

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)203(7)
gel. VB zur öAnh am 14.09.2020 -
KHZG
08.09.2020



**VERBAND DER
UNIVERSITÄTSKLINIK
DEUTSCHLANDS**



**medizinischer
fakultätentag**

STELLUNGNAHME des

**Verbandes der
Universitätsklinika
Deutschlands (VUD)**

**und des Medizinischen
Fakultätentages (MFT)**

**(zusammen als Deutsche
Hochschulmedizin e. V.)**

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

September 2020

Der Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) und der Medizinische Fakultätentag (MFT) vertreten die Interessen der 34 Universitätsklinika sowie der 38 Medizinischen Fakultäten in Deutschland. Ihr gemeinsamer Dachverband ist die Deutsche Hochschulmedizin e.V. Gemeinsam stehen die Verbände für Spitzenmedizin, erstklassige Forschung sowie die international beachtete Medizinerbildung und Weiterbildung von Ärzten.

© Deutsche Hochschulmedizin e.V.

Kontakt

Verband der Universitätsklinika
Deutschlands e.V. (VUD)
Alt-Moabit 96
10559 Berlin
info@uniklinika.de
www.uniklinika.de

Ansprechpartner

Jens Bussmann
Tel.: +49 (0)30 3940517-0
bussmann@uniklinika.de

Inhalt

I. Vorbemerkung.....	4
II. Zu den Regelungen im Einzelnen	6
III. Weiterer Handlungsbedarf	12

I. Vorbemerkung

Mit dem Gesetzgebungsvorhaben wird das im „Corona-Konjunkturpaket“ enthaltene „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ umgesetzt, welches Anfang Juni im Koalitionsausschuss konsentiert wurde. Im Mittelpunkt des Zukunftsprogramms steht der Krankenhauszukunftsfoonds, welcher ergänzend zum bisherigen Krankenhausstrukturfonds geschaffen wird. Der Krankenhauszukunftsfoonds zielt auf eine Förderung von modernen Notfallkapazitäten, einer besseren digitalen Infrastruktur, der IT- und Cybersicherheit sowie einer Stärkung regionaler Versorgungsstrukturen. Gleichzeitig wird die Laufzeit des Krankenhausstrukturfonds bis Ende 2024 verlängert.

Neben den Regelungen aus dem „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ werden die Empfehlungen des COVID-Expertenbeirats des BMG, welcher sich mit der Überprüfung der Auswirkungen der Regelungen des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes befasste, umgesetzt. Hierzu sieht der Entwurf insbesondere Vorgaben zur Budgetvereinbarung 2020 und die Möglichkeit zur Vereinbarung eines krankenhausindividuellen Zuschlags für coronabedingte Mehrkosten vor.

Die Deutsche Hochschulmedizin (DHM) begrüßt die Etablierung des **Krankenhauszukunftsfoonds** ausdrücklich. Die Förderung einer modernen und digitalen Ausstattung der deutschen Krankenhäuser, insbesondere auch der Universitätsklinika, ist dringend notwendig und ein wichtiger Impuls zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen. Die Universitätsklinika leisten einen maßgeblichen Beitrag in der Krankenversorgung. Sie behandeln insbesondere Patienten mit besonders schwierigen und komplizierten Erkrankungen, die anderweitig nicht mehr versorgt werden könnten. Dies haben sie bei der Versorgung von COVID-19 Patienten eindrücklich unter Beweis gestellt. Die Einbeziehung der Universitätsklinika erkennt diese Leistung an. Mit der Förderung können die Universitätsklinika auch zukünftig wichtige Impulse bei der Patientenversorgung setzen, digitale Versorgungsinnovationen auf den Weg bringen und ihre Rolle als Mittelpunkt regionaler Versorgungsnetzwerke weiterentwickeln.

