb eines Krankenhauses zur „Pflege am Bett“ sind legitim und politisch erwünscht. Da es grundsätzlich keine Normierungseffekte bei Personalveränderungen im aG-DRG-System gibt, können diese keinesfalls eine nachträgliche „Korrektur“ an der erfolgten Ausgliederung begründen. Die Pflegepersonalkostenfinanzierung, die dem Prinzip der Ist-Kosten-Erstattung folgt und das aG-DRG-System als Fallpauschalensystem, stellen insofern zwei voneinander grundsätzlich unabhängige Vergütungssysteme ohne gegenseitige Wechselbeziehungen dar.

Bei einer regelmäßigen und fortlaufenden Neujustierung der beiden Vergütungssysteme besteht die Gefahr, dass die Krankenhäuser den politisch gewollten Zuwachs an Pflegekräften und deren gestiegenen Tariflöhne durch eine Absenkung der Relativgewichte des aG-DRG-Kataloges selbst finanzieren. Insofern sollte der Verordnung eine Klarstellung des Ordnungsgebers hinzugefügt werden, wonach die Ausgliederung der Pflegeerlösanteile grundsätzlich als abgeschlossen zu betrachten ist und sich eine

nochmalige Anpassung der Ausgliederung ausschließlich im Fall einer gegebenenfalls veränderten Abgrenzungsdefinition ergeben kann.

Würdigung der Stellungnahme des GKV-SV

In den „Ergänzenden Erläuterungen zur Vereinbarung der Kataloge für das Entgeltsystem 2022“ des GKV-SV (Stellungnahme des GKV-SV) finden sich weitere sachfremde Argumente, auf die nachfolgend kurz eingegangen werden soll:

Zu „Weiterer Korrekturbedarf aus dem letzten Jahr“

Auf Seite 4 der Stellungnahme des GKV-SV findet sich eine Argumentation wonach die Verschiebungen im Rahmen der Normierung des aG-DRG-Systems 2021 noch nicht nachvollzogen werden konnten. Im Ergebnis sei die im vergangenen Jahr vorgenommene Korrektur zu niedrig vereinbart worden. Der GKV-SV macht hieraus einen rückwirkenden Normierungsbetrag in Höhe von 200 Mio. € (basisbereinigend rückwirkend für 2021) geltend. Diese Forderung des GKV-SV konterkariert den auf Bundesebene gefundenen Kompromiss zur Konkretisierung der Abgrenzung der Pflegepersonalkosten.

Zur Verhinderung von Doppelfinanzierung und zur Verbesserung der Kongruenz der Ausgliederung haben sich die Vertragsparteien auf der Bundesebene am 18. Dezember 2020 auf eine Begrenzung der im Pflegebudget berücksichtigungsfähigen Vollkräfte ohne pflegerische Qualifikation geeinigt. Im Rahmen eines Kompromisses – der auch eine entsprechende Korrektur des Normierungsbetrages vorgesehen hatte – haben sich die Vertragsparteien für das Jahr 2021 auf eine verpflichtende Anwendung der Vorgaben im Rahmen einer Änderungsvereinbarung zur Vereinbarung nach § 17b Absatz 4 Satz 2 KHG (Konkretisierung der Abgrenzung der Pflegepersonalkosten für das Jahr 2020) geeinigt. Zudem haben sie eine gleichlautende Empfehlung für die noch nicht vereinbarten Pflegebudgets für das Jahr 2020 abgegeben. Dies erfolgte im Wesentlichen auch aufgrund juristischer Bedenken, die mit einer rückwirkenden Korrektur der bereits zum 01.01.2019 vorzugebenden Abgrenzungsvorgaben (vgl. § 17b Abs. 4 KHG) einhergegangen wären.

Mit dem GVWG wird in § 6a Abs. 7 KHEntgG die Anwendung der Konkretisierung der Abgrenzung der Pflegepersonalkosten für das Jahr 2020 für alle Krankenhäuser verbindlich, die bis zum 20.07.2021 noch kein Pflegebudget abgeschlossen haben. Der Gesetzgeber begründet die verbindliche Anwendung der Konkretisierung damit, dass die *„vereinbarte Begrenzung der Anrechenbarkeit von Personal ohne pflegerische Qualifikation die Intention des Auftrags des Gesetzgebers an die Vertragsparteien auf Bundesebene [erfüllt], zu gewährleisten, dass durch die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten keine Doppelfinanzierung von Leistungen oder Mehrausgaben jenseits der Finanzierung des Pflegepersonalaufwands in der Patientenversorgung entstehen (vgl. BT-Drs. 19/30560, S. 85).“*

Insofern haben die SV-Partner bereits korrigierende Maßnahmen ergriffen, die sowohl die Abgrenzungsvorgaben als auch die entsprechende Anpassung über die Normierung umfassen. Eine nachträgliche Korrektur würde insofern zu einer Unterfinanzierung der Pflege führen. Die Forderung des GKV-SV nach einer nachträglichen Korrektur dieser Beträge, ist daher mit äußerstem Nachdruck zurückzuweisen.

