



Deutscher
Caritasverband e.V



kkvd
Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V.

Stellungnahme

zum Entwurf für eine Formulierungshilfe für die Koalitionsfraktionen für einen aus der Mitte des Deutschen Bundestages einzubringenden Entwurf eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhauszukunftssetzung – KHZG)

13. August 2020

Vorbemerkung

Der Katholische Krankenhausverband Deutschlands e.V. (kkvd) und der Deutsche Caritasverband (DCV) begrüßen die Initiative für ein „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ ausdrücklich. Ein Digitalisierungsschub für Krankenhäuser ist dringend notwendig. Deutschland hat großen Aufholbedarf. Grund hierfür sind vor allem mangelnde Investitionsmittel – aber auch fehlende verbindliche Standards. Insbesondere die fehlende Interoperabilität trägt zu dem großen Innovationshemmnis in der stationären Versorgung bei. Bestehende Systeme, wie z.B. Krankenhausinformationssysteme (KIS) genügen den heutigen Anforderungen für eine digital vernetzte Kommunikation mit PatientInnen, Kostenträgern und diversen Leistungsanbietern im Gesundheitssystem nur noch bedingt. Solche technischen Hürden erschweren grundlegende Neuerungen und Vernetzungen. Der Anteil der Investitionen in IT liegt daher in Krankenhäusern nur im unteren einstelligen Bereich.

Das Konjunkturpaket ist somit richtig und kann ein Signal des Aufbruchs sein. Für eine wirkliche Durchdringung braucht es allerdings zusätzlich ein Zukunftsbild „digitales Krankenhaus“ als einheitliche Strategie. Klare Vorgaben und Zielsetzungen erleichtern Implementierung und Adaption technischer Neuerungen über Träger- und Sektorengrenzen hinweg in Medizin und Pflege. Damit könnten digitale Potenziale viel stärker als heute genutzt werden, um Beschäftigte zu entlasten und Prozesse zu optimieren. Digitaler Wandel ist ein Prozess, daher braucht es Planungssicherheit und Kontinuität, im Rahmen einer Nationalen Strategie für die digitale Transformation des Gesund-



heitswesens. Insofern wäre es sinnvoll, unbürokratische Fördermöglichkeiten zu verstetigen.

Um bestehende Fehlanreize im System, wie die Querfinanzierung aus Betriebsmitteln oder den Fokus auf lukrative Mehrleistungen, zu beseitigen, ist eine nachhaltige Investitionsfinanzierung über den Strukturfonds hinaus und eine auskömmliche Regelfinanzierung bzw. Berücksichtigung der notwendigen Vorhaltekosten notwendig.

Im vorliegenden Entwurf für ein Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) begrüßen wir daher ausdrücklich, dass die Bundesländer in der Ko-Finanzierung nur dann Bundesmittel abrufen dürfen, wenn laufende Investitionsmittel auf Landesebene nicht gekürzt werden. Als ebenfalls sinnvoll angesehen wird eine Förderung unabhängig vom bestehenden Krankenhausstrukturfonds und dessen Verlängerung bis 2024.

Ein Schwerpunkt des Entwurfes liegt auf der Betonung der IT-Sicherheit. Vor dem Hintergrund der möglichen Bedrohungen und dem Umgang mit personensensiblen Daten unterstützen wir dieses Anliegen nachdrücklich. Verbesserungen der IT-Sicherheit in Krankenhäusern werden allein aber nicht den gewünschten Erfolg bringen, wenn es im vorgelagerten Bereich keine verbindlichen Regelungen gibt. So wären begleitende gesetzliche Bestimmungen sinnvoll, die dafür sorgen, dass die verwendeten Geräte in der medizintechnischen Infrastruktur und die Betriebs-Gebäudetechnik den dafür bestimmten Anforderungen genügen, z.B. durch eine Zertifizierung der Software bzw. Geräte. Der Hersteller sollte ebenfalls sicherstellen, dass während der technischen Laufzeit des Produktes dies mit Updates und Patches auf dem Stand der Technik gehalten wird. Dies ist notwendig, um die Einsatzfähigkeit im Sinne der Produktspezifikation (zum Zeitpunkt der Beschaffung) jederzeit gewährleisten zu können.

