



BKK Dachverband e.V.

Mauerstraße 85
10117 Berlin

TEL (030) 2700406-0

FAX (030) 2700406-199

politik@bkk-dv.de

www.bkk-dachverband.de

—

—

Stellungnahme
des BKK Dachverband e.V.

vom 14.08.2020

zum

Entwurf eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm
Krankenhäuser

(Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG)

Inhalt

I. Vorbemerkung	4
II. Kommentierung im Detail	7
Artikel 1	7
Zu Nr. 1: Grundsatz (§ 1 Abs. 1 KHG)	7
Zu Nr. 2: Förderung von Vorhaben zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen (§ 12 Abs. 2 KHG)	7
Zu Nr. 3: a) aa) Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019 (§12 a KHG)	7
Zu Nr. 3 bb) aaa) Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019 (§12 a KHG)	8
Nr. 3 bb) ccc) Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019 (§12 a KHG)	9
Zu Nr. 4: Krankenhauszukunftsfonds (§ 14a Abs. 1 KHG)	9
Nr. 4: Krankenhauszukunftsfonds (§ 14a Abs. 2 KHG)	10
Nr. 4: Krankenhauszukunftsfonds (§ 14a Abs. 3 KHG)	11
Nr. 4: Krankenhauszukunftsfonds (§ 14a Abs. 4 KHG)	12
Zu Nr. 4: Evaluierung des digitalen Reifegrades der Krankenhäuser (§ 14b KHG) ..	13
Artikel 2	14
Zu Nr. 8: Förderfähige Vorhaben (§ 19 KHG)	14
Zu den §§ 21 –25 Verwaltungsaufgaben des Bundesamtes für Soziale Sicherung, Antragstellung, Auszahlungsbescheide, Rückforderungen und Nachweise über die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel:	16
Artikel 3	19
Zu Nr. 1 § 129 Abs. 5e (neu)	19
Artikel 4	21

III. Ergänzender Änderungsbedarf	22
Arzneimittel	22
Institutskennzeichen für Versandapotheken	22
Deckelung der Apothekenzuschläge für Fertigarzneimittel (§ 3 AMPreisV)	24
Vorratshaltung in den Apotheken	24
Impfstoffversorgung	25
Krankenhaus	25
Krankenhausabrechnung und Krankenhausabrechnungsprüfung.....	25
Qualitätssicherung: Pflegepersonaluntergrenzen.....	27
Budgetfindung und Transparenz	28
Zweckgebundene Verwendung der Mittel aus dem Pflegeentgeltwert nach § 15 Abs. 2a Satz 1 Nr. 2 KHEntG V i. V. m. § 6a Abs. 4 Satz 4 KHEntG bei Überdeckung der Pflegepersonalkosten.....	29

I. Vorbemerkung

Der Entwurf für ein Krankenhauszukunftsgesetz sieht in seiner aktuellen Form als Schwerpunkt eine Konkretisierung des von der MinisterpräsidentInnenkonferenz im Juni beschlossenen **“Zukunftsprogramms Krankenhäuser”** vor. Demnach soll der Bund drei Milliarden Euro über das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) bereitstellen, die auf die Länder nach dem Königsteiner Schlüssel verteilt werden. Bis Ende 2021 können die Krankenhausträger die Förderung für einen Katalog von Vorhaben beantragen, insbesondere mit dem Ziel, moderne Notfallkapazitäten, eine bessere digitale Infrastruktur, höhere Informationssicherheit und eine bessere Abstimmung der regionalen Versorgungsstrukturen zu erreichen.

Der Gesetzgeber setzt damit deutliche **Anreize für eine Modernisierung** der mit Hinblick auf digitalisierte Prozesse im internationalen Vergleich rückständigen Krankenhauslandschaft in Deutschland, **was die Betriebskrankenkassen ausdrücklich begrüßen.**

Nach Auffassung der Betriebskrankenkassen sollten im weiteren Gesetzgebungsverfahren in diesem Zusammenhang jedoch noch die folgenden Punkte beachtet werden:

- Die Betriebskrankenkassen begrüßen die vorgesehene Harmonisierung der beiden Förderprogramme, des Krankenhausstrukturfonds und des Zukunftsprogramms Krankenhäuser. Diese sollte jedoch hinsichtlich der förderungsfähigen Vorhaben noch konsequenter erfolgen.
- Im Hinblick auf die vorgesehene Förderung der Notaufnahmen sollten nur solche Krankenhäuser gefördert werden, welche die Voraussetzungen des Notfallstufenkonzeptes des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Basisnotfallversorgung, erweiterter Notfallversorgung und zur umfassenden Notfallversorgung gemäß § 136c Absatz 4 SGB V erfüllen.
- Aus Sicht der Betriebskrankenkassen sollte auch bei der Entscheidung über die Förderung von Vorhaben des Krankenhauszukunftsfonds das Einvernehmen der Krankenkassen eingeholt werden müssen. Zumindest eine Benehmensherstellung sollte verpflichtend vorgegeben werden. Durch die Einbeziehung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen durch die Landesbehörden würde sichergestellt, dass die Fördermaßnahmen beider Programme fokussiert an der Versorgungsplanung der jeweiligen Regionen und Länder sowie den Versorgungsbedarfen der Versicherten ausgerichtet werden können. In der

Folge sollte auch die Informationsweitergabe über die Nachweise der zweckentsprechenden Mittelverwendung und die Einhaltung der durch das BAS erlassenen Förderrichtlinie entsprechend angepasst werden.

- Die Länder sollten bei der Ko-Finanzierung der Maßnahmen des Zukunftsprogramms Krankenhäuser stärker in die Pflicht genommen werden als bislang vorgesehen.
- Die Evaluierung des digitalen Reifegrades der Krankenhäuser wird seitens der Betriebskrankenkassen begrüßt. Es fehlt nach Auffassung der Betriebskrankenkassen jedoch noch die Setzung des Reifegrades, der durch die Krankenhäuser mindestens erreicht werden sollte.
- Bei der Neuausrichtung der Notfallversorgung sollte auch die Vernetzung der Notfallkrankenhäuser mit den Rettungsdiensten gefördert werden können. Die Einrichtung von Patientenportalen für ein digitales Aufnahme- und Entlassmanagement sollte explizit auch den Aufbau digitaler Kommunikationswege zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen zum Austausch von Routinedaten beinhalten.
- Die Betriebskrankenkassen begrüßen den Aufbau eines bundesweit zentralen Verzeichnisses zur Darstellung von (Notfall-)Behandlungskapazitäten je Krankenhausstandort. Wichtig ist hierbei, dass die Übertragung der (Notfall-)Behandlungskapazitäten in das Onlineverzeichnis fachabteilungsspezifisch und in Echtzeit erfolgt, damit der jeweils aktuelle Stand der Behandlungskapazitäten abgefragt werden kann.

Die **Fortführung des Botendienstes** lehnen die Betriebskrankenkassen ab. Sollte der Gesetzgeber an der Verstetigung des Botendienstes festhalten wollen, halten die Betriebskrankenkassen einen Betrag von zwei Euro je Botendienst für sachgerechter. Zum anderen setzt die Verstetigung des Botendienstes über den 30.9.2020 hinaus voraus, dass die erleichterten Abgaberegeln für Arzneimittel aus der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgung entfallen und nicht verlängert werden.

