



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zur Ergänzung der Formulierungshilfe für die Koalitionsfraktionen für
einen aus der Mitte des Deutschen Bundestages einzubringenden Entwurf
eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser

(Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG)

Berlin, 25.08.2020

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs	3
2. Stellungnahme im Einzelnen	6
Zu Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes).....	6
Zu Nummer 3 (§ 12a KHG)	6
Zu Nummer 4 (Krankenhauszukunftsfonds – § 14a KHG)	7
Evaluierung des digitalen Reifegrades der Krankenhäuser – § 14b KHG	9
Zu Artikel 2 (Änderungen der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)	10
Zu Artikel 3 (Änderungen des fünften Buches der Sozialgesetzgebung)	11
Zu Artikel 4 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)	12
§ 5 KHEntgG – Einfügung Absatz 3f.....	12

1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs

Die Bundesärztekammer unterstützt die mit dem vorgelegten Entwurf verbundene Intention, das am 3. Juni 2020 durch den Koalitionsausschuss beschlossene „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ auf den Weg zu bringen. Als Konsequenz aus den Erfahrungen der ersten Phase der Corona-Pandemiebewältigung sollen so drei Milliarden Euro für eine moderne Ausstattung der Kliniken zur Verfügung gestellt werden.

Die Situation im Frühjahr 2020 hat deutlich gemacht, dass ein weiteres Aufschieben des über die Jahre kumulierten Investitionsbedarfes der Kliniken nicht mehr tragbar ist und unter den besonderen Bedingungen einer Pandemie sowohl medizinisch als auch wirtschaftlich bedrohliche Konsequenzen für die Gesellschaft nach sich zieht.

Die Bundesärztekammer befürwortet deshalb, dass unter Wahrung der Dualität der Zuständigkeiten zwischen Bund und Ländern eine additive Finanzierung des investiven Bedarfs in Höhe von drei Milliarden Euro angestrebt wird. Die Bundesärztekammer teilt die Einschätzung, dass die seit vielen Jahren bestehende unzureichende Investitionsmittelfinanzierung der Länder zu einer Verschiebung von Betriebsmitteln in den investiven Bereich geführt hat. Da hierunter insbesondere die personelle Ausstattung leidet, sind diese Finanzierungsmängel konsequent zu beseitigen. Gleichzeitig muss aber deutlich gemacht werden, dass der Betrag für die intendierten Förderziele als zu gering eingeschätzt wird und auf fünf Milliarden Euro erhöht werden sollte.

Der vorliegende Entwurf sieht vor, dass mit den zusätzlichen Finanzmitteln insbesondere Investitionen in die Digitalisierung und in eine moderne technische Ausstattung ermöglicht werden sollen. Gleichzeitig soll die Souveränität der Patienten gestärkt, die medizinische Versorgung und die Mitarbeiterzufriedenheit verbessert sowie die Versorgungsqualität und die Zukunftsfestigkeit erhöht werden. Ebenso sollen mit diesen Finanzmitteln Notfallkapazitäten räumlich ausgebaut und digital optimiert werden. Wenn, wie bisher vorgesehen, eine Integration der Förderanliegen zum Ausbau der Notfallversorgung ebenfalls Bestandteil des Zukunftsprogramms Krankenhäuser werden soll, muss ein angemessenes Fördervolumen vom Bund auf fünf Milliarden Euro aufgestockt werden. Zudem sollte eine Quotierung der für die Notfallversorgung sowie die Digitalisierung zu verwendenden Fördermittel von Anfang an vorgesehen werden.

Die Bundesärztekammer unterstützt die Zielsetzung, weist aber auf die Begrenztheit der finanziellen Ressourcen für diese Agenda hin.

Dies gilt umso mehr, da der vorliegende Entwurf den mit den Aufgabenstellungen verbundenen personellen Bedarf kaum berücksichtigt. Dieser wird aber sowohl in der Notfallversorgung als auch in der Digitalisierung einen erheblichen Teil der Kosten ausmachen, wenn die geplanten Investitionen nachhaltig wirken sollen. Die Zahl der zur Verfügung stehenden Notfallmediziner wie auch insbesondere der IT-Experten für Kliniken ist begrenzt. Die geplante Erhöhung des Digitalisierungsgrades muss diesen Personalbedarf in ausreichendem Maß berücksichtigen, anderenfalls würde es wieder zu Quersubventionierungen innerhalb des Krankenhauses mit den bekannten Folgen für die Patientenversorgung kommen.

