



Spitzenverband

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)203(17.1)
gel. VB zur öAnh am 14.09.2020 -
KHZG
10.09.2020

Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 10.09.2020

**zum Entwurf
eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser
(Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG)
Drucksache 19/22126**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv–spitzenverband.de
www.gkv–spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	4
1. Förderung der Digitalisierung von Krankenhäusern	4
Bildung von Förderschwerpunkten und Konkretisierung der Zugangskriterien	5
Bundesweite bzw. länderübergreifende Maßnahmen	6
GKV-Beteiligung am Auswahlprozess sicherstellen	7
Modernisierung der Notaufnahmen unter Beachtung des G-BA-Stufensystems	7
Verstetigung des Digitalisierungsprozesses	7
2. Rahmenbedingungen für den anteiligen Ausgleich COVID-19-bedingter Erlösrückgänge ..	9
Transparenz über Zahlungen im Rahmen der COVID-19-Entlastungsmaßnahmen	9
Ausgleich eines aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandenen Erlösrückgangs (Corona-Ausgleich)	9
Mehrkosten aufgrund von Coronavirus-Behandlungen	10
Fixkostendegressionsabschlag	11
II. Stellungnahme zum Gesetz	12
Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes).....	12
§ 1 Absatz 1 – Grundsatz	12
§ 12 Absatz 2 Satz 6 – Zuteilung von Fördermitteln	13
§ 12 Absatz 2 Satz 7 (neu) – Zuteilung von Fördermitteln	14
§ 12a – Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen	15
§ 14a (neu) – Krankenhauszukunftsfonds	16
§ 14b (neu) – Evaluierung des digitalen Reifegrades der Krankenhäuser	22
§ 21 Absatz 9 – Transparenz über Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser aufgrund von Sonderbelastungen durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2	23
§ 21 Absatz 10 – Vereinbarung zum Ausgleich eines aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandenen Erlösrückgangs	25
§ 21 Absatz 11 – Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser aufgrund von Sonderbelastungen durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2.....	28
§ 24 Absatz 2 Satz 6 – Überprüfung der Auswirkungen	29
Artikel 2 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung).....	30
§ 5 Absatz 2 – Nachverteilung	30
§ 8 Absatz 4 – Übermittlung der Unterlagen	31
§ 11 Absatz 1 Nummer 4 – Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung informationstechnischer oder kommunikationstechnischer Anlagen	32
§ 11 Absatz 1 Nummer 5 – Förderungsfähige Vorhaben	33
§ 12 Absatz 1 – Förderungsfähige Kosten.....	34
§ 13 – Verwaltungsaufgaben des Bundesversicherungsamts	35

§ 14 – Antragstellung	36
§ 14 Absatz 2 Nummer 9 – Antragsunterlagen	37
§ 15 – Auszahlungsbescheide des Bundesversicherungsamts	38
§§ 16–18 – Rückforderung, Verzinsung und Bewirtschaftung von Fördermitteln; Auswertung der Wirkungen der Förderung; Beteiligung der privaten Krankenversicherung.....	39
§ 19 (neu) – Förderungsfähige Vorhaben	40
§ 20 (neu) – Förderungsfähige Kosten	46
§ 21 (neu) – Verwaltungsaufgaben des Bundesamtes für Soziale Sicherung	47
§ 22 (neu) – Antragstellung	48
§ 23 (neu) – Auszahlungsbescheide des Bundesamtes für Soziale Sicherung	49
§ 24 (neu) – Rückforderung, Verzinsung und Bewirtschaftung von Fördermitteln.....	50
§ 25 (neu) – Nachweis über die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel	51
Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	52
§ 45 SGB V – Krankengeld bei Erkrankung des Kindes.....	52
§ 136a Absatz 2 Satz 9 – Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung	53
§ 271 Absatz 2 – Gesundheitsfonds; Finanzierung der Fördermittel.....	54
Artikel 4 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	55
§ 45 SGB V – Krankengeld bei Erkrankung des Kindes.....	55
Artikel 5 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	56
§ 150 – Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige	56
Artikel 6 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes).....	57
§ 4 Absatz 2a – Fixkostendegressionsabschlag	57
§ 5 Absatz 3h (neu) – Abschlag für nicht bereitgestellte digitale Dienste	60
§ 5 Absatz 3i (neu) – Mehrkosten aufgrund von Coronavirus-Behandlungen.....	62
§ 5 Absatz 4 Satz 3 – Anhebung der Kappungsgrenze	64
§ 9 Absatz 1a – Mehrkosten aufgrund von Coronavirus-Behandlungen.....	65
Artikel 7 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)	66
§ 5 Abs. 6 BPFIV (neu) – Abschlag für nicht bereitgestellte digitale Dienste	66
Artikel 13 – Inkrafttreten.....	67
III. Ergänzender Änderungsbedarf.....	68
§ 147 Absatz 3, 4, 5 und 6 SGB XI – Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18.....	68

I. Vorbemerkung

1. Förderung der Digitalisierung von Krankenhäusern

Bereits im Rahmen der letzten Weiterentwicklung des Krankenhausstrukturfonds hat der GKV-Spitzenverband betont, dass dieser Strukturfonds ein Instrument mit Potenzial und ein sinnvoller Ansatz ist, den notwendigen Strukturwandel im stationären Bereich zu erwirken. Ebenso wird der hier angedachte Krankenhauszukunftsfonds als ein sinnvolles Instrument zur Weiterentwicklung der digitalen Strukturen im Krankenhausbereich gesehen. Die Digitalisierung der deutschen Krankenhäuser ist im internationalen Vergleich nicht ausreichend weit fortgeschritten. Ein Digitalisierungsschub ist daher überfällig. Die Mittel des Krankenhauszukunftsfonds sollten zielgerichtet für Digitalisierungsvorhaben eingesetzt werden – eine flächendeckende Förderung des Umbaus von Dreibettzimmern in Zweibettzimmer sollte hingegen keinesfalls Teil dieses Zukunftsfonds werden. Andernfalls bliebe kein Geld mehr für die notwendige Digitalisierung.

Die Förderung der Maßnahmen darf auch nicht unabhängig von der Strukturdebatte erfolgen, die in vielen Bundesländern von Seiten der GKV eng begleitet wird. Einer Verstetigung der bestehenden, teils ineffizienten Strukturen darf nicht Vorschub geleistet werden. Es muss ausgeschlossen werden, dass nun mit dem Zukunftsfonds in Strukturen investiert wird, die nicht bedarfsnotwendig sind. Fördermittel dürfen nur zweckentsprechend verwendet werden unter Beachtung der Grundsätze von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit. Ebenso darf es keine Doppelfinanzierung von Maßnahmen geben, die beispielsweise bereits über den „Telematikzuschlag“ oder über „pflegeentlastende Maßnahmen im Pflegebudget“ finanziert werden. Die GKV ist auch deswegen direkt in den Auswahlprozess mit einzubeziehen (vgl. Kommentierung zu § 14a KHG).

Die Konstruktion des Krankenhausstrukturfonds hat aber auch erhebliche Schwächen offenbart, die es nun für den Krankenhauszukunftsfonds zu vermeiden gilt. In vielen Fällen waren die Strukturfondsgelder nichts anderes als ein Ersatz für fehlende Investitionsmittel der Länder. Um im Rahmen des Strukturfonds dem versorgungspolitischen Ziel der Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft näher zu kommen, bedarf es einer bundeseinheitlichen Priorisierung der Maßnahmen.

Daher sollte auch für den Krankenhauszukunftsfonds insbesondere das Folgende gelten.

Bildung von Förderschwerpunkten und Konkretisierung der Zugangskriterien

Der Nachholbedarf an Investitionen in die digitale Infrastruktur in deutschen Krankenhäusern ist unbestritten, der erwartbare Nutzen im Hinblick auf die Verbesserung der Versorgungsprozesse und –qualität groß. Deshalb ist ein dezidiert digitales Förderprogramm sinnvoll und wird begrüßt.

▪ Digitalisierung im Krankenhaus

Wie groß der erzielbare Nutzen aber tatsächlich ist, hängt jedoch nicht zuletzt von einer übergreifenden Strategie zur Verzahnung notwendiger Modernisierungs- und Digitalisierungsvorhaben in den verschiedenen Bereichen und dem daraus resultierenden spezifischen digitalen Reifegrad eines Krankenhauses ab. Aus diesem Grunde erscheint es problematisch, die vorgesehenen förderfähigen Vorhaben gleichberechtigt nebeneinander zu stellen, ohne dass eine Gewichtung der Maßnahmen erfolgt und zusätzliche, von den Krankenhäusern darzulegende Rahmenbedingungen als Zugangskriterien definiert werden.

Aufgrund des Anschubcharakters der Finanzierung ist es darüber hinaus wenig wahrscheinlich, dass sich die notwendige Basisinfrastruktur allein durch die Etablierung von spezifischeren digitalen Services, wie z. B. ein digitales Medikationsmanagement, bilden wird. Durch die Anschubfinanzierung implementierte Strukturen dürfen nicht zu Insellösungen mit geringem Mehrwert werden. Deshalb ist sicherzustellen, dass im Rahmen der Antragstellung entweder bereits weiterentwicklungsfähige Strukturen nachgewiesen werden oder ein nachvollziehbarer Plan zur Errichtung vorgelegt wird (vgl. Kommentierung zu § 22 KHSFV).

Mit Blick auf die im Gesetzentwurf definierten Vorhaben ist ein gleichwertiges Nebeneinander der Fördervorhaben nicht zielführend. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist ein gestuftes Vorgehensmodell, das eine entsprechende Gewichtung der einzelnen Fördervorhaben impliziert, erfolgversprechend.

Im ersten Schritt müssen bei der Digitalisierung der Krankenhäuser zentrale Elemente der Basisinfrastruktur, wie eine durchgehende elektronische Dokumentation von Pflege- und Behandlungsleistungen, etabliert werden, die – und das geht über die Formulierung im Gesetzentwurf hinaus – an die administrativen Systeme der Krankenhäuser angebunden sind. Nur so lassen sich beispielsweise die Nachweisverpflichtungen, die sich aus den Personalvorgaben und der gesetzlichen Qualitätssicherung ergeben, sinnvoll und unbürokratisch erfüllen (vgl. Kommentierung zu § 19 Absatz 1 Nummer 3 KHSFV). Gleichzeitig muss die grundlegende IT- und Cybersicherheit bereits in dieser Stufe vollumfänglich gewährleistet sein. Sollte diese Bedingung nicht erfüllt werden, muss das zu fördernde Vorhaben mindestens explizit den Aufbau entsprechender Strukturen

umfassen (vgl. Kommentierung zu § 19 Absatz 1 Nummer 10) und darf nicht nur auf den bisherigen Pflichtanteil von 15 % der bewilligten Summe reduziert werden.

Eine nächste Stufe bilden die Systeme zur Unterstützung des Aufnahme- und Entlassmanagements ebenso wie solche zur digitalen Leistungsanforderung, Entscheidungsunterstützung oder zur Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit. Hier geht es neben der Optimierung von Prozessen wesentlich um die Erhöhung der Patientensicherheit und damit der Versorgungsqualität. Der Nutzen dieser Anwendungen zahlt sich aber nur dann aus, wenn sie auf einer soliden Basisinfrastruktur umgesetzt werden.

- **Transparenz über das Leistungsgeschehen**

Eine eigene Kategorie sollten Vorhaben bilden, die auf die Verbesserung der Zusammenarbeit von Krankenhäusern im Hinblick auf die Abstimmung von Leistungsangeboten sowie die Darstellung von Versorgungskapazitäten abzielen. Diese tragen maßgeblich zur Bildung von bedarfsgerechten regionalen Versorgungsstrukturen bei. Gleichzeitig schaffen sie Transparenz über das Leistungsgeschehen, der es sowohl zur Planung in „Normalzeiten“ als auch zur Krisenbewältigung in Pandemiezeiten bedarf. Daraus ergibt sich ein im Vergleich zu den krankenhausindividuellen Projekten höheres „Fördergewicht“, das sich zusätzlich mit der steuerbasierten Finanzierung der Investitionen begründen lässt (vgl. Kommentierung zu § 19 Absatz 1 Nummern 7 bis 9 KHSFV).

- **IT- und Cybersicherheit**

Das Thema ist (vertrauensbildende) Grundlage der Digitalisierung des Gesundheitssystems und eine Verpflichtung zur Investition in diesen Bereich und daher grundsätzlich zu begrüßen. Ein Zwang zur Investition von mindestens 15 % der für die Förderung eines Vorhabens beantragten Mittel erscheint jedoch nicht zielführend, da auf diese Weise die jeweilig erforderlichen Verbesserungen nur sehr ungenau gesteuert werden können. Es steht zu befürchten, dass bei einer bereits ausgereiften IT-Sicherheit Mittel unnötig allokiert bzw. bei schwach ausgeprägter IT-Sicherheit Mittel in nicht ausreichendem Maße investiert werden. In jedem Fall fördert das derzeit vorgesehene Vorgehen von der digitalen Gesamtstrategie abgekoppelte Nebenprojekte, statt die IT-, Daten- und Cybersicherheit konsequent ins Zentrum zu rücken (vgl. Kommentierung zu § 14a Absatz 3 Satz 5 KHG).

