



Verband der Privaten
Krankenversicherung

Stellungnahme

zum

Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und SPD
**Entwurf eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser
(Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG)**
Drucksache 19/22126

und

Änderungsanträge zum o.g. Gesetzentwurf
Ausschussdrucksache 19(14)206.1

10. September 2020

I. ALLGEMEINE EINLEITUNG

Der Entwurf für ein Krankenhauszukunftsgesetz sieht als Schwerpunkt eine Konkretisierung des 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 verteilt werden. Der PKV-Verband begrüßt dies angesichts der seit vielen Jahren bestehenden unzureichenden Investitionsmittelfinanzierung der Länder, die bereits zu einer Verschiebung von Betriebsmitteln in den investiven Bereich geführt hat.

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, könnte das Fördervolumen vom Bund zu knapp bemessen sein.

Der PKV-Verband 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 erforderliche finanzielle Entlastung gesichert. Der PKV-Verband begrüßt insbesondere, dass bei der Verlängerung mit Augenmaß vorgegangen wird, indem die Regelungen um weitere drei Monate verlängert werden und nicht um eine größere Zeitspanne.

Die ebenfalls mit dem Gesetzentwurf vorgesehenen Flexibilisierungen im Pflegezeitgesetz (PflegeZ) und Familienpflegezeitgesetz (FPfZG) bis zum 31. Dezember 2020 sind aus Sicht des PKV-Verbandes sinnvoll. Diese ermöglichen den pflegenden Angehörigen unter den besonderen Herausforderungen der Pandemie und des erhöhten Schutzbedarfes der zu pflegenden Patientinnen und Patienten eine Fortführung ihres Einsatzes.

II. STELLUNGNAHME ZU WICHTIGEN REGELUNGSMATERIEN

A. BEREICH KRANKENHAUS

§ 14a KHG – Krankenhauszukunftsfonds

Vorgeschlagene Regelung

Beim Bundesamt für Soziale Sicherung wird aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ein Krankenhauszukunftsfonds in Höhe von insgesamt 3 Milliarden Euro errichtet. Die Mittel werden der Liquiditätsreserve vom Bund zur Verfügung gestellt. Zweck des Krankenhauszukunftsfonds ist u.a. die technische und insbesondere die informationstechnische Ausstattung der Notaufnahmen sowie die digitale Infrastruktur zur Förderung der internen, innersektoralen und sektorenübergreifenden Versorgung von Patientinnen und Patienten. Voraussetzung der Förderung ist u.a., dass das antragstellende Land, der Krankenhausträger oder beide gemeinschaftlich mindestens 30 Prozent der Fördersumme tragen und die Länder das durchschnittliche Niveau ihrer Fördermittel im Referenzzeitraum 2016 bis 2019 für die Dauer der Laufzeit des Fonds beibehalten.

Bewertung

Die Finanzierung von Investitionsmaßnahmen ist Aufgabe der Länder. Die Investitionskostenförderung durch die Länder ist allerdings seit vielen Jahren unzureichend und hat innerhalb der Krankenhäuser eine Querfinanzierung aus Betriebsmitteln zur Folge, was sehr kritisch zu sehen ist. Es ist vor diesem Hintergrund dringend erforderlich, dass mit dem vorliegenden Konzept eines Krankenhauszukunftsfonds mit einem Volumen von insgesamt ca. 4,3 Milliarden zumindest der Investitionsstau bei der Digitalisierung von Krankenhäusern teilweise abgebaut und die Digitalisierung der Krankenhäuser nach bundesweiten Standards gestaltet werden sollen. Der mit dem Fonds verfolgte Ansatz, Verbesserungen hin zu einer moderneren und besseren investiven Ausstattung der Krankenhäuser durch eine Förderung moderner Notfallkapazitäten, einer besseren digitalen Infrastruktur, der IT- und Cybersicherheit sowie eine Stärkung regionaler Versorgungsstrukturen zu erreichen, ist ein Schritt in die richtige Richtung. Sehr zu begrüßen ist es, dass anders als noch beim Krankenhausstrukturfonds die Mittel des Krankenhauszukunftsfonds in Höhe von 3 Mrd. Euro aus dem Bundeshaushalt erfolgen und nicht abschließend aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert werden.

