



Stellungnahme des IKK e.V.

zum

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

Stand: 08.09.2020

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen	3
Differenzierung zwischen Struktur- und Zukunftsfonds (§§ 12a und 14a KHG).....	3
Verteilung der Fördervolumens durch das BAS (§ 21 (neu) KHSFV)	4
Mitwirkung der GKV (§ 14a Absatz 3 KHG)	4
Umwandlung von Mehrbettzimmern als förderungsfähige Vorhaben (§ 19 Absatz 1 Nr. 11 KHSFV).....	5
Abschlag bei fehlenden digitalen Diensten in Krankenhäusern (§ 5 Absatz 3f (neu) KHEntG)	5
Konkreter Änderungsbedarf	6
Evaluierung der Förderungen des Krankenhauszukunftsfonds (§ 14b (neu) KHG)	6
Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser aufgrund von Sonderbelastungen durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 21 KHG)	7

Grundsätzliche Anmerkungen

Die Innungskrankenkassen begrüßen – von einigen Kritikpunkten abgesehen – die grundsätzliche Ausrichtung des Referentenentwurfs eines Krankenhauszukunftsgesetzes (KHZG), weil damit die dringend notwendige weitere Digitalisierung der Krankenhäuser als Grundlage eines modernen Gesundheitssystems gestärkt wird. Auch die geplante Förderung struktureller Anpassungen der Notfallversorgung und Pandemievorsorge trägt zur Zukunftssicherung bei.

Im Einzelnen:

Differenzierung zwischen Struktur- und Zukunftsfonds (§§ 12a und 14a KHG)

Die Innungskrankenkassen unterstützen das Bestreben des Gesetzgebers, den Ausbau der Digitalisierung im System der Krankenhäuser zu fördern. Insbesondere die vom Gesetzgeber vorgenommene konkrete Aufzählung von Maßnahmen und Optimierungsansätzen, die als förderungsfähige Vorhaben gelten, sowie eine Festlegung von zu erfüllenden Mindeststandards werden dabei vollumfänglich befürwortet.

Nicht nachvollziehbar ist hingegen die Inkonsequenz des Gesetzgebers, auf der einen Seite den Strukturfonds um den Zukunftsfonds zu erweitern, auf der anderen Seite aber für den Zukunftsfonds abweichende Regelungen zu schaffen, z. B. bei der Ko-Finanzierung.

Obwohl mit der Absenkung des Finanzierungsanteils der Länder auf 30 Prozent – statt der im Krankenhausstrukturfonds vorgesehenen 50 Prozent – ein Anreiz gesetzt wird, sich tatsächlich an entsprechenden Maßnahmen zu beteiligen und damit die dringend erforderlichen Veränderungsprozesse zu unterstützen, entlässt die vorgesehene Absenkung die Länder noch weiter aus der ihnen obliegenden Finanzierungsverantwortung für Investitionskosten im Krankenhausbereich.

Eine vollständige Integration der Maßnahmen des Zukunftsfonds in den Strukturfonds hätte dagegen erhebliche Synergie- und Zeiteffekte, da alle bestehenden Verfahrensregelungen sofort auch auf die neuen Fördertatbestände anzuwenden wären. Damit würde die sofortige und nahtlose Umsetzung aller neuen Fördermaßnahmen ermöglicht. Eine Priorisierung einzelner Fördertatbestände könnte hierbei durch Festlegung einer Rangfolge oder / und des Ko-Finanzierungsanteils erfolgen.

Als entscheidende Maßnahme muss allerdings sichergestellt werden, dass diese Förderungen nicht die ohnehin von den Ländern geplanten Förderungen ersetzen, sondern tatsächlich als zusätzliche Investitionen vorgenommen werden. Insgesamt wäre es eine bürokratiearme und schnell umsetzbare Lösung, den Strukturfonds nur um die zusätzlich gewollten Fördertatbestände (Digitalisierungen und Ein-/Zweibettzimmer), den zeitlichen

Rahmen (Verlängerung um zwei Jahre), die Bundesfinanzierung (zusätzliche Bereitstellung von 3 Mrd. Euro) zu erweitern und ansonsten alles im bestehenden Rahmen zu belassen.

Weiterhin sollte, um wie vorgesehen eine Vorfinanzierung zu Lasten des Liquiditätsfonds zu vermeiden, die Frist von 3 Wochen, um die entsprechenden finanziellen Mittel seitens des Bundes zur Verfügung zu stellen, zwingend eingehalten werden.