Zu Erstattung bei Mutterschaft und Beschäftigungsverbot (U2-Umlage)

In den „Ergänzenden Erläuterungen zur Vereinbarung der Kataloge für das Entgeltsystem 2022“ erläutert der GKV-SV, dass es aufgrund der separaten Finanzierung dieser Kosten vielmehr korrekt sei, dass diese weder über das Pflegebudget noch über das DRG-System finanziert werden.

Der GKV-SV verkennt dabei allerdings, dass es sich hierbei um Erlösvolumina handelt, die den Krankenhäusern vor der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen aus dem DRG-System zur Verfügung standen. Es handelt sich bei den Erstattungsbeträgen gerade nicht um Pflegepersonalkosten, die der Ausgliederung unterliegen, sondern im Sinne des Fallpauschalensystems um frei verfügbare Finanzierungsbeträge, die an die entsprechenden Vergütungen der Fälle gekoppelt sind.

Die Kalkulationskrankenhäuser hatten die Erträge aus den Erstattungen der U2-Umlage bei der Ermittlung der Pflegepersonalkosten im Rahmen der InEK-Kalkulation nur teilweise von den Pflegepersonalkosten abgezogen. Die vom InEK aus den Fallpauschalen ausgegliederten Pflegepersonalkosten der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen enthielten insofern auch die Beträge für die U2-Umlage bei Mutterschutz. Die Refinanzierung dieser Kosten entfällt daher aufgrund der durchgeführten Ausgliederung, da diese Kosten über das Pflegebudget nicht mehr geltend gemacht werden können.

Entsprechend der Abschätzung zum Vorgehen der Krankenhäuser im Rahmen der Kalkulation ergibt sich ein potenzielles Volumen von ca. 90 Mio. €, welches dem Fallpauschalensystem durch die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten in dem vorliegenden aG-DRG-Katalog 2022 entzogen wird.

Da diese Pflegepersonalkostenbestandteile zukünftig weder im Fallpauschalensystem noch im Pflegebudget refinanziert werden, ist hier aufgrund des unterschiedlichen Vorgehens der Krankenhäuser bei der Kalkulation ein anteiliger Normierungsbetrag in Höhe von 50 Mio. € erhöhend zu berücksichtigen.

Zu „Einzelrechnung zur Personalverlagerung“

Der GKV-SV führt aus, dass mit Blick auf die vom InEK vorgelegten Zahlen aller Krankenhäuser deutlich wird, dass eine Verlagerung von mindestens einem Drittel des Personals aus dem aG-DRG-Bereich in den Pflegedienst der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen erkennbar wird. Mit diesem Argument rechtfertigt der GKV-SV zentral eine Berücksichtigung bei der Normierung.

Hintergrund dieser Feststellung steht eine Analyse des InEK, wonach der Anstieg des „Pflegepersonals gesamt“ in Höhe von 17.559 stärker ausfällt als der Anstieg des „Pflegepersonals am Bett“ in Höhe von 13.389. In diesem Anstieg sind allerdings die politisch gewollten Verlagerungen von Personal innerhalb eines Krankenhauses zur „Pflege am Bett“ erfasst. Dies wird an den folgenden Beispielen deutlich:

Beispiel 1

Eine examinierte Pflegefachkraft ist im Jahr 2019 im Controlling (Fallkodierung) tätig. In der Corona-Krise wurde die examinierte Pflegefachkraft zur Versorgung der Corona-Patienten als Pflegekraft in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen eingesetzt. Zur Bewältigung der Fallkodierung wurde eine medizinische Kodierfachkraft eingestellt.

Der GKV-SV fordert hier einen Abzug der Personalkosten der Pflegekraft aus den aG-DRGs, der im Ergebnis zu einer Unterfinanzierung der Krankenhäuser führt.

Beispiel 2

Mit den Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136 c Absatz 4 SGB V wurde in § 17 des G-BA-Beschlusses die Anforderung vorgegeben, dass Kliniken der erweiterten Notfallversorgung über einer der zentralen Notaufnahme angeschlossene Beobachtungsstation von mindestens 6 Betten verfügen sollen. Eine Klinik widmet 3 Pflegekräfte, die zuvor in der Dienstleistung 03 (Funktionsdienst) als „Krankenpflegepersonal in der Ambulanz“ in der Notaufnahme tätig waren, für die pflegerische Versorgung der Patienten auf der Beobachtungsstation um. Hierbei werden die Pflegekräfte vom Funktionsdienst in den Pflegedienst verlagert. Für die Notaufnahme stellt die Klinik 3 Notfallsanitäter ein.

