

Formulierungshilfe

für die Koalitionsfraktionen für einen aus der Mitte des Deutschen Bundestages einzubringenden

Entwurf eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser

(Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG)

A. Problem und Ziel

Die Patientenversorgung in Krankenhäusern spielt sowohl für die Bewältigung der Corona-Pandemie als auch für die grundsätzlichen Herausforderungen einer qualitativ hochwertigen und modernen Gesundheitsversorgung eine große Rolle. Deshalb ist eine moderne, digitale und gute investive Ausstattung der Krankenhäuser in Deutschland notwendig. Die Finanzierung von Investitionsmaßnahmen im Krankenhausbereich ist nach dem Prinzip der dualen Finanzierung Aufgabe der Länder. In den vergangenen Jahren ist jedoch das Gesamtvolumen der Mittel der Länder für Krankenhausinvestitionen bei unterschiedlicher Entwicklung in den einzelnen Ländern nominal und preisbereinigt zurückgegangen. Die Lücke, die durch fehlende Investitionen der Länder entstanden ist, wird in erheblichem Umfang aus Eigenmitteln der Krankenhäuser geschlossen, wozu auch eine Querfinanzierung aus Betriebsmitteln gehört. Insbesondere Investitionen in Digitalisierung und eine moderne technische Ausstattung der Krankenhäuser sind in den letzten Jahren nicht in ausreichendem Maße erfolgt. Mit Blick auf den Digitalisierungsgrad der Krankenhaus-IT hat Deutschland dadurch deutlichen Nachholbedarf. Im Umkehrschluss bietet der Status quo allerdings die Chance, durch gezielte Digitalisierungsprojekte große Digitalisierungspotenziale zu heben. Im Vordergrund stehen dabei, die medizinische Versorgung sowie die Souveränität und die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten zu verbessern, dabei die hohe Versorgungsqualität langfristig sicherzustellen und gleichzeitig den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter neue Perspektiven zu eröffnen, die sich durch die Potentiale der Digitalisierung ergeben. Insgesamt kann dadurch das Gesundheitswesen besser und zukunftsfähig gestaltet werden.

B. Lösung

Der Koalitionsausschuss hat Anfang Juni 2020 das Vorhaben „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ konsentiert. Hierfür werden aus dem Bundeshaushalt drei Milliarden Euro für eine modernere und bessere investive Ausstattung der Krankenhäuser zur Verfügung gestellt. Mit einem Krankenhauszukunftsfonds werden notwendige Investitionen gefördert. Hierzu zählen sowohl moderne Notfallkapazitäten (räumlich wie in der investiven Ausstattung) als auch eine bessere digitale Infrastruktur der Krankenhäuser zur besseren internen und auch sektorenübergreifenden Versorgung, Ablauforganisation, Kommunikation, Telemedizin, Robotik, Hightechmedizin und Dokumentation. Darüber hinaus sollen Investitionen in die IT- und Cybersicherheit des Gesundheitswesens, die gerade in Krisenlagen noch bedeutsamer sind, und Investitionen in die gezielte Entwicklung und die Stärkung regionaler Versorgungsstrukturen, sowohl für den Normalbetrieb wie für Krisenzeiten konzeptionell aufeinander abgestimmt, zum effizienten Ressourceneinsatz aus dem Programm unterstützt werden. Die Umsetzung erfolgt über die gesetzliche Erweiterung des Krankenhausstrukturfonds, der bereits vor einigen Jahren gesetzlich zur Investitionsförderung zur Verbesserung regionaler stationärer Versorgungsstrukturen gebildet wurde. Die Verteilung der zusätzlichen Mittel erfolgt analog zu den geltenden Regelungen des bestehenden Struk-

turfonds. Bei der Auswahl der Schwerpunkte wurden Bausteine anerkannter Reifegradmodelle zur Messung des Digitalisierungsgrads in Krankenhäusern berücksichtigt, die einen möglichst großen Einfluss auf die Verbesserung der Versorgung erzielen können.

Zur Vermeidung von Überschneidungen zwischen dem Krankenhauszukunftsfonds und dem geltenden Krankenhausstrukturfonds wird die Laufzeit des Krankenhausstrukturfonds um zwei Jahre verlängert.

Daneben enthält der Entwurf noch Regelungen in folgenden Bereichen:

- Für die vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu beschließenden Mindestvorgaben im Bereich der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung wird der Bettenbezug als ausschließlicher Maßstab gestrichen, um die notwendige Flexibilität zur ermöglichen.
- Die bisher in der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung geregelte Vergütung für den Botendienst der Apotheken wird verstetigt und von 5 Euro auf 2,50 Euro je Botendienst gesenkt.
- Die für das Jahr 2020 unterjährig übermittelten Struktur- und Leistungsdaten der Krankenhäuser sollen in anonymisierter und zusammengefasster Form veröffentlicht werden, um diese insbesondere der Selbstverwaltung und der Wissenschaft zur Untersuchung der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie zugänglich zu machen. Hierfür wird die erforderliche Rechtsgrundlage geschaffen.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Bund

Für den Bund entstehen Haushaltsausgaben in Höhe von 3 Milliarden Euro, da die Mittel für das Zukunftsprogramm Krankenhäuser aus Haushaltsmitteln des Bundes zur Verfügung gestellt werden.

Länder

Das Zukunftsprogramm Krankenhäuser sieht neben einem Finanzierungsanteil des Bundes in Höhe von 3 Mrd. Euro bzw. in Höhe von 70 % der Fördermittel eine Ko-Finanzierung der geförderten Vorhaben in Höhe von 30 % vor. Diese Ko-Finanzierung kann durch die Länder allein, unter finanzieller Beteiligung der Krankenhausträger oder ausschließlich durch die Krankenhausträger erfolgen.

Sofern länderseitig alle Mittel aus dem Zukunftsprogramm Krankenhäuser abgerufen und die hierfür erforderlichen Ko-Finanzierungsmittel ausschließlich durch die Länder erbracht werden, belaufen sich die Kosten des Zukunftsprogramms für alle Länder zusammen auf bis zu 1,3 Mrd. Euro für die Gesamtlaufzeit des Programms.

Gesetzliche Krankenversicherung

Durch die Änderung in § 129 SGB V ergeben sich für die gesetzliche Krankenversicherung bei voller Jahreswirkung Mehrausgaben von rd. 120 Mio. Euro zusätzlich Umsatzsteuer pro Jahr.

E. Erfüllungsaufwand

Durch die Maßnahmen dieses Gesetzes ergeben sich für die Verwaltung und die Wirtschaft zusätzliche Belastungen.

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für die Bürgerinnen und Bürger entsteht kein Erfüllungsaufwand.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Krankenhäusern entsteht für die Antragstellung zu Fördervorhaben Erfüllungsaufwand in nicht quantifizierbarer Höhe. Über die Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) können im Rahmen eines ergänzend aufzulegenden Förderprogrammes Darlehen bereitgestellt und zu attraktiven Konditionen vergeben werden. Dies gilt für den Fall, dass Krankenhausträger nicht in der Lage sind, den für eine Förderung erforderlichen Ko-Finanzierungsanteil selbst zu tragen oder den über den Krankenhauszukunftsfonds hinaus absehbaren Mittelbedarf zu decken. Für die Krankenhäuser entsteht im Zusammenhang mit der begleitenden Auswertung der Wirkungen der Förderung ein Erfüllungsaufwand in Höhe von insgesamt 600 000 Euro.

Für die Wirtschaft entsteht ein geringfügiger Erfüllungsaufwand durch die Absenkung der Vergütung des Botendienstes von 5 Euro auf 2,50 Euro zuzüglich Mehrwertsteuer.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Für die Krankenhausträger ergeben sich Dokumentationspflichten, um die Verwendung der Fördermittel aus dem Krankenhauszukunftsfonds nachprüfbar zu machen. Die Kosten hierfür dürften je Krankenhaus den Betrag von 1 000 Euro nicht übersteigen. Da nicht abschätzbar ist, wie viele Krankenhäuser Fördermittel erhalten, kann die Summe der hierfür entstehenden Bürokratiekosten nicht quantifiziert werden.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Für die Verwaltung der Länder entsteht Erfüllungsaufwand auf Grund der Sammlung und Prüfung der von den Krankenhäusern gestellten Anträge sowie der Abwicklung der Zahlungen mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS).

Für das BAS entsteht Erfüllungsaufwand für die Prüfung der Anträge und die Abwicklung der Zahlungen mit den Ländern sowie für die Erstellung von Richtlinien für die Förderung in Höhe von insgesamt rund 4,8 Millionen Euro.