Bundesweite bzw. länderübergreifende Maßnahmen

Eine der wesentlichen Digitalisierungsmaßnahmen während der letzten Monate ist die bundesweite Erfassung der Intensivkapazitäten über das DIVI Intensivregister. Eine Ausweitung dieses Registers auf weitere Bereiche der vorhandenen Krankenhauskapazitäten ist aus Sicht des GKV-

Spitzenverbandes äußerst sinnvoll. Dadurch wäre mehr Flexibilität im Versorgungsalltag möglich. Patientinnen und Patienten könnten effizienter behandelt, unnötige Wege- oder Wartezeiten vermieden werden. Darüber hinaus würde auch eine bessere grundlegende perspektivische Planung von Kapazitäten möglich. Etwaige länderübergreifende Digitalisierungsmaßnahmen in der hier vorgestellten Konstruktionsweise sind zwar grundsätzlich über den Krankenhauszukunftsfonds förderfähig. Es ist jedoch zu bezweifeln, dass dies alleine ausreicht, notwendige bundesweite Initiativen zu initiieren. Ein Teil der Mittel des Zukunftsfonds sollte analog zum Strukturfonds ausschließlich für bundesweite Maßnahmen vorgesehen werden (vgl. Kommentierung zu § 14a KHG).

GKV-Beteiligung am Auswahlprozess sicherstellen

Die zweckwidrige Querfinanzierung von Investitionen der Krankenhäuser aus GKV-Mitteln wird im Gesetzentwurf richtig thematisiert. Deswegen sind es durchaus auch Mittel der GKV, die nun zur Kofinanzierung der Maßnahmen verwendet werden dürften. Zudem ist es nicht unwahrscheinlich, dass nach der hier dargestellten Initialfinanzierung die Betriebskosten dauerhaft über GKV-Mittel finanziert werden müssen. Damit ist die GKV sehr wohl an den Kosten beteiligt und an dem Vergabeprozess zwingend zu beteiligen. Diese Beteiligung sollte in Analogie zum Krankenhausstrukturfonds erfolgen.

Modernisierung der Notaufnahmen unter Beachtung des G-BA-Stufensystems

Eine Verbesserung der technischen und informationstechnischen Ausstattung ist vielerorts dringend erforderlich, um die Notaufnahmen der Krankenhäuser auf den Stand der Technik zu bringen. Eine flächendeckend qualitativ hochwertige Versorgung von Notfällen ist das erklärte Ziel bundeseinheitlicher Regelungen, insbesondere der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern. Die Förderung kann nur dann der Umsetzung dieses Ziels gerecht werden, wenn sie in Einklang mit diesen Regelungen erfolgt. Mittel für die Anpassung an den Stand der Technik dürfen daher gezielt nur an die zentralen Notaufnahmen von denjenigen Krankenhäusern vergeben werden, die die Mindestanforderungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V erfüllen (vgl. Kommentierung zu § 14a KHG).

Verstetigung des Digitalisierungsprozesses

Die Intention, mit den Mitteln des Krankenhauszukunftsfonds einen Modernisierungsschub anzustoßen, der über den Förderzeitraum hinaus fortwirkt, wird ausdrücklich unterstützt. Inwieweit dies durch die Einführung von Rechnungsabschlägen in Abhängigkeit des Nutzungsgrades erreicht werden kann, bleibt abzuwarten.

Eine wesentliche Voraussetzung für die Entwicklung eines Kriterienkataloges zur Bemessung der Abschläge ist die Gewichtung von digitalen Vorhaben und die Bewertung ihres Umsetzungsgrades. Für den jeweiligen digitalen Reifegrad der Krankenhäuser – wie er auch im Rahmen der Evaluation erhoben werden soll – ist sicherzustellen, dass seine Ermittlung auf Basis einheitlicher Instrumente und Definitionen erfolgt, um konsistente Ergebnisse zu erhalten.

Ab 2025 sollten alle Krankenhäuser über digitale Anwendungen verfügen, die einen durchgehenden Versorgungsprozess gewährleisten und damit zumindest mittelbar einen positiven Einfluss auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten haben. Hierzu zählen insbesondere die bereits im Gesetz festgeschriebene Anbindung an die Telematikinfrastruktur und die durchgehende Interoperabilität der verschiedenen Kommunikations- und Datenebenen.

Gleichfalls gehört die flächendeckende Erstellung und Verwendung elektronischer Pflege- und Behandlungsdaten zu den maßgeblichen Faktoren. Hier muss im Sinne der Patientinnen und Patienten und der Mitarbeitenden in den Häusern vermieden werden, dass parallel zu den digitalen Prozessen zusätzlich analoge Prozesse betrieben werden oder es innerhalb der Klinik zu Labor, Apotheke oder Radiologie bzw. beim Datenaustausch mit externen Akteuren zu Medienbrüchen kommt. Auch die für die Digitalisierung grundlegenden Infrastrukturmaßnahmen der IT- und Cybersicherheit sowie eine ausreichende Ausstattung aller Stationen mit der erforderlichen Hard- und Software sind ohne Ausnahme zu gewährleisten. Bei alledem ist auf die Möglichkeit zur sektorübergreifenden Zusammenarbeit, auf die Nutzerfreundlichkeit der zur Verfügung gestellten Mittel sowie deren Wirtschaftlichkeit zu achten. Sind diese Anforderungen realisiert, können in einer nächsten Stufe weitere Dienste zur elektronischen Entscheidungsunterstützung, der digitalen Arzneimittelverordnung und ggf. robotikbasierte Systeme der Medikation etc. umgesetzt werden.

Die Mindestanforderungen an den digitalen Reifegrad eines Krankenhauses – wie oben beschrieben – sollten von den Vereinbarungspartnern auf Bundesebene für die Ausgestaltung des Kriterienkataloges im Rahmen der Abschlagsregelung verpflichtend herangezogen werden.

2. Rahmenbedingungen für den anteiligen Ausgleich COVID-19-bedingter Erlösrückgänge

Transparenz über Zahlungen im Rahmen der COVID-19-Entlastungsmaßnahmen

Mit den gesetzlichen Anpassungen des Gesetzentwurfs zum KHZG wird nun eine eingeschränkte Transparenz über die vom Bund gezahlten Freihaltepauschalen gewährleistet. Diese Transparenz wird ausdrücklich vom GKV-Spitzenverband begrüßt, war es doch eine wesentliche Forderung der GKV-Seite im Corona-Expertenbeirat. Sie ist zudem notwendige Voraussetzung für eine angemessene Bewertung der Erlöse in 2020. Es ist aber nicht nachvollziehbar, dass die vom Bund gezahlten Freihaltepauschalen nicht vollständig und unabhängig von der Inanspruchnahme des Corona-Ausgleiches offengelegt werden. Die Transparenz schließt leider auch nicht die GKV-Mittel ein, die an die Krankenhäuser für zusätzliche Intensivkapazitäten geflossen sind. Die Versicherungsgemeinschaft hat einen unabweisbaren Anspruch darauf, die Verwendung ihrer eigenen Gelder nachvollziehen und kritisch prüfen zu können. Dies gilt umso mehr angesichts der signifikanten Höhe von ca. 600 Mio. Euro und der berechtigten medialen Aufmerksamkeit. Es stellt sich die Frage, warum der Gesetzgeber diesen Weg wählt und insbesondere die Verwendung von Beitragsmitteln nicht transparent macht.

Ausgleich eines aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandenen Erlösrückgangs (Corona-Ausgleich)

Ein wesentlicher Regelungsinhalt des Gesetzentwurfs ist der Corona-Ausgleich für Erlösausfälle der Krankenhäuser für das Pandemiejahr 2020. Dieser Ausgleich bezieht die vom Bund bis Ende September 2020 gezahlten Leerstandspauschalen mit in einen Erlösvergleich ein. Zum Ausgleich coronabedingter Erlösausfälle ermittelt das einzelne Krankenhaus die Erlöse des Jahres 2020 und stellt diese den Erlösen des Jahres 2019 gegenüber. Im Fall eines Erlösrückgangs kann das Krankenhaus mit den Kostenträgern vor Ort und im Rahmen der vom GKV-Spitzenverband, dem Verband der privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft bundeseinheitlich festgelegten Vorgaben einen Erlösausgleich vereinbaren.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes besteht weiterhin die Notwendigkeit, den Herausforderungen der Coronakrise zu begegnen. Bereits im Rahmen des Corona-Beirates hat der GKV-Spitzenverband die Abstimmungen zu einer entsprechenden Ausgleichsregelung in den vergangenen Wochen konstruktiv begleitet.

Vor diesem Hintergrund ist die hier formulierte Grundidee nachvollziehbar. Es erfolgt richtigerweise eine Ganzjahresbetrachtung und nicht beispielsweise eine nach Quartalen differenzierte Be-

trachtung der Erlöse 2020. Konsequenterweise werden weitere Erlösausgleiche in 2020 ausgeschlossen. Hervorzuheben ist, dass dieser Ausgleich nur für den Erlösrückgang erfolgen kann, der bei Krankenhäusern im Jahr 2020 aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstanden ist und der nicht anderweitig finanziert wird.

Dennoch sollte der Gesetzestext bzw. die Begründung aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes an einigen Stellen nachgeschärft werden. So sollte zur Gleichbehandlung aller Krankenhäuser die Erlösermittlung auf Grundlage der Ist-Erlöse 2019 einheitlich verbindlich vorgegeben werden. Ebenso ist eine klare Regelung erforderlich zum Umgang mit den in den Erlösen enthaltenen variablen Sachkosten, die nur bei erbrachten Leistungen entstehen. Keinesfalls darf ein Ausgleich für die aufgrund von Minderleistungen nicht angefallenen variablen Sachkosten erfolgen. Zudem muss sichergestellt werden, dass bei Mischkrankenhäusern (Somatik und Psychiatrie/Psychosomatik-Bereich) beispielsweise Überzahlungen im Psychiatrie/Psychosomatik-Bereich in der Somatik im Rahmen des Corona-Ausgleichs berücksichtigt werden. Bei der Vereinbarung des Ausgleichssatzes ist dafür Sorge zu tragen, dass ein ausreichender Versorgungsanreiz gesetzt wird, so wie es auch im Abschlussbericht des Corona-Beirats gefordert wird. Krankenhäuser müssen auch einen finanziellen Anreiz haben in die Normalität zurückzukehren.

Mehrkosten aufgrund von Coronavirus-Behandlungen

Im Rahmen der bislang geltenden Corona-Maßnahmen im Krankenhausbereich finanzieren die Kostenträger bereits pauschal Preis- und Mengensteigerungen insbesondere bei persönlichen Schutzausrüstungen über einen Zuschlag je Krankenhausfall. Die nun mit dem KHZG angedachte Regelung soll diesen Ende September 2020 auslaufenden einheitlichen Zuschlag ersetzen und nun zielgenau, krankenhausespezifisch eine Finanzierung der Mehrkosten ermöglichen. Bisher ist diese allerdings zu weit gefasst und bedarf daher einer Präzisierung durch Abstellen auf die Versorgung lediglich von Corona-Patienten und auf „Preis- und Mengensteigerungen infolge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2, insbesondere bei persönlichen Schutzausrüstungen“. In der nun vorgelegten sehr offenen Formulierung der für den Zuschlag anzusetzenden Mehrkosten, die der GKV-Spitzenverband ablehnt, besteht die große Gefahr, dass sachfremde Tatbestände, wie bspw. freigehaltene Bettenkapazitäten über diesen Zuschlag mit zu finanzieren sind. Diese weite Öffnung des Zuschlages muss unterbunden werden, da ansonsten hohe finanzielle Mehrkosten für die Versichertengemeinschaft zu befürchten sind. Darüber hinaus sollte der Zuschlag bei einem vorzeitigen Ende der „epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ nur bis zu diesem Zeitpunkt gelten.

Fixkostendegressionsabschlag

Der Fixkostendegressionsabschlag wurde mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz bereits für das Jahr 2020 ausgesetzt. Abgelehnt wird die vollständige Aussetzung der Abschläge der Jahre 2018 und 2019 in 2020. Zudem ist nicht nachvollziehbar, warum die Ausnahmeregelung nun auch für den Fixkostendegressionsabschlag 2021 relevant wird.

II. Stellungnahme zum Gesetz

Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 1

§ 1 Absatz 1 – Grundsatz

A) Beabsichtigte Neuregelung

In der Zweckbestimmung des KHG soll die Qualifikation der Krankenhäuser erweitert werden um das Merkmal „digital ausgestattet“ neben „leistungsfähig“ sowie „qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftend“.