Zu „Umbuchungen in den Pflegedienst“

Der GKV-SV argumentiert in seiner Stellungnahme auf Seite 3, dass die vom InEK analysierten „Umbuchungen in den Pflegedienst“ auf die im Rahmen des GVWG gesetzlich klagestellte Definition der pflegebudgetrelevanten Personalgruppen zurückzuführen sei. Der Betrag der vom InEK ermittelten „Umbuchungen in den Pflegedienst“ sei insofern bei der Normierung vollständig korrekturrelevant. Diese Schlussfolgerung ist jedoch nicht richtig. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass zum Zeitpunkt der Erstellung der Kalkulationsdaten die eingrenzende Empfehlung der Vertragsparteien auf Bundesebene entweder noch nicht oder lediglich als Empfehlung vorlag. Die Verbindlichkeit der Konkretisierungen wurde erst mit dem GVWG nachträglich hergestellt. Insofern ist nachvollziehbar, dass die Pflegepersonalkosten in den Kalkulationsdaten höher liegen, als die tatsächlich in den Pflegebudgetvereinbarungen gemäß den neuen gesetzlichen Vorgaben geltend gemachten Finanzierungsbeträge.

Hinzu kommt, dass die Begrenzung der sonstigen Berufe und des Personals ohne Berufsbezeichnung auf das Niveau des Jahres 2018 die Auswirkungen von (nach den Vorgaben) richtig gestellten Buchungen in diesem Bereich begrenzt und daher keine Korrekturen bei der Ausgliederung nach sich ziehen kann.

Weitere normierungsrelevante Tatbestände

1. Zolgensma

Nach den Erläuterungen des InEK ergibt sich ein Bereinigungsvolumen für Zolgensma (i.H.v. 110 Mio. €).

Dieses Medikament (Gentherapie (ATMP)) zur ursächlichen Behandlung der 5q-assoziierten spinalen Muskelatrophie (SMA)) hatte im Jahr 2020 den Status 4 (bei Abschluss des NUB-Verfahrens im Januar 2020 noch keine Zulassung). Für 2021 hat das Medikament den NUB-Status 1 und wird erstmals mit der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems im Fallpauschalenkatalog 2022 abgebildet.

Da die Leistung im Datenjahr 2020 nicht spezifisch kodierbar war, wurde eine Abfrage im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung durchgeführt. Auf Basis der Ergebnisse geht das InEK von einer typischen Entgelthöhe von 2,26 Mio. € aus. Für den aG-DRG-Katalog 2022 ist die Aufnahme eines unbewerteten Zusatzentgelts für Zolgensma vorgesehen.

Nach dem hier praktizierten Vorgehen wird der Case-Mix auf Basis der Kostendaten und Leistungsmengen abgeschätzt und bereinigt. Dies wird damit begründet, dass durch innovative, neue Leistungen (NUB) i.d.R. „alte“ Leistungen, die im Fallpauschalensystem abgebildet waren, ersetzt werden.

Die außergewöhnliche Neuerung einer lebenslang einmaligen Gabe und den noch unerforschten Anwendungsmöglichkeiten hinsichtlich verschiedener Krankheitsvarianten lassen eine Bewertung hinsichtlich der zu erwartenden ersetzenden bisherigen Leistungen als sehr schwierig erscheinen. Vielmehr ist bei Zolgensma fraglich, ob bzw. inwieweit dadurch bisherige, stationäre Krankenhausleistungen ersetzt werden. Insofern wäre eine ausführliche Beratung in dieser Form erstmalig aufgetretenen Problematik erforderlich, die jedoch nicht erfolgt ist.

Da der GKV-SV im Zusammenhang mit der nicht geeinten Frage der Normierung keine Beratungen zu dieser Problematik führen wollte, sieht sich die DKG gezwungen auch diesen offenen Punkt durch den Ordnungsgeber festsetzen zu lassen. Aufgrund der dargestellten Unsicherheiten über die möglicherweise „ersetzbaren“ bisherigen Leistungen und der nicht hinreichend geklärten Anwendungsindikationen ist die Absenkung der Relativgewichte zu korrigieren. Die Relativgewichte des vorliegenden Kataloges sind entsprechend zu erhöhen.

2. Fallzahlen der Corona-Patienten im Jahr 2022

Mit der Erstellung des aG-DRG-Kataloges des Jahres 2022 hat das InEK bestimmte COVID-Fälle höher bewertet. Aufgrund der angewendeten Vorgehensweise bei der Normierung (Konstanthaltung des bundesweiten Case-Mix) führt die Aufwertung der Vergütung der Corona-Fallpauschalen zu einer Abwertung der Vergütung aller anderen Leistungen im Fallpauschalensystem.