Mit dem 2. Bevölkerungsschutzgesetz wurde das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) beauftragt, unterjährig Struktur- und Leistungsdaten der Krankenhäuser zu erheben. Durch die nun vorgesehene Veröffentlichung dieser Daten in anonymisierter und zusammengefasster Form auf seiner Internetseite entsteht dem InEK ein geringfügiger, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

F. Weitere Kosten

Auswirkungen auf die Einzelpreise sind nicht zu erwarten. Auswirkungen auf das allgemeine Preisniveau und das Verbraucherpreisniveau können somit ausgeschlossen werden.

Formulierungshilfe für die Koalitionsfraktionen für einen aus der Mitte des Deutschen Bundestages einzubringenden

Entwurf eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser

(Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG)

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch *[letzte Änderung eintragen durch BMJV]* geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Absatz 1 wird nach dem Wort „leistungsfähigen“ und dem nachfolgenden Komma das Wort „digitalen“ sowie ein Komma eingefügt.
2. Dem § 12 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Nach Durchführung des Verfahrens nach Absatz 1 Satz 5 verbleibende Fördermittel werden der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt.“
3. § 12a wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt und werden die Wörter „2022 weitere Mittel in Höhe von bis zu 500 Millionen Euro jährlich“ durch die Wörter „2024 weitere Mittel in Höhe von insgesamt bis zu 2 Milliarden Euro“ ersetzt.
 - bb) Satz 4 wird wie folgt geändert:
 - aaa) In Nummer 2 werden die Wörter „, Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen“ gestrichen.
 - bbb) In Nummer 3 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.
 - ccc) In Nummer 4 wird der Punkt am Ende durch das Wort „und“ ersetzt und die folgende Nummer 5 angefügt:
 - „5. ab dem 1. Januar 2022 Vorhaben zur Digitalisierung der Prozesse und Strukturen im Verlauf eines Krankenhausaufenthalts von Patientinnen und Patienten nach § 14a Absatz 1 und Absatz

5 sowie § 12 Absatz 3 in Verbindung mit § 19 Absatz 1 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung, soweit hierfür ausschließlich die in § 14a Absatz 2 genannten Mittel verwendet werden.“

- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird die Angabe „2022 jährlich“ durch die Angabe „2024 insgesamt“ ersetzt.
 - bb) Satz 2 wird aufgehoben.
 - cc) In dem neuen Satz 2 wird die Angabe „31. Dezember 2022“ durch die Angabe „31. Dezember 2024“ ersetzt.
 - dd) In dem neuen Satz 3 wird das Wort „jährlich“ gestrichen.
 - ee) Der bisherige Satz 5 wird aufgehoben.
 - ff) Im neuen Satz 4 werden die Wörter „Satz 4 bis zum 31. Dezember 2022“ durch die Wörter „Satz 3 bis zum 31. Dezember 2024“ ersetzt.
- c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a wird die Angabe „2022“ durch die Angabe „2024“ ersetzt und wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.
 - bb) In Satz 2 wird die Angabe „2022“ durch die Angabe „2024“ ersetzt.
 - cc) In den Sätzen 5 und 6 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ jeweils durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.
 - dd) In den Sätzen 7 und 8 wird das Wort „Bundesversicherungsamts“ jeweils durch die Wörter „Bundesamtes für Soziale Sicherung“ ersetzt.
4. Nach § 14 werden die folgenden §§ 14a und 14b eingefügt:

„§ 14a

Krankenhauszukunftsfonds

(1) 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.

Beim Bundesamt für Soziale Sicherung wird aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ein Krankenhauszukunfts fonds in Höhe von insgesamt 3 Milliarden Euro errichtet. Die Mittel nach Satz 2 werden der Liquiditätsreserve bis zum ...[Einsetzen: Einundzwanzigster Tag nach dem Inkrafttreten des Gesetzes] vom Bund zur Verfügung gestellt. Mindestens 15 Prozent der für die Förderung eines Vorhabens beantragten Mittel sind für Maßnahmen zur Verbesserung der IT-Sicherheit zu verwenden. Gefördert werden können aus den Mitteln des Krankenhauszukunfts fonds auch Vorhaben von Hochschulkliniken nach Satz 1 Nummer 1 und Vorhaben nach Satz 1 Nummer 4, an denen Hochschulkliniken beteiligt sind.

(2) Von dem in Absatz 1 Satz 2 genannten Betrag abzüglich der Aufwendungen nach Absatz 4 Satz 5 kann jedes Land den Anteil abrufen, der sich aus dem Königsteiner Schlüssel nach dem Stand vom 1. Oktober 2018 ergibt. Soweit durch die von einem Land bis zum 31. Dezember 2021 vorbehaltlos und vollständig eingereichten Anträge die ihm nach Satz 1 zustehenden Mittel nicht ausgeschöpft werden, werden die nicht in Anspruch genommenen Mittel der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt; sie können ab diesem Zeitpunkt für die Förderzwecke nach § 12a Absatz 1 Satz 4 Nummer 2 und 3 oder nach Absatz 1 und Absatz 6 sowie § 12 Absatz 3 in Verbindung mit § 19 Absatz 1 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung verwendet werden. Fördermittel können auch für die Finanzierung der Zinsen, der Tilgung und der Verwaltungskosten von Darlehen gewährt werden, soweit diese zur Finanzierung förderungsfähiger Vorhaben nach Absatz 1 Satz 1 aufgenommen werden.

(3) 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 können Vorgaben für die Ausgestaltung der Förderanträge der Krankenhausträger festlegen. Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht. Die Länder prüfen die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel.

(4) Voraussetzung für die Zuteilung von Fördermitteln nach Absatz 2 ist, dass

1. die Umsetzung des zu fördernden Vorhabens frühestens am [Einsetzen: Tag des Kabinettschlusses] begonnen hat,
2. das antragstellende Land, der Träger der zu fördernden Einrichtung oder beide gemeinschaftlich mindestens 30 Prozent der förderungsfähigen Kosten des Vorhabens (Ko-Finanzierung) tragen,
3. das antragstellende Land sich verpflichtet,
 - a) in den Jahren 2020 bis 2022 jährlich Haushaltsmittel für die Investitionsförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitzustellen, die dem Durchschnitt der in den Haushaltsplänen der Jahre 2016 bis 2018 hierfür ausgewiesenen Mittel entspricht, und
 - b) die nach Buchstabe a) getragenen Mittel um die vom Land getragenen Mittel nach Nummer 2 zu erhöhen und
4. die auf Grundlage des Absatzes 5 geregelten Voraussetzungen erfüllt sind.

Das antragstellende Land hat innerhalb von drei Monaten nach Eingang der Bedarfsanmeldung des Krankenhausträgers nach Absatz 3 Satz 1 über die Antragstellung für dieses Vorhaben beim Bundesamt für Soziale Sicherung zu entscheiden. Das Bundesamt für Soziale Sicherung prüft die Anträge und weist die Mittel zu, bis der in Absatz 2

Satz 1 genannte Anteil des Landes ausgeschöpft ist. Nicht zweckentsprechend verwendete oder überzahlte Mittel sind unverzüglich an das Bundesamt für Soziale Sicherung zurückzuzahlen, wenn eine Verrechnung mit Ansprüchen auf Auszahlung von Fördermitteln nicht möglich ist. Die für die Verwaltung der Mittel und für die Durchführung der Förderung notwendigen Aufwendungen des Bundesamts für Soziale Sicherung werden aus dem in Absatz 1 Satz 2 genannten Betrag gedeckt.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit regelt in der Rechtsverordnung nach § 12 Absatz 3 das Nähere

1. zu den Voraussetzungen der Förderung und zum Verfahren der Vergabe der Fördermittel,
2. zum Nachweis der Fördervoraussetzungen nach Absatz 4 Satz 1 und
3. zum Nachweis der zweckentsprechenden Verwendung der Fördermittel und zur Rückzahlung überzahlter oder nicht zweckentsprechend verwendeter Fördermittel.

§ 14b

Evaluierung des digitalen Reifegrades der Krankenhäuser

Das Bundesministerium für Gesundheit gibt eine begleitende Auswertung in Auftrag, aus der sich ergibt, inwieweit die Förderung mittelbar oder unmittelbar zu einer Verbesserung des digitalen Reifegrades der Krankenhäuser geführt hat. Im Rahmen dieser Auswertung ist der digitale Reifegrad der Krankenhäuser jeweils zum 30. Juni 2021 und zum 30. Juni 2023 unter Zugrundelegung anerkannter Reifegradmodelle festzustellen. Die Krankenhäuser übermitteln der vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragten Stelle auf deren Anforderung die für die Auswertung erforderlichen strukturierten Selbsteinschätzungen hinsichtlich des Umsetzungsstands digitaler Maßnahmen.“

5. In § 24 Absatz 2 Satz 6 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „sowie in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit zur Veröffentlichung zusammengefasster Daten auf seiner Internetseite“ eingefügt.