Der digitale Wandel wird nicht ohne die aktive Beteiligung der Mitarbeiter_innen gelingen. Der kkvd und der DCV begrüßen daher außerordentlich die Möglichkeit der Fortbildung und Schulung für das Personal. Beide Verbände plädieren dafür, den Ansatz möglichst weit zu fassen und hierauf einen besonderen Schwerpunkt zu setzen. Digitale Kompetenzen müssen bereits in der Ausbildung zu den Gesundheitsberufen erworben werden. Es sollte Möglichkeiten geben, Theorie und Praxis eng miteinander zu verzahnen, so dass aktuelle als auch zukünftige Mitarbeiter_innen ganzheitlich digitale Anwendungen nutzen können.



Der DCV und der kkvd setzen sich insbesondere für eine funktionierende Daseinsvorsorge und die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse ein. Um eine flächendeckende Gesundheitsversorgung langfristig sicherzustellen, braucht es ein Netz von gut erreichbaren Krankenhäusern, die aufeinander abgestimmt und trägerübergreifend agieren. Gesundheitsversorgung gerade in ländlich geprägten Regionen wird oftmals über Verbünde kleinerer und mittlerer (freigemeinnütziger) Krankenhäuser sichergestellt. In der aktuellen Covid19-Pandemie hat sich gezeigt, wie wichtig dieses dezentrale Netz für die Sicherheit der Patientenversorgung ist. Daher gilt es, bei der Ausgestaltung der förderfähigen Vorhaben und Kosten bzw. den Anforderungen einen Fokus auf solche versorgungsrelevanten Verbund- und Netzwerkstrukturen zu legen. Über die konkrete Ausgestaltung der Vorhaben und Richtlinien muss Trägervielfalt sichergestellt werden.

In folgenden Punkten sehen wir Anpassungs- und Konkretisierungsbedarfe:

Artikel 1 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu § 12a, Absatz 1, Satz 4:

Beabsichtigte Neuregelung

Investitionen in Notfallaufnahmen werden aus dem Krankenhausstrukturfonds in den neuen Krankenhauszukunftsfonds übertragen.

Stellungnahme

Die geplante Streichung der „Vorhaben der Bildung integrierter Notfallstrukturen“ aus dem Krankenhausstrukturfonds ist abzulehnen. Der Krankenhausstrukturfonds ist das geeignete Mittel zur Strukturförderung, während der Zukunftsfonds auf Digitalisierung abstellt. Durch die Verlängerung des Krankenhausstrukturfonds besteht zudem bis 2024 die Möglichkeit, strukturverändernde Anpassungen der Notfallzentralen der Krankenhäuser vorzunehmen. Da parallel das Vorhaben zur Reform der Notfallversorgung noch nicht abgeschlossen ist, erscheint es nicht sinnvoll, zum jetzigen Zeitpunkt Fördermöglichkeiten zu definieren und hierfür einen insgesamt sehr kurzen Zeitraum zu nutzen.

Änderungsvorschlag



Der Status quo, § 12a, Absatz 1, Satz 4, Nummer 2 (alt) bleibt bestehen.

Zu § 14a Krankenhauszukunftsfonds, Absatz 1:

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird der Zweck des Krankenhauszukunftsfonds dargelegt, u.a. die Förderung von Investitionen in Notfallaufnahmen.