Um den Effekt der Abwertung der anderen Leistungen zu messen, hat das InEK Berechnungen durchgeführt, um die Erlöse mit und ohne Berücksichtigung von Corona-Fällen zu analysieren. Im Ergebnis betrug die Verbesserung für die COVID-19-Fälle – und somit die Abwertung aller anderen Fälle – deutschlandweit 13.890 Case-Mix-Punkte bezogen auf die zugrunde liegende Covid-Fallzahl des Jahres 2020. Daraus ergibt sich ein Erlösvolumen von 55 Mio. €. In der besonderen Situation der noch bestehenden Corona-Pandemie lässt sich nach wie vor kaum abschätzen, in welchem Ausmaß es in 2022 angesichts der fortschreitenden Impfkampagne Covid-Fälle geben wird. Daher ist in diesem speziellen Punkt ein der besonderen Lage angepasstes Vorgehen erforderlich.

Für das gesamte Jahr 2022 ist mit weniger Covid-Fällen als im Jahr 2020 zu rechnen, so dass durch die sinkende Covid-Fallzahl das Erlösvolumen für diese Fälle nicht mehr erlöst wird. Vor diesem Hintergrund ist der aG-DRG-Katalog erhöhend zu normieren. Sofern in 2022 stationäre Covid-Fälle auftreten, stehen dem Mehrkosten aufgrund einer neuen pandemischen Erkrankung gegenüber, die ansonsten nicht refinanziert sind. Sollten in 2022 aufgrund der fortschreitenden Impfkampagne weniger Corona-Fälle auftreten, würden die Krankenhäuser bis zu 55 Mio. € an Erlösen einbüßen. Die Relativgewichte des vorliegenden aG-DRG-Kataloges 2022 sind daher entsprechend zu erhöhen.

Weitere Änderungen am aG-DRG-Katalog 2022

Polyvalente Immunglobuline

Der DKG liegt eine Vielzahl an Hinweisen vor, dass mit einem deutlichen Anstieg der Preise für Human-Immunglobuline zu rechnen ist (Zusatzentgelt ZE93 im Katalog 2021). Ursächlich dafür ist eine eingeschränkte Verfügbarkeit der Präparate infolge der COVID-19-Pandemie. Die Hinweise erreichten die DKG zu einem Zeitpunkt, zu dem die Katalogerstellung für das Jahr 2022 durch das InEK bereits abgeschlossen war. Vor diesem Hintergrund hat das InEK, bei dem entsprechende Hinweise parallel ebenfalls eingegangen sind, bereits erkennen lassen, dass eine Kataloganpassung, welche nicht auf konkreten Kostendaten beruht, zwischen den Vertragsparteien auf Bundesebene abzustimmen wäre.

Von dem Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) wurde der DKG eine Übersicht über die zu erwartenden Preissteigerungen zur Verfügung gestellt:

Preissteigerungen im Bereich der Immunglobuline - ZE93

Preisangaben der Firmen:

		2020	2021	2022	
Biotest:	UK 1	42,10 €/g Intratect	41,90€/g Intratect	59,50 €/g Intratect	→ Preiserhöhung 41%
	UK 2	41,90 €/g Intratect	41,90€/g Intratect	58,00 €/g Intratect	→ Preiserhöhung 38%
CSL:	UK 1	41,80 €/g Privigen	45,82 €/g Privigen	51,50 €/g Privigen	→ Preiserhöhung 23%
	UK 2	41,30 €/g Privigen	44,90 €/g Privigen	55,00 €/g Privigen	→ Preiserhöhung 33%
Octapharma:	UK 1	43,00 €/g Octagam	47,00 €/g Octagam	60,00 €/g Octagam	→ Preiserhöhung 39%
	UK 3	43,00 €/g Octagam		70,00 €/g Octagam	→ Preiserhöhung 61%
	UK3	39,50 €/g Kiovig		48,20 €/g Kiovig	→ Preiserhöhung 22%

Danach würden sich die zu erwartenden Preissteigerungen in einer Spanne von 22 % - 61 % im Vergleich zum Jahr 2021 bewegen.

