



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zu der Formulierungshilfe für die Fraktionen der CDU/CSU und SPD für
einen aus der Mitte des Deutschen Bundestages einzubringenden Entwurf
eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser
(Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG) vom 02.09.2020

zum Antrag der Fraktion der AfD „Abschaffung des DRG-Systems im
Krankenhaus und Einführung des Prospektiv-Regionalen-Pauschalensystems
– PRP-System“ (Drucksache 19/17754) vom 11.03.2020

Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages
am 14. September 2020

Berlin, 07.09.2020

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Inhaltsverzeichnis

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
Zu Nummer 4 (Evaluierung des Reifegrades der Krankenhäuser hinsichtlich der Finanzierung, § 14b KHG)	8
Zu Nummer 6 (§ 24 Abs. 4 neu KHG)	9
Zu Artikel 2 (Änderungen der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)	9
Zu Nummer 9 (§ 19 Förderungsfähige Vorhaben)	9
Zu Artikel 3 (Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch).....	11
Zu Nummer 2 (§ 136a Abs. 2 SGBV)	11
Zu Artikel 6 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes).....	12
Zu Nummer 2 (§ 5 KHEntgG – Einfügung Absatz 3h).....	12
3. Stellungnahme zum Antrag der Fraktion der AfD	13

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 verbrieftete 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 Versorgungsstrukturen 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.

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 Finanzierungsbeitragung 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.

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 stationsersetzende 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 entstandenen 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 erweiterende 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.

In ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf hatte die Bundesärztekammer darauf hingewiesen, dass die Kompensationsregelung nur dann erfolgreich sein kann, wenn daraus für die Kliniken und deren Beschäftigte eine erhöhte Planungssicherheit und Angemessenheit der Refinanzierung resultiert. Dies müsse auch eine Verlängerung der im Frühjahr neu geschaffenen pauschalen Finanzhilfen nach § 21 KHG über den 30. September 2020 bis (mindestens) zum 31. Dezember 2020 umfassen. Durch die nunmehr vorgesehene Absicherung der Erlöse aus Fallpauschalen auf dem Niveau des Vorjahres über einen gesonderten Corona-Ganzjahres-Mindererlösausgleich soll dieser wichtigen Forderung entsprochen werden. Die Bundesärztekammer unterstützt diese Regelung, durch die Ärztinnen und Ärzten und allen weiteren Beschäftigten der Kliniken für das vierte Quartal des Jahres 2020 von Anfang an die notwendige Planungssicherheit gegeben wird. 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.

Die Bundesärztekammer unterstützt die geplante Verlängerung eines Großteils der durch das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz und das Zweite Bevölkerungsschutzgesetz beschlossenen Regelungen bis zum 31. Dezember 2020 im Bereich der Pflege, da diese der Unterstützung und Entlastung von Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftigen dienen. Den betroffenen Einrichtungen wird damit die notwendige Planungssicherheit durch eine weiterhin dringend erforderliche finanzielle Entlastung gesichert.

Die ebenfalls mit dem Gesetzentwurf vorgesehene Verlängerung des erleichterten Zugangs in die Grundsicherungssysteme einschließlich der vereinfachten Vermögensprüfung sowie die Flexibilisierungen im Pflegezeitgesetz (PflegeZ) und Familienpflegezeitgesetz (FPfZG) bis zum 31. Dezember 2020 ist aus Sicht der Bundesärztekammer sinnvoll. Diese ermöglicht den pflegenden Angehörigen unter den besonderen Herausforderungen der Pandemie und des erhöhten Schutzbedarfes der zu pflegenden Patienten eine Fortführung ihres Einsatzes. Es ist davon auszugehen, dass dadurch gleichzeitig dringend benötigte Pflegekapazitäten wieder für andere Aufgaben verfügbar werden.