Bedingt durch die grundgesetzlich verbrieft Zuständigkeit der Bundesländer für die Krankenhausplanung und die Krankenhausinvestitionsfinanzierung wird in dem vorliegenden Entwurf der Weg über die Einrichtung eines Krankenhauszukunftsfonds gewählt. Die Umsetzung soll über eine gesetzliche Erweiterung des schon etablierten Krankenhausstrukturfonds erfolgen. Damit wird ein Konstrukt gewählt, dass seit einigen Jahren Investitionsförderungen im Sinne der Verbesserung regionaler stationärer Versorgungs-

strukturen ermöglicht und gleichzeitig zeigt, dass eine Bund-Länder-Kofinanzierung funktionieren kann. Bei der Ausgestaltung des neuen Krankenhauszukunftsfonds sollte aus Sicht der Bundesärztekammer allerdings auf die geplante Kopplung von Förderung in Verbindung mit einer Reduktion der Bettenkapazität verzichtet werden. Die aktuelle Bewältigung der ersten Phase der Pandemie ist nur deshalb gelungen, weil Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern über ein ausreichendes Maß an Krankenhausbetten verfügt und gleichzeitig in relativ kurzer Zeit weitere Kapazitäten ausbauen konnte.

Grundsätze des Antragsverfahren: Die notwendigen Antragsverfahren sind so unbürokratisch wie möglich auszugestalten. Weitere pauschale Fördermöglichkeiten sollten ergänzend genutzt werden können.

In einem „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ muss jetzt deutlich werden, dass die zentralen Lektionen der Pandemie erkannt worden sind und zu einem Paradigmenwechsel in der Beurteilung der Gesundheitsversorgung führen. Die Zukunftsfähigkeit der Kliniken in Deutschland sollte daher zwingend mit einer strukturellen Verbesserung einhergehen, welche sich am regionalen Versorgungsbedarf orientiert und zugleich Kapazitäten erhält. Ein einseitiger Fokus auf eine Standortreduktion wird dem nicht gerecht.

Die vorgesehene Finanzierungsbeitrag der Länder in Höhe von jeweils 30 Prozent der Fördermittel ist sachgerecht. Die ebenfalls geplante Option einer alleinigen Übernahme der Kofinanzierung durch einzelne Krankenhausträger wird jedoch als nicht zielführend abgelehnt. Die Chancen zur Teilnahme an einer Optimierung der Notfallversorgung, einer Erhöhung des Digitalisierungsgrades der Kliniken sowie einer Verbesserung des sektorenübergreifenden Versorgungsansatzes sollten bei einem bundesweiten Förderprogramm für alle Kliniken gegeben sein. Schon jetzt aber ist nach ersten Schätzungen des Bundes, der Länder sowie der Städte und Kommunen absehbar, dass es als Folge der Pandemie und des Lockdowns zu erheblichen Steuerausfällen kommen wird. Weitere Ausfälle sind zu erwarten. So werden viele Kliniken trotz eines realen Innovationsbedarfes absehbar nicht die notwendige Kofinanzierung für eine mögliche Teilnahme an dem neuen Förderprogramm aufbringen können.

Das „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ sollte keine einseitige Bevorzugung von finanziell gut alimentierten oder von Investoren massiv unterstützten Trägerstrukturen ermöglichen. Dass finanziell gut gestellte Krankenhausträger z. B. mit finanzieller Unterstützung von finanzstarken IT-Unternehmen auf diesem Weg einen Wettbewerbsvorteil erlangen können, kann nicht Sinn und Zweck eines bundesweiten Zukunftsprogramms für Krankenhäuser sein. Es besteht unter den Bedingungen des DRG-Systems zudem die Gefahr von Fehlanreizen zu Lasten einer ausgewogenen Patientenversorgung, wenn und insoweit Finanzmittel für solche Investitionen durch nicht bedarfsnotwendige Leistungsausweitung oder Fokussierung auf lukrative Leistungen oder unerwünschte Einsparungen bei Personal- und Sachkosten erzielt werden. Der Modus der Kofinanzierung muss daher dem des etablierten Krankenhausstrukturfonds einer primären Kofinanzierung durch die Länder entsprechen. Wettbewerbsverzerrungen sowie Fehlanreize müssen von Anfang an vermieden werden. Damit wird zugleich auch der notwendige und sachgerechte Abgleich mit den Vorhaben der jeweiligen Landeskrankenhaushausplanung gewährleistet. Im Gegenzug haben die Bundesländer aus Sicht der Bundesärztekammer zu gewährleisten, dass es bei der Inanspruchnahme von Fördermitteln zu keiner Kürzung der sonstigen Investitionsfinanzierung kommt. Zudem darf es zu keiner missbräuchlichen Nutzung der Fördermittel im Sinne einer „Gewinnabschöpfung“ durch Träger zu Gunsten Dritter (Investoren) kommen.