Stellungnahme

Aus den o.g. Gründen lehnen beide Verbände das Vorhaben ab. Ausdrücklich positiv bewertet wird die Förderung der Robotik aus den Mitteln des Krankenhauszukunftsfonds. Die Caritas weist darauf hin, dass Robotik nicht nur im Bereich des Krankenhauses, sondern auch in der ambulanten und stationären Altenpflege gefördert werden muss. Die Anschubfinanzierung in der Pflege nach § 8 Absatz 8 SGB XI sieht vor, dass digitale Anwendungen nur förderfähig sind, wenn sie unmittelbar der Entlastung der Pflegekräfte dienen. Somit sind robotische Anwendungen, die z.B. pflegebedürftige Menschen mit Demenz in ihrer Selbständigkeit stärken, nicht förderfähig.

Änderungsvorschlag

§ 14a Krankenhauszukunftsfonds, Absatz 1 wird wie folgt geändert:

„Zweck des Krankenhauszukunftsfonds ist die Förderung notwendiger Investitionen in Krankenhäusern in

~~1. moderne Notfallkapazitäten, räumlich wie in der investiven Ausstattung,~~

2. eine bessere digitale Infrastruktur zur besseren internen und sektorenübergreifenden Versorgung, insbesondere um Ablauforganisation, Dokumentation, Kommunikation, Telemedizin, Robotik und Hightechmedizin einzuführen oder zu verbessern,

3. die Informationssicherheit und

4. die gezielte Entwicklung und die Stärkung regionaler Versorgungsstrukturen, um Strukturen sowohl für den Normalbetrieb wie für Krisenzeiten konzeptionell aufeinander abzustimmen.“

Zu § 14a Krankenhauszukunftsfonds, Absatz 3:

Beabsichtigte Neuregelung:

Der Absatz regelt die Rolle der Bundesländer bei der Beantragung der Fördermittel. Krankenhausträger melden ihren konkreten Förderbedarf bei den Bundesländern an.

Stellungnahme:

Freigemeinnützige katholische Krankenhäuser zeichnen aus, dass sich oftmals einzelne Einrichtungen zu Verbänden zusammenschließen, um Kapazitäten zu bündeln und Ressourcen möglichst effizient zu nutzen. Vorteile ergeben sich insbesondere dadurch, dass mehrere Einrichtungen auf zentrale und gemeinsame Bereiche der Verwaltung und v.a. der IT zurückgreifen. Damit garantieren sie eine wohnortnahe Erreichbarkeit und zugleich die notwendige Größe, um entsprechende Vorhaltungen zu erbringen. Dies ist wirtschaftlich sinnvoll und politisch gewollt. Solche Verbände agieren z.T. über Bundesländergrenzen hinweg, was zu Problemen bei der Antragsstellung führen kann. Vor diesem Hintergrund sollte es Möglichkeiten geben, dass ein Verbund einen zentralen Antrag über Ländergrenzen hinweg für zu fördernde Einrichtungen anstelle der Einzelbeantragung der jeweiligen Einrichtungen stellen kann.

Insgesamt erscheint es sinnvoll, bereits mit der Beantragung einen Informationsfluss zwischen den Bundesländern und Transparenz über die einzelnen Projekte (Projekt-datenbank) herzustellen, um unnötige Bürokratie zu vermeiden und Skalierungseffekte erzeugen zu können.

Änderungsvorschlag:

§ 14a, Krankenhauszukunftsfonds, Absatz 3 wird wie folgt geändert:

„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 Sicherung gestellt werden soll. Sie können andere Institutionen an der Auswahlentscheidung oder an der Prüfung eines Vorhabens beteiligen. [Die Länder legen ein Verfahren fest, das eine Antragstellung und Ko-Finanzierung für mehrere Standorte über Ländergrenzen hinweg ermöglicht.](#) 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.“

Zu § 14a Krankenhauszukunftsfonds, Absatz 4:

Beabsichtigte Neuregelung:

Die Zuteilung der Fördermittel aus der Liquiditätsreserve ist an eine Ko-Finanzierung von mindestens 30 Prozent durch die Bundesländer und / oder Beteiligung der Krankenhausträger geknüpft.