Die Verlängerung des **Krankenhausstrukturfonds** um zwei Jahre begrüßt die DHM ebenfalls ausdrücklich. Krankenhausstrukturfonds und Krankenhauszukunftsfoonds basieren grundsätzlich auf demselben Förderprinzip. Sie verfolgen beide eine verbesserte investive Ausstattung von Krankenhäusern und eine Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen. Mit dem Krankenhauszukunftsfoonds hat der Gesetzgeber die Universitätsklinika als Mittelempfänger volumfähiglich anerkannt und somit Gleichberechtigung gegenüber anderen Krankenhäusern hergestellt. Beim Krankenhausstrukturfonds sind die Universitätsklinika hingegen derzeit nur sehr eingeschränkt förderfähig. Beispielsweise werden über den Krankenhausstrukturfonds Investitionsmaßnahmen von Krankenhäusern gefördert, welche zur Kritischen Infrastruktur zählen. Obwohl hierzu insbesondere alle Universitätsklinika gehören, sind sie von dieser Förderung gegenwärtig ausgenommen. Die DHM fordert daher eine Regelung analog zum Krankenhauszukunftsfoonds, so dass die Universitätsklinika künftig ohne die bisherige Beschränkung in den Strukturfonds einbezogen werden.

Die Regelungen zum Ausgleich von potenziellen coronabedingten **Erlösausfällen** ebenso wie zu den coronabedingten **Mehrkosten** bewertet die DHM sehr positiv. Die Vorgaben können einen wichtigen Beitrag leisten, um für die Universitätsklinika die finanziellen Belastungen in Folge der Pandemie abzumildern.

Damit die Regelungen ihr Ziel erreichen, ist es entscheidend, dass die Ausgleiche in der Lage sind, die besonderen Strukturen der Universitätsmedizin zu berücksichtigen. Für das umfassende und spezifische Leistungsportfolio der Universitätsmedizin sind die bisherigen pauschalierten Lösungen nicht ausreichend gewesen. Dies macht auch der Abschlussbericht des COVID-Expertenbeirats des BMG deutlich.

Die finanziellen Belastungen für die Universitätsklinika betreffen jedoch nicht nur den stationären Bereich. Anders als die meisten anderen Krankenhäuser nimmt die ambulante Versorgung in den Universitätsklinika insbesondere in den Hochschulambulanzen mittlerweile eine bedeutende Rolle ein. In Folge der Pandemie haben die Universitätsklinika auch im Bereich der Hochschulambulanzen signifikante Einbußen verzeichnen müssen. Auch hierfür wird ein gesetzlich garantierter Ausgleich analog der Vorgaben für den stationären Bereich dringend benötigt.

Zielgerichtete Vorgaben auf Bundesebene für einen umfassenden Ausgleich von Erlöseinbußen in der stationären und ambulanten Versorgung sind für die Universitätsmedizin dringend erforderlich, um die finanziellen Belastungen in Folge der Pandemie abzumildern. Andernfalls wird sich die wirtschaftliche Lage der Kliniken, die in der aktuellen Pandemie einen maßgeblichen Beitrag für das Gesundheitssystem geleistet haben, zusätzlich verschlechtern. Dies kann nicht gewollt sein. Nur eine wirtschaftlich solide Universitätsmedizin wird auch zukünftig eine maßgebliche Rolle in der Gesundheitsversorgung einnehmen können.

II. Zu den Regelungen im Einzelnen

Im Folgenden geht die DHM auf ausgewählte Einzelaspekte des Gesetzentwurfs ein und bewertet diese.

1. Bildung eines Krankenhauszukunftsfonds (§ 14a KHG NEU und § 19 KHSFV NEU)

Im Mittelpunkt des Gesetzgebungsvorhabens steht die Bildung des Krankenhauszukunftsfonds, der zu 70 Prozent aus Bundesmitteln und zu 30 Prozent durch die Länder und/oder Krankenhasträger finanziert wird. Durch ihn werden folgende Förderzwecke verfolgt:

1. die Anpassung der technischen und insbesondere informationstechnischen Ausstattung der Notaufnahmen an den jeweiligen Stand der Technik,
2. die digitale Infrastruktur zur Förderung der internen, innersektoralen und sektorenübergreifenden Versorgung von Patientinnen und Patienten, insbesondere um die Ablauforganisation, Dokumentation und Kommunikation zu digitalisieren, sowie zur Einführung oder Verbesserung von Telemedizin, Robotik und Hightechmedizin,
3. die Informationssicherheit und
4. die gezielte Entwicklung und die Stärkung wettbewerbsrechtlich zulässiger regionaler Versorgungsstrukturen, um die Versorgungsstrukturen sowohl im Normalbetrieb als auch in Krisenzeiten konzeptionell aufeinander abzustimmen.