Digitalisierung: Im Rahmen der notwendigen Förderung der Digitalisierung muss der Nutzen für Patienten, Ärztinnen und Ärzte sowie den Fachberufen im Gesundheitswesen im Vordergrund stehen. Förderungswürdig sollten daher nur Digitalisierungsprojekte sein, bei denen ersichtlich ist, dass Patienten und/oder die Beschäftigten in den Kliniken einen realen

Mehrwert (wie z. B. mehr Zeit für die Patientenversorgung durch beschleunigte Vorgänge oder Verbesserungen durch automatisierbare Auswertungen beispielsweise bei bildgebender Diagnostik) haben. Medizinischer Nutzen und Komplexitätsreduktion sollten grundlegende Voraussetzungen für die Förderungswürdigkeit sein.

Der vorliegende Entwurf kann dazu beitragen, die Zukunftsfähigkeit der Kliniken in bestimmten Bereichen zu verbessern. Dies trifft auch für die geplante Streichung der bettenbezogenen Mindestvorgaben für die Berufsgruppe der Psychotherapeuten im § 136a Abs. SGB V zu, die bei weiteren Vorgaben durch den Gemeinsamen Bundesausschuss mehr Flexibilität, Sachgerechtigkeit und Berücksichtigungsfähigkeit moderner Versorgungsansätze wie die sektorenübergreifende und stationersetzende Versorgung ermöglichen kann. Bisher kann die in der Psychiatrie und Psychosomatik leitlinienkonform notwendige Behandlungsmethode der Psychotherapie und deren personeller Aufwand nur unzureichend abgebildet und berücksichtigt werden. Die vorgesehene Aufwertung der Psychotherapie ist daher richtig und notwendig. Zugleich ist aber auf bereits vorliegende interprofessionelle Konzepte der Fachgesellschaften hinzuweisen, die gut begründete, am Versorgungsbedarf der Patienten orientierte, ausreichend flexible Vorschläge zum Personalbedarf, insbesondere auch der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, aber auch weiterer Berufsgruppen des therapeutischen Teams vorlegen. Die Bundesärztekammer sieht in der Abkehr von bettenbezogenen Mindestvorgaben eine Chance für derartige, am tatsächlichen Versorgungsbedarf der Patienten und an neuen Versorgungsformen orientierte Konzepte.

Die mit dem Gesetzgebungsverfahren ebenfalls geplante Schaffung von neuen Kompensationsregelungen, für die in den Kliniken 2020 schon entstanden und noch entstehenden finanziellen Ausfälle, ist sachgerecht und geboten. Für die Jahre 2020 bis 2022 muss davon ausgegangen werden, dass durch die pandemiebedingten Einschränkungen und ein geändertes Verhalten der Patienten die Fallzahlen auf dem Niveau des Regelbetriebs der Vorjahre nicht erreicht werden. Zudem haben die Kliniken krisenbedingt erhebliche Mehraufwendungen für Infrastruktur, Personal, Schutzausrüstungen und erweiterte Hygienemaßnahmen auf sich nehmen müssen. Von diesem Mehrbedarf ist dauerhaft auszugehen, wenn auch mit regionaler Varianz.

Angesichts der damit verbundenen Belastungen der Kliniken und insbesondere des für die Behandlung schwer an Covid-19 Erkrankter in Anspruch genommenen Personals ist der Gesetzgeber gehalten, sicherzustellen, dass die bundeseinheitlich zu vereinbarenden Vorgaben für die krankenhausindividuell zu führenden Verhandlungen zeitnah und unbürokratische Abschlüsse ermöglichen, um jeglichen weiteren Zeitverzug unterbinden zu können.

Die geplante Kompensationsregelung kann nur dann erfolgreich sein, wenn daraus für die Kliniken und deren Beschäftigte eine erhöhte Planungssicherheit und Angemessenheit der Refinanzierung resultiert. Dies muss auch eine bisher noch nicht vorgesehene Verlängerung der im Frühjahr neu geschaffenen pauschalen Finanzhilfen nach § 21 KHG über den 30. September 2020 bis (mindestens) zum 31. Dezember 2020 umfassen. Bis zu diesem Termin haben die Vertragsparteien auf Bundesebene entsprechend des vorliegenden Entwurfes Rahmenbedingungen für die Feststellung des SARS-CoV-2 bedingten Erlösrückgangs zu vereinbaren. Gerade im 4. Quartal 2020 darf es zu keiner Einschränkung der schon jetzt schwierigen (Personal-) Planungssicherheit in den Kliniken kommen.