2. Stellungnahme im Einzelnen

Zu Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Zu Nummer 3 (§ 12a KHG)

Zu b) § 12a Abs. 2 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 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

(5) Voraussetzung für die Zuteilung von Fördermitteln nach Absatz 3 ist, dass

1. [...]
2. das antragstellende Land, ~~der Krankenhausträger oder beide gemeinschaftlich~~ mindestens 30 Prozent der Fördersumme trägt ~~tragen~~,

Zu Nummer 4 (Evaluierung des Reifegrades der Krankenhäuser hinsichtlich der Finanzierung, § 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 Reifegrades 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 wie folgt:

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

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 Nummer 6 (§ 24 Abs. 4 neu KHG)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es ist vorgesehen, dass das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit die Daten nach Absatz 2 Satz 1 in anonymisierter und zusammengefasster Form auf seiner Internetseite veröffentlichen soll.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die geplante Veröffentlichung der Daten wird grundsätzlich als ein zielführender Schritt hin zu einer Erhöhung der Systemtransparenz unterstützt. Den Ärztekammern ist dabei der ungehinderte Zugang zu ermöglichen. Zudem ist sicherzustellen, dass das Institut die entsprechenden Ressourcen für eventuelle Rückfragen durchgängig vorhält. Die Bundesärztekammer weist an dieser Stelle nochmals nachdrücklich darauf hin, dass es bei den anstehenden Systemreformen und -anpassungen endlich gelingen muss, künftig deutlich weniger Daten, diese aber dafür erheblich zielgerichteter zu erheben. Die mit dem DRG-System einhergehenden Dokumentations- und Prüfroutinen stehen jenseits jeglicher Verhältnismäßigkeit. Durch die darüber geführten Auseinandersetzungen zwischen Kliniken, Arztinnen und Ärzten, dem Medizinischen Dienst, der GKV und PKV wird in der Patientenversorgung dringend benötigte Arbeitszeit unnötig gebunden. Gleichzeitig wird die Sozialgerichtsbarkeit in Deutschland zunehmend durch die Auseinandersetzungen blockiert. Neben einer Erhöhung der Transparenz muss dringend eine Abkehr von dieser überdimensionierten Bürokratie eingeleitet werden.

Zu Artikel 2 (Änderungen der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Zu Nummer 9 (§ 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 Krankenhauszimmer. 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 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden folgende Vorhaben, insbesondere zur Digitalisierung der Prozesse und Strukturen im Verlauf eines Krankenhausaufenthaltes von Patientinnen und Patienten, gefördert:

[...]

4. die Einrichtung ~~teil- oder voll-~~automatisierter klinischer Entscheidungsunterstützungssysteme, die klinische Leistungserbringer mit dem Ziel der Steigerung der Versorgungsqualität bei Behandlungsentscheidungen durch automatisierte Hinweise und Empfehlungen unterstützen,

[...]

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 Verringerung der Zahl der krankhausplanerisch fest-gesetzten Betten führt.“~~

Ergänzungsvorschlag der zugehörigen Gesetzesbegründung (§ 19 Zu Nummer 4):

„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 Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 2 (§ 136a Abs. 2 SGB V)

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

§ 136a Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen

„(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 6 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Zu Nummer 2 (§ 5 KHEntgG – Einfügung Absatz 3h)

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.

3. Stellungnahme zum Antrag der Fraktion der AfD

Mit dem Antrag wird neben der Abschaffung des DRG-Fallpauschalen-Systems die ersatzweise Einführung eines sogenannten Prospektiv-Regionalen-Pauschal-systems gefordert. Über das nicht im Detail beschriebene System sollen Leistungserbringer im Voraus auf eine Region zugeschnittene pauschale Budgets erhalten. Deren Bemessung soll u. a. auf regionalen Morbiditätsdaten basieren. Für einen bestimmten Zeitraum soll eine Pro-Kopf-Pauschale je Versicherten im Vorfeld finanziert werden. Damit soll einerseits der Anreiz für eine Erbringung von Mehrleistungen entfallen, andererseits einer Unterversorgung vorgebeugt werden können. Zur Sicherstellung dieses Ergebnisses soll das System durch eine strenge Qualitätssicherung flankiert werden.

Der Antrag hebt auf die anerkannte Defizitanalyse ab, dass das derzeitige Krankenhausfinanzierungssystem den Ansprüchen einer modernen und zukunftsweisenden Finanzierungssystematik nicht mehr entspricht und Reformbedarf unausweichlich ist.

Die Bundesärztekammer hatte dies auch in ihrer obigen Stellungnahme zum Krankenhaus-zukunftsgesetz deutlich zum Ausdruck gebracht und regt dazu einen verbands- und institutionenübergreifenden Krankenhaushausgipfel an. In diesem Dialog sind auch die Bundesländer zu beteiligen, da neben einer Neustrukturierung der Betriebsmittelfinanzierung dringend auch die bisherige Kooperation von Bund und Ländern diskutiert werden muss.