

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**19(14)203(14)**  
gel. VB zur öAnh am 14.09.2020 -  
KHZG  
09.09.2020

## **Stellungnahme**

**der Deutschen Krankenhausgesellschaft**

**zum**

**Entwurf**

**der Fraktionen der CDU/CSU und SPD**

**eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm  
Krankenhäuser  
(Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG)**

**Bundestag-Drucksache 19/22126**

**vom 8. September 2020**

## Inhaltsverzeichnis

<b>Allgemeiner Teil</b> .....	<b>3</b>
<b>Besonderer Teil</b> .....	<b>8</b>
<b>Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes</b> .....	<b>8</b>
Zu Artikel 1 Nummern 1 bis 3 (§§ 1, 12 und 12a KHG)	
Verlängerung des Krankenhausstrukturfonds .....	8
Zu Artikel 1 Nummer 4 (§ 14a KHG)	
Einrichtung eines Krankenhauszukunftsfonds.....	9
Zu Artikel 1 Nummer 4 (§ 14b KHG)	
Evaluierung des digitalen Reifegrades der Krankenhäuser .....	12
Zu Artikel 1 Nummer 5 Buchstabe a (§ 21 Abs. 9 KHG)	
Übermittlung der krankenhausbefugten Aufstellung .....	13
Zu Artikel 1 Nummer 5 Buchstabe b (§ 21 Abs. 10 KHG und § 21 Abs. 11 KHG)	
Ausgleich coronabedingter Erlösrückgänge .....	14
<b>Artikel 2 Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung</b> .....	<b>18</b>
Zu Artikel 2 Nummer 3 Buchstabe b (§ 11 KHSFV)	
Veränderung des Fördertatbestandes.....	18
Zu Artikel 2 Nummer 9 (§ 19 KHSFV)	
Förderungsfähige Vorhaben des Krankenhauszukunftsfonds .....	18
Zu Artikel 2 Nummer 9 (§ 19 Abs. 2 KHSFV)	
Verwendung international anerkannter Standards zur Sicherstellung der Interoperabilität ...	23
Zu Artikel 2 Nummer 9 (§§ 20 bis 25 KHSFV)	
Förderungsfähige Kosten.....	24
<b>Artikel 3 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</b> .....	<b>28</b>
Zu Artikel 3 Nummer 2 (§ 136a Absatz 2 Satz 9 SGB V)	
Streichung des Bettenbezugs aus dem gesetzlichen Auftrag zur Festlegung von Mindestvorgaben für Psychotherapeuten in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung .....	28
<b>Artikel 6 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes</b> .....	<b>29</b>
Zu Artikel 6 Nummer 1 (§ 4 Abs. 2a Satz 8 KHEntgG)	
Klarstellung zum Fixkostendegressionsabschlag .....	29
Zu Artikel 6 Nummer 5 Buchstabe a (§ 5 Abs. 3h KHEntgG)	
Sanktionierung bei Nicht-Vorhaltung digitaler Dienste.....	30
Zu Artikel 6 Nummer 2 Buchstabe a und Nr. 3 (§ 5 Abs. 3i KHEntgG sowie § 9 Abs. 1a Nr. 9 KHEntgG)	
Ausgleich für coronabedingte Mehrkosten .....	32
<b>Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf</b> .....	<b>34</b>
I. Weitere informationstechnische Anpassungsbedarfe .....	34
II. Anpassungsbedarf beim Landesbasisfallwert .....	35
III. Vorgezogene Budgetverhandlungen für einzelne Tatbestände .....	37
IV. Sicherstellung der Liquidität:.....	38

---

## Allgemeiner Teil

---

Die Krankenhäuser bewerten äußerst positiv, dass mit dem vorliegenden Gesetzentwurf die große Bedeutung der Patientenversorgung in den Krankenhäusern sowohl für die Bewältigung der Covid-19-Pandemie als auch für die grundsätzlichen Herausforderungen einer qualitativ hochwertigen und modernen Gesundheitsversorgung anerkannt wird. Insbesondere begrüßen die Krankenhäuser ausdrücklich, dass es eine zeitnahe Anschlussregelung für die zum 30.09.2020 auslaufenden Regelungen des Schutzschirmes für die Folgen der Corona-Pandemie geben wird. Die Pandemie wirkt sich nach wie vor auf die Krankenhäuser aus. Die erneut ansteigenden Infektionszahlen machen deutlich, dass die Krankenhäuser weiterhin auf Covid-19-Patienten vorbereitet sein müssen und interne Strukturen und Vorhaltungen darauf ausrichten müssen. Es ist außerdem nicht damit zu rechnen, dass im vierten Quartal und zu Beginn des nächsten Jahres die bisherigen Behandlungszahlen wieder erreicht werden. Einige Krankenhäuser werden zudem trotz der Maßnahmen des Covid-19-Krankenhausentlastungsgesetzes nicht alle Zusatzkosten und Erlösausfälle kompensieren können. Es ist daher zwingend notwendig, die im Jahr 2020 verbleibenden Erlösausfälle auszugleichen.

Der vorgesehene **Ganzjahreserlösvergleich** auf Antrag eines Krankenhauses ist eine geeignete Maßnahme. Es ist dabei wichtig, dass Krankenhäuser, die entsprechende Erlösausfälle gegenüber 2019 verzeichnen, einen Anspruch erhalten, den Ausgleich zu verhandeln. Für Krankenhäuser, die keinen Erlösausgleich benötigen, sind der politisch zugesagte Vertrauensschutz und die Planungssicherheit zu wahren. Insofern ist die Möglichkeit auf einen einseitigen Verzicht auf eine Ganzjahresbetrachtung durch das Krankenhaus zu begrüßen. Es ist in diesem Zusammenhang nicht nachzuvollziehen, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) detaillierte Informationen über krankenhausesbezogene Ausgleichszahlungen von allen Krankenhäusern erhält oder sogar an die Vertragsparteien weiterleiten soll. Wenn das Krankenhaus keinen Jahresausgleich geltend macht, sind diese Informationen für die Vertragsparteien gänzlich irrelevant und sollten auch nicht anderweitig informell Verwendung finden. Unbenommen ist, dass bei einer tatsächlichen Verhandlung über den Ganzjahreserlösvergleich die Höhe der ausgezahlten Finanzmittel offengelegt wird. Eine grundsätzliche Weitergabe von Daten über ausgezahlte Finanzmittel für Krankenhäuser durch die Landesbehörden ohne konkreten Verwendungsinhalt ist unverhältnismäßig und daher abzulehnen.

Der Covid-Beirat des BMG hat den Ausgleich eines Erlösrückganges zwischen den Jahren 2019 und 2020 maßgeblich entwickelt. Der Gesetzgeber gibt nun die konkrete Umsetzung des grundsätzlichen Modells in die Hände der Selbstverwaltungsparteien. Damit die bis Ende 2020 zu führenden Verhandlungen nicht verkompliziert werden und möglichst zielgerichtet und zügig ablaufen können, sollten die im Beirat geeinten Grundsätze explizit in den Gesetzestext aufgenommen werden. So ist unstrittig und klar, dass die Erlöse des Pflegebudgets nicht in den Jahresvergleich einbezogen werden können. Ein Pflegebudget gibt es erstmalig für 2020. Eine entsprechende Vergleichsgröße für 2019 zu konstruieren wäre nicht zielführend und höchst aufwändig.

Die erstmalige Verhandlung des ausgegliederten Pflegebudgets in 2020 ist für alle Krankenhäuser anspruchsvoll und sollte daher nicht zusätzlich verkompliziert werden. Ein weiterer Punkt ist die grundsätzliche Vergleichbarkeit der Budgetjahre, die nur dann gewährleistet ist, wenn die Preissteigerungen in 2020 - beispielsweise bei dem Erlösvergleichswert des Jahres 2019 - berücksichtigt werden. Dies sollte im Gesetzestext ausdrücklich klargestellt werden. Insgesamt ist auch nochmals darauf hinzuweisen, dass die vorgesehene Ganzjahresbetrachtung in dieser Form nur dann sachgerecht ist, wenn es nicht im restlichen Jahr 2020 zu einer erneuten deutlichen Zunahme der Covid-19-Fälle mit wieder zunehmenden Auswirkungen auf die Krankenhäuser kommt.

Weiterhin ist ausdrücklich zu begrüßen, dass die **Mehrkosten**, die den Krankenhäusern aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 im Zusammenhang mit der Behandlung von Patientinnen und Patienten entstehen, über einen krankenhausespezifischen Zuschlag refinanziert werden. Die Zuschläge können für Patientinnen und Patienten mit einem Aufnahmedatum zwischen dem 1. Oktober 2020 und dem 31. Dezember 2021 abgerechnet werden. Es ist für die Krankenhäuser essentiell, dass die weiter anfallenden Mehrkosten nach dem Auslaufen der Zuschläge nach § 21 Abs. 6 KHG nahtlos weiter finanziert werden. Da diese Regelung insbesondere das Jahr 2021 abdecken muss, sollte hier klarstellend eine Konkretisierung der berücksichtigungsfähigen Kosten im Gesetz erfolgen. Neben den zusätzlichen Sachkosten, wie beispielsweise für persönliche Schutzausrüstung und Desinfektionsmittel, sollten auch personelle Zusatzaufwendungen, die nicht im Pflegebudget enthalten sind, einbezogen werden, wie beispielsweise für zusätzliche Reinigungs-, Aufnahme- oder Security-Kräfte.

Da die Leistungen vieler Krankenhäuser voraussichtlich noch bis weit in das Jahr 2021 hinein nicht das bisherige Niveau erreichen können, müssen auch für das Budgetjahr 2021 besondere Ausgleichsregelungen gelten, wenn das Leistungsniveau des Jahres 2019 nicht erreicht werden kann.

Aufgrund der weiterhin bestehenden besonderen Belastungen und Aufwände für die Krankenhäuser sollte der Tatbestand „Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven“ mindestens für den Landesbasisfallwert 2021 ausgesetzt werden. Insgesamt kommt die erstmalige Anwendung des neuen Mechanismus zur Ermittlung des Bundesbasisfallwerts zu einem denkbar falschen Zeitpunkt. Die kurzen Fristen für die Vereinbarung des Landesbasisfallwerts und der erstmalige Schiedsstellenautomatismus belasten die anstehenden und aufgrund der vielfältigen Verwerfungen durch die Corona-Pandemie schwierigen Verhandlungen der Landesbasisfallwerte für 2021.

Da auch die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser von den Auswirkungen der Corona-Pandemie betroffen sind, sollte gesetzlich eindeutig klargestellt sein, dass alle Maßnahmen grundsätzlich in analoger Weise auch für diese Krankenhäuser gelten.

Auch die Zielsetzung, dass für die grundsätzlichen Herausforderungen einer qualitativ hochwertigen und modernen Gesundheitsversorgung eine moderne digitale und gute investive Ausstattung der Krankenhäuser notwendig ist, teilen die Krankenhäuser uneingeschränkt.

In fast allen Gesellschaftsbereichen und auch in den Krankenhäusern hat die Covid-19-Pandemie der Digitalisierung einen deutlichen Schub gegeben. Gleichzeitig wurde offenkundig, dass das Potential der Digitalisierung in den Krankenhäusern bislang nur ansatzweise ausgeschöpft werden konnte. Ein Ausbau der Digitalisierung deutscher Krankenhäuser ist ein wichtiger Schritt für die Zukunftssicherheit des gesamten Gesundheitssystems. Die Krankenhäuser begrüßen daher, dass die Förderung der digitalen Infrastruktur und Maßnahmen zur Verbesserung der IT- und Cybersicherheit in den Krankenhäusern im Mittelpunkt des neuen Förderprogrammes stehen. Des Weiteren werden die förderungsfähigen Vorhaben generell von den Krankenhäusern unterstützt.

Die Bereitstellung der 3 Mrd. Euro aus Bundesmitteln für eine gezielte Förderung von Digitalisierungsvorhaben ist ein wichtiger Schritt. Es ist allerdings darauf hinzuweisen, dass damit der anerkannte, massive Investitionsstau nicht aufgelöst werden kann und auch die zukünftige Finanzierung der Investitionen durch Bundesländer weiterhin nicht sichergestellt wird.

Dass sich der Bund an den förderfähigen Vorhaben mit 70 Prozent beteiligt, ist positiv zu bewerten. Auch unterstützen die Krankenhäuser, dass die Entscheidungshoheit für die Vergabe der Fördermittel alleine bei den Ländern liegt. Dies dürfte im Vergleich zum aktuellen Strukturfonds, bei dem Einvernehmen mit den Krankenkassen herzustellen ist, zu einer ausgeglicheneren Vergabe der Fördermittel führen.

In den konkreten Ausführungsbestimmungen zeigen sich bei genauerer Betrachtung einzelne Punkte, die eine Umsetzung und Zielerreichung erschweren. Aus Sicht der Krankenhäuser sollte der Gesetzentwurf insbesondere in den folgenden Punkten angepasst werden:

#### Förderung der übrigen 30 Prozent durch das Land (§ 14a Abs. 4 KHG)

Die Krankenhäuser lehnen eine Beteiligung an den Kosten seitens des Krankenhausträgers ab. Krankenhäuser müssten, entgegen der vorgesehenen Daseinsfürsorge der Länder, die Investitionsvorhaben aus Eigenmitteln und ggf. durch Querfinanzierung aus Betriebsmitteln aufbringen. Hinzu kommt, dass die wirtschaftliche Lage eines Großteils der Krankenhäuser in Deutschland bereits vor Ausbruch der Pandemie äußerst angespannt war. Diese Entwicklung hat sich in den vergangenen Monaten noch verschärft und konnte durch den staatlichen Rettungsschirm zur Abfederung der coronabedingten finanziellen Belastungen nur teilweise abgefedert werden. Die unzureichende Bereitstellung von Investitionsfördermitteln durch die Länder in der Vergangenheit hat dazu maßgeblich beigetragen.