§ 14b KHG, § 5 Abs. 3h KHEntgG – Evaluierung des digitalen Reifegrades der Krankenhäuser und Rechnungsabschlüsse bei fehlender Bereitstellung digitaler Dienste

Vorgeschlagene Regelung

Durch ein den Krankenhauszukunftsfonds begleitendes Forschungsvorhaben sollen die geförderten Projekte dahingehend ausgewertet werden, inwieweit die Digitalisierung der Krankenhäuser und die Versorgung von Patientinnen und Patienten durch die Förderung verbessert werden konnte und welchen digitalen Reifegrad alle Krankenhäuser erreicht haben.

Ein ab dem Jahr 2025 geltender Rechnungsabschluss soll dazu beitragen, dass jedes Krankenhaus bis dahin die Voraussetzungen dafür schafft, digitale Dienste wie Patientenportale mit digitalem Aufnahme- und Entlassmanagement, strukturierte elektronische Dokumentationen von Pflege- und Behandlungsleistungen, teil- oder vollautomatisierte klinische Entscheidungsunterstützungssysteme, ein digitales Medikationsmanagement sowie krankenhauserinterne digitale Kommunikationsprozesse (vgl. § 19 Abs. 1 Nr. 2 bis 6 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung) zu implementieren. Die Vertragsparteien vor Ort haben den Abschluss in Höhe von bis zu 2 Prozent des Rechnungsbetrags ohne Zu- und Abschläge für jeden voll- und jeden teilstationären Fall zu vereinbaren. Einzelheiten zur Umsetzung des Abschlags regeln der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft in ihrer Vereinbarung nach § 291a Absatz 7a Satz 3 SGB V.

Bewertung

Zu beanstanden ist, dass Einzelheiten zur Umsetzung des Abschlags nach § 5 Abs. 3h Satz 1 KHEntgG in einer Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband und DKG ohne Beteiligung des PKV-Verbandes festgelegt werden sollen. Es handelt sich hier um einen einheitlichen krankenhausergeltrechtlichen Abschluss, der bei Behandlungen von sowohl gesetzlich als auch privat Versicherten gilt. Daher ist es sachgerecht und auch geboten, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene gem. § 9 KHEntgG das Nähere zur Umsetzung des Abschlags regeln, ebenso wie sie Vorgaben für Zuschläge nach § 5 Abs. 3i KHEntgG vereinbaren sollen. Gesetzestechnisch sollte demnach § 5 Abs. 3h Satz 3 KHEntgG gestrichen und stattdessen in § 9 Abs. 1a KHEntgG eine entsprechende Aufgabenzuweisung an die Vertragsparteien auf Bundesebene angefügt werden.

Die in § 14b KHG vorgesehene Evaluierung ist ein ganz wesentliches Begleitinstrument, um festzustellen, ob und inwieweit sich der digitale Reifegrad der geförderten Krankenhäuser verbessert hat und inwieweit die Förderung Anreize für die übrigen Krankenhäuser geschaffen hat, Anstrengungen zur Verbesserung ihres digitalen Reifegrades zu unternehmen. Ergänzend hierzu schafft die in § 5 Abs. 3h KHEntgG vorgesehene Rechnungsabschlussmöglichkeit Anreize, um Krankenhäuser zu motivieren, an dem Zukunftsprogramm der Krankenhäuser teilzunehmen, selbst wenn sie den Finanzierungsanteil teilweise selber mittragen müssen. Die Zeit zur Umsetzung der betreffenden digitalen Dienste dürfte ausreichend bemessen sein.

Unklar bleibt allerdings, wie die entsprechenden Informationen über die Bereitstellung sämtlicher in § 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 6 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung aufgezählter digitaler Dienste zur Verfügung gestellt werden sollen. Die Evaluation nach § 14b fordert lediglich eine Selbsteinschätzung der Krankenhäuser gegenüber der Forschungseinrichtung zum Umsetzungsstand der digitalen Maßnahmen. Die Feststellung des digitalen Reifegrades soll letztmalig zum Stand 30. Juni 2023 erfolgen. Bis zur

Geltung der Abschlagsregelung ab dem 1. Januar 2025 besteht hier eine zeitliche Lücke ohne bisher geregelten strukturierten Informationsfluss.