Eine vergleichbare Situation lag bei der Vereinbarung der Entgeltkataloge für das Jahr 2019 vor. Auch hier hatte die DKG bei dem Zusatzentgelt ZE 93 *Gabe von Human-Immunglobulin, polyvalent, parenteral* im Jahr 2018 bei der Abnahme des Zusatzentgelte-Katalogs für das Jahr 2019 auf absehbare Preissteigerungen aufmerksam gemacht, die im Katalogentwurf des InEK bei der Bewertung des Zusatzentgelts nicht berücksichtigt wurden. Im Ergebnis hatten sich die Vertragsparteien auf Bundesebene letztlich auf eine gemeinsame Absprache verständigt, mit der Preisentwicklungen, die die im Katalog 2019 hinterlegten Beträge übersteigen, bis zu einer Obergrenze von 15 % rückwirkend berücksichtigt werden können. Dazu sollten die Partner der Absprache im Jahr 2020 mit Unterstützung des InEK auf der Grundlage hierzu vorliegender Daten überprüfen, ob die tatsächlichen Bezugskosten für die maßgeblichen Immunglobuline oberhalb der im Katalog berücksichtigten Beträge lagen. Im Ergebnis hat sich gezeigt, dass die tatsächlichen Preissteigerungen deutlich oberhalb der abgestimmten Obergrenze lagen und somit nachträglich nur ein anteiliger Ausgleich der festgestellten Kostensteigerungen erfolgen konnte.

Änderungsvorschlag

Die DKG hat den GKV-Spitzenverband bereits im Rahmen des Spitzengesprächs am 03.09.2021 im Anschluss an die Ergebnispräsentation des InEK zum Entgeltsystem 2022 über die sich abzeichnenden Preissteigerungen bei den polyvalenten Immunglobulinen informiert und darauf hingewiesen, dass mit den im Katalogentwurf für das Jahr 2022 hinterlegten Beträgen eine kostendeckende Vergütung nicht gewährleistet sei. Als Lösungsoptionen wurden die nachfolgenden Punkte nach Priorität absteigend vorgetragen:

- Korrektur der für das ZE93 (Gabe von Human-Immunglobulin, polyvalent, parenteral) im Zusatzentgelte-Katalog 2022 hinterlegten Beträge entsprechend der sich abzeichnenden Preisentwicklung.

-
- Überführung des ZE93 in ein krankenhausesindividuelles Zusatzentgelt, damit die Vertragsparteien auf Ortsebene im Rahmen der Budgetverhandlungen angemessene Beträge, die die aktuelle Preisentwicklung widerspiegeln, vereinbaren können.
 - Aufnahme einer Vorgabe durch den Verordnungsgeber, nach der mit Unterstützung des InEK auf der Grundlage hierzu vorliegender Daten überprüft wird, ob die tatsächlichen Bezugskosten für die maßgeblichen Immunglobuline oberhalb der im Katalog für das Jahr 2022 berücksichtigten Beträge lagen. Für den Fall der Feststellung entsprechender Preissteigerungen erfolgt eine nachträgliche Korrektur des Differenzbetrages in Form eines Bewertungsaufschlags auf das ZE93.

§ 2

Verlängerung der Frist nach § 415 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Beabsichtigte Neuregelung

Die auf fünf Tage verkürzte Frist für die Begleichung von Krankenhausrechnung wird über den 31. Dezember 2021 hinaus bis zum 30. Juni 2022 verlängert.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen die Verlängerung des verkürzten Zahlungsziels ausdrücklich. Sie leistet einen wichtigen Beitrag, um die Liquidität der Krankenhäuser sicherzustellen.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

§ 3

Inkrafttreten

Beabsichtigte Neuregelung

Die Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Stellungnahme

Keine.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf

Die DKG hat in ihrem Mitgliedsbereich eine Umfrage zur Fallzahl- und Case-Mix-Entwicklung im Jahr 2021 durchgeführt. Nach Sichtung der ersten Ergebnisse erwarten die Krankenhäuser für das Jahr 2021 insgesamt weiterhin einen Rückgang des Leistungsgeschehen von circa 12 Prozent. Die Umfrage fand im Zeitraum vom 15.09.2021 bis 15.10.2021 statt. Insofern sind die Ergebnisse ohne die aktuellen Entwicklungen der Corona-Pandemie zu bewerten. Es muss davon ausgegangen werden, dass die Prognosen vor diesem Hintergrund sogar zu optimistisch ausgefallen sind.

Hinzu kommt, dass die Budgetverhandlungen für das Jahr 2020 in vielen Bundesländern weit hinter einer akzeptablen Abschlussrate zurück liegen. Die Krankenhäuser sind dem Willen der Politik nachgekommen und haben in nicht unerheblichem Umfang Pflegepersonal aufgebaut, dass nun aufgrund der nicht abgeschlossenen Budgetvereinbarungen 2020 nicht adäquat refinanziert wird. Zudem können relevante Zuschläge, wie beispielsweise der Sicherstellungszuschlag (§ 5 Abs. 2 KHEntgG), der Zuschlag bei Teilnahme an der Notfallversorgung (§ 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG) oder der Zuschlag für Krankenhäuser, die in die Liste nach § 9 Abs. 1a Nr. 6 KHEntgG aufgenommen wurden (§ 5 Abs. 2a KHEntgG), nicht vereinbart werden, was die Liquiditätsslage zudem verschlechtert.

