



Deutscher
Caritasverband e.V



kkvd

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.

Stellungnahme

zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

07. April 2021

Vorbemerkung

Der Katholische Krankenhausverband Deutschlands e.V. (kkvd) und der Deutsche Caritasverband (DCV) haben am 12. November 2020 zum Referentenentwurf eines Gesetzentwurfes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) Stellung genommen. Mit den folgenden Punkten kommentieren wir den aktuellen Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 19. Februar 2021 (Bundestags-Drucksache 19/26822) sowie die zugehörigen Änderungsanträge vom 19. März 2021 (Ausschuss-Drucksache (19(14)310).

Wir sehen in folgenden Punkten Anpassungs- und Konkretisierungsbedarfe:

Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

§ 118 SGB V Prüfung und Anpassung der Vereinbarung zu PIA und PsIA an

G-BA Vorgaben (zu Artikel 1 Nummer 32)

Beabsichtigte Neuregelung

Anpassung des PIA-Vertrags nach § 118 Absatz 2 Satz 2 SGB V und der PsIA-Vereinbarung nach § 118 Absatz 3 SGB V an G-BA-Vorgaben, so dass den PIA und PsIA auch die Teilnahme an der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V ermöglicht wird.

Stellungnahme

Die PIAs stellen ein wichtiges Versorgungselement zwischen der ambulanten, teilstationären, stationsäquivalenten und stationären Versorgung psychisch schwer



kranker Menschen mit besonderem Hilfebedarf dar. Im Vertrag nach § 118 Absatz 2 Satz 2 legen GKV, DKG und KBV die Gruppe psychisch Kranker fest, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung auf die Versorgung durch PIAs angewiesen sind. Analog regelt § 118 Absatz 3 SGB V das Versorgungsspektrum der PsIA. Diese Personengruppe umfasst insbesondere schwer psychisch kranke Menschen mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Versorgungsbedarf.

Nach § 92 Absatz 6b SGB V regelt der G-BA nun einen neuen Versorgungsbereich für niedergelassene Vertragsärztinnen und -ärzte sowie von Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten, der mittels einer erhöhten Vergütung im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für berufsgruppenübergreifende, koordinierende Leistungen zur Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, besser dotiert werden soll.

Grundsätzlich ist hier anzumerken, dass es inhaltlich falsch ist, die neuen Koordinationsleistungen, die Vertragsärzte und Psychotherapeuten künftig erbringen dürfen und im vertragsärztlichen Bereich künftig besser vergütet werden sollen, mit dem Auftrag und der Arbeitsweise der psychiatrischen Institutsambulanzen analog zu setzen.

Ob und in welcher Weise PIA und PsIA im Rahmen der neu zu regelnden Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V ebenso eingebunden werden können, ist derzeit noch offen, da die zu erfolgende Konkretisierung zu den Leistungen und dem zu versorgenden Personenkreis in der entsprechenden Richtlinie des G-BA noch aussteht. Somit ist auch offen, welche Leistungserbringer in die berufsübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung dieser Patientengruppen einzubeziehen sind.

Bereits das Psychotherapeutengesetz hat in § 120 Absatz 2 Satz 7 festgelegt, dass die Vergütung der Leistungen dieser Richtlinie durch die PIA der Vergütung entsprechen soll, die sich aus der Anpassung des EBM nach § 87 Absatz 2a Satz 26 SGB V auf der Basis der Richtlinien nach § 92 Absatz 6b ergibt. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf wird nun eine komplementäre Regelung in § 118 Absatz 2 SGB V eingeführt. Die psychiatrischen Krankenhäuser haben mehrfach auf die Probleme, die sich aus dieser Vergütungsnorm ergeben hingewiesen. Zum einen



stehen die Vergütungsregelungen nach dem EBM im Widerspruch zu den Vergütungen nach § 120 SGB V, die auf Landesebene zu verhandeln sind, zum anderen unterscheiden sich die Funktionen der PIA und PsIA, die als Bestandteil der Krankenhausorganisation zur ambulanten Versorgung ermächtigt sind, von den Aufgaben des vertragsärztlichen Bereichs. Die hier vorgesehene Änderung ist einschließlich der Regelung des § 120 Absatz 2 Satz 7 a.F. und n.F. (KabE) entschieden abzulehnen und somit zu streichen.