Die Förderung der genannten Tatbestände ist für eine zukunftsorientierte Ausrichtung der Krankenversorgung positiv zu bewerten. Die DHM begrüßt die Berücksichtigung der Universitätsklinika im Krankenhauszukunftsfoonds ausdrücklich. Die geförderten Maßnahmen können einen wichtigen Beitrag für eine Verbesserung der Versorgungsstrukturen leisten. Insbesondere durch Einbeziehung der Universitätsklinika, welche vielerorts im Zentrum dieser Strukturen stehen, können auch zukünftig wichtige Impulse in der Patientenversorgung gesetzt und digitale Versorgungsinnovationen auf den Weg gebracht werden.

2. Verlängerung des Krankenhausstrukturfonds bis Ende 2024 (§ 12a KHG)

Die Laufzeit des Krankenhausstrukturfonds nach § 12a KHG wird um zwei Jahre bis Ende 2024 verlängert. Eine Erhöhung des bereits bislang verfügbaren Gesamtvolumens ist hiermit nicht verbunden. Die Laufzeitverlängerung ist zu begrüßen.

Anders als beim Krankenhauszukunftsfoonds sind Universitätsklinika hier jedoch weiterhin nur sehr eingeschränkt berücksichtigt. Inhaltlich ist nicht nachvollziehbar, dass mit den Universitätsklinika jene Kliniken als potenzielle Begünstigte ausgeschlossen bleiben, die eine herausragende Rolle innerhalb der Gesundheitsversorgung einnehmen und die eigentlich für bestimmte Förderzwecke prädestiniert sind (z. B. Zentren für Seltene Erkrankungen). Der Strukturfonds fördert u.a. die IT-Sicherheit für Krankenhäuser, die zur Kritischen Infrastruktur zählen (d.h. mind. 30.000 stationäre Fälle p.a.). Alle Universitätsklinika fallen in diese Kategorie und trotzdem sind sie dafür bislang nicht förderfähig. Mit dem

Krankenhauszukunftslandschaft hat der Gesetzgeber die Universitätsklinika als Mittelempfänger anerkannt und somit Gleichberechtigung gegenüber anderen Krankenhäusern hergestellt. Beim Krankenhausstrukturfonds handelt es sich dem Grunde nach um dasselbe Förderprinzip. Dennoch sind die Universitätsklinika derzeit nur sehr eingeschränkt förderfähig.

Bereits der Bundesrat hatte sich im Rahmen des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) für eine Einbeziehung der Universitätsklinika in den Krankenhausstrukturfonds ausgesprochen. Die seinerzeitige Ablehnung durch die Bundesregierung mit Verweis auf die Vorschrift des § 5 Abs. 1 Nr. 1 KHG, wonach die Hochschulkliniken durch Gesetzesrecht von der Förderung ausgeschlossen sind, trägt allerdings aus folgenden Gründen nicht:

Dem Bund steht im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung eine Gesetzgebungskompetenz für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und der Regelung der Krankenhaussätze zu. Nach Art. 72 Abs. 2 GG kann er von dieser Kompetenz Gebrauch machen, wenn und soweit die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder die Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse eine bundesgesetzliche Regelung erforderlich macht. Dieser Kompetenztitel umfasst damit auch eine Regelungsbefugnis zu den Grundsätzen der Krankenhausförderung.

Ferner ist zwar die Mischfinanzierung bei der Investitionsförderung der Universitätsklinika im Rahmen der Föderalismusreform durch Änderung des Art. 91a GG entfallen, doch steht dies einer (Mit-)Finanzierung des Bundes auch von Investitionskosten der Hochschulkliniken im Wege des Krankenhausstrukturfonds nicht entgegen. Andernfalls dürfte der Bund auch die Investitionskosten von Plankrankenhäusern nicht über den Fonds (mit-)finanzieren, weil auch diese Förderung eine originäre Verwaltungsaufgabe der Länder ist.