Stellungnahme:

Aufgrund der jetzt schon schlechten Ausfinanzierungsquote für die Investitionsförderung lehnen wir eine Ko-Finanzierung durch die Krankenhausträger ab. Dies schafft vor allem Ungerechtigkeiten zwischen einzelnen Trägerformen. So haben insbesondere börsennotierte Krankenhausträger oder hochspezialisierte Einrichtungen andere Möglichkeiten der Refinanzierung über den Kapitalmarkt als beispielsweise nicht-gewinnorientierte gemeinnützige Einrichtungen, die eine notwendige Daseinsvorsorge in der Breite sicherstellen. Selbst die Vergabe zinsgünstiger KfW-Darlehen ist an vorhandene Eigenmittel geknüpft bzw. Haftungsfreistellungen gebunden, die bei freigemeinnützigen Krankenhäusern – im Gegensatz zu kommunal getragenen Kliniken – nicht tragen. Zu Recht wird im Entwurf kritisch angemerkt, dass bereits heute fehlende Investitionsmittel oftmals aus Betriebsmitteln querfinanziert werden müssen. Vor diesem Hintergrund sehen wir keine Möglichkeit, aus den Betriebsmitteln zusätzliche Vorhaben bzw. Kredite zu finanzieren. Nicht abgerufene Projektmittel der Vergangenheit sind kein Hinweis darauf, dass es keinen Bedarf für solche Programme gibt, sondern ein Zeichen für die fehlenden Eigenmittel insbesondere der freigemeinnützigen Krankenhausträger.

Nachdrücklich begrüßt wird, dass die Länder Mittel aus dem Zukunftsfonds nur abrufen dürfen, wenn sie Investitionsfördermittel im Gegenzug nicht entsprechend kürzen.



Änderungsvorschlag:

§ 14a Krankenhauszukunftsfonds, Absatz 4 Nummer 2 wird wie folgt geändert:

„Voraussetzung für die Zuteilung von Fördermitteln nach Absatz 2 ist, dass

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

Zu § 14b Evaluierung des digitalen Reifegrades der Krankenhäuser

Beabsichtigte Neuerung:

Mit dem Absatz wird eine Evaluierung des digitalen Reifegrades in Auftrag gegeben. Der Aufwand für die Krankenhäuser wird in diesem Zusammenhang mit 300 Euro beziffert.

Stellungnahme:

Die strukturierte Selbsteinschätzung bildet die Grundlage für eine spätere Evaluation. Beide Verbände begrüßen dies sehr, weisen jedoch darauf hin, dass der aktuell kalkulierte Erfüllungsaufwand mit 300 Euro je Krankenhaus sehr niedrig kalkuliert ist und lediglich für eine grobe Bestimmung ausreicht. Um mehr Transparenztiefe zu erhalten, sind mehr Mittel notwendig, die als Fördermittel zur Verfügung gestellt werden sollten. Darüber hinaus wäre es von Vorteil, wenn bereits konkret benannt würde, nach welchem Reifegradmodell der digitale Reifegrad der Krankenhäuser heute und in Zukunft bewertet wird (z.B. HIMSS EMRAM o.ä.).

Artikel 2 Änderungen der Krankenhausstrukturfonds- Verordnung

Zu § 19 Förderungsfähige Vorhaben, Absatz 1

Beabsichtigte Neuerung:

Mit der Auflistung werden förderfähige Vorhaben definiert.

Stellungnahme:



Die Auflistung ist prinzipiell sinnvoll und zu begrüßen. Insgesamt wäre eine klarere Definition und Abgrenzung von Förderfähigkeit und Nicht-Förderfähigkeit angebracht.

Zu Nummer 1: DCV und kkvd plädieren dafür, Anpassungen von Notaufnahmen eines Krankenhauses weiterhin über den Krankenhausstrukturfonds zu fördern - siehe Begründung oben.