B) Stellungnahme

Im stationären Bereich versprechen Digitalisierung und Innovation eine Verbesserung der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser ebenso wie eine Verbesserung der Versorgung der Patientinnen und Patienten. Beide Zielbestimmungen sind bereits in § 1 Absatz 1 normiert. Digitale Ausstattung stellt ein Mittel zur Erreichung beider Ziele dar, eine gesonderte Nennung ist daher nicht erforderlich.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2a)

§ 12 Absatz 2 Satz 6 – Zuteilung von Fördermitteln

A) Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Anpassung des Wortlauts an die geänderte Bezeichnung des Bundesamtes für Soziale Sicherung.

B) Stellungnahme

Keine.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2b

§ 12 Absatz 2 Satz 7 (neu) – Zuteilung von Fördermitteln

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die nach Abschluss aller Nachverteilungsverfahren verbleibenden Fördermittel des Krankenhausstrukturfonds I sollen der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt werden.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt, da sie eine potenzielle Rechtsunsicherheit über das weitere Verfahren mit diesen Mitteln pragmatisch und angesichts der niedrigen zu erwartenden Höhe angemessen löst.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 3

§ 12a – Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Krankenhausstrukturfonds II soll um zwei Jahre bis Ende 2024 verlängert und das gesetzlich vorgesehene Jährlichkeitsprinzip aufgehoben werden. Dies ist nicht mit einer Erhöhung der Fördermittel verbunden.

Des Weiteren erfolgt eine Anpassung des Wortlauts an die geänderte Bezeichnung des Bundesamtes für Soziale Sicherung.

B) Stellungnahme

Die Regelung zur Verlängerung und Flexibilisierung des Strukturfonds II ist sachgerecht, um die durch die COVID-19-Pandemie bedingten Verzögerungen des ursprünglich vorgesehenen Zeitrahmens angemessen zu adressieren.

Um Doppelförderungen über den Krankenhausstruktur- und den Krankenhauszukunftsfonds zu vermeiden, ist es notwendig, die Förderziele beider Fonds überschneidungsfrei zu definieren. Eindeutige Doppelungen gibt es bei den telemedizinischen Netzwerkstrukturen. Diese werden sowohl nach § 12a Abs. 1 Satz 4 Nummer 2 KHG wie auch nach § 14a Abs. 2 Satz 1 Nummer 2 KHG in Verbindung mit § 19 Abs. 1 Nummer 9 KHSFV (neu) gefördert. Hier ist eine genauere definitorische Abgrenzung erforderlich.

C) Änderungsvorschlag

Für die Förderung telemedizinischer Netzwerkstrukturen ist eine eindeutige Zuordnung zu einem der beiden Fonds zu gewährleisten..

Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 4

§ 14a (neu) – Krankenhauszukunftsfonds

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift regelt die Bildung eines Krankenhauszukunftsfonds, mit dem das Zukunftsprogramm Krankenhäuser nach Ziffer 51 des Beschlusses des Koalitionsausschusses vom 03.06.2020 umgesetzt werden soll. Da das Zukunftsprogramm durch eine Erweiterung des Krankenhausstrukturfonds umgesetzt werden soll, orientieren sich die Regelungen an den bestehenden Regelungen zum Strukturfonds.

Beim Bundesamt für Soziale Sicherung wird ein Krankenhauszukunftsfonds in Höhe von insgesamt 3 Mrd. Euro errichtet. Anders als beim Krankenhausstrukturfonds werden die Mittel des Krankenhauszukunftsfonds nicht aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, sondern aus Bundesmitteln aufgebracht. **Hierfür werden die gesamten Bundesmittel in Höhe von 3 Mrd. Euro der Liquiditätsreserve bis zum ersten Bankarbeitstag im Jahr 2021 zur Verfügung gestellt. Vom BAS bereits im Jahr 2020 auszahlende Fördermittel sind vom Gesundheitsfonds vorzufinanzieren.** Das Bundesamt für Soziale Sicherung verwaltet den Zukunftsfonds, prüft die Anträge und weist die Mittel zu. Seine Aufwendungen werden aus dem Zukunftsfonds gedeckt.

Durch eine Kofinanzierung in Höhe von mindestens 30 % ergibt sich ein Fördergesamtvolumen von ca. 4,3 Mrd. Euro. Die Kofinanzierung kann von den Ländern, den Krankenhasträgern alleine oder beiden gemeinsam erbracht werden, ein Mindestbeitrag aus Landesmitteln ist insofern nicht vorgesehen. Wie beim Strukturfonds soll ausgeschlossen werden, dass die Länder die Mittel des Zukunftsfonds zum Anlass nehmen, die Höhe ihrer eigenen Mittel für die Investitionsförderung im Krankenhausbereich zu reduzieren. Aus diesem Grund sind sie auch im Rahmen dieses Fonds verpflichtet, das durchschnittliche Niveau ihrer Fördermittel im Referenzzeitraum für die Dauer der Laufzeit des Fonds beizubehalten.

Die Förderzwecke des Krankenhauszukunftsfonds umfassen notwendige Investitionen in

- die Anpassung der technischen und insbesondere informationstechnischen Ausstattung der Notaufnahmen an den jeweiligen Stand der Technik,
- 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,

- die Informationssicherheit,
- die gezielte Entwicklung und die Stärkung wettbewerbsrechtlich zulässiger regionaler Versorgungsstrukturen, um die Versorgungsstrukturen sowohl im Normalbetrieb als auch in Krisenzeiten konzeptionell aufeinander abzustimmen.

Die Finanzmittel des Zukunftsfonds werden abzüglich der Verwaltungsaufwendungen des Bundesamtes für Soziale Sicherung grundsätzlich nach dem Königsteiner Schlüssel auf die einzelnen Länder verteilt. Es können auch länderübergreifende Vorhaben gefördert werden. Vorhaben von Hochschulkliniken oder mit deren Beteiligung können mit maximal 10 % der Fördermittel gefördert werden. Bis zum 31.12.2021 von den Ländern nicht abgerufene Mittel sowie etwaige Rückzahlungen werden Ende 2023 an den Bund zurückgeführt.

Förderanträge sind mit bundeseinheitlichen Formularen an die Länder zu stellen. Diese können das Nähere zur Ausgestaltung der Förderanträge regeln. Sie treffen die Entscheidung, welche Vorhaben gefördert werden sollen und für die ein Antrag beim Bundesamt für Soziale Sicherung gestellt werden soll. Dabei ist den Krankenkassen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Länder prüfen auch die zweckentsprechende Verwendung der Mittel. Es besteht kein Anspruch auf Förderung.

Mindestens 15 % der für die Förderung eines Vorhabens beantragten Mittel sind für Maßnahmen zur Verbesserung der IT-Sicherheit zu verwenden. Förderungsfähig sind auch die Aufwendungen für Zinsen, Tilgung und Verwaltungskosten eines Darlehens, das ein Krankenhausträger zur Finanzierung eines förderungsfähigen Vorhabens aufgenommen hat. Anders als beim Strukturfonds ist es nicht erforderlich, dass die Umsetzung der zu fördernden Vorhaben im Zeitpunkt des Inkrafttretens der gesetzlichen Regelungen noch nicht begonnen hat. Damit die Fördermittel den Krankenhäusern möglichst kurzfristig zur Verfügung stehen, können sie auch zur Förderung von Vorhaben gewährt werden, die nach dem Tag des Kabinettschlusses begonnen haben.

Das BMG wird ermächtigt, das Nähere zu Förderungsvoraussetzungen und deren Nachweis, Verfahren der Mittelvergabe, Nachweis der zweckentsprechenden Verwendung und Rückzahlungsbestimmungen sowie eine Beauftragung der Kreditanstalt für Wiederaufbau mit einem begleitenden Kreditprogramm durch Rechtsverordnung zu regeln.

B) Stellungnahme

Zu Absatz 1:

Die für den Krankenhauszukunftsfonds vorgesehenen Mittel sollen der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds vom Bund am ersten Bankarbeitstag des Jahres 2021 zur Verfügung gestellt werden. Da das Gesetz bereits im Jahr 2020 in Kraft treten soll, somit Anträge der Krankenhausträger bereits im laufenden Jahr gestellt, geprüft und bewilligt werden könnten, kann es grundsätzlich zu einer Vorfinanzierung der staatlichen Aufgabe der Investitionsförderung durch Mittel der GKV kommen. Dies ist im Grundsatz kritisch zu bewerten. Dass allerdings Fördermittel in einer relevanten Größenordnung bereits im Jahr 2020 ausgezahlt werden, es in der Folge zu einer für die Liquidität des Gesundheitsfonds problematischen Vorfinanzierung aus der Liquiditätsreserve kommt, wird als unwahrscheinlich bewertet.

Zu Absatz 2 Satz 1 Nummer 1:

Die Förderung einer modernen technischen und insbesondere informationstechnischen Ausstattung der Notaufnahmen von Krankenhäusern ist zu begrüßen. Dabei sollten die Mindestanforderungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V beachtet werden. Diese Mindestanforderungen umfassen u. a., dass es sich um eine Zentrale Notaufnahme (ZNA) handeln muss, in der der ganz überwiegende Teil der Notfallpatientinnen und -patienten aufgenommen wird, der Zugang zur Notaufnahme grundsätzlich barrierefrei ist und ein standardisiertes und validiertes Ersteinschätzungsinstrument zur Feststellung der Behandlungsdringlichkeit implementiert sein muss.

Zu Absatz 2 Satz 1 Nummer 2:

Digitalisierung darf weder Selbstzweck sein noch allein dem Eigeninteresse der Krankenhäuser dienen. Daher wird ausdrücklich begrüßt, dass die Förderung der krankenhäuserinternen, innersektoralen und sektorenübergreifenden Versorgung der Patienten in den Mittelpunkt der Förderzweckbestimmung gestellt wird.

Zu Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 in Verbindung mit Absatz 3 Satz 5:

Eine zuverlässige und potente IT-Sicherheit ist Grundlage der Digitalisierung des Gesundheitssystems und eine Verpflichtung zur Investition in diesen Bereich daher grundsätzlich zu begrüßen. Ein Zwang zur Investition von mindestens 15 % der für die Förderung eines Vorhabens beantragten Mittel erscheint jedoch nicht zielführend, da auf diese Weise die jeweilig

erforderlichen Verbesserungen der IT-Sicherheit nur sehr ungenau gesteuert werden können. Es steht zu befürchten, dass bei einer vorhandenen potenten IT-Sicherheit Mittel unnötig al-
lokiert bzw. bei schwach ausgeprägter IT-Sicherheit Mittel in nicht ausreichendem Maße in-
vestiert werden. In jedem Fall fördert das derzeitige Vorgehen von der digitalen Gesamtstra-
tegie abgekoppelte Nebenprojekte, statt die IT-, Daten- und Cybersicherheit konsequent ins
Zentrum zu rücken.

Zu Absatz 3 Satz 2:

Eine der wesentlichen Digitalisierungsmaßnahmen während der letzten Monate ist die bun-
desweite Erfassung der Intensivkapazitäten über das DIVI Intensivregister. Eine Ausweitung
dieses Registers auf weitere Bereiche der vorhandenen Krankenhauskapazitäten ist aus Sicht
des GKV-Spitzenverbandes äußerst sinnvoll. Ebenso muss zwingend vermieden werden, dass
einzelne Länder eigene Lösungen für gemeinsame Problemstellungen entwickeln. Stattdessen
sollten Sie an gemeinsamen Vorhaben arbeiten, um einheitliche Lösungen zu finden. Daher
wird die Feststellung der Förderfähigkeit länderübergreifender Digitalisierungsmaßnahmen
begrüßt. Es ist jedoch zu bezweifeln, dass dies alleine ausreicht, notwendige bundesweite
Initiativen zu initiieren. Zweckdienlicher erscheint eine dagegen die Verpflichtung, 10 % der
verfügbaren Fördermittel fest für solche Vorhaben vorzusehen, analog der Regelungen im
Strukturfonds.

Zu Absatz 4:

Es ist zu begrüßen, dass den Krankenkassen die Gelegenheit gegeben wird, ihre spezifische
Expertise bezüglich der Krankenhausstrukturen und -träger im Antragsverfahren einzubrin-
gen. Die Beschränkung auf eine Stellungnahme ist dabei jedoch nicht sachgerecht und ver-
kennt die Tragweite der im Gesetzentwurf grundsätzlich richtig thematisierten zweckwidrigen
Querfinanzierung von Investitionen der Krankenhäuser aus GKV-Mitteln. Denn es sind durch-
aus auch Mittel der GKV, die nun zur Kofinanzierung der Maßnahmen verwendet werden
dürften. Zudem ist anzunehmen, dass nach der hier dargestellten Initialfinanzierung die Be-
triebskosten dauerhaft über GKV-Mittel finanziert werden müssen. Damit ist die GKV sehr
wohl an den Kosten beteiligt und folglich am Vergabeprozess zwingend zu beteiligen. Diese
Beteiligung sollte in Analogie zum Krankenhausstrukturfonds erfolgen.