Änderungsvorschlag

Die Änderungen des § 118 Absatz 1 und 2 SGB V sowie § 120 Absatz 2 Satz 7 a.F. und n.F. sind zu streichen.

§ 120 SGB V Ersteinschätzung vor ambulanter Notfallbehandlung im Krankenhaus (Zu Artikel 1 Nr. 33, Buchstabe c)

Beabsichtigte Neuregelung

Als Voraussetzung für die Erbringung und Vergütung ambulanter Notfallbehandlungen in Krankenhäusern soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ein qualifiziertes und standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren zur Beurteilung des medizinischen Versorgungsbedarfs entwickeln.

Stellungnahme

Prinzipiell ist es zu begrüßen, dass der Gesetzgeber nach einem praktikablen Ansatz sucht, um die bestehende Schnittstellenproblematik in der ambulanten Notfallversorgung zu lösen. Weiterhin wird in den Krankenhäusern eine Vielzahl von Arbeitsstunden für die Versorgung von Patient_innen aufgewendet, die grundsätzlich auch in der ambulanten Versorgung, egal ob mit Termin oder notfallmäßig, behandelt werden könnten. Zugleich sehen wir im Alltag, dass mit der seit 2012 eingerichteten Telefonnummer 116117 und der seit 2016 gesetzlichen Verankerung von Portalpraxen bereits viel „Bewegung“ in das System gekommen ist und funktionierende Kooperationsmodelle in der Notfallversorgung entstanden sind. Wie unserer Stellungnahme vom 6. Februar 2020 zum Referentenentwurf für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung vom 8. Januar 2020 sowie zuletzt in der Stellungnahme vom 12. November 2020 bereits zu entnehmen, sind der DCV und der kkvd





überzeugt, dass eine gezielte Lenkung der Patient_innen einen entscheidenden Beitrag leisten kann, um eine unnötige Inanspruchnahme der Notfallambulanz zu vermeiden. Damit würden Patient_innen stärker als heute „an die Hand genommen“ und in die Versorgungswege gelotst, die dem jeweiligen Bedarf entsprechen. Die Errichtung eines Gemeinsamen Notfalleitsystems (GNL), wie Anfang 2020 im o.g. Referentenentwurf vorgesehen, erschien hier ein gangbarer Weg. Eine einzelne Regelung zu den Notfallambulanzen, wie sie im jetzigen Entwurf steht, nimmt das Gesamtbild zu wenig in den Blick. Der Bundesrat führt in seiner Stellungnahme vom 12. Februar 2021 daher zurecht aus, dass allein mit einem qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzungsinstrument als Stand-alone-Lösung das angestrebte Ziel einer Verbesserung der Patientenströme kaum erreicht werden kann.

Der nun vorgelegte Vorschlag, ein solches Instrument durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) entwickeln zu lassen, wird daher das oben beschriebene Problem nicht lösen. Der DCV und der kkvd haben aus folgenden Gründen große Zweifel an der fachlichen Funktionalität und praktischen Umsetzbarkeit eines solchen Instrumentes, wie es im vorliegenden Entwurf angedacht ist:

Die Festlegung der Behandlungsebene, ambulant oder stationär, ist eine der klassischen Aufgaben der Notfallmedizin. Die Einschätzung des ambulanten medizinischen Versorgungsbedarfs ist nicht gleichzusetzen mit der bislang in den Notaufnahmen durchgeführten Ersteinschätzung, so wie sie u.a. durch den GBA-Beschluss zur stationären Notfallversorgung vorgegeben ist. Voraussetzung hierfür ist ein einheitliches und abgestimmtes Triagierungsverfahren. Diese fünfstufigen Triagesysteme, die bereits in allen Notaufnahmen etabliert sind, müssen aus medizinischer Sicht weiterhin vorgehalten werden. Zudem würde selbst die Einführung eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens allein nichts Umstand ändern, dass Patient_innen weiterhin die Notfallambulanzen aufsuchen und dort betreut werden müssen. Dort „ex ante“ zweifelsfrei und abschließend die sofortige Behandlungsnotwendigkeit festzustellen, wird nicht möglich sein. Zudem muss sichergestellt werden, dass in kurzer Zeit eine belastbare Einschätzung vorliegt, um keine wertvolle Zeit im Behandlungsprozess zu verlieren. Für den DCV und den kkvd ist aus Sicht der Betroffenen daher der persönliche Kontakt zu



medizinischem Fachpersonal unerlässlich, um Möglichkeiten der persönlichen Ansprachen, Erklärungen und Widerspruchsmöglichkeiten vorzuhalten.