#### Besondere Behandlungserfordernisse der Patientenzimmer (§ 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 11 KHSFV)

Vor dem Hintergrund der Erfahrungen aus der Corona-Pandemie begrüßen die Krankenhäuser ausdrücklich, dass neben der Anpassung von Patientenzimmern an besondere Behandlungserfordernisse auch die Umwandlung in Zwei- oder

Einbettzimmer gefördert werden soll. Die vorgesehene Verknüpfung mit einem zwingenden Abbau von Planbetten greift jedoch aktiv in die Krankenhausplanung der Länder ein und unterstellt, dass die Länder ihre hoheitlichen Aufgaben nicht sachgerecht erfüllen. Die Krankenhäuser lehnen eine zwingende Reduzierung der Planbetten als Bedingung für eine Förderung nachdrücklich ab.

### Evaluierung des digitalen Reifegrades (§ 14b KHG)

Die geplante Evaluierung des digitalen Reifegrades der Krankenhäuser ist grundsätzlich nachvollziehbar. Dies soll unter „Berücksichtigung von Bewertungskriterien anerkannter Reifegradmodelle“ erfolgen, wobei offen bleibt, welche Reifegradmodelle als „anerkannt“ gelten und inwieweit diese auf das Versorgungssystem in Deutschland adäquat abbildbar sind. Gerade stufenbasierte Reifegradmodelle sind in dieser Frage häufig unflexibel, da zur Erreichung der nächsthöheren Stufe möglicherweise Voraussetzungen zu schaffen sind, die im konkreten Anwendungsfall nicht sinnvoll oder nicht umsetzbar sind. Damit bilden im Zweifel einzelne, nicht passgenaue Kriterien der Modelle die im Rahmen dieses Gesetzesvorhabens vorgesehenen Verbesserungen nicht angemessen ab. Es muss daher darauf geachtet werden, dass für die Selbsteinschätzung im Rahmen der Evaluierung auf praxisgerechte Modelle zurückgegriffen werden kann. Die Erarbeitung von Bewertungskriterien und ihre Evaluierung sollte unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten durchgeführt werden. Bei der Frage der Auswahl, Bewertung und Weiterentwicklung der Bewertungskriterien sollte die Deutsche Krankenhausgesellschaft eingebunden werden.

### Sanktionierung bei Nicht-Vorhaltung digitaler Dienste (§ 5 Abs. 3f KHG)

Darüber hinaus sollen Krankenhäuser sanktioniert werden, insofern sie keine digitalen Dienste vorhalten (§ 5 Abs. 3f KHEntgG). Entgegen der offensichtlichen Vermutung, wollen Krankenhäuser Digitalisierungsvorhaben umsetzen und vorantreiben. Ihnen fehlen allerdings bislang die investiven Mittel und nachhaltige Vergütungsstrukturen, um digitale Projekte zu realisieren. Selbst durch den Krankenhauszukunftsfonds werden nicht alle Krankenhäuser die Möglichkeit erhalten, bei digitalen Vorhaben unterstützt zu werden. Ohne Eigenmittel wird eine Umsetzung nicht realisierbar sein. Bei der ohnehin wirtschaftlich angespannten Lage, ist die Forderung eines Abschlages folglich nicht hinzunehmen. Um die Vorteile der Digitalisierung langfristig etablieren zu können, bedarf es einer Digitalisierungsstrategie und einer kontinuierlichen Förderung. Mit der Einführung eines zweckgebundenen Zuschlages könnte ein wirklicher Digitalisierungsanreiz geschaffen werden, so dass alle Krankenhäuser gleichermaßen von der Förderung durch das Zukunftsprogramm Krankenhäuser profitieren.

### Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf

Die Ausschöpfung der Digitalisierungspotentiale im Krankenhaus stellt aus Sicht der Krankenhäuser einen wesentlichen Erfolgsfaktor für ein bedarfsgerechtes und zukunftsfähiges Gesundheitssystem dar. Hierbei gilt es, geeignete Rahmenbedingungen zu

schaffen. Die gleichberechtigte Einbeziehung der Krankenhäuser in alle Regelungen, bei denen aktuell die Bundesmantelvertragspartner den Krankenhäusern Vorgaben machen, ist hierbei eine zentrale Voraussetzung. Darüber hinaus muss die Einführung einer Institutionskarte neben dem Heilberufausweis (HBA) im SGB V und die klare Festlegung, dass diese das institutionelle Handeln der Krankenhäuser legitimiert, ohne Rückverweis auf einen HBA durch den Gesetzgeber aufgegriffen werden. Ebenso muss die Sicherstellung, dass Krankenhäuser kostengünstig Dienste in der Telematikinfrastruktur anbieten können, ohne hohe Zulassungs- und Anschlussgebühren bezahlen zu müssen, gewährleistet sein. Krankenhäuser bedienen heute eine hohe Anzahl an unterschiedlichen Datensammelstellen und Registern. Es muss sichergestellt werden, dass alle Register (Krebsregister, Implantateregister etc.) und Qualitätsdatensammlungen gleiche Verfahren nutzen und auf den allgemeinen Standards für die Datenübermittlung aufbauen, um vermeidbaren Mehraufwand zu reduzieren. Schließlich sollte bei der Einführung von digitalen Anwendungen, z. B. im Rahmen der Telematikinfrastruktur oder bei Registern, auf mit Fristen verbundene Sanktionen verzichtet werden, wenn für die Einhaltung der Anforderungen Dritte, insbesondere die Industrie, notwendige Teilleistungen erbringen müssen.

Darüber hinausgehende, Covid-19-bedingte Anpassungsbedarfe im Bereich der Krankenhausfinanzierung sind dem Kapitel „Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf“ zu entnehmen.

---

## Besonderer Teil

---

### Artikel 1

## Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

### Zu Artikel 1 Nummern 1 bis 3 (§§ 1, 12 und 12a KHG)

#### Verlängerung des Krankenhausstrukturfonds

#### Beabsichtigte Neuregelung

Eine zukunftsgerichtete, leistungsfähige und qualitativ hochwertige Versorgung durch die Krankenhäuser erfordert eine moderne und digitale Ausstattung, weshalb der Aspekt der digitalen Krankenhäuser in den Grundsätzen des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser aufgenommen wird.

Fördermittel des Krankenhausstrukturfonds ab 01. Januar 2016 (§ 12 KHG), welche nicht ausgeschöpft wurden, sollen der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt werden. Aus der Begründung lässt sich entnehmen, dass es sich hierbei um Mittel in Höhe von ca. 0,5 Mio. Euro handelt.

Darüber hinaus wird der aktuelle Strukturfonds (von 2019 bis ursprünglich 2022) bis zum Jahr 2024 verlängert. Die vorgesehenen Mittel von jährlich 500 Millionen Euro werden jedoch nicht aufgestockt. Insgesamt beträgt das Fördervolumen weiterhin 2 Milliarden Euro.

Um die Förderung von integrierten Notfallstrukturen zu erhalten, wird dieser Fördertatbestand aus dem aktuellen Strukturfonds gestrichen und in abgeänderter Form in den Krankenhauszukunftsfonds übertragen. Die Begründung führt aus, dass eine Überschneidung von Fördertatbeständen zwischen den beiden Förderprogrammen vermieden werden soll.

Über die Förderung der in § 12 Absatz 1 Satz 3 KHG genannten Zwecke hinaus sollen ab dem 1. Januar 2022 auch Vorhaben zur Digitalisierung der Prozesse und Strukturen im Verlauf eines Krankenhausaufenthaltes der Patientinnen und Patienten gefördert werden können.

Des Weiteren erfolgen Folgeanpassungen, die auf der verlängerten Antragsfrist bis 2024 beruhen.



## Stellungnahme

Durch die Verlängerung des Krankenhausstrukturfonds (§ 12a KHG) bis 2024, erhalten die Länder und Krankenhausträger mehr Zeit, Anträge auf strukturverbessernde Maßnahmen zu bearbeiten oder zu stellen. Eine Verlängerung der Frist ist insbesondere auf Grund der COVID-19-Pandemie erforderlich und aus der Perspektive der Krankenhäuser begrüßenswert. Zudem wäre es aus Krankenhaussicht sinnvoll, neben der zeitlichen Verlängerung auch die Fördermittel um den jährlichen Förderbetrag von jeweils 500 Millionen Euro aufzustocken.

Die Ergänzung der förderfähigen Vorhaben erscheint sachgerecht, die inhaltliche Ausrichtung an § 19 Abs. 1 Krankenhausstrukturfondsverordnung (KHSFV) ebenfalls. Aus den Erfahrungen mit Fördervorhaben im Bereich Digitalisierung nach der bisherigen KHSFV ist jedoch erkennbar, dass die aktuell geltenden Rahmenbedingungen sowohl mit Blick auf die antragstellenden Länder als auch die Einbeziehung der Krankenkassen als zu einschränkend gelten müssen. Der Erfolg eines Förderantrages hängt maßgeblich von der Bereitschaft des Bundeslandes zur Antragstellung sowie dem Willen der Krankenkassen zur Unterstützung dieses Vorhabens ab. In Ausnahmefällen sollte eine Antragstellung im Rahmen des Krankenhausstrukturfonds durch den Krankenhausträger erfolgen können.

## Änderungsvorschlag

Die Krankenhäuser schlagen deshalb vor, neben der zeitlichen Verlängerung auch die Fördermittel um den jährlichen Förderbetrag von jeweils 500 Millionen Euro aufzustocken.

### **Zu Artikel 1 Nummer 4 (§ 14a KHG)**

#### **Einrichtung eines Krankenhauszukunftsfonds**

## Beabsichtigte Neuregelung

Zur Umsetzung des Zukunftsprogramms Krankenhäuser nach Ziffer 51 des Beschlusses des Koalitionsausschusses vom 3. Juni 2020 soll in Ergänzung zum Krankenhausstrukturfonds ein Krankenhauszukunftsfonds zur Modernisierung und Digitalisierung von Krankenhäusern gebildet werden, der sich jedoch im Gegensatz zum Krankenhausstrukturfonds aus Bundesmitteln speist. Mit dem neuen Paragraph 14a KHG wird ein Krankenhauszukunftsfonds implementiert, um notwendige Investitionen und eine Verbesserung der Versorgungsstrukturen zu fördern. In besonderem Maße gilt dies für die Verbesserung der digitalen Infrastruktur der Krankenhäuser, der Informationssicherheit, für die Anpassung der informationstechnischen Ausstattung von modernen Notfallkapazitäten und die Stärkung regionaler Versorgungsstrukturen. Nicht in Anspruch genommene Mittel werden Ende des Jahres 2023 an den Bund zurückgeführt. Zur Förderung der IT-Sicherheit wird eine Quote von 15 Prozent der für die Förderung eines Vorhabens beantragten Mittel festgelegt. Hochschulkliniken sind bei den Förder-

zwecken für modernere Notfallkapazitäten und bei der Stärkung regionaler Versorgungsstrukturen gem. § 14a KHG zu berücksichtigen.

Der Antrag auf Förderung des Krankenhauses wird beim Land gestellt. Das Land entscheidet, welchen Anträgen stattgegeben wird. Es entscheidet ebenfalls über das zu fördernde Vorhaben und über weitere, damit verbundene Vorgaben für das antragstellende Krankenhaus. Im Rahmen der Entscheidungsfindung ist den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Die allgemeinen Voraussetzungen (§ 14a Abs. 5 KHG) für die Förderung werden analog zum Krankenhausstrukturfonds geregelt. Abweichend ist, dass das Land, der Träger oder beide gemeinsam als „Ko-Finanzierung“ mindestens 30 Prozent der förderungsfähigen Kosten des Vorhabens tragen müssen. Nicht zweckentsprechend eingesetzte Mittel sind vom Krankenhausträger an das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) zurückzuzahlen.

## **Stellungnahme**

Die Krankenhäuser begrüßen ausdrücklich die Bildung des Krankenhauszukunftsfonds und unterstützen die Initiative des Gesetzgebers, Impulse für eine Verbesserung des Behandlungsablaufs durch Modernisierung und Digitalisierung zu setzen. Die Krankenhäuser fordern eine sichere, interoperable und intersektorale Vernetzung von Gesundheitseinrichtungen und sehen dies in den kommenden Jahren als wesentlichen Eckpunkt aller Bestrebungen hin zu mehr Versorgungsqualität durch Digitalisierung im Gesundheitswesen an. Die Verbesserung der internen Informationsflüsse durch eine stärkere Binnendigitalisierung kann sowohl die Behandlung im Krankenhaus als auch darüber hinaus durch Optimierung der externen Vernetzung und Kommunikation den Entlass- und Nachsorgeprozess positiv beeinflussen.

Um auch in Zukunft die bestmögliche Behandlung bieten zu können, müssen Antworten auf wirtschaftliche und demographische Herausforderungen gefunden werden. Die Bildung regionaler Versorgungseinheiten mit Krankenhäusern im Zentrum bedingt die geforderte sichere, interoperable und intersektorale Kommunikation sowohl mit beteiligten Akteuren im Gesundheitswesen als auch mit dem Patienten selbst. Den Patientennutzen in den Mittelpunkt zu stellen, wird ein Schlüsselfaktor für die Akzeptanz für Digitalisierung im Gesundheitswesen darstellen. Ebenfalls zentral ist in diesem Zusammenhang die Förderung von Maßnahmen zur Verbesserung der IT-Sicherheit.

