

18.08.2022

Stellungnahme zum Referentenentwurf für ein Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfIEG)

A. Vorbemerkung

Mit dem vorliegenden Gesetz Entwurf beabsichtigt die Bundesregierung, ein zusätzliches Pflegepersonalbemessungsinstrument einzuführen. Weiterhin sollen vor allem durch Fristvorgaben Abschlüsse von Pflegebudgets beschleunigt werden.

1. Pflegepersonalvorgaben

Aus Sicht des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken ist ein solches Pflegepersonalbemessungsinstrument nur anstelle anderer, bereits geltender Instrumente sinnvoll und zielführend. Das Nebeneinander von Pflegepersonaluntergrenzen, Personalquotienten, Personalvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie Personalvorgaben aus einzelnen OPS Codes, Entlastungstarifverträgen ist in der Praxis nicht mehr beherrschbar. Dafür sprechen folgende Gründe:

- Das Nebeneinander der vorgenannten und nicht aufeinander abgestimmten Personalregelungen schafft keinerlei zusätzliches Pflegepersonal. Eher ist zu befürchten, dass die mit der Überwachung notwendigen bürokratischen Vorgaben Pflegekräfte zusätzlich belasten und von ihrer eigentlichen Aufgabe, der Versorgung der Patienten abhalten. Die Unzufriedenheit des Pflegepersonals wird eher wachsen.
- Durch die Einführung der Pflegebudgets hat kein Krankenhaus ein wirtschaftliches Interesse daran, am Einsatz von Pflegekräften zu sparen. Laut Deutschem Krankenhausinstitut sind aktuell rund 22.300 Pflegestellen unbesetzt.¹ Die Krankenhäuser unternehmen erhebliche Anstrengungen, um die Zahl der offenen Stellen zu reduzieren. Dazu werden sogar Pflegekräfte aus dem Ausland angeworben. Bei diesem offensichtlichen Fachkräftemangel ist es aus unserer Sicht absolut fragwürdig, fehlende Pflegestellen wirtschaftlich zu sanktionieren. Dies erweckt den Eindruck, als wolle man den viel diskutierten Strukturwandel der bestehenden Krankenhäuser über diese Personalbemessungsinstrumente einleiten.
- Der Fachkräftemangel in der Pflege hat zu einem echten Arbeitnehmermarkt geführt. Mitarbeitende in der Pflege sind in allen Krankenhäusern dringend gesucht. Daraus ergeben sich für die Krankenhäuser zwingende Notwendigkeiten, für die Mitarbeitenden in der Pflege gute und attraktive Arbeitsbedingungen bereitzustellen. Diese ergeben sich im Wesentlichen aus einer guten Bezahlung, guten Arbeitsbedingungen und weitgehend planbaren Dienstplänen. Gute

¹ DKI-Krankenhausbarometer 2021 abrufbar [hier](#)

Arbeitsbedingungen benötigen zwingend eine gute Arbeitsorganisation, die sich aus der sinnvollen Arbeitsteilung mit anderen Berufsgruppen ergibt. Überzeugend sind Konzepte der Zusammenarbeit von akademisch ausgebildeten Pflegekräften, examinierten Pflegekräften, Therapeuten und Pflegehilfskräften mit und ohne staatliche Anerkennung. Auch gemeinsam geleitete ärztliche und pflegerische Teams auf Station sind sehr erfolgversprechend. Vor allem Pflegehilfskräfte ohne staatliche Anerkennung werden im Stationsalltag dringend gebraucht. Fällt für diese ab 2024 die Finanzierungsgrundlage weg, wird sich die Situation der Pflege deutlich verschlechtern. Daran wird auch ein neues Pflegepersonalbemessungskonzept nichts ändern.

- Zusätzlich sollten Möglichkeiten der Digitalisierung noch stärker zur Entlastung von Pflegekräften und weiteren Berufsgruppen im Krankenhaus genutzt werden.

2. Vereinbarung der Pflegebudgets

Sehr kritisch und als praktisch nicht umsetzbar bewerten wir die im Entwurf vorgesehenen Maßnahmen zur Beschleunigung der Budgetverhandlungen auf Ortsebene:

- Es bestehen sowohl bei den Krankenkassen als auch bei den Krankenhäusern eingeschränkte Kapazitäten, weshalb die Fristen für den Abschluss offener Verhandlungen nicht realistisch erscheinen. Dies gilt gerade auch vor dem Hintergrund der erheblichen Erweiterung vorzulegender Unterlagen und Nachweise zum Thema Pflegebudget.
- Über Jahre bestehende offene Verfahren lassen sich nicht innerhalb von einem guten halben Jahr abschließen. Würde die Regelung umgesetzt, würde ein Großteil der offenen Verfahren (weit über 4.000) in die Schiedsstellen laufen. Auch Kostenträger teilen diese Bewertung.²
- Die neue Vorgabe würde zu einer vollständigen Überforderung der Schiedsstellen führen und infolge der Wartezeiten das Gegenteil eines beschleunigten Verfahrens bedeuten. Wir empfehlen, im weiteren Gesetzgebungsverfahren die Schiedsstellenvorsitzenden und Genehmigungsbehörden zu den Neuregelungen anzuhören.
- Die vorgesehene Sanktionsregel bezieht sich nur auf die Krankenhäuser, die aber kein Interesse an einer Verzögerung von Budgetabschlüssen haben. Der gesetzlich festgelegte Pflegeentgeltwert, den die Krankenhäuser ersatzweise bis zum Abschluss des Budgets erhalten, liegt deutlich unter den tatsächlichen Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser. Jeder Monat ohne Budgetabschluss bedeutet Liquiditätsverluste für die Krankenhäuser und einen Liquiditätsgewinn für die Krankenkassen. In Anbetracht

² https://aok-bv.de/positionen/statements/index_25824.html

dieser Ausgangslage machen Sanktionen für die Krankenhäuser keinen Sinn. Dieser Vorschlag unterstützt lediglich die Strategie der Krankenkassen durch das wiederholte Nachfordern von Unterlagen, Budgetabschlüsse weiter zu verzögern. Die Sanktionen für Krankenhäuser sind zu streichen oder auch auf Krankenkassen auszudehnen.