Argumentationen, die darauf aufbauen, dass die Finanzierung dieser Vorhaben aufgrund des untrennbaren Zusammenhangs von Forschung, Lehre und Krankenversorgung weiterhin ausschließlich in die Zuständigkeit der Länder fällt, sind sachlich nicht haltbar. Die Universitätsmedizin ist inhaltlich durch den Aufgabenverbund von Forschung, Lehre und Krankenversorgung geprägt. Hieraus ergibt sich auch ihre besondere Rolle im deutschen Gesundheitssystem. Durch diese Kombination können medizinische Innovationen entwickelt und erprobt werden. Sie trägt demzufolge Sorge dafür, dass neue wissenschaftliche Erkenntnisse möglichst schnell bei den Patienten ankommen. Dies bedeutet aber nicht, dass dieser Aufgabenverbund für bestimmte Förderzwecke keinen Zugang zulässt. Denn trotz des bestehenden Zusammenhangs gelten für Universitätsklinika und Plankrankenhäuser dieselben Regelungen der Krankenhausfinanzierung. Diesbezügliche Sonderregelungen wurden im Rahmen früherer Reformdiskussionen zur Krankenhausfinanzierung ausdrücklich abgelehnt. In der Praxis erfolgt insofern eine kostenrechnerische Abgrenzung zwischen Krankenversorgung und Forschung/Lehre, beispielsweise auch bei der jährlichen Kalkulation der DRG Fallpauschalen, PEPP-Entgelten und Investitionsbewertungsrelationen, die von den Universitätsklinika erwartet und durchgeführt wird.

Für die Förderfähigkeit kann es daher keinen Unterschied machen, ob förderfähige und vom Gesetzgeber gewünschte Maßnahmen innerhalb eines nicht-universitären Krankenhauses oder einer Universitätsklinik umgesetzt werden. Demnach müssen die Universitätsklinika für alle Zwecke förderfähig werden.

Hierzu sind folgende Anpassungen vorzunehmen:

Änderung im § 5 KHG

In § 5 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

Satz 1 Nr. 1 steht der Einbeziehung von Hochschulkliniken in der Förderung von Vorhaben nach § 12a und § 14a KHG nicht entgegen.

Änderung im § 12a KHG

In § 12a wird folgender Satz angefügt:

In die Förderung von Vorhaben zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung im Sinne von § 12a Abs. 1 Satz 4 KHG können die Länder auch Vorhaben von Krankenhäusern einbeziehen, die nach den landesrechtlichen Vorschriften für den Hochschulbau gefördert werden.

3. Evaluierung des digitalen Reifegrades (§ 14b KHG NEU)

Der Entwurf sieht eine Auswertung der durch die Förderung des Krankenhauszukunftslandschaftsverbundes bewirkten Verbesserungen des digitalen Reifegrads innerhalb der Krankenhauslandschaft vor. Zugrunde gelegt werden sollen strukturierte Selbsteinschätzungsbögen der Krankenhäuser.

Die DHM begrüßt eine Evaluierung des digitalen Reifegrads von Krankenhäusern. Notwendig hierfür ist eine Methodik, die belastbare Ergebnisse zulässt. Gleichzeitig ist festzuhalten, dass die Ergebnisse der geplanten Evaluierung nur als Hinweis verstanden werden können. Die sich anschließenden politischen Entscheidungen müssen auch andere Faktoren wie beispielsweise die Bedeutung der einzelnen Einrichtungen für das Versorgungssystem mit einbeziehen.

4. Abschlag auf den Rechnungsbetrag (§ 5 Absatz 3f KHEntgG NEU)

Der Entwurf sieht vor, dass für Krankenhäuser, die keine digitalen Dienste im Sinne der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung bereitstellen, ab dem 01. Januar 2025 ein Abschlag in Höhe von bis zu 2 Prozent des Rechnungsbetrags für jeden voll- und teilstationären Fall zu vereinbaren ist. Der Abschlag soll sich dabei nicht nur an der Anzahl der grundsätzlich bereitgestellten Dienste, sondern auch nach deren tatsächlicher Nutzungsquote richten.

Diese Abschlagsregelung ist abzulehnen. Die Zielsetzung des Gesetzesentwurfs ist die Förderung von Investitionen in ein zukunftsfähiges Krankenhauswesen. Hierfür notwendige Projekte können aber nur mit ausreichenden Investitionsmitteln angestoßen und umgesetzt werden.