Die vorgesehenen **Rechnungsabschläge für Krankenhäuser**, die die im Gesetzentwurf adressierten und geförderten digitalen Dienste nicht bereitstellen, begrüßen die Be-

etriebskrankenkassen als Anreizinstrument ausdrücklich. Es sollte allerdings davon ausgegangen werden, dass bis zum Jahr 2025 sämtliche der in § 19 Abs. 1 Nr. 2-6 Krankenhausstrukturfonds-Verordnung genannten Maßnahmen zur Digitalisierung der Prozesse und Strukturen im Verlauf eines Krankenhausaufenthaltes von Patienten vorgehalten werden. Daher sollte sich die Fälligkeit eines Abschlages an dieser Maßgabe ausrichten.

Letztlich regen die Betriebskrankenkassen **ergänzenden Änderungsbedarf** an:

- Zur Nachvollziehbarkeit der Abrechnung der Botendienstpauschale sollten inländischen Apotheken getrennte Institutskennzeichen für den Versandhandel mit Arzneimitteln und die dazugehörige niedergelassene Apotheke beantragen müssen;
- Die Deckelung der Apothekenzuschläge für Fertigarzneimittel;
- Verbesserungen bei der Vorratshaltung durch Apotheken;
- Eine koordinierte und damit effizientere Impfstoffversorgung;
- Die Abkehr von der verkürzten Zahlungsfrist von Krankenhausrechnungen sowie die Rückkehr zu Aufschlägen auf beanstandete Krankenhausrechnungen ab dem Jahr 2021;
- Im Sinne der Patientensicherheit die Wiedereinsetzung von Mindestvorgaben zur Personalausstattung in Krankenhäusern und weiteren, aktuell ausgesetzten Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie
- Die Herstellung von Transparenz über geleistete Ausgleichzahlungen nach dem Covid19-Krankenhausentlastungsgesetz als Voraussetzung für die weitere Budgetfindung der Krankenhäuser.
- Bei Überdeckung der Pflegepersonalkosten sollten die Mittel aus dem Pflegeentgeltwert zweckgebunden für die Vorhaltung von Pflegepersonal eingesetzt werden müssen.

II. Kommentierung im Detail

Artikel 1

Zu Nr. 1: Grundsatz (§ 1 Abs. 1 KHG)

Die Betriebskrankenkassen befürworten die Klarstellung, dass die Gewährleistung der Versorgung der Bevölkerung zukünftig auch durch Digitalisierung in den Krankenhäusern zu erfolgen hat. Sie setzt die Grundlage für die verpflichtende digitale Ausrichtung der Krankenhäuser als wesentlicher Teil der Gesundheitsversorgung. Durch die Hebung der Potenziale, die im Rahmen der Digitalisierung von Krankenhäusern liegen, können beispielsweise längst überfällige Optimierungen im Einsatz finanzieller und personeller Ressourcen erreicht werden. Digital arbeitende Krankenhäuser sind eine zentrale Voraussetzung für ein zukunftsgerichtetes Versorgungsgeschehen.

Zu Nr. 2: Förderung von Vorhaben zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen (§ 12 Abs. 2 KHG)

Die Ergänzung sieht eine Klarstellung zur Verwendung der Mittel des Krankenhausstrukturfonds dahingehend vor, dass die Mittel, die auch nach dem Nachverteilungsverfahren nicht von den Ländern beantragt wurden, der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt werden. Die Betriebskrankenkassen befürworten aufgrund der voraussichtlich geringen Höhe ein solch verwaltungsarmes Verfahren und begrüßen entsprechend die vorgesehene Regelung.

Zu Nr. 3: a) aa) Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019 (§12 a KHG)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen es, den für die Jahre 2019 bis 2022 errichteten Krankenhausstrukturfonds zeitlich auf die Jahre 2023 und 2024 auszudehnen und dabei aber das für die Gesamtlaufzeit vorgesehene Fördervolumen unverändert zu lassen.

Gleichzeit wird die Entkopplung der Fördervolumina an die einzelnen Förderjahre, d.h. die Abschaffung des Jährlichkeitsprinzips befürwortet. Der Gesetzgeber räumt damit den Akteuren auf Orts- und Landesebene bei der Umsetzung der notwendigen Struktur-

veränderungen mehr Zeit und Flexibilität ein. Insbesondere die Abschaffung des Jährlichkeitsprinzips kann zu einer zielgenaueren Verteilung der Fördermittel und Auswahl der Förderprojekte im Sinne der Förderzwecke führen.

Zu Nr. 3 bb) aaa) Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019 (§12 a KHG)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen, dass der Gesetzgeber die Anregung der Betriebskrankenkassen aufgreift und eine Harmonisierung des Krankenhausstrukturfonds und des Krankenhauszukunftsfonds anstrebt. Die Förderung von Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen aus dem Krankenhausstrukturfonds herauszunehmen und die Thematik in das Krankenhauszukunftsprogramm zu übertragen, ist daher richtig. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen sollte die Harmonisierung der beiden Förderprogramme hinsichtlich der förderfähigen Vorhaben jedoch konsequenter erfolgen.

So sollte das Zukunftsprogramm Krankenhäuser u. a. auch die Förderung von Informationssicherheit umfassen. Die Mittel des Krankenhausstrukturfonds werden zwar derzeit primär für förderfähige Vorhaben nach § 11 Abs. 1 Nr. 1-3 KHSFV (Schließung, Konzentration und Umwandlung) eingesetzt, dennoch wurden bereits mit dem aktuellen Krankenhausstrukturfonds Fördermöglichkeiten für Vorhaben zur Verbesserung der informationstechnischen Sicherheit der Krankenhäuser geschaffen, die sich von den geplanten Förderschwerpunkten des Zukunftsprogramms Krankenhäuser nun ebenfalls umfassen lassen.

Es sollte daher ausgeschlossen werden, dass eine Förderung über beide Programme zu einer inhaltlichen Konkurrenz der Förderprogramme führt.

Sachgerecht wäre es daher, wenn die Förderung von Vorhaben analog § 12a Abs. 1 S. 4 Nr. 3 KHG ebenfalls nur noch über das Krankenhauszukunftsprogramm erfolgt und die Fördermöglichkeiten über den Krankenhausstrukturfonds entfallen.

Änderungsvorschlag:

Streichung des § 12a Abs. 1 S. 4 Nr. 3 KHG.

Nr. 3 bb) ccc) Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019 (§12 a KHG)

Die Ausweitung der Förderzwecke des Krankenhausstrukturfonds auf Vorhaben zur Digitalisierung der Prozesse und Strukturen im Verlauf eines Krankenhausaufenthalts von Patientinnen und Patienten, wie sie auch Gegenstand der Förderung über den Krankenhauszukunftsfonds sind, ist für die Betriebskrankenkassen nicht nachvollziehbar. Dies trägt nicht zu der seitens der Betriebskrankenkassen angeregten Harmonisierung beider Förderprogramme bei. Damit widerspricht sich der Gesetzgeber aus Sicht der Betriebskrankenkassen auch in seinem Bemühen entsprechend Nr. 3 bb) aaa), Überschneidungen von Fördertatbeständen des Krankenhausstrukturfonds und des Krankenhauszukunftsfonds zu vermeiden.

Auch wenn für die Förderung ausschließlich verbleibende Bundesmittel eingesetzt werden sollen, halten es die Betriebskrankenkassen für sachgerechter, verbleibende Mittel vollständig für Förderhaben nach § 11 Abs. 1 Nr. 1-3 KHSFV auszuschütten.

Änderungsvorschlag:

Streichung des § 12a Abs. 1 S. 4 Nr. 5 KHG.