- Um Abschlüsse zu beschleunigen, sollten die Ursachen der Verzögerungen bei den Budgetabschlüssen beseitigt werden. Wesentliche Ursache von Verzögerungen ist Streit um die Definition und die Höhe des Pflegebudgets:
- Der Abschluss von Budgetvereinbarungen verzögert sich im Bereich der Pflegekosten dadurch, dass über die von den Parteien nach § 18 Abs. 2 festgelegten Daten von den Krankenkassen auf Ortsebene zusätzliche kleinteilige Daten bis auf Mitarbeiter- und Schichtebene eingefordert werden. Diese Nachforderungen sind inhaltlich oft nicht begründbar und werden von der Krankenkassenseite regional unterschiedlich vorgenommen.
 - Das Pflegebudget sollte auf Basis der Wirtschaftsprüferfestate vereinbart und die Nachforderung weiterer Unterlagen auf Ortsebene ausgeschlossen werden. Die Budgetverhandlungen würden hierdurch massiv beschleunigt. Der Gesetzgeber hat in § 6a Abs. 3 festgelegt, dass die Krankenhäuser jedes Jahr umfangreiche Testate vorlegen. Auch das InEK nutzt die Testate aktuell bereits für die Weiterentwicklung des Vergütungssystems.
 - Auf Ortsebene führt der Streit darüber, welche pflegentlastenden Maßnahmen berücksichtigt werden, zu erheblichen Verzögerungen. Aktuell können Maßnahmen die zu einer Entlastung von Pflegepersonal führen im Pflegebudget in einer Höhe von bis zu 4 Prozent erhöhend berücksichtigt werden. Indem pflegeentlastende Maßnahmen pauschal mit 4 Prozent erhöhend berücksichtigt werden, werden Abschlüsse erheblich beschleunigt.
 - Es sollte festgelegt werden, dass die Verhandlungen nach Aufforderung einer Partei im laufenden Geschäftsjahr binnen sechs Monaten abzuschließen sind und andernfalls die Schiedsstelle ohne Antrag entscheidet.
 - Mit diesen Maßnahmen würden die wesentlichen Ursachen für Verzögerungen bei Budgetabschlüssen behoben und die Verfahren erheblich beschleunigt. Alternativ könnte das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt werden, per Rechtsverordnung wesentliche Streitfragen, die auf Ortsebene immer wieder auftreten, einmalig präjudizierend festzulegen.



B. Spezieller Teil

Art. 1 Nr. 3 § 137k Neufassung

Neuregelung

Um die Personalsituation in der Pflege kurzfristig zu verbessern, soll der für eine bedarfsgerechte Pflege am Bett erforderliche Personaleinsatz auf bettenführenden Stationen der Somatik unter Berücksichtigung des Konzeptes PPR 2.0 in Vorgaben zur Personalbesetzung festgelegt werden.

Bewertung

Mit der Neuregelung wird es nicht gelingen die Situation der Pflege zu verbessern. Hauptproblem einer Pflegepersonalbemessung ist, dass die Bestimmung eines Soll-Personalbedarfs keine zusätzlichen Pflegekräfte schafft. Im Fachkräftemangel hat jedes Krankenhaus offene Stellen in der Pflege. Es muss nach Möglichkeiten der Entlastung des bestehenden Personals gesucht werden. Hierzu gehören wirksamer Bürokratieabbau, weitere Digitalisierung und die Berücksichtigung und Finanzierung pflegerisch tätiger Berufsgruppen neben der examinierten Pflege.

Damit Pflegekräfte nicht durch zusätzliche Bürokratie- und Nachweispflichten belastet werden, müssen bestehende Instrumente (Pflegepersonaluntergrenzen, Pflegepersonalquotient) mit der Einführung von Pflegepersonalbemessung entfallen. Es macht keinen Sinn, viele unterschiedliche Instrumente mit hohem Aufwand parallel zu betreiben.

Es sollte zudem wie von DKG, Pflgerat und ver.di gefordert, ein Ganzhausansatz gewählt werden um kleinteilige Nachweise auf Stationsebene zu vermeiden und den Krankenhäusern notwendige Flexibilität zu geben. Dies würde auch sicherstellen, dass die Krankenhäuser die Versorgung auch bei saisonalen Schwankungen und Spitzenlasten aufrechterhalten können.

Pflege ist Teamarbeit. Weitere Berufsgruppen entlasten examinierte Pflege und müssen im neuen Instrument anrechenbar und berücksichtigungsfähig sein. Überzeugend sind Konzepte der Zusammenarbeit von akademisch ausgebildeten Pflegekräften, examinierten Pflegekräften, Therapeuten und Pflegehilfskräften mit und ohne staatliche Anerkennung. Auch Schüler und Auszubildende leisten einen wichtigen Beitrag zu pflegerischer Versorgung. Dieser Qualifikationsmix ist im Koalitionsvertrag ausdrücklich genannt, im Entwurf fehlen hierzu genauere Angaben.

Die Regelung, nach der Krankenhäuser für die Vereinbarungen zur Entlastung des Pflegepersonals getroffen wurden, von der Neuregelung ausgenommen werden, führt zu zusätzlichem Nebeneinander unterschiedlicher Regelungen, greift aus unserer Sicht unzulässig in die Tarifautonomie der Verhandlungspartner ein und sollte gestrichen werden.

Wenn an der Einführung von Pflegepersonalbemessung festgehalten wird, sollten hierfür ausreichende Entwicklungszeiten vorgesehen werden. Vor der Festlegung eines krankenhausesindividuellen Pflegepersonalbedarfs, muss sichergestellt werden, dass dieser auch erreicht werden kann.