Die Bundesärztekammer erwartet, dass die Krankenhäuser die Finanzierung auch gezielt für die Personalförderung einsetzen.

Insgesamt steht allerdings unabhängig von diesem Gesetzesentwurf aus Sicht der Bundesärztekammer das eigentliche Zukunftsprogramm noch aus:

Eine umfassende und bedarfsgerechte Reform der Finanzierung der stationären Versorgung, eine zukunftsorientierte Betriebsmittel- und Investitionsfinanzierung der Kliniken unter Berücksichtigung der Vorhaltekosten sowie eine aktive Krankenhausplanung.

2. Stellungnahme im Einzelnen

Zu Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Zu Nummer 3 (§ 12a KHG)

Zu aa) § 12a Abs. 1 S. 1 KHG

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem vorliegenden Entwurf soll die Laufzeit des schon etablierten Krankenhausstrukturfonds um zwei Jahre bis Ende 2024 verlängert werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Der Änderung wird zugestimmt. Bedingt durch die Pandemie haben und werden sich die zuständigen Landesbehörden verstärkt mit der aktuellen Krisenbewältigung befassen. Damit ist mindestens bis 2021 davon auszugehen, dass geplante und weitere in Diskussion befindliche Anträge auf Förderung strukturverbessernder Vorhaben erst verzögert gestellt werden können. Damit würde den Ländern die Möglichkeit genommen, die im Fonds verfügbaren und dringend erforderlichen Fördermittel als Kofinanzierung zu den auf Landesebene in Planung befindlichen Projekten in Anspruch nehmen zu können.

Allerdings sollte eine Erhöhung der derzeit noch bis 2022 geplanten Mittel in Höhe von zwei Milliarden Euro (je 500 Mio. Euro für die Jahre 2019 bis 2022) für die dann anstehende Laufzeit bis 2024 dringend übergeprüft werden, da gerade für die nächsten drei bis fünf Jahre mit einer zusätzlichen Verschlechterung der Finanzlage der Bundesländer angesichts der Fülle neuer Herausforderung zu rechnen ist. Wenn, wie von der Bundesregierung angestrebt, ein Einbruch der Klinikkapazitäten in den nächsten Monaten und Jahre vermieden werden soll, dann wird eine Erhöhung unausweichlich.

Zu bb) § 12a Abs. 1 S. 4 KHG

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur Vermeidung der Überschneidungen der Fördertatbestände des Krankenhausstrukturfonds und des geplanten Krankenhauszukunftsfonds soll die Förderung von Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen aus dem Krankenhausstrukturfonds in das Krankenhauszukunftsfondsprogramm übernommen werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Der Mehrwert einer Verschiebung des Fördertatbestands hin zur Notfallmedizin ist nur bedingt ersichtlich. Kliniken sollten insbesondere in diesem für die Daseinsvorsorge und Krisenbewältigung so relevanten Bereich schnell und umfassend unterstützt werden.

Wenn diese Verlagerung aus systematischen Gründen unumgänglich erscheint, sollte eine (enge) Frist für die Übernahme, Bearbeitung und Bewilligung der bisher durch die Länder im Rahmen des Krankenhausstrukturfonds gestellten Anträge gewährleistet werden.

Zu Nummer 4 (Krankenhauszukunftsfonds – § 14a KHG)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Regelung soll die Grundlage des neuen Krankenhauszukunftsfonds gelegt werden. Gefördert werden sollen die räumliche und investive Ausstattung von Notfallkapazitäten sowie die Entwicklung und Stärkung regionaler Versorgungsstrukturen für den Normal- und Krisenbetrieb. Zudem soll neben der Informationssicherheit eine bessere digitale Infrastruktur gefördert werden. Diese soll dann Ablauforganisation, Dokumentation, Telemedizin, Robotik und Hightechmedizin in den Kliniken verbessern.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die mit der Einrichtung des Krankenhauszukunftsfonds benannten Fördertatbestände werden grundsätzlich – zumal diese ineinandergreifen – als sachgerecht bewertet.

Die angestrebte Erhöhung des Digitalisierungsgrades in den Kliniken ist überfällig. Der geplante verbindliche Anteil von 15 Prozent der jeweiligen Fördermittel für die Verbesserung der IT-Sicherheit ist allerdings unzureichend.