Artikel 2

Änderungen der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung

Die Krankenhausstrukturfonds-Verordnung vom 17. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2350), zuletzt geändert durch [letzte Änderung eintragen durch BMJV], wird wie folgt geändert:

1. In § 8 Absatz 4 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.
2. § 11 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 4 Buchstabe b) werden die Wörter „der Telematikinfrastuktur im Gesundheitswesen nach § 291a des Fünften Buches“ durch die Wörter „und Anwendungen der Telematikinfrastuktur nach dem Fünften Buch“ ersetzt und wird das Komma am Ende durch das Wort „oder“ ersetzt.

- b) Nummer 5 wird aufgehoben und die bisherige Nummer 6 wird Nummer 5.
3. § 12 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 2 wird die Angabe „, 3 und 5“ durch die Angabe „und 3“ ersetzt.
 - b) In Nummer 5 wird die Angabe „Nummer 6“ durch die Angabe „Nummer 5“ ersetzt.
4. In der Überschrift zu den §§ 13 und 15 wird das Wort „Bundesversicherungsamts“ jeweils durch die Wörter „Bundesamtes für Soziale Sicherung“ ersetzt.
5. In §§ 13 Absatz 1 bis 4, § 14 Absatz 1 Satz 1, § 16 Absatz 1 Satz 1, § 17 Absatz 1 und § 18 Satz 2 wird das Wort „Bundesversicherungsamt“ jeweils durch die Wörter „Bundesamt für Soziale Sicherung“ ersetzt.
6. § 14 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird die Angabe „31. Dezember 2022“ durch die Angabe „31. Dezember 2024“ ersetzt und werden nach dem Wort „stellen“ die Wörter „sowie ab dem 1. Januar bis zum 31. Dezember 2022 zusätzlich Anträge nach § 14a Absatz 1 und Absatz 5 sowie § 12 Absatz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 19 Absatz 1 auf Auszahlung der in § 14a Absatz 2 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Mittel stellen“ eingefügt.
 - bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „Antrag“ die Wörter „auf Auszahlung von Fördermitteln nach § 12a Absatz 1 Nummer 1 bis 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ eingefügt und wird die Angabe „31. Dezember 2022“ durch die Angabe „31. Dezember 2024“ ersetzt.
 - b) In Absatz 2 Nummer 9 werden die Wörter „der Telematikinfrastruktur im Gesundheitswesen nach § 291a des Fünften Buches“ durch die Wörter „und Anwendungen der Telematikinfrastruktur nach dem Fünften Buch“ ersetzt.
7. § 15 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 wird das Wort „Bundesversicherungsamts“ durch die Wörter „Bundesamtes für Soziale Sicherung“ ersetzt.
 - b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Wird der Abdruck des Förderbescheids des Landes dem Bundesamt für Soziale Sicherung nicht innerhalb von 15 Monaten nach dem Erhalt des Auszahlungsbescheids übermittelt, kann dieses den Auszahlungsbescheid aufheben und die Mittel zurückfordern.“
8. Nach § 18 wird folgender neuer Teil 3 angefügt:

„Teil 3

Förderung nach § 14a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

§ 19

Förderungsfähige Vorhaben

(1) Nach § 14a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden folgende Vorhaben, insbesondere zur Digitalisierung der Prozesse und Strukturen im Verlauf eines Krankenhausaufenthalts von Patientinnen und Patienten, gefördert:

1. Anpassung von Notaufnahmen eines Krankenhauses an den Stand der Technik,
2. die Einrichtung von Patientenportalen für ein digitales Aufnahme- und Entlassmanagement, die einen digitalen Informationsaustausch zwischen Leistungserbringern und Leistungsempfänger vor, während und nach der Behandlung im Krankenhaus ermöglichen,
3. eine durchgehend elektronische Dokumentation von Pflege- und Behandlungsleistungen sowie Unterstützungssysteme zur automatisierten und sprachbasierten Dokumentation von Behandlungsleistungen,
4. teil- oder vollautomatisierte klinische Entscheidungsunterstützungssysteme mit dem Ziel der Steigerung der Versorgungsqualität,
5. ein durchgehendes digitales Medikationsmanagement zur Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit, bei der sämtliche arzneibezogenen Behandlungsinformationen über den gesamten Behandlungsprozess im Krankenhaus zur Verfügung stehen, hierzu zählen auch robotikbasierte Systeme zur Medikation,
6. ein krankenhauserinterner digitaler Leistungsanforderungsprozess, welcher sowohl die Leistungsanforderung als auch die Rückmeldung in elektronischer Form mit dem Ziel ermöglicht, die krankenhauserinternen Kommunikationsprozesse zu beschleunigen,
7. Konzepte, die zur Abstimmung des Leistungsangebots mehrerer Krankenhäuser mit dem Ziel einer ausgewogenen, Flächendeckung sicherstellenden und Spezialisierung ermöglichenden Angebotsstruktur erforderlich sind, hierzu zählt auch die Bereitstellung von sicheren Systemen, die IT-Infrastrukturen über ein Servernetz zur Verfügung stellen, ohne dass diese auf dem lokalen Server installiert sind (Cloud Computing-Systeme),
8. die Einführung oder Weiterentwicklung eines online-basierten Versorgungsnachweis(Betten-)systems zur Verbesserung der Zusammenarbeit der Krankenhäuser untereinander und zwischen Krankenhäusern und anderen Versorgungsbereichen,
9. die Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung informationstechnischer, kommunikationstechnischer und robotikbasierter Anlagen, Systeme oder Verfahren oder räumliche Maßnahmen, die erforderlich sind, um telemedizinische Netzwerkstrukturen und Anwendungsfälle zwischen Krankenhäusern oder zwischen Krankenhäusern und ambulanten Einrichtungen zu schaffen,
10. die Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung informationstechnischer oder kommunikationstechnischer Anlagen, Systeme oder Verfahren, um die

nach dem Stand der Technik angemessenen organisatorischen und technischen Vorkehrungen zur Vermeidung von Störungen der Verfügbarkeit, Integrität und Vertraulichkeit ihrer informationstechnischen Systeme, Komponenten oder Prozesse zu treffen, die für die Funktionsfähigkeit des jeweiligen Krankenhauses und die Sicherheit der verarbeiteten Patienteninformationen maßgeblich sind, soweit das Krankenhaus nicht nach § 12a Absatz 1 Satz 3 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 11 Absatz 1 Nummer 4 Buchstabe a förderfähig ist, sowie

11. Vorhaben zur Anpassung von Patientenzimmern an die besonderen Behandlungserfordernisse im Fall einer Epidemie, insbesondere durch Umwandlung von Zimmern mit mehr als zwei Betten in Ein- oder Zweibettzimmer, sofern das Vorhaben zu einer entsprechenden Verminderung der Zahl der krankenhauserplanerisch festgesetzten Betten führt.

Vorhaben von Hochschulkliniken sind förderfähig nach Satz 1 Nummer 1 sowie Vorhaben unter Beteiligung von Hochschulkliniken nach Satz 1 Nummern 7 bis 9 sowie 11.

(2) Vorhaben nach Absatz 1 Nummer 2 bis 6 und Nummer 9 müssen folgende Kriterien erfüllen:

1. die Verwendung international anerkannter technischer, syntaktischer und semantischer Standards zur Herstellung einer durchgehenden einrichtungsinternen und einrichtungsexternen Interoperabilität digitaler Dienste, wobei die Vorgaben zur Interoperabilität nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch zu berücksichtigen sind; generierte, für Patientinnen und Patienten relevante, Dokumente und Daten müssen in die elektronische Patientenakte übertragen werden können; bei den Vorhaben ist die Rechtsverordnung nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch zu der Festlegung der offenen und standardisierten Schnittstellen für informationstechnische Systeme zu beachten, sobald diese erlassen wurde, sowie
2. die durchgehende Berücksichtigung von Maßnahmen zur Gewährleistung der Informationssicherheit auf dem Stand der Technik.

(3) Bei den Vorhaben nach Absatz 1 Nummer 2 bis 6 und Nummer 9 sind im Rahmen der geförderten Strukturen Dienste und Anwendungen der Telematikinfrastruktur nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch zu nutzen, sobald diese zur Verfügung stehen.

§ 20

Förderfähige Kosten

(1) Bei allen Vorhaben nach § 19 Absatz 1 können Kosten für erforderliche technische und informationstechnische Maßnahmen gefördert werden. Bei Vorhaben nach § 19 Absatz 1 Nummer 7 werden insbesondere die Kosten für die Bereitstellung des Systems sowie der Anbindung eines Krankenhauses oder anderer Leistungserbringer an das System, einschließlich der für die Nutzung erforderlichen Software, gefördert; bei Vorhaben nach § 19 Absatz 1 Nummer 9 und 10 insbesondere die Kosten der Krankenhäuser oder ambulanter Einrichtungen für die Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung informations- oder kommunikationstechnischer Anlagen.