Die Förderung der Maßnahmen darf auch nicht unabhängig von der Strukturdebatte erfolgen,
die in vielen Bundesländern von Seiten der GKV eng begleitet wird. Es kann nicht sein, dass
nun mit dem Zukunftsfonds in Strukturen investiert wird, die nicht bedarfsnotwendig sind.

Eine Verstetigung der bestehenden, teils ineffizienten Strukturen darf nicht Vorschub geleistet werden. Die GKV ist auch deswegen direkt in den Auswahlprozess mit einzubeziehen.

Zu Absatz 5:

Voraussetzung für die Zuteilung von Fördermitteln ist nach Absatz 5 Nummer 2, dass eine Kofinanzierung von 30 Prozent der Fördersumme durch das antragstellende Land, den Krankenhausträger oder durch beide gemeinschaftlich erfolgt. Dass somit kein Mindestbeitrag der Länder vorgegeben wird, sich diese damit vollständig ihrer Finanzierungsverantwortung entziehen können, wird kritisch bewertet.

Zu Absatz 7:

Die Auflage eines begleitenden Kreditprogramms zum Zukunftsfonds durch die Kreditanstalt für Wiederaufbau wird vom GKV-Spitzenverband begrüßt. Eine Kreditfinanzierung der möglichen Eigenbeteiligung der Krankenhausträger im Rahmen der Kofinanzierung stellt gegenüber der zweckwidrigen Querfinanzierung aus größtenteils GKV-finanzierten Betriebsmitteln die eindeutig vorzugswürdige Variante dar. Dies gilt umso mehr in der derzeitigen Niedrigzinsphase und Angesichts der Tatsache, dass die Kreditzinsen selbst wiederum förderungsfähig sind.

C) Änderungsvorschlag

§ 14a Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 wird wie folgt geändert:

„1. die technische und insbesondere informationstechnische Ausstattung der Notaufnahmen, **die die Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136c Absatz 4 SGB V erfüllen,**“

Absatz 3 ist wie folgt zu fassen:

„Von dem in Absatz 1 Satz 1 genannten Betrag abzüglich der Aufwendungen nach **Absatz 6 Satz 3** und der dem Bundesministerium für Gesundheit für die Auswertung nach § 14b entstehenden Aufwendungen, kann jedes Land **bis zu 90 Prozent des Anteils** abrufen, der sich aus dem Königsteiner Schlüssel nach dem Stand vom 1. Oktober 2018 ergibt. Die einem Land nach Satz 1 zustehenden Fördermittel, die nicht durch die von einem Land bis zum 31. Dezember 2021 vollständig gestellten Anträge ausgeschöpft werden, werden mit Ablauf des

Jahres 2023 durch das Bundesamt für Soziale Sicherung an den Bund zurückgeführt. **Mit den verbleibenden 10 Prozent des Betrags nach Satz 1 sollten bundesweite Vorhaben gefördert werden, für die die Länder einen gemeinsamen Antrag stellen (bundesweite Vorhaben).** Fördermittel können auch für die Finanzierung der Zinsen, der Tilgung und der Verwaltungskosten von Darlehen gewährt werden, soweit diese zur Finanzierung förderungsfähiger Vorhaben aufgenommen worden sind. ~~Mindestens 15 Prozent der gewährten Fördermittel sind für Maßnahmen zur Verbesserung der Informationssicherheit zu verwenden.“~~

Absatz 4 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen treffen die Länder, bei bundesweiten Vorhaben die Länder gemeinsam, ~~treffen~~ die Entscheidung, für welche Vorhaben eine Förderung beim Bundesamt für Soziale Sicherung beantragt werden soll innerhalb von drei Monaten nach Eingang der Bedarfsanmeldung; ~~vor der Entscheidung ist den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.“~~

Redaktioneller Hinweis:

Der Bezug auf Absatz 5 Satz 4 in § 14a Absatz 3 Satz 1 KHG muss richtigerweise Absatz 6 Satz 3 lauten.

Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 4

§ 14b (neu) – Evaluierung des digitalen Reifegrades der Krankenhäuser

A) Beabsichtigte Neuregelung

Begleitend wird vom BMG eine Evaluierung der Digitalisierung aller Krankenhäuser und insbesondere der durch die Förderung aufgrund des Zukunftsfonds bewirkten Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten beauftragt. Diese soll im Sinne einer Longitudinalstudie flächendeckend den digitalen Reifegrad aller Krankenhäuser auf Basis einer Selbsteinschätzung erfassen. Durch die Aufnahme und Vergleich des Status quo ante und post kann auch eine Anreizwirkung für die übrigen Krankenhäuser zur Verbesserung ihres digitalen Reifegrads nachvollzogen werden.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Evaluierung des digitalen Reifegrades der Krankenhäuser sowie der Wirksamkeit der Förderung durch den Zukunftsfonds. Es sollte sichergestellt sein, dass durch begleitende Maßnahmen zur Plausibilisierung bzw. Einbindung externer Akteure die Selbsteinschätzung der Krankenhäuser aussagekräftig ist und in geeigneter Form veröffentlicht wird. Insofern sollte auch die bislang nur in der Begründung erwähnte Veröffentlichung der Forschungsergebnisse Eingang in den Wortlaut der Rechtsnorm finden.

Es fehlt ein Orientierungsmodell, anhand dessen der digitale Reifegrad der Krankenhäuser einheitlich gemessen werden kann, und damit ein entsprechendes Zielbild. Bei der Evaluierung des digitalen Reifegrads der Krankenhäuser könnte ein Modell wie das Electronic Medical Record Adoption Model (EMRAM) genutzt werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 14b wird um folgenden Satz 5 ergänzt:

„Die Ergebnisse der Evaluation werden veröffentlicht.“

Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 5a)

§ 21 Absatz 9 – Transparenz über Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser aufgrund von Sonderbelastungen durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Länder übermitteln dem GKV-Spitzenverband eine krankenhausbegleitende Aufstellung über die ausgezahlten Ausgleichszahlungen im Rahmen der COVID-19-Entlastungsmaßnahmen. Wenn ein Krankenhausträger eine Vereinbarung nach Absatz 11 Satz 1 verlangt (COVID-19-Ausgleich), übermittelt der GKV-Spitzenverband die Höhe der an ein Krankenhaus ausgezahlten Ausgleichszahlungen an die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG.

B) Stellungnahme

Transparenz über die zur Bewältigung der COVID-19-Krise erfolgten Zahlungen ist unerlässlich, um breite Akzeptanz dieser Transfers in Milliardenhöhe zu erreichen. Sie ist auch zwingende Voraussetzung zur Vereinbarung eines angemessenen Ausgleichs der COVID-19-bedingten Erlösrückgänge nach Beendigung der aus Bundesmitteln finanzierten Ausgleichszahlungen am 30.09.2020. Darüber hinaus ist sie auch erforderlich, um weitergehenden Rechenschaftspflichten zu genügen.

Daher begrüßt der GKV-Spitzenverband, dass mit der Informationsweitergabe über die Ausgleichszahlungen ein erster Schritt in diese Richtung gemacht wurde. Umso unverständlicher ist es daher, warum die aus GKV-Mitteln finanzierten Intensivkapazitäten nach Absatz 5 explizit von dieser Regelung ausgenommen sind. Die Versicherungsgemeinschaft hat einen unabwendbaren Anspruch darauf, die Verwendung ihrer eigenen Gelder nachvollziehen und kritisch prüfen zu können. Dies gilt umso mehr angesichts der signifikanten Höhe von 600 Mio. Euro und der berechtigten öffentlichen Aufmerksamkeit. Da über das DIVI Intensivregister die geschaffenen Kapazitäten bereits auf Hausebene nachvollziehbar sind, stellt sich die Frage, warum eine entsprechende Datenverfügbarkeit zur Finanzierung verhindert werden soll. Ohne diese kann die GKV ihren gesetzlichen Rechenschaftspflichten etwa gegenüber dem Bundesrechnungshof nicht Genüge tun.

Ebenso wenig verständlich ist, warum die Transparenzregelung nicht alle Ebenen erfassen soll. Die Datenweitergabe seitens des GKV-Spitzenverbandes an die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 sollte generell zulässig sein und nicht von weiteren Voraussetzungen wie dem

Verlangen eines Krankenhausträgers nach einer Vereinbarung zum COVID-19-Ausgleich abhängig gemacht werden.

C) Änderungsvorschlag

„In der in Satz 1 genannten Frist übermitteln die Länder zudem dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine krankenhausbetrefende Aufstellung über die ausgezahlten Ausgleichszahlungen nach Absatz 1 sowie der Fördergelder für zusätzliche intensivmedizinische Behandlungskapazitäten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit nach Absatz 5. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen übermitteln den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 ~~die Höhe der~~ **Informationen über** die Ausgleichszahlungen nach Absatz 1 **und die Fördergelder nach Absatz 5**, die einem Krankenhaus ausgezahlt wurden, ~~sowie, wenn der Krankenhausträger verlangt, dass eine Vereinbarung nach Absatz 11 Satz 1 getroffen wird.“~~

Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 5b)

§ 21 Absatz 10 – Vereinbarung zum Ausgleich eines aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandenen Erlösrückgangs

A) Beabsichtigte Neuregelung

Krankenhäuser sollen einen Ausgleich für einen Erlösrückgang erhalten, der aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstanden ist (Corona-Ausgleich 2020). Zum Ausgleich coronabedingter Erlösausfälle ermittelt das einzelne Krankenhaus die Erlöse des Jahres 2020 und stellt diese den Erlösen des Jahres 2019 gegenüber. Dieser Ausgleich bezieht die vom Bund bis Ende September 2020 gezahlten Leerstandspauschalen mit in einen Erlösvergleich ein. Im Fall eines Erlösrückgangs kann das Krankenhaus mit den Kostenträgern vor Ort den Corona-Ausgleich 2020 verhandeln und vereinbaren.

Dafür vereinbaren GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft bis 31.12.2020

- Regelungen zur Ermittlung der Erlöse für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen für die Jahre 2019 und 2020 einschließlich eventuell erhaltener Ausgleichszahlungen im Rahmen der COVID-19-Entlastungsmaßnahmen
- Kriterien, anhand derer ein im Jahr 2020 gegenüber dem Jahr 2019 aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandener Erlösrückgang festgestellt wird
- Einzelheiten zum Nachweis der Erfüllung dieser Kriterien
- die Höhe des Ausgleichssatzes für einen im Jahr 2020 gegenüber dem Jahr 2019 aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandenen Erlösrückgang

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverbandes erkennt die Notwendigkeit den Herausforderungen der Coronakrise zu begegnen an. Bereits im Rahmen des Corona-Beirates hat der GKV-Spitzenverband die Abstimmungen zu einer entsprechenden Ausgleichsregelung in den vergangenen Wochen konstruktiv begleitet.

Vor diesem Hintergrund ist die hier formulierte Grundidee nachvollziehbar. Hervorzuheben ist, dass dieser Ausgleich nur für den Erlösrückgang erfolgen kann, der bei Krankenhäusern im Jahr 2020 aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstanden ist und der nicht anderweitig finanziert wird. Bei der Erlösermittlung erfolgt richtigerweise eine Ganzjahresbetrachtung

und nicht beispielsweise eine nach Quartalen differenzierte Betrachtung der Erlöse 2020. Im Vorfeld des letzten Corona-Beirats hatten sich GKV-Spitzenverband und DKG darauf verständigt, die Erlöse auf Basis der IST-Leistungen 2019 zu ermitteln. Insofern ist nicht nachvollziehbar, warum die Begründung diese Übereinkunft nur in abgeschwächter Form übernimmt, wo sie Positionen des Beirats andernorts vollumfänglich wiedergibt.

Dennoch sollte der Gesetzestext bzw. die Begründung aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes an einigen Stellen nachgeschärft werden. So sollte zur Gleichbehandlung aller Krankenhäuser die Erlösermittlung auf Grundlage der Ist-Erlöse 2019 einheitlich verbindlich vorgegeben werden.

Kritisch zu würdigen ist der Umgang mit den in den Erlösen enthaltenen variablen Sachkosten, die nur bei erbrachten Leistungen entstehen. Wie die Begründung richtigerweise ausführt, dürfen diese nur einmalig berücksichtigt werden, entweder bei der Erlösermittlung oder im Rahmen des Ausgleichssatzes. Keinesfalls darf ein Ausgleich für die aufgrund von Minderleistungen nicht angefallenen variablen Sachkosten erfolgen, da ansonsten mit signifikanten Mehrausgaben zu rechnen ist.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes kann dies nur sichergestellt werden, wenn die variablen Sachkosten bereits bei der Ermittlung des Erlösrückgangs hausindividuell mindernd berücksichtigt werden. Die Berücksichtigung nur über einen einheitlichen Ausgleichssatz birgt die Gefahr, dass ein Erlösausgleich für nicht-angefallene Sachkosten gezahlt wird. Zudem werden auch Krankenhäuser einen Corona-Ausgleich verhandeln, die keinen Anspruch haben, weil der Erlösrückgang alleine auf die Unterschiede der variablen Sachkosten zurückzuführen ist.