Der Abschlag führt in den betroffenen Einrichtungen jedoch zu sinkenden Einnahmen. Statt zu einer Stärkung der Digitalisierung würde dies zu einer Schwächung führen. Im Hinblick auf die vom Gesetzgeber gewünschten und geförderten Netzwerkstrukturen beträfe diese Schwächung im System nicht nur das einzelne Krankenhaus, sondern infolge auch alle kooperierenden Einrichtungen und Institutionen. Die vorgesehene Sanktionierung muss daher gestrichen werden.

5. Ausgleich coronabedingter Erlösrückgänge (§ 21 Absätze 10 und 11 KHG)

Für coronabedingte Erlösrückgänge im Jahr 2020, welche nicht ausreichend durch die Freihaltepauschale gegenfinanziert werden, ist ein Ausgleich vorgesehen. Für die Ermittlung der Erlösrückgänge findet eine Gegenüberstellung der Ist-Erlösen aus voll- und teilstationären allgemeinen Krankenhausleistungen von 2019 zu 2020 statt. Für das Jahr 2020 werden dabei die Einnahmen aus der Freihaltepauschale anteilig berücksichtigt. Sind die so ermittelten Erlöse des Jahres 2020 geringer als die entsprechenden Erlöse aus 2019, gilt ein Ausgleichssatz, der von der Selbstverwaltung auf Bundesebene festgelegt wird.

Die DHM begrüßt ausdrücklich, dass eine ergänzende Regelung zu den zum 30. September 2020 auslaufenden Ausgleichszahlungen für freigehaltene Betten vorgegeben wird. Der verfolgte Ansatz mit einem Abgleich zu den Erlösen des Vorjahres ist nachvollziehbar und positiv zu bewerten. Klargestellt werden sollte, dass dabei die Pflegebudgetfinanzierung nicht mit zu berücksichtigen ist.

Die Universitätsmedizin leistet einen zentralen Beitrag in der Patientenversorgung. Diese Rolle ist in der gegenwärtigen Situation in besonderer Weise deutlich geworden. Der Ausgleich mit einem Vergleich zu den stationären Erlösen des Vorjahres kann einen wichtigen Beitrag zur wirtschaftlichen Stabilisierung der Kliniken, für die die bisherigen Freihaltepauschalen nicht ausreichend gewesen sind, leisten.

Hierfür ist es gleichwohl entscheidend, dass die noch zu treffenden Vorgaben der Selbstverwaltungspartner auch die Kostenstrukturen der Universitätsklinika angemessen berücksichtigen. Dies gilt insbesondere für den Ausgleichssatz sowie für die Anrechnung der Freihaltepauschalen auf die Erlöse des laufenden Jahres. Andernfalls kann es notwendig sein, dass in den Vereinbarungen vor Ort von dem auf Bundesebene vorgegebenen Ausgleichssatz abgewichen wird. Die besondere Betroffenheit einzelner Krankenhäuser kann diese Flexibilität erfordern.

Freihaltepauschalen und auch der nunmehr vorgesehene Ausgleich fehlender stationärer Erlöse über einen Vergleich mit den Vorjahreserlösen sind jedoch nicht in der Lage, die Erlöseinbußen der Universitätsklinika im ambulanten Bereich zu kompensieren. Die Aufforderung zur Reduktion der elektiven Versorgung mit Einsetzen der Pandemie im März 2020 betraf in den Universitätsklinika auch die ambulante Versorgung (u.a. in den Hochschulambulanzen). Anders als in anderen Krankenhäusern nimmt die ambulante Versorgung in den Universitätsklinika eine sehr viel größere Rolle ein; an einigen Standorten kommen 20 bis 30 Prozent der Einnahmen aus der ambulanten Krankenversorgung. Durch die Pandemie verzeichnen die Universitätsklinika hier rückläufige Einnahmen in einem relevanten Umfang. Die Ausgleichsregelungen für die vertragsärztliche Versorgung gelten für die Hochschulambulanzen und andere ambulante Versorgungsbereiche der Universitätsklinika allerdings nicht. Eine anteilige Berücksichtigung ambulanter Kosten in den Freihaltepauschalen ist für die Universitätsklinika unzureichend, da im Vergleich zu anderen Krankenhäusern der Kostenanteil für die ambulante Versorgung deutlich größer ist.