(2) Bei allen Vorhaben nach § 19 Absatz 1 können Kosten für erforderliche personelle Maßnahmen einschließlich der Kosten für Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gefördert werden.

(3) Bei allen Vorhaben nach § 19 Absatz 1 können Kosten für räumliche Maßnahmen gefördert werden, soweit sie für die technischen, informationstechnischen und personellen Maßnahmen erforderlich sind. Bei Vorhaben nach § 19 Absatz 1 Nummer 2 bis 10 dürfen für räumliche Maßnahmen nur maximal 10 Prozent der beantragten Fördermittel verwendet werden.

(4) Bei allen Vorhaben nach § 19 Absatz 1 können Kosten für die Beschaffung von Nachweisen nach § 25 gefördert werden.

(5) 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.

(6) § 2 Absatz 3 und 4 gilt entsprechend.

§ 21

Verwaltungsaufgaben des Bundesamtes für Soziale Sicherung

(1) Das Bundesamt für Soziale Sicherung veröffentlicht auf seiner Internetseite die nach § 14a Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf die einzelnen Länder entfallenden Anteile, die sich aus dem Königsteiner Schlüssel nach dem Stand vom 1. Oktober 2018 abzüglich des Betrags nach Absatz 3 ergeben.

(2) Für die Förderung von Vorhaben nach § 19 Absatz 1 Nummer 2 bis 6 erlässt das Bundesamt für Soziale Sicherung Richtlinien zur Konkretisierung der Voraussetzungen für die Förderung. Hierfür kann es sich der Unterstützung Dritter bedienen.

(3) Das Bundesamt für Soziale Sicherung schätzt bis zum Ende des letzten Quartals des Jahres 2020 die ihm bis zum 31. Dezember 2023 voraussichtlich entstehenden Aufwendungen nach § 14a Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und passt diese Schätzung jährlich an die tatsächlich entstandenen Ausgaben an.

(4) Das Bundesamt für Soziale Sicherung veröffentlicht auf seiner Internetseite jährlich bis zum 31. März eines Jahres folgende Kennzahlen zum Stand 31. Dezember des Vorjahres, erstmals zum Stand 31. Dezember 2021, ohne Bezug zu den geförderten Vorhaben:

1. Zahl der gestellten Anträge insgesamt und differenziert nach Ländern sowie Gegenstand der gestellten Anträge, differenziert nach Ländern,
2. die Höhe der beantragten Fördermittel insgesamt und differenziert nach Ländern sowie
3. die Höhe der bewilligten Fördermittel insgesamt und differenziert nach Ländern.

(5) Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann zum Zweck einer einheitlichen und wirtschaftlichen Durchführung des Förderverfahrens nähere Bestimmungen zur Durchführung des Förderverfahrens treffen und verlangen, dass die Unterlagen nach § 22 in einem einheitlichen Format oder in einer maschinell auswertbaren Form übermittelt werden.

§ 22

Antragstellung

(1) Die Länder können bis zum 31. Dezember 2021 Anträge an das Bundesamt für Soziale Sicherung auf Auszahlung von Fördermitteln nach § 14a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aus dem Strukturfonds stellen. Wird ein fristgemäß gestellter Antrag nach Fristablauf bestandskräftig abgelehnt oder zurückgenommen oder werden Fördermittel nach § 24 zurückgezahlt, kann das antragstellende Land, soweit sein Anteil nach § 21 Absatz 1 noch nicht ausgeschöpft ist, bis zum 31. Dezember 2023 Fördermittel beantragen.

(2) Dem Antrag sind die in § 4 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und 2 genannten Unterlagen sowie darüber hinaus folgende Unterlagen beizufügen:

1. die Erklärung zur Verpflichtung, die Voraussetzungen des § 14a Absatz 4 Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einzuhalten,
2. Nachweise, aus denen sich ergibt, dass und wofür mindestens 15 Prozent der beantragten Fördermittel des Vorhabens für Maßnahmen zur Verbesserung der IT-Sicherheit eingesetzt werden,
3. bei Vorhaben nach § 19 Absatz 1 Nummer 1 die Bestätigung, dass die Baumaßnahmen dem Erhalt oder der Modernisierung der Bausubstanz der Notaufnahme des Krankenhauses dienen, sowie über die Anschaffung der Software, die Anbindung daran sowie Nachweise über durchgeführte Schulungen,
4. bei Vorhaben nach § 19 Absatz 1 Nummer 2 bis 6 die Bestätigung des oder der zu beauftragenden, berechtigten IT-Dienstleister, dass die Maßnahme der Etablierung eines digitalen Dienstes im Sinne der § 19 Absatz 1 Nummer 2 bis 6 dienen soll,
5. bei Vorhaben nach § 19 Absatz 1 Nummer 8 die Bestätigung über das Bestehen der technischen Voraussetzungen für die Anbindung und Nutzung des Systems,
6. bei Vorhaben nach § 19 Absatz 1 Nummer 9 die Bestätigung, dass die vorhandenen Dienste und Anwendungen der Telematikinfrastruktur nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch genutzt werden, sobald diese zur Verfügung stehen,
7. bei Vorhaben nach § 19 Absatz 1 Nummer 10 die Bestätigung, dass die vorgesehenen Maßnahmen erforderlich sind, um die informationstechnischen Systeme des Krankenhauses nach dem Stand der Technik anzupassen,
8. bei Vorhaben nach § 19 Absatz 1 Nummer 11 den Feststellungsbescheid, aus dem sich die Verringerung der Zahl der krankenhauplanerisch festgesetzten Betten des Krankenhauses ergibt, sowie
9. die Berechnung des Barwerts nach § 20 Absatz 6 in Verbindung mit § 2 Absatz 3 Satz 3 einschließlich einer Erläuterung der zu Grunde gelegten versicherungsmathematischen Annahmen, wenn ein förderfähiges Vorhaben durch Aufnahme eines Darlehens des Krankenhausträgers finanziert werden soll.

§ 23

Auszahlungsbescheide des Bundesamtes für Soziale Sicherung

(1) Für die Auszahlungsbescheide des Bundesamtes für Soziale Sicherung gilt § 6 Absatz 1 entsprechend.

(2) Die Bescheide sind mit einem Rückforderungsvorbehalt für den Fall zu versehen, dass

1. die Voraussetzungen für eine Auszahlung der Fördermittel von Anfang an nicht bestanden haben oder nachträglich entfallen sind,
2. der Finanzierungsanteil des Strukturfonds höher als 70 Prozent liegt,
3. Beträge nicht zweckentsprechend verwendet worden sind,
4. die Nachweise nach § 25 nicht oder nicht vollständig vorgelegt werden oder
5. die Nachweise nach § 25 ergeben, dass die Verpflichtungen nach § 14a Absatz 4 Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht eingehalten worden sind.

(3) Die Länder legen dem Bundesamt für Soziale Sicherung unverzüglich, spätestens innerhalb von 15 Monaten nach der Zuweisung der Mittel ihren Bescheid über die Förderung des Vorhabens vor.

§ 24

Rückforderung, Verzinsung und Bewirtschaftung von Fördermitteln

(1) Das Bundesamt für Soziale Sicherung macht Rückforderungsansprüche gegenüber den Ländern durch Bescheid geltend, soweit einer der in § 23 Absatz 2 genannten Sachverhalte eingetreten ist. Legt das Land seinen Förderbescheid nicht fristgerecht nach § 23 Absatz 3 dem Bundesamt für Soziale Sicherung vor, kann dieses den Bewilligungsbescheid aufheben und die Mittel zurückfordern. Im Übrigen gilt § 7 Absatz 1 und 2 Satz 2 und 3 sowie Absatz 3 entsprechend.

(2) Für die Bewirtschaftung der Fördermittel gilt § 9 entsprechend.

§ 25

Nachweis über die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel

(1) Die zuständigen obersten Landesbehörden übermitteln dem Bundesamt für Soziale Sicherung zum 1. April eines Jahres, erstmals zum 1. April 2021, für die Vorhaben, für die das Bundesamt für Soziale Sicherung Fördermittel bewilligt hat,

1. den Stand der Umsetzung und den voraussichtlichen Abschluss des Vorhabens,
2. einen Nachweis des oder der beauftragten, berechtigten IT-Dienstleister darüber, dass die Anforderungen an das Vorhaben nach § 19 Absatz 1 sowie die Förderrichtlinien des Bundesamtes für Soziale Sicherung eingehalten wurden,

3. Zwischenergebnisse über die Prüfung der zweckentsprechenden Verwendung der Mittel oder die begründete Erklärung, dass eine entsprechende Zwischenprüfung nicht erfolgt,
4. Angaben über die Höhe der ausgezahlten Mittel,
5. aussagekräftige Unterlagen, aus denen sich ergibt, dass die Bestimmungen des § 14a Absatz 4 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, insbesondere die Verpflichtungen nach § 14a Absatz 4 Satz 1 Nummer 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, eingehalten worden sind und
6. aussagekräftige Unterlagen zur Höhe des für die Krankenhäuser und die Länder jeweils entstehenden Erfüllungsaufwands.