Zudem muss sichergestellt werden, dass bei Mischkrankenhäusern (Somatik und Psych-Bereich) beispielsweise Überzahlungen im Psych-Bereich in der Somatik im Rahmen des Corona-Ausgleichs berücksichtigt werden.

Zur Ermittlung der Erlöse für die Jahre 2019 und 2020 sollen grundsätzlich alle Erlöse aus voll- und teilstationären allgemeinen Krankenhausleistungen und für das Jahr 2020 zusätzlich die krankenhaushausindividuelle Summe der erhaltenen Ausgleichszahlungen berücksichtigt werden. Dabei wird betont, dass eine einheitliche Abgrenzung für die beiden Jahre zu gewährleisten ist, damit ein belastbarer Vergleich vorgenommen werden kann. Richtigerweise wird in diesem Zusammenhang auf die Übereinkunft von GKV-Spitzenverband und DKG verwiesen, das Pflegebudget hierbei unberücksichtigt zu lassen. Diese hatten sich auch dahingehend abgestimmt, die Ausgleichszahlungen zu bereinigen, um nur den Anteil für voll- und teilstationäre Behandlungsleistungen in den Ausgleich einzubeziehen. Dieser Gedanke findet sich auch in der Begründung, die auch einige der sonstigen Bestandteile der Ausgleichspauschalen anführt. Hierbei sind jedoch deutliche Abweichungen zur Begründung des COVID-

19-Krankenhausentlastungsgesetzes (BT-Drucksache 19/18112) festzustellen, die eine Bereinigung verzerren könnten. So werden hier Mittel für Ambulanzen als Bestandteil genannt, diese Angabe fehlt im Entlastungsgesetz. Die dort explizit genannten belegärztlichen Leistungen fehlen hingegen in der Begründung zum KHZG. Daher fordert der GKV-Spitzenverband Transparenz über die Berechnung der Ausgleichspauschalen gegenüber den Vereinbarungspartnern, um die Bereinigung korrekt durchführen zu können.

Bei der Vereinbarung des Ausgleichssatzes ist dafür Sorge zu tragen, dass ein ausreichender Versorgungsanreiz gesetzt wird, so wie es auch im Abschlussbericht des Corona-Beirats gefordert wird. Krankenhäuser müssen auch einen finanziellen Anreiz haben in die Normalität zurückzukehren.

C) Änderungsvorschlag

§ 21 Absatz 10 Satz 2 wird wie folgt ergänzt:

„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 und teilstationäre Krankenhausleistungen ersetzen; **variable Sachkosten sind bei der Erlösermittlung für die Jahre 2019 und 2020 mindernd zu berücksichtigen.**“

Die Begründung zu Absatz 10 ist gemäß den in der Stellungnahme adressierten Punkten entsprechend anzupassen.

Ein neuer Satz 3 wird eingefügt:

„Die Höhe des Ausgleichssatzes nach Satz 1 Nummer 4 stellt Leistungs- und Vergütungsrecht sowie Versorgungsanreize sicher.“

Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 5b)

§ 21 Absatz 11 – Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser aufgrund von Sonderbelastungen durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Corona-Ausgleich 2020 wird auf Verlangen eines Krankenhausträgers im Rahmen von krankenhausesindividuellen Verhandlungen der Vertragsparteien vor Ort durchgeführt. Diese Vereinbarung erfolgt unabhängig von der Budgetvereinbarung. Budgetäre Erlösausgleiche sind für das Jahr 2020 ausgeschlossen, unabhängig davon, ob der Corona-Ausgleich 2020 in Anspruch genommen wird.

Die Höhe des Ausgleichs wird durch Multiplikation des Erlösrückgangs mit dem bundeseinheitlichen Ausgleichssatz ermittelt. In begründeten Ausnahmefällen kann ein abweichender Ausgleichssatz vereinbart werden. Der Ausgleich erfolgt über Zuschläge auf die Entgelte des laufenden oder eines folgenden Vereinbarungszeitraums.

B) Stellungnahme

Zur Berücksichtigung der variablen Sachkosten im Rahmen des Corona-Ausgleichs 2020 siehe Stellungnahme zu Nr. 5b) für § 21 Absatz 10.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 6

§ 24 Absatz 2 Satz 6 – Überprüfung der Auswirkungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird gewährleistet, dass die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) unterjährig übermittelten Struktur- und Leistungsdaten der Krankenhäuser hinsichtlich der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie in Abstimmung mit dem BMG in anonymisierter und aggregierter Form auf der Internetseite des InEK veröffentlicht werden.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt diese Ergänzung, da sie die Transparenz der Auswirkungen der COVID-19-Entlastungsmaßnahmen verbessert und eine wissenschaftliche Auseinandersetzung ermöglicht. Eine Anonymisierung der Patientendaten ist dabei geboten. Eine angemessene Aufarbeitung der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie durch Selbstverwaltung und Wissenschaft setzt jedoch voraus, die Krankenhäuser differenziert untersuchen zu können. Daher ist eine Anonymisierung hier nicht erforderlich, zumindest sollte jedenfalls eine Aggregation der Daten unterbleiben.

C) Änderungsvorschlag

§ 24 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 6 werden die Wörter „übermittelten und“ gestrichen und werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und für die Veröffentlichung von Daten in ~~zusammengefasster~~ Form nach Absatz 4“ eingefügt.

b) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit die Daten nach Absatz 2 Satz 1 in anonymisierter ~~und zusammengefasster~~ Form auf seiner Internetseite.“

Artikel 2 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Nr. 1

§ 5 Absatz 2 – Nachverteilung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Wortlaut wird an die geänderte Bezeichnung des Bundesamtes für Soziale Sicherung angepasst.

B) Stellungnahme

Keine.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Nr. 2

§ 8 Absatz 4 – Übermittlung der Unterlagen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Wortlaut wird an die geänderte Bezeichnung des Bundesamtes für Soziale Sicherung angepasst.

B) Stellungnahme

Keine.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Nr. 3a)

**§ 11 Absatz 1 Nummer 4 – Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung informations-
technischer oder kommunikationstechnischer Anlagen**

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Verpflichtung zur Nutzung der Telematikinfrastruktur im Rahmen des Fördertatbestands telemedizinischer Netzwerkstrukturen des Strukturfonds II wird auf Dienste und Anwendungen des (gesamten) SGB V statt wie bisher nur Dienste nach § 291 a SGB V erweitert.

B) Stellungnahme

Keine.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Nr. 3b)

§ 11 Absatz 1 Nummer 5 – Förderungsfähige Vorhaben

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Fördertatbestand Bildung eines integrierten Notfallzentrums wird ersetzt durch den Fördertatbestand Bildung integrierter Notfallstrukturen durch insbesondere bauliche Maßnahmen.

B) Stellungnahme

Die Förderung von integrierten Notfallstrukturen sollte zwingend an die Erfüllung bundeseinheitlicher Kriterien gebunden werden. Der Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung vom 08.01.2020, der sich noch im parlamentarischen Gesetzgebungsverfahren befindet, sieht vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Qualitätsvorgaben insbesondere zur räumlichen, personellen und apparativen Ausstattung von integrierten Notfallzentren (INZ), zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden und zum Umfang der von den INZ zu erbringenden notdienstlichen Versorgung festlegen soll. Darüber hinaus soll der G-BA bundesweit einheitliche, bedarfsbezogene Planungsvorgaben für INZ entwickeln. Die Festlegung der Anzahl und konkreten Standorte von INZ soll durch die erweiterten Landesausschüsse nach Maßgabe der bedarfsbezogenen Planungsvorgaben des G-BA erfolgen. Vor diesem Hintergrund ist es nicht sinnvoll, bauliche Maßnahmen zur Bildung integrierter Notfallstrukturen zu einem Zeitpunkt zu fördern, zu dem noch keine Qualitätskriterien des G-BA vorliegen. Es würden im ungünstigsten Falle „Türschild-Notfallzentren“ gefördert werden, die den im Rahmen der Notfallreform vom G-BA zu definierenden Qualitätskriterien nicht entsprechen.

C) Änderungsvorschlag

§ 11 Absatz 1 Nummer 5 wird aufgehoben und die bisherige Nummer 6 wird Nummer 5.

Artikel 2 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Nr. 4

§ 12 Absatz 1 – Förderungsfähige Kosten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Erweiterung der förderfähigen Kosten für IT-Vorhaben von Krankenhäusern, die der BSI-Kritisverordnung unterliegen sowie zur Schaffung telemedizinischer Netzwerkstrukturen um personellen Maßnahmen einschließlich der Kosten für die Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

B) Stellungnahme

Die Förderung personeller Maßnahmen und Schulungen sollten nicht aus den Mitteln des Strukturfonds gefördert werden. Zum einen gehört es zu den Aufgaben eines Arbeitgebers, seine Mitarbeitenden laufend fortzubilden und zum anderen kommen auch die Produktivitätsgewinne aus den Digitalisierungsvorhaben ihm zugute.

C) Änderungsvorschlag

§ 12 Absatz 1 Nummer 4 bleibt unverändert.

Artikel 2 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Nr. 5

§ 13 – Verwaltungsaufgaben des Bundesversicherungsamts

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Wortlaut wird an die geänderte Bezeichnung des Bundesamtes für Soziale Sicherung angepasst.

B) Stellungnahme

Keine.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Nr. 6a)

§ 14 – Antragstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Folgeänderung zur Verlängerung der Laufzeit des Krankenhausstrukturfonds.

B) Stellungnahme

Keine.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Nr. 6b)

§ 14 Absatz 2 Nummer 9 – Antragsunterlagen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung enthält eine notwendige Anpassung an die Vorgaben des SGB V für die Nutzung der Dienste und Anwendungen der Telematikinfrastruktur, die die Länder bei Antragstellung entsprechend zu bestätigen haben.

B) Stellungnahme

Keine.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Nr. 7

§ 15 – Auszahlungsbescheide des Bundesversicherungsamts

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Wortlaut wird an die geänderte Bezeichnung des Bundesamtes für Soziale Sicherung angepasst. Ergänzt wird die Vorschrift um eine Regelung zur Rückforderung der Fördermittel, falls der Förderbescheid des Landes nicht innerhalb von 15 Monaten an das Bundesamt für Soziale Sicherung übermittelt wird.

B) Stellungnahme

Die Regelung dient der Beschleunigung des Verfahrens und der Sicherstellung, dass bereitgestellte Fördermittel zeitnah zur Umsetzung der Vorhaben führen und ist daher zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Nr. 8

§§ 16–18 – Rückforderung, Verzinsung und Bewirtschaftung von Fördermitteln; Auswertung der Wirkungen der Förderung; Beteiligung der privaten Krankenversicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Wortlaut wird an die geänderte Bezeichnung des Bundesamtes für Soziale Sicherung angepasst.

B) Stellungnahme

Keine.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Nr. 9

§ 19 (neu) – Förderungsfähige Vorhaben

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift regelt die Einzelheiten zu den über den Krankenhauszukunftsfonds förderungsfähigen Vorhaben. Die Fördervorhaben sollen das im Koalitionsausschuss beschlossene Vorhaben „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ umsetzen, wonach Verbesserungen hin zu einer moderneren und besseren investiven Ausstattung der Krankenhäuser durch eine Förderung moderner Notfallkapazitäten, einer besseren digitalen Infrastruktur, der IT- und Cybersicherheit sowie eine Stärkung regionaler Versorgungsstrukturen erreicht werden sollen. Zudem kann eine Anpassung des Bettenbestands an den Pandemiefall gefördert werden, sofern die Bettenanzahl in Mehrbettzimmern auf ein bis zwei reduziert wird bei entsprechender Verminderung der krankenhauplanerisch festgesetzten Betten. Zu beachten ist dabei, dass keine Kriterien oder Quotierung zur Steuerung der Mittelvergabe zwischen den verschiedenen Förderungsthematiken vorgesehen sind.