In der Begründung des Gesetzentwurfs wird aus Sicht der Bundesärztekammer zu Recht auf den Nutzen abgehoben: „Gleichzeitig soll sich ein unmittelbarer Nutzen für Patientinnen und Patienten entfalten können.“ Dieser Nutzenaspekt muss auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kliniken erweitert werden. Angesichts der knappen und teuren Ressource Personal und zur Unterstützung der Akzeptanz für eine zügige Implementierung ist dies ein zwingend vorauszusetzendes Kriterium.

In dem Gesetz sollte deshalb deutlich werden, dass medizinischer Nutzen, Pragmatismus und Komplexitätsreduktion unbedingte Voraussetzungen für die Förderwürdigkeit digitaler Projekte darstellen müssen.

Weiterhin sieht der Gesetzentwurf mit § 14a KHG die Option einer alleinigen Kofinanzierung durch Krankenhausträger vor. Die Bundesärztekammer lehnt diesen Ansatz als kontraproduktiv ab. Das Zukunftsprogramm Krankenhäuser sollte eine Bevorzugung von renditeorientierten Investoren ausschließen. Dass finanziell gut gestellte Krankenhausträger, z. B. mit finanzieller Unterstützung von finanzstarken IT-Unternehmen, auf diesem Weg einen Wettbewerbsvorteil erlangen könnten, birgt die Gefahr von Fehlanreizen und die Schwächung der Landeskrankenhausplanung und steht dem Gedanken eines bundesweiten Zukunftsprogramms für Krankenhäuser zur Förderung einer flächendeckenden, in den Regionen vergleichbaren Verbesserung der Digitalisierung entgegen. Der Modus der Kofinanzierung muss daher dem des etablierten Krankenhausstrukturfonds mit einer primären Kofinanzierung durch die Länder entsprechen und Wettbewerbsverzerrungen sowie die Benachteiligung z. B. von strukturschwachen Regionen mit für Investoren ggf. unattraktiven Standorten von Anfang ausschließen.

Damit wird zugleich der notwendige und sachgerechte Abgleich mit den Vorhaben der jeweiligen Landeskrankenhausplanung gewährleistet. Im Gegenzug haben die Bundesländer aus Sicht der Bundesärztekammer zu gewährleisten, dass es bei der Inanspruchnahme von Fördermitteln zu keiner Kürzung der sonstigen Investitionsfinanzierung kommt und eine missbräuchliche Nutzung der Fördermittel zur „Gewinnabschöpfung“ durch Träger ausgeschlossen wird.

Da die Landesärztekammern als öffentlich-rechtliche Organisationen in Verbindung mit ihrer sektorenübergreifenden medizinischen Expertise gemeinwohlorientiert ausgerichtet sind, sollten sie bei Auswahl der für einen Förderantrag auszuwählenden Projekte und deren medizinischer Zielsetzung durch das jeweilige Bundesland miteinbezogen werden.

C) Änderungsvorschläge der Bundesärztekammer

„§ 14a

Krankenhauszukunftsfonds

(1) Zweck des Krankenhauszukunftsfonds ist die Förderung notwendiger Investitionen in Krankenhäusern in

1. moderne Notfallkapazitäten, räumlich wie in der investiven Ausstattung, die digitale Anbindung an neutrale Anmeldestrukturen (wie z. B. IVENA) sowie in den Ausbau von digital unterstützten validierten Systemen zur Einschätzung der medizinischen Dringlichkeit einer Behandlung sowie der notwendigen Versorgungsstruktur,
2. eine bessere digitale Infrastruktur zur internen und sektorenübergreifenden Versorgung, insbesondere für Ablauforganisation, Dokumentation, Kommunikation, Telemedizin, Robotik und Hightechmedizin,

3. die Informationssicherheit sowie den Datenschutz und [...]

(3) Die Länder treffen die Entscheidung, welche Vorhaben gefördert werden sollen und für die ein Antrag beim Bundesamt für Soziale Sicherung gestellt werden soll. Die Landesärztekammern sind bei medizinischen Fragestellungen an der Auswahlentscheidung oder an der Prüfung eines Vorhabens zu beteiligen.