Die zuständigen obersten Landesbehörden überprüfen durch geeignete Maßnahmen die Richtigkeit eines Verwendungsnachweises der Krankenhausträger; hierzu führen sie insbesondere Begehungen vor Ort durch.

(2) Die Länder teilen dem Bundesamt für Soziale Sicherung einschlägige Prüfungsbemerkungen ihrer obersten Rechnungsprüfungsbehörden mit. Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann weitergehende Nachweise verlangen, sofern diese für die Beurteilung der zweckentsprechenden Verwendung der Mittel erforderlich sind.“

Artikel 3

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 311 der Rechtsverordnung vom 19. Juni 2020 (BGBl. I S. 1328) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 129 wird nach Absatz 5d folgender Absatz 5e-neu eingefügt:

„(5e) Apotheken können bei der Abgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln im Wege des Botendienstes je Lieferort und Tag einen zusätzlichen Zuschlag in Höhe von 2,50 Euro zuzüglich Umsatzsteuer erheben.“

2. In § 136a Absatz 2 Satz 9 wird die Angabe „30. September 2020“ durch die Angabe „30. September 2021“ und die Angabe „1. Januar 2021“ durch die Angabe „1. Januar 2022“ ersetzt sowie das Wort „bettenbezogene“ gestrichen.

3. § 271 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) a) In Satz 8 werden die Wörter „2022 Finanzmittel in Höhe von bis zu 500 Millionen Euro jährlich“ durch die Wörter „2024 Finanzmittel in Höhe von insgesamt bis zu 2 Milliarden Euro“ ersetzt.

- b) Nach Satz 8 wird folgender Satz eingefügt:

„Zur Finanzierung der Fördermittel nach § 14a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden dem Krankenhauszukunftsfonds am ...[Einsetzen: 21 Tage nach Inkrafttreten] 3 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt.“

Artikel 4

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

In § 5 des Krankenhausentgeltgesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch *[letzte Änderung eintragen durch BMJV]* geändert worden ist, wird nach Absatz 3e folgender Absatz 3f eingefügt:

„(3f) Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren für die Zeit ab dem 1. Januar 2025 einen Abschlag in Höhe von bis zu 2 Prozent des Rechnungsbetrags für jeden voll- und teilstationären Fall, sofern ein Krankenhaus keine 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. Das Nähere zur Umsetzung des Abschlags nach Satz 1 regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft in der Vereinbarung nach § 291a Absatz 7a Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Dabei haben sie auch Regelungen zu vereinbaren, nach denen sich die konkrete Höhe des Abschlags nach der Anzahl der grundsätzlich bereitgestellten Dienste und deren tatsächlicher Nutzungsquote richtet.“

Artikel 5

Inkrafttreten

- (1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich des Absatzes 2 am Tag nach der Verkündung in Kraft.
- (2) Artikel 3 Nummer 1 tritt mit Wirkung zum 1. Oktober 2020 in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Die Finanzierung von Investitionsmaßnahmen im Krankenhausbereich ist nach dem Prinzip der dualen Finanzierung Aufgabe der Länder. In den vergangenen Jahren ist jedoch das Gesamtvolumen der Mittel der Länder für Krankenhausinvestitionen bei unterschiedlicher Entwicklung in den einzelnen Ländern nominal und preisbereinigt zurückgegangen. Die Lücke, die durch fehlende Investitionen der Länder, entstanden ist, wird in erheblichem Umfang aus Eigenmitteln der Krankenhäuser geschlossen, wozu auch eine Querfinanzierung aus Betriebsmitteln gehören. Die notwendige Investitions- und damit Zukunftsfähigkeit der Häuser ist dabei oftmals nicht gesichert. Die Planungsverantwortung der Länder für ihre Krankenhäuser als Ausgestaltung der Daseinsvorsorge darf nicht dauerhaft zur Verfestigung nicht bedarfsgerechter Angebotsstrukturen führen. Ohne weitere wirksame strukturelle Maßnahmen ist die Zukunftsfähigkeit der Krankenhäuser nicht ausreichend gesichert und wegen der Zweckentfremdung der Mittel zur Betriebskostenfinanzierung eine Beeinträchtigung der Versorgungs- und Pflegequalität nicht zu verhindern. Zwar sind mit der Digitalisierung und Modernisierung der Krankenhäuser nicht unerhebliche Investitionen verbunden. Mit dem „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ mit einem Volumen von insgesamt ca. 4,3 Mrd. EUR (3 Mrd. aus Bundesmitteln zuzüglich 30-prozentigen Anteils von dritter Seite) kann der Investitionsstau bei der Digitalisierung von Krankenhäusern jedoch erheblich abgebaut und die Digitalisierung der Krankenhäuser nach bundesweiten Standards gestaltet werden. In diesem Rahmen können durch zielgerichtete Investitionen in die Digitalisierung auch eine Modernisierung der stationären Notfallkapazitäten erreicht sowie die IT-technische Vernetzung von Krankenhäusern untereinander sowie mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens vorangetrieben werden.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Um die Ziele des bestehenden Krankenhausfinanzierungsgesetzes nachhaltig zu unterstützen, ist ein Investitionsprogramm zur Digitalisierung und zur Stärkung regionaler Versorgungsstrukturen erforderlich. Mit einem „Krankenhauszukunftsfonds“ werden notwendige Investitionen gefördert. Hierzu zählen sowohl moderne Notfallkapazitäten (räumlich wie in der investiven Ausstattung), als auch eine bessere digitale Infrastruktur der Krankenhäuser zur besseren internen und auch sektorenübergreifenden Versorgung, Ablauforganisation, Kommunikation, Telemedizin, Robotik, Hightechmedizin und Dokumentation. Darüber hinaus sollen Investitionen in die IT- und Cybersicherheit des Gesundheitswesens, die gerade in Krisenlagen noch bedeutsamer sind, und Investitionen in die gezielte Entwicklung und die Stärkung regionaler Versorgungsstrukturen, sowohl für den Normalbetrieb wie für Krisenzeiten konzeptionell aufeinander abgestimmt, zum effizienten Ressourceneinsatz aus dem Programm unterstützt werden.

Daneben enthält der Entwurf noch Regelungen in folgenden Bereichen:

- Für die vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu beschließenden Mindestvorgaben im Bereich der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung wird der Bettenbezug als ausschließlicher Maßstab gestrichen, um die notwendige Flexibilität zur ermöglichen.
- Die bisher in der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung geregelte Vergütung wird verstetigt und von 5 Euro auf 2,50 Euro je Botendienst gesenkt.

- Die für das Jahr 2020 unterjährig übermittelten Struktur- und Leistungsdaten der Krankenhäuser sollen in anonymisierter und zusammengefasster Form veröffentlicht werden, um diese insbesondere der Selbstverwaltung und der Wissenschaft zur Untersuchung der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie zugänglich zu machen. Hierfür wird die erforderliche Rechtsgrundlage geschaffen.

III. Alternativen

Keine.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die vorgesehenen Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes stützt sich auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a des Grundgesetzes (GG). Danach können die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser durch Bundesgesetz geregelt werden. Bundesgesetzliche Regelungen sind auch zur Wahrung der Rechtseinheit erforderlich. Es ist von besonderer Bedeutung, dass im gesamten Bundesgebiet kurzfristig Förderprogramme – insbesondere zur Verbesserung der digitalen Infrastrukturen etabliert werden können. Dieses Regelungsziel bedarf einheitlicher Rahmenvorgaben und könnte durch eine Gesetzesvielfalt auf Landesebene nicht erreicht werden. Die Digitalisierung der Krankenhäuser und hierbei die IT-technische Vernetzung von Krankenhäusern muss nach bundesweiten Standards, orientiert an internationalen Standards, gestaltet werden.

V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Das Gesetz ist mit dem Recht der Europäischen Union vereinbar.