Zu Nummer 2: Die vorgeschlagenen Maßnahmen kollidieren mit der EUDSG-VO. Es wäre hilfreich, Lösungen zu finden, so dass bei verbundenen Gesellschaften mit mehr als 75% Beteiligungsanteil die Regelungen der EUDSG-VO keine Anwendung finden. Darüber hinaus werden die vorgeschlagenen Maßnahmen ohne eine sektorenübergreifende Einbindung insbesondere der klinikeigenen MVZ und der dort beschäftigten Mitarbeitenden in die Prozesskette ihre Wirkung nicht voll entfalten können. Darüber hinaus braucht es (interoperable) Standards bei der Programmier- und Programmstruktur v.a. im Bereich der Anwendungen im ambulanten Bereich.

Zu Nummer 3: Die automatisierten und sprachbasierten Dokumentationssysteme dürfen nicht auf die medizinischen Behandlungsleistungen beschränkt werden, sondern müssen auch die Pflegeleistungen umfassen.

Zu Nummer 7: Wir sehen mit Sorge, dass Vorgaben des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) die beabsichtigten Konzepte zur Abstimmung des Leistungsangebotes behindern könnten. Dies sollte im Rahmen der 10. GWB-Novelle berücksichtigt werden. Wir weisen darauf hin, dass der Einführung von Cloud Computing länderspezifische Vorgaben entgegenstehen (z., B. §27 Abs. 4 Satz 6 BayKRG).

Zu Nummer 11: Die Förderung von räumlichen Gegebenheiten, die den Besonderheiten einer Pandemie gerecht werden, sollten nicht mit Inhalten der Bedarfsplanung vermischt werden. Bettenreduktion muss im Rahmen der Landeskrankenhausplanung koordiniert werden und sollte sich nach dem regionalen Versorgungsbedarf richten. Förderfähige Investitionen im Sinne des Absatzes sollten vielmehr sinnvoll für Funktionsbereiche (OP-Schleusen, Innere Funktionsdiagnostik, Aufwachraum, etc.) zur Bewältigung der pandemischen Anforderungen eingesetzt werden.

Zu Nummer 12 (neu): Die wiederkehrenden Wartungs- und Supportaufwände im Bereich Hardware / Software machen häufig jährlich etwa 20 Prozent der eigentlichen Investitionssumme aus. Vor dem Hintergrund der damit einhergehenden zusätzlichen finanziellen Belastungen sollten solche Vorhaben zumindest für einen Implementierungszeitraum von maximal fünf Jahren gefördert werden.

Änderungsvorschlag:

§19, Absatz 1, Nummer 1 entfällt

§19, Absatz 1, Nummer 11 entfällt

§ 19 Absatz 1 Nummer 3 wird wie folgt ergänzt:

„3. Eine durchgehend elektronische Dokumentation von Pflege- und Behandlungsleistungen sowie Unterstützungssysteme zur automatisierten und sprachbasierten Dokumentation von Pflege- und Behandlungsleistungen“

In Absatz 1 wird als neue Nummer 12 ergänzt:

„Wartungs- und Supportverträge, die mit der Beschaffung bzw. Errichtung neuer Vorhaben nach § 14a Absatz 1, Nummer 1 bis 12 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes getätigt werden, sind für einen Zeitraum von maximal fünf Jahren förderfähig.“

Zu § 20 Förderungsfähige Kosten, Absatz 1:

Beabsichtigte Neuerung:

Der Absatz regelt die Übernahme für die Bereitstellung des Systems sowie der Anbindung eines Krankenhauses.

Stellungnahme:

Eine Übernahme der Kosten allein für die Bereitstellung und Anbindung von Vorhaben ist nicht ausreichend. Gerade beim Einsatz von Krankenhaus-Informationssystemen (KIS) fallen erhebliche Kosten für der Erstellung von Schnittstellen zu notwendigen Subsystem (z.B. Dokumentation in Funktionsbereichen) an, die mit erheblichen Kosten verbunden sind. Dieser Umstand sollte unbedingt berücksichtigt werden.

Zu § 20 Förderungsfähige Kosten, Absatz 2:

Beabsichtigte Neuerung:

Der Absatz regelt die Übernahme der Kosten für erforderliche personelle Maßnahmen.