Zudem führt ein standardisiertes Verfahren – wenn es als Abrechnungsvoraussetzung angewandt wird – zu zusätzlichen Problemen in der Praxis. Krankenhäuser müssten Patienten, deren Behandlungsbedarf im Einzelfall abweichend von den Ergebnissen der standardisierten Ersteinschätzung als dringlich bewertet wird, entweder ohne Vergütung behandeln oder für aus der Nichtbehandlung gegebenenfalls resultierende Schäden haften. So wird einseitig zu Lasten einer optimalen Patientenversorgung den Krankenhäusern die Verantwortung für eine Patientensteuerung in den ambulanten Sektor übertragen, obwohl die Ursache hierfür eine fehlende, zeitlich frühere adäquate Lenkung ist.

Eine zusätzliche Regelung würde daher den Aufwand und daraus resultierend die Kosten erhöhen und ist somit nicht notwendig. Da das vor Ort diensthabende medizinische Personal weiterhin die Letztentscheidung innehat, bestehen haftungsrechtliche Bedenken im Falle einer Abweisung.

Zusammenfassend haben der DCV und der kkvd große Zweifel, ob sich allein durch ein standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren eine medizinisch eindeutige und rechtssichere Einstufung über den medizinischen Versorgungsbedarf von Patient_innen erreichen lässt. Eine verlässliche und klare Abgrenzung, auch ohne Arzt-Patientenkontakt als Regelfall muss verneint werden. Vielmehr braucht es eine fachlich versierte Einschätzung durch Inaugenscheinnahme, um zweifelsfrei und unter Berücksichtigung möglicher Haftungsfragen Patient_innen in den für sie passenden Behandlungsprozess einzuordnen. Ein standardisiertes Verfahren als digitale Unterstützung ist nicht prinzipiell abzulehnen, sondern kann vielmehr als sinnvolle Unterstützung der Abläufe in den Notfallambulanzen dienen. Damit könnte das diensthabende Personal fachlich entlastet werden und zugleich die Patientensicherheit verbessert werden. Ein solches Instrument sollte zwingend unter der gemeinsamen Mitwirkung der medizinischen Fachgesellschaften entwickelt und mit den bestehenden Triagemodellen verzahnt werden. Ganz entscheidend ist dabei, dass eine solche Anwendung losgelöst von Fragen der finanziellen Abrechnung stehen muss.



Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 33 Buchstabe c (§ 120 Absatz 3b SGB V) ist zu streichen.

§ 136b Absatz 5 Mindestmengen (Zu Artikel 1 Nr. 41 a) aa)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit Streichung des bisherigen Absatz 5 des § 136b SGB V entfällt der Ausnahmetatbestand zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung.

Stellungnahme

Die geplante Änderung wird entschieden abgelehnt. Die Bundesländer entscheiden im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags über Erreichbarkeit und Angebot der Versorgung. Ziel ist es, die Versorgungssicherheit der Bevölkerung zu gewährleisten. Dies schließt eine Qualitätssicherung mit ein. Mit der krankenhauserplanerischen Ausnahmeregelung in § 136b Abs. 5 SGB V – alt – war dies gewährleistet. Den Wegfall des bisherigen Absatzes 5 sehen wir als unzulässigen Eingriff in die Krankenhausplanung und damit in die Gesetzgebungskompetenz der Bundesländer. Darüber hinaus muss mit dieser neuen Regelung für einige Versorgungsregionen in Deutschland eine Verschlechterung in der Daseinsvorsorge und Benachteiligung im Rahmen des Grundsatzes gleichwertiger Lebensverhältnisse befürchtet werden.

Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 41 Buchstabe a) Unterbuchstabe aa) ist zu streichen. Beibehaltung von § 136b Absatz 5 SGB V – alt - .