Die Fördertatbestände orientieren sich an der im Koalitionsbeschluss enthaltenen Aufzählung mit dem Schwerpunkt der Digitalisierung der Prozesse und Strukturen im Verlauf eines Krankenhausaufenthalts von Patientinnen und Patienten. Die digitalen Services werden so gewählt, dass sie gezielt dazu beitragen, den Digitalisierungsgrad in den Krankenhäusern zu erhöhen, indem sie interoperabel in die Gesamt-IT-Struktur einzubetten sind. Hierdurch kann und soll eine stärkere Binnendigitalisierung angestoßen werden. Gleichzeitig soll sich ein unmittelbarer Nutzen für Patientinnen und Patienten entfalten können und gezielt die Versorgungsqualität erhöht werden. Das bedeutet zugleich, dass damit auch nicht-digitale Komponenten (z. B. der Notfallmedizin) gefördert werden. Die im Folgenden genannten spezifischen Tatbestände sollen nicht thematisch abgegrenzt voneinander verstanden werden, sondern Modernisierung und Digitalisierung der verschiedenen Bereiche greifen ineinander, überschneiden sich, bauen aufeinander auf und ergänzen sich logisch:

- Anpassung der technischen und insbesondere der informationstechnischen Ausstattung von Notaufnahmen eines Krankenhauses an den Stand der Technik
- Einrichtung von Patientenportalen für ein digitales Aufnahme- und Entlassmanagement für einen digitalen Informationsaustausch zwischen Leistungserbringern, Leistungsempfängern und Kostenträgern

- durchgehend elektronische Dokumentation von Pflege- und Behandlungsleistungen sowie Unterstützungssysteme zur automatisierten und sprachbasierten Dokumentation von Behandlungsleistungen
- teil- oder vollautomatisierte klinische Entscheidungsunterstützungssysteme mit dem Ziel der Steigerung der Versorgungsqualität
- durchgehendes digitales Medikationsmanagement zur Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit
- krankenhauserinterner digitaler Leistungsanforderungsprozess, welcher sowohl die Leistungsanforderung als auch die Rückmeldung in elektronischer Form ermöglicht und beschleunigt
- Konzepte, die zur Abstimmung des Leistungsangebots mehrerer Krankenhäuser mit dem Ziel einer ausgewogenen, Flächendeckung sicherstellenden und Spezialisierung ermöglichenden Angebotsstruktur erforderlich sind
- Einführung oder Weiterentwicklung eines online-basierten Versorgungsnachweissystems für Betten zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und anderen Versorgungsbereichen
- Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung informationstechnischer, kommunikationstechnischer und robotikbasierter Anlagen, Systeme oder Verfahren oder räumliche Maßnahmen, die erforderlich sind, um telemedizinische Netzwerkstrukturen und Anwendungsfälle zwischen Krankenhäusern oder zwischen Krankenhäusern und ambulanten Einrichtungen zu schaffen
- Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung informationstechnischer oder kommunikationstechnischer Anlagen, Systeme oder Verfahren zur Sicherstellung der Funktionsfähigkeit des jeweiligen Krankenhauses und Sicherheit der verarbeiteten Patientinneninformationen
- 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 krankenhauserplanerisch festgesetzten Betten führt.

Vorhaben an Hochschulkliniken und Vorhaben, an denen Hochschulkliniken beteiligt sind, sind mit maximal 10 % der einem Land zustehenden Fördermittel förderfähig. Vorhaben zur Förderung der IT-Sicherheit, die über den Strukturfonds II gefördert werden können, sind von einer Förderung durch den Zukunftsfonds ausgeschlossen.

Bei allen IT-Vorhaben muss die Verwendung von Standards zur Herstellung einer durchgehenden einrichtungsinternen und einrichtungsexternen Interoperabilität und die Berücksichtigung sowohl der Vorgaben zur Interoperabilität nach dem SGB V als auch von Maßnahmen

zur Gewährleistung der Informationssicherheit auf dem Stand der Technik sichergestellt sein. Sofern anwendbar, sind im Rahmen der geförderten Strukturen Dienste und Anwendungen der Telematikinfrastruktur nach dem SGB V zu nutzen, sobald diese zur Verfügung stehen.

B) Stellungnahme

Zu Absatz 1 Nummer 1:

Die Anpassung der technischen und insbesondere der informationstechnischen Ausstattung von Notaufnahmen an den Stand der Technik ist zu begrüßen. Dabei sollten gezielt nur die zentralen Notaufnahmen von denjenigen Krankenhäusern gefördert werden, die die Mindestanforderungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V erfüllen. Diese Mindestanforderungen umfassen u. a., dass es sich um eine Zentrale Notaufnahme (ZNA) handeln muss, in der der ganz überwiegende Teil der Notfallpatientinnen und -patienten aufgenommen wird, der Zugang zur Notaufnahme grundsätzlich barrierefrei ist und ein standardisiertes und validiertes Ersteinschätzungsinstrument zur Feststellung der Behandlungsdringlichkeit implementiert sein muss.

Zu Absatz 1 Nummern 2 bis 6:

Im ersten Schritt müssen bei der Digitalisierung der Krankenhäuser zentrale Elemente der Basisinfrastruktur, wie eine durchgehende elektronische Dokumentation von Pflege- und Behandlungsleistungen, etabliert werden, die – und das geht über die Formulierung im Entwurf hinaus – an die administrativen Systeme der Krankenhäuser angebunden sind. Nur so lassen sich beispielsweise die Nachweisverpflichtungen, die sich aus den Personalvorgaben und der gesetzlichen Qualitätssicherung ergeben, sinnvoll und unbürokratisch erfüllen (vgl. § 19 Absatz 1 Nummer 3).

Gleichzeitig muss die grundlegende IT- und Cybersicherheit bereits in dieser Stufe vollumfänglich gewährleistet sein. Sollte diese Bedingung nicht erfüllt werden, muss das zu fördernde Vorhaben mindestens explizit den Aufbau entsprechender Strukturen umfassen (vgl. § 19 Absatz 1 Nummer 10) und darf nicht nur auf den bisherigen Pflichtanteil von 15 % der bewilligten Summe reduziert werden.

Eine nächste Stufe bilden die Systeme zur Unterstützung des Aufnahme- und Entlassmanagements ebenso wie solche zur digitalen Leistungsanforderung, Entscheidungsunterstützung oder zur Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit. Hier geht es neben der Optimierung

von Prozessen wesentlich um die Erhöhung der Patientensicherheit und damit der Versorgungsqualität. Der Nutzen dieser Anwendungen zahlt sich aber nur dann aus, wenn sie auf einer soliden Basisinfrastruktur umgesetzt werden.

IT-Sicherheit ist Grundlage der Digitalisierung des Gesundheitssystems und eine Verpflichtung zur Investition in diesen Bereich daher grundsätzlich zu begrüßen. Ein Zwang zur Investition von mindestens 15 % der für die Förderung eines Vorhabens beantragten Mittel erscheint jedoch nicht zielführend, da auf diese Weise die jeweilig erforderlichen Verbesserungen nur sehr ungenau gesteuert werden können. Es steht zu befürchten, dass bei einer bereits ausgereiften IT-Sicherheit Mittel unnötig allokiert bzw. bei schwach ausgeprägter IT-Sicherheit Mittel in nicht ausreichendem Maße investiert werden. In jedem Fall fördert das derzeit vorgesehene Vorgehen von der digitalen Gesamtstrategie abgekoppelte Nebenprojekte, statt die IT-, Daten- und Cybersicherheit konsequent ins Zentrum zu rücken. Vermeiden ließe sich dieser Effekt durch eine gezielte Erweiterung des Kriterienkataloges für eine Förderung um Aspekte wie die Vorlage von bestehenden Sicherheitskonzepten oder von Belegen zur Integrierbarkeit der neuen Vorhaben in bestehende Konzepte.

Zu Absatz 1 Nummern 7 bis 9:

Eine eigene Kategorie sollten Vorhaben bilden, die auf die Verbesserung der Zusammenarbeit von Krankenhäusern im Hinblick auf die überregionale Abstimmung von Leistungsangeboten, die Darstellung von Versorgungskapazitäten in Echtzeit sowie die Förderung telemedizinischer Netzwerkstrukturen abzielen. Diese tragen maßgeblich zur Bildung von bedarfsgerechten Versorgungsstrukturen bei und schaffen gleichzeitig die Transparenz über das Leistungsgeschehen, die es sowohl zur Planung in „Normalzeiten“ als auch zur Krisenbewältigung in Pandemiezeiten bedarf.

Dies gilt insbesondere auch für die Förderung der flächendeckenden Nutzung von onlinebasierten Versorgungsnachweissystemen, die in Echtzeit die Zuordnung von Patientinnen und Patienten in geeignete und verfügbare Krankenhauskapazitäten ermöglichen. Insbesondere schwer erkrankte oder verletzte Notfallpatientinnen und -patienten profitieren davon, zielgerichtet in geeignete Krankenhäuser transportiert zu werden. Durch eine direkte Anfahrt dieser geeigneten Krankenhäuser durch den Rettungsdienst können unnötige Weiterverlegungen vermieden und u. U. Menschenleben gerettet werden. Zwingend sicherzustellen ist eine länderübergreifende Interoperabilität der Softwaresysteme, sodass Rettungsdienste und Rettungsleitstellen die verfügbaren Versorgungskapazitäten auch über Ländergrenzen hinweg einsehen können.

Daraus ergibt sich ein im Vergleich zu den Krankenhausindividuellen Projekten höheres „Fördergewicht“, das sich zusätzlich mit der steuerbasierten Finanzierung der Investitionen begründen lässt (vgl. § 19 Absatz 1 Nummern 7 bis 9 und § 19 Abs. 2).

Zu Absatz 1 Nummer 11:

Eine flächendeckende Förderung des Umbaus von Dreibettzimmern in Zweibettzimmer sollte nicht Teil dieses Zukunftsfonds werden. Die Nummer 11 sollte vor diesem Hintergrund gestrichen werden.

Hilfsweise: Erst nach Aufstellung eines differenzierten Pandemieplans unter Nutzung der Erkenntnisse aus dem bisherigen Verlauf der COVID-19-Pandemie können Umbaumaßnahmen in ausgewiesenen „Pandemiezentren“ gefördert werden.

Zu Absatz 2:

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Festlegung.

Zu Absatz 3:

Keine.

C) Änderungsvorschlag

§ 19 Absatz 1 Nummer 1 wird wie folgt geändert:

„1. Anpassung der technischen und insbesondere der informationstechnischen Ausstattung der **zentralen** Notaufnahme eines Krankenhauses, **welches die Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136c Absatz 4 SGB V erfüllt**, an den jeweils aktuellen Stand der Technik,“

§ 19 Absatz 1 Nummer 8 wird wie folgt geändert:

„8. die Einführung oder Weiterentwicklung eines online-basierten Versorgungsnachweissystems für Betten zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und anderen Versorgungsbereichen, **dabei ist die bundeslandübergreifende Interoperabilität sicherzustellen,**“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.09.2020
zum Entwurf eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser
(Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG) – Drucksache 19/22126
Seite 45 von 68

Die geplante Regelung des § 19 Absatz 1 Nummer 11 wird gestrichen.

Weitere Änderungsvorschläge: Vgl. Stellungnahme.

Artikel 2 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Nr. 9

§ 20 (neu) – Förderungsfähige Kosten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Von Vorhaben, die den spezifischen Förderungstatbeständen entsprechen, werden folgende Kosten gefördert:

- Kosten für erforderliche technische und informationstechnische Maßnahmen
- Kosten für erforderliche personelle Maßnahmen einschließlich der Kosten für Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Kosten für räumliche Maßnahmen, soweit sie für die technischen, informationstechnischen und personellen Maßnahmen erforderlich sind; bei Vorhaben zur Anpassung Patientenzimmern an die Anforderungen einer Epidemie besteht keine Deckelung, ansonsten liegt diese bei maximal 10 % der beantragten Fördermittel
- Kosten für die Beschaffung von Nachweisen über die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel

B) Stellungnahme

Die Mittel des Krankenhauszukunftsfonds sollten zielgerichtet für Digitalisierungsvorhaben eingesetzt werden. Kosten für räumliche und personelle Maßnahmen sowie Schulungen sollten aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht Teil des Zukunftsfonds sein, andernfalls bliebe kein Geld mehr für die Digitalisierung. Diese Trennung ist auch sachgerecht, da es zum einen zu den Aufgaben eines Arbeitgebers gehört, seine Mitarbeitenden laufend fortzubilden und zum anderen auch die Produktivitätsgewinne aus den Digitalisierungsvorhaben ihm zugutekommen.

C) Änderungsvorschlag

Die geplanten Regelungen in § 20 Absatz 1 Nummer 2 und 3 werden gestrichen.

Artikel 2 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Nr. 9

§ 21 (neu) – Verwaltungsaufgaben des Bundesamtes für Soziale Sicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es werden im Wesentlichen die bereits für den Krankenhausstrukturfonds geltenden Regelungen für die Verwaltungsaufgaben des Bundesamtes für Soziale Sicherung übernommen:

- Veröffentlichung der auf die Länder nach dem Königsteiner Schlüssel entfallenden Anteile
- Erlass von Richtlinien zur Konkretisierung der Voraussetzungen für die Förderung krankenhauser interner IT-Projekte, ggf. mit externer Sachverständiger
- Schätzung der eigenen Verwaltungsaufwendungen
- Veröffentlichung allgemeiner Kennzahlen zu Antragsstellung, beantragten und bewilligten Fördermitteln
- Entwicklung eines Schulungsprogramms, um IT-Dienstleister zu befähigen, beantragte Vorhaben auf die Erfüllung der für eine Förderung maßgeblichen Voraussetzungen nach den für den Zukunftsfonds einschlägigen Bestimmungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Krankenhausstrukturfondsverordnung zu prüfen.
- Beauftragung der Kreditanstalt für Wiederaufbau mit einem den Zukunftsfonds begleitenden Kreditprogramms für Krankenhausträger

B) Stellungnahme

Vgl. Kommentierung zur Notwendigkeit eines gestuften Vorgehensmodells in der Vorbemerkung unter I.1.