§ 21 Abs. 10 und 11 KHG – Ausgleiche für im Jahr 2020 entstandene Erlösrückgänge

Vorgeschlagene Regelung

Erlösrückgänge, die bei Krankenhäusern im Jahr 2020 aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstanden sind und die nicht anderweitig finanziert werden, sollen im Rahmen von krankenhaushaus-individuellen Verhandlungen der Vertragsparteien vor Ort ausgeglichen werden. Um die Vereinbarung durch die Vertragsparteien vor Ort zu erleichtern, werden die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragt, bis zum 31. Dezember 2020 das Nähere für den Ausgleich eines durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Erlösrückgangs zu vereinbaren. Die Vertragsparteien vor Ort setzen für den Ausgleich grundsätzlich die auf der Bundesebene vereinbarte Höhe des Ausgleichssatzes an, sie können aber in begründeten Ausnahmefällen auch einen abweichenden Ausgleichssatz vereinbaren, wenn dies zur Durchführung eines sachgerechten Ausgleichs des Erlösrückgangs erforderlich ist. Um die Verhandlungen zu vereinfachen, sind Erlösausgleiche nach § 4 Abs. 3 KHEntgG oder § 3 Abs. 7 BPfIV für alle Krankenhäuser für das Jahr 2020 abgeschlossen.

Bewertung

Mit der Finanzierung von Erlösrückgängen im Jahr 2020 infolge des Auslaufens der pauschalen finanziellen Hilfen nach § 21 Abs. 1 und 5 KHG zum 30. September 2020 und der aufgrund der fortwirkenden Pandemie zu erwartenden weiteren Einschränkungen bei den Behandlungskapazitäten übernehmen die Kostenträger weiterhin Verantwortung zur finanziellen Unterstützung der stationären Leistungserbringer. Bei den vorgesehenen Verhandlungen der Vertragsparteien auf Bundesebene ist sicherzustellen, dass bei dem Ausgleich von Erlösausfällen eine Doppelfinanzierung ausgeschlossen wird. Die den Verhandlungspartnern vor Ort ggf. zugestandene Flexibilität bei der Festlegung von Ausgleichssätzen erscheint sachgerecht. Die Aussetzung von Erlösausgleichen sollte auf das Jahr 2020 beschränkt bleiben.

B. BEREICH PFLEGE

§ 114 Abs. 2 S. 2 SGB XI

Vorgeschlagene Regelung:

In Artikel 5 KHZG werden über § 150 SGB XI hinaus weitere – aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 geschaffene und bis zum 30.9.2020 geltende Regelungen wegen der anhaltenden Gefährdungslage verlängert bzw. angepasst.

Die von Mitte März 2020 bis zum 30.9.2020 befristete Aussetzung der Qualitätsprüfungen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, die regulär einmal jährlich durch

den regional zuständigen MDK oder – in 10 % der Einrichtungen – durch den Prüfdienst der PKV vorzunehmen sind, werden zum 1.10.2020 planmäßig wiederaufgenommen, d.h. eine Verlängerung der Aussetzung wird hier nicht vorgeschlagen. Jedoch wird in § 114 Absatz 2 Satz 2 der Prüfzeitraum einmalig vom 1. Oktober 2020 bis zum 31. Dezember 2021 festgelegt und damit um drei Monate auf 15 Monate verlängert. In dieser Zeit müssen alle Pflegeeinrichtungen einmal geprüft werden.

Bewertung

Die Regelung wird begrüßt. Eine weitere Aussetzung der Qualitätsprüfungen wäre aufgrund des aktuellen Kenntnisstandes und der Schutzmöglichkeiten nicht zu rechtfertigen. Aufgrund dieser geänderten Verhältnisse sind aufgrund der landesrechtlichen Regelungen seit einiger Zeit auch reguläre Besuche in stationären Pflegeeinrichtungen mit entsprechenden Schutzvorkehrungen wie etwa Fiebermessen und Maskenpflicht wieder möglich. Für die Qualitätsprüfungen, die jährlich einmal stattfinden, sollen keine strengeren Regelungen gelten. Der PKV-Verband hat sich daher bereits für eine Wiederaufnahme der Prüfungen ausgesprochen. Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen haben ein Anrecht auf zuverlässige und aktuelle Informationen über den Stand der pflegerischen Versorgung und auf regelmäßige Prüfungen, um mögliche Mängel zu erkennen und abzustellen. Die Prüfungen als Maßnahme der externen Qualitätssicherung stellen eine unverzichtbare Ergänzung der internen Qualitätssicherungsmaßnahmen der Einrichtungen dar. Dabei profitieren die Einrichtungen durch die beratungsorientierten Prüfungen (§ 114a Absatz 1 Satz 4 SGB XI) vom Wissen und der Erfahrung der Prüferinnen und Prüfer und haben neben dem lange Zeit nicht möglichen Austausch über Probleme und Belastungen in der Krise dann auch wieder die Möglichkeit einer Darstellung ihrer insgesamt hohen Leistungsfähigkeit. Anlassprüfungen, die während der Aussetzung weiter durchgeführt werden, sind dafür kein hinreichender Ersatz, da sie nur wenige Einrichtungen betreffen, zwangsläufig vom Prüfanlass geprägt sind und damit gewissermaßen „unter erschwerten Bedingungen“ stattfinden.