Die Krankenhäuser sehen sich derzeit weiterhin erheblichen Erlösverlusten und Liquiditätsengpässen ausgesetzt. Die Politik muss daher zwingend Maßnahmen ergreifen, damit die Krankenhäuser nicht angesichts der sich erneut verschlechternden Corona-Lage in ihrer wirtschaftlichen Existenz bedroht werden.

Erhöhung der Ersatzbeträge gemäß § 15 Abs. 2a KHEntgG

Aufgrund der komplexen und konfliktären Verhandlungen zum Pflegebudget auf der Ortsebene sind für 2020 bisher nur maximal die Hälfte aller Pflegebudgets vereinbart worden, für 2021 wurden nur vereinzelt Pflegebudgets fortgeschrieben. Im Ergebnis können die Krankenhäuser ihre tatsächlichen Pflegepersonalkosten – inkl. Personalaufbau sowie Lohnentwicklung – noch immer nicht vollständig refinanzieren.

Die fehlenden Budgetvereinbarungen in Kombination mit der pandemiebedingten, geringeren Belegung führen zu einer Liquiditätslücke bei den Krankenhäusern, die durch einen höheren vorläufigen Pflegeentgeltwert wirksam abgeschwächt werden könnte.

Deutlich wird die Problematik, da die Normierung des Pflegeerlöskataloges 2022 aufgrund der Einflüsse der Corona-Pandemie – analog zum aG-DRG-Katalog 2022 – auf Basis der Kostendaten des Jahres 2019 (sowie der Belegungstage 2020) ermittelt. Dies führt im Ergebnis dazu, dass die Bezugsgröße für den Pflegeerlöskatalog 2022 mit 155,71 € (durchschnittliche Tageskosten) kaum höher ausfällt als für den Pflegeerlöskatalog 2021 (151,97 €).

Das InEK hatte im Rahmen der Beratungen zur Katalogentwicklung dargestellt, dass unter der normalen Vorgehensweise bei der Normierung des Pflegeentgeltkataloges

2022 (auf Basis der Kostendaten des Jahres 2020) die Bezugsgröße für den Pflegeerlöskatalog auf ca. 200 € steigen würde. Sofern die tatsächliche Bezugsgröße unter Anwendung der Teilkostenorientierungswerte für Personalkosten der Jahre 2020 und 2021 fortentwickelt würde, ergäbe sich ein Ersatzbetrag nach § 15 Abs. 2a KHEntgG in Höhe von ca. 213 €.

Durch den reduzierten Ersatzbetrag nach § 15 Abs. 2a KHEntgG entsteht den Krankenhäusern somit eine Unterdeckung der Liquidität in Höhe von 20 Prozent. Um diesen Effekt abzumildern, wird der folgende Änderungsvorschlag für den § 15 Abs. 2a KHEntgG unterbreitet:

„(2a) Kann der krankenhaushausindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2020 noch nicht berechnet werden, sind für die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a die Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wie folgt zu multiplizieren:

1. bis zum 31. März 2020 mit 146,55 Euro,
2. vom 1. April 2020 bis zum 31. Dezember 2020 mit 185 Euro, **und**
3. ab dem 1. Januar 2021 mit 163,09 Euro **und**
4. **für ab dem 1. Dezember 2021 aufgenommene Patientinnen und Patienten mit 213 Euro.**“

Aufgrund des gesetzlich festgelegten Mehr- und Minderkostenausgleichs gemäß § 6a Abs. 2 Satz 3 KHEntgG führt diese Maßnahme im Ergebnis nicht zu Mehrausgaben für die Krankenkassen.

Ganzjahresausgleich 2021

Zum Zeitpunkt der Festlegung des Ganzjahresausgleiches für das Jahr 2021 wurde angenommen, dass die Corona-Inzidenzen im Sommer rückläufig sind und im folgenden Herbst aufgrund der dann abgeschlossenen Impfkampagne keine weitere „Corona-Welle“ mehr zu erwarten ist. Man ging vielmehr davon aus, dass es ab der Jahresmitte zu Nachholeffekten in der stationären Versorgung kommen könnte. Insofern liegt dem Rettungsschirm 2.0 die Annahme und Erwartung zu Grunde, dass die Leistungen des Gesamtjahres 2021 sich erholen und deutlich über dem Niveau des Jahres 2020 liegen würden. Diese Einschätzungen sind jedoch nicht eingetreten. Die aktuellen Prognosen erwarten einen Fallzahlrückgang in Höhe von mindestens 12 Prozent für das Jahr 2021 einer aktuell deutlichen Zunahme des Corona-Fallgeschehens. Das entspricht den Fallzahlrückgängen in 2020 und könnte diese sogar übertreffen. Die Ausgestaltung des Ganzjahresausgleichs 2021 gemäß § 5 der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser in dieser Form ist daher vor diesem Hintergrund dringend neu zu bewerten.