Aus Sicht der Krankenhäuser ist es allerdings nicht zu unterstützen, dass nicht in Anspruch genommene Mittel Ende des Jahres 2023 an den Bund zurückgeführt werden. Die Mittel sollten den Förderungen der Digitalisierung vollständig zu Gute kommen.

Die Verpflichtung, mindestens 15 Prozent der beantragten Mittel für Maßnahmen zur Förderung der IT-Sicherheit vorzusehen, trägt dem Umstand Rechnung, dass IT-Sicherheit eine Grundlage für Digitalisierung im Zusammenhang mit medizinischen Anwendungen darstellt (§ 14a Abs. 3 KHG). Auch die Förderung nicht-digitaler Komponenten ist sachgerecht. Dabei kann es jedoch infolge thematischer Bezüge, rechtlicher

oder organisatorischer Anforderungen zu einer Differenzierung im Antragsgeschehen kommen, bei der inhaltlich und ggf. auch zeitlich getrennte Fördervorhaben eines Trägers beantragt werden (z. B. Anpassungen der Patientenzimmer an die Behandlungserfordernisse einer Epidemie sowie Beschaffung einer Firewall-Lösung). Hier sollten keine unnötigen Hürden bei der Beantragung der Mittel geschaffen werden, indem z. B. eine Umstrukturierung der Patientenzimmer, die von weiteren, ggf. flankierenden Fördervorhaben zur IT-Sicherheit begleitet wird, zwangsweise ebenfalls einen Anteil für IT-Sicherheit von mindestens 15 Prozent aufweisen muss. Positiv zu bewerten ist, dass Hochschulkliniken vollumfänglich zu berücksichtigen sind.

Die Förderung von Investitionen für die technische und insbesondere informationstechnische Ausstattung im Kontext der Notfallversorgung im Krankenhauszukunftsfonds wird begrüßt. Es muss jedoch sichergestellt sein, dass auch notwendige bauliche Veränderungen über den Krankenhausstrukturfonds umgesetzt werden können. Gerade in der aktuellen Pandemie zeigt sich die Notwendigkeit zusätzlicher Schutzmaßnahmen.

Die Erfahrungen mit dem bereits bestehenden Strukturfonds zeigen, dass die gesetzlichen Krankenkassen, die derzeit ein Mitspracherecht bei der Beantragung der Mittel beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) haben, insbesondere Förderanträge zur Verbesserung der IT-Sicherheit der Krankenhäuser in fast allen Bundesländern blockieren und stattdessen einseitig Maßnahmen zum Abbau von Krankenhauskapazitäten unterstützen. Insofern ist es richtig, dass der Auswahlprozess nicht notwendigerweise im Einvernehmen mit den Krankenkassen durchzuführen ist. Im Rahmen des Entscheidungsprozesses haben die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen das Recht zur Stellungnahme (§ 14a Abs. 4).

Es ist nachvollziehbar, dass sich die Voraussetzungen (§ 14a Abs. 5 KHG) am aktuellen Strukturfonds orientieren. Ausdrücklich zu begrüßen ist, dass im Vergleich zum aktuellen Strukturfonds ein geringerer Anteil der Fördermittel bzw. Kosten im Rahmen der Ko-Finanzierung der Länder und Krankenhäuser zu tragen ist, so dass Vorhaben mit einer höheren Wahrscheinlichkeit umgesetzt werden können. Die Krankenhäuser halten allerdings für bedenklich, dass die Möglichkeit besteht, den von Ländern und Trägern zu entrichtenden Betrag (30 Prozent) auch alleine durch den Träger finanzieren zu lassen. Dies würde dazu führen, dass das Krankenhaus die Investitionsvorhaben in erheblicher Größenordnung aus Eigenmitteln und ggf. durch Querfinanzierung aus Betriebsmitteln zu bewältigen hätte. Wie auch in der Begründung zur Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen dargelegt wird, wäre dadurch die notwendige Investitions- und Zukunftsfähigkeit der Häuser nicht gesichert. Um eine künftige „Beeinträchtigung der Versorgungs- und Pflegequalität zu verhindern“, ist die volle Finanzierung durch das Land zu fordern. Denn auch eine Finanzierung über einen Kredit, wie in der Begründung vorgeschlagen, muss aus Eigenmitteln des Krankenhauses finanziert werden. Hinzu kommt, dass die wirtschaftliche Lage eines Großteils der Krankenhäuser in Deutschland bereits vor Ausbruch der Pandemie äußerst angespannt war. Die unzureichende Bereitstellung von Investitionsfördermitteln durch die Länder hat dazu maßgeblich beigetragen. Der staatliche Rettungsschirm zur Abfederung der finanziellen Belastungen der Krankenhäuser infolge der Corona-Pandemie konnte eine Verschlechterung der Lage für viele Kliniken verhindern, die Gesamtsituation aber nicht verbessern. Auch vor diesem Hintergrund darf die gesetzliche Umsetzung des

Zukunftsprogrammes keine Übernahme der Kosten der Maßnahmen durch die Krankenhausträger vorsehen.

Besonders zu begrüßen ist, dass auch länderübergreifende Vorhaben gefördert werden. Den Krankenkassen soll jedoch Gelegenheit zur Stellungnahme im Antragsprozess gegeben werden. Dies führt zu deutlich höheren Aufwänden bei den Ländern (Einbeziehung der Stellungnahme in die jeweiligen Förderbescheide) und sehr engen Fristen im Antragsgeschehen. Die Entscheidung über die Fördermittel sollte bei den Ländern belassen werden, lediglich in Verfahrensfragen könnten die Landesverbände der Krankenkassen und Landeskrankhausgesellschaften einbezogen werden.

### **Änderungsvorschlag**

Es muss sichergestellt werden, dass die nicht in Anspruch genommenen Mittel den investiven Vorhaben der Krankenhäuser zur Verfügung gestellt werden.

§ 14a Abs. 4 Nr. 2 - neu KHG wird wie folgt geändert:

2. das antragstellende Land, ~~der Träger der zu fördernden Einrichtung oder beide gemeinschaftlich~~ mindestens 30 Prozent der förderungsfähigen Kosten des Vorhabens ~~(KO-Finanzierung) tragen trägt~~,

Sollten mehrere Fördervorhaben zugunsten eines Trägers aus organisatorischen oder z. B. sachlogischen Gründen differenziert beantragt werden, sollte die Vorgabe der 15 %-Quote für IT-Sicherheit auf die beantragte Gesamtfördersumme bezogen werden.

Um zu vermeiden, dass diejenigen Krankenhäuser durch „Nichtförderung bestraft“ werden, die entsprechende Maßnahmen z. B. zur Verbesserung der IT-Sicherheit bereits begonnen haben, sollte ein Beginn der Maßnahmen im Jahr 2020 generell nicht als förderschädlich angesehen werden.

### **Zu Artikel 1 Nummer 4 (§ 14b KHG)**

#### **Evaluierung des digitalen Reifegrades der Krankenhäuser**

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Zur Evaluierung, inwieweit die Förderung mittelbar oder unmittelbar zu einer Verbesserung des digitalen Reifegrades der Krankenhäuser geführt hat, sollen zum 30. Juni 2021 und 30. Juni 2023 durch die Krankenhäuser strukturierte Selbsteinschätzungen hinsichtlich des Umsetzungsstandes digitaler Maßnahmen an die durch das BMG beauftragte Stelle übermittelt werden.

## Stellungnahme

Die geplante Evaluierung des digitalen Reifegrades der Krankenhäuser ist grundsätzlich nachvollziehbar. Dies soll unter „Berücksichtigung von Bewertungskriterien anerkannter Reifegradmodelle“ erfolgen. Es bleibt jedoch offen, welche Reifegradmodelle als „anerkannt“ gelten und inwieweit diese auf das Versorgungssystem in Deutschland adäquat abbildbar sind. Deshalb sei darauf verwiesen, dass bei der Auswahl und Bewertung „anerkannter“ Reifegradmodelle auch in Krankenhäusern verwendete Modelle zur Bewertung des Digitalisierungsgrades berücksichtigt werden sollten. Darüber hinaus suggeriert die Formulierung „anerkannt“, dass es sich um Modelle handeln müsse, die bereits etabliert sind. Die Kritik an Reifegradmodellen, wie beispielsweise dem Electronic Medical Records Adoption Model (EMRAM), bezieht sich aber gerade auch auf fehlende Flexibilität bei der Anerkennung vom amerikanischen Ursprungsmarkt abweichenden Vorgaben und Voraussetzungen, die eine Weiterentwicklung oder die Schaffung passenderer Modelle angeraten scheinen lässt. Der Fokus von EMRAM liegt beispielsweise auf der krankenhausinternen IT-Nutzung, telemedizinische oder sektorenübergreifende Kommunikation wird hingegen nicht berücksichtigt. Auch im Hinblick auf die Vorgaben in § 19 ist zu prüfen, ob ggf. ein für die Zwecke der gesetzlichen Regelung geeignetes Modell auf Basis vorhandener Ansätze erst festgelegt werden muss. Beispiele sind die Abbildung baulicher Maßnahmen sowie europäische Vorgaben zu Datenschutz und Informationssicherheit, die im Stufenmodell von EMRAM beispielsweise nicht enthalten sind. Der Ansatz, Bewertungskriterien aus anerkannten Reifegradmodellen abzuleiten, verlangt eine wissenschaftliche und nachvollziehbare Festlegung dieser Kriterien für eine wissenschaftliche Evaluation. Es muss ebenfalls möglich sein, die Selbsteinschätzung auf Basis von Bewertungskriterien in der Praxis bereits etablierter, ggf. auch eigenentwickelter, Reifegradmodelle ermitteln zu können.

## Änderungsvorschlag

Die Erarbeitung von Bewertungskriterien und ihre Evaluierung sollte unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten durchgeführt werden, um eine valide Grundlage für die Auswertung bereitzustellen.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft sollte bei der Auswahl, Bewertung und Weiterentwicklung der Bewertungskriterien einbezogen werden, um etwaige Hürden in der Umsetzung der Evaluierung im Vorfeld zu vermeiden.

## **Zu Artikel 1 Nummer 5 Buchstabe a (§ 21 Abs. 9 KHG)**

### **Übermittlung der krankenhausbezogenen Aufstellung**

## Beabsichtigte Neuregelung

Für den Ausgleich coronabedingter Erlösrückgänge sind die Ausgleichszahlungen in der Berechnung der Erlöse für das Jahr 2020 anteilig zu berücksichtigen. Hierzu übermitteln die Länder dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) eine

krankenhausbezogene Aufstellung über die ausgezahlten Ausgleichszahlungen. Der GKV-SV hat die krankenhausbezogene Information zur Höhe der Ausgleichszahlungen den Vertragsparteien der Pflegesatzvereinbarung zur Verfügung zu stellen, wenn der Krankenhausträger den Anspruch nach § 21 Abs. 11 Satz 1 KHG geltend macht.

## Stellungnahme

Für die Verhandlungen auf der Ortsebene muss sichergestellt werden, dass die Ausgleichszahlungen zu keinem anderen Zweck außer der Berechnung der Erlösrückgänge des Jahres 2020 im Rahmen des Ausgleichs nach § 21 Abs. 10 und 11 KHG verwendet werden.

Sofern an der Umsetzung in der jetzigen Form festgehalten werden sollte, ist zwingend erforderlich, dass auch die Krankenhauseite (z. B. DKG) diese Aufstellung erhält.

## Änderungsvorschlag

§ 21 Absatz 9 KHG wird wie folgt geändert:

"Innerhalb der in Satz 1 genannten Frist übermitteln die Länder zudem dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen **sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft** eine krankenhausbezogene Aufstellung über die ausgezahlten Ausgleichszahlungen nach Absatz 1. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen übermittelt den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 die Höhe der Ausgleichszahlungen nach Absatz 1, die einem Krankenhaus ausgezahlt wurden, wenn der Krankenhausträger verlangt, dass eine Vereinbarung nach Absatz 11 Satz 1 getroffen wird."

## Zu Artikel 1 Nummer 5 Buchstabe b (§ 21 Abs. 10 KHG und § 21 Abs. 11 KHG) Ausgleich coronabedingter Erlösrückgänge

### Beabsichtigte Neuregelung

Krankenhäuser im Anwendungsbereich des KHEntgG sowie der BPfIV erhalten den Anspruch, Erlösrückgänge im Jahr 2020 gegenüber dem Jahr 2019, die auf Grund des SARS-CoV-2-Virus entstanden sind, im Rahmen von krankenhausindividuellen Verhandlungen der Vertragsparteien vor Ort anteilig auszugleichen. Eine Vereinbarung über den Ausgleich coronabedingter Mindererlöse kann unabhängig von der Vereinbarung des Budgets und der Pflegesätze erfolgen. Für das Jahr 2020 wird die Anwendung weiterer Erlösausgleiche nach § 4 Absatz 3 KHEntgG oder § 3 Absatz 7 der BPfIV ausgeschlossen.

Zur Ermittlung der Erlösrückgänge werden die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 beauftragt, bis zum 31. Dezember 2020 insbesondere die Einzelheiten für die Ermittlung der Erlöse für voll- und teilstationäre allgemeine Krankenhausleistungen für die Jahre 2019 und 2020, die Kriterien zur Feststellung eines Erlösrückgangs im Jahr 2020

gegenüber dem Jahr 2019 sowie die Höhe des anzuwendenden Ausgleichssatzes zu vereinbaren.

## Stellungnahme

Für die Ermittlung der Erlöse stellt die Regelung auf die allgemeinen Krankenhausleistungen ab. Im Beirat nach § 24 KHG war bereits konsentiert, die Erlöse aus der Abrechnung tagesbezogener Pflegeentgelte außen vor zu lassen. Da die Verhandlungen des Pflegebudgets einen separaten Teil in den Budgetverhandlungen darstellen, hatten sich die Vertragsparteien darauf verständigt, diesen Bereich nicht bei dem Ausgleich coronabedingter Erlösverluste zu berücksichtigen. Ein Vergleich der relevanten Erlöse 2019 und 2020 ohne die Einbeziehung der Anteile für die Pflege ist technisch unproblematisch umsetzbar, da bereits für das Jahr 2019 ein aG-DRG-Katalog ohne Pflegepersonalkosten der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen vorliegt. Eine Vergleichbarkeit der Pflegerlöse der beiden Jahre ist hingegen kaum herzustellen, da für die Pflege in 2020 eine neue Finanzierungssystematik etabliert wurde. Insofern sollte eine eindeutige gesetzliche Klarstellung erfolgen, dass Pflegeerlöse nicht bei der Erlösvergleichsrechnung einbezogen werden, auch weil hierzu bereits ein gemeinsames Verständnis erzielt werden konnte. Der Verweis in der Gesetzesbegründung auf eine entsprechende Übereinkunft in Gesprächen der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene muss im Gesetz abgesichert werden.

Nach § 21 Abs. 10 Satz 1 Nr. 2 KHG haben die Vertragsparteien die Kriterien festzulegen, mit denen ein durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachter Erlösrückgang von einem nicht durch das Coronavirus SARS-CoV-2 unterschieden werden kann. Die Entwicklung dieser Kriterien erscheint auf Ebene der Selbstverwaltung nicht sachgerecht und kaum operationalisierbar. Aus Sicht der Krankenhäuser kann eine Trennung coronabedingter Erlösrückgänge von anderen Effekten aus Sachgerechtigkeitserwägungen zwar nachvollziehbar sein. Es ist jedoch nicht erkennbar, wie eine eindeutige und sachgerechte Abgrenzung von unterschiedlichen Ursachen für Erlösveränderungen möglich sein kann. Krankenhäuser, die entsprechende Kapazitäten in ihren Einrichtungen freigeräumt haben, dann aber nur wenige bis keine Coronafälle behandelt haben, könnten hier bei der Festlegung von Kriterien negativ betroffen sein. Auch das bereits in der Gesetzesbegründung genannte Beispiel der Schließung von Abteilungen ist nicht operationalisierbar. Wenn beispielsweise eine dermatologische Abteilung geschlossen wurde, um die Pflegekräfte in der Corona-Ambulanz einzusetzen, würde dies zu ungerechten Verteilungseffekten führen. Es wird vorgeschlagen, diesen Auftrag auf wenige, eng begrenzte Ausnahmetatbestände zu begrenzen. In den Beratungen im Beirat hatten sich GKV-SV und DKG bereits darauf geeinigt, in eng begrenztem Umfang einvernehmlich Ausnahmetatbestände absenkend sowie erhöhend zu berücksichtigen. Hier sind insbesondere krankenhauplanerische Maßnahmen zu nennen. Dies sollte auch in den Formulierungen des § 21 Abs. 10 KHG entsprechend so angepasst werden, dass lediglich in sehr eng begrenzten Ausnahmefällen Anpassungen getroffen werden können.

Eine Öffnungsklausel für die Vereinbarung eines abweichenden Ausgleichssatzes auf der Ortsebene, wie dies in § 21 Abs. 11 KHG vorgesehen ist, sollte aus Sicht der

Krankenhäuser nicht abweichend vorgesehen werden. Eine krankenhausesindividuelle Berücksichtigung in den Verhandlungen auf der Ortsebene ist nicht erforderlich.

Es müssen zudem zwingend die Kosten bzw. die Preisentwicklung von 2019 auf 2020 im Rahmen des Erlösvergleichs berücksichtigt werden. Auch hier hatte sich der Beirat nach § 24 KHG bereits darauf geeinigt, die Jahre 2019 und 2020 jeweils mit dem Landesbasisfallwert 2020 zu bewerten, um die in den Landesbasisfallwerten eingepreisten Preissteigerungseffekte zu berücksichtigen.

Es ist sehr wahrscheinlich, dass in 2021 das bisherige Leistungsniveau von vielen Krankenhäusern noch nicht wieder erreicht werden kann, aber Vorhaltungen und Maßnahmen in Bezug auf die Corona-Pandemie aufrechterhalten werden müssen. Aus diesem Grunde muss zwingend auch für das Budgetjahr 2021 ein besonderer Erlösverlustausgleich für diese Krankenhäuser vorgesehen werden.

### Änderungsvorschlag

§ 21 Absätze 10 und 11 - neu KHG werden wie folgt geändert:

„(10) Die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 vereinbaren bis zum 31. Dezember 2020 das Nähere über den Ausgleich eines aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandenen Erlösrückgangs, insbesondere

1. Einzelheiten für die Ermittlung der Erlöse für ~~allgemeine stationäre voll-~~ und teilstationäre allgemeine Krankenhausleistungen für die Jahre 2019 und 2020 unter Berücksichtigung von Preissteigerungen gegenüber 2019,
2. ~~Kriterien, anhand derer ein im Jahr 2020 gegenüber dem Jahr 2019 aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandener Erlösrückgang festgestellt wird,~~
3. ~~Einzelheiten zum Nachweis der Erfüllung der nach Nummer 2 vereinbarten Kriterien und~~
4. die Höhe des Ausgleichssatzes für einen im Jahr 2020 gegenüber dem Jahr 2019 aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandenen Erlösrückgang,
5. in eng begrenztem Umfang Ausnahmetatbestände, die bei den Ausgleichsrechnungen zu berücksichtigen sind.

Bei der Ermittlung der Erlöse für das Jahr 2020 sind auch die Ausgleichszahlungen nach Absatz 1 zu berücksichtigen, soweit sie entgangene Erlöse für ~~allgemeine stationäre voll-~~ und teilstationäre allgemeine Krankenhausleistungen ersetzen. Die tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a des Krankenhausentgeltgesetzes, die Beträge nach Absatz 5 Satz 1, die Zuschläge nach Absatz 6 Satz 1 und die Zusatzentgelte nach § 26 Absatz 1 Satz 1 sind nicht zu berücksichtigen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 den Inhalt der Vereinbarung auch ohne Antrag einer Vertragspartei bis zum Ablauf des 14. Januar 2021 fest.



(11) Auf Verlangen eines Krankenhausträgers sind die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 oder Nummer 2 verpflichtet, mit dem Krankenhausträger aufgrund der Vereinbarung nach Absatz 10 Satz 1 oder der Festlegung nach Absatz 10 Satz 4 die Erlöse für die Jahre 2019 und 2020, den im Jahr 2020 gegenüber dem Jahr 2019 aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandenen Erlösrückgang sowie einen Ausgleich für den Erlösrückgang zu vereinbaren. Die Vereinbarung nach Satz 1 kann unabhängig von den Vereinbarungen nach § 11 Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 11 Absatz 1 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung getroffen werden. Die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 multiplizieren den ermittelten Erlösrückgang mit dem nach Absatz 10 Satz 1 Nummer 4 vereinbarten oder nach Absatz 10 Satz 4 festgelegten Ausgleichssatz. ~~Sie können in eng begrenzten begründeten Ausnahmefällen einen abweichenden Ausgleichssatz vereinbaren und mit dem ermittelten Erlösrückgang multiplizieren, wenn dies für einen sachgerechten Ausgleich des Erlösrückgangs erforderlich ist.~~ Der nach Satz 3 oder Satz 4 errechnete Ausgleichsbetrag wird durch Zuschläge auf die Entgelte des laufenden oder eines folgenden Vereinbarungszeitraums ausgeglichen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht oder nicht vollständig zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 auf Antrag einer der Vertragsparteien nach Satz 1 innerhalb von sechs Wochen. Die Genehmigung der Vereinbarung nach Satz 1 oder der Festsetzung nach Satz 6 ist von einer der Vertragsparteien nach Satz 1 bei der zuständigen Landesbehörde zu beantragen. Die zuständige Landesbehörde erteilt die Genehmigung innerhalb von vier Wochen nach Eingang des Antrags, wenn die Vereinbarung oder die Festsetzung den Regelungen in diesem Absatz und in Absatz 10 sowie sonstigem Recht entspricht. § 14 Absatz 2 Satz 1 und 3 und Absatz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes gilt entsprechend. Unabhängig davon, ob eine Vereinbarung nach Satz 1 getroffen wird, sind Erlösausgleiche nach § 4 Absatz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 3 Absatz 7 der Bundespflegesatzverordnung für das Jahr 2020 ausgeschlossen.“

## Artikel 2

### Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung

#### Zu Artikel 2 Nummer 3 Buchstabe b (§ 11 KHSFV)

##### Veränderung des Fördertatbestandes

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

In Artikel 2 Nr. 3 Buchstabe b KHZG ist der Fördertatbestand (§ 11 Abs. 1 Nr. 5 KHSFV) des aktuellen Strukturfonds verändert worden. Beabsichtigt ist die Förderung von „integrierten Notfallstrukturen durch insbesondere bauliche Maßnahmen“.

#### **Stellungnahme**

Die Förderung von insbesondere baulichen Maßnahmen, die die Notfallstrukturen betreffen, wird seitens der Krankenhäuser begrüßt. Für den Fördertatbestand „bauliche bzw. strukturelle Maßnahmen für die Notfallstrukturen“ sollte die Förderbedingung Konzentration oder Schließung von Kapazitäten nicht gelten, damit ausreichende Umsetzungen stattfinden können. Der momentane Fokus auf Schließung zu Lasten von Anträgen für bauliche Maßnahmen ist hier nicht zu akzeptieren und wäre gegenläufig zu den Absichten des KHZG.

#### **Änderungsvorschlag**

Entfällt.

#### Zu Artikel 2 Nummer 9 (§ 19 KHSFV)

##### Förderfähige Vorhaben des Krankenhauszukunftsfonds

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Es werden die förderfähigen Vorhaben insbesondere zur Digitalisierung der Prozesse und Strukturen im Verlauf eines Krankenhausaufenthaltes von Patientinnen und Patienten festgelegt. Auch Vorhaben von Hochschulkliniken nach Satz 1 Nummer 1 sowie Vorhaben unter Beteiligung von Hochschulkliniken nach Satz 1 Nummern 7 bis 9 sowie Nummer 11 sind förderfähig.

Im Folgenden wird auf ausgewählte Vorhaben kurz eingegangen.

#### **Stellungnahme**

##### Nr. 1 Anpassung von Notaufnahmen

Unter Nummer 1 ist die technische und informationstechnische Anpassung von Notaufnahmen an den aktuellen Stand der Technik aufgeführt. Durch das KHZG werden

„integrierte Notfallstrukturen durch insbesondere bauliche Maßnahmen“ gefördert (Artikel 2 Nr. 3 Buchstabe b KHZG). Durch die Veränderungen werden folglich bauliche Maßnahmen integrierter Notfallstrukturen durch den Krankenhausstrukturfonds gefördert und technische Anpassungen der Notaufnahme durch den Krankenhauszukunftsfonds. Auf die Formulierung „an den Stand der Technik“ sollte jedoch verzichtet werden, da der „Stand der Technik“ als unbestimmter Rechtsbegriff nicht näher definiert werden kann und somit Fehlinterpretationen zu befürchten sind.

Der Fördertatbestand wird begrüßt.

### Nr. 2 Einrichtung von Patientenportalen für digitale Aufnahme- und Entlassprozesse

Mitunter lange Wartezeiten im Rahmen von Aufnahme- und Entlassprozessen im Krankenhaus sind insbesondere aus Sicht der Patientinnen und Patienten ein mithilfe digitaler Prozesse ggf. vermeidbarer Stressfaktor. Self-Services, wie beispielsweise ein Self-Service-Check-In, können dabei die Erwartungshaltung der Patientinnen und Patienten in der heutigen medialen Welt, selbst aktiv z. B. über das Smartphone mit der Umgebung zu interagieren, erwartungsgerecht abbilden. Zwar bieten sich solche Lösungen nicht für jeden Fall an, da eine Self-Service-Administration für den Erstbesuch des Patienten in der Komplexität teils sehr weitreichend ist (Anlage des Behandlungsfalles etc.). Die Nutzung digitaler Möglichkeiten, um darüber hinaus ggf. auch den Status im aktuellen Versorgungspfad ableiten zu können, dürfte aus Sicht der Patientinnen und Patienten jedoch zu einer positiven Erfahrung des in aller Regel durch Gesundheitsbeschwerden initiierten Behandlungsaufenthaltes beitragen.

Der geplante Austausch von Informationen hin zu Pflege- oder Rehabilitationseinrichtungen und Kostenträgern einzig über ein Patientenportal ohne Nennung weiterer Übermittlungswege, wie z. B. einer Patienten-/Krankenhaus-App, sollte mit aktuellen Projekten und Verfahren zur strukturübergreifenden Informationsbereitstellung, z. B. im Rahmen der elektronischen Fall- oder Patientenakte sowie der Datenübermittlung im Entlassmanagement, abgestimmt werden.