Zu Nr. 4: Krankenhauszukunftsfonds (§ 14a Abs. 1 KHG)

Die gesetzliche Neuregelung soll die Bildung eines Krankenhauszukunftsfonds definieren. Dabei soll das Zukunftsprogramm Krankenhäuser den Beschluss des Koalitionsausschusses vom 03.06.2020 umsetzen. Vorgesehen ist die Förderung notwendiger Investitionen der Krankenhäuser in den Bereichen der modernen Notfallkapazitäten, der digitalen Infrastruktur, der Telemedizin, der Robotik, der Hightechmedizin sowie der Informationssicherheit und der Stärkung regionaler Versorgungsstrukturen.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen das Vorhaben ausdrücklich. Die Verbesserungen in den adressierten Bereichen decken sich mit den Vorstellungen der Betriebskrankenkassen für eine digitalisierte und auf die Zukunft ausgerichtete stationäre Versorgung.

Die Notaufnahmen der Krankenhäuser auf den Stand der Technik zu bringen und sie somit für den Betrieb und Aufbau der integrierten Notfallzentren vorzubereiten, ist aus Sicht der Betriebskrankenkassen der richtige Ansatz auf dem Weg, die Notfallversorgung

zukunftsfähig zu gestalten. Es sollte dabei jedoch darauf geachtet werden, dass nur solche Krankenhäuser gefördert werden, welche die Voraussetzungen des Notfallstufenkonzeptes des G-BA zur Basisnotfallversorgung, erweiterten Notfallversorgung und zur umfassenden Notfallversorgung gemäß § 136c Absatz 4 SGB V erfüllen.

Änderungsvorschlag:

§ 14a Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 KHG wird wie folgt gefasst:

„1. moderne Notfallkapazitäten, räumlich wie in der investiven Ausstattung, von Krankenhäusern, welche die Voraussetzungen des Notfallstufenkonzeptes des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V erfüllen,“

Mit jedem zu fördernden Vorhaben einen festgelegten Prozentsatz für die Förderung der IT-Sicherheit der Krankenhäuser festzulegen, ist ein wichtiger und richtiger Schritt, um die Krankenhäuser in Zukunft besser vor Cyberangriffen zu schützen. Dies liegt vor allem im Interesse des Patienten. Nicht nur die Gesundheitsdaten des Patienten müssen geschützt werden, auch der Klinikbetrieb an sich muss sichergestellt werden. Es muss erreicht werden, dass die IT-Infrastruktur des Krankenhauses Cyberangriffe abblocken kann und der Betrieb des Krankenhauses nicht gefährdet wird.

Nr. 4: Krankenhauszukunftsfonds (§ 14a Abs. 2 KHG)

Die Aufteilung der Mittel des Krankenhauszukunftsfonds auf die Länder analog der Regelungen zum Krankenhausstrukturfonds entsprechend des Königsteiner Schlüssel ist für die Betriebskrankenkassen nachvollziehbar.

Wie bereits zu Nr. 3 bb) ccc) ausgeführt, halten die Betriebskrankenkassen die Förderung von digitaler Ausstattung über den Krankenhausstrukturfonds für nicht sachgerecht. Dementsprechend ist auch die Überführung von nichtabgerufenen Mitteln aus dem Krankenhauszukunftsfonds in die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds mit einer Bestimmung zur Mittelverwendung für Zwecke des Krankenhausstrukturfonds, die zu einer Verbesserung der digitalen Ausstattung der Krankenhäuser führen, nicht sachgerecht. Vielmehr sollte geprüft werden, ob die Verlängerung der Antragsfrist der Länder über den 31.12.2021 hinaus den vollständigen Abruf der Fördermittel begünstigen

kann und damit die Überführung der nicht abgerufenen Mittel bzw. ein Nachverteilungsverfahren verzichtbar ist.

Nr. 4: Krankenhauszukunftsfonds (§ 14a Abs. 3 KHG)

Der vom Gesetzgeber vorgesehene Prozess zur Antragstellung stellt sich für die Betriebskrankenkassen hinsichtlich der Bedarfsanmeldung des einzelnen Krankenhausträgers, des Darstellungserfordernisses gegenüber dem jeweiligen Land zum Digitalisierungs- oder Modernisierungsvorhaben sowie der veranschlagten Kosten sachgerecht dar.

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen sollte jedoch auch bei der Entscheidung über die Förderung von Vorhaben des Krankenhauszukunftsfonds das Einvernehmen der Krankenkassen eingeholt werden müssen. Zumindest eine Benehmensherstellung sollte verpflichtend vorgegeben werden. Durch die Einbeziehung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen durch die Landesbehörden würde sichergestellt, dass die Förderungen beider Programme fokussiert an der Versorgungsplanung der jeweiligen Regionen und Länder sowie den Bedarfen der Versicherten ausgerichtet werden kann. Bei einer Ko-Finanzierung nach § 14a Abs. 4 KHG durch den Krankenhausträger, wird zudem dieser Anteil mit hoher Wahrscheinlichkeit über die Betriebskosten, und damit letztendlich durch die Krankenkassen finanziert.

Änderungsvorschlag:

§ 14a Abs. 3 KHG ist wie folgt zu fassen:

„Die Krankenhausträger melden ihren konkreten Förderbedarf, insbesondere unter Angabe des Förderziels und der Fördersumme, bei den Ländern an (Bedarfsanmeldung). Die Länder treffen die Entscheidung, welche Vorhaben gefördert werden sollen und für die ein Antrag beim Bundesamt für Soziale Sicherheit gestellt werden soll. ~~Sie können andere Institutionen an der Auswahlentscheidung oder an der Prüfung eines Vorhabens beteiligen.~~ Sie haben bei der Auswahlentscheidung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das Einvernehmen herzustellen. Die Länder können Vorgaben für die Ausgestaltung der Förderanträge der Krankenhausträger festlegen. Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht. Die Länder prüfen die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel.“

Nr. 4: Krankenhauszukunftsfonds (§ 14a Abs. 4 KHG)

Absatz 4 beinhaltet die Voraussetzungen für die Zuteilung von Fördermitteln. Demnach müssen 30 Prozent der förderfähigen Kosten vom Land, dem Krankenhausträger oder beiden zusammen getragen werden. Zudem ist das antragstellende Land verpflichtet, zwischen 2020 bis 2022 Investitionsmittel bereitzustellen, die dem entsprechenden Durchschnitt in den Haushaltsplänen von 2016 bis 2018 entsprechen.

Krankenhausinvestitionen sind originäre Aufgabe der Länder. Diesen sollten mehr Anreize gesetzt werden, dieser Pflicht nachzukommen. Die Möglichkeit der vollständigen Ko-Finanzierung durch Krankenhausträger wird daher sehr kritisch gesehen, da hierfür aufgesparte Betriebsmittel eingesetzt werden müssen. Letztlich finanzieren damit die Krankenkassen die Maßnahmen. Sie müssten daher ein Mitspracherecht erhalten. Um die Länder stärker in die Pflicht zu nehmen, sollten diese mindestens hälftig an der Ko-Finanzierung beteiligt sein.

Änderungsvorschlag:

Nummer 2 werden die Worte, „wobei der Anteil des Landes mindestens 15% beträgt,“ angefügt.

Sollte der Gesetzgeber diesem Änderungsvorschlag zu § 14a Abs. 3 KHG nicht folgen können, ergibt sich folgender zusätzlicher

Änderungsvorschlag:

Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Für den Fall, dass die Ko-Finanzierung nach Satz 1 Nr. 2 durch das Land weniger als 30% beträgt, ist über die geförderten Projekte Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen herzustellen.“

Da das Förderprogramm 2024 endet, sollten die Auszahlungen auch bis zu diesem Zeitpunkt an die Bedingung geknüpft werden, dass das Land seinen weiteren Investitionsverpflichtungen nachkommt.

Änderungsvorschlag:

In Abs. 4 Nr. 3 wird die Angabe „2022“ durch „2024“ und die Angabe „2018“ durch „2020“ ersetzt.

Zu Nr. 4: Evaluierung 1 des digitalen Reifegrades der Krankenhäuser (§ 14b KHG)

Die getroffene Regelung bezieht sich auf die Einführung einer begleitenden Auswertung, welche sich auf die Verbesserung des digitalen Reifegrades des Krankenhauses aufgrund der Förderung durch den Krankenhauszukunftsfonds ergibt. Dabei soll erfasst werden, wie sich der Reifegrad der geförderten Krankenhäuser verbessert hat. Weiterhin soll festgehalten werden, welche Anreize die Förderung auf den digitalen Reifegrad der übrigen Krankenhäuser geschaffen hat. Die Messung des digitalen Reifegrades soll auf der Grundlage einer strukturierten Selbsteinschätzung des Krankenhauses erfolgen. Die Auswertung soll erstmals zum 30.06.2021 sowie nach Abschluss des Antragsverfahrens des Krankenhauszukunftsfonds zum 30.06.2023 erfolgen. Mit diesem Vorgehen will der Gesetzgeber einen Vorher-Nachher-Vergleich ermöglichen.

Die Evaluierung wird begrüßt. Wichtig ist, dass die strukturierte Selbsteinschätzung eine klare Vergleichbarkeit der Krankenhäuser gewährleistet. Ein mögliches Reifegradmodell ist der Benchmark des Electronic Medical Record Adoption Model (EMRAM). Erfolgreich ist die Förderung aus Sicht der Betriebskrankenkassen, wenn hierdurch die deutschen Krankenhäuser innerhalb der nächsten 5 Jahre flächendeckend die Erfordernisse für EMRAM-Stufe 5 erfüllen. Dies ist bislang nur für 18 % der deutschen Krankenhäuser der Fall (europaweit: 30 %).

Die Umsetzung der Förderung sollte dabei in der Art gestaltet sein, dass die bereitgestellten Fördermittel in Teilschritten an die geförderten Häuser ausgeschüttet werden, indem sie an das Erreichen der jeweils nächsten Benchmark-Stufe geknüpft werden. Dabei ist zu beachten, dass die Kosten der Zertifizierung des gewählten Benchmarksystems sinnvollerweise auch förderfähig sein müssen.

Artikel 2

Zu Nr. 8: Förderfähige Vorhaben (§ 19 KHG)

Die geplante Neuregelung legt die Einzelheiten zu den über den Krankenhauszukunftsfonds förderungsfähigen Vorhaben fest, die zu einer moderneren und besseren investiven Ausstattung der Krankenhäuser führen sollen. Dazu zählt laut Entwurf die Förderung moderner Notfallkapazitäten, eine bessere digitale Infrastruktur, der IT- und Cybersicherheit sowie eine Stärkung regionaler Versorgungsstrukturen. Der Gesetzgeber will jedoch auch nicht-digitale Komponenten wie die Notfallmedizin fördern.

Die Förderfähigkeit von Digitalisierungsanstrengungen hinsichtlich Notaufnahmen, Patientenportalen, elektronischer Dokumentation, Systemen zur Entscheidungsunterstützung, Medikationsmanagement, und Leistungsanforderungsprozessen wird begrüßt.

Bei der Neuausrichtung der Notfallversorgung sollte auch die Vernetzung der Notfallkrankenhäuser mit den Rettungsdiensten gefördert werden. Unter der Voraussetzung eines flächendeckend verfügbaren, schnellen mobilen Internet kann der Rettungsdienst somit selbst zum Teil des Krankenhauses werden (präklinische Versorgung). Es sollten daher Investitionen ermöglicht werden, welche es dem Krankenhaus ermöglichen mit telemedizinischen Geräten und Kommunikationsmedien mit dem Rettungswagen in Kontakt zu treten.

Änderungsvorschlag:

Nummer 1 werden die Worte, „*sowie die telemedizinische Vernetzung der Notaufnahme des Krankenhauses mit den Rettungsdiensten*“ angefügt.

Die Förderung der Einrichtung von Patientenportalen für die Implementierung eines digitalen Aufnahme- und Entlassmanagements wird vom BKK Dachverband begrüßt. Den Patienten bei der Aufnahme und Entlassung aus dem Krankenhaus digital zu unterstützen ist der richtige Weg. Dabei sollte das digitale Entlassmanagement unter Einbeziehung von Kostenträgern sowie nachstationären Leistungserbringern (AHB, Reha, Kurzzeitpflege, Krankentransport, Hilfsmitteln usw.) und Versorgungsnetzen förderfähig sein. Dies sollte explizit auch den Aufbau digitaler Kommunikationswege zwischen Kran-

kenhäusern und Krankenkassen zum Austausch von Routinedaten beinhalten. Die Orientierung kann hier am bestehenden Innovationsfondsprojekt USER (Umsetzung eines strukturierten Entlassmanagements mit Routinedaten) erfolgen. Im Krankenhaus kann so beispielhaft durch einen digitalen Echtzeitzugriff auf die Routinedaten der Krankenkassen ermittelt werden, wie wahrscheinlich ein Nachsorgebedarf (z.B. Antrag auf Pflegegrad, Hilfsmittelversorgungen, Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen) nach der Krankenhausentlassung eines Patienten wird. Das Krankenhaus kann somit frühzeitig und noch vor Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus die notwendigen Informationen und Verordnungen digital an die Krankenkasse weiterleiten. Somit soll erreicht werden, dass der Patient schneller und passgenau die notwendigen Hilfestellungen nach der Krankenhausentlassung erhält. Weiterhin ermöglicht dieses digitale Entlassmanagement Versorgungslücken und Wiederaufnahmen („Drehtür-Effekte“) nach einem Krankenhausaufenthalt zu vermeiden.

Änderungsvorschlag:

Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„die Einrichtung von Patientenportalen für ein digitales Aufnahme- und Entlassmanagement, die einen digitalen Informationsaustausch zwischen Krankenkassen, Leistungserbringern und Leistungsempfänger vor, während und nach der Behandlung im Krankenhaus ermöglichen,“

Ausdrücklich begrüßt wird die Förderung von Konzepten zur Abstimmung des Leistungsangebots und der Versorgungs- (Betten-)systeme zwischen den Krankenhäusern sowie weiterer Investitionen für die Errichtung telemedizinischer Netzwerkstrukturen zwischen Krankenhäusern und ambulanten Einrichtungen. Die Zusammenarbeit zwischen Kliniken ermöglicht die Herausbildung von spezialisierten Standorten und eine höhere Versorgungsqualität für die Patienten.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen den Aufbau eines bundesweit zentralen Verzeichnisses zu Darstellung von (Notfall-)Behandlungskapazitäten je Krankenhausstandort. Wichtig ist hierbei, dass die Übertragung der (Notfall-)Behandlungskapazitäten in das Onlineverzeichnis fachabteilungsspezifisch und in Echtzeit erfolgen sollten, damit der jeweils aktuelle Stand der Behandlungskapazitäten abgefragt werden kann. Dies zeigt

sich insbesondere bei der Notfallversorgung, in den Fällen, bei denen der Rettungsdienst/ Notarzt eine Entscheidung über das anzufahrende Krankenhaus treffen muss. An der Stelle wird die Notwendigkeit für den Echtzeitabruf deutlich, da es den Rettungsdienst in die Lage versetzt, dass jeweilige Krankenhaus anzufahren, welches tatsächlich verfügbare Behandlungskapazitäten in der jeweiligen Fachabteilung bereithält. Weiterhin sollte bei Implementierung des bundesweit zentralen Verzeichnisses zur Darstellung von (Notfall-)Behandlungskapazitäten darauf geachtet werden, dass technische Schnittstellen z. B. zur Einbindung in die Software von Rettungsdiensten, Ärzten oder sonstigen Leistungserbringern vorgesehen werden.

Änderungsvorschlag:

Nummer 8 wird wie folgt gefasst:

“die Einführung oder Weiterentwicklung eines fachabteilungsspezifischen online-basierten Versorgungsnachweis (Betten-)systems in Echtzeit zur Verbesserung der Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander und zwischen Krankenhäusern und anderen Versorgungsbereichen,“.

Zu den §§ 21 –25 Verwaltungsaufgaben des Bundesamtes für Soziale Sicherung, Antragstellung, Auszahlungsbescheide, Rückforderungen und Nachweise über die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel:

Da der Entwurf bisher nicht vorsieht, die Förderung von Vorhaben analog § 12a Abs. 1 S. 4 Nr. 3 KHG nur noch über das Krankenhauszukunftsprogramm erfolgen und die Fördermöglichkeiten über den Krankenhausstrukturfonds entfallen zu lassen, hat sich der Gesetzgeber zumindest weitestgehend dafür entschieden, die Anforderungen, das Antragsverfahren für die jeweiligen Fördervorhaben sowie die Nachweisführung identisch auszugestalten. Hinsichtlich der Verwaltung eines Krankenhausförderprogrammes hat sich der Prozess der Verwaltung des Krankenhausstrukturfonds bewährt. Daher begrüßen die Betriebskrankenkassen, dass die Organisation des Fonds sowie die Ausreichung der Mittel analog über das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) abgewickelt werden. Dabei ist besonders hervorzuheben, dass § 21 Abs. 4 KHG (neu) eine regelmäßige Veröffentlichung des Fördergeschehens vorsieht und damit Transparenz über die Anträge und die Höhe der beantragten und ausgeschütteten Fördermittel sichergestellt wird.

Des Weiteren sieht der Entwurf vor, dass entsprechend der bestehenden Regelungen zum Krankenhausstrukturfonds Auszahlungsbescheide mit Rückforderungsvorbehalten versehen werden können, sollten Mittel nicht zweckentsprechend verwendet oder Auszahlungsvoraussetzungen nicht bestanden oder nachträglich entfallen sein (§ 23 KHG neu).

Dabei ist unter anderem vorgesehen, dass die Auszahlungsbescheide in dem Fall mit einem Rückforderungsvorbehalt zu versehen sind, wenn der “ (...) Finanzierungsanteil des Strukturfonds höher als 70 Prozent liegt” (§ 23 Abs. 2 Nr. 2 neu). In der Sache stellt dies eine notwendige Fallkonstellation dar, bei welcher die Rückzahlung der Mittel notwendig werden. Aus Sicht des BKK Dachverbandes handelt es sich hierbei allerdings um einen redaktionellen Fehler. Es müsste an dieser Stelle der Bezug zum Zukunftsfonds geregelt werden und nicht zum Strukturfonds.

Änderungsbedarf:

§ 23 Abs. 2 Nr. 2 KHG wird wie folgt geändert:

“2. der Finanzierungsanteil des ~~Strukturfonds~~ Krankenhauszukunftsfonds höher als 70 Prozent liegt”

Im Zusammenhang mit den Rückforderungsvorbehalten befürworten die Betriebskrankenkassen ausdrücklich die in § 25 KHG (neu) vorgesehenen Regelungen zur Nachweissführung über die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel. Allerdings ist nicht nachzuvollziehen, dass entgegen der Regelungen des § 8 Abs. 1 S. 1 KHSFV die zuständigen obersten Landesbehörden nur dem Bundesamt für Soziale Sicherung Informationen und Unterlagen für den Nachweis der zweckentsprechenden Verwendung der Fördermittel aus dem Krankenhauszukunftsfonds übermitteln. Um sicherzustellen, dass die Investitionsförderung durch den Zukunftsfonds fokussiert entsprechend der Versorgungsplanung der jeweiligen Regionen und Länder ausgerichtet werden kann, ist die Einbeziehung der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen unabdingbar. Eine Beteiligung der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen bei der Auswahlentscheidung der Fördervorhaben, wie bereits angesprochen und eingefordert, muss

aus Sicht der Betriebskrankenkassen auch eine Informationsweitergabe über die Nachweise der zweckentsprechenden Mittelverwendung und die Einhaltung der durch das BAS erlassenen Förderrichtlinie nach sich ziehen.

Änderungsvorschlag:

§ 25 Abs. 1 S. 1 ist wie folgt zu ergänzen:

„Die zuständigen obersten Landesbehörden übermitteln dem Bundesamt für Soziale Sicherung sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen zum 1. April eines Jahres, erstmals zum 1. April 2021, für die Vorhaben, für die das Bundesamt für Soziale Sicherung Fördermittel bewilligt hat,(...)“

Artikel 3

Zu Nr. 1 § 129 Abs. 5e (neu)

Der Gesetzgeber sieht vor, die mit der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung eingeführten Vergütung des Apothekenbotendienstes zu verstetigen. Die Einführung der Botendienstvergütung soll insbesondere in Regionen mit geringerer Apothekendichte eine Versorgung mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln sicherstellen. Apotheken sollen nun nach Willen des Gesetzgebers je Lieferort und Tag einen Zuschlag von 2,50 Euro plus Mehrwertsteuer erheben.

Die Betriebskrankenkassen sehen grundsätzlich keine Notwendigkeit für die Einführung neuer Vergütungsbestandteile über die Sondersituation der Corona-Pandemie hinaus. Dies gilt umso mehr, als dass eine grundlegende Reform der Apothekenvergütung – wie sie als Vorschläge über ein Gutachten bereits seit langem vorliegt – nach wie vor aussteht.

Sollte der Gesetzgeber dennoch an der vorgesehenen Verstetigung der Vergütung des Botendienstes festhalten wollen, erscheint die vorgesehene Höhe von 2,50 Euro je Botendienst als zu hoch. Selbst Apotheken halten laut einer repräsentativen Umfrage von aposcope zwei Euro für den Botendienst für angemessen. Darüber hinaus müssten die erleichterten Abgaberegulungen für Arzneimittel konsequenterweise entfallen und dürften nicht verlängert werden. Denn in Kombination beider Maßnahmen kommt es zu einer nicht gerechtfertigten, doppelten Begünstigung der Apotheken. Mit gelockerten Abgaberegulungen kann der Versicherte in jedem Fall in der Apotheke mit einem Arzneimittel versorgt werden, ein Botendienst wird dann nicht benötigt. Wird hingegen der Botendienst genutzt, bräuchte es keine erleichterten Regelungen zur Abgabe, da der Apotheke Zeit bleibt, das jeweilige Arzneimittel zu beschaffen.

Sollte es Wille des Gesetzgebers sein, Botendienste finanziell zu fördern, sollte diese Dienstleistung der Apotheken zudem gezielt genutzt werden, um einen Wechsel der bisher eingesetzten Medikation zu vermeiden. So können nicht nur Patientenkontakte vermieden werden, sondern auch ein wesentlicher Beitrag zur Arzneimitteltherapiesicherheit geleistet werden.

Die Betriebskrankenkassen gehen davon aus, dass § 17 Abs. 2 der Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) zwingend zu beachten ist. Der Botendienst muss von apothekeneigenem Personal erbracht werden, das den Weisungen des Apothekenleiters folgt. Ein

Botendienst, der von einem Großhandel einer Apotheke erbracht wird, darf keine Vergütung auslösen. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen handelt es sich bei der Dienstleistung des Großhändlers um einen Versand der Arzneimittel. Wir empfehlen die Formulierungen der Apothekenbetriebsordnung einer Überprüfung zu unterziehen.

