



**Stellungnahme des IKK e.V.
zum**

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

Stand: 14.08.2020

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
Pauschale für die Abgabe von Arzneimitteln im Wege des Botendienstes (§ 129 Absatz 5e (neu) SGB V)	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 Sicherheit (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 krankenhauserplanerisch, 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 folgenden 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.“

Pauschale für die Abgabe von Arzneimitteln im Wege des Botendienstes **(§ 129 Absatz 5e (neu) SGB V)**

Mit der Neuregelung soll der bisher auf den Pandemiefall (Vermeidung von Patientenkontakten) beschränkte Zuschlag bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln im Weg des Botendienstes (derzeit fünf Euro zuzüglich Umsatzsteuer) mit 2,50 Euro zuzüglich Umsatzsteuer je Tag und Lieferort verstetigt werden.

Ein solcher zusätzlicher Zuschlag wird von den Innungskrankenkassen ausdrücklich abgelehnt.

Ein befristetes Angebot des Botendienstes während einer Pandemie ist im Sinne einer größtmöglichen Kontaktvermeidung und zum Schutz besonders vulnerabler Gruppen nachvollziehbar. Die Einführung einer allgemeinen grundsätzlichen Vergütung des Botendienstes ist dagegen nicht geboten, zumal der Botendienst auch schon vor der Corona-Pandemie zum allgemeinen Leistungsspektrum der Apotheker gehörte.

Zudem ist zu beachten, dass insbesondere der Bedarf an Medikamenten bei chronischen und altersbedingten Erkrankungen (Dauermedikation) bekannt und langfristig planbar ist. Mit den in diesem Zusammenhang vorgesehenen Arztbesuchen kann die Einlösung des hierbei verschriebenen Rezepts in der zumeist in der Nähe der Arztpraxis gelegenen Apotheke verbunden werden. Ein Botendienst wäre in diesen Fällen nicht erforderlich. Maximal für Akuterkrankungen (beispielsweise der Verordnung von Antibiotika und zur Reduzierung der Ansteckungsgefahr) wäre die Abrechnung einer Botendienstpauschale denkbar, sofern der behandelnde Arzt dies aufgrund der Erkrankung und persönlichen Situation des Patienten aus medizinischen Gründen für sachgerecht erachtet.

Sofern der Botendienst – wie heute vielfach üblich – für den Fall genutzt wird, dass Patienten ihr Rezept in der Apotheke einlösen möchten, jedoch das verschriebene Medikament nicht vorrätig ist und erst bestellt werden muss, gilt § 15 Apothekenbetriebsverordnung. Danach haben die Apotheker die Arzneimittel, die zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung notwendig sind, in einer Menge vorrätig zu halten, die dem durchschnittlichen Bedarf einer Woche entspricht. Eine mangelhafte Lagerhaltung – und damit ein Verstoß gegen die Apothekenbetriebsverordnung – sollte hier nicht noch mit einer zusätzlichen Vergütung belohnt und der Versicherungsgemeinschaft zur Last gelegt werden. Im Gegenteil ist hier vielmehr an eine Sanktionierung bei Verstoß gegen die Apothekenbetriebsverordnung zu denken.

Was die finanzielle Situation der Apotheken allgemein angeht, so ist auch von daher eine weitere finanzielle Unterstützung der Apothekerschaft – wie durch den geplanten zusätzlichen Zuschlag – nicht gerechtfertigt. Denn wie bereits die Autoren des vom BMWi in Auftrag gegebenen Gutachtens aus dem Jahr 2017 zur Apothekenvergütung aufzeigen, besteht gerade für diesen Sektor ein beträchtliches Einsparpotential in Höhe von rund

einer Milliarde Euro. Bevor daher die gesetzlich Versicherten mit weiteren Kostensteigerungen zu Gunsten der Apotheker belastet werden (bei Verstetigung des Botendienstes wird mit Mehrausgaben von rund 120 Mio. Euro zusätzlich Umsatzsteuer gerechnet) sollte der Gesetzgeber die im Gutachten aufgezeigten Einsparmöglichkeiten nutzen.

Änderungsvorschlag

Streichung der geplanten Regelung.

Im Übrigen schließt sich der IKK e.V. der Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes an.