Für einen Datenaustausch mit Kostenträgern bedarf es in der Regel einer konkreten Rechtsgrundlage, wobei es hierfür z. B. im Rahmen des § 301-Verfahrens bereits heute elektronische Austauschverfahren gibt. Der konkrete Nutzwert dieser Funktion kann daher nicht abgeschätzt werden. Jedoch muss mit Blick auf die nach § 5 Abs. 3h KHEntgG bzw. § 5 Abs. 6 BPfIV geplanten Sanktionen klar sein, welche Services vom jeweiligen Krankenhaus maßgeblich umgesetzt sein müssen.

Der Fördertatbestand wird deshalb grundsätzlich begrüßt, der Informationstausch mit Kostenträgern über ein vom Krankenhaus bereitgestelltes Patientenportal sollte gestrichen werden.

### Nr. 3 Durchgehende strukturierte elektronische Dokumentation

Mit dem Ziel, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Krankenhaus wieder mehr Zeit für die Pflege „am Bett“ zu ermöglichen, kann eine durchgehend strukturierte elektronische, weitgehend automatisierte und sprachbasierte Dokumentation von Pflege- und

Behandlungsleistungen erhebliches Optimierungspotential bergen. Allerdings zeigen sich gerade in diesen Bereichen technische Limitierungen, die einem effektiven Einsatz an vielen Stellen aktuell noch entgegenstehen und eine automatisierte Strukturierung heute noch ausschließen bzw. mit steigender Strukturierung keinen angemessenen Mehrwert bieten.

Der Fördertatbestand wird begrüßt. Die Forderung nach Strukturierung sollte auf sinnvolle Bereiche beschränkt werden bzw. nicht als zwingende Voraussetzung genannt werden.

#### Nr. 4 Klinische Entscheidungsunterstützungssysteme

Elektronische Entscheidungsunterstützungssysteme gewinnen gerade im Kontext immer komplexer werdender Szenarien und Datenmengen (Big Data) zunehmend an Bedeutung. Von elektronisch unterstützter Arzneimitteltherapiesicherheit bis zur KI-basierten Karzinomdiagnose stellen Entscheidungsunterstützungssysteme Beispiele für innovative Verfahren im Krankenhaus dar, die ohne Digitalisierung nicht denkbar sind.

Grundsätzlich wird dieser Fördertatbestand begrüßt.

#### Nr. 5 Digitales Medikationsmanagement

Digitales Medikationsmanagement kann helfen, die Behandlung im Krankenhaus sicherer zu gestalten und dabei gleichzeitig das Pflegepersonal entlasten, indem beispielsweise die Medikationsanamnese digital unterstützt oder die nächtliche Medikationsstellung durch „Blisterautomaten“ übernommen werden.

Dieser Fördertatbestand wird grundsätzlich begrüßt. Zur Klarstellung der Zielsetzung schlagen wir folgende Formulierung vor:

#### **Änderungsvorschlag**

§ 19 Abs. 1 Nr. 5 – neu KHSFV wird wie folgt geändert:

„5. Die Einrichtung eines durchgehenden digitalen Medikationsmanagements **im Krankenhaus, bei dem** zur Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit ~~„das~~ Informationen zu sämtlichen arzneimittelbezogenen Behandlungen über den gesamten Behandlungsprozess **für die am Medikationsprozess Beteiligten** im Krankenhaus zur Verfügung **stehen**; zu diesen Einrichtungen **könnenzählen** auch robotikbasierte Stellsysteme zur Ausgabe der Medikation **zählen**,“

#### Nr. 6 Digitaler Leistungsanforderungsprozess

Digitale „Order-Entry“-Systeme können sowohl die Sicherheit als auch die Effizienz der Kommunikationsprozesse im Krankenhaus verbessern.

Dieser Fördertatbestand wird begrüßt.

### Nr. 7 Cloud-Computing-Systeme zur Abstimmung differenzierter Angebotsstrukturen

Die Bereitstellung eines differenzierten Leistungsangebots der Krankenhäuser unter Beachtung regionaler Besonderheiten mit dem Ziel, eine flächendeckende Versorgung auch unter schwierigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen sicherzustellen, wird grundsätzlich begrüßt. Doch gerade Cloud-basierte Gesundheitsanwendungen stellen mit Blick auf Datenschutz- und IT-Sicherheitsanforderungen besondere Herausforderungen dar. Die Akzeptanz digitaler Anwendungen und auch das Vertrauen in Krankenhäuser als vertrauenswürdige Instanz in der Behandlung kann bereits durch einen einzigen Vorfall stark erschüttert werden.

Der Aufbau und Betrieb einrichtungs- und trägerübergreifender IT-Strukturen stellt Krankenhäuser an vielen Stellen vor besondere Herausforderungen. Einerseits bestehen schon im Bereich von Personal- und Vergaberecht teils sehr unterschiedliche Anforderungen zwischen Einrichtungen unterschiedlicher Träger, andererseits können in gemeinsamen Strukturen Synergie-Effekte eintreten, die den besonderen Aufwand im Vorfeld rechtfertigen können.

Dabei darf ebenfalls nicht außer Acht gelassen werden, dass durch Spezialisierung und Differenzierung auch das Selbstverständnis ganzer Berufsgruppen im Krankenhaus infrage gestellt sein kann, beispielsweise, wenn in einem Klinikverbund Einzelleistungen nur noch von einer ggf. spezialisierten Klinik erbracht werden, die bisher auch in den übrigen Einrichtungen selbstverständlich waren.

### Nr. 8 Online-basiertes Versorgungsnachweissystem (IVENA)

Eine besondere Herausforderung bei der Bewältigung einer MANV-Lage („Massenanfall von Verletzten“), wie sie bei größeren Unfällen oder auch terroristischen Anschlägen auftreten könnte, besteht in der (echtzeitbasierten) Kapazitätsverwaltung potentieller Einrichtungen. Eine verbesserte Vernetzung der Akteure, die teilweise nicht dem Gesundheitswesen zugeordnet sind (Rettungsleitstellen), könnte dabei insbesondere in solchen Versorgungssituationen helfen, eine bedarfsgerechte Verteilung der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten.

Dieser Fördertatbestand wird aus diesem Grund begrüßt.

### Nr. 9 Aufbau telemedizinischer Netzwerkstrukturen

Der Aufbau telemedizinischer Angebote war in der Vergangenheit häufig von regionalen Angeboten mit begrenzter Dauer geprägt. Die Schaffung geeigneter infrastruktureller Rahmenbedingungen könnte dabei helfen, eine Verstetigung dieser Angebote umzusetzen.

Dieser Fördertatbestand wird begrüßt.

### Nr. 10 Verbesserung der IT-Sicherheit

Die Verbesserung der IT-Sicherheit dient in letzter Konsequenz auch immer der Patientensicherheit. Die DKG setzt sich daher seit Jahren für dieses Anliegen ein und hat mit dem branchenspezifischen Sicherheitsstandard (B3S) konkrete Anforderungen und Maßnahmen für Krankenhäuser, die als kritische Infrastruktur im Sinne des BSI-Gesetzes gelten, vorgelegt.

Die im PDSG enthaltene Forderung, dass grundsätzlich alle Krankenhäuser in Deutschland Maßnahmen zur Verbesserung der IT-Sicherheit umsetzen müssen, wird von den Krankenhäusern unterstützt. Gleichzeitig war es für Krankenhäuser bisher quasi nicht möglich, die notwendige Refinanzierung der notwendigen Investitions-, Betriebs- und Personalkosten zu erreichen. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf wird ein erster Schritt in die richtige Richtung unternommen, wenngleich die Größenordnung der notwendigen initialen Investitionen in IT-Sicherheit die vorgesehene Gesamtförderung übersteigen dürfte.

Die Förderung schließt jedoch Vorhaben aus, die nach dem Krankenhausstrukturfonds („Strukturfonds II“) förderfähig sind. Wenn diese Vorhaben allerdings nicht gefördert wurden, wären diese Krankenhäuser von einer Förderung abgeschnitten. Insoweit sollte hier nicht auf die Förderfähigkeit abgestellt werden, sondern auf die tatsächliche Förderung. Es müsste ebenfalls sichergestellt sein, dass ein Krankenhaus mit mehreren Standorten für die Standorte förderfähig ist, die nicht als kritische Infrastruktur i. S. d. § 2 Abs. 10 BSI-Gesetz gelten.

Dieser Fördertatbestand wird daher ausdrücklich begrüßt.

### Nr. 11 Anpassungen von Patientenzimmern

Vor dem Hintergrund der Erfahrungen aus der Corona-Pandemie begrüßen die Krankenhäuser ausdrücklich, dass neben der Anpassung von Patientenzimmern an besondere Behandlungserfordernisse auch die Umwandlung von Mehrbettzimmern in Zwei- oder Einbettzimmer gefördert werden soll. Die vorgesehene Verknüpfung der Förderung mit einem Abbau von Planbetten greift jedoch aktiv in die Krankenhausplanung der Länder ein. Die Krankenhausplanung liegt in der Hoheit der Länder (§ 6 Abs. 1 Satz 1 KHG). Eine Bedarfsanalyse muss laut Rechtsprechung einer Krankenhausplanung zu Grunde gelegt werden (BVerwGE 72, 38). Mit der vorgesehenen Verknüpfung wird seitens der Bundespolitik unterstellt, dass die Bundesländer ihre Aufgabe nicht sachgerecht erfüllt haben. Die Krankenhäuser lehnen eine zwingende Reduzierung der Planbetten als Bedingung einer Förderung nachdrücklich ab, begrüßen hingegen, dass auch die Hochschulkliniken in die benannten Fördertatbestände einbezogen werden.

## **Änderungsvorschlag**

§ 19 Abs. 1 Nr. 11 – neu KHSFV wird wie folgt geändert:

11. Vorhaben zur Anpassung von Patientenzimmern an die besonderen Behandlungserfordernisse im Fall einer Epidemie, insbesondere durch Umwandlung von Zimmern mit mehr als zwei Betten in Ein- oder Zweibettzimmer, ~~sofern~~

**~~das Vorhaben zu einer entsprechenden Verringerung der Zahl der krankenhauplanerisch fest-gesetzten Betten führt.~~**

**Zu Artikel 2 Nummer 9 (§ 19 Abs. 2 KHSFV)**

**Verwendung international anerkannter Standards zur Sicherstellung der Interoperabilität**

**Beabsichtigte Neuregelung**

Förderfähige Vorhaben müssen zur Herstellung einer durchgehenden einrichtungsin-ternen und einrichtungsexternen Interoperabilität digitaler Dienste international anerkannte technische, syntaktische und semantische Standards verwenden. Bei der Generierung von potentiell für die elektronische Patientenakte (ePA) relevanten Dokumenten und Daten müssen diese in die ePA übertragen werden können.

Mit weiteren Aufzählungspunkten wird vorgegeben, dass Maßgaben nach § 291d SGB V zu berücksichtigen sind, generierte Dokumente aus Fördermaßnahmen in die elektronische Patientenakte übertragbar sein müssen, die IT-Sicherheit gewährleistet werden muss und datenschutzrechtliche Vorschriften einzuhalten sind.

**Stellungnahme**

Die Krankenhäuser setzen sich seit Jahren für die Beachtung international anerkannter Standards ein und unterstützen die Vorgaben nach Abs. 2 grundsätzlich. Allerdings bleibt für eine abschließende Bewertung die Rechtsverordnung abzuwarten. Neben der Verwendung international anerkannter Standards ist die Verwendung nationaler Vorgaben, beispielsweise der gematik, gemäß KHSFV zu berücksichtigen. Aus Sicht der Krankenhäuser sollte die Beschaffung und Einführung entsprechender Softwarekomponenten sowie die Ertüchtigung bestehender Systeme durch die Krankenhäuser förderfähig sein, so dass eine Übertragung von Dokumenten in die ePA sowie in die elektronische Fallakte (EFA) und andere Zwecke aus allen Systemen ermöglicht wird bzw. die offenen und standardisierten Schnittstellen tatsächlich vor Ort umgesetzt und genutzt werden können. Eine Finanzierung solcher Softwarekomponenten ist zurzeit noch nicht vorgesehen. Ein Teilaspekt und besondere Herausforderung ist hierbei beispielsweise die Nutzung und Einführung von SNOMED-CT und LOINC-Codes.

Die Festlegungen der offenen und standardisierten Schnittstellen für informationstechnische Systeme sollten nicht nur berücksichtigt, sondern gemäß dem unten formulierten Änderungsvorschlag ggf. auch gefördert werden können.

Die Übertragbarkeit von Dokumenten und Daten, die für den Patienten relevant sind, in die elektronische Patientenakte wird absehbar durch technische Beschränkungen der verwendeten Telematikinfrastruktur, z. B. was die Dokumentengröße anbelangt, eingeschränkt bleiben. Die Formulierung sollte daher angepasst werden.

Die Berücksichtigung von Maßnahmen zur Gewährleistung der Informationssicherheit wird begrüßt. Auf die Formulierung „an den Stand der Technik“ sollte jedoch verzichtet werden, da der „Stand der Technik“ als unbestimmter Rechtsbegriff nicht näher definiert

werden kann und somit Fehlinterpretationen zu befürchten sind. Die Formulierung zu den datenschutzrechtlichen Vorschriften bedarf keiner Änderung.