C) Änderungsvorschlag

Vgl. Stellungnahme.

Artikel 2 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Nr. 9

§ 22 (neu) – Antragstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift enthält die Regelung der Antragsfristen und der beizufügenden Unterlagen.

B) Stellungnahme

Es ist sicherzustellen, dass im Rahmen der Antragstellung entweder bereits weiterentwicklungsfähige Strukturen nachgewiesen werden oder ein nachvollziehbarer Plan zur Errichtung vorgelegt wird.

Auch hier ist es erforderlich, die Maßnahmen zu Zentralen Notaufnahmen an die Erfüllung der G-BA-Kriterien zu knüpfen.

In der Stellungnahme zu § 14a Absatz 4 Satz 3 KHG wird die Herstellung des Einvernehmens mit den Krankenkassen gefordert. Dementsprechend ist eine Folgeregelung in der Rechtsverordnung erforderlich.

C) Änderungsvorschlag

§ 22 Absatz 2 Nummer 3 wird wie folgt geändert:

„3. bei den in § 19 Absatz 1 Satz Nummer 1 genannten Vorhaben **die Bestätigung, dass die Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136c Absatz 4 SGB V vom Krankenhaus erfüllt werden und** Nachweise über die Anschaffung oder Anpassung von technischer Ausstattung oder Software und deren Anbindung an die **zentrale** Notaufnahme des Krankenhauses sowie über durchgeführte oder geplante Schulungen,“

In § 22 Absatz 2 KHSFV ist folgende neue Ziffer aufzunehmen:

„Nachweis, dass mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das Einvernehmen über die Förderung des Vorhabens und die Beantragung von Mitteln aus dem Krankenhauszukunftsfonds herbeigeführt worden ist.“

Artikel 2 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Nr. 9

§ 23 (neu) – Auszahlungsbescheide des Bundesamtes für Soziale Sicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift enthält analog zum Strukturfonds die Regelungen zu den Auszahlungsbescheiden und die Vorgaben für einen Rückforderungsvorbehalt. Die Länder werden zur unverzüglichen Vorlage ihres Landesförderbescheids mit dem Ziel der Verfahrensbeschleunigung und zeitnahen Umsetzung eines Vorhabens verpflichtet; bei Verstoß besteht die Möglichkeit der Mittelrückforderung.

B) Stellungnahme

Keine.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Nr. 9

§ 24 (neu) – Rückforderung, Verzinsung und Bewirtschaftung von Fördermitteln

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift regelt die Rückforderung von Fördermitteln gegenüber den Ländern durch das Bundesamt für Soziale Sicherung nebst Verzinsung sowie Bewirtschaftung.

B) Stellungnahme

Keine.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Nr. 9

§ 25 (neu) – Nachweis über die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift regelt die Unterrichtung des Bundesamtes für Soziale Sicherung durch die Länder zur Beurteilung der zweckentsprechenden Verwendung der Fördermittel. Die Länder werden dazu verpflichtet, durch geeignete Maßnahmen die Richtigkeit eines Verwendungsnachweises der Krankenhausträger zu überprüfen. Zu den Befugnissen diesbezüglich zählen gemäß § 14a Absatz 4 Satz 6 KHG (neu) die Einsichtnahme in Unterlagen und nach Ankündigung zu den üblichen Geschäfts- und Betriebszeiten die Geschäftsräume, insbesondere Serverräume, des geförderten Krankenhauses zu betreten und zu besichtigen.

B) Stellungnahme

Keine.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 45 SGB V – Krankengeld bei Erkrankung des Kindes

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Erweiterung des § 45 SGB V um einen neuen Absatz 2a soll der Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes dahingehend erweitert werden, dass dieser im Jahr 2020 für jedes Kind um 5 Arbeitstage verlängert und demnach für längstens 15 Arbeitstage, bei Alleinerziehenden längstens für 30 Arbeitstage, besteht. Der Maximalanspruch je Versicherten wird gleichzeitig von bisher 25 Arbeitstagen auf 35 Arbeitstage, bei Alleinerziehenden von 50 Arbeitstagen auf 70 Arbeitstage, erweitert.

B) Stellungnahme

Das Ziel, mit der zeitlich auf das Jahr 2020 begrenzten Ausdehnung des Anspruchszeitraums des Krankengeldes bei Erkrankung des Kindes der ggf. erforderlichen längeren Betreuung, Beaufsichtigung oder Pflege von erkrankten Kindern Rechnung zu tragen, kann nachvollzogen werden. So kann es vor dem Hintergrund des Infektionsgeschehens aufgrund der COVID 19-Pandemie und der in diesem Zusammenhang erhöhten Sensibilität für längere Zeiten erforderlich sein, ein Kind zu betreuen, da von einem Kita- oder Schulbesuch abgesehen wird.

In diesem Zusammenhang ist jedoch zu berücksichtigen, dass es sich bei dem Krankengeld bei Erkrankung des Kindes um eine sogenannte „versicherungsfremde“ Leistung handelt, weil diese nicht im Zusammenhang mit einer Erkrankung der Versicherten, sondern im Zusammenhang mit der Betreuung eines erkrankten Kindes steht. Diese gesamtgesellschaftliche Aufgabe und die sich nunmehr daraus ergebenden Mehrkosten für eine Ausweitung des Leistungsanspruchs dürfen daher nicht zu Lasten der Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung gehen, sondern müssen im Rahmen der Beteiligung des Bundes an Aufwendungen gemäß § 221 SGB V entsprechend berücksichtigt werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 136a Absatz 2 Satz 9 – Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen in § 136a Absatz 2 SGB V verpflichtet den G-BA für den Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal zu bestimmen. Die Sonderregelung für die Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wird mit der Änderung modifiziert. Dabei wird der explizit formulierte Bettenbezug der Mindestvorgaben gestrichen. Die Frist zur Umsetzung wird um ein Jahr verlängert. Die Festlegungen für die Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind nun bis zum 30.09.2021 mit Wirkung zum 01.01.2022 zu treffen.

B) Stellungnahme

Die Änderung wird begrüßt. Der bisherige Auftrag zur Festlegung bettenbezogener Mindestvorgaben stand im Widerspruch zu der im September 2019 vom G-BA beschlossenen Erstfassung einer Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL). Diese Richtlinie legt für die einzelnen Berufsgruppen differenzierte personelle Mindestvorgaben fest nach dem Schweregrad der Störungen der behandelten Patientinnen und Patienten. Die Sonderregelung in § 136a Absatz 2 SGB V umfasste dagegen die Festlegung betten- statt schweregradbezogener Mindestvorgaben für die Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Die Festlegung auf Basis eines Bettenbezugs weicht in grundsätzlicher Art von der schweregradorientierten Systematik der PPP-RL ab und ist aus Sicht der im G-BA gehörten Experten abzulehnen.

Deshalb hat sich der GKV-Spitzenverband gemeinsam mit weiteren Fachexperten für die Anpassung der gesetzlichen Sonderregel eingesetzt. Mit der verlängerten Frist können die spezifischen Besonderheiten der Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der bereits festgelegten Weiterentwicklung der Vorgaben berücksichtigt werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 271 Absatz 2 – Gesundheitsfonds; Finanzierung der Fördermittel

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung des Jährlichkeitsprinzips in § 12a Absatz 1 KHG (Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe a), mit der sichergestellt wird, dass die Mittel des Krankenhausstrukturfonds ohne Bindung an bestimmte Kalenderjahre noch bis Ende 2024 in Anspruch genommen werden können.

B) Stellungnahme

Gegen die Folgeänderungen bestehen keine Bedenken.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 45 SGB V – Krankengeld bei Erkrankung des Kindes

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die in Artikel 3 Nr. 1 vorgesehene Erweiterung der Ansprüche im Zusammenhang mit dem Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes soll, aufgrund der vorgesehenen zeitlichen Begrenzung auf das Jahr 2020, durch diese Regelung zum 01.01.2021 aufgehoben werden.

B) Stellungnahme

Bei dieser Regelung handelt es sich um eine sachgerechte Folgeänderung. Sie wird daher begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 5 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 bis 4

§ 150 – Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die in § 150 SGB XI durch das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz und durch das Zweite Bevölkerungsschutz-Gesetz zur Unterstützung und Entlastung von Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftigen getroffenen und bis 30. September 2020 befristeten Regelungen werden bis zum 31. Dezember 2020 verlängert.

B) Stellungnahme

Angesichts der derzeitigen und auch für die kommenden Monate erwartbaren Infektionslage ist auch in dem besonders vulnerablen Bereich der Pflege von einer anhaltenden Gefährdungslage und in der Folge von andauernden Belastungen für Leistungserbringer und Pflegebedürftige auszugehen. Es ist deshalb angezeigt, den sogenannten Pflege-Schutzschirm zu verlängern. Damit wird auch eine zusätzliche Belastung der Pflegebedürftigen vermieden, da die pandemiebedingten Aufwendungen der Pflegeeinrichtungen, z. B. für die Anschaffung der Schutzkleidung, nicht auf die Vergütungen der Pflegeleistungen umgelegt werden. Da auch die Fortführung der bestehenden Regelung vorgesehen ist, einen Großteil der pandemiebedingten Aufwendungen aus Mitteln der sozialen Pflegeversicherung und anteilig aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung zu leisten, ist es erforderlich, dass die zusätzlichen Aufwendungen ausgeglichen werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 6 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 1

§ 4 Absatz 2a – Fixkostendegressionsabschlag

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung soll klarstellen, dass aufgrund der mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz eingeführten Ausnahme, dass der Fixkostendegressionsabschlag (FDA) nicht für die Vereinbarung des Erlösbudgets für das Jahr 2020 gilt, ein für das Jahr 2018 bzw. 2019 vereinbarter FDA abweichend von der vorgesehenen Geltungsdauer von drei Jahren jeweils nur für zwei Jahre zu erheben ist.

Zudem wird nun eine Regelung für die Anwendung des FDA im Jahr 2021 eingeführt, die verhindern soll, dass ein möglicher Leistungsanstieg im Jahr 2021, der insbesondere aus der coronabedingt geringeren Zahl der für das Jahr 2020 vereinbarten Leistungen resultiert mit einem FDA in 2021 vereinbart wird.

B) Stellungnahme

Der Fixkostendegressionsabschlag wurde mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz bereits für das Jahr 2020 ausgesetzt. Dieses Aussetzen ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht notwendig, gab es doch bereits in der bisherigen Formulierung des § 4 Abs. 2a KHEntgG ausreichend Ausnahmetatbestände. So ist gemäß Satz 5 ein während der maßgeblichen Abschlagsdauer vereinbarter Rückgang der mit Fallpauschalen bewerteten Leistungen bei der Ermittlung der Grundlage der Bemessung des Abschlags mindernd zu berücksichtigen.

Die Neuregelungen zum Fixkostendegressionsabschlag sind vor diesem Hintergrund abzulehnen. Die Krankenhäuser erhalten mit der vorgesehenen Regelung (unabhängig von der realen Leistungsentwicklung) einen Preisaufschlag, der sich nicht aus der SARS-CoV-2 Pandemie ableitet. Die dreijährige Geltungsdauer der FDA-Abschläge für die Jahre 2018, 2019 und 2020 ist aufrechtzuerhalten.

Zudem ist die Verankerung der Leistungsmenge des Jahres 2019 (Ziffer 4 der Neuregelung) kritisch zu hinterfragen, die nun auch für den Fixkostendegressionsabschlag 2021 relevant wird. Der GKV-Spitzenverband hat in den vergangenen Jahren immer wieder darauf hingewiesen, dass das Leistungsmengenniveau in vielen Leistungsbereichen (vgl. z. B. Knie-TEP und Hüft-TEP) mit Blick auf die internationalen Zahlen als überhöht anzusehen sind. Auch regio-

nale Unterschiede in diesen Leistungssegmenten lassen sich häufig nicht rechtfertigen. Vielmehr muss auch im Rahmen des Fixkostendegressionsabschlages ein weiterer Anreiz hin zu einer Ambulantisierung gesetzt werden um endlich und dauerhaft von überhöhten stationären Fallzahlen und insbesondere von den fast 4 Mio. stationären Eintages- bzw. Stundenfällen in Deutschland Abstand zu nehmen.

Hilfsweise:

Die Fixkostendegressionsabschlüsse der Jahre 2018 und/oder 2019, die in 2020 anfallen würden, verschieben sich in das Jahr 2021. Gleiches gilt für die vereinbarten Mehrleistungen des Jahres 2020, für die sich der Fixkostendegressionsabschlag in die Jahre 2021, 2022 und 2023 verlagert..

C) Änderungsvorschlag

Die Neuregelung bzw. Ergänzung des § 4 Absatz 2a KHEntgG wird abgelehnt. Streichung der Ergänzung des § 4 Absatz 2a KHEntgG sowie des bisherigen Satzes 7:

~~„Der Fixkostendegressionsabschlag gilt nicht für die Vereinbarung des Erlösbudgets für das Jahr 2020.“~~

Hilfsweise:

Die Neuregelung bzw. Ergänzung des § 4 Absatz 2a KHEntgG wird abgelehnt.