Im KHZG muss daher auch für den ambulanten Bereich ein Ausgleichsmechanismus für ausgebliebende ambulante Erlöse vorgesehen werden. Eine analoge Regelung zum stationären Bereich mit einem Vergleich zu den ambulanten Erlösen des Vorjahres ist dabei

zielführend. Die Differenz zwischen den ambulanten Erlösen des laufenden zu denen des Vorjahres ist dabei zu 90 Prozent auszugleichen. Diese Regelung sollte insbesondere die folgenden Bereiche umfassen:

- Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V
- Ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
- Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V
- Geriatrische Institutsambulanzen nach § 118a SGB V
- Sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB

Aufgrund des nicht abschätzbaren Infektionsgeschehens sowie des noch offenen Zeitpunktes der Impfverfügbarkeit ist noch nicht abschließend zu bewerten, ob eine Beschränkung dieser Vorgaben auf das Jahr 2020 ausreichend ist oder ob auch entsprechende Regelungen für das Jahr 2021 notwendig sein werden.

6. Ausgleich coronabedingter Mehrkosten (§ 5 Absätze 3 und 9 KHEntgG)

Für coronabedingte Mehrkosten, wie etwa für die erhöhten Aufwendungen im Bereich der persönlichen Schutzausrüstung, kann auf Ortsebene ein krankenhausindividueller Zuschlag vereinbart werden. Der vereinbarte Zuschlag gilt für alle voll- und teilstationären Patienten, die zwischen dem 01. Oktober 2020 und dem 31. Dezember 2021 im Krankenhaus aufgenommen werden. Die Selbstverwaltung auf Bundesebene erhält den Auftrag, bis zum 31. Dezember 2020 Näheres zu den einzubehandelnden Tatbeständen sowie zu deren Nachweisen zu vereinbaren.

Die DHM begrüßt, dass hierdurch eine Anschlussregelung für die auslaufenden Ausgleichszahlungen vorgegeben wird. Hiermit ist eine zielführende Regelung gegeben, um zukünftig die krankenhausindividuellen Mehrkosten im Zusammenhang mit der COVID-19 Behandlung abzufedern.

Mit diesem Zuschlag ist eine Lösung für den zukünftigen Zeitraum gegeben. Offen bleibt, ob mit den übrigen Regelungen die pandemiebedingten Belastungen der zurückliegenden Monate umfassend ausgeglichen werden. Dies wird sich erst im nächsten Jahr zeigen, wenn die notwendigen Vereinbarungen auf Ortsebene getroffen worden sind. Hierzu sollte parallel eine wissenschaftliche Begleitung erfolgen. Die Erkenntnisse sollten Grundlage sein, damit der Gesetzgeber bei Bedarf nochmals Nachbesserungen für Kliniken auf den Weg bringen kann.

7. Fixkostendegressionsabschlag (§ 4 Absatz 2a KHEntgG)

Im Entwurf werden Klarstellungen für die Anwendung des Fixkostendegressionsabschlags (FDA) getroffen. Hiernach ist für das Jahr 2020 der FDA ausgeschlossen. Die DHM begrüßt diese gesetzgeberische Klarstellung. Sie ist sachgerecht und kann zudem das Streitpotenzial auf Ortsebene reduzieren.

Ob die Nichtanwendung nur auf das Jahr 2020 zu begrenzen ist oder auch auf das kommende Jahr 2021 ausgeweitet werden sollte, ist aufgrund des nicht abschätzbarer Infektionsgeschehens sowie des noch offenen Zeitpunktes der Impfverfügbarkeit nochmals zu prüfen.

