



Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG)

7. September 2020

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)203(11)
gel. VB zur öAnh am 14.09.2020 -
KHZG
08.09.2020

Vorbemerkung

Der Katholische Krankenhausverband Deutschlands e.V. (kkvd) und der Deutsche Caritasverband (DCV) begrüßen die Initiative für ein „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ ausdrücklich. Ein Digitalisierungsschub für Krankenhäuser ist dringend notwendig. Deutschland hat großen Aufholbedarf. Vor dem Hintergrund der weiter bestehenden Herausforderungen, die mit COVID19 einhergehen, halten wird zudem die Verlängerung des „Schutzzschirmes“ gegen Mehrkosten und Erlösverluste der Krankenhäuser bis zum Ende des Jahres für überaus sinnvoll. Ziel muss es sein, den Krankenhäusern als Trägern der Daseinsvorsorge für den Rest des aktuellen Jahres sowie für das kommende Jahr Planungssicherheit zu geben.

Das Konjunkturpaket ist somit richtig und kann ein Signal des Aufbruchs sein. Vor allem mangelnde Investitionsmittel waren ein Grund für den bisher schleppenden Ausbau. Im vorliegenden Entwurf für ein Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) begrüßen wir daher ausdrücklich, dass die Bundesländer in der Ko-Finanzierung nur dann Bundesmittel abrufen dürfen, wenn laufende Investitionsmittel auf Landesebene nicht gekürzt werden. Als ebenfalls sinnvoll angesehen wird eine Förderung unabhängig vom bestehenden Krankenhausstrukturfonds und dessen Verlängerung bis 2024. Um bestehende Fehlanreize im System, wie die Querfinanzierung aus Betriebsmitteln oder den Fokus auf lukrative Mehrleistungen, zu beseitigen, ist eine nachhaltige Investitionsfinanzierung über den Strukturfonds hinaus und eine auskömmliche Regelfinanzierung bzw. Berücksichtigung der notwendigen Vorhaltekosten notwendig.

Ein weiteres Hemmnis sind die fehlenden verbindlichen Standards. Insbesondere die fehlende Interoperabilität trägt zu dem großen Innovationshemmnis in der stationären Versorgung bei. Bestehende Systeme, wie z.B. Krankenhausinformationssysteme (KIS) genügen den heutigen Anforderungen für eine digital vernetzte Kommunikation



mit PatientInnen, Kostenträgern und diversen Leistungsanbietern im Gesundheitssystem nur noch bedingt. Solche technischen Hürden erschweren grundlegende Neuerungen und Vernetzungen. Der Anteil der Investitionen in IT liegt daher in Krankenhäusern nur im unteren einstelligen Bereich.

Für eine wirkliche Durchdringung braucht es daher zusätzlich ein Zukunftsbild „digitales Krankenhaus“ als einheitliche Strategie. Klare Vorgaben und Zielsetzungen erleichtern Implementierung und Adaption technischer Neuerungen über Träger- und Sektorengrenzen hinweg in Medizin und Pflege. Damit könnten digitale Potenziale viel stärker als heute genutzt werden, um Beschäftigte zu entlasten und Prozesse zu optimieren. Digitaler Wandel ist ein Prozess, daher braucht es Planungssicherheit und Kontinuität, im Rahmen einer Nationalen Strategie für die digitale Transformation des Gesundheitswesens. Insofern wäre es sinnvoll, unbürokratische Fördermöglichkeiten zu verstetigen.