Artikel 4

Die Vertragsparteien vor Ort müssen künftig Vereinbarungen schließen, nach denen sie einen Abschlag von bis zu zwei Prozent des Rechnungsbetrages für alle (teil-)stationären Fälle vornehmen, sofern Krankenhäuser die im Gesetzentwurf adressierten und geförderten digitalen Dienste nicht bereitstellen. Diese den Zukunftsfonds flankierende Maßnahme begrüßen die Betriebskrankenkassen ausdrücklich.

Laut Begründung kommt der Gesetzgeber den Krankenkassen entgegen und deutet an, dass auch ein Zuschlag als Anreiz möglich gewesen wäre. Grundsätzlich erscheint es aber sachgerechter, dass Krankenhäuser, die Investitionen in die Digitalisierung bislang hintangestellt haben, durch finanzielle Abschläge einen existentiellen Anreiz erhalten, diesen Rückstand aufzuholen. Dafür wird den Krankenhäusern ausreichend Zeit eingeräumt, da die Abschlagsregelung erst ab 2025 greifen soll.

Die Umsetzung des Abschlags sollen GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft in einer Vereinbarung nach § 291a Abs. 7a S.3 SGB V regeln. Dabei wird folgende Logik eingeführt: Je weniger Dienste bereitgestellt und genutzt werden, desto höher wird demnach der Abschlag sein. Da der Gesetzentwurf anstrebt, dass die Krankenhäuser auf die Zukunft ausgerichtet werden und die Digitalisierung der Krankenhäuser nach bundesweiten Standards erfolgen soll, sollte davon ausgegangen werden, dass bis zum Jahr 2025 wenigstens eine Mindestanzahl an digitalen Diensten in allen Krankenhäusern vorgehalten wird. Optimal wären sämtliche der in § 19 Abs. 1 Nr. 2-6 Krankenhausstrukturfonds-Verordnung genannten Maßnahmen zur Digitalisierung der Prozesse und Strukturen im Verlauf eines Krankenhausaufenthaltes von Patienten. Um sowohl dieses Ziel als auch das vorgesehene Stufenprinzip für die Abschlagshöhe zu verdeutlichen, wird folgende Änderung vorgeschlagen:

Änderungsvorschlag:

Satz 1 wird wie folgt gefasst:

“[...] sofern ein Krankenhaus ~~keine~~ nicht sämtliche digitalen Dienste 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.”

III. Ergänzender Änderungsbedarf

Arzneimittel

Institutskennzeichen für Versandapotheken

Der Bezug von Arzneimitteln über Versandapotheken ist ein wichtiger Baustein in der Versorgung der Patienten. Insbesondere Patienten, die in ländlichen Regionen leben, profitieren von diesem ergänzenden Angebot. Der Versand von Arzneimitteln erfolgt von inländischen Apotheken, aber auch von EU-Versandapotheken. Rechtlich wird der Versand von Arzneimitteln von der Übergabe eines Arzneimittel mittels Botendienst abgegrenzt.

Sollte der Gesetzgeber an einer gesonderten Vergütung für den Botendienst aus Apotheken festhalten, ist sicherzustellen, dass diese Pauschale nicht von Versandapotheken, sondern nur von Apotheken abgerechnet wird, die einen Botendienst erbringen. EU-Versandapotheken sind über ein eigenes Institutskennzeichen identifizierbar. Dieses ist bei inländische Apotheken, die zugleich eine niedergelassene Apotheke betreiben, nicht möglich. In der Regel nutzen inländische Apotheken nur ein einziges Institutskennzeichen. Somit ist bei diesen Apotheken eine Unterscheidung zwischen versendeten Arzneimitteln und Arzneimitteln, die an den Patienten direkt oder über einen Boten abgegeben werden, nicht möglich. Um die Abrechnung einer Botendienstpauschale nachvollziehen zu können, wird angeregt, dass inländischen Apotheken getrennte Institutskennzeichen für den Versandhandel mit Arzneimitteln und die dazugehörige niedergelassene Apotheke beantragen müssen.

Gemäß § 293 Abs. 5 SGB V führt die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker (DAV) ein bundeseinheitliches Verzeichnis über die Apotheken und stellt dieses dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verfügung. Darin sollten zukünftig getrennte Institutskennzeichen für den Versandhandel mit Arzneimitteln und die dazugehörige niedergelassene Apotheke ausgewiesen werden. Dieses Verzeichnis muss 14-tägig in Form eines elektronischen Vollverzeichnisses an den GKV-Spitzenverband übermittelt werden. Bislang werden Änderungen nicht strukturiert und nicht als Vollverzeichnis übermittelt. Lücken ergeben sich teilweise dadurch, dass nicht alle Apotheken Mitglied im DAV sind.

Für transparente Abrechnungsprozesse ist ein aktuelles, vollständiges und historisiertes Verzeichnis erforderlich.

Änderungsvorschlag:

§ 293 Abs. 5 SGB V wird wie folgt gefasst:

„(5) Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker führt ein bundeseinheitliches Verzeichnis über die Apotheken und stellt dieses 14-tägig, jeweils zum 1. und 15. eines Monats, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung ~~oder maschinell verwertbar auf Datenträgern~~ in einem vollständigen und historisierten Verzeichnis unentgeltlich zur Verfügung. ~~Änderungen des Verzeichnisses sind dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen in monatlichen oder kürzeren Abständen unentgeltlich zu übermitteln.~~ Das Verzeichnis enthält den Namen des Apothekers, die Anschrift und das Institutskennzeichen ~~Kennzeichen~~ der Apotheke. Dabei sind Apotheken mit getrennte Institutskennzeichen für den Versandhandel mit Arzneimitteln und die dazugehörige niedergelassene Apotheke auszuweisen; es ist in monatlichen oder kürzeren Abständen zu aktualisieren. Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker stellt das Verzeichnis ~~und die Änderungen nach Satz 2~~ 14-tägig, jeweils zum 1. und 15. eines Monats, auch der nach § 2 Satz 1 des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel gebildeten zentralen Stelle im Wege elektronischer Datenübertragung ~~oder maschinell verwertbar auf Datenträgern~~ zur Verfügung; die zentrale Stelle hat die Übermittlungskosten zu tragen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt seinen Mitgliedsverbänden und den Krankenkassen das Verzeichnis zur Erfüllung ihrer Aufgaben im Zusammenhang mit der Abrechnung der Apotheken, der in den §§ 129 und 300 getroffenen Regelungen sowie der damit verbundenen Datenaufbereitungen im Wege elektronischer Datenübertragung zur Verfügung; für andere Zwecke darf der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die in dem Verzeichnis enthaltenen Angaben nicht verarbeiten. Die zentrale Stelle darf das Verzeichnis an die Träger der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften, die Unternehmen der privaten Krankenversicherung sowie die sonstigen Träger von Kosten in Krankheitsfällen übermitteln. Die in dem Verzeichnis enthaltenen Angaben dürfen nur für die in § 2 des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel genannten Zwecke verarbeitet werden. Apotheken nach Satz 1 sind verpflichtet, die für das Verzeichnis erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Dabei haben Apotheken getrennte Institutskennzeichen für den Versandhandel mit Arzneimitteln und die dazugehörige niedergelassene Apotheke zu beantragen und zu verwenden. Weitere Anbieter von Arzneimitteln sind gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen entsprechend auskunftspflichtig.“

Deckelung der Apothekenzuschläge für Fertigarzneimittel (§ 3 AMPreisV)

Die Preisbildung für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel ist durch die Arzneimittelpreisverordnung nach § 78 AMG bestimmt (AMPreisV). Apotheken erhalten bei der Abgabe von Fertigarzneimitteln einen Festzuschlag von 3 Prozent zuzüglich 8,35 Euro und 0,16 Euro Notdienstzuschlag auf den Einkaufspreis.