Änderung des § 4 Absatz 2a Satz 7 KHEntgG:

~~„[...] Der Fixkostendegressionsabschlag gilt nicht für die Vereinbarung des Erlösbudgets für das Jahr 2020.“~~

„Abweichend von Satz 1 ist der Fixkostendegressionsabschlag, der

- 1. für das Jahr 2018 vereinbart wurde, ~~nur~~ in den Jahren 2018 ~~und~~, **2019 und 2021** zu erheben,*
- 2. für das Jahr 2019 vereinbart wurde, ~~nur~~ in den Jahren 2019 ~~und~~, **2021 und 2022** 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 und 2023** zu erheben,*
- 4. für das Jahr 2021 vereinbart wurde, auf die mit Fallpauschalen bewerteten Leistungen anzuwenden, die im Vergleich zur Vereinbarung für das Jahr 2019 zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigt werden.“*

Artikel 6 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2a)

§ 5 Absatz 3h (neu) – Abschlag für nicht bereitgestellte digitale Dienste

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG werden zur Vereinbarung eines Abschlags in Höhe von bis zu 2 % des Rechnungsbetrags für jeden voll- und teilstationären Fall für die Zeit ab dem 01.01.2025 verpflichtet, sofern ein Krankenhaus nicht sämtliche digitalen Dienste im Sinne des Zukunftsfonds bereitstellt. Das Nähere zur Umsetzung des Abschlags sollen der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft in der Vereinbarung nach § 291a Absatz 7a Satz 3 SGB V regeln. Dabei haben sie auch Regelungen zu vereinbaren, nach denen sich die konkrete Höhe des Abschlags nach der Anzahl der grundsätzlich bereitgestellten Dienste und deren tatsächlicher Nutzungsquote richtet.

B) Stellungnahme

Die Intention, mit den Mitteln des Krankenhauszukunftsfonds einen Modernisierungsschub anzustoßen, der über den Förderzeitraum hinaus fortwirkt, wird ausdrücklich unterstützt.

Eine wesentliche Voraussetzung für die Entwicklung eines Kriterienkataloges zur Bemessung der Abschläge ist die Gewichtung von digitalen Vorhaben und die Bewertung ihres Umsetzungsgrades. Für den jeweiligen digitalen Reifegrad der Krankenhäuser – wie er auch im Rahmen der Evaluation erhoben werden soll – ist sicherzustellen, dass seine Ermittlung auf Basis einheitlicher Instrumente und Definitionen erfolgt, um konsistenten Ergebnisse zu erhalten.

Ab 2025 sollten alle Krankenhäuser über digitale Anwendungen verfügen, die einen durchgehenden Versorgungsprozess gewährleisten und damit zumindest mittelbar Einfluss auf die Versorgungsverbesserung für die Patientinnen und Patienten haben. Hierzu zählen insbesondere die bereits im Gesetz festgeschriebene Anbindung an die Telematikinfrastruktur und die durchgehende Interoperabilität der verschiedenen Kommunikations- und Datenebenen.

Gleichfalls gehört jedoch die flächendeckende Erstellung und Verwendung elektronischer Pflege- und Behandlungsdaten zu den maßgeblichen Faktoren. Hier muss im Sinne der Patientinnen und Patienten und der Mitarbeitenden in den Häusern vermieden werden, dass parallel zu den digitalen Prozessen zusätzlich analoge Prozesse betrieben werden oder es innerhalb der Klinik zu Labor, Apotheke oder Radiologie bzw. beim Datenaustausch mit externen Akteuren zu Medienbrüchen kommt. Auch die für die Digitalisierung grundlegenden Infrastrukturmaßnahmen der IT- und Cybersicherheit sowie eine ausreichende Ausstattung aller

Stationen mit der erforderlichen Hard- und Software sind ohne Ausnahme zu gewährleisten. Bei alledem ist auf die Möglichkeit zur sektorenübergreifenden Zusammenarbeit, auf die Nutzerfreundlichkeit der zur Verfügung gestellten Mittel sowie deren Wirtschaftlichkeit zu achten.

Sind diese Anforderungen realisiert, können in einer nächsten Stufe weitere Dienste zur elektronischen Entscheidungsunterstützung, der digitalen Arzneimittelverordnung und ggf. robotikbasierte Systeme der Medikation etc. umgesetzt werden.

Die Mindestanforderungen an den digitalen Reifegrad eines Krankenhauses – wie oben beschrieben – sollten von den Vereinbarungspartnern auf Bundesebene für die Ausgestaltung des Kriterienkataloges im Rahmen der Abschlagsregelung verpflichtend herangezogen werden.

C) Änderungsvorschlag

Vgl. Stellungnahme.

Artikel 6 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2a)

§ 5 Absatz 3i (neu) – Mehrkosten aufgrund von Coronavirus-Behandlungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur zeitnahen Finanzierung von Mehrkosten, die aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 im Zusammenhang mit der voll- oder teilstationären Behandlung von Patientinnen und Patienten entstehen und die noch nicht bei der Kalkulation der Fallpauschalen und der Zusatzentgelte berücksichtigt werden konnten, vereinbaren die Vertragsparteien vor Ort auf der Grundlage bundeseinheitlicher Rahmenvorgaben befristete krankenhaushausindividuelle Zuschläge.

Die Regelung ermöglicht den Krankenhäusern eine Refinanzierung von entstehenden oder entstandenen Mehrkosten aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2, die kurzfristig nicht bei der Kalkulation der DRG-Bewertungsrelationen und Zusatzentgelte berücksichtigt werden können.

B) Stellungnahme

Im Rahmen der bislang geltenden Corona-Maßnahmen im Krankenhausbereich finanzieren die Kostenträger bereits gem. § 21 Abs. 6 KHG bis zum 30.09.2020 pauschal Preis- und Mengensteigerungen insbesondere bei persönlichen Schutzausrüstungen über einen Zuschlag je Krankenhausfall. Die nun mit dem KHZG angedachte Regelung soll diesen Ende September 2020 auslaufenden einheitlichen Zuschlag ersetzen und nun zielgenau, krankenhaushausindividuell eine Finanzierung der Mehrkosten ermöglichen.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die zielgenauere und krankenhaushausindividuelle Vereinbarungsmöglichkeit des bislang bundeseinheitlichen Zuschlages. Der neu gefasste § 5 Abs. 3g sollte anders als in der jetzigen Formulierung aber in Anlehnung an den § 21 Abs. 6 KHG auf „Preis- und Mengensteigerungen infolge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 bei persönlichen Schutzausrüstungen“ abstellen und lediglich auf die Versorgung von Corona-Patienten abzielen. In der nun vorgelegten sehr offenen Formulierung der für den Zuschlag anzusetzenden Mehrkosten, die der GKV-Spitzenverband ablehnt, besteht die große Gefahr, dass sachfremde Tatbestände, wie bspw. freigehaltene Bettenkapazitäten über diesen Zuschlag mit zu finanzieren sind. Diese weite Öffnung des Zuschlages muss unterbunden werden, da ansonsten hohe finanzielle Mehrkosten für die Kostenträger zu befürchten sind. Auch Doppelfinanzierungen sind über die zu schließende Bundesrahmenvereinbarung nur schwer auszuschließen, wenn eine so weit gefasste Formulierung Eingang in den Gesetzestext findet.

Darüber hinaus sollte der Zuschlag bei einem vorzeitigen Ende der „epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ nur bis zu diesem Zeitpunkt gelten und nicht zwingend bis zum 31.12.2021 abrechnungsfähig sein. Eine entsprechende Ergänzung ist aufzunehmen.

C) Änderungsvorschlag

(3i) Für die Finanzierung von **Preis- und Mengensteigerungen infolge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 bei persönlichen Schutzausrüstungen, die, nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten, die aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2** im Rahmen der voll- oder teilstationären Behandlung von Patientinnen und Patienten entstehen, die vom 1. Oktober 2020 bis einschließlich 31. Dezember 2021 in das Krankenhaus aufgenommen werden, **und bei denen im Zusammenhang mit der stationären Behandlung eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 nachgewiesen wurde**, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 unter Berücksichtigung der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1a Nummer 9 einen Zuschlag je voll- oder teilstationären Fall. **In dem Falle, in dem die Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite vor dem 31.12.2021 vom Bundestag aufgehoben wird, entfällt mit dem Tag der Aufhebung die Abrechnungsfähigkeit des Zuschlages.**“

Artikel 6 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2b)

§ 5 Absatz 4 Satz 3 – Anhebung der Kappungsgrenze

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der nach § 21 Absatz 11 KHG vereinbarte Erlösrückgang ist über einen Zuschlag auf die Entgelte des laufenden oder eines folgenden Vereinbarungszeitraums abzuwickeln. Eine Begrenzung der Zuschlagshöhe auf 15 Prozent könnte dazu führen, dass der vereinbarte Ausgleich des Erlösrückgangs über mehrere Jahre erfolgen muss. Daher wird vorübergehend die sogenannte Kappungsgrenze auf für die Jahre 2020 und 2021 30 Prozent erhöht.

B) Stellungnahme

Keine.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 6 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 3)

§ 9 Absatz 1a – Mehrkosten aufgrund von Coronavirus-Behandlungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung werden die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragt, bundeseinheitliche Vorgaben für Zuschläge für die zeitnahe Finanzierung von Mehrkosten, die den Krankenhäusern aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 im Zusammenhang mit der voll- oder teilstationären Behandlung von Patientinnen und Patienten entstehen, zu vereinbaren. Regelungsbedürftig durch die Vertragsparteien sind die Bestimmung der zu finanzierenden Kosten sowie ein Nachweis entstandener und entstehender Mehrkosten. Die Vertragsparteien auf Bundesebene legen zudem Empfehlungen für die Kalkulation der Mehrkosten fest.

B) Stellungnahme

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 6 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) Nr. 2a).

C) Änderungsvorschlag

Anpassung des § 9 Absatz 1a Nr. 9:

*„9. bis zum 31. Dezember 2020 Vorgaben für Zuschläge nach § 5 Absatz 3i zur Finanzierung von **Preis- und Mengensteigerungen infolge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2, insbesondere bei persönlichen Schutzausrüstungen**, 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, **bei denen im Zusammenhang mit der stationären Behandlung eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 nachgewiesen wurde**; insbesondere vereinbaren sie, welche Kosten durch den Zuschlag nach § 5 Absatz 3i zu finanzieren sind, und Anforderungen an den Nachweis des Vorliegens der Kosten und geben Empfehlungen für die Kalkulation der Kosten.“*

Artikel 7 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

§ 5 Abs. 6 BpflV (neu) – Abschlag für nicht bereitgestellte digitale Dienste

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass auch psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser und Fachabteilungen jeweils einen Abschlag in Höhe von bis zu 2 Prozent des Rechnungsbetrags ohne Zu- und Abschläge für jeden voll- und jeden teilstationären Fall zu zahlen haben, wenn sie nicht sämtliche in § 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 6 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung aufgezählten digitalen Dienste bereitstellen.

B) Stellungnahme

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 6 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) Nr. 2a).

C) Änderungsvorschlag

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 6 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) Nr. 2a).

Artikel 13 – Inkrafttreten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Gesetz soll am Tag nach der Verkündung in Kraft treten. Abweichend davon sollen die Regelungen zur Pflegeversicherung und Familienpflegezeit zum 01.10.2020 in Kraft treten sowie weitere Regelungen zu Krankengeld bei Kindeserkrankung, Familienpflegezeit und Kindergeld zum 01.01.2021.

B) Stellungnahme

Keine.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

III. Ergänzender Änderungsbedarf

§ 147 Absatz 3, 4, 5 und 6 SGB XI – Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18

A) Änderungsvorschlag

In Absatz 3 Satz 1, Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 wird die Angabe „bis einschließlich 30. September 2020“ durch die Wörter „bis einschließlich 31. März 2021“ ersetzt.

Absatz 6 wird wie folgt gefasst: Die Absätze 1 und 3 bis 5 gelten für Anträge auf Pflegeleistungen, die zwischen dem 1. Oktober 2020 und 31. März 2021 gestellt werden.

B) Begründung

Insbesondere vor dem Hintergrund, dass aufgrund der Infektionslage ärztliches und pflegerisches Personal der Medizinischen Dienste bei dringendem Bedarf weiterhin in Gesundheitsämtern, Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen oder anderen Institutionen zur Bewältigung der Covid-19-Pandemie eingesetzt werden soll und damit nicht für die Pflegebegutachtung zur Verfügung steht, sind die Zahlungen der Pflegekassen bei Fristüberschreitungen weiterhin auszusetzen. Die in § 18 Abs. 3 SGB XI enthaltene Regelung, dass der Bescheid der Pflegekasse spätestens innerhalb von 25 Arbeitstagen erteilt werden muss, sollte weiterhin auf die Fälle konzentriert werden, bei denen ein dringender Entscheidungsbedarf besteht.