(4) Voraussetzung für die Zuteilung von Fördermitteln nach Absatz 2 ist, dass

1. die Umsetzung des zu fördernden Vorhabens frühestens am [Einsetzen: Tag des Kabinettschlusses] begonnen hat,
2. das antragstellende Land, ~~der Träger der zu fördernden Einrichtung~~ mindestens 30 Prozent der förderungsfähigen Kosten des Vorhabens tragen, Das Land kann auf Grund einer landesrechtlichen Regelung eine Beteiligung des Trägers der Einrichtung in Höhe von höchstens der Hälfte dieses Anteils vorsehen (Ko-Finanzierung), [...]

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit regelt in der Rechtsverordnung nach § 12 Absatz 3 das Nähere

1. zu den Voraussetzungen der Förderung und zum Verfahren der Vergabe der Fördermittel,
2. zum Nachweis der Fördervoraussetzungen nach Absatz 4 Satz 1 und
3. zum Nachweis der zweckentsprechenden Verwendung der Fördermittel und zur Rückzahlung überzahlter oder nicht zweckentsprechend verwendeter Fördermittel,
4. zu einem bürokratiearmen Verfahrensablauf, der Kliniken aller Versorgungsstufen einfache und schnelle Antragsverfahren ermöglicht. [...]

Evaluierung des digitalen Reifegrades der Krankenhäuser – § 14b KHG

A) Beabsichtigte Neuregelung

Über das Bundesministerium für Gesundheit soll eine begleitende Auswertung in Auftrag gegeben werden, aus der sich ergibt, wie weit das Förderprogramm mittelbar oder unmittelbar zur Verbesserung des digitalen Reifegrads der Krankenhäuser beigetragen hat. Dazu sollen anerkannte Reifegradmodelle als Bemessungsgrundlage dienen. Eine Veröffentlichung der Ergebnisse ist auf der Internetseite des Bundesministeriums für Gesundheit vorgesehen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die alleinige Feststellung eines gestiegenen Digitalisierungsgrades einer Klinik sagt wenig über die tatsächlichen Veränderungen vor Ort aus. Bei den als Bemessungsgrundlage heranzuziehenden Instrumenten sollten Tools Anwendung finden, die unter Mitwirkung von im klinischen Alltag tätigen Ärztinnen und Ärzten entwickelt wurden und die sich schon jetzt als funktional und sachgerecht bewährt haben.

Eine rein technische Bewertung der Einzelprozesse von IT-Lösungen ist nicht ausreichend. Verfügbarkeit, medizinischer Nutzen und Nutzbarkeit müssen einen hohen Stellenwert erhalten. Bei einer bundesweiten Evaluation sind letztlich die Auswirkungen auf die Patientenversorgung, die Mitarbeiterzufriedenheit und deren Arbeitsbedingungen, die vermehrte Verfügbarkeit von Arbeitszeit für die direkte Patientenversorgung, die nachgewiesene Vereinfachung von Abläufen, z. B. im Sinne der Entbürokratisierung sowie die Zuverlässigkeit der digitalen Anwendungen zu berücksichtigen. Die Auswertung des digitalen Reifegrades einer Klinik hat diese Kriterien von Anfang an zu berücksichtigen.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Ergänzung des **Begründungstextes** zum Gesetzesentwurf:

„Zu § 14b (Evaluierung des digitalen Reifegrades der Krankenhäuser)

Die Vorschrift regelt das Nähere hinsichtlich einer begleitenden Auswertung der durch die Förderung aufgrund des Krankenhauszukunftsfonds bewirkten Verbesserung des digitalen Reifegrads der Krankenhäuser. Hierbei soll nicht nur erfasst werden, inwieweit sich der digitale Reifegrad der geförderten Krankenhäuser verbessert hat, sondern auch, inwieweit die Förderung Anreize für die übrigen Krankenhäuser geschaffen hat, Anstrengungen zur Verbesserung ihres digitalen Reifegrads zu unternehmen.

Bei den als Bemessungsgrundlage heranzuziehenden Instrumenten sollten Tools Anwendung finden, die unter Mitwirkung von im klinischen Alltag tätigen Ärztinnen und Ärzten entwickelt wurden und die sich schon jetzt als funktional und sachgerecht bewährt haben.