Der DCV und der kkvd setzen sich insbesondere für eine funktionierende Daseinsvorsorge und die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse ein. Um eine flächendeckende Gesundheitsversorgung langfristig sicherzustellen, braucht es ein Netz von gut erreichbaren Krankenhäusern, die aufeinander abgestimmt und trägerübergreifend agieren. Gesundheitsversorgung gerade in ländlich geprägten Regionen wird oftmals über Verbünde kleinerer und mittlerer (freigemeinnütziger) Krankenhäuser sichergestellt. In der aktuellen Covid19-Pandemie hat sich gezeigt, wie wichtig dieses dezentrale Netz für die Sicherheit der Patientenversorgung ist. Der stärkere Fokus des „Schutzschild“ auf regionale Lösungen, um auf das lokal unterschiedliche Infektionsgeschehen angepasst zu reagieren, ist nachvollziehbar. Nichtsdestotrotz wäre aus Sicht der Krankenhäuser eine weiterhin tragfähige Bundesregelung, die über regionale Anpassungsmechanismen verfügt, zu begrüßen gewesen. Bereits heute ist absehbar, dass bis in das Jahr 2021 hinein bzw. bis zum Vorhandensein eines verlässlichen Impfstoffes kein Krankenhausregelbetrieb und keine Krankenhausauslastung, wie in Vor-Corona-Zeiten, möglich sein wird. Der nun vorliegende Vorschlag bleibt hinter einigen im COVID-Beirat abgestimmten Umsetzungsvorschlägen zurück, wie zum Beispiel der Festlegung der Höhe des Ausgleichssatzes auf Bundesebene oder der eindeutigen Klarstellung, dass das Pflegebudget nicht Gegenstand des Ausgleiches ist. Die Übertragung der Verhandlungen auf die individuelle Ebene vor Ort, wird in den kommenden Monaten zu Verzögerungen und hohem bürokratischem Aufwand für die beteiligten Akteure führen. In der Praxis wird abhängig vom Verhandlungsgeschick der jeweiligen Seiten mit sehr unterschiedlichen Ergebnissen bzw. Abschlüssen zu rechnen sein.

Insgesamt dürfen durch konkrete Vorgaben sowie die Ausgestaltung der förderfähigen Vorhaben versorgungsrelevanten Verbund- und Netzwerkstrukturen nicht aus den Blick geraten. Vielmehr muss eine Trägervielfalt gewahrt bleiben.

In folgenden Punkten sehen wir Anpassungs- und Konkretisierungsbedarfe:

Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu § 14a Krankenhauszukunftsfonds, Absatz 1:

Stellungnahme:

Ausdrücklich positiv bewertet wird die Förderung der Robotik aus den Mitteln des Krankenhauszukunftsfonds. Die Caritas weist darauf hin, dass Robotik nicht nur im Bereich des Krankenhauses, sondern auch in der ambulanten und stationären Altenpflege gefördert werden muss. Die Anschubfinanzierung in der Pflege nach § 8 Absatz 8 SGB XI sieht vor, dass digitale Anwendungen nur förderfähig sind, wenn sie unmittelbar der Entlastung der Pflegekräfte dienen. Somit sind robotische Anwendungen, die z.B. pflegebedürftige Menschen mit Demenz in ihrer Selbständigkeit stärken, nicht förderfähig.

Zu § 14a Krankenhauszukunftsfonds, Absatz 4:

Beabsichtigte Neuregelung:

Die Zuteilung der Fördermittel aus der Liquiditätsreserve ist an eine Ko-Finanzierung von mindestens 30 Prozent durch die Bundesländer und / oder Beteiligung der Krankenhaussträger geknüpft.

Stellungnahme:

Aufgrund der jetzt schon schlechten Ausfinanzierungsquote für die Investitionsförderung lehnen wir eine Ko-Finanzierung durch die Krankenhaussträger ab. Dies schafft vor allem Ungerechtigkeiten zwischen einzelnen Trägerformen. So haben insbesondere börsennotierte Krankenhaussträger oder hochspezialisierte Einrichtungen

andere Möglichkeiten der Refinanzierung über den Kapitalmarkt als beispielsweise nicht-gewinnorientierte gemeinnützige Einrichtungen, die eine notwendige Daseinsvorsorge in der Breite sicherstellen. Selbst die Vergabe zinsgünstiger KfW-Darlehen ist an vorhandene Eigenmittel geknüpft bzw. Haftungsfreistellungen gebunden, die bei freigemeinnützigen Krankenhäusern – im Gegensatz zu kommunal getragenen Kliniken – nicht tragen. Zu Recht wird im Entwurf kritisch angemerkt, dass bereits heute fehlende Investitionsmittel oftmals aus Betriebsmitteln querfinanziert werden müssen. Vor diesem Hintergrund sehen wir keine Möglichkeit, aus den Betriebsmitteln zusätzliche Vorhaben bzw. Kredite zu finanzieren. Nicht abgerufene Projektmittel der Vergangenheit sind kein Hinweis darauf, dass es keinen Bedarf für solche Programme gibt, sondern ein Zeichen für die fehlenden Eigenmittel insbesondere der freigemeinnützigen Krankenhaussträger.