Änderungsvorschlag

Ausreichend Entwicklungszeit und Übergangsregelungen sicherstellen. Ergänzung des Instruments um eindeutige Regelungen zur Anrechnung weiterer Berufsgruppen (Organisationsmix) und Ganzhausansatz. Streichung weiterer Instrumente mit ähnlicher Zielrichtung (Pflegepersonaluntergrenzen und Pflegepersonalquotient). Keine Vermischung des Instruments mit Tarifverhandlungen.



Art. 2 Nr. 3 § 11 KHEntgG, Art. 5 Nr. 2 § 11 BPfIV

Neuregelung

Um den Verhandlungstau der letzten Jahre in somatischen Krankenhäusern sowie psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen aufzulösen und zeitnahe Abschlüsse von Budgetverhandlungen zu gewährleisten, sollen die Verhandlungen durch die Vorgabe von Fristen gestrafft und besser strukturiert werden. Es soll ein Rechnungsabschluss für den Fall geregelt werden, dass die Krankenhäuser ihren Pflichten zur Unterlagenübermittlung nicht nachkommen. Neben dem bestehenden Konfliktlösungsmechanismus soll ein automatisches Tätigwerden der Schiedsstelle für den Fall gesetzlich vorgegeben werden, dass die Vertragsparteien auf der Ortsebene keine Einigung erzielen.

Bewertung

Grundsätzlich ist eine Schärfung und Beschleunigung des Verhandlungsprozesses sinnvoll. Das im Referentenentwurf vorgesehene Vorgehen ist aber praktisch nicht umsetzbar und mit den aktuellen Ressourcen allein schon personell nicht möglich.

Kernpunkt der Verhandlungen und Hauptursache für viele offene Budgets ist die Abgrenzung zwischen Pflegebudget und aDRG. Die restlichen Verhandlungstatbestände können in der Regel zügig und konfliktfrei vereinbart werden. Je nach Bundesland werden von Seiten der Kostenträger bis zu 100 teils sehr detaillierte Nachfragen zum Pflegebudget gestellt und Nachweise gefordert. Ein Beispiel ist als **Anlage** beigefügt. Selbst die Beantwortung dieser Fragen und die Vorlage der Nachweise bringt die Verhandlung in der Regel nicht entscheidend weiter. In der Praxis werden von den Kostenträgern immer wieder Unterlagen nachgefordert.

Die Vorgabe neuer Fristen würde dieses Grundproblem nicht lösen. Würde die Regelung umgesetzt, ist zu befürchten, dass für einen Großteil der offenen Verfahren seit 2020 (weit über 4.000) automatisch die Schiedsstellen angerufen würden. Die neue Vorgabe würde zu einer vollständigen Überforderung führen und infolge der Wartezeiten das Gegenteil eines beschleunigten Verfahrens bedeuten.

Die Abgabefrist bis zum 30.11. des Vorjahres ist technisch nicht möglich. Zum 30.11. liegen viele Daten noch gar nicht vor. Ist z. B. eine Ersatzvornahme der Entgeltkataloge notwendig, die häufig erst im November oder Dezember veröffentlicht wird, dauert die Verfügbarkeit der Grouper regelhaft nochmals vier Wochen. Auch die Landesbasisfallwerte werden teils erst kurz vor Jahresende vereinbart/genehmigt, weshalb der wesentliche Eckpunkt für die Budgetbestimmung und die darauf basierenden weiteren Berechnungen (FDA, Verrechnungssätze, ...) nicht vorliegt. Auf Landesebene sind die Berechnungsschemata als Verhandlungsgrundlage noch nicht vereinbart.

Die im Entwurf vorgesehenen Sanktionen sind nicht zielführend und benachteiligen einseitig Krankenhäuser, die kein Interesse an Verzögerungen von Budgetabschlüssen haben. Der Pflegeentgeltwert, der Ersatzbetrag den Kliniken erhalten, so lange kein Budget geschlossen



ist, liegt deutlich unter den tatsächlichen Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser. Jeder Monat ohne Budgetabschluss bedeutet Liquiditätsverluste für die Krankenhäuser und einen Liquiditätsgewinn für die Krankenkassen. Die Regelung im Referentenentwurf ist strategiefähig, weil Krankenkassen immer wieder Unterlagen nachfordern können. Falls Sanktionen eingeführt werden, müssen diese beidseitig erfolgen.

Aktuelle Situation zur Anrufung der Schiedsstelle

Bereits aktuell besteht die Vorgabe, dass die Schiedsstelle innerhalb einer 6-Wochen-Frist einzuberufen ist. In der Praxis gelingt das nur teilweise. Oftmals werden gerade bei Entscheidungen zum Pflegebudget sogar zwei separate Schiedsstellensitzungen benötigt. Sollte eine oder gar beide Parteien danach die Nichtgenehmigung des Schiedsspruches beantragen, dauert dieser Prozess nochmals mindestens 6 Monate bis zur Entscheidung der Genehmigungsbehörde. Danach schließt sich in der Praxis oftmals (in 50% der Fälle) ein nochmaliges Schiedsstellenverfahren an.

Verhandlungen der Jahre bis 2023

Frühestens im Jahr 2024 werden mit der Reform der Pflegefinanzierung die streitanfälligsten Themen beseitigt sein. Die Vorgaben für die Verhandlungen der Jahre 2020 (und früher) bis 2023 sind personell von beiden Seiten nicht leistbar.

Bei 1.900 Krankenhäusern stellen sich die Zahlen der Verhandlungen von 2020 bis 2023 stellen sich wie folgt dar (Schätzung):

Verhandlungsstand 2020: 60% → 760 offene Verhandlungen
Verhandlungsstand 2021: 30% → 1.330 offene Verhandlungen
Verhandlungsstand 2022: 10% → 1.710 offene Verhandlungen
Verhandlungsstand 2023: 0% → 1.900 offene Verhandlungen

Summe: 5.700 offene Verfahren

Darüber hinaus gibt es noch eine nicht bekannte Anzahl an Krankenhäusern, die noch keine Vereinbarung über die Jahre 2019 und früher aufweisen können. Pro Bundesland müssen damit im ungewichteten Durchschnitt 356 Verhandlungen mehr oder weniger gleichzeitig geführt werden.