Eine zusätzliche Gefährdung der Beteiligten durch die Wiederaufnahme der Prüfungen erscheint bei Anwendung strenger Infektionsschutzmaßnahmen durch die Prüfdienste, in Ergänzung zu den Maßnahmen, die die Einrichtung anwenden, praktisch ausgeschlossen.

Den Aufwand, den die Prüfungen auch für die Einrichtungen mit sich bringen, hält die PKV unter den aktuellen Pandemiebedingungen für zumutbar. Der PKV-Prüfdienst nimmt von jeher größtmögliche Rücksicht auf die betrieblichen Belange, z.B. auf die Tourenplanung der Dienste oder bei der Einbeziehung von Führungskräften, um sicher zu stellen, dass die pflegerische Versorgung durch den Prüfeinsatz so wenig wie möglich beeinträchtigt wird. In der Vergangenheit ist dies sehr gut gelungen, wie die durchweg positiven Rückmeldungen in den regelmäßigen Zufriedenheitsbefragungen zeigen. Unter Corona-Bedingungen wird der PKV-Prüfdienst bei diesem Punkt in den Prüfungen besonders aufmerksam sein.

Um den gleichwohl bestehenden Erschwernissen und dem erhöhten Beratungsaufwand Rechnung zu tragen, ist die vorgeschlagene Verlängerung des Prüfzeitraums um drei Monate eine geeignete Maßnahme, die es erleichtert, in den Regelbetrieb zurückzukehren ohne die Beteiligten zu überfordern.

Zusätzlich schlagen wir vor, die Frist nach § 114c Absatz 1 Satz 1 SGB XI für die Einführung einer zweijährigen statt jährlichen Prüfung für Einrichtung mit hohem Qualitätsniveau auf den 1. April 2022 zu verlängern. Wegen der 6 ½ monatigen Unterbrechung der Prüfungen stehen nicht so viele Daten aus durchgeführten Prüfungen wie geplant zur Verfügung, um die Kriterien für die Feststellung eines hohen Qualitätsniveaus festzulegen.

§ 147 Abs. 1 S. 1, 3 SGB XI

Vorgeschlagene Regelung

Es soll in Fällen, in denen es zur Verhinderung des Risikos einer Ansteckung zwingend erforderlich ist, bis einschließlich 31. März 2021 eine Begutachtung ohne Hausbesuch nach Aktenlage möglich sein. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen entwickelt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen spätestens bis zum 31. Oktober 2020 bundesweit einheitliche Kriterien für die Schutz- und Hygieneanforderungen bei persönlichen Begutachtungen und definiert die Fälle, in denen eine Begutachtung ohne Hausbesuch zwingend erforderlich ist.

Bewertung

Die einheitlichen Kriterien werden bis spätestens 31. Oktober 2020 entwickelt. Bis diese vorliegen, prüfen die Medizinischen Dienste (MDK und MEDICPROOF), ob und unter welchen Hygiene-/Schutzbedingungen eine Begutachtung mit Hausbesuch möglich ist.