Eine rein technische Bewertung der Einzelprozesse von IT-Lösungen ist nicht ausreichend. Verfügbarkeit, medizinischer Nutzen und Nutzbarkeit müssen einen hohen Stellenwert erhalten. Bei einer bundesweiten Evaluation sind letztlich die Auswirkungen auf die Patientenversorgung, die Mitarbeiterzufriedenheit und deren Arbeitsbedingungen, die vermehrte Verfügbarkeit von Arbeitszeit für die direkte Patientenversorgung, die nachgewiesene Vereinfachung von Abläufen, z. B. im Sinne der Entbürokratisierung sowie die Zuverlässigkeit der digitalen Anwendungen zu berücksichtigen. Die Auswertung des digitalen Reifegrades einer Klinik hat diese Kriterien von Anfang an zu berücksichtigen.“

Zu Artikel 2 (Änderungen der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Zu Nummer 8 (§ 19 Förderungsfähige Vorhaben)

A) Beabsichtigte Neuregelung

In dieser Vorschrift werden die Einzelheiten der förderungsfähigen Vorhaben unter Bezugnahme auf die Beschlusslage des Koalitionsausschusses vom 3. Juni 2020 geregelt.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Das geplante Ineinandergreifen der beschriebenen Fördertatbestände zeigt, dass es nicht alleine um einen technischen Ausbau digitaler Infrastruktur in Kliniken geht, sondern die Patientenversorgung insbesondere über eine Verbesserung von Teilprozessen im Bereich der „Aufnahme“, der „Behandlung“ sowie der „Entlassung“ optimiert werden soll. So sehr es zweckdienlich ist, die seit Jahren überfällige Abschaffung von Patientenzimmern mit drei oder vier Betten zu forcieren, so darf die Förderung der notwendigen bautechnischen Anpassung nicht zu einem Bettenschließungsprogramm genutzt werden. Förderungsfähig muss ein Vorhaben daher auch sein können, wenn die jeweilige Klinik keine Änderung hinsichtlich der genehmigten Bettenzahl vornimmt und nachweist, zumal dies in Bundesländern mit einer Krankenhausrahmenplanung auch gar nicht möglich ist. Besondere Berücksichtigung bei solchen Maßnahmen sollte die Schaffung von Infektionszimmern haben. Die Zunahme von Infektionserkrankungen auch mit multiresistenten Erregern erhöht den Vorhaltebedarf solcher Krankenzimmer. Kliniken, die Mehrbettzimmer in kleinere Einheiten umwandeln, müssen nicht nur die baulichen und infrastrukturellen Veränderungen finanziell aufbringen, sondern sie müssen auch mit höheren Personalkosten rechnen. Auch deswegen, aber vor allem, weil sich in der Pandemie gezeigt hat, dass eine zu stark angereizte Reduktion von stationären Versorgungskapazitäten die notwendigen Reserven unseres Gesundheitssystem gefährdet, darf die Förderung dieser medizinisch sinnvollen Vorhaben nicht an den Abbau von Krankenhausbetten gekoppelt werden. Die Länder legen in ihren Landeskrankenhausplänen die bedarfsnotwendigen Kapazitäten und auch Vorhalteleistungen fest.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

„§ 19

Förderungsfähige Vorhaben

(1) Nach § 14a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden folgende Vorhaben, insbesondere zur Digitalisierung der Prozesse und Strukturen im Verlauf eines Krankenhausaufenthaltes von Patientinnen und Patienten, gefördert:

[...]

4. teil- oder vollautomatisierte klinische Entscheidungsunterstützungssysteme mit dem Ziel der Steigerung der Versorgungsqualität,

[...]

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 krankenhauserplanerisch festgesetzten Betten führt. [...]~~

Änderungsvorschlag zur zugehörigen Gesetzesbegründung:

„Die elektronisch dokumentierten Behandlungsinformationen sollen zudem die Grundlage für die Implementierung teil- und automatisierter Entscheidungsunterstützungssysteme bilden, deren Umsetzung ebenfalls gefördert werden soll. Hierbei wird eine sukzessive Steigerung der Funktionalität angestrebt – von der Prüfung von Wechselwirkungen, Abgleich von Checklisten hin zu der Implementierung von Leitlinien oder klinischen Pfaden in die IT-Systeme der Krankenhäuser, welche zukünftig um KI-gestützte Dienste erweitert werden sollen. Entscheidungsunterstützungssysteme haben von Anfang an und durchgängig die „Explainability“ zu dokumentieren und ist diese den an der Behandlung Beteiligten bei Bedarf zugänglich zu machen. Nach wie vor liegen die medizinische Entscheidung und Endverantwortung bei dem behandelnden Arzt.“

Zu Artikel 3 (Änderungen des fünften Buches der Sozialgesetzgebung)

§ 136a Abs. 2 SGBV

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass in § 136a Abs. 2 der Bettenbezug als ausschließlicher Maßstab für die vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu beschließenden Mindestvorgaben im Bereich der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung gestrichen wird. Dies ist folgerichtig und wird begrüßt.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Psychotherapie ist eine sehr bedeutsame Behandlungsmethode in Psychiatrie und Psychosomatik, deren personeller Aufwand in der früheren PsychPV und in der aktuellen PPP-RL nicht adäquat abgebildet ist. Diese Methode wird gleichermaßen von verschiedenen