Um Robotik und Hightech-Medizin nicht nur über die Beschaffung von Vernetzungsstrukturen zu fördern, bedarf es eines neuen Punkts in der Liste der förderfähigen Vorhaben, um die Beschaffung digitaler Endgeräte, z. B. für die digitale (virtuelle) OP-Planung und damit verbundener Großgeräte, z. B. OP-Roboter, die Grundlage für darauf aufbauende Vernetzungsmaßnahmen sind, zu fördern.

### **Änderungsvorschlag**

Nach § 19 Absatz 1 Nummer 11 - neu KHSFV werden folgende Nummern 12 und 13 neu eingefügt:

**12. Vorhaben zur Beschaffung und Integration von interoperablen und standardisierten Schnittstellen- bzw. Softwarekomponenten, die beispielsweise einen Dokumentenexport aus einer Komponente des Krankenhausinformationssystems in einrichtungsübergreifende Aktensysteme oder Portallösungen unterstützen sowie Vorhaben zur Integration von Softwarekomponenten, die die offenen und standardisierten Schnittstellen in die Krankenhausinfrastruktur integrieren und in der Vernetzung mit anderen Einrichtungen nutzbar machen.**

**13. Vorhaben zur Beschaffung von digitalen Endgeräten zur Anwendung in der Hightech-Medizin.**

### **Zu Artikel 2 Nummer 9 (§§ 20 bis 25 KHSFV)**

#### **Förderungsfähige Kosten**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Es werden die förderungsfähigen Kosten dargestellt, die im Rahmen von zu fördernden Vorhaben geltend gemacht werden können (§ 20 KHSFV).

Die unter § 21 KHSFV genannten Verwaltungsaufgaben des BAS werden weitestgehend vom derzeitigen Strukturfonds übernommen. Der neue Absatz 2 regelt, dass für Vorhaben nach § 19 Abs. 1 Nr. 2 bis 6 Richtlinien seitens des BAS erlassen werden, um die Voraussetzungen für diese förderfähigen Vorhaben zu prüfen.

Im neuen Absatz 6 wird das Bundesamt für Soziale Sicherung beauftragt, ein begleitendes Kreditprogramm durch die Kreditanstalt für Wiederaufbau in Auftrag zu geben. Es soll Krankenhäuser bei der Zahlung des Eigenanteils unterstützen.

Die Antragstellung gem. § 22 KHSFV ist analog zum Verfahren beim Strukturfonds gewählt. Neben den Nachweisen der bereitgestellten Landesinvestitionsmittel und des Nachweises über die IT-Förderungsquote von 15 Prozent sind die Belege der förde-



rungsfähigen Vorhaben gem. § 19 KHSFV gelistet. Die Regelungen zu den Auszahlungsbescheiden des Bundesamtes für Soziale Sicherung (§ 23 KHSFV) wurden ebenfalls analog der bisherigen KHSFV angepasst. Gleiches gilt für die Regelungen im Fall von Rückforderungen (§ 24 KHSFV).

Auch der Nachweis über die zweckentsprechende Mittelverwendung, der mit § 25 KHSFV geregelt wird, lehnt sich an den vorhandenen Passus der aktuellen KHSFV an. Der Stichtag der Übermittlung bleibt auch beim Krankenhauszukunftsfonds der 01. April, erstmals im Jahr 2021. Das BAS erhält von den Landesbehörden den aktuellen Stand der Umsetzung der Vorhaben, ggf. den Nachweis des beauftragten IT-Dienstleisters sowie Zwischenergebnisse über den Einsatz der zweckentsprechenden Mittel oder eine Erläuterung, warum die Prüfung nicht durchgeführt wurde. Darüber hinaus müssen Angaben zu Höhe und weitere unterstützende Unterlagen eingereicht werden, damit zum einen gesichert ist, dass die Bestimmungen (§ 14a Abs. 4 Satz 1 KHG) eingehalten wurden und um den für die Krankenhäuser und die Länder jeweils entsprechenden Erfüllungsaufwand abzubilden. Die zuständigen Landesbehörden haben die Richtigkeit der Verwendungsnachweise der Träger nachzuweisen. Dazu gehören auch Begehungen vor Ort. Nach der Mitteilung des Landes an das BAS, kann das BAS weitere Dokumente anfordern, die die zweckentsprechende Mittelverwendung bewertbar machen.

## Stellungnahme

Nach § 20 Abs. 1 KHSFV sind neben den Beschaffungs-, Errichtungs-, Erweiterungs- oder Entwicklungskosten auch Kosten für die Nutzung erforderlicher Software förderfähig, was sachgerecht erscheint. Nach Abs. 2 werden auch „erforderliche personelle Maßnahmen“ einschließlich der Schulungen für Mitarbeitende in den Krankenhäusern gefördert. Hintergrund ist die notwendige Beachtung des Lebenszyklus entsprechender Technologien, die von der Entwicklung über Einführung und Pflege bis zur Ausgliederung mehrere Phasen umfasst. Die Krankenhäuser begrüßen diesen Ansatz ausdrücklich. Nach Abs. 1 Unterpunkt 3 sind ausdrücklich auch räumliche Maßnahmen förderfähig, sofern nicht primär nur bauliche Veränderungen angestrebt werden. Die Begrenzung der Fördermittel auf 10 % für räumliche Maßnahmen dürfte in der Praxis die entsprechenden Vorhaben stark begrenzen.

Da es z. B. im Rahmen der Nachweiserbringung nach § 8a Abs. 3 BSIG zu teils erheblichen finanziellen Forderungen durch Dritte gegenüber Krankenhäusern gekommen ist, wird die Möglichkeit, Kosten für benötigte Nachweise nach Abs. 4 selbst förderfähig zu stellen, ausdrücklich begrüßt. Wird der Nachweis in Bezug auf die Notwendigkeit einer Maßnahme zur Verbesserung der IT-Sicherheit, beispielsweise im Rahmen einer Prüfung nach § 8a BSIG, erbracht (Mängelliste), müssen diese Kosten nach Auffassung der Krankenhäuser in diesem Rahmen förderfähig sein.

Zum Mindestanteil von 15 Prozent für IT-Sicherheit wird auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 4 (§ 14a Abs. 1 KHG) verwiesen.

Die unter § 21 KHSFV genannten Verwaltungsaufgaben des BAS sind sachgerechter Weise weitestgehend vom derzeitigen Strukturfonds übernommen. Der neue Absatz 2

hingegen regelt, dass für Vorhaben nach § 19 Abs. 1 Nr. 2 bis 6 Richtlinien seitens des BAS erlassen werden, um die Voraussetzungen für diese förderfähigen Vorhaben zu prüfen. Da diese noch nicht bekannt sind, ist eine Beurteilung zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich. Durch Absatz 6 soll die Kreditanstalt für Wiederaufbau mit einem begleitenden Kreditprogramm beauftragt werden, dass die Krankenhäuser bei der Zahlung ihres Eigenanteils unterstützt. Wie in Artikel 1 Nummer 4 (§ 14a KHG) beschrieben, sind die Krankenhäuser nicht dazu in der Lage, Investitionen aus Eigenmitteln zu stemmen – auch nicht mit der Unterstützung durch Kredite. Verbindlichkeiten durch Kredite müssen ebenfalls aus Eigenmitteln zurückgezahlt werden. Dies widerspricht dem Prinzip der dualen Finanzierung und der Verpflichtung der Länder, für investive Vorhaben aufzukommen.

In § 22 KHSFV wird die Antragsstellung geregelt. Im Vergleich zur ersten Formulierungshilfe des KHZG wurde ein Satz gestrichen: Der gestrichene Satz regelt, dass bei Ablehnung eines fristgemäß gestellten Antrags oder bei Rückzahlungen das antragstellende Land nicht ausgeschöpfte Mittel noch bis zum 31. Dezember 2023 beantragen darf. Dieser Satz muss wieder aufgenommen werden, um sicherzustellen, dass alle bereitgestellten Mittel den Krankenhäusern zu Gute kommen. Das sehr aufwendig konzipierte Antragsverfahren nach § 22 KHSFV sollte im Hinblick auf eine schnelle und möglichst bürokratiearme Umsetzung des Programmes überprüft werden.

Die Regelungen zu den Auszahlungsbescheiden des Bundesamtes für soziale Sicherung (§ 23 KHSFV) müssen folgerichtig (siehe Änderungsvorschlag, § 14a Abs. 4 Nr. 2 KHG) erweitert werden. Sobald das Land nicht den restlichen Anteil von 30 Prozent aus eigenen Haushaltsmitteln aufbringt, greift auch der Rückforderungsvorbehalt des BAS gegenüber dem Land.

Aus Sicht der Krankenhäuser sind die Nachweise der zweckentsprechenden Mittelverwendung (§ 25 KHSFV) analog der Regelungen zum KHSFV sachgerecht. Die „aussagekräftigen Unterlagen“ belegen eine zweckentsprechende Mittelverwendung. Darüber hinaus kann die entsprechende Landesbehörde eigens festlegen, welche Maßnahmen ergriffen werden können, um die Richtigkeit des Verwendungszwecks nachzuweisen. Sofern die vorgebrachten Unterlagen die Zweckmäßigkeit nicht ausreichend sicherstellen, sollte es der Landesbehörde frei stehen, zusätzlich geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um den zweckentsprechenden Mitteleinsatz zu belegen. Dabei sollte die Landesbehörde in ihrem eigenen Ermessen die Maßnahmen frei wählen dürfen, wenn die vorgebrachten Belege zweifelhaft sind. IT-Dienstleister gemäß § 25 Abs. 1 Unterpunkt 2 zu einem Nachweis über die Mittelverwendung zu verpflichten, entspricht dagegen nicht der fachlichen Ausrichtung entsprechender Dienstleister, deren Expertise regelmäßig außerhalb juristischer Fragestellungen liegt.

## **Änderungsvorschlag**

§ 22 Abs. 1 – neu KHSFV wird wie folgt geändert:

Die Länder können bis zum 31. Dezember 2021 Anträge auf Auszahlung von Fördermitteln nach § 14a Absatz 3 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aus dem Krankenhauszukunftsfonds an das Bundesamt für Soziale Sicherung stellen. **Wird ein**

---

**fristgemäß gestellter Antrag nach Fristablauf bestandskräftig abgelehnt oder zurückgenommen oder werden Fördermittel nach § 24 zurückgezahlt, kann das antragstellende Land, soweit sein Anteil nach § 21 Absatz 1 noch nicht ausgeschöpft ist, bis zum 31. Dezember 2023 Fördermittel beantragen.**

In § 23 Abs. 2 – neu KHSFV wird folgende Nummer 3 neu eingefügt:

**3. das Land nicht den restlichen Anteil von 30 Prozent aus eigenen Haushaltsmitteln aufbringt,**

Die folgenden Nummerierungen in § 23 Abs. 2 KHSFV verschieben sich entsprechend.

## Artikel 3

### Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

#### **Zu Artikel 3 Nummer 2 (§ 136a Absatz 2 Satz 9 SGB V)**

**Streichung des Bettenbezugs aus dem gesetzlichen Auftrag zur Festlegung von Mindestvorgaben für Psychotherapeuten in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Der gesetzliche Auftrag für die Entwicklung bettenbezogener Mindestvorgaben für die Berufsgruppe der Psychotherapeuten in der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) soll angepasst werden.

#### **Stellungnahme**

Die Anpassung des gesetzlichen Auftrages und insbesondere die Streichung des Bettenbezuges bei der Entwicklung von Mindestvorgaben für die Berufsgruppe der Psychotherapeuten in der PPP-RL werden von den Krankenhäusern begrüßt.

Vor dem Hintergrund der Entwicklungen in der Berufsgruppe der Psychotherapeuten hat sich der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in der Richtlinie bereits verpflichtet, die Regelaufgaben der Psychotherapeuten zu überprüfen, ggf. anzupassen oder neu zu definieren, um somit der Psychotherapie entsprechend ihrer Bedeutung in der Versorgung psychisch erkrankter Menschen Rechnung zu tragen. Durch die vorgesehene Änderung des gesetzlichen Auftrages wird eine Umsetzung in der bisher bestehenden Systematik der Richtlinie ermöglicht, welche Mindestvorgaben auf Einrichtungs- und Quartalsebene auf Basis differenzierter Minutenwerte in den Berufsgruppen vorsieht. Personelle Mindestvorgaben mit zwei verschiedenen Bezugsgrößen, würden die Krankenhäuser vor erhebliche Herausforderungen stellen und die notwendige Flexibilität hinsichtlich vorhandener psychotherapeutischer Ressourcen erheblich einschränken.

#### **Änderungsvorschlag**

Entfällt.

## Artikel 6

### Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

#### Zu Artikel 6 Nummer 1 (§ 4 Abs. 2a Satz 8 KHEntgG)

#### Klarstellung zum Fixkostendegressionsabschlag

#### Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgen Klarstellungen in Verbindung mit der Aussetzung des Fixkostendegressionsabschlags für das Jahr 2020.

#### Stellungnahme

Die weiteren Klarstellungen zum Fixkostendegressionsabschlag (FDA) sind grundsätzlich zu begrüßen. Im Rahmen der Prüfung des erforderlichen gesetzlichen Anpassungsbedarfs für die Budgetverhandlungen – in Vorbereitung auf die Sitzung des Beirats nach § 24 KHG am 19.08.2020 – haben sich die DKG und der GKV-Spitzenverband allerdings gemeinsam dafür ausgesprochen, die Anwendung des FDA auch für das Jahr 2021 auszusetzen. Die vorgesehenen Klarstellungen bleiben insofern hinter den Vorstellungen der Selbstverwaltung auf Bundesebene zurück.