Wir verstehen die Nennung von Organtransplantationen in der Gesetzesbegründung als ein plakatives Beispiel der Personengruppen, bei denen zur Verhinderung des (auch nur geringen) Risikos einer Ansteckung aufgrund bestimmter Vorerkrankungen eine Begutachtung ohne Hausbesuch stattfinden soll. Weitere prägnante Beispiele sind aus unserer Sicht Patientinnen/ Patienten in Chemo- oder Strahlentherapie oder mit fortgeschrittenen Herz-, Lungen- oder neurologischen Erkrankungen (z. B. mit Beatmung, Dialyse, Sauerstoffdauertherapie). Diese besonders vulnerablen Gruppen werden im Schutz- und Hygienekonzept im Detail festgelegt, um eine bundeseinheitliche Anwendung zu bewirken. Wir begrüßen die vorgesehene Abstimmung bei der Entwicklung der Vorgaben mit unserem Medizinischen Dienst MEDICPROOF.

In den vergangenen 6 Monaten haben MEDICPROOF und die privaten Versicherungsunternehmen wertvolle Erfahrungen mit dem Instrument der digitalen Begutachtung gesammelt, die den Hausbesuch temporär ersetzt hat.

Die Einstufungsstatistik digitaler Gutachten unterscheidet sich nur geringfügig von der Einstufung mit Hausbesuch aus dem Vorjahr. Auch das Empfehlungsverhalten der Gutachter ist kaum verändert (u.a. Hilfsmittlempfehlungen). Entsprechend sind Beschwerde- und Widerspruchsquoten stabil. Erste Ergebnisse der Versichertenbefragung zeigen eine unverändert hohe Versichertenzufriedenheit bei kürzeren Bearbeitungszeiten.

Diese Erfahrungen können zukunftsweisend sein. Die digitale Begutachtung kann für viele Konstellationen eine sinnvolle alternative Begutachtungsform sein. Wir wünschen uns und empfehlen, dass die Ergebnisse im Sinne von lessons learned weiter analysiert werden. Es besteht die Chance, die Digitalisierung auch in der Pflege voranzutreiben, analog der Telemedizin in der Krankenversicherung. Effizienter Ressourceneinsatz bei hoher Flexibilität der Beteiligten ist für die Bewältigung der demografischen Herausforderungen essentiell und in diesem Fall auch umweltfreundlich. Daher sollte auf der Grundlage der gesammelten Erfahrungen nach dem Ende der Corona-Pandemie geprüft werden, wie die digitale Begutachtung Teil des Begutachtungsverfahrens nach § 18 SGB XI werden kann.

§ 150 SGB XI

Vorgeschlagene Regelung:

Die Regelungen des § 150 SGB XI zur Unterstützung und Entlastung der Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftigen werden bis zum 31. Dezember 2020 verlängert. Umfasst sind davon unter anderem die Regelungen zum Schutzschirm für Pflegeeinrichtungen und nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag und die pandemiebedingten Sonderregelungen für die Inanspruchnahme von Sachleistungen, des Entlastungsbetrages und des Pflegeunterstützungsgeldes.

Der privaten Pflegepflichtversicherung entstehen dadurch Mehrausgaben in Höhe von 35 Mio. Euro.

Bewertung

Es ist nachvollziehbar, dass aufgrund des Fortbestehens der Corona-Pandemie die Regelungen des § 150 SGB XI zur Unterstützung der Pflegeeinrichtungen, Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen verlängert werden. Wir begrüßen sehr, dass dabei mit Augenmaß vorgegangen wird, indem die Regelungen um weitere drei Monate verlängert werden und nicht um eine größere Zeitspanne. Denn es lässt sich jetzt noch nicht absehen, wie sich die Pandemie weiterentwickeln wird. Hier umsichtig zu agieren, ist auch deshalb wichtig, weil diese Maßnahmen letztendlich eine weitere Belastung der Beitragszahler bedeuten.

Mit den Schutzschirmen für Pflegeeinrichtungen und Angebote zur Unterstützung im Alltag werden deren coronabedingte Mehrausgaben und Mindereinnahmen bis Ende 2020 weiter durch die Pflegeversicherung finanziert. Eine Finanzierung über Steuerzuschüsse wäre sachgerechter gewesen, weil die Schutzschirme im Pflegebereich, wie alle anderen

Schutzschirme auch, Aufgaben im gesamtgesellschaftlichen Interesse sind. Tatsächlich gehen die Mindereinnahmen der Einrichtungen nicht zwingend mit geringeren Ausgaben für die Pflegeversicherung einher. Das zeigen auch die leistungsrechtlichen Sonderregelungen, die aufgrund der Corona-Pandemie eingeführt wurden.