Aufwand für die Schiedsstellen

Geht man davon aus, dass 20 % der Verhandlungen nicht in einer Vereinbarung münden, so wären 1.140 Verfahren vor der Schiedsstelle notwendig. Bei 16 Bundesländern würde dies im Durchschnitt 71 Schiedsstellenverfahren je Bundesland auslösen. Wenn man wiederum davon ausgeht, dass pro Woche 2 Verfahren durchgeführt werden können, so würde es 36 Wochen (= 9 Monate) benötigen um die Verfahren durchzuführen (je nach Größe des Bundeslandes wesentlich mehr). Im Zweifel würden sich dann noch potenziell 1.140 Nichtgenehmigungsverfahren und ggf. genauso viele Klageverfahren anschließen.

Vorschläge zur Beschleunigung der Budgetabschlüsse

- Pflegebudget auf Basis der Wirtschaftsprüfertestate

Eine Hauptursache für die Verzögerung von Budgetabschlüssen ist, dass über die von den Parteien nach § 18 Abs. 2 festgelegte Daten von den Krankenhäusern auf Ortsebene zusätzliche kleinteilige Daten bis auf Mitarbeiter- und Schichtebene eingefordert werden. Die Nachforderungen sind oft nicht begründbar und werden regional unterschiedlich vorgenommen. Stattdessen sollte das Pflegebudget auf Basis der Wirtschaftsprüfertestate vereinbart und die Nachforderung weiterer Unterlagen auf Ortsebene ausgeschlossen werden. Die Budgetverhandlungen würden hierdurch massiv beschleunigt. Der Gesetzgeber hat in § 6a Abs. 3 festgelegt, dass die Krankenhäuser jedes Jahr umfangreiche Testate vorlegen. Auch das InEK nutzt die Testate aktuell bereits für die Weiterentwicklung des Vergütungssystems.

- Pflegeentlastende Maßnahmen pauschal berücksichtigen

Auf Ortsebene führt der Streit darüber, welche pflegeentlastenden Maßnahmen berücksichtigt werden zu erheblichen Verzögerungen. Aktuell können Maßnahmen die zu einer Entlastung von Pflegepersonal führen im Pflegebudget in einer Höhe von bis zu 4 Prozent erhöhend berücksichtigt werden. Indem pflegeentlastende Maßnahmen pauschal mit 4 Prozent erhöhend berücksichtigt werden, werden Abschlüsse erheblich beschleunigt.

- Vorgabe von Fristen

Um den Verhandlungsprozess zu beschleunigen sollte festgelegt werden, dass wenn eine Vertragspartei im laufenden Geschäftsjahr zu Verhandlungen auffordert, die Verhandlungen binnen sechs Monaten abzuschließen sind. Nach Ablauf dieser Frist entscheidet die Schiedsstelle automatisch ohne Antrag. Fordern die Krankenkassen zu Verhandlungen auf, hat das Krankenhaus die relevanten Unterlagen innerhalb von acht Wochen vorzulegen. Die Sechsmonatsfrist läuft ab diesem Zeitpunkt. Die Vertragsparteien vor Ort können eine Verlängerung der Frist vereinbaren.

- Verordnungsermächtigung BMG

Aktuell führen häufig wenige aber ökonomisch bedeutsame Streitfragen zum Stillstand der Verhandlungen. Mit den beschriebenen Maßnahmen würden die wesentlichen Ursachen für Verzögerungen bei Budgetabschlüssen behoben und die Verfahren erheblich beschleunigt. Alternativ könnte das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt werden, per Rechtsverordnung inhaltliche Fragen, die auf Ortsebene immer wieder auftreten, einmalig präjudizierend festzulegen und so einer einheitlichen Sichtweise zuzuführen. Die Parteien nach § 18 Abs. 2 schlagen zu klärende Fragen vor und werden vor der Festlegung angehört.



Änderungsvorschlag

- Streichung der Sanktionen, die einseitig Krankenhäuser benachteiligen
- Das Pflegebudget wird auf Basis des Testates vereinbart
- Pflegeentlastende Maßnahmen werden pauschal berücksichtigt
- Vorgabe von Fristen
- Alternativ: Verordnungsermächtigung des BMG zu Klärung bedeutsamer Streitfragen

Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) vertritt seit über 70 Jahren die Interessen von mehr als 1.000 Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken in privater Trägerschaft. Als deutschlandweit agierender Spitzenverband setzt er sich für eine qualitativ hochwertige, innovative und wirtschaftliche Patientenversorgung in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken ein.

Budget- und Entgeltverhandlung 2020 – KHEntgG

Krankenhaus:

IK-Nr.:

Ergänzend zu den vorgelegten Forderungsunterlagen zum Pflegebudget bitten wir um zusätzliche Einreichung folgender Unterlagen und Nachweise:

Anlage 12 Pflegebudget:

Anlage 12 – Formular:

Bitte senden Sie uns die Anlage 12, einschließlich der entsprechenden Anlagen in einer separaten Datei. Herzlichen Dank. Bei der Anlage 12 bitten wir noch um Darstellung und Begründung Ihrer Nebenrechnung der abgerechneten Pflegerelativgewichte in den Bereichen E1 und E3.3 (siehe Zeilen 3.1.1 bis 3.2). Die Berechnung und die angegebenen Ist-Werte scheint uns unplausibel. Es sind die Pflegerelativgewichte aus E1 und E3.3 anzugeben, aufgeteilt nach den entsprechenden Zeiträumen bis 31.03.2020 und ab 01.04.2020. Bitte geben Sie die Pflegerelativgewichte immer mit 4 Nachkommastellen an.

Inlieger:

IST 2020 Katalog 2020 (aG-DRG, Pflegeerlös)

E1, E2, E3.1, E3.2, E3.3, NUB,

Anlage 4.2 IST-Daten des Jahres (2019) liegt vor!