Bei der Vereinbarung eines Erlösrückgangs im Rahmen des Ganzjahresausgleichs 2021 sind nur 98 Prozent der Erlöse für 2019 (angepasster Budget-Referenzwert) zu berücksichtigen. Eine 2-prozentige Erlösdifferenz zu 2021 wird insofern nicht ausgeglichen. Die Absenkung des Budgetreferenzwertes 2019 bei einem Leistungsrückgang wurde seitens des Ordnungsgebers mit einem Leistungsanreiz begründet. Die Absenkung erfolge um sicherzustellen, dass sofern keine Leistungen erbracht werden, nicht die komplette Erlösdifferenz ausgeglichen wird. Erlösrückgänge zwischen 2021 und 2019 werden allerdings davon unabhängig grundsätzlich nur in Höhe von 85 % ausgeglichen. Dabei sind die variablen Kosten vor dem Ausgleich schon herausgerechnet.

Dies führt im Ergebnis dazu, dass die Krankenhäuser erst einen Erlösausgleich geltend machen können, wenn der Erlösrückgang gegenüber 2019 größer als 2 Prozent ausfällt. Bei einem Budgeterlös von 100 Mio. € würden somit bereits 2 Mio. € Erlöse in Gänze nicht ausgeglichen. Bezogen auf ein Bundesland wie NRW mit einem Leistungsvolumen von rd. 4 Mio. CM-Punkten und einem daraus resultierendem Ausgaben-volumen nur für DRG-Fallpauschalen von mehr als 15 Mrd. Euro würde sich, alleine bezogen auf die 2 %ige Absenkung der Referenzgröße, ein vollständiger Erlösabzug auf einen Betrag von rund 300 Mio. € belaufen. Insbesondere auch aufgrund des aktuell zunehmenden Pandemiegeschehens dürfen aber die dringend benötigten personellen Vorhaltungen und die Leistungsbereitschaft der Krankenhäuser nicht gefährdet werden, da die Versorgung weiterhin sicherzustellen ist.

Auch weil die Differenz bei einem Erlösrückgang nur zu 85 Prozent ausgeglichen wird, besteht zudem bereits ein ausreichender Leistungsanreiz für die Krankenhäuser. Daher fordert die DKG dringend die Streichung der 98-Prozent Regelung, damit der aktuell deutlich schlechter als erwartet eingetretenen Lage Rechnung getragen wird.

Der Ganzjahreserlösausgleich ist wie folgt anzupassen:

§ 5 Abs. 9 der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser wird wie folgt gefasst:

9) ~~Bei der Vereinbarung eines Erlösrückgangs sind 98 Prozent der nach Absatz 8 Satz 1 Nummer 1 für das Jahr 2019 vereinbarten Erlöse zugrunde zu legen.~~ Der Ausgleichsbetrag entspricht 85 Prozent des nach Absatz 8 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a vereinbarten Erlösrückgangs.

Ganzjahresausgleich 2022

Die Corona-Pandemie wird sich absehbar auch im Jahr 2022 massiv auf die Erlössituation der Krankenhäuser auswirken. Schon jetzt befinden sich wieder über 2000 Covid-Patienten auf den Intensivstationen. Nach aktuellen Abfragen der DKG erwarten die Krankenhäuser für 2021 Fallzahlrückgänge von deutlich über 10 % gegenüber 2019. Das entspricht größenordnungsmäßig den Leistungsrückgängen aus dem Jahr 2020 in Höhe von 13 %. Da die Abfrage im Zeitraum vom 15.09.2021 bis 15.10.2021 durchgeführt wurde, sind die derzeit weiter ansteigenden Inzidenzzahlen und Hospitalisierungs-

raten dabei noch nicht berücksichtigt. Aus der Erfahrung der zurückliegenden Pandemienmonate zeigt sich ein sehr deutlicher Zusammenhang zwischen der jeweiligen Höhe der Neuinfektionen mit dem Corona-Virus SARS-CoV-19 und den Leistungsrückgängen in den Krankenhäusern. Einerseits sinkt bei steigenden Infektionsraten die Inanspruchnahme durch potenzielle Patientinnen und Patienten, andererseits stellen sich die Krankenhäuser erneut auf die aufwändige Versorgung von Covid-Patienten ein und richten ihre Ressourcen und Abläufe danach aus.