Nachdrücklich begrüßt wird, dass die Länder Mittel aus dem Zukunftsfonds nur abrufen dürfen, wenn sie Investitionsfördermittel im Gegenzug nicht entsprechend kürzen.

Änderungsvorschlag:

§ 14a Krankenhauszukunftsfonds, Absatz 4 Nummer 2 wird wie folgt geändert:

„Voraussetzung für die Zuteilung von Fördermitteln nach Absatz 2 ist, dass

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,“

Zu § 14b Evaluierung des digitalen Reifegrades der Krankenhäuser

Beabsichtigte Neuerung:

Mit dem Absatz wird eine Evaluierung des digitalen Reifegrades in Auftrag gegeben. Der Aufwand für die Krankenhäuser wird in diesem Zusammenhang mit 266,50 Euro beziffert.

Stellungnahme:

Die strukturierte Selbsteinschätzung bildet die Grundlage für eine spätere Evaluation. Beide Verbände begrüßen dies sehr, weisen jedoch darauf hin, dass der aktuell kalkulierte Erfüllungsaufwand mit 266,50 Euro je Krankenhaus sehr niedrig kalkuliert ist und lediglich für eine grobe Bestimmung ausreicht. Um mehr Transparenztiefe zu erhalten,

sind mehr Mittel notwendig, die als Fördermittel zur Verfügung gestellt werden sollten. Darüber hinaus wäre es von Vorteil, wenn bereits konkret benannt würde, nach welchem Reifegradmodell der digitale Reifegrad der Krankenhäuser heute und in Zukunft bewertet wird (z.B. HIMSS EMRAM o.ä.).

Artikel 2 Änderungen der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung

Zu § 19 Förderungsfähige Vorhaben, Absatz 1

Beabsichtigte Neuerung:

Mit der Auflistung werden förderfähige Vorhaben definiert.

Stellungnahme:

Die Auflistung ist prinzipiell sinnvoll und zu begrüßen. Insgesamt wäre eine klarere Definition und Abgrenzung von Förderfähigkeit und Nicht-Förderfähigkeit angebracht.

Zu Nummer 1: DCV und kkvd begrüßen, dass insbesondere bauliche Maßnahmen zur räumlichen Ausstattung von Notaufnahmen weiterhin über den Krankenhausstrukturfonds gefördert werden. Der neu eingefügte Paragraph beschränkt sich nun auf die technische Anbindung, Vernetzung und Digitalisierung der Notaufnahmen. Vor dem Hintergrund der noch ausstehenden Reform der Notfallversorgung wäre eine weitergehende und bereits präjudizierende Regelung, wie sie ursprünglich geplant war, nicht sinnvoll.

Zu Nummer 7: Wir sehen mit Sorge, dass Vorgaben des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) die beabsichtigten Konzepte zur Abstimmung des Leistungsangebotes behindern könnten. Dies sollte im Rahmen der 10. GWB-Novelle berücksichtigt werden. Wir weisen darauf hin, dass der Einführung von Cloud Computing länderspezifische Vorgaben entgegenstehen (z., B. §27 Abs. 4 Satz 6 BayKRG).

Zu Nummer 11: Die Förderung von räumlichen Gegebenheiten, die den Besonderheiten einer Pandemie gerecht werden, sollten nicht mit Inhalten der Bedarfsplanung vermischt werden. Bettenreduktion muss im Rahmen der Landeskrankenhausplanung koordiniert werden und sollte sich nach dem regionalen Versorgungsbedarf richten. Förderfähige Investitionen im Sinne des Absatzes sollten vielmehr sinnvoll für Funkti-

onsbereiche (OP-Schleusen, Innere Funktionsdiagnostik, Aufwachraum, etc.) zur Be-wältigung der pandemischen Anforderungen eingesetzt werden.