Anlage 4.2a IST-Daten des laufenden Jahres (2020)

Die Datei fehlt, nachdem das Jahr 2020 abgelaufen ist, möchten wir möglichst abschließend das Pflegebudget nach den Ist-Daten, Ist-Werten 2020 verhandeln. Wir bitten um Einreichung der zusätzlichen Anlage 4.2 Ist 2020.

Anlage 4.3 Forderung Pflegebudget 2020 liegt vor! jeweils im EXCEL-Format

Auf Basis von § 2 Abs. 2 S. 6 Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung bitten wir um folgende Informationen:

Grundsätzliche Informationen:

- Vorlage des der Vergütung zugrundeliegenden Tarifvertrages (nicht vorzulegen bei TVÖD, TV-L, AVR-BW, Uni Tarifvertrag BW – soweit aktuelle Fassung online frei verfügbar) Wie viele Stunden beträgt die tarifvertragliche Wochenarbeitszeit?
- Jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in Vollkräften jeweils gegliedert nach Berufsbezeichnungen entsprechend Anlage 4.2 bzw. 4.3 eingetragen in eine „Vergütungsmatrix“ des für das Krankenhaus geltenden Tarifvertrages – Beispiel angefügt für den TVöD/VKA P-Tabelle (für jede Berufsgruppe gesondert auszufüllen) (siehe Anlage „211210_Lohnnebenkosten_Matrix_inkl. Definition“)
- Meldung an das Statistische Landesamt **2018 und 2019** (Pflegekräfte: gesamt und Somatik)

Ergänzende Unterlagen zur Anlage 4.2:

- Vollständige Befüllung der lfd. Nrn. zum Abzug der nicht pflegebudgetrelevanten Leistungsbereiche bzw. der zusätzlichen pflegebudgetrelevanten Kosten. **Bitte keine**

Vorab-Bereinigung in der lfd. Nr. 1 der Anlage 4.2 (Bruttomethode). Ein Vorgehen entsprechend der Nettomethode ist von den Vertragsparteien auf Bundesebene aus Transparenzgründen nicht vorgesehen. Derartige Unterlagen könnten wir nicht als Verhandlungsgrundlage akzeptieren.

- Wir bitten um die Buchung der Auszubildenden gem. der Bundesempfehlung. Als Hilfestellung kann die Empfehlung der GKV, welche von der BWKG inhaltlich bestätigt wurde, dienen (Anlage anbei).
- Zu jeder Angabe sollte eine erläuternde Nebenrechnung entsprechend den Vorgaben der Anlagen zur Pflegepersonalabgrenzungsvereinbarung bzw. ein geeigneter Nachweis eingereicht werden, z. B. die Abgrenzung der Patiententransportdienste.
- Bei den Sonstigen Berufen und der Berufsgruppe „ohne Berufsabschluss“ bitten wir im Fall eines Eintrags um zusätzliche Erläuterungen, z. B. Angaben der Berufe (entsprechend der Tabelle der Empfehlungsvereinbarung vom 18.12.2020) und der dazugehörigen Vollkräfte sowie eine Tätigkeits-/Aufgaben-/Stellenbeschreibung. Zudem bitten wir um einen Nachweis über die im Jahresdurchschnitt 2018 in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigten VK im Pflegedienst.
- Nachweise bzw. Kopie zu den Gestellungsverträgen (VK und Kosten)
- Zur Abgrenzung: Pflgetage für ausländische Patienten bzw. Patienten nach dem AsylbLG (falls diese in den Vorjahren ausgegliedert wurden).
- Übersicht zur Abgrenzung der einbezogenen IV-Verträge oder anderer Selektivverträge mit dem jeweiligen Gesamtbetrag, Angaben zur Kalkulation (z.B. Minutenwerte, VK, Kosten etc.)

Position 1: Kosten in der Dienstart 01:

- Berücksichtigung der Kosten für Pflegepersonal der Dienstart 01 entsprechend der KHBV in vollem Umfang (in Pos. 7 ff Anlage 4.2. ist dann die Abgrenzung vorzunehmen)
- Wir bitten um Darstellung der jahresdurchschnittlichen Stellenbesetzung in Vollkräften, eingetragen in einer Vergütungsmatrix, möglichst gesondert für jede Berufsgruppe (siehe Anlage „211210_Lohnnebenkosten_Matrix_inkl. Definition“).
- Bitte stellen Sie uns die tatsächlichen Lohnnebenkosten (Ist-Darstellung aufgegliedert nach SV-Gruppen und Umlagen) detailliert dar (siehe Anlage „211210_Lohnnebenkosten_Matrix_inkl. Definition“).
- Abgrenzung und Differenzierung der weiteren variablen Vergütungsbestandteile (Zuschläge) und anderen Personalkosten als Teilbetrag der lfd. Nr. 1, die nicht dem Tabellenentgelt inkl. monatlicher Festzuschläge und regelhaften Sonderzahlungen (Jahressonderzahlung) siehe Anlage „211210_Lohnnebenkosten_Matrix_inkl. Definition“).
- Sind in der lfd. Nr. 1 Aufwendungen für Rückstellungen enthalten, wenn ja in welcher Höhe und wofür? **Bitte erläutern Sie Ihre Buchungssystematik.**
- Sind unter der lfd. Nr. 1 über- oder außertarifliche Zahlungen enthalten? (siehe Anlage „211210_Lohnnebenkosten_Matrix_inkl. Definition“).
- Sind unter der lfd. Nr. 1 Hygienefachkräfte enthalten, die über das Hygieneförderprogramm finanziert sind? Falls ja, ist ein Abzug vorzunehmen.
- Haben Sie Erstattungen von Dritten erhalten (z.B. U2-Verfahren, Berufliche Eingliederung)? Wurden diese in Pos. 1 berücksichtigt? – Siehe auch Hinweise zu Position 26 und die Erläuterungen.
- Wurde Kurzarbeit geleistet?
- Wurden Personalrekrutierungs- und –bindungskosten in Dienstart 01 in der lfd. Nr. 1 berücksichtigt?