Unangemessen ist aus Sicht der Krankenhäuser die mit der Neuregelung verbundene bzw. missverständlich formulierte doppelte Anwendung des Fixkostendegressionsabschlags für vereinbarte Mehrleistungen gegenüber dem Jahr 2019. Sofern ein Krankenhaus Mehrleistungen gegenüber dem Jahr 2019 für die Jahre 2020 und 2021 vereinbart, würden diese Mehrleistungen zum einen dem FDA 2020 (2. Tranche) als auch dem FDA 2021 (1. Tranche) unterliegen.

Zwar haben die meisten Krankenhäuser im 1. Halbjahr 2020 pandemiebedingt Leistungsrückgänge zu verzeichnen, es gibt aber auch einige Krankenhäuser mit Leistungszuwächsen. Diese Krankenhäuser laufen Gefahr, einen doppelten Abschlag für dieselben Mehrleistungen hinnehmen zu müssen. Um dies zu verhindern, ist die vorgesehene Regelung anzupassen. Idealerweise wäre dazu der FDA auch für das Jahr 2021 – wie von der Selbstverwaltung auf Bundesebene vorgeschlagen – auszusetzen und gleichzeitig klarzustellen, dass der FDA 2020 innerhalb der dreijährigen Geltungsdauer nicht zur Anwendung kommt.

#### Änderungsvorschlag:

Dem § 4 Abs. 2a wird folgender Satz angefügt:

„Abweichend von Satz 1 ist der Fixkostendegressionsabschlag, ~~der~~

1. für das Jahr 2018 ~~vereinbart wurde~~, nur in den Jahren 2018 und 2019 zu erheben,
2. für das Jahr 2019 ~~vereinbart wurde~~, nur in den Jahren 2019 und 2021 zu erheben,

3. ~~sich auf die~~ für das Jahr 2020 gegenüber dem Jahr 2019 zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigten Leistungen bezieht, die mit Fallpauschalen bewertet werden, nur in den Jahren 2021 und 2022 nicht zu erheben,
4. für das Jahr 2021 ~~vereinbart wurde,~~ nur in den Jahren 2022 und 2023 zu erheben sowie nur auf die mit Fallpauschalen bewerteten Leistungen anzuwenden, die im Vergleich zur Vereinbarung für das Jahr 2019 zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigt werden.“

### Zu Artikel 6 Nummer 5 Buchstabe a (§ 5 Abs. 3h KHEntgG) Sanktionierung bei Nicht-Vorhaltung digitaler Dienste

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Ab dem Jahr 2025 sollen durch die Vertragsparteien der Budgetvereinbarungen auf der Ortsebene Abschläge bis zu 2 % des Rechnungsbetrages für jeden voll- und teilstationären Fall vereinbart werden, wenn ein Krankenhaus keine digitalen Dienste im Sinne des § 19 Abs. 1 Nr. 2 bis 6 bereitstellt.

#### **Stellungnahme**

In der Drohung mit Vergütungsabschlägen gegenüber Krankenhäusern manifestiert sich erneut die Vorstellung, Krankenhäuser müssten zu mehr Digitalisierung gezwungen werden. Das Gegenteil ist der Fall. Krankenhäuser können heute an vielen Stellen notwendige Digitalisierungsprojekte nicht voranbringen, da nachhaltige Vergütungsstrukturen fehlen oder bereits die notwendigen Investitionsmittel seitens der Bundesländer nicht zur Verfügung gestellt werden. Mit dem Krankenhauszukunftsfonds werden **nicht alle** Krankenhäuser **sämtliche** digitalen Dienste mit den im Zukunftsfonds vorgesehenen Mitteln umsetzen können. Hieran wird wahrscheinlich auch die in Summe hohe, für das einzelne Krankenhaus jedoch überschaubare Förderung im Rahmen dieses Gesetzentwurfes zunächst nichts ändern, sollte der Impuls des Gesetzgebers ohne nachhaltige Wirkung bei den Bundesländern verpuffen. Ebenso könnten Krankenhäuser aufgrund nicht bewilligter Fördermittel von der Sanktionierung betroffen sein, z. B. da die Fördermittel bereits vollständig abgerufen wurden. In diesen Fällen müssten die Länder eine vollständige Finanzierung über den Fonds hinaus sicherstellen, so dass Sanktionen nur dann greifen, wenn eine unvollständige Umsetzung in die Verantwortung des Krankenhauses fällt. Dies erscheint jedoch aufgrund der bisherigen Erfahrungen mit der Investitionsfinanzierung der Bundesländer nicht realistisch. Insbesondere dieser Sachverhalt sollte, sofern der unten formulierte Änderungsvorschlag wider Erwarten nicht umgesetzt wird, entschärft werden, um das gesetzgeberische Ziel, die Umsetzung passender Digitalisierungsmaßnahmen in den Krankenhäusern zu fördern, nicht durch unbestimmte Sanktionsregeln zu konterkarieren.

Darüber hinaus verkennt ein System von Abschlägen auch die aktuell erneut beobachtbare Situation, in der sich Krankenhäuser in einer Gemengelage zwischen gesetzlichen Anforderungen, Anforderungen im Kontext der Patientenversorgung und den Interessen

der Industrie außer Stande sehen, auch nur theoretisch den gesetzlichen Anforderungen zu genügen, da sie an entscheidenden Stellen von der Bereitstellung benötigter Systeme, Komponenten und Schnittstellen durch Dritte abhängen.

Die konkrete Höhe der Sanktionen dann von einer tatsächlichen Nutzungsquote abhängig zu machen, nimmt die Krankenhäuser gerade bei patientenzentrierten Services in die Pflicht, die Nutzung bestimmter Produkte Dritter aktiv zu bewerben. Dies kann und sollte nicht Aufgabe der Krankenhäuser sein.

Entgegen der in der Begründung angeführten Zielstellung, dass durch den Abschlag finanzielle Anreize für den Einsatz dieser Dienste geschaffen werden sollen, wird durch die entsprechende Regelung die Einführung vielmehr erschwert, da durch den Abschlag den betroffenen Krankenhäusern die dringend benötigten finanziellen Mittel abgezogen werden.

Um die Vorteile der Digitalisierung langfristig etablieren zu können, bedarf es einer Digitalisierungsstrategie, sowohl bei den umsetzenden Krankenhäusern, als auch den politisch Verantwortlichen. Eine Verstetigung der Anstrengungen und die kontinuierliche Förderung sind notwendig, um aufgebaute Strukturen auch dauerhaft effektiv zu erhalten.

Um einen wirklichen Anreiz zu schaffen und um sicherzustellen, dass alle Krankenhäuser gleichermaßen von der Förderung durch das Zukunftsprogramm Krankenhäuser profitieren werden, muss ergänzend ein zweckgebundener Zuschlag eingeführt werden.

## Änderungsvorschlag

§ 5 Absatz 3h - neu KHEntgG wird wie folgt geändert:

„Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren für die Zeit ab dem **[18 Monate nach Inkrafttreten] 1. Januar 2025** einen **Abschlag-Zuschlag** in Höhe von bis zu 2 Prozent des Rechnungsbetrags für jeden voll- und teilstationären Fall, ~~sofern ein Krankenhaus nicht sämtliche für die Einführung von~~ in § 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 6 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung aufgezählten digitalen Diensten ~~bereitstellt~~. Zu- und Abschläge nach § 7 Absatz 1 Nummer 4 sind bei der Berechnung des **Zuschlags-Abschlags** nicht zu berücksichtigen. Das Nähere zur Umsetzung des **Abschlages-Zuschlages** nach Satz 1 regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft in der Vereinbarung nach § 291a Absatz 7a Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Dabei haben sie auch Regelungen zu vereinbaren, die die konkrete Höhe des **Abschlags Zuschlags** danach festlegen, wie viele der ~~in § 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 6 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung aufgezählten~~ **geplanten** Dienste nicht bereitgestellt sind ~~und wie oft die bereitgestellten digitalen Dienste tatsächlich genutzt werden~~. Die Verwendung der Mittel für die digitalen Dienste ist vom Krankenhaus geeignet nachzuweisen.“

## **Zu Artikel 6 Nummer 2 Buchstabe a und Nr. 3 (§ 5 Abs. 3i KHEntgG sowie § 9 Abs. 1a Nr. 9 KHEntgG)**

### **Ausgleich für coronabedingte Mehrkosten**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Für die Finanzierung von coronabedingten Mehrkosten, beispielsweise für den bestehenden Bedarf an persönlichen Schutzausrüstungen, können die Krankenhäuser für Patientinnen und Patienten, die zwischen dem 1. Oktober 2020 und dem 31. Dezember 2021 aufgenommen werden, zeitlich befristet Zuschläge vereinbaren.

Hierzu haben die Vertragsparteien auf der Bundesebene bis zum 31. Dezember 2020 Vorgaben zu treffen, welche Kosten durch den Zuschlag nach § 5 Absatz 3i zu finanzieren sind, stellen Anforderungen an den Nachweis des Vorliegens der Kosten und geben Empfehlungen für die Kalkulation.

#### **Stellungnahme**

Die Krankenhäuser begrüßen ausdrücklich, dass es eine Anschlussregelung zur Refinanzierung der coronabedingten Mehrkosten über den 30.09.2020 hinaus gibt. Insbesondere ist positiv zu beurteilen, dass die nun angelegten Zahlungen auch für das Jahr 2021 Wirkung entfalten sollen. Insbesondere für das Jahr 2021 muss allerdings sichergestellt sein, dass die coronabedingten Mehrkosten auch vollständig hierüber finanziert werden können, da ab diesem Zeitpunkt keine anderen coronaassoziierten Ausgleichsregelungen mehr bestehen.

Bei den „nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten“ handelt es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff, der generell Streitpotential in sich trägt. Die Krankenhäuser regen hierzu eine Klarstellung an, wonach zu den berücksichtigungsfähigen Sachkosten neben den erhöhten Kosten für persönliche Schutzausrüstung auch zusätzliche Kosten für Desinfektionsmittel sowie weitere Sachkosten (z. B. externer Reinigungsdienst) zählen. Des Weiteren sollten hier auch Zusatzaufwendungen für das Personal subsumierbar sein, die nicht über das Pflegebudget finanziert werden, wie z. B. Kosten für eigene Reinigungs-, Empfangs-, Verwaltungs- und Security-Kräfte.

Die Krankenhäuser schlagen darüber hinaus vor, einen Passus der in der Gesetzesbegründung genannt ist, mit in das Gesetz zu übernehmen. Es handelt sich hierbei um die Klarstellung, wonach die genannten Mehrkosten auch bei der Vereinbarung von krankenhausesindividuellen Entgelten sowie bei besonderen Einrichtungen im Rahmen der Verhandlungen vor Ort zu berücksichtigen sind.

Ein alleiniger Verweis in der Gesetzesbegründung, wonach die Regelung auch für Einrichtungen gilt, die den Regelungen der BPfIV unterliegen, ist nicht ausreichend. Entweder wäre eine entsprechende Regelung in der Bundespflegeverordnung aufzunehmen oder die vorgesehene Regelung des § 5 Abs. 3i KHEntgG in das Krankenhausfinanzierungsgesetz zu verlagern.



---

## Änderungsvorschlag

Nach § 21 KHG wird der folgende § 22 (neu) auf Grundlage des vorgesehenen § 5 Absatz 3i (neu) KHEntgG eingefügt:

**Für die Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten, die auf Grund des Coronavirus SARS-CoV-2 im Rahmen der voll- oder teilstationären Behandlung von Patientinnen und Patienten entstehen, die zwischen dem 1. Oktober 2020 und einschließlich dem 31. Dezember 2021 in das Krankenhaus aufgenommen werden, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 unter Berücksichtigung der Vereinbarung nach ~~Satz 2~~~~§ 9 Absatz 1a Nummer 9~~ einen befristeten Zuschlag je voll- oder teilstationären Fall. Die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 vereinbaren bis zum 31. Dezember 2020 Vorgaben für Zuschläge nach Satz 1 zur Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten, die den Krankenhäusern aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 im Zusammenhang mit der voll- oder teilstationären Behandlung von Patientinnen und Patienten entstehen; insbesondere vereinbaren sie, welche Kosten durch den Zuschlag nach Satz 1 zu finanzieren sind, und Anforderungen an den Nachweis des Vorliegens der Kosten und geben Empfehlungen für die Kalkulation der Kosten.“**

---

## Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf

---

### I. Weitere informationstechnische Anpassungsbedarfe

#### Stellungnahme

Die gleichberechtigte Einbeziehung der Krankenhäuser in alle Regelungen, bei denen aktuell die Bundesmantelvertragspartner den Krankenhäusern Vorgaben machen, ist notwendig, um eine sachgerechte Berücksichtigung der Krankenhäuser zu gewährleisten. Allzu oft werden Regelungen zu Lasten der Krankenhäuser durch Dritte vorgenommen, wobei ein Krankenhaus allenfalls als „große Arztpraxis“ verstanden wird.

Die Einführung einer Institutionskarte neben dem Heilberufausweis (HBA) im SGB V und die klare Festlegung, dass diese ohne Rückverweis auf einen HBA das institutionelle Handeln der Krankenhäuser legitimiert, muss ebenso durch den Gesetzgeber aufgegriffen werden, wie die Sicherstellung, dass Krankenhäuser kostengünstig Dienste in der Telematikinfrastruktur anbieten können, ohne hohe Zulassungs- und Anschlussgebühren zahlen zu müssen.