Verteilung der Fördervolumens durch das BAS (§ 21 (neu) KHSFV)

Die vorgeschlagenen Regelungen sehen vor, anhand eines Verteilungsschlüssels zu ermitteln, welcher Anteil des Förderungsvolumens den einzelnen Bundesländern zusteht. Zudem werden für das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) Vorgaben zur Transparenz über die Verteilung der Fördergelder, zur Schätzung der jährlichen Ausgaben die dem BAS durch die Verwaltung des Krankenhauszukunfts fonds entstehen und zur Vereinheitlichung der Antragsstellung beschrieben. Außerdem ist vorgesehen, dem BAS die Kompetenz zum Erlassen einer Richtlinie, in welcher Voraussetzungen zur Förderung konkretisiert werden können, zu verleihen.

Diese Regelungen unterstützen die Innungskrankenkassen in vollem Umfang. Insbesondere die Richtlinienkompetenz des BAS zur Vereinheitlichung der Anforderungen an die Förderung der einzelnen Digitalisierungsvorhaben ist positiv zu bewerten. Die beschriebenen Vorgaben zur Herstellung von größtmöglicher Transparenz in Bezug auf die Verteilung sowie die Verwaltung der Fördermittel erscheinen sachgerecht und auch die Gestaltung einer einheitlichen Antragsstellung ist zu unterstützen. So können die Länder bzw. die Einrichtungen als Empfänger der Fördermittel effektiv unterstützt und die Bewilligung sowie die Verteilung optimiert werden.

Mitwirkung der GKV (§ 14a Absatz 3 KHG)

Nach den Regelungen für einen neu zu schaffenden Krankenhauszukunfts fonds sollen die Bundesländer allein befugt werden, über die Förderung von Vorhaben durch den Fonds zu entscheiden. Weitere Institutionen können an der Auswahlentscheidung oder an der Prüfung eines Vorhabens beteiligt werden, eine Verpflichtung ist jedoch nicht vorgesehen.

Die Innungskrankenkassen fordern, dass eine verpflichtende Beteiligung der GKV festgeschrieben wird, wie sie bereits im Rahmen der Strukturfonds I und II praktiziert wurde. So wäre sichergestellt, dass eine Doppelfinanzierung über den „Telematikzuschlag“ oder „pflegeentlastende Maßnahmen im Pflegebudget“ als auch eine Finanzierung von nicht-bedarfsnotwendigen Strukturen ausgeschlossen wird. Die verpflichtende Mitwirkung der

Landesverbände der Krankenkassen hat sich bewährt. Die gemeinsamen und mit breiter Akzeptanz getroffenen Entscheidungen haben zur Schaffung zukunftssicherer und wirtschaftlicher Strukturen der Krankenhauslandschaft beigetragen.

Umwandlung von Mehrbettzimmern als förderungsfähige Vorhaben **(§ 19 Absatz 1 Nr. 11 KHSFV)**

Die Anpassung von Patientenzimmern an die besonderen Behandlungserfordernisse im Fall einer Epidemie wird von den Innungskrankenkassen als sachgerecht erachtet. Die Umwandlung von Mehrbettzimmern in Ein- und Zweibettzimmer an die Reduzierung der krankenhauplanerisch, durch das Land gegenüber dem Krankenhausträger per Bescheid, festgesetzten Betten insgesamt zu koppeln, stellt den richtigen Ansatz dar, um bekannte Überkapazitäten abzubauen.

Bei der Umsetzung sind jedoch folgende Faktoren zu berücksichtigen: Die Überkapazitäten sind regional unterschiedlich verteilt, eine Anpassung hängt deshalb von der zukünftigen Struktur der regionalen stationären Versorgung ab (z. B. Vorhaltung für außergewöhnliche Situationen – Pandemien). In einigen Bundesländern bestehen zudem durch fehlende Bettenplanung keine definierten Bezugsgrößen mehr (z. B. Sachsen-Anhalt). Hier muss jeweils konkret geprüft werden, ob und in welchem Maße eine Umwandlung zielführend ist.

Abschlag bei fehlenden digitalen Diensten in Krankenhäusern **(§ 5 Absatz 3f (neu) KHEntG)**

Die Innungskrankenkassen begrüßen die geplante Neuregelung.

Mit dem angedrohten Abschlag verdeutlicht der Gesetzgeber gegenüber den Krankenhäusern bzw. deren Trägern sowie den Bundesländern das drängende Erfordernis, dass erste Investitionen tatsächlich innerhalb des gesetzten Zeitrahmens von über vier Jahren getätigt und Digitalisierungsmaßnahmen durchzuführen sind. Eine Abstufung des Sanktionierungsmechanismus im Hinblick auf den tatsächlich vorgenommenen Digitalisierungsgrad erscheint sachgerecht.

Im Sinne eines einheitlichen und validen Beurteilungsmaßstabes könnte es sich anbieten, die Evaluationen nach § 14b KHG mit einzubeziehen.

Konkreter Änderungsbedarf

Bei nachfolgenden Regelungen sehen die Innungskrankenkassen konkreten Änderungsbedarf:

Evaluierung der Förderungen des Krankenhauszukunftsfonds (§ 14b (neu) KHG)

Grundsätzlich ist die Neuregelung als ein Schritt in die richtige Richtung zu werten, da mit Hilfe der geplanten Evaluierung eine bundesweite Bewertung des Digitalisierungsgrades der Krankenhäuser und deren Weiterentwicklung ermöglicht wird. Allerdings ist der Rückgriff bei der Bewertung allein auf „anerkannte Reifegradmodelle“ zu unbestimmt und birgt die Gefahr der Rechtsunsicherheit.

Der Gesetzgeber sollte deshalb konkrete Kriterien festlegen, an Hand derer der digitale Fortschritt von Krankenhäusern eindeutig messbar und bestimmbar ist. Die entsprechenden Parameter sollten dabei innerhalb der Reifegradmodelle verpflichtend aufgeführt werden, um belastbare Rückschlüsse auf den tatsächlichen Digitalisierungsgrad der Krankenhäuser zu erhalten. Diese Kriterien sollten einheitlich und möglichst standardisiert erfasst werden, um ein zu großes Interpretationspotential bei einer strukturierten Selbsteinschätzung der stationären Einrichtungen und damit gravierende Abweichungen bei der Beurteilung bestmöglich zu vermeiden.

Änderungsvorschlag

§ 14b (neu) KHG wird wie folgt formuliert:

„Das Bundesministerium für Gesundheit gibt eine begleitende Auswertung in Auftrag, aus der sich ergibt, inwieweit die Förderung mittelbar oder unmittelbar zu einer Verbesserung des digitalen Reifegrads der Krankenhäuser geführt hat. Im Rahmen dieser Auswertung ist der digitale Reifegrad der Krankenhäuser jeweils zum 30. Juni 2021 und zum 30. Juni 2023 unter Zugrundelegung anerkannter Reifegradmodelle festzustellen. Die Reifegradmodelle umfassen jedoch mindestens eine Analyse und Auswertung zur (... z. B. Qualitätssteigerung der Versorgung von Patienten im Krankenhaus) und zur (... z. B. People Performance - Angestelltenperspektive). Die Krankenhäuser übermitteln der vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragten Stelle auf deren Anforderung die für die Auswertung erforderlichen strukturierten Selbsteinschätzungen hinsichtlich des Umsetzungsstands digitaler Maßnahmen.“

Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser aufgrund von Sonderbelastungen durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 (§ 21 KHG)

1. § 21 Absatz 9 KHG

Die Krankenkassen erhalten als Grundlage für die Verhandlung über einen Erlösrückgang im Jahr 2020 Informationen über die krankenhausbetragene Höhe der ausgezahlten Ausgleichszahlungen nach Absatz 1. Diese krankenhausbetragene Aufstellung der von den Ländern übermittelten Finanzmittel darf den Vertragsparteien gemäß § 11 KHEntgG/BPflV jedoch nicht ohne weiteres zur Verfügung gestellt werden. Damit eine datenschutzrechtlich konforme Übermittlung erfolgen kann, ist eine eindeutige Klarstellung der Datenweitergabe an die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG/BPflV notwendig.

Änderungsvorschlag:

Nach § 21 Absatz 9 Satz 3 (neu) KHG wird der folgende Satz eingefügt:

„Die Länder übermitteln dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt eine krankenhausbetragene Aufstellung über die ausgezahlten Finanzmittel ohne die Beträge nach Absatz 5 Satz 1, der diese Aufstellung den Vertragsparteien gemäß § 11 KHEntgG/BPflV zur Verfügung stellt.“

2. § 21 Absätze 10 und 11 KHG

Der COVID-Erlösausgleich sollte für alle Kliniken verbindlich sein, da er im Jahr 2020 die regulären belegungsbezogenen Erlösausgleiche ersetzt. Datenbasis hierfür sollte ein Testat der Erlöse sein (zumeist im Rahmen des Jahresabschlusses). Die Ermittlung der Ausgleichsbeträge je Klinik erfolgt durch die Vertragsparteien gemäß § 11 KHEntgG/BPflV.

Ein Ausschluss von Mehrerlösausgleichen ist nicht akzeptabel, da hier Kliniken ohne nachvollziehbaren Grund bevorteilt werden. Mehrerlöse können sowohl durch Mehrleistungen oder durch Überzahlung in Folge der Gewährung der Leerbettenpauschale entstehen. Der Ausgleich bei Mehrleistungen sollte weiterhin wie in den Vorjahren zwischen der Klinik und den Krankenkassen vor Ort erfolgen. Bei Mehrerlösen in Folge von Zahlung von Leerbettenpauschale ist ein Zahlungsfluss entsprechend der Zahlungspflicht für Mindererlösausgleiche zu regeln, damit zwischen beiden Zahlungsflüssen ein Ausgleich erfolgen kann zu Begrenzung der Gesamtfinanzbelastung.