- Wurden vom Krankenhaus im Jahr 2020 Löhne und Gehälter weitergezahlt, obwohl die Mitarbeiter aufgrund von Quarantänevorschriften keine Arbeitsleistung erbracht haben? Wurden Anträge auf Erstattung bei der Infektionsschutzbehörde (Gesundheitsamt) gestellt? Falls ja, wann? Wurden Erstattungen vereinnahmt? Falls ja, wann und in welcher Höhe?
- Wurden Corona-Prämien ausgezahlt? Falls ja, sind diese in der Dienstart 01 enthalten. Hat die Klinik Ersatzleistungen dafür erhalten. Waren die Prämien Tarifvertraglich geregelt?

Folgende ergänzende Fragen dienen dem Verständnis und der substantiierten Verhandlung Ihrer Forderung

- Sind (Kinder-) Pflege und Altenpflegepersonal mit 3-jähriger Ausbildung in den aufgeführten Vollkräftezahlen und Personalkosten Anteile enthalten, die nicht der Pflege am Bett zuzuordnen sind (z.B. Transportaufgaben)?
- Sind Pflege- und Altenpflegehelferinnen mit 1-jähriger Ausbildung in den aufgeführten Vollkräftezahlen und Personalkosten Anteile enthalten, die nicht der Pflege am Bett zuzuordnen sind (z.B. Transportaufgaben)?
- Akademisches Pflegepersonal, im Jahr 2019 keine Beschäftigten, falls 2020 VK in dieser Position eingetragen werden, bitten wir um Beantwortung der nachstehenden Frage. (Position 1, Ziffer 6, Spalten P und Q): In welche Funktionen werden diese Personen eingesetzt? Welche Tätigkeiten und Aufgaben übernehmen diese? Bitte mit Tätigkeitsbeschreibung und Angabe der Vollkräfte.
- Sonstige Berufe: (Position 1, Ziffer 11 Spalten Z und AA der neuen Anlage 4.2) Wir bitten um eine Stellenbeschreibung aus der eindeutig hervorgeht welche pflegerischen und nicht-pflegerischen Tätigkeiten vom Personal ausgeübt werden. Bitte stellen Sie uns den Stand der im Jahresdurchschnitt per 31.12.2018 in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigten VK in dem Tabellenblatt Referenzwerte 2018 dar. Wurden die VK „Sonstige Berufe“ unter der DA 01 gebucht?
- Auszubildende: (Position 1, Ziffer 12, Spalten AB und AC) Für die Auszubildenden Kinderkrankenpflege, Krankenpflege und Krankenpflegehilfe gilt die gemeinsame Absprache zum Vorgehen mit der BWKG. Bitte stellen Sie uns die Auszubildenden separat dar, nach Ausbildungsjahr und getrennt nach KHG und Pflegeberufegesetz. In der Position 01 haben Sie keine VK und Kosten angegeben, in welcher DA sind die Schüler gebucht?
- Ohne Berufsabschluss: (Position 1, Ziffer 13, Spalten AD und AE der neuen Anlage 4.2) Welche Art von Personen wurden hier aufgeführt? Wir bitten um eine Aufstellung der Tätigkeiten, der dazugehörigen Vollkräfte und eine Stellenbeschreibung aus der eindeutig hervorgeht welche pflegerischen und nicht-pflegerischen Tätigkeiten vom Personal ausgeübt werden. Bitte stellen Sie uns den Stand der im Jahresdurchschnitt per 31.12.2018 in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigten VK „ohne Berufsabschluss“ in dem Tabellenblatt Referenzwerte 2018 dar. Wurden die VK „ohne Berufsabschluss“ unter der DA 01 gebucht?

Zur Erleichterung können Sie für die Beantwortung der Fragen beigefügte Datei „IST 2020 Nebenrechnungen“ verwenden.

Position 1a, Anlage 4.2: davon bezahlte Überstunden und Bereitschaftsdienst:

Wir bitten um eine Überstundenstatistik (Stunden und Beträge) und Darstellung in einer Nebenrechnung. Falls in den Pflegepersonalkosten in der unmittelbaren Patientenversorgung Position 01, Beträge für Bereitschaftsdienste enthalten sind, bitten wir ebenfalls um Darstellung in einer Nebenrechnung.

Position: 1b, Anlage 4.2: davon Ausländische Pflegekräfte in der Anerkennungsphase nach dem Fachkräfte-Einwanderungsgesetz:

Ausländisches Pflegepersonal im Anerkennungsverfahren mit einem in Deutschland anerkanntsfähigen Abschluss: Bitte differenzieren Sie den Anteil, zu dem die Personen auf Station (Pflege am Bett) tätig sind. Davon abzugrenzen sind Zeiten für Sprachkurse und / oder Qualifizierungsmaßnahmen, die keine Pflege am Bett darstellen. Bitte legen Sie uns anonymisierte Nachweise über die erlangte Qualifikation im Ausland und das Anerkennungsverfahren vor. Es sind nur Personalkosten ohne öffentliche Zuschüsse und Beschaffungskosten zu berücksichtigen. Wir bitten um entsprechende Darstellung in einer Nebenrechnung.

Position 2: Gestellungsgelder (sofern unter SK verbucht):

Welche Kräfte wurden hier aufgeführt mit welcher vertraglichen Gestaltung, wie wurden die Kosten verbucht? Wir bitten um nähere Erläuterungen. Sind Gestellungsgelder unter der Kontengruppe „Löhne und Gehälter“ verbucht? Wie wurden die Gestellungsgelder verbucht?

Position 3: Rückstellungen:

Laut der Anlage 4.2 Ist 2019 ist hier kein Betrag enthalten. Trifft das für 2020 ebenfalls zu? Wurden keine Rückstellungen verbucht?