Krankenhäuser bedienen heute eine hohe Anzahl an unterschiedlichen Datensammelstellen und Registern. Es muss sichergestellt werden, dass alle Register (Krebsregister, Implantateregister etc.) und Qualitätsdatensammlungen gleiche Verfahren nutzen und auf den allgemeinen Standards für die Datenübermittlung aufbauen, um vermeidbaren Mehraufwand zu reduzieren.

Die im Rahmen des PDSG vorgesehene Ergänzung des § 75c SGB V zur Umsetzung von Maßnahmen zur Verbesserung der IT-Sicherheit enthält in Abs. 1 Satz 3 eine Ungenauigkeit, die zu korrigieren ist. Nicht die informationstechnischen Systeme der Krankenhäuser sind alle zwei Jahre an den Stand der Technik anzupassen, sondern die Maßnahmen zum Schutz der informationstechnischen Systeme. Die Anpassung sämtlicher informationstechnischer Systeme im Krankenhaus alle zwei Jahre ist mit den Rahmenbedingungen des vorliegenden Gesetzentwurfs nicht vereinbar. Der Wortlaut des § 75c Abs. 1 Satz 3 muss an den Wortlaut des BSI-Gesetzes angeglichen werden.

Schließlich sollte bei der Einführung von digitalen Anwendungen, z. B. im Rahmen der Telematikinfrastruktur oder bei Registern, auf mit Fristen verbundene Sanktionen verzichtet werden, wenn für die Einhaltung der Anforderungen Dritte, insbesondere die Industrie, notwendige Teileistungen erbringen müssen.

## **II. Anpassungsbedarf beim Landesbasisfallwert**

### **Stellungnahme**

Bereits mit dem Krankenhausstrukturgesetz vom 10. Dezember 2015 wurde ein veränderter Mechanismus für die Vereinbarung des einheitlichen Basisfallwertes und einheitlichen Basisfallwertkorridors vorgegeben, der zum 1. Januar 2021 in Kraft treten soll. Danach soll die prospektive Festlegung des einheitlichen Basisfallwertes und einheitlichen Basisfallwertkorridors entfallen und eine rückwirkende Festlegung auf Grundlage der Verhandlungsergebnisse auf Landesebene erfolgen. Die DKG hat sich in diesem Zusammenhang in der Vergangenheit wiederholt für eine Beibehaltung der bisherigen Systematik ausgesprochen, weil ansonsten die Steigerungsmöglichkeiten der Landesbasisfallwerte noch stärker begrenzt werden. Auch mit der bestehenden Regelung liegt die Ausgangsbasis für die Ermittlung des Bundesbasisfallwertes für den Vereinbarungszeitraum, der gewichtete Durchschnitt der vereinbarten oder festgelegten Landesbasisfallwerte, regelmäßig unterhalb des Bundesbasisfallwertes des aktuellen Jahres, da bei den Verhandlungen der Landesbasisfallwerte die über den Veränderungswert definierte Obergrenze aus unterschiedlichen Gründen regelmäßig nicht ausgeschöpft werden kann. Mit der vorgesehenen Regelung würde eine zusätzliche Limitierung der Entwicklungen der Landesbasisfallwerte eingeführt, indem Verhandlungsergebnisse in einzelnen Ländern über eine Absenkung der Korridor Grenzen die anderen Landesbasisfallwerte negativ tangieren können. Außerdem wirkt sich dies negativ auf die Planungssicherheit der Krankenhäuser aus, da der zum Jahresbeginn geltende Landesbasisfallwert nachträglich korrigiert werden kann.

Ein wesentlicher Grund dafür ist, dass nach den gesetzlichen Vorgaben nicht allein die voraussichtlichen allgemeinen Kostenentwicklungen für die Höhe des zu vereinbarenden Landesbasisfallwerts maßgeblich sind. Vielmehr gibt es daneben verschiedene Tatbestände, die absenkend auf die Höhe des Landesbasisfallwerts wirken. Hier ist an erster Stelle der Verhandlungstatbestand „Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven“ nach § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 KHEntgG zu nennen, der von den Krankenkassen in der Vergangenheit genutzt wurde, um Absenkungen beim Landesbasisfallwert geltend zu machen.

Entgegen den gesetzlichen Vorgaben werden in diesem Zusammenhang von den Krankenkassen immer wieder Maßnahmen zur Schaffung von Einsparpotenzialen in einzelnen Krankenhäusern (z. B. Aufbau energieeffizienterer Strukturen bspw. durch Errichtung eines Blockheizkraftwerks, Ausbau der Digitalisierung, etc.) vorgebracht, um daraus Effizienzreserven für alle Krankenhäuser im jeweiligen Bundesland abzuleiten, obwohl die Einzelmaßnahmen in der Regel selbst mit hohen Kosten verbunden sind, denen keine adäquate Gegenfinanzierung gegenübersteht, da die Länder bekanntlich ihren Verpflichtungen zur Investitionskostenfinanzierung seit Jahren nur unzureichend nachkommen. Darüber hinaus argumentieren die Krankenkassen in diesem Zusammenhang bspw. mit vermeintlich vorhandenen allgemeinen strukturellen Ineffizienzen oder einer zu geringen Bettenauslastung bzw. Überkapazitäten. Im Rahmen der Verhandlung des Landesbasisfallwerts 2021 könnte die besondere Situation der Corona-Pandemie dazu führen, dass weitere Absenkungsforderungen über diesen Tatbestand geltend gemacht werden, weil die Wirtschaftlichkeit in den

Krankenhäusern bei höheren Vorhaltekosten und geringerer Leistungsmenge mathematisch gesehen gesunken ist und nicht sicher ist, ob die Leistungszahlen im Jahr 2021 wieder das Leistungsniveau vor Auftreten der Pandemie erreichen werden. Daher ist besonderer Handlungsdruck gegeben, eine gesetzliche Anpassung für die Vereinbarung des Landesbasisfallwerts 2021 vorzunehmen.

Neben diesem Tatbestand werden darüber hinaus immer noch angebliche Kodiereffekte angeführt, um Absenkungsforderungen beim Landesbasisfallwert geltend zu machen. 16 Jahre nach Einführung des DRG-Systems sollte dieser damals mit anfänglichen Lerneffekten begründete Tatbestand aufgehoben werden. Auch wenn beide Tatbestände einer Operationalisierung schwer zugänglich sind, führen diese im Ergebnis der Verhandlung oftmals zu einer pauschalen Absenkung.

Damit die Möglichkeit gegeben ist, die zu erwartenden Kostensteigerungen für das Jahr 2021 im Krankenhausbereich vollumfänglich beim Landesbasisfallwert 2021 erhöhend zu berücksichtigen, ist daher eine (zumindest auf das Jahr 2021 befristete) Aufhebung dieser Absenkungstatbestände erforderlich. Dies sollte einhergehen mit einer Beibehaltung der bestehenden Systematik zur Ermittlung des Bundesbasisfallwerts und Aufhebung des Schiedsstellenautomatismus nach § 10 Abs. 10 Satz 5 KHEntgG, der mit der neuen Berechnungssystematik zusammenhängt. Letzteres könnte dazu führen, dass durch den aufgebauten Zeitdruck wieder vermehrt Schiedsstellen über die Landesbasisfallwerte entscheiden müssten.

## Änderungsvorschlag

1. § 10 Abs. 3 KHEntgG wird wie folgt geändert::

„(3) Bei der Vereinbarung sind insbesondere zu berücksichtigen:

1. der von den Vertragsparteien nach § 9 Abs. 1 Satz 2 vorgegebene Veränderungsbedarf auf Grund der jährlichen Kostenerhebung und Neukalkulation, der nicht mit den Bewertungsrelationen umgesetzt werden kann,
2. voraussichtliche allgemeine Kostenentwicklungen,
3. ~~Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven, soweit diese nicht bereits durch die Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen erfasst worden sind,~~
4. (weggefallen)
5. (weggefallen)
6. absenkend die Summe der Zuschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4, soweit die Leistungen bislang durch den Basisfallwert finanziert worden sind oder die Zuschläge auf ergänzenden oder abweichenden Vorgaben des Landes nach § 5 Absatz 2 Satz 2 beruhen; dabei werden die Zuschläge nach § 4 Absatz 8 und 9 und § 5 Absatz 3, 3a, 3b und 3c sowie Zuschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung nicht einbezogen,
7. erhöhend die Summe der befristeten Zuschläge nach § 5 Absatz 3c, soweit diese nicht mehr krankenhaushausindividuell erhoben werden und nicht durch Zusatzentgelte vergütet werden.

~~**Soweit infolge einer veränderten Kodierung der Diagnosen und Prozeduren Ausgabenerhöhungen entstehen, sind diese vollständig durch eine entsprechende Absenkung des Basisfallwerts auszugleichen.“**~~

2. Der nach aktueller Gesetzeslage am 01.01.2021 in Kraft tretende § 10 Abs. 9 KHEntgG ist aufzuheben und der bis zu diesem Zeitpunkt geltende § 10 Abs. 9 KHEntgG ist beizubehalten.
  
3. § 10 Abs. 10 Satz 5 KHEntgG ist aufzuheben.

### **III. Vorgezogene Budgetverhandlungen für einzelne Tatbestände**

Die Folgen der Corona-Pandemie führen zu weiteren Verzögerungen beim Abschluss der Budgetvereinbarung. Dies hat teilweise erhebliche Auswirkungen auf die Liquidität der Krankenhäuser. Die aktuelle Rechtslage sieht grundsätzlich nicht die Möglichkeit vor, einzelne Tatbestände isoliert vor den übrigen in der Budgetvereinbarung zu regelnden Tatbeständen zu vereinbaren. Die vorläufige Vereinbarung nach § 12 KHEntgG setzt voraus, dass bereits die Schiedsstelle zu den Gegenständen, über die keine Einigung erzielt werden konnte, angerufen wird. Daher sollte, analog zu den Entgelten für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die Möglichkeit eröffnet werden, einzelne Tatbestände frühzeitiger, auch unabhängig von der Vereinbarung des Erlösbudgets zu vereinbaren (§ 6 Abs. 2 Satz 6 KHEntgG). Dies würde zu einer Verbesserung der Liquiditätssituation bei den Krankenhäusern führen, bei denen eine Weitererhebung bisheriger oder gesetzlich vorgegebener Entgelte nicht kostendeckend ist.

Verwiesen sei hier insbesondere auf das Pflegebudget, da sich der intendierte Personalaufbau und die Auswirkungen der Corona-Pandemie nicht in dem ab dem 01.01.2021 geltenden vorläufigen Entgeltwert abbilden. Weitere geeignete Tatbestände für eine vorab zu treffende Vereinbarung sind die Notfallzuschläge, der Zuschlag für Zentren und Schwerpunkte sowie der Zuschlag nach § 5 Abs. 2a KHEntgG (400.000 € für Krankenhäuser, die in die Liste nach § 9 Abs. 1a Nr. 6 KHEntgG aufgenommen wurden). Krankenhäuser, die im Jahr 2020 noch kein Pflegebudget für den Vereinbarungszeitraum 2020 vereinbaren konnten, haben nach den Vorgaben des § 15 Abs. 2a KHEntgG für die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte einen Pflegeentgeltwert in Höhe von 146,55 Euro ab dem 1. Januar 2021 zu Grunde zu legen, der erheblich unterhalb des bis zum 31. Dezember 2020 geltenden Pflegeentgeltwerts von 185,00 Euro liegt. Diese deutliche Reduzierung wird massiven Einfluss auf die Liquidität der betroffenen Krankenhäuser haben. Sofern eine Erhöhung des gesetzlich vorgegebenen Pflegeentgeltwerts ab dem 1. Januar 2021 nicht in Betracht kommt, sollte zumindest die Möglichkeit eröffnet werden, das Pflegebudget frühzeitiger zu vereinbaren, damit der daraus resultierende Pflegeentgeltwert für die Abrechnung herangezogen werden kann.

## Änderungsvorschlag

§ 11 Abs. 1 KHEntgG wird um folgenden Satz ergänzt:

„Die Vertragsparteien können einzelne Gegenstände der Vereinbarung für das Jahr 2020 frühzeitig, auch unabhängig von der Vereinbarung des Erlösbudgets oder der Erlössumme nach § 6 Abs. 3 vereinbaren.“

## IV. Sicherstellung der Liquidität:

### Stellungnahme

Auch im Jahr 2021 werden sich die Krankenhäuser weiterhin einer schwierigen und herausfordernden Situation im Zuge der Verarbeitung der COVID-19-Pandemie ausgesetzt sehen. Es ist davon auszugehen, dass auch weiterhin viele Patientinnen und Patienten Krankenhausbehandlungen zu vermeiden versuchen. Um trotzdem eine entsprechende Sicherung der Liquidität gewährleisten zu können, ist die im Rahmen der Pandemie eingeführte Verkürzung des Zahlungsziels auf 5 Werkzeuge weiterhin fortzuschreiben. Diese Fortschreibung sollte mindestens bis zum Ende des Jahres 2021 verlängert werden.

### Änderungsvorschlag

§ 330 SGB V wird wie folgt geändert:

§ 330 SGB V  
Übergangsregelung zur Zahlungsfrist von Krankenhausrechnungen

Die von den Krankenhäusern bis zum 31. Dezember 2020~~1~~ erbrachten und in Rechnung gestellten Leistungen sind von den Krankenkassen innerhalb von fünf Tagen nach Rechnungseingang zu bezahlen. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut oder der Übersendung von Zahlungsmitteln an das Krankenhaus. Ist der Fälligkeitstag ein Samstag, Sonntag oder gesetzlicher Feiertag, so verschiebt er sich auf den nächstfolgenden Arbeitstag.