III. Weiterer Handlungsbedarf

Das Gesetzgebungsverfahren verfolgt das Ziel, die Weiterentwicklung einer qualitativ hochwertigen und modernen Patientenversorgung zu unterstützen. Damit das Ziel erreicht werden kann, bedarf es neben einer modernen, digitalen und guten investiven Ausstattung der Krankenhäuser auch innovativer Behandlungsformen. Hierzu zählen auch Neuentwicklungen im Bereich der Arzneimitteltherapie, die in erster Linie zunächst in der Universitätsmedizin eingesetzt werden. Insbesondere die Gen- und Zelltherapie eröffnet gerade schwerkranken Patienten neue Behandlungsoptionen, die in der Form bislang nicht bestanden. Die Kosten für diese Verfahren liegen oftmals im sechsstelligen (z. B. bei der CAR-T-Zelltherapie bei insgesamt rund 300.000 Euro) oder sogar siebenstelligen Bereich (z. B. die Präparate Zolgensma oder Zytoglo). In den kommenden Jahren ist mit vielen weiteren Marktzulassungen für neue hochpreisige Arzneimittel zu rechnen. Die Universitätsklinika mit ihrer besonderen Rolle bei der Einführung von innovativen Therapien stehen angesichts dieser neuen Dimension bei den Arzneimittelkosten vor großen Herausforderungen, die nur zu bewältigen sind, wenn die finanziellen Rahmenbedingungen stabil sind und finanzielle Risiken rechtzeitig ausgeräumt werden.

Beseitigung der „NUB-Lücke“

Ein großes Problem bei der Einführung von Innovationen in die stationäre Krankenversorgung ist die sogenannte „NUB-Lücke“. Innovative Therapieangebote stehen ab der Marktzulassung des Arzneimittels für die Patientenversorgung zur Verfügung. Patienten können unmittelbar von Ihnen profitieren. Allerdings ist eine verlässliche Erstattung der Kosten für Krankenhäuser zum Zeitpunkt der Marktzulassung noch nicht gegeben. Zwischen Marktzulassung und der Vereinbarung eines Entgelts für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) gemäß § 6 Abs. 2 KHEntgG vergehen bis zu zwei Jahre.

Dies hängt mit den Fristen des NUB-Verfahrens, der einmal pro Jahr bestehenden Antragsoption, der zeitverzögerten Festlegung des Erstattungsbetrags nach AMNOG und der fehlenden gesetzlichen Möglichkeit zu einer rückwirkenden Abrechnung von NUB-Entgelten zusammen. Derzeit begegnen Krankenhäuser der „NUB-Lücke“ in der Regel mit Anträgen auf Kostenübernahme im Einzelfall, über die dann die Krankenkassen entscheiden müssen. Dieses Verfahren ist sehr bürokratisch und zeitaufwendig. Es sichert den Krankenhäusern oftmals keine sachgerechte Kostenerstattung, so dass während der „NUB-Lücke“ Innovationen in der Patientenversorgung oftmals nur in sehr begrenztem Umfang eingesetzt werden können. Insbesondere ein hoher Mehraufwand bei der Patientenbehandlung, der neben den hohen Arzneimittelkosten im Vergleich zur Standardversorgung entsteht, wird von den Krankenkassen in der Regel nicht anerkannt.

Um eine zeitnahe, teils lebenswichtige Patientenversorgung nicht zu gefährden, müssen Krankenhäuser oftmals eine Kostenunterdeckung in Kauf nehmen und gegebenenfalls in Vorleistung gehen. Angesichts der enormen Kosten der neuen Zell- und Gentherapien ist dies für diese Behandlungen jedoch nicht möglich, da hierdurch Kostenunterdeckungen in

Größenordnungen entstehen, die selbst ein Universitätsklinikum nicht mehr tragen kann. Die DHM sieht daher dringenden Anpassungsbedarf bei der „NUB-Regelung“ nach § 6 Abs. 2 KHEntgG. Dabei gilt es, mit folgenden Reformmaßnahmen die „NUB-Lücke“ möglichst zu schließen:

- Die Krankenhäuser erhalten beim NUB-Verfahren ein ganzjähriges Antragsrecht.
- Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) entscheidet quartalsweise über die Anträge.
- Die Kostenträger sind verpflichtet, bei Anerkennung eines Verfahrens als NUB binnen einer gesetzlich vorgegebenen Frist (z. B. zwei Monate) mit dem Krankenhaus ein NUB-Entgelt zu vereinbaren.
- Eine noch nicht vorliegende Bewertung der Evidenz durch den Medizinischen Dienst darf die Vereinbarung des NUB-Entgelts nicht behindern.
- Das NUB-Entgelt gilt rückwirkend ab dem Zeitpunkt, zu dem das InEK das Verfahren als NUB anerkannt hat.