Position 5: Nicht im Pflegebudget zu berücksichtigende Vollkräfte:
(Bewertung zu durchschnittlichen Kosten der jeweiligen Rubrik aus lfd. Nr. 4):

Sind die VK-Zahlen im Ist 2020 höher als der Referenzwert (DA 01 E3 Statistik 2018), dann bitten wir hier um Eintragung und Erläuterung der Beträge in einer Nebenrechnung.

Position 8: Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gem. § 111 SGB V:

Bitte um entsprechende Stala-Meldung.

Position 9, 9a und 9b: Ausbildung, Ausbildungsbudget:

Siehe Hinweis zu Pos. 1 Schüler. In welcher DA sind die Schüler gebucht?

Position 10: Pflegeeinrichtungen außerhalb des KHEntgG:

Werden vom Krankenhaus Pflegeleistungen angeboten (z.B. Kurzzeitpflege, oder Verhinderungspflege) und werden hierfür Kräfte eingesetzt, die unter der Position 1 unter der Dienstart „01“ verbucht sind. Wir bitten um eine genaue Aufstellung und Abgrenzung. Werden im Jahr 2020 o.g. Leistungen angeboten?

Position 11: Pflegedienstleitung (inkl. hauptamtliche Stellvertretung) im Krankenhausdirektorium:

Sofern Pflegepersonalkosten der Pflegedienstleitung im Krankenhausdirektorium in der Dienstart 01 enthalten sind, sind diese als nicht-pflegebudgetrelevant abzugrenzen.

Wir bitten um Darstellung der VK und der Kosten in einer Nebenrechnung.

Position 12: Ambulanter Leistungsbereich (falls in 2020 vorhanden) (z.B. ambulantes Operieren nach § 115 b SGB V):

Welche ambulanten Leistungsbereiche verbergen sich in den Kosten und wie viel Personal (VK) ist welchen ambulanten Leistungsbereichen zugeordnet. Wir bitten um nähere Erläuterungen, Kosten und VK aufgeteilt in die entsprechenden Leistungsbereiche, ggf. Darstellung in einer Nebenrechnung.

Position 13: Notfall (falls in 2020 vorhanden):

Pflegepersonal in der Notfallambulanz/Notaufnahme/Rettungsstelle/Schockraum/Rettungstransporte/nicht bettenführende Aufnahmestation:

Wie wurde die Abgrenzung des Pflegepersonals vorgenommen? Wir bitten um nähere Erläuterungen. Bitte stellen Sie die Kosten / VK differenziert nach den entsprechenden Bereichen in einer Nebenrechnung dar

Position 14: § 4 Abs. 4 KHG Leistungen für ausländische Patienten (falls in 2020 vorhanden):

Welcher Anteil an ausländischen Patienten, die nicht nach dem Asylbewerberleistungsgesetz finanziert wurden, verbergen sich hinter den aufgeführten Kosten und Vollkräften? Wir bitten um nähere Erläuterungen (Nebenrechnung). Zur Abgrenzung: Pflegetage und Relativgewichte für ausländische Patienten

Position 15 und 16: Vorstationäre und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V: Soweit gesondert berechenbar, falls in 2020 vorhanden:

Sind hier keine Kosten nachstationäre Behandlungen angefallen? Werden diese an anderer Stelle gebucht? *Alternativ*. Wir bitten um nähere Erläuterungen und Darstellung der Leistungen, Kosten und VK, in einer Nebenrechnung.

Position 19: Pflegeleistungen im Rahmen der Wahlleistung für gesondert berechenbare Unterkunft:

Wie sind Wahlleistungen bei Ihnen organisiert?

Position 21: Pflegepersonal, deren Leistungen über Zentrumszuschläge finanziert werden:

§ 2 Abs. 2, S.2, Nr. 4 KHEntgG:

Wie werden Pflegekräfte die im Rahmen des geriatrischen Zentrumszuschlages tätig sind verbucht, bzw. abgegrenzt?

Position 22: Pflegepersonal für Forschung und Lehre:

Z.B. Leistungen für Studienpatienten außerhalb des KHEntgG:

Wie werden die Kosten der Forschung und Lehre von den Pflegekosten abgegrenzt?

Position 23: Innerbetriebliche Patiententransportdienste (KoSt 9141):

Hinweis: Patiententransportdienste sind Teil der medizinischen Infrastruktur und somit nicht dem Pflegedienst der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen zuzuordnen. Sofern hier Kosten in der Dienstart „01“ gebucht werden sind diese abzugrenzen.

Bitte erläutern Sie uns, wie die innerbetrieblichen Patiententransporte, in Ihrer Klinik, geregelt sind?

Insbesondere beim Patiententransport auch durch Pflegekräfte, ist der Aufwand anteilig über die tatsächlich geleisteten Stunden abzugrenzen. Bitte in einer Nebenrechnung darstellen, Aufwand in Stunden, Kosten VK).

Position 26: Sonstiges:

Hierzu gehören ausschließliche erhaltene Erträge und Erstattungen von Dritten (z.B.: Mutterschutz (U2-Verfahren, Berufliche Eingliederung, Kurzarbeitergeld oder Quarantänemaßnahmen nach § 56 Infektionsschutzgesetz); Sonderleistungen an Pflegekräfte nach § 26a und d KHG, soweit die Beträge in der Dienstart 01 enthalten sind. Ebenfalls hier aufzuführen sind Beträge, die bereits durch § 4 Abs. 8a und Abs. 9 KHEntgG finanziert werden und nicht berücksichtigungsfähige Beträge nach § 6a Abs. 2 Satz 5 KHEntgG.

Wir bitten um Darstellung der entsprechenden Beträge in einer Nebenrechnung (Maßnahme, Kosten VK).