Zu Nummer 12 (neu): Die wiederkehrenden Wartungs- und Supportaufwände im Be-reich Hardware / Software machen häufig jährlich etwa 20 Prozent der eigentlichen Investitionssumme aus. Vor dem Hintergrund der damit einhergehenden zusätzlichen finanziellen Belastungen sollten solche Vorhaben zumindest für einen Implementie-rungszeitraum von maximal fünf Jahren gefördert werden.

Änderungsvorschlag:

§19 Absatz 1, Nummer 11 entfällt

In Absatz 1 wird als neue Nummer 12 ergänzt:

„Wartungs- und Supportverträge, die mit der Beschaffung bzw. Errichtung neuer Vor-haben nach § 14a Absatz 1, Nummer 1 bis 12 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes getätig-ten werden, sind für einen Zeitraum von maximal fünf Jahren förderfähig.“

Zu § 20 Förderungsfähige Kosten, Absatz 2:

Beabsichtigte Neuerung:

Der Absatz regelt die Übernahme der Kosten für erforderliche personelle Maßnahmen.

Stellungnahme:

Für die Umsetzung digitaler Projekte benötigen Einrichtungen entsprechendes Perso-nal. Vor allem die Beschäftigten sind zentraler Faktor, damit der dringend benötigte Innovationsschub gelingen kann. Hier geht es nicht nur um reine Qualifikationen im IT-Bereich, sondern insbesondere in den Bereichen Projekt- und Changemanagement. Die im Entwurf stehende Förderfähigkeit für die Schulung von MitarbeiterInnen, Fort- und Weiterbildungen im Bereich Anwendungen, Betriebssysteme der IT-Sicherheit sowie Netzwerkinfrastruktur zu fördern, ist daher ausdrücklich zu begrüßen. Der DCV und der kkvd regen darüber hinaus an, bereits frühzeitig, z.B. in Krankenpflegefach-schulen anzusetzen, um digitale Kompetenzen zu den Grundlagen für technische Zu-sammenhänge herzustellen. So wäre es sinnvoll bereits im Theoretischen Curriculum der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung des Pflegeberufsgesetzes die Erlernung digitaler Kompetenzen (z.B. digitale Fieberkurve) aufzunehmen. Denkbar wären zu-

dem die Schaffung von Lerninseln für Schüler_innen in der Ausbildung zu Pflegefachfrau/-mann, für Techniker_innen, IT-Fachleute.

Zu § 22 Antragstellung, Absatz 2, Satz 2:

Beabsichtigte Neuerung:

Es müssen mindestens 15 Prozent der beantragten Mittel eines Vorhabens zur Verbesserung der IT-Sicherheit bereitgestellt werden.

Stellungnahme:

Ein Schwerpunkt des Entwurfes liegt auf der Betonung der IT-Sicherheit. Vor dem Hintergrund der möglichen Bedrohungen und dem Umgang mit personensensiblen Daten unterstützen wir dieses Anliegen nachdrücklich. Verbesserungen der IT-Sicherheit in Krankenhäusern werden allein aber nicht den gewünschten Erfolg bringen, wenn es im vorgelagerten Bereich keine verbindlichen Regelungen gibt. So wären begleitende gesetzliche Bestimmungen sinnvoll, die dafür sorgen, dass die verwendeten Geräte in der medizintechnischen Infrastruktur und die Betriebs-Gebäudetechnik den dafür bestimmten Anforderungen genügen, z.B. durch eine Zertifizierung der Software bzw. Geräte. Der Hersteller sollte ebenfalls sicherstellen, dass während der technischen Laufzeit des Produktes dies mit Updates und Patches auf dem Stand der Technik gehalten wird. Dies ist notwendig, um die Einsatzfähigkeit im Sinne der Produktspezifikation (zum Zeitpunkt der Beschaffung) jederzeit gewährleisten zu können.