Berufsgruppen, namentlich den Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Psychosomatik und Psychotherapie, den Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie, den Psychologen, den psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten und in Zukunft auch der neuen Berufsgruppe der (nichtärztlichen) Psychotherapeuten ausgeübt. Die Psychotherapie ist notwendiger und Leitlinienkonformer Bestandteil der Behandlung von psychisch Kranken. Deshalb müssen in der PPP-RL die Mindestvorgaben für diese Berufsgruppen insgesamt und am Patientenbedarf orientiert adäquat angehoben werden. Eine alleinige Mindestvorgabe für die eine Berufsgruppe der (nichtärztlichen) Psychotherapeuten wird der klinischen, multidisziplinär geprägten psychotherapeutischen Realität in den psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern nicht gerecht.

In der Gesetzesbegründung wird dies anerkennend bereits zutreffend ausgeführt, dass „eine bettenbezogene Mindestvorgabe ausschließlich für die Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten [Hervorhebung durch Autor] [...] die notwendige Differenzierung der Psychotherapiebedarfe unterschiedlicher Behandlungsbereiche innerhalb einer psychiatrischen oder psychosomatischen Klinik ungenügend [abbildet] [...].“

Diese Differenzierung muss sich auch im Gesetzestext selbst wiederfinden. Dieser hält jedoch die Einengung auf die Berufsgruppe der psychologischen Psychotherapeuten nach wie vor aufrecht.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

„(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat als notwendige Anpassung der Mindestvorgaben erstmals bis zum 30. September 2021 mit Wirkung zum 1. Januar 2022 sicherzustellen, dass die Psychotherapie entsprechend ihrer Bedeutung in der Versorgung psychisch und psychosomatisch Erkrankter ~~durch bettenbezogene Mindestvorgaben für die Zahl der vorzuhaltenden Psychotherapeuten~~ abgebildet wird. Hierzu sind die entsprechenden Mindestvorgaben für die psychotherapeutisch tätigen Berufsgruppen anzupassen. Informationen über die Umsetzung der verbindlichen Mindestvorgaben zur Ausstattung mit therapeutischem Personal und die nach der Einführung mit den Indikatoren nach Satz 2 gemessenen und für eine Veröffentlichung geeigneten Ergebnisse sind in den Qualitätsberichten nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 darzustellen.“

Zu Artikel 4 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

§ 5 KHEntgG – Einfügung Absatz 3f

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragsparteien nach § 11 sollen für die Zeit nach dem 1. Januar 2025 einen Abschlag in Höhe von bis zu zwei Prozent des Rechnungsbetrages für jeden voll- und teilstationären Fall festlegen, sofern ein Krankenhaus keine digitalen Dienste im Sinne des § 14a Absatz und Absatz 5 des KHG bereitstellt.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die mit dem Krankenhauszukunftsfonds verbundenen konstruktiven Ansätze werden durch die gleichzeitige Androhung eines Abschlages konterkariert.

Sinn und Zweck muss es sein, mit dem neu geplanten Förderprogramm die Projekte schnell und umfassend zu fördern, die allen an der Krankenversorgung Beteiligten einen faktischen Mehrwert bieten. Dies gilt insbesondere für die im Fokus stehende Digitalisierung. Ein hoher Digitalisierungsgrad wird nur dann nachhaltig erreicht werden können, wenn Software, IT-Hardware, künstliche Intelligenz, cloudbasierte Systeme und IT-gestützte Entscheidungshilfen ineinandergreifen und diesen Mehrwert schaffen.

Das „Erzwingen“ eines möglichst hohen Digitalisierungsgrades durch die Einführung von Abschlägen wird abgelehnt. Darüber hinaus bestrafen derartige Sanktionen indirekt die Patienten, indem schwache Kliniken weiter geschwächt werden, und ebenso die Mitarbeitenden. Sie können zudem ein Unterlaufen des jeweiligen Landeskrankenhausplanes bewirken, wenn bedarfsnotwendige Kliniken die Anforderungen verfehlen. Im schlechtesten Fall kommt es zu einer weiteren Schwächung strukturschwacher Regionen, mit Kliniken, die wenig Spielräume für das Heben u. a. von finanziellen, organisatorischen und personellen Ressourcen haben.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung.