

— **Stellungnahme**

der Deutschen Krankenhausgesellschaft

für die

— **Formulierungshilfe der Koalitionsfraktionen für einen
aus der Mitte des Deutschen Bundestages einzubrin-
genden**

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

vom 14. August 2020

Inhaltsverzeichnis

Allgemeiner Teil	3
Besonderer Teil	6
Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	6
Zu Artikel 1 bis 3 (§§ 1, 12 und 12a KHG)	
Verlängerung des Krankenhausstrukturfonds	6
Zu Artikel 1 Nr. 4 (§ 14a KHG)	
Einrichtung eines Krankenhauszukunftsfonds.....	8
Zu Artikel 1 Nr. 4 (§ 14b KHG)	
Evaluierung des digitalen Reifegrades der Krankenhäuser	10
Artikel 2 Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung	12
Zu Artikel 2 Nr. 8 (§ 19 KHSFV)	
Förderungsfähige Vorhaben des Krankenhauszukunftsfonds	12
Zu Artikel 2 Nr. 8 (§ 19 Abs. 2 KHSFV)	
Verwendung international anerkannter Standards zur Sicherstellung der Interoperabilität ...	16
Zu Artikel 2 Nr. 8 (§§ 20 bis 25 KHSFV)	
Förderungsfähige Kosten.....	17
Artikel 3 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	20
Zu Artikel 3 Nummer 2 (§ 136a Absatz 2 Satz 9 SGB V)	
Streichung des Bettenbezugs aus dem gesetzlichen Auftrag zur Festlegung von Mindestvorgaben für Psychotherapeuten in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung	20
Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	21
Sanktionierung bei Nicht-Vorhaltung digitaler Dienste.....	21
Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf	23

Allgemeiner Teil

Die Krankenhäuser begrüßen ausdrücklich, dass die große Bedeutung der Patientenversorgung in den Krankenhäusern sowohl für die Bewältigung der Covid-19-Pandemie als auch für die grundsätzlichen Herausforderungen einer qualitativ hochwertigen und modernen Gesundheitsversorgung anerkannt wird. Auch die Zielsetzung, dass hierzu eine moderne digitale und gute investive Ausstattung der Krankenhäuser notwendig ist, teilen die Krankenhäuser uneingeschränkt.

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

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

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

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

Förderung von Notaufnahmen (Artikel 2 Nr. 8 - § 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHSFV)

Als neuer Fördertatbestand wird die „Anpassung von Notaufnahmen eines Krankenhauses an den Stand der Technik“ geregelt. Zur Vermeidung von Überschneidungen soll jedoch zugleich die Förderung von „Vorhaben zur Bildung von integrierten Notfallstrukturen“ aus dem Krankenhausstrukturfonds in den Krankenhauszukunftsfonds überführt werden. Dies wird mit der Formulierung des neuen Gesetzestextes jedoch nicht umgesetzt. Die Formulierung des „alten“ Fördertatbestandes sollte unverändert über-

nommen und diese um den neuen Tatbestand ergänzt werden. Zudem sollte der neue Fördertatbestand anstatt mit dem unklaren Bezug „auf den Stand der Technik“ durch die Formulierung „bauliche und technische Maßnahmen zur Modernisierung“ ersetzt werden.

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

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

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

Vor dem Hintergrund der Erfahrungen aus der Corona-Pandemie begrüßen die Krankenhäuser ausdrücklich, dass neben der Anpassung von Patientenzimmern an besondere Behandlungserfordernisse auch die Umwandlung in Zwei- oder Einbettzimmer gefördert werden soll. Die vorgesehene Verknüpfung mit einem zwingenden Abbau von Planbetten greift jedoch aktiv in die Krankenhausplanung der Länder ein und unterstellt, dass die Länder ihre hoheitlichen Aufgaben nicht sachgerecht erfüllen. Die Krankenhäuser lehnen eine zwingende Reduzierung der Planbetten als Bedingung für eine Förderung nachdrücklich ab.

Evaluierung des digitalen Reifegrades (§ 14b KHG)

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

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

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

Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf

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

Besonderer Teil

Artikel 1

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

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

Verlängerung des Krankenhausstrukturfonds

Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

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

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

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

Stellungnahme

Die verbleibenden Fördermittel des ersten Krankenhausstrukturfonds (§ 12 Abs. 2 KHG) sollen der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt werden. Der Krankenhausstrukturfonds zielt auf eine Verbesserung der Krankenhausstrukturen ab, weshalb alle dafür bereitgestellten Mittel auch den Krankenhäusern zugutekommen sollten. Eine Rückführung der Mittel nach Durchführung des Nachverteilungsverfahrens in den Gesundheitsfonds mit der Begründung, dass dieses Verfahren für die Ministerien aufwandsarm durchgeführt werden kann, ist aus Sicht der Krankenhäuser nicht nachvollziehbar. Auf diesem Wege kämen die verbleibenden Mittel nicht den Krankenhäusern sondern den Krankenkassen zu Gute. Damit die nicht abgerufenen Mittel ihrem ursprünglichen Zweck zugeführt werden, ist eine ebenso aufwandsarme Überführung der Mittel in den neuen Krankenhauszukunftsfonds gemäß § 12a KHG sachgerecht.

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

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

Änderungsvorschlag

Die Krankenhäuser schlagen deshalb vor,

1. die aus dem ersten Krankenhausstrukturfonds nach § 12 KHG nicht abgerufenen Fördermittel in Höhe von 0,5 Millionen Euro in den aktuellen Krankenhausstrukturfonds nach § 12a KHG zu überführen.
2. neben der zeitlichen Verlängerung auch die Fördermittel um den jährlichen Förderbetrag von jeweils 500 Millionen Euro aufzustocken.

Zu Artikel 1 Nr. 4 (§ 14a KHG) **Einrichtung eines Krankenhauszukunftsfonds**

Beabsichtigte Neuregelung

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

Der Antrag auf Förderung des Krankenhauses wird beim Land gestellt. Das Land entscheidet, welchen Anträgen stattgegeben wird. Sie entscheiden ebenfalls über das zu fördernde Vorhaben und über weitere, damit verbundene Vorgaben für das antragstellende Krankenhaus. Für den Auswahlprozess können weitere Institutionen nach Ermessen der Landesbehörde hinzugezogen werden.

Die allgemeinen Voraussetzungen (§ 14a Abs. 4 KHG) für die Förderung werden analog zum Krankenhausstrukturfonds geregelt. Abweichend ist, dass das Land, der Träger oder beide gemeinsam als „Ko-Finanzierung“ mindestens 30 Prozent der förderungsfähigen Kosten des Vorhabens tragen müssen. Nicht zweckentsprechend eingesetzte Mittel sind vom Krankenhausträger an das Bundesamt für Soziale Sicherheit (BAS) zurückzuzahlen.

Stellungnahme

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

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

Die Verpflichtung, mindestens 15 Prozent der beantragten Mittel für Maßnahmen zur Förderung der IT-Sicherheit vorzusehen, trägt dem Umstand Rechnung, dass IT-Sicherheit eine Grundlage für Digitalisierung im Zusammenhang mit medizinischen Anwendungen darstellt (§ 14a Abs. 1 KHG). Auch die Förderung nicht-digitaler Komponenten ist sachgerecht. Dabei kann es jedoch infolge thematischer Bezüge, rechtlicher oder organisatorischer Anforderungen zu einer Differenzierung im Antragsgeschehen kommen, bei der inhaltlich und ggf. auch zeitlich getrennte Fördervorhaben eines Trägers beantragt werden (z. B. bautechnische Anpassungen der Notaufnahme sowie Beschaffung einer Firewall-Lösung). Hier sollten keine unnötigen Hürden bei der Beantragung der Mittel geschaffen werden, indem z. B. eine bauliche Maßnahme, die von weiteren, ggf. flankierenden Fördervorhaben zur IT-Sicherheit begleitet wird, zwangsweise ebenfalls einen Anteil für IT-Sicherheit von mindestens 15 Prozent aufweisen muss.

Die fortgesetzte Nicht-Berücksichtigungsfähigkeit der Hochschulkliniken im Bereich der Binnendigitalisierung mag durch den untrennbaren Zusammenhang der Aufgabenstellungen Forschung, Lehre und Krankenversorgung in die ausschließliche Verantwortung der Länder verwiesen werden. Dies darf jedoch nicht über den auch die Hochschulkliniken betreffenden Investitionsstau hinwegtäuschen.

Die Erfahrungen mit dem bereits bestehenden Strukturfonds zeigen, dass die gesetzlichen Krankenkassen, die derzeit ein Mitspracherecht bei der Beantragung der Mittel beim Bundesamt für Soziale Sicherheit (BAS) haben, insbesondere Förderanträge zur Verbesserung der IT-Sicherheit der Krankenhäuser in fast allen Bundesländern blockieren und stattdessen einseitig Maßnahmen zum Abbau von Krankenhauskapazitäten unterstützen. Insofern ist es richtig, dass der Auswahlprozess nicht notwendiger Weise im Einvernehmen mit den Krankenkassen durchzuführen ist. Dass die Länder allerdings die Möglichkeit erhalten, bei Bedarf andere Institutionen hinzuziehen zu können, ist nachvollziehbar (§ 14a Abs. 3).

Es ist ebenfalls nachvollziehbar, dass sich die Voraussetzungen (§ 14a Abs. 4 KHG) am aktuellen Strukturfonds orientieren. Ausdrücklich zu begrüßen ist, dass im Vergleich zum aktuellen Strukturfonds ein geringerer Anteil der Fördermittel bzw. Kosten im Rahmen der Ko-Finanzierung der Länder und Krankenhäuser zu tragen ist, so dass Vorhaben mit einer höheren Wahrscheinlichkeit umgesetzt werden können. Die Krankenhäuser halten allerdings für bedenklich, dass die Möglichkeit besteht, den von Ländern und Trägern zu entrichtenden Betrag (30 Prozent) auch alleine durch den Träger finanzieren zu lassen. Dies würde dazu führen, dass das Krankenhaus die Investitionsvorhaben in erheblicher Größenordnung aus Eigenmitteln und ggf. durch Querfinanzie-

zung aus Betriebsmitteln zu bewältigen hätte. Wie auch in der Begründung zur Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen dargelegt wird, wäre dadurch die notwendige Investitions- und Zukunftsfähigkeit der Häuser nicht gesichert. Um eine künftige „Beeinträchtigung der Versorgungs- und Pflegequalität zu verhindern“, ist die volle Finanzierung durch das Land zu befürworten. Denn auch eine Finanzierung über einen Kredit, wie in der Begründung vorgeschlagen, muss aus Eigenmitteln des Krankenhauses finanziert werden. Hinzu kommt, dass die wirtschaftliche Lage eines Großteils der Krankenhäuser in Deutschland bereits vor Ausbruch der Pandemie äußerst angespannt war. Die unzureichende Bereitstellung von Investitionsfördermitteln durch die Länder hat dazu maßgeblich beigetragen. Der staatliche Rettungsschirm zur Abfederung der finanziellen Belastungen der Krankenhäuser infolge der Corona-Pandemie konnte eine Verschlechterung der Lage für viele Kliniken verhindern, die Gesamtsituation aber nicht verbessern. Auch vor diesem Hintergrund darf die gesetzliche Umsetzung des Zukunftsprogrammes keine Übernahme der Kosten der Maßnahmen durch die Krankenhausträger vorsehen.

Änderungsvorschlag

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

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

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

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

Zu Artikel 1 Nr. 4 (§ 14b KHG)

Evaluierung des digitalen Reifegrades der Krankenhäuser

Beabsichtigte Neuregelung

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

Stellungnahme

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

Änderungsvorschlag

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

Artikel 2

Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung

Zu Artikel 2 Nr. 8 (§ 19 KHSFV)

Förderungsfähige Vorhaben des Krankenhauszukunftsfonds

Beabsichtigte Neuregelung

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

Im Folgenden wird auf ausgewählte Vorhaben kurz eingegangen.

Stellungnahme

Nr. 1 Anpassung von Notaufnahmen

Unter Nummer 1 ist die Anpassung von Notaufnahmen an den aktuellen Stand der Technik aufgeführt. In Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe aaa KHZG ist der beim aktuellen Strukturfonds gestrichene Fördertatbestand der „Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen“ in § 19 Abs. 1 Nr. 1 KHSFV in veränderter Form wieder aufgenommen worden. Gemäß der Begründung soll dieser Fördertatbestand zur Vermeidung von Überschneidungen in den neuen Fonds überführt werden. Aus der aktuellen Formulierung lässt sich jedoch nicht erschließen, dass alle Vorhaben, die eine Verbesserung der integrierten Notfallversorgung zum Ziel haben, auch weiterhin gefördert werden, wie in der Begründung (zu Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe aaa) beabsichtigt. Ausschließlich aus der Begründung geht hervor, dass auch bauliche Maßnahmen, beispielsweise die räumliche Anpassung an die Barrierefreiheit, förderungsfähig sein sollen. Die Krankenhäuser schlagen eine Harmonisierung der beabsichtigten Fördertatbestände, die sich aus der Begründung zu Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe aaa ergeben, und dem Gesetzestext unter § 19 Abs. 1 Nr. 1 KHSVF vor. Dazu sollte die alte Formulierung des Fördertatbestandes unverändert übernommen und diese um die neuen Tatbestände ergänzt werden. Zudem sollte dabei auf die Formulierung „an den Stand der Technik“ verzichtet werden, da dies nicht näher definiert werden kann und somit Fehlinterpretationen zu befürchten sind.

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

Mitunter lange Wartezeiten im Rahmen von Aufnahme- und Entlassprozessen im Krankenhaus sind insbesondere aus Sicht der Patientinnen und Patienten ein mithilfe digitaler Prozesse ggf. vermeidbarer Stressfaktor. Self-Services, wie beispielsweise ein Self-Service-Check-In, können dabei die Erwartungshaltung der Patientinnen und Patienten

in der heutigen medialen Welt, selbst aktiv z. B. über das Smartphone mit der Umgebung zu interagieren, erwartungsgerecht abbilden. Zwar bieten sich solche Lösungen nicht für jeden Fall an, da eine Self-Service-Administration für den Erstbesuch des Patienten in der Komplexität teils sehr weitreichend ist (Anlage des Behandlungsfalles etc.). Die Nutzung digitaler Möglichkeiten, um darüber hinaus ggf. auch den Status im aktuellen Versorgungspfad ableiten zu können, dürfte aus Sicht der Patientinnen und Patienten jedoch zu einer positiven Erfahrung des in aller Regel durch Gesundheitsbeschwerden initiierten Behandlungsaufenthaltes beitragen.

Der Fördertatbestand wird deshalb begrüßt.

Nr. 3 Durchgehende elektronische Dokumentation

Mit dem Ziel, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Krankenhaus wieder mehr Zeit für die Pflege „am Bett“ zu ermöglichen, kann eine durchgehend elektronische, weitgehend automatisierte und sprachbasierte Dokumentation von Pflege- und Behandlungsleistungen erhebliches Optimierungspotential bergen. Allerdings zeigen sich gerade in diesen Bereichen technische Limitierungen, die einem effektiven Einsatz an vielen Stellen heute noch entgegenstehen.

Der Fördertatbestand wird begrüßt.

Nr. 4 Klinische Entscheidungsunterstützungssysteme

Elektronische Entscheidungsunterstützungssysteme gewinnen gerade im Kontext immer komplexer werdender Szenarien und Datenmengen (Big Data) zunehmend an Bedeutung. Von elektronisch unterstützter Arzneimitteltherapiesicherheit bis zur KI-basierten Karzinomdiagnose stellen Entscheidungsunterstützungssysteme Beispiele für innovative Verfahren im Krankenhaus dar, die ohne Digitalisierung nicht denkbar sind. Jedoch muss auch gesellschaftlichen und ethischen Fragestellungen Rechnung getragen werden. Insbesondere vollautomatisierte Entscheidungsunterstützungssysteme müssen hier weiterhin mit unverstelltem Blick betrachtet und bewertet werden.

Grundsätzlich wird dieser Fördertatbestand jedoch begrüßt.

Nr. 5 Digitales Medikationsmanagement

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

Dieser Fördertatbestand wird begrüßt.

Nr. 6 Digitaler Leistungsanforderungsprozess

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

Dieser Fördertatbestand wird begrüßt.

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

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

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

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

Nr. 8 Online-basiertes Versorgungsnachweissystem (IVENA)

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

Dieser Fördertatbestand wird aus diesem Grund begrüßt.

Nr. 9 Aufbau telemedizinischer Netzwerkstrukturen

Der Aufbau telemedizinischer Angebote war in der Vergangenheit häufig von regionalen Angeboten mit begrenzter Dauer geprägt. Die Schaffung geeigneter infrastruktureller Rahmenbedingungen könnte dabei helfen, eine Verstetigung dieser Angebote umzusetzen. Gleichzeitig bedarf es auch angemessener Vergütungsstrukturen, um bestehende Pilotprojekte auch jenseits der technischen Ebene in eine dauerhafte Anwendung zu überführen.

Dieser Fördertatbestand wird begrüßt.

Nr. 10 Verbesserung der IT-Sicherheit

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

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

Dieser Fördertatbestand wird daher ausdrücklich begrüßt.

Nr. 11 Anpassungen von Patientenzimmern

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

Änderungsvorschlag

§ 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHSFV wird wie folgt geändert:

1. **Vorhaben zur Bildung von integrierten Notfallstrukturen sowie bauliche und technische Maßnahmen zur Modernisierung Anpassung** von Notaufnahmen eines Krankenhauses ~~an den Stand der Technik~~

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

11. Vorhaben zur Anpassung von Patientenzimmern an die besonderen Behandlungserfordernisse im Fall einer Epidemie, insbesondere durch Umwandlung von Zimmern mit mehr als zwei Betten in Ein- oder Zweibettzimmer, ~~sofern das Vorhaben zu einer entsprechenden Verminderung der Zahl der krankenhausplanerisch fest-gesetzten Betten führt.~~

Zu Artikel 2 Nr. 8 (§ 19 Abs. 2 KHSFV)

Verwendung international anerkannter Standards zur Sicherstellung der Interoperabilität

Beabsichtigte Neuregelung

Förderfähige Vorhaben müssen zur Herstellung einer durchgehenden einrichtungsin-ternen und einrichtungsexternen Interoperabilität digitaler Dienste international anerkannte technische, syntaktische und semantische Standards verwenden. Bei der Generierung von potentiell für die elektronische Patientenakte (ePA) relevanten Dokumenten und Daten müssen diese in die ePA übertragen werden können. Dabei muss die noch ausstehende Verordnung zu Festlegungen der offenen und standardisierten Schnittstellen für informationstechnische Systeme beachtet werden und eine durchgehende Berücksichtigung von Maßnahmen zur Gewährleistung von IT-Sicherheit nach dem Stand der Technik gewährleistet sein.

Stellungnahme

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

Die Berücksichtigung von Maßnahmen zur Gewährleistung der Informationssicherheit auf dem Stand der Technik wird begrüßt.

Änderungsvorschlag

Nach § 19 Absatz 1 Nummer 11 (neu) wird folgende Nummer 12 (neu) eingefügt:

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

Zu Artikel 2 Nr. 8 (§§ 20 bis 25 KHSFV)

Förderungsfähige Kosten

Beabsichtigte Neuregelung

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

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

Die Antragstellung gem. § 22 KHSFV ist analog dem Verfahren zum Strukturfonds gewählt. Neben den Nachweisen der bereitgestellten Landesinvestitionsmittel und des Nachweises über die IT-Förderungsquote von 15 Prozent sind die Belege der förderungsfähigen Vorhaben gem. § 19 KHSFV gelistet. Die Regelungen zu den Auszahlungsbescheiden des Bundesamtes für Soziale Sicherung (§ 23 KHSFV) wurden ebenfalls analog der bisherigen KHSFV angepasst. Gleiches gilt für die Regelungen im Fall von Rückforderungen (§ 24 KHSFV).

Auch der Nachweis über die zweckentsprechende Mittelverwendung, der mit § 25 KHSFV geregelt wird, lehnt sich an den vorhandenen Passus der aktuellen KHSFV an. Der Stichtag der Übermittlung bleibt auch beim Krankenhauszukunftsfonds der 01. April, erstmals im Jahr 2021. Das BAS erhält von den Landesbehörden den aktuellen Stand der Umsetzung der Vorhaben, ggf. den Nachweis des beauftragten IT-Dienstleisters sowie Zwischenergebnisse über den Einsatz der zweckentsprechenden Mittel oder eine Erläuterung, warum die Prüfung nicht durchgeführt wurde. Darüber hinaus müssen Angaben zu Höhe und weitere unterstützende Unterlagen eingereicht werden, damit zum einen gesichert ist, dass die Bestimmungen (§ 14a Abs. 4 Satz 1 KHG)

eingehalten wurden und um den für die Krankenhäuser und die Länder jeweils entsprechenden Erfüllungsaufwand abzubilden. Die zuständigen Landesbehörden haben die Richtigkeit der Verwendungsnachweise der Träger nachzuweisen. Dazu gehören auch Begehungen vor Ort. Nach der Mitteilung des Landes an das BAS, kann das BAS weitere Dokumente anfordern, die die zweckentsprechende Mittelverwendung bewertbar machen.

Stellungnahme

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

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

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

Die unter § 21 KHSFV genannten Verwaltungsaufgaben des BAS sind sachgerechter Weise weitestgehend vom derzeitigen Strukturfonds übernommen. Der neue Absatz 2 hingegen regelt, dass für Vorhaben nach § 19 Abs. 1 Nr. 2 bis 6 Richtlinien seitens des BAS erlassen werden, um die Voraussetzungen für diese förderfähigen Vorhaben zu prüfen. Da diese noch nicht bekannt sind, ist eine Beurteilung zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich.

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

Aus Sicht der Krankenhäuser sind die Nachweise der zweckentsprechenden Mittelverwendung (§ 25 KHSFV) analog der Regelungen zum KHSFV sachgerecht. Die „aussagekräftigen Unterlagen“ belegen eine zweckentsprechende Mittelverwendung. Darüber hinaus kann die entsprechende Landesbehörde eigens festlegen, welche Maßnahmen ergriffen werden können, um die Richtigkeit des Verwendungszwecks nachzuweisen. Sofern die vorgebrachten Unterlagen die Zweckmäßigkeit nicht ausreichend sicherstellen, sollte es der Landesbehörde frei stehen, zusätzlich geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um den zweckentsprechenden Mitteleinsatz zu belegen. Dabei sollte die Landesbehörde in ihrem eigenen Ermessen die Maßnahmen frei wählen dürfen, wenn die vorgebrachten Belege zweifelhaft sind.

Änderungsvorschlag

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

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

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

Artikel 3

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Artikel 3 Nummer 2 (§ 136a Absatz 2 Satz 9 SGB V)
Streichung des Bettenbezugs aus dem gesetzlichen Auftrag zur Festlegung von Mindestvorgaben für Psychotherapeuten in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

Beabsichtigte Neuregelung

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

Stellungnahme

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

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

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Artikel 4

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Sanktionierung bei Nicht-Vorhaltung digitaler Dienste

Beabsichtigte Neuregelung

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

Stellungnahme

In der Drohung mit Vergütungsabschlägen gegenüber Krankenhäusern manifestiert sich erneut die Vorstellung, Krankenhäuser müssten zu mehr Digitalisierung gezwungen werden. Das Gegenteil ist der Fall. Krankenhäuser können heute an vielen Stellen notwendige Digitalisierungsprojekte nicht voranbringen, da nachhaltige Vergütungsstrukturen fehlen oder bereits die notwendigen Investitionsmittel seitens der Bundesländer nicht zur Verfügung gestellt werden. Hieran wird wahrscheinlich auch die in Summe hohe, für das einzelne Krankenhaus jedoch überschaubare Förderung im Rahmen dieses Gesetzentwurfes zunächst nichts ändern, sollte der Impuls des Gesetzgebers ohne nachhaltige Wirkung bei den Bundesländern verpuffen.

Darüber hinaus verkennt ein System von Abschlägen auch die aktuell erneut beobachtbare Situation, in der sich Krankenhäuser in einer Gemengelage zwischen gesetzlichen Anforderungen, Anforderungen im Kontext der Patientenversorgung und den Interessen der Industrie außer Stande sehen, auch nur theoretisch den gesetzlichen Anforderungen zu genügen, da sie an entscheidenden Stellen von der Bereitstellung benötigter Systeme, Komponenten und Schnittstellen durch Dritte abhängen.

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

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

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

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

Änderungsvorschlag

§ 5 Absatz 3f (neu) KHEntgG wird wie folgt geändert:

„Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren für die Zeit ab dem **[18 Monate nach Inkrafttreten] 1. Januar 2025** einen **Abschlag Zuschlag** in Höhe von bis zu 2 Prozent des Rechnungsbetrags für jeden voll- und teilstationären Fall, ~~sofern ein Krankenhaus keine für die Einführung von~~ digitalen Diensten im Sinne des 14a Absatz 1 und Absatz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 19 Absatz 1 Nummer 2 bis 6 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung ~~bereitstellt~~. Das Nähere zur Umsetzung des **Abschlages Zuschlages** nach Satz 1 regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft in der Vereinbarung nach § 291a Absatz 7a Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Dabei haben sie auch Regelungen zu vereinbaren, nach denen sich die konkrete Höhe des **Abschlages Zuschlages** nach der Anzahl der ~~grundsätzlich bereitgestellten geplanten~~ Dienste ~~und deren tatsächlicher Nutzungsquote~~ richtet. **Die Verwendung der Mittel für die digitalen Dienste ist vom Krankenhaus geeignet nachzuweisen.**“

Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf

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

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

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

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

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