Der Ausbau der IT-Sicherheit geht mit hohen Kosten für direkte Ressourcen einher, wie der Erarbeitung von Berechtigungskonzepten und der virtuellen bzw. physischen Netzwerk trennung in den Einrichtungen. Daneben stehen beträchtliche indirekte Kosten für Sicherheitsvorgaben, wie z.B. Cybersecurityversicherungen, notwendige Audits, Pentests und die Ablösung von Legacy Systemen (also Systemen, die nicht mehr vom Hersteller unterstützt werden). Die Stärkung der IT-Sicherheit über einen fest vorgegebenen Anteil von 15 Prozent an den Gesamtausgaben ist problematisch. Damit besteht die Gefahr einer Fehlsteuerung bzw. unnötiger Mittelverwendung. Um dennoch dem Ziel gerecht zu werden, schlagen der kkvd und der DCV vor, etablierte IT-Kriterien, wie den „Branchenspezifischen Sicherheitsstandard (B3S)“ als maßgebliches Kriterium zu nutzen. Anhand dieser Kriterien wird der Schutz der kritischen Infra-

struktur in Deutschland gewährleistet und fortwährend anhand der Hinweise des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik überarbeitet. Sofern dieser Standard gewährleistet ist und mit Audits belegt werden kann, ist von einer ausreichenden IT-Sicherheit auszugehen. In diesen Fällen ist es sachgerecht, von der Vorgabe abzuweichen und weniger als 15% zu investieren.

Änderungsvorschlag:

§ 22 Antragstellung, Absatz 2, Satz 2 wird wie folgt geändert:

Nachweise darüber, dass mindestens 15 Prozent der für das Vorhaben beantragten Fördermittel für Maßnahmen zur Verbesserung der Informationssicherheit eingesetzt werden, und Nachweise, um welche Maßnahmen zur Verbesserung der Informationssicherheit es sich handelt. Dies gilt nicht, wenn die Einrichtungen für die geförderten Vorhaben den Sicherheitsstandard B3S erfüllen.

Artikel 3: Änderung des SGB V

§ 45 Absatz 2a: Pandemiebedingte Verlängerung des Krankenkindergeldes

Stellungnahme:

Der DCV und der kkvd begrüßen, dass der Anspruch auf Kinderkrankengeld für das Kalenderjahr 2020 pandemiebedingt für jedes Kind von längstens 10 auf längstens 15 Arbeitstage und für alleinerziehende Versicherte von längstens 20 auf jeweils längstens 30 Arbeitstage erweitert wird. Eine Ausdehnung dieser Regelung sollte pandemiebedingt auch für das Jahr 2021 in Erwägung gezogen werden, solange bis ein Impfstoff gegen SARS-CoV2 zur Verfügung steht. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass die Betreuung und Pflege für ein erkranktes Kind im Zusammenhang mit Covid-19 häufiger als regulär erforderlich sein kann.

§ 136a Mindestvorgaben für die Personalausstattung Psychiatrie und Psycho-somatik

Stellungnahme:

Der DCV und der kkvd begrüßen die Streichung des Bettenbezugs bei den Mindestvorgaben für die Personalausstattung mit Psychotherapeut_innen in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken nachdrücklich. Der Beschluss des G-BA zur Erstfassung der PPP-Richtlinie hat die Versorgungsqualität nur unzureichend verbessert und ist daher zu Recht kritisiert worden. Die Änderung des Auftrags an den GBA zu Mindestvorgaben für die Psychotherapeut_innen ermöglicht die Orientierung der Personalausstattung an den unterschiedlichen Behandlungsbedarfen von Patienten in der Psychiatrie und der Psychosomatik.

§ 330 SGB V Übergangsregelung zur Zahlungsfrist von Krankenhausrechnungen

Stellungnahme:

Die Verkürzung der Zahlungsfrist auf fünf Tage war ein wichtiger Beitrag um die Liquidität der Krankenhäuser während der ersten Welle zu stärken. Die aktuelle Entwicklung der Infektionszahlen sowie die mögliche Zunahme im Herbst deuten darauf hin, dass die Pandemie nicht innerhalb der nächsten drei Monate vorüber sein wird. Angelehnt an die Regelungen zu den coronabedingten Mehrkosten schlagen wir daher eine Verlängerung der verkürzten Zahlungsfrist bis zum 31. Dezember 2021 vor.

Änderungsbedarf:

§ 330SGB V wird wie folgt geändert:

Die von den Krankenhäusern bis zum 31. Dezember ~~2020 2021~~ 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.