Eine Zahlungspflicht der Krankenkassen für Mindererlösausgleiche ist nur hinzunehmen, wenn auch Mehrerlösausgleiche einbezogen werden, um eine einseitige Kostenbelastung zu vermeiden. Hierzu ist insbesondere eine saldierte Gesamtbetrachtung des jeweiligen Krankenhauses über KHEntgG-Bereiche und BPfIV notwendig.

Zur Vermeidung von Streitigkeiten über die Höhe der variablen Sachkosten sollte das InEK einen um die variablen Sachkosten bereinigten Katalog für die Jahre 2019 und 2020 bereitstellen, der als Basis für die Erlösbereinigung dient.

Auf Grund der Kostentragung der Leerbettenpauschale durch den Bund respektive dem BAS und dem Gesundheitsfond kann die jeweilige Zahlung an bzw. von diesem in Höhe des von den Vertragsparteien gemäß §11 KHEntgG/BPfIV ermittelten Betrages erfolgen. Hierzu wären zusätzlich die Modalitäten gesetzlich zu regeln.

Änderungsvorschlag:

§ 21 Absatz 10 KHG wird wie folgt geändert:

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

2. Kriterien, anhand derer einein Erlösdifferenz-rückgang im Jahr 2020 gegenüber dem Jahr 2019 festgestellt wird, ...“

Nach Satz 4 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Für die Ermittlung der Erlösdifferenz werden die Erlöse der Jahr 2019 und 2020 um fallvariable Kosten bereinigt, hierzu stellt das InEK jeweils um diese Kosten bereinigte Kataloge (DRG und PEPP) zur Verfügung. Die bereinigten Erlöse aus dem Bereich KHEntgG und BPfIV werden saldiert betrachtet.“

§ 21 Absatz 11 KHG wird wie folgt geändert:

„(11) ~~Auf Verlangen eines Krankenhausträgers sind~~ Die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 oder Nummer 2 sind verpflichtet, ~~mit dem Krankenhausträger~~ auf Grund der Vereinbarung nach Absatz 10 Satz 1 oder der Festlegung nach Absatz 10 Satz 4 die Erlöse für die Jahre 2019 und 2020, die im Jahr 2020 gegenüber dem Jahr 2019 aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstandenen Erlösdifferenz rückgang sowie einen Ausgleich hierfür ~~für den Erlösrückgang~~ zu vereinbaren. Die Vereinbarung nach Satz 1 kann unabhängig von den Vereinbarungen nach § 11 Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 11 Absatz 1 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung getroffen werden. Die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 multiplizieren dieden

ermittelten Erlösdifferenz ~~rückgang~~ mit dem nach Absatz 10 Satz 1 Nummer 4 vereinbarten oder nach Absatz 10 Satz 4 festgelegten Ausgleichssatz. Sie können in begründeten Ausnahmefällen einen abweichenden Ausgleichssatz vereinbaren und mit ~~derdem~~ ermittelten Erlösdifferenz ~~rückgang~~ multiplizieren, wenn dies für einen sachgerechten Ausgleich ~~derdes~~ Erlösdifferenz ~~rückgang~~ erforderlich ist. Der nach Satz 3 oder Satz 4 errechnete Ausgleichsbetrag wird durch Zuschläge auf die Entgelte des laufenden oder eines folgenden Vereinbarungszeitraums ausgeglichen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht oder nicht vollständig zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 auf Antrag einer der Vertragsparteien nach Satz 1 innerhalb von sechs Wochen. Die Genehmigung der Vereinbarung nach Satz 1 oder der Festsetzung nach Satz 6 ist von einer der Vertragsparteien nach Satz 1 bei der zuständigen Landesbehörde zu beantragen. Die zuständige Landesbehörde erteilt die Genehmigung innerhalb von vier Wochen nach Eingang des Antrags, wenn die Vereinbarung oder die Festsetzung den Regelungen in diesem Absatz und in Absatz 10 sowie sonstigem Recht entspricht. § 14 Absatz 2 Satz 1 und 3 und Absatz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes gilt entsprechend. Unabhängig davon, ob eine Vereinbarung nach Satz 1 getroffen wird, sind Erlösausgleiche nach § 4 Absatz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 3 Absatz 7 der Bundespflegesatzverordnung für das Jahr 2020 ausgeschlossen.“

Im Übrigen wird auf die Ausführungen in der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes verwiesen.