Die notwendigen Anpassungen an die sich derzeit weiter verschärfende Lage stellen eine erneute Herausforderung für die Kliniken dar. Die Krankenhäuser müssen daher die entsprechenden Maßnahmen zur internen Vorbereitung, zur Behandlung von Covid-Erkrankten und zur Abstimmung und Vernetzung mit anderen Kliniken bzw. mit Schwerpunktkliniken in der Covid-Versorgung ergreifen können, ohne dadurch Erlösverluste befürchten zu müssen. Außerdem ist absehbar, dass die Inzidenz- und Hospitalisierungszahlen weit in das Jahr 2022 hinein auf einem hohen Niveau bleiben und die Krankenhäuser aufgrund der dargestellten Zusammenhänge weiterhin deutliche Leistungs- und Erlösverluste verzeichnen werden. Aus diesen Gründen ist auch für das Jahr 2022 eine Absicherung des Budgets notwendig, damit die Leistungsfähigkeit und die Handlungsspielräume der Krankenhäuser erhalten bleiben. Ohne stabilisierende Maßnahmen sind etablierte und bedarfsnotwendige Versorgungskapazitäten bis hin zu ganzen Krankenhausstandorten in ihrem Bestand gefährdet.

Zur Vermeidung von erheblichen Budgetverlusten aufgrund der Corona-Pandemie in Verbindung mit daraus resultierenden Fallzahlrückgängen in der Regelversorgung sollte grundsätzlich auf das Instrument des Ganzjahreserlösausgleiches zurückgegriffen werden, das auch bereits für die Jahre 2020 bzw. 2021 Anwendung findet. Hier bedarf es allerdings einer erweiterten Betrachtung über die reinen akutstationären Erlöse der Krankenhäuser hinaus auch auf Erlöseinbußen aus den ambulanten Versorgungsbereichen und weiteren Nebenbetrieben.

Zwingend notwendig sind flankierende Ausgleichszahlungen, die insbesondere zur Aufrechterhaltung der Liquidität dienen und über den Ganzjahresausgleich weitgehend wieder ausgeglichen und so ggfs. auch wieder zurückgezahlt werden. Dieser Aspekt ist zu berücksichtigen, da das Instrument des Ganzjahreserlösausgleichs erst im Laufe des jeweiligen Folgejahres zahlungswirksam wird. Ausgleichszahlungen zur Liquiditätssicherung sollten hier insbesondere von Krankenhäusern mit relevanten Leistungsrückgängen gegenüber 2019 in Anspruch genommen werden können.

Pandemiebedingte Sanktionsbefreiung der Pflegepersonaluntergrenzen

Die Zahl der Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer Infektion mit dem Corona-Virus einer stationären Krankenhausbehandlung bedürfen, ist in den vergangenen Wochen rasant angestiegen. Angesichts der immer noch unzureichenden Impfquote muss davon ausgegangen werden, dass sich die Lage in den Krankenhäusern in den kommenden Wochen erheblich zuspitzen wird und die Krankenhäuser vielerorts erneut an die Belastungsgrenze bringen werden. In der Pädiatrie führt die hohen Anzahl der Re-

spiratorische Synzytial-Virus-Infektionen (RSV) zusätzlich dazu, dass die entsprechenden Stationen mittlerweile überfüllt sind und keine Reservekapazitäten mehr existieren. Dabei wird deutlich, dass die Vorgaben der Pflegepersonaluntergrenzen hier nicht mehr eingehalten werden können. Damit werden die Kliniken am Ende für ihr Engagement in der Behandlung dieser Patientinnen und Patienten finanziell bestraft. Alternativ wären Krankenhäuser gezwungen, Betten zu sperren und damit die dringend notwendige Versorgung von schwerkranken Patientinnen und Patienten einzuschränken. Das kann politisch nicht gewollt sein.

Die in der PpUGV formulierten Ausnahmetatbestände sind nicht ausreichend, da die Entscheidung über das Vorliegen einer Ausnahmesituation – und der damit verbundenen Sanktionsbefreiung – letztlich den Kassen vor Ort überlassen wird. Die Krankenhäuser schlagen daher vor, eine grundsätzliche PpUG-Sanktionsbefreiung für die Krankenhäuser ab Oktober 2021 einzuführen. Als Blaupause könnte die Regelung in § 21 KHG zur Sanktionsbefreiung während des Erhalts von Ausgleichszahlungen dienen, jedoch ohne Bezug auf die bereits Mitte Juni 2021 ausgelaufenen Ausgleichszahlungen. Alternativ kann eine entsprechende Klarstellung auch direkt in der noch ausstehenden PpUGV 2022 aufgenommen werden. Sollte ein differenzierteres Vorgehen zur Sanktionsbefreiung angestrebt werden, so könnten entsprechend sinnvolle und handhabbare Kriterien vorgegeben werden, z. B. Anzahl Covid-Patienten oder Anzahl RSV-Patienten.