Stellungnahme:

Für die Umsetzung digitaler Projekte benötigen Einrichtungen entsprechendes Personal. Vor allem die Beschäftigten sind zentraler Faktor, damit der dringend benötigte Innovationsschub gelingen kann. Hier geht es nicht nur um reine Qualifikationen im IT-Bereich, sondern insbesondere in den Bereichen Projekt- und Changemanagement. Die im Entwurf stehende Förderfähigkeit für die Schulung von MitarbeiterInnen, Fort- und Weiterbildungen im Bereich Anwendungen, Betriebssysteme der IT-Sicherheit sowie Netzwerkinfrastruktur zu fördern, ist daher ausdrücklich zu begrüßen. Der DCV und der kkvd regen darüber hinaus an, bereits frühzeitig, z.B. in Krankenpflegefachschulen anzusetzen, um digitale Kompetenzen zu den Grundlagen für technische Zusammenhänge herzustellen. Denkbar wären auch die Schaffung von Lerninseln für Schüler_innen in der Ausbildung zu Pflegefachfrau/-mann, für Techniker_innen, IT-Fachleute.

Zu § 20 Förderfähige Kosten, Absatz 5:

Beabsichtigte Neuerung:

Es müssen mindestens 15 Prozent der beantragten Mittel eines Vorhabens zur Verbesserung der IT-Sicherheit bereitgestellt werden.

Stellungnahme:

Der Ausbau der IT-Sicherheit geht mit hohen Kosten für direkte Ressourcen einher, wie der Erarbeitung von Berechtigungskonzepten und der virtuellen bzw. physischen Netzwerktrennung in den Einrichtungen. Daneben stehen beträchtliche indirekte Kosten für Sicherheitsvorgaben, wie z.B. Cybersecurityversicherungen, notwendige Audits, Pentests und die Ablösung von Legacy Systemen (also Systemen, die nicht mehr vom Hersteller unterstützt werden). Die Stärkung der IT-Sicherheit über einen fest vorgegebenen Anteil von 15 Prozent an den Gesamtausgaben ist problematisch. Damit besteht die Gefahr einer Fehlsteuerung bzw. unnötiger Mittelverwendung. Um dennoch dem Ziel gerecht zu werden, schlagen der kkvd und der DCV vor, etablierte IT-Kriterien, wie den „Branchenspezifischen Sicherheitsstandard (B3S)“ als maßgebliches Kriterium zu nutzen. Anhand dieser Kriterien wird der Schutz der kritischen Infrastruktur in Deutschland gewährleistet und fortwährend anhand der Hinweise des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik überarbeitet. Sofern dieser Stan-



dard gewährleistet ist und mit Audits belegt werden kann, ist von einer ausreichenden IT-Sicherheit auszugehen. In diesen Fällen ist es sachgerecht, von der Vorgabe abzuweichen und weniger als 15% zu investieren.

Änderungsvorschlag:

§ 20 Förderungsfähige Kosten, Absatz 5 wird wie folgt geändert:

Bei Vorhaben nach § 19 Absatz 1 Nummer 1 bis 9 und 11 sind mindestens 15 Prozent der für die Förderung eines Vorhabens beantragten Mittel für Maßnahmen zur Verbesserung der IT-Sicherheit zu verwenden. Dies gilt nicht, wenn die Einrichtungen für die geförderten Vorhaben den Sicherheitsstandard B3S erfüllen.