Artikel 6 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Zu § 5, Absatz 3h

Beabsichtigte Neuerung:

Krankenhäuser können ab 2025 mit einem bis zu 2%-Abschlag für jeden voll- und teilstationären Fall belegt werden, sofern das Krankenhaus keine digitalen Dienste bereithält.

Stellungnahme:

Es ist nicht nachvollziehbar wie die Höhe von bis zu 2 Prozent begründet wird und warum sich ein einzuführender Abschlag auf alle Fälle bezieht. Der kkvd und der DCV sehen darin keinen angemessenen Anreiz für den Ausbau der Digitalisierung, sondern vielmehr eine Bestrafung, die abgelehnt wird. Die Einrichtungen würden bei einer Umsetzung in der Folge gezwungen, Mittel aus dem Betriebskostenbereich in den Investitionsbereich zu verschieben mit unklarer Zukunftsperspektive für die Ersatzinvestitionen. Der im Zusammenhang mit der Sanktionierung stehende Regelungsaufwand zur Feststellung der Sanktionsschwellen würde einen weiteren bürokratischen Aufwand darstellen, der so nicht entsprechend finanziell kompensiert wird.

Änderungsbedarf:

§ 5, Absatz 3h wird gestrichen.

§ 15 Laufzeit, Absatz 2a

Stellungnahme:

Es ist absehbar, dass es aufgrund der aktuellen Situation in den Krankenhäusern und den veränderten Rahmenbedingungen der Leistungsabrechnung zu massiven Verzögerungen der Budgetverhandlungen zwischen Kostenträgern und Krankenhäusern kommen wird. Die Erhöhung des Pflegeentgeltwertes sollte genau diese Situation abfedern. Da nicht klar ist, ob bis Ende des Jahres alle Budgetverhandlungen abgeschlossen sein werden, ist eine Verlängerung für die Einrichtungen sinnvoll, die trotz Bemühungen, z.B. aufgrund der hohen Termindichte, keine Vereinbarungen erzielen konnten. Insbesondere für Krankenhäuser mit einem hohen Pflegeanteil würde der ursprüngliche Satz von 146,55 Euro schwerwiegende finanzielle Nachteile mit sich bringen.

Änderungsbedarf:

§ 15 Laufzeit, Absatz 2a wird wie folgt geändert:

Kann der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2020 noch nicht berechnet werden, sind für die Abrechnung der tagesbezogenen Pflegeentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6a die Bewertungsrelationen aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wie folgt zu multiplizieren: 1. bis zum 31. März 2020 mit 146,55 Euro, 2. vom 1. April 2020 bis zum Zeitpunkt des Budgetabschlusses für das 2020 ~~bis zum 31. Dezember 2020~~ mit 185 Euro ~~und 3. ab dem 1. Januar 2021 mit 146,55 Euro.~~

Artikel 12 Änderung des Kindergeldgesetzes

§ 20 Absatz 6

Stellungnahme:

Der DCV und der kkvd begrüßen, dass die vereinfachte Vermögensprüfung über den 30. 9.2020 hinaus bis zum 31.12.2020 verlängert wird.

Dadurch wird den weiterhin bestehenden pandemiebedingten Einschränkungen Rechnung getragen. Kritisch ist jedoch, dass die in § 20 Abs.6 Satz 1 BKGG bis zum 31.9.2020 befristete Änderung, die den Bemessungszeitraum zur Berücksichtigung von Einkommen verkürzt, nicht ebenfalls bis zum Jahresende verlängert wird. Damit ist bei Neuanträgen ab Oktober 2020 wieder das Einkommen der letzten 6 Monate vor Antragstellung für die Berechnung des Kinderzuschlages maßgeblich. Problematisch ist dies für Eltern, die die Einkommenseinbußen mit zeitlicher Verzögerung treffen. Die Regelung in § 20 Abs.6 Satz 1 BKGG, dass bei Anträgen auf Kinderzuschlag, das Einkommen der Eltern nicht anhand der letzten sechs Monate, sondern nur anhand des letzten Monats vor Antragstellung geprüft wird, hat sich jedoch bewährt. So kann besser auf kurzfristige Einkommenseinbußen reagiert werden und der Kinderzuschlag als vorrangige Leistung zeitnah greifen.

Kontakt:

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

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

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