Diese Deckelung gewinnt angesichts der vermehrten Neueinführung hochpreisiger Arzneimittel immer mehr an Bedeutung.

Werden die Faktorpräparate zur Behandlung der Hämophilie tatsächlich der AMPreisV unterstellt, ist der linear prozentuale Vergütungsanteil von 3 Prozent zu deckeln. Der bislang nicht gedeckelte prozentuale Vergütungsanteil von drei Prozent setzt dabei den Anreiz zur Abgabe hochpreisiger Arzneimittel – wobei teurere Arzneimittel keinen höheren Aufwand bei der Abgabe erzeugen.

Änderungsvorschlag:

In § 3 Satz 1 AMPreisV werden nach den Wörtern „Festzuschlag von 3 Prozent“ die Wörter „bis zu einem Betrag von 30,00 Euro“ eingefügt.

Vorratshaltung in den Apotheken

Laut § 15 Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) sind Arzneimittel und apothekenpflichtige Medizinprodukte, die zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung notwendig sind, von Apotheken vorrätig zu halten. Die Menge muss mindestens dem durchschnittlichen Bedarf für eine Woche entsprechen.

In Zeiten von Corona hat sich gezeigt, dass die Apotheken dieser Verpflichtung offenbar nicht regelhaft nachkommen. Sie verlagern die Bevorratung vielmehr auf den pharmazeutischen Großhandel, der die Lagerhaltung für Apotheken übernimmt. Statt Arzneimittel unmittelbar in den Apotheken verfügbar zu haben, müssen diese zunächst bestellt werden. Die Situation der Bevorratung in den Apotheken selber sollte daher verbessert werden, um in einem weiteren Krisenfall besser gerüstet zu sein.

Es wird entsprechend vorgeschlagen, die in § 36 ApBetrO enthaltenen Ordnungswidrigkeiten nicht nur auf die Bevorratung von definierten Notfall-Arzneimitteln bzw. Wirkstoffen, sondern auch auf die reguläre Bevorratung zu beziehen.

Impfstoffversorgung

Hinsichtlich der Versorgung der Patienten mit Impfstoffen besteht Optimierungsbedarf. Es bedarf einheitlicher Regelungen zur Bereitstellung der Impfstoffe, um Überbevorratung und Verknappung in den einzelnen Arztpraxen zu vermeiden. Bereits vor der Corona-Pandemie zeigte sich in der Praxis, dass hinsichtlich der Impfstoffbestellung der Ärzte ungeordnete Bestellungen nur aus bestimmten Apotheken oder Lieferungen aus speziellen Impfstoffversandapotheken vorgenommen werden. Auch jede einzelne Apotheke bevorratet sich individuell aufgrund von Schätzwerten oder Mitteilungen von Ärzten. Es findet keinerlei Koordination statt. Vermeintliche Engpässe in den vergangenen Jahren beim Grippeimpfstoff sind somit eher durch ein Verteilungsproblem begründet, zumal in einigen Bundesländern/Apotheken/Arztpraxen ausreichend Impfstoff vorhanden war. „Gehorteter Impfstoff“ wurde nicht verimpft, und damit wertvolle Ressourcen verschwendet.

In die Schätzung der erforderlichen Impfdosen müssten künftig auch die Apotheken einbezogen werden, die die Grippeimpfung anbieten dürfen. Den Arztpraxen ist nicht bekannt, wie sich ihr Impfstoffbedarf durch weitere Impfanbieter ändert. Bestellten sie die gleichen Mengen wie bislang, blieben noch mehr Impfstoffe unverbraucht.

Zentral ist es daher, den Impfstoff nach Bedarf zu verteilen. Hierfür wäre z.B. die Wiedereinführung der regionalen kassenartenübergreifenden Ausschreibungen sinnvoll. Mit ihrer Hilfe könnten die Krankenkassen die Ressourcenverteilung steuern. Aktuell liegt die Beschaffung allein in den Händen der Ärzte bzw. deren Kassenärztlichen Vereinigungen und Apotheken.

Krankenhaus

Krankenhausabrechnung und Krankenhausabrechnungsprüfung

Die Gesetzgebung Anfang des Jahres 2020 in Reaktion auf die COVID-19-Pandemie hat auch in der Krankenhausabrechnung und in der Krankenhausabrechnungsprüfung einige Änderungen mit sich gebracht. Darunter fällt zum einen, dass durch die Einführung des § 330 SGB V durch das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz die Zahlungsfrist

von Krankenhausrechnungen auf fünf Tage verkürzt wurde. Diese Maßnahme war aus Sicht der Betriebskrankenkassen zum damaligen Zeitpunkt angemessen, um kurzfristig die Zahlungsfähigkeit der Krankenhäuser sicherzustellen und für die Verfügbarkeit liquider Mittel zu sorgen. Die Krankenkassen haben innerhalb kürzester Zeit ihre internen Zahlungsprozesse umgestellt, um der gesetzlichen Vorgabe nachzukommen. Angesichts der schrittweisen Rückkehr der Krankenhäuser in den Regelbetrieb, sollte dies auch den Krankenkassen ermöglicht werden. In Bezug auf die Zahlungsfrist von Krankenhausrechnungen würde dies bedeuten, dass Krankenhausrechnungen nach den bisherigen Regelungen mit einem Zahlungsziel von 30 Tagen (§ 286 BGB) beglichen werden müssen, es sei denn die zweiseitigen Verträge und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung auf nach § 112 SGB V sehen auf Landesebene eine spezifisch geregelte Zahlungsfrist vor.

Die Betriebskrankenkassen schlagen daher vor, den Anwendungszeitraum der Übergangsregelung zur verkürzten Zahlungsfrist analog des Zeitraums der Auszahlung von Ausgleichszahlungen nach § 21 Abs. 2 S. 4 KHG für erbrachte und in Rechnung gestellte Krankenhausleistungen bis zum 30.09.2020 zu begrenzen.

Änderungsvorschlag:

§ 330 SGB V ist wie folgt zu ändern:

“Die von den Krankenhäusern bis zum ~~31. Dezember 2020~~ 30. September 2020 erbrachten und in Rechnung gestellten Leistungen sind von den Krankenkassen innerhalb von fünf Tagen nach Rechnungseingang zu bezahlen.”

Neben der Verkürzung der Zahlungsfrist wurde im COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz des Weiteren geregelt, dass die durch das MDK-Reformgesetz eingeführte Systematik, dass Krankenhäuser im Falle von beanstandeten Rechnungen Aufschläge leisten müssen, sowohl für 2020 als auch für 2021 ausgesetzt wird (vgl. § 275c Abs. 3 S. 1 SGB V). Der Gesetzgeber begründete dies mit der Sorge um Liquiditätsengpässe und wollte die Krankenhäuser auch in der Abrechnungsprüfung entlasten. Auch diese Regelung muss auf den Prüfstand. Es hat sich gezeigt, dass die Krankenhäuser weit weniger ausgelastet sind als zu Beginn der Pandemie befürchtet. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen verfügen die Kliniken daher über ausreichend zeitliche und personelle Ressourcen, um eine korrekte Rechnungsstellung sicherzustellen. Zudem wurde das Prüfgeschehen

durch die Herabsetzung der Prüfquote von 12,5% auf 5% im Jahr 2020 auf ein Mindestmaß reduziert. Der Anreiz für regelkonformes Abrechnen und damit die Verbesserung der Abrechnungsgüte und die damit einhergehende Reduzierung des Prüfaufwandes aufseiten der Krankenkassen und der Krankenhäuser – vorrangiges Ziel des MDK-Reformgesetzes – kann und muss nunmehr wieder stärker in den Vordergrund rücken. Daher fordern die Betriebskrankenkassen, dass die Regelungen zu Aufschlagszahlungen auf fehlerhafte Krankenhausabrechnungen wie ursprünglich vorgesehen ab dem Jahr 2021 greifen.