Artikel 3: Änderung des SGB V

§ 129 Botendienst für Apotheken

Stellungnahme:

Die pandemieunabhängige Verstetigung der im Rahmen der SARS-CoV2-Arzneimittelverordnung eingeführten Regelung eines auf den 30. September 2020 befristeten Vergütungszuschlags für die Apotheken für Botendienste für verschreibungspflichtige Medikamente wird abgelehnt. Ziel der Regelung war es, das Aufsuchen von Apotheken zu vermeiden und damit Infektionsrisiken zu mindern. Da die Pandemie noch nicht vorbei ist, setzt sich die Caritas dafür ein, diese Regelung über den 30. September hinaus zu verlängern. Zwar wird das Ziel des Gesetzgebers in der vorliegenden Regelung, die Versorgung der Versicherten im ländlichen und strukturschwachen Raum zu stärken, ausdrücklich geteilt. Die hier vorgesehene Finanzierung des Botendienstes mit der Gießkanne fördert jedoch auch undifferenziert städtische Apotheken und Apotheken in Ballungszentren. Eine Stärkung der Vor-Ort-Apotheken im ländlichen Raum bedarf regional bedarfsgerechter Konzepte, zu denen auch ein Botendienst zählen kann. Für die Finanzierung solcher Konzepte steht mit den ergänzenden Rahmenverträgen nach § 129 Absatz 5 Satz 1 bereits ein geeignetes Instrumentarium zur Verfügung.



Änderungsbedarf:

Streichung der Neuregelung

§ 136a Mindestvorgaben für die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik

Stellungnahme:

Der DCV und der kkvd begrüßen die Streichung des Bettenbezugs bei den Mindestvorgaben für die Personalausstattung mit Psychotherapeut_innen in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken nachdrücklich. Der Beschluss des G-BA zur Erstfassung der PPP-Richtlinie hat die Versorgungsqualität nur unzureichend verbessert und ist daher zu Recht kritisiert worden. Die Änderung des Auftrags an den GBA zu Mindestvorgaben für die Psychotherapeut_innen ermöglicht die Orientierung der Personalausstattung an den unterschiedlichen Behandlungsbedarfen von Patienten in der Psychiatrie und der Psychosomatik.

Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Zu § 5, Absatz 3f

Beabsichtigte Neuerung:

Krankenhäuser können ab 2025 mit einem bis zu 2%-Abschlag für jeden voll- und teilstationären Fall belegt werden, sofern das Krankenhaus keine digitalen Dienste bereithält.

Stellungnahme:

Es ist nicht nachvollziehbar wie die Höhe von bis zu 2 Prozent begründet wird und warum sich ein einzuführender Abschlag auf alle Fälle bezieht. Der kkvd und der DCV sehen darin keinen angemessenen Anreiz für den Ausbau der Digitalisierung, sondern vielmehr eine Bestrafung, die abgelehnt wird. Die Einrichtungen würden bei einer Umsetzung in der Folge gezwungen, Mittel aus dem Betriebskostenbereich in den Investitionsbereich zu verschieben mit unklarer Zukunftsperspektive für die Ersatzinvestitio-





nen. Der im Zusammenhang mit der Sanktionierung stehende Regelungsaufwand zur Feststellung der Sanktionsschwellen würde einen weiteren bürokratischen Aufwand darstellen, der so nicht entsprechend finanziell kompensiert wird.

Änderungsbedarf:

§ 5, Absatz 3f wird gestrichen.

Kontakt:

Bernadette Rümmelin

Geschäftsführerin

Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e. V. (kkvd)

Große Hamburger Str. 5 | 10115 Berlin

Telefon +49 (0)30 2408368 11

kkvd@caritas.de | www.kkvd.de

Dr. Elisabeth Fix

Deutscher Caritasverband e.V. (DCV)

Berliner Büro

Reinhardtstr. 13 | 10117 Berlin Tel.

Telefon +49 (0)30 284447 46

elisabeth.fix@caritas.de | www.caritas.de

Der Katholische Krankenhausverband Deutschlands (kkvd) vertritt bundesweit rund 400 katholische Krankenhäuser mit circa 200.000 Beschäftigten. Jährlich werden mehr als 3,5 Millionen Patienten stationär und rund fünf Millionen Patienten ambulant versorgt. Jeder fünfte Ausbildungsplatz in der Pflege ist an ein katholisches Krankenhaus gebunden.