VI. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Der Gesetzentwurf trägt zur Rechts- und Verwaltungsvereinfachung bei, da das Verfahren für die Antragstellung und für die Bewilligung der Mittel des Krankenhauszukunftsfonds möglichst verwaltungsarm gestaltet wird.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Das Gesetz steht im Einklang mit dem Leitprinzip der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung hinsichtlich Gesundheit, Lebensqualität, sozialem Zusammenhalt und sozialer Verantwortung, gerade in Zeiten einer Pandemie. Die Mittel des Krankenhauszukunftsfonds tragen dazu bei, die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser im Normalbetrieb und während einer Pandemie zu verbessern. Damit wird insbesondere die Umsetzung der Managementregel 5 der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie unterstützt, nach der Gefahren und unvermeidbare Risiken für die menschliche Gesundheit zu vermeiden sind.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Bund

Für den Bund entstehen Haushaltsausgaben in Höhe von 3 Milliarden Euro, da die Mittel für das Zukunftsprogramm Krankenhäuser aus Haushaltsmitteln des Bundes zur Verfügung gestellt werden.

Länder

Das Zukunftsprogramm Krankenhäuser sieht neben einem Finanzierungsanteil des Bundes in Höhe von 3 Mrd. Euro bzw. in Höhe von 70 % der Fördermittel eine Ko-Finanzierung der geförderten Vorhaben in Höhe von 30 % vor. Diese Ko-Finanzierung kann durch die Länder allein, unter finanzieller Beteiligung der Krankenhausträger oder ausschließlich durch die Krankenhausträger erfolgen.

Sofern länderseitig alle Mittel aus dem Zukunftsprogramm Krankenhäuser abrufen und die hierfür erforderlichen Ko-Finanzierungsmittel ausschließlich durch die Länder erbracht werden, belaufen sich die Kosten des Zukunftsprogramms für alle Länder zusammen auf bis zu 1,3 Mrd. Euro für die Gesamtlaufzeit des Programms.

Gesetzliche Krankenversicherung

Durch die Änderung in § 129 SGB V ergeben sich für die gesetzliche Krankenversicherung bei voller Jahreswirkung Mehrausgaben von rd. 120 Mio. Euro zusätzlich Umsatzsteuer pro Jahr.

4. Erfüllungsaufwand

Bürgerinnen und Bürger

Für die Bürgerinnen und Bürger entsteht kein Erfüllungsaufwand.

Wirtschaft

Für die Krankenhausträger kann durch die Erstellung von Antragsunterlagen für die zu fördernden Vorhaben ein einmaliger Erfüllungsaufwand entstehen. Die Höhe des Erfüllungsaufwands ist im Wesentlichen abhängig von der Umsetzung der gesetzlichen Regelungen durch die Länder und von der Komplexität der jeweiligen Vorhaben und kann daher nicht ex ante quantifiziert werden. Um eine Quantifizierung ex post zu ermöglichen, ist vorgesehen, dass bei der Antragstellung auch Unterlagen über die Höhe des Erfüllungsaufwands vorzulegen sind. Der Erfüllungsaufwand für die strukturierten Selbsteinschätzungen des digitalen Reifegrads der Krankenhäuser beträgt je Krankenhaus ca. 300 Euro, sodass für alle Krankenhäuser ein Erfüllungsaufwand in Höhe von ca. 600 000 Euro entsteht.

Für die Wirtschaft entsteht ein geringfügiger Erfüllungsaufwand durch die Absenkung der Vergütung des Botendienstes von 5 Euro auf 2,50 Euro zuzüglich Mehrwertsteuer.

Bürokratiekosten der Wirtschaft

Für die Krankenhausträger ergeben sich Dokumentationspflichten, um die Verwendung der Fördermittel aus dem Krankenhauszukunfts fonds nachprüfbar zu machen. Die Kosten hierfür dürften je Krankenhaus den Betrag von 1 000 Euro nicht übersteigen. Da nicht abschätzbar ist, wie viele Krankenhäuser Fördermittel erhalten, kann die Summe der hierfür entstehenden Bürokratiekosten nicht quantifiziert werden.

Verwaltung

Bund

Dem Bundesministerium für Gesundheit entsteht für die Laufzeit des Krankenhauszukunfts fonds ein dauerhafter Erfüllungsaufwand durch die Notwendigkeit, die Durchführung des Fonds zu begleiten und zwischen dem BAS und den Ländern zu koordinieren. Außerdem entsteht dem Bundesministerium für Gesundheit ein einmaliger Erfüllungsaufwand durch die Vergabe und Auswertung eines begleitenden Forschungsvorhabens. Der Mehraufwand wird im Rahmen vorhandener Stellen und Mittel des Einzelplans 15 gedeckt.

Dem BAS entsteht im Zusammenhang mit der Errichtung des Krankenhauszukunftsfonds vorübergehend Personalmehraufwand. Dieser kann nach einer ersten sehr groben Schätzung des BAS maximal 45 Personenjahre betragen. Außerdem entsteht dem BAS ein einmaliger Erfüllungsaufwand durch die Aufstellung von Richtlinien für die Förderung. Dieser dürfte den Betrag von 250.000 Euro nicht übersteigen. Der dem BAS entstehende Erfüllungsaufwand wird vollständig aus den Mitteln des Krankenhauszukunftsfonds gedeckt.

Mit dem 2. Bevölkerungsschutzgesetz wurde das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) beauftragt, unterjährig Struktur- und Leistungsdaten der Krankenhäuser zu erheben. Durch die nun vorgesehene Veröffentlichung dieser Daten in anonymisierter und zusammengefasster Form auf seiner Internetseite entsteht dem InEK ein geringfügiger, nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

Länder

Den Ländern entsteht Erfüllungsaufwand durch die Stellung von Anträgen auf Förderung von Vorhaben aus dem Krankenhauszukunftsfonds. Der administrative Aufwand hierfür ist zum einen abhängig von der Zahl und der Komplexität der von einem Land gestellten Anträge. Außerdem ist maßgeblich, in welchem Umfang bereits Vorarbeiten für einzelne Vorhaben geleistet worden sind. Daher kann der für die Länder entstehende Erfüllungsaufwand nicht ex ante abgeschätzt werden. Um eine Ermittlung ex post zu ermöglichen, ist vorgesehen, dass den Anträgen der Länder auch Angaben zum entstehenden Erfüllungsaufwand beizufügen sind.

5. Weitere Kosten

Auswirkungen auf die Einzelpreise sind nicht zu erwarten. Auswirkungen auf das allgemeine Preisniveau und das Verbraucherpreisniveau können somit ausgeschlossen werden.

6. Weitere Gesetzesfolgen

Keine.

VII. Befristung; Evaluierung

Die Regelungen zum Krankenhauszukunftsfondsprogramm sind befristet, da Anträge nur bis zum 31. Dezember 2021 gestellt werden können. Die mittelbaren und unmittelbaren Auswirkungen der Förderung auf den Digitalisierungsgrad der Krankenhäuser werden im Rahmen einer begleitenden Evaluation ausgewertet.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Zu Nummer 1 § 1 KHG)

Die Ergänzung dient der Klarstellung, dass eine zukunftsgerichtete wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und eine bessere Versorgung von Patientinnen und Patienten maßgeblich auch durch Digitalisierung und Innovation zu erreichen ist. Gerade die Digitalisierung ist es, die im beruflichen Alltag der Leistungserbringer mehr Zeit für die individuelle Betreuung der Patientinnen und Patienten schaffen kann. So können etwa die Aufgaben der Leistungserbringer im Gesundheitswesen, die wie die Dokumentation nur einen mittelbaren Patientennutzen haben, vereinfacht werden und bereits während der Behandlung automatisiert im Hintergrund laufen; dadurch wird wertvolle Zeit für die Behandlung gewon-

nen. Ein besserer Austausch von Daten auf sicherem Wege lässt zeitaufwendige und kostenintensive Mehrfachuntersuchungen entfallen. Die Potenziale der Digitalisierung zum Abbau von Bürokratie im Gesundheitswesen sind vielfältig und tragen zu einem Qualitätszuwachs bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten maßgeblich bei.

Zu Nummer 2 (§ 12 KHG)

Die Regelung dient der Rechtsklarheit dahingehend, dass Mittel, die im Rahmen des Nachverteilungsverfahrens durch die Länder nicht beantragt wurden sowie solche, die aus anderen Gründen, etwa infolge von Rückzahlungen der Länder an das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), nach Abschluss des Nachverteilungsverfahrens überschüssig vorhanden sind, der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt werden können. Nach derzeitigem Stand werden nach Durchführung des Nachverteilungsverfahrens voraussichtlich Mittel in Höhe von 0,5 Mio. Euro verbleiben, die von den Ländern nicht abgerufen worden sind. Ohne eine gesetzliche Regelung bestünde Rechtsunsicherheit, wie mit diesen Mitteln zu verfahren ist. Die Zuführung der Mittel an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds kann ohne großen Verwaltungsaufwand durchgeführt werden. Eine weitere Ausschüttung der Mittel an die antragstellenden Länder des Krankenhausstrukturfonds I bzw. eine Aufstockung der den Ländern nach dem fortgeführten Krankenhausstrukturfonds II nach § 12a KHG zustehenden Mittel würde dagegen einen ungleich höheren Verwaltungsaufwand verursachen, der angesichts der voraussichtlich geringen Höhe der zu verteilenden Mittel nicht gerechtfertigt ist.