§ 137d QS-Reha-Verfahren (zu Artikel 1 Nummer 45)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit den Ergänzungen des § 137d Absatz 1 soll der GKV Spitzenverband die Ergebnisdaten aus dem QS Reha® Verfahren erhalten. Er wird verpflichtet, die Ergebnisse einrichtungsbezogen vergleichend im Internet zu veröffentlichen und



berechtigt, Empfehlungen auszusprechen. Den Leistungserbringerverbänden wird ein Recht zur Stellungnahme eingeräumt. Auf die Veröffentlichungen anderer Reha-Träger soll hingewiesen werden.

Stellungnahme

Das Ziel der Transparenz und der Stärkung der Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts tragen wir ausdrücklich mit. Problematisch ist die Beschränkung auf die Daten des QS-Reha-Verfahrens. Da derzeit die Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation nach dem Federführungsprinzip unterschiedlichen Programmen der externen Qualitätssicherung unterliegen, gibt es Einrichtungen, für die nur Daten aus dem QS-Reha-Verfahren und andere, für die nur die Daten der Deutschen Rentenversicherung vorliegen. Für dieses Nebeneinander besteht kein sachlicher Grund, da – bis auf wenige Ausnahmen- dieselben Fachabteilungen von beiden Reha-Trägern in Anspruch genommen werden. Das Nebeneinander der Verfahren verhindert einen umfassenden Vergleich der Einrichtungsqualität im Sinne der Versicherten.

Mit der Aufforderung, auch auf Veröffentlichungen anderer Reha-Träger hinzuweisen, versucht der Gesetzentwurf diesem Problem Rechnung zu tragen. Diese Lösung ist jedoch nicht geeignet, Transparenz über die Einrichtungsqualität für die Versicherten herzustellen. Der Hinweis auf weitere Veröffentlichungen schafft lediglich Transparenz über die Quellen von Qualitätsdaten, lässt den Versicherten aber weiterhin allein mit der Aufgabe, unterschiedliche Datenformate mit Informationen über dieselben Einrichtungen zusammenzutragen und zu verstehen.

Notwendig ist die Verpflichtung zur Zusammenführung der QS-Verfahren zu einem einheitlichen, Verfahren der Qualitätssicherung in allen Bereichen. Es bietet sich an, eine entsprechende Verpflichtung zur Zusammenführung der Verfahren im SGB IX gesetzlich zu verankern und die nähere Ausgestaltung des Verfahrens und den Maßnahmen zur Qualitätstransparenz zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Deutschen Rentenversicherung und den Verbänden der Leistungserbringer zu vereinbaren.

Alternativ könnte die in der Gesetzesbegründung dem GKV-SV vorgeschlagene „Erwägung“ der „Möglichkeit“ einer mit den anderen Rehabilitationsträgern

abgestimmten gemeinsamen Veröffentlichung verpflichtend in die Gesetzesformulierung aufgenommen werden.

Bislang tragen GKV-Spitzenverband und die Verbände der Leistungserbringer die Verantwortung für die externe Qualitätssicherung im Sinne des Grundsatzes der gemeinsamen Selbstverwaltung gemeinsam. Dass dieser Grundsatz verlassen und die Veröffentlichung und ggf. Kommentierung der Daten nun in die alleinige Verantwortung des GKV Spitzenverbandes gegeben werden und die Mitwirkung der Leistungserbringerverbände lediglich auf eine Stellungnahme-Möglichkeit beschränkt wird, kritisieren wir. Auch die Veröffentlichung der Daten sollte weiterhin eine gemeinsame Aufgabe von GKV Spitzenverband und Leistungserbringerverbänden sein und ihre Grundlagen entsprechend geregelt werden.

Da die Erhebungen zur Qualitätssicherung und damit die Qualitätsberichte in dreijährigen Phasen erfolgen, beschreiben sie eine Momentaufnahme zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt. Da bisher im QS Reha® Verfahren keine Korrekturschleifen für die Qualitätsberichte möglich sind, würde eine 1/1 Veröffentlichung auch evtl. Unrichtigkeiten wie Fehleingaben oder Auswertungsfehler über einen Zeitraum von drei Jahren festschreiben. Für die Versicherten muss für aktuelle Auswahlentscheidungen aber die aktuelle Situation transparent sein, deshalb ist es zwingend in die vorgesehene Veröffentlichung auch Aktualisierungen einzubeziehen.