Änderungsvorschlag:

§ 275c Abs. 3 Satz 1 ist wie folgt zu ändern:

“Ab dem Jahr ~~2022~~ 2021 haben die Krankenhäuser bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 60 Prozent neben der Rückzahlung der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag einen Aufschlag auf diese Differenz an die Krankenkassen zu zahlen.”

Qualitätssicherung: Pflegepersonaluntergrenzen

Das Bundesgesundheitsministerium sah mit der sich dynamisch ausbreitenden Corona-Pandemie den Ausnahmetatbestand des § 8 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vorliegen, welcher vorsieht, dass in diesem Fall die Pflegepersonaluntergrenzen nicht eingehalten werden müssen. Die Sanktionsmechanismen greifen dann ebenfalls nicht. Mit der ersten Verordnung zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 25. März 2020 wurden die Regelungen bis einschließlich 31. Dezember 2020 komplett ausgesetzt.

Da die Krankenhäuser seit Mitte Mai schrittweise in den Regelbetrieb zurückkehren, wurden die Personaluntergrenzen ab dem 01. August 2020 zunächst für die Bereiche Intensivmedizin und Geriatrie wieder in Kraft gesetzt. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist dies der richtige Schritt, um eine personelle Unterbesetzung in der Pflege und die Gefährdung der auf diesen Stationen besonders vulnerablen Patientengruppen zu vermeiden. Die Patientensicherheit muss auch in Krisenzeiten stets gewährleistet sein. Mit der weiteren Rückkehr in den Regelbetrieb sollten entsprechend die Vorgaben für den

Einsatz einer Mindestanzahl an Pflegekräften auch für die restlichen bisher ausgewiesenen pflegesensitiven Bereiche wieder gelten, d. h. für die Kardiologie, die Unfallchirurgie, die Herzchirurgie, die Neurologie, die Neurologische Schlaganfalleinheit sowie die Neurologische Frührehabilitation.

Die Nachweispflichten der Krankenhäuser zur Einhaltung der Mindestvorgaben der Personalausstattung gemäß § 11 der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) wurden mit dem GBA-Beschluss vom 27.03.2020 bis zum 31.12.2020 ausgesetzt. Die aktuelle epidemische Lage und die Auslastung der Krankenhäuser geben jedoch aktuell keinen Anlass dazu, die Nachweispflichten weiterhin auszusetzen. Daher gilt es die Mindestvorgaben der Personalausstattung schnellstmöglich wieder in Kraft zu setzen. Gleiches gilt für die MDK-Qualitätskontroll-Richtlinie. Hier wurden im § 17 Sonderregelungen aufgrund der COVID-19-Pandemie die Qualitätskontrollen des Medizinischen Dienstes in den Krankenhäusern zunächst bis 31. Oktober 2020 ausgesetzt. Auch an der Stelle gibt es aktuell keinen Anlass diese Kontrollen weiterhin auszusetzen. Im Rahmen der Corona-Pandemie wurden sämtliche Regelungen für die Qualitätssicherung und damit auch für die Patientensicherheit mit dem Argument, die personellen Ressourcen nicht mit bürokratischen Aufwandspflichten zu binden, befristet ausgesetzt. Da ab Mai 2020 bereits 70% der OP-Kapazitäten der Krankenhäuser für Elektiveingriffe wieder geöffnet wurden und schrittweise die Krankenhäuser wieder zum Normalbetrieb übergegangen sind, sollten zeitnah auch wieder QS-Maßnahmen greifen (nicht erst ab 2021), um die Patientensicherheit zu gewährleisten und Qualität der Leistungserbringung zu sichern.

Budgetfindung und Transparenz

Mit dem COVID-19-Krankenhauserentlastungsgesetz ist vorgesehen, dass für Krankenhäuser die pandemiebedingten Einnahmeausfälle, die seit dem 16.03.2020 entstehen durch tagesbezogene Pauschalbeträge bis zum 30.09.2020 ausgeglichen werden. Eine Verlängerung dieser aus Steuermitteln finanzierten Ausgleichzahlungssystematik über den 30.09.2020 hinaus ist derzeit nicht vorgesehen. Regelungen zum Ausgleich etwaiger Erlösausfälle im vierten Quartal des Jahres 2020 sind daher, sollte der Gesetzgeber keine weiterführenden Vorgaben für die Budgetfindung des Jahres 2020 machen, im Einvernehmen zwischen den Vertragspartnern nach § 11 KHEntgG zu finden. Hierzu ist es notwendig, im Rahmen einer Ganzjahresbetrachtung, alle Erlöse des Krankenhauses für das Jahr 2020 vollständig zu ermitteln, um Erlösausfälle herleiten zu können.

Hierfür ist es jedoch aus Sicht der Betriebskrankenkassen zwingend notwendig, dass eine Anrechnung der Ausgleichzahlungen nach dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz erfolgt und die Krankenkassen Kenntnis über die Erlöse erhalten, die das jeweilige Krankenhaus durch die Ausgleichzahlung generiert hat.

Die jeweiligen Länder sollten daher gesetzlich dazu verpflichtet werden, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die Meldungen der Krankenhäuser nach § 21 Abs. 2 Satz 3 KHG vollständig zur Kenntnis zu geben.

Gleichzeitig sollte der Gesetzgeber klarstellen, dass an Krankenhäuser geleistete Ausgleichzahlungen nach § 21 Abs. 1 KHG bei der Ermittlung von Mindererlösen zu berücksichtigen sind.

Zweckgebundene Verwendung der Mittel aus dem Pflegeentgeltwert nach § 15 Abs. 2a Satz 1 Nr. 2 KHEntG V i. V. m. § 6a Abs. 4 Satz 4 KHEntG bei Überdeckung der Pflegepersonalkosten

Mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz ist vorgesehen, dass bei Krankenhäusern, die anstelle eines vereinbarten und genehmigten Pflegeentgeltwertes gem. § 6a Abs. 4 Satz 4 KHEntG den höheren Pflegeentgeltwert nach § 15 Abs. 2a Satz 1 Nr. 2 KHEntG abrechnen, diese Mittel im Fall einer Überdeckung des Pflegebudgets verbleiben und kein Mehrerlösausgleich stattfindet. Umgekehrt wird jede Unterdeckung des Pflegebudgets eines Krankenhauses von den Krankenkassen ausgeglichen.

Diese Regelung sollte dahingehend geändert werden, dass die so entstandenen Mehrerlöse ausschließlich für Aufwendungen im Zusammenhang mit der Vorhaltungen von Pflegepersonal verwendet werden dürfen, etwa für Einmalzahlungen oder einen Pflegebonus. Werden die Mittel in den Jahren 2020 bis 2022 nicht nachweislich vollständig an die Pflegekräfte ausgeschüttet, hat ein anteiliger Mehrerlösausgleich im Jahr 2023 zu erfolgen.