Zu Nummer 3 (§ 12a KHG)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Durch die Regelung wird die Laufzeit des Krankenhausstrukturfonds um zwei Jahre bis Ende 2024 verlängert. Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass die prioritär zu bewältigenden Aufgaben im Zusammenhang mit der Bewältigung der COVID-19-Pandemie bei den Ländern und den Krankenhausträgern erhebliche Kapazitäten gebunden haben und noch weiterhin binden, sodass die erforderlichen Vorarbeiten für die Stellung von Anträgen auf Förderung strukturverbessernder Vorhaben zurückgestellt werden mussten. Außerdem stellt auch die Umsetzung des Zukunftsprogramms Krankenhäuser erhebliche Anforderungen an die Länder und an die Krankenhausträger. Bei Beibehaltung einer weitgehenden Parallelität der Laufzeiten beider Instrumente wäre daher nicht auszuschließen, dass nicht alle Länder in der Lage wären, die ihnen zustehenden Mittel des Krankenhausstrukturfonds bis Ende 2022 auszuschöpfen. Der Krankenhausstrukturfonds würde hierdurch aber eine wesentliche Zwecksetzung verfehlen. Als Folge der Verlängerung der Laufzeit des Krankenhausstrukturfonds und zur Flexibilisierung der Durchführung des Krankenhausstrukturfonds wird das gesetzlich vorgesehene Jährlichkeitsprinzip aufgehoben, sodass die Mittel des Fonds ohne Bindung an einzelne Kalenderjahre abgerufen werden können. Bereits bislang konnten die Länder ihnen zustehende jährliche Fördermittel jedoch noch bis 31. Dezember 2022 beantragen, sodass die bestehende Verwaltungspraxis im Wesentlichen beibehalten wird. Eine Erhöhung der Fördermittel über das bereits bislang verfügbare Gesamtvolumen in Höhe von 2 Milliarden Euro (je 500 Mio. Euro für die Jahre 2019 bis 2022) ist mit der Verlängerung der Laufzeit des Strukturfonds nicht verbunden. Außerdem wird die Vorschrift an die geänderte Bezeichnung des Bundesamts für Soziale Sicherung angepasst.

Zu Doppelbuchstabe bb

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Zur Vermeidung von Überschneidungen von Fördertatbeständen des Krankenhausstrukturfonds und des Krankenhauszukunfts fonds wird die Förderung von Vorhaben zur Bildung

integrierter Notfallstrukturen aus dem Krankenhausstrukturfonds herausgenommen und die Thematik in das Krankenhauszukunftsprogramm übertragen, aus dessen Mitteln die Modernisierung der Notfallkapazitäten gefördert werden können. Vorhaben, die die Förderung von Maßnahmen in Bezug auf Notaufnahmen zum Gegenstand haben, können daher künftig nur noch aus Mitteln des Krankenhauszukunftsfonds gefördert werden. Soweit Länder bereits entsprechende Anträge im Rahmen des Krankenhausstrukturfonds gestellt haben, können sie diese entsprechend anpassen und als Anträge zur Förderung aus dem Krankenhauszukunftsfonds weiterverfolgen.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung infolge der Aufnahme einer neuen Nummer 5 in dem Satz.

Zu Dreifachbuchstabe ccc

Es handelt sich zum einen um eine redaktionelle Änderung infolge der Einfügung einer neuen Nummer 5. Zum anderen regelt die Vorschrift, dass ab dem 1. Januar 2022 auch Vorhaben zur Digitalisierung der Prozesse und Strukturen im Verlauf eines Krankenhausaufenthalts von Patientinnen und Patienten, wie sie Gegenstand der Förderung über den Krankenhauszukunftsfonds nach § 14a Absatz 1 und Absatz 5 sowie § 12 Absatz 3 in Verbindung mit § 19 Absatz 1 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung sind, über den Krankenhausstrukturfonds gefördert werden können, soweit bis zum 31. Dezember 2021 nicht in Anspruch genommene Mittel des Krankenhauszukunftsfonds zur Verfügung stehen und diese insofern der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt werden. Für die Länder stehen im Rahmen des Krankenhausstrukturfonds ab dem 1. Januar 2022 insofern voraussichtlich zusätzliche Förderzwecke zur Verfügung; gleichwohl ist eine Förderung dieser Zwecke nur aus verbleibenden Bundesmitteln, nicht jedoch aus für die Zwecke des Krankenhausstrukturfonds bereitgestellten Mitteln vorgesehen, da die Binnendigitalisierung in Krankenhäusern nicht aus Beitragsmitteln der GKV finanziert werden soll. Für die zusätzlichen Förderzwecke gelten dann die Voraussetzungen des § 12a, einschließlich der 50-prozentigen Ko-Finanzierung.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Verlängerung der Laufzeit des Krankenhausstrukturfonds in Buchstabe a Doppelbuchstabe aa.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung des Jährlichkeitsprinzips in Buchstabe a Doppelbuchstabe aa.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Verlängerung der Laufzeit des Krankenhausstrukturfonds in Buchstabe a Doppelbuchstabe aa.

Zu Doppelbuchstabe dd und ee

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung des Jährlichkeitsprinzips in Buchstabe a Doppelbuchstabe aa.

Zu Doppelbuchstabe ff

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Verlängerung der Laufzeit des Krankenhausstrukturfonds in Buchstabe a Doppelbuchstabe aa.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa und Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Verlängerung der Laufzeit des Krankenhausstrukturfonds in Buchstabe a Doppelbuchstabe aa.

Zu Doppelbuchstabe cc

Der Wortlaut der Vorschrift wird an die geänderte Bezeichnung des Bundesamts für Soziale Sicherung (BAS) angepasst.

Zu Doppelbuchstabe dd

Der Wortlaut der Vorschriften wird an die geänderte Bezeichnung des BAS angepasst.

Zu Nummer 4

Zu 14a KHG (Krankenhauszukunftsfonds)

Die Vorschrift regelt die Bildung eines Krankenhauszukunftsfonds, mit dem das Zukunftsprogramm Krankenhäuser nach Ziffer 51 des Beschlusses des Koalitionsausschusses vom 3. Juni 2020 umgesetzt werden soll. Da das Zukunftsprogramm durch eine Erweiterung des Krankenhausstrukturfonds umgesetzt werden soll, orientieren sich die Regelungen an den bestehenden Regelungen zum Krankenhausstrukturfonds. Anders als beim Krankenhausstrukturfonds werden die Mittel des Krankenhauszukunftsfonds nicht aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, sondern aus Bundesmitteln aufgebracht. Um Vorfinanzierungseffekte zu Lasten der Liquiditätsreserve zu vermeiden, ist vorgesehen, dass die Mittel innerhalb von 3 Wochen nach dem Inkrafttreten des Gesetzes vom Bund zur Verfügung gestellt werden (Absatz 1 Satz 3).

Zu Absatz 1

Absatz 1 Satz 1 legt die Förderzwecke des Krankenhauszukunftsfonds fest. Die spezifischen Fördertatbestände orientieren sich nach der im Koalitionsbeschluss enthaltenen Aufzählung. Hiermit soll jedoch keine thematische Abgrenzung voneinander verstanden oder aufgezeigt werden. Vielmehr greifen die Modernisierung und Digitalisierung der verschiedenen Bereiche ineinander, überschneiden sich, bauen aufeinander auf und ergänzen sich logisch.

Nach Nummer 1 können Investitionen gefördert werden, die erforderlich sind, um Notaufnahmen von Krankenhäusern hinsichtlich ihrer räumlichen und technischen, insbesondere informationstechnischen Ausstattung an den Stand der Technik anzupassen oder um eine integrierte Notfallversorgung zu ermöglichen. Zum Stand der Technik gehört auch die Herstellung von Barrierefreiheit von Notaufnahmen.

Orientiert an einem typischen Ablauf eines stationären Krankenhausaufenthalts eines Patienten sollen nach Nummer 2 Aspekte aus den Teilprozessen „Aufnahme“, „Behandlung“ und „Entlassung“ gezielt gefördert werden. Die digitalen Services werden so gewählt, dass sie gezielt dazu beitragen, den Digitalisierungsgrad in den Krankenhäusern zu erhöhen, indem sie interoperabel in die Gesamt-IT-Struktur einzubetten sind. Hierdurch kann und soll eine stärkere Binnendigitalisierung angestoßen werden. Gleichzeitig soll sich ein unmittelbarer Nutzen für Patientinnen und Patienten entfalten können. Das bedeutet zugleich, dass damit auch nicht-digitale Komponenten (z. B. der Notfallmedizin) gefördert werden.