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass der GKV Spitzenverband auch Empfehlungen aussprechen kann. Dies ist zu weitgehend und zurückzunehmen. Die Rolle des GKV Spitzenverbandes kann sich nur auf die neutrale und transparente Veröffentlichung beziehen. Eventuelle Präferenzen sind bezogen auf den Einzelfall von den Versicherten selbst im Benehmen mit ihrer Kasse zu treffen.

Änderungsvorschlag

Zu Artikel 1 Nummer 45: Die neue Einfügung nach § 137d Abs 1 Satz 1 sollte wie folgt gefasst werden:

„Die auf der Grundlage der Vereinbarung nach Satz 1 bestimmte Auswertungsstelle übermittelt die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen nach Satz 1 an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen **und die für die Wahrnehmung der Interessen von Einrichtungen der ambulanten und stationären Rehabilitation maßgeblichen Spitzenorganisationen**. Dieser ist verpflichtet, die



Ergebnisse **gemeinsam mit den Ergebnissen der externen Qualitätssicherung in der Rehabilitation anderer Rehabilitationsträger** einrichtungsbezogen, **unter Einbezug erforderlicher Aktualisierungen**, in übersichtlicher Form und in allgemein verständlicher Sprache **barrierefrei** im Internet zu veröffentlichen. Um die Transparenz und Qualität der Versorgung zu erhöhen soll der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Versicherten auf Basis der Ergebnisse auch vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Rehabilitationseinrichtungen nach Satz 1 informieren und über die Umsetzung der Barrierefreiheit berichten; ~~er kann auch Empfehlungen aussprechen.~~ **Die Grundsätze zur Veröffentlichung sind in der Vereinbarung nach Satz 1 festzulegen. Den für die Wahrnehmung der Interessen von Einrichtungen der ambulanten und stationären Rehabilitation maßgeblichen Spitzenorganisationen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind bei der Ausgestaltung der Veröffentlichung nach Satz 3 und der vergleichenden Darstellung nach Satz 4 einzubeziehen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen soll bei seiner Veröffentlichung auch in geeigneter Form auf die Veröffentlichung von Ergebnissen der externen Qualitätssicherung in der Rehabilitation anderer Rehabilitationsträger hinweisen.“**

§ 137j Abs.1 Satz 9 und 10 SGB V Pflegepersonalquotient (Zu Artikel Nr. 49 a) bb))

Beabsichtigte Neuregelung

Erstmals bis zum 31. August 2021 sollen vom InEK der Pflegepersonalquotient und der Qualifikationsmix des Pflegepersonals aus den Daten nach § 21 KHEntgG für jeden Standort eines Krankenhauses veröffentlicht werden.

Stellungnahme

Der nach § 137j SGB V zu ermittelnde Pflegepersonalquotient für jedes zugelassene Krankenhaus soll ab 2021 Patient_innen bei der Wahl eines Krankenhauses eine Orientierung geben und verkürzt gesagt als Marker für die Pflegequalität dienen. Einschränkend ist aber zu sagen, dass hierbei ein hoher Quotient nicht zwangsläufig für hohe Qualität stehen muss. Zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung und zur Sicherung der pflegerischen Versorgungsqualität soll damit eine Untergrenze auf Ganzhausebene geschaffen werden, die ein Krankenhaus





nicht unterschreiten darf, ansonsten drohen finanzielle Sanktionen. Hierzu wird die Pflege am Patientenbett gemessen in Pflegevollkräften ins Verhältnis zu dem Pflegeaufwand eines Krankenhauses gesetzt. Die Basis dafür bildet der „Pflegelastkatalog“, den das InEk anhand der in die Fallkosten einkalkulierten Pflegepersonal-kosten erstellt und der zur Risikoadjustierung des Pflegeaufwands dienen soll. Ob sich der Katalog dafür wirklich eignet konnte bisher nicht nachgewiesen werden. Vor allem da der Ansatz nicht auf den tatsächlichen patientenrelevanten Pflegebe-darfen fußt, sondern auf den kalkulierten Personalkosten im Rahmen der DRG-Kalkulation. Dieses höchst theoretische Konstrukt „Pflegepersonalquotient“ ist da-her in seiner Aussagekraft zu hinterfragen und wird vom kkvd zugunsten eines am tatsächlichen Pflegebedarf ansetzenden und daher weit besser geeignetem Pfl-egebedarfsbemessungsinstrument (Stichwort PPR 2.0) abgelehnt.