Position 29: Anzurechnender Anteil der PK für Auszubildende in der Pflege:

Sind alle Personalkosten für Auszubildende in der Pflege in der Dienstart 01 enthalten? Wir bitten um entsprechende Darstellung der Anrechnungsgehälter (2. und 3. Ausbildungsjahr) in einer Nebenrechnung getrennt nach KHG und Pflegeberufegesetz. Bitte beachten Sie dabei die mit der BWKG abgestimmte Vorgehensweise. (Siehe auch Ausführungen zu den Ziffern 9, 9a bis 9c)

Position 30: Sachkosten für Leiharbeiter und Honorarkräfte:

(Ohne direktes Beschäftigungsverhältnis – nur für pflegebudgetrelevante Leistungsbereiche):

Können Nachweise für die Kosten vorgelegt werden. Welche Bereiche sind betroffen? Bitte weisen Sie uns die Lohnkosten der Leiharbeitnehmer entsprechend nach (Abrechnung). Bitte erläutern Sie die Berechnungsweise der VK im Bereich Leiharbeitnehmer. Welche Leiharbeitnehmer und Honorarkräfte sind hier aufgeführt. Wir bitten um ergänzende Mitteilung getrennt nach Berufs- bzw. Tätigkeitsgruppen. Bitte geben Sie uns hierzu insbesondere auch die Daten, VK für das Ist 2020 an:

- Welche Aufgaben und in welchem Umfang übernehmen diese Kräfte Tätigkeiten in der unmittelbaren Patientenversorgung auf den bettenführenden Stationen.
- Aufstellung der Aufgaben, inklusive Kurzbeschreibung
- Zeitliche Gewichtung des Umfangs der Aufgaben (%-Anteil)
- Anforderungsprofil der Stelle (Soll-/Qualifikation)
- Tätigkeitsort (ggf. anteilig in Stunden)

Position 31: Nicht im Pflegebudget zu berücksichtigende Vollkräfte:

(in der jeweiligen Rubrik aus lfd. Nr. 30):

Wir bitten um Darstellung und Erläuterung der Beträge/VK in einer Nebenrechnung.

Position 33: Pflegerische Leistungen von externen Dritten (falls in 2020 vorhanden):

Welche Leistungen wurden von externen Dritten in der unmittelbaren Patientenversorgung durchgeführt und von wem? Alternativ: Wir bitten um nähere Erläuterungen, von wem, in jeweils welcher Höhe wurden die Leistungen durchgeführt (Nebenrechnung Berufsgruppenspezifisch)? Um welche Leistungen handelt es sich hierbei? Bitte weisen Sie uns die Kosten entsprechend nach. Bitte geben Sie an, auf welchen Kooperationspartner welcher Anteil der Leistung entfällt. Wir werden die Angabe durch Nachfrage bei dem jeweils anderen Krankenhaus überprüfen.

Position 34: Beiträge zur berufsgenossenschaftlichen Unfallversicherung: (Sofern nicht in DA 01 verbucht) (Anteil der Pflegekräfte)

Wir bitten um Vorlage des Bescheides der Unfallkasse und eine Darstellung der Umrechnung als Nebenrechnung.

Bei Berücksichtigung von „sonstigem Personal“ und „ohne Berufsabschluss“ (das entsprechend der Empfehlungsvereinbarung im Jahr 2020 über den Jahresdurchschnitt 2018 hinaus beschäftigt wird oder wurde):

Für Personal, das über dem Referenzwert 2018 liegt „Sonstiges Personal“ und „Ohne Berufsabschluss“ benötigen wir noch zusätzliche Informationen:

- Wir bitten um Angabe der VK und Personalkosten
- Ist das Personal der Station oder pflegerischen Bereichsleitung unterstellt und in den Dienstplan der Station einbezogen?
- Bitte legen Sie uns eine Stellenbeschreibung / Tätigkeitsbeschreibung pro Unterdienststart mit Unterteilung des zeitlichen Anteils an den Gesamtaufgaben vor.

Die Tätigkeits-/Aufgaben-/Stellenbeschreibungen für die „Sonstigen Berufe“ und „Ohne Berufsabschluss“ sollten für die genannten Personengruppen (pro Unterdienststart) enthalten:

- Ziel der Stelle
- Aufstellung der Aufgaben inklusive Kurzbeschreibung
- Zeitliche Gewichtung des Umfangs der Aufgaben (%-Anteil)
- Organisatorische Einordnung / Stellvertretung /Vorgesetzter
- Anforderungsprofil der Stelle (Soll) / Qualifikation
- Kompetenzen der Stelleninhaber (Ist) / Qualifikation
- Tätigkeitsort (ggf. anteilig in Stunden)

Pflegeentlastende Maßnahmen:

- Die Beschreibung der Maßnahmen/betreffende Organisationseinheit.
- Den Startpunkt und die Laufzeit der Maßnahme. Nachweis, dass die Maßnahme nicht bereits anderweitig finanziert wurde (keine Doppelfinanzierung).
- Die Darstellung der konkreten Entlastung des Pflegepersonals durch die Maßnahmen im Vereinbarungszeitraum einschließlich der Anzahl entlastender Pflegekräfte in VK und Entlastungseffekt in Euro pro Jahr. Herleitung der Quantifizierung.
- Bei Berücksichtigung von „sonstigem Personal“ und „ohne Berufsabschluss“ (das entsprechend der Empfehlungsvereinbarung im Jahr 2020 über den Jahresdurchschnitt 2018 hinaus beschäftigt wird): Anzahl der VK und Personalkosten und Tätigkeitsbeschreibung pro Unterdienststart. Aus der Tätigkeitsbeschreibung sollte hervorgehen, welche pflegerischen Tätigkeiten hier ausgeführt werden und welchen Anteil die jeweilige Tätigkeit an den Gesamtaufgaben hat.

- Bitte teilen Sie uns mit, ob die aufgelisteten „pflegeentlastende Maßnahmen“ Bestandteil der Förderungsanträge des Krankenhauszukunftsfonds oder Krankenhausstrukturfond waren, oder sind?

Bitte senden Sie uns die ergänzenden Unterlagen, Erläuterungen und Nebenrechnung möglichst 3 Wochen vor dem nächsten Termin.

Dieses Schreiben ergeht im Namen der örtlichen Vertragsparteien.