Im vorliegenden Entwurf soll nun auch noch eine inhaltliche Verbindung zwischen Pflegepersonalquotient und Pflegepersonaluntergrenzen geschaffen werden, in dem die Anrechnung von Pflegehilfspersonal nach den Regelungen der PpUGV vollzogen werden soll. Diese Analogie führt zu einer Scheinvergleichbarkeit zwi-schen PpUG Mindestbesetzungsvorgaben für einzelne pflegesensitive Bereiche bzw. Stationen nach anderen Maßgabe der PpUG-Nachweisvereinbarung und dem Pflegepersonalquotient im Sinne eines Ganzhausansatzes, der auf den § 21 KHEntgG-Daten unter Hinzuziehung des Pflegelastkatalogs basiert. Dies kann zu völlig falschen Schlussfolgerungen im Hinblick auf die Pflegepersonalausstattung der Krankenhäuser führen und stellt somit auch keine verlässliche Informations-quelle für die Bürger_innen dar. Eine Veröffentlichung des Personalquotienten lehnt der kkvd daher als nicht zielführend ab.

Änderungsvorschlag

Artikel Nr. 49 a) bb) – die beabsichtigten Gesetzesänderungen zum Pflegeperso-nalquotient – wird gestrichen.





Änderungsantrag 15 der Fraktionen CDU/CSU und SPD - zu Artikel 6 Nummer 1 (§ 4 des Krankenhausentgeltgesetzes)

Beabsichtigte Neuregelung

Wie bereits im vergangenen Jahr wird für Krankenhäuser, die weniger Leistungen im Erlösbudget 2021 als für das Jahr 2019 vereinbaren, als Vergleichsgröße für die Ermittlung des Fixkostendegressionsabschlag (FDA) das Erlösbudget 2019 festgelegt. Hintergrund ist, dass auch 2021 das Infektionsgeschehen aufgrund von COVID19 das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern maßgeblich beeinflussen wird.

Stellungnahme

Der kkvd und der DCV teilen die Einschätzung der Regierungsfractionen, dass aufgrund der aktuellen Pandemie die im Erlösbudget für das Jahr 2021 vereinbarten Leistungen, keine geeignete Grundlage für die Ermittlung des Fixkostendegressionsabschlages (FDA) für das kommende Jahr 2022 darstellen. Bereits jetzt ist absehbar, dass vielen Krankenhäuser im Jahr 2021 auf Grund der Corona-Pandemie weniger Leistungen vereinbaren werden als in nicht von der Pandemie beeinflussten Jahren. Eine Bezugnahme bei der Vereinbarung des FDA für das kommende Jahr auf die für das Jahr 2021 vereinbarten Leistungen würde schon bei einer Zunahme der Leistungsmenge auf das durchschnittliche Niveau vor der Coronakrise zu einem Abschlag führen. Das erscheint nicht sachgerecht. Insofern begrüßen wir ausdrücklich die vorgeschlagene Neuregelung

Kontakt:

Bernadette Rummelin
Geschäftsführerin
Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V. (kkvd)
Große Hamburger Str. 5 | 10115 Berlin
Telefon +49 (0)30 2408368 11
kkvd@caritas.de | www.kkvd.de

Dr. Elisabeth Fix
Deutscher Caritasverband e.V. (DCV)
Berliner Büro
Reinhardtstr. 13 | 10117 Berlin Tel.
Telefon +49 (0)30 284447 46
elisabeth.fix@caritas.de | www.caritas.de





Deutscher
Caritasverband e.V.



kkvd

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.

Seite 12 von 12

Der Katholische Krankenhausverband Deutschlands (kkvd) vertritt bundesweit rund 400 katholische Krankenhäuser mit circa 200.000 Beschäftigten. Jährlich werden mehr als 3,5 Millionen Patienten stationär und rund fünf Millionen Patienten ambulant versorgt. Jeder fünfte Ausbildungsplatz in der Pflege ist an ein katholisches Krankenhaus gebunden.