Im Rahmen des Krankenhausstrukturfonds sind derzeit schon Vorhaben zur Verbesserung der IT-Sicherheit von Krankenhäusern förderungsfähig, die als Kritische Infrastrukturen anzusehen sind. Auf Grund der besonderen Bedeutung, die die IT-Sicherheit für die Funktionsfähigkeit der Krankenhäuser insbesondere in Pandemiezeiten hat, wird diese Förderung durch Nummer 3 auch auf Krankenhäuser erweitert, die keine Kritischen Infrastrukturen sind. Nicht förderungsfähig bleiben dagegen Vorhaben zur Verbesserung der IT-Sicherheit von Hochschulkliniken. Diese fällt wegen des untrennbaren Zusammenhangs von Forschung, Lehre und Krankenversorgung weiterhin in die ausschließliche Zuständigkeit der Länder.

Nach Nummer 4 können insbesondere solche Vorhaben gefördert werden, die durch telemedizinische Vernetzung von Krankenhäusern, insbesondere von Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsstufen, aber auch durch telemedizinische Vernetzung von Krankenhäusern mit ambulanten Versorgungseinrichtungen zu einer Verbesserung der regionalen Versorgungsstrukturen beitragen. Zu einer Verbesserung der regionalen Versorgungsstrukturen führen aber auch Vorhaben, die zum Ziel haben, Doppelstrukturen in bestimmten Leistungsbereichen zu bereinigen, Leistungsschwerpunkte zu bilden oder das Versorgungsangebot mit dem Ziel einer Erhöhung der medizinischen Behandlungskompetenz abzustimmen. Auch solche Vorhaben sind daher förderungsfähig.

Aus den Mitteln des Krankenhauszukunftsfonds sind auch bestimmte Vorhaben von Hochschulkliniken förderungsfähig sowie Vorhaben, an denen Hochschulkliniken beteiligt sind. Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass etwa die Bildung telemedizinischer Netzwerke zwischen Krankenhäusern ohne die besondere Behandlungskompetenz von Hochschulkliniken nur in eingeschränktem Maß möglich wäre. Auch Vorhaben zur Modernisierung der Notaufnahmen von Hochschulkliniken sind förderungsfähig. Dagegen fallen Investitionen in die Binnendigitalisierung von Hochschulkliniken auf Grund des untrennbaren Zusammenhangs ihrer Aufgabenstellung in den Bereichen Forschung, Lehre und Krankenversorgung in die ausschließliche Verantwortung der Länder.

Satz 4 trägt dem Umstand Rechnung, dass eines der Ziele des Krankenhauszukunftsfonds die Verbesserung der IT-Sicherheit der Krankenhäuser ist. Aus diesem Grund ist bei jedem zu fördernden Vorhaben auch ein Anteil der beantragten Fördermittel für Maßnahmen zur Verbesserung der IT-Sicherheit vorzusehen. Der Anteil von 15 Prozent wird verpflichtend festgesetzt vor dem Hintergrund, dass in allen Digitalisierungsvorhaben die rechtzeitige Berücksichtigung von Themen der IT-Sicherheit und deren konsequente Verfolgung durch die Projektphasen zentral wichtig sind.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Aufteilung der Mittel des Krankenhauszukunftsfonds auf die Länder analog der Regelungen zum Krankenhausstrukturfonds. Anträge der Länder auf Förderung sind bis zum 31. Dezember 2021 beim BAS zu stellen. Um ein verwaltungsaufwändiges Nachverteilungsverfahren hinsichtlich der bis zu diesem Zeitpunkt nicht abgerufenen Mittel zu vermeiden, sollen diese der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt werden, dürfen aber nur für die bestimmten Zwecke des Krankenhausstrukturfonds verwendet werden, die zu einer Verbesserung der digitalen Ausstattung der Krankenhäuser führen. Darüber hinaus dürfen die Mittel für die Zwecke des Krankenhauszukunftsfonds eingesetzt werden.

Zu Absatz 3

Der Entscheidungsprozess über eine Förderung beginnt mit der Bedarfsanmeldung des einzelnen Krankenhausträgers. Hierin gibt der Krankenhausträger gegenüber dem jeweiligen Land formalisiert und detailliert an, welches Digitalisierungs- oder Modernisierungsvorhaben mit welchem Ziel, welchen Zwischenschritten und Komponenten geplant ist und welche Kosten hierfür veranschlagt werden. Wie beim Krankenhausstrukturfonds entscheiden

die Länder über die zu fördernden Vorhaben, sind dabei aber nicht an das Einverständnis der Kassenseite gebunden, da die Förderung im Rahmen des Krankenhauszukunftsfonds aus Bundesmitteln, nicht aber aus Mitteln der Beitragszahler erfolgt. Um den Ländern eine zeitnahe Beurteilung der von den Krankenhausträgern angemeldeten Vorhaben zu ermöglichen, können sie Vorgaben festlegen, denen die Förderanträge der Krankenhausträger zu entsprechen haben. Dies kann etwa in der Weise erfolgen, dass Anträge auf Verbesserung der digitalen Infrastruktur eines Krankenhauses von einem zertifizierten IT-Berater geprüft und befürwortet sein müssen.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt die allgemeinen Voraussetzungen für eine Förderung von Vorhaben aus den Mitteln des Krankenhauszukunftsfonds analog der Regelungen zum Krankenhausstrukturfonds. Abweichend vom Krankenhausstrukturfonds wird die Höhe der von den Ländern aufzubringenden Ko-Finanzierung grundsätzlich auf 30 Prozent der förderungsfähigen Kosten eines Vorhabens festgelegt. Anders als beim Krankenhausstrukturfonds kann die Ko-Finanzierung der Kosten eines Vorhabens auch vollständig vom betroffenen Krankenhausträger geleistet werden. Ein Mindestbetrag aus Haushaltsmitteln des Landes ist insoweit nicht mehr vorgesehen. Für den Fall, dass ein Krankenhausträger die Ko-Finanzierung allein aufbringt, kann es angesichts der derzeit niedrigen Kreditzinsen sinnvoll sein, diese Mittel für eine eventuelle Ko-Finanzierung durch Aufnahme eines Kredits, etwa bei der KfW, aufzubringen. Im Übrigen soll auch im Rahmen des Krankenhauszukunftsfonds ausgeschlossen werden, dass die Länder die Mittel des Fonds zum Anlass nehmen, die Höhe ihrer eigenen Mittel für die Investitionsförderung im Krankenhausbereich zu reduzieren. Aus diesem Grund sind sie auch im Rahmen des Krankenhauszukunftsfonds verpflichtet, das durchschnittliche Niveau ihrer Fördermittel im Referenzzeitraum für die Dauer der Laufzeit des Fonds beizubehalten. Anders als beim Krankenhausstrukturfonds ist es nicht erforderlich, dass die Umsetzung der zu fördernden Vorhaben im Zeitpunkt des Inkrafttretens der gesetzlichen Regelungen noch nicht begonnen hat. Damit die Fördermittel den Krankenhäusern möglichst kurzfristig zur Verfügung stehen, können sie auch zur Förderung von Vorhaben gewährt werden, die nach dem Tag des Kabinettschlusses begonnen haben.

Wie beim Krankenhausstrukturfonds werden die dem BAS entstehenden Kosten für die Verwaltung des Krankenhauszukunftsfonds und für die Durchführung der Förderung aus den Mitteln des Fonds gedeckt. Zu den für die Durchführung der Förderung gehörenden Kosten gehören auch die dem BAS entstehenden Aufwendungen für den Erlass von Förderrichtlinien nach § 21 Absatz 2 KHSFV entstehen, insbesondere, wenn es hierfür auf die Unterstützung externer Sachverständiger zurückgreift.

Zu Absatz 5

Die Regelung enthält die erforderliche Ermächtigungsgrundlage für das Bundesministerium für Gesundheit, das Nähere über die Verwaltung und Durchführung des Krankenhauszukunftsfonds in der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung zu regeln. Dies ist sachgerecht, da die Umsetzung des Zukunftsprogramms Krankenhäuser durch eine Erweiterung des Krankenhausstrukturfonds erfolgen soll.

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

Die Vorschrift regelt das Nähere hinsichtlich einer begleitenden Auswertung der durch die Förderung auf Grund des Krankenhauszukunftsfonds bewirkten Verbesserung des digitalen Reifegrades der Krankenhäuser. Hierbei soll nicht nur erfasst werden, inwieweit sich der digitale Reifegrad der geförderten Krankenhäuser verbessert hat, sondern auch, inwieweit die Förderung Anreize für die übrigen Krankenhäuser geschaffen hat, Anstrengungen zur Verbesserung ihres digitalen Reifegrades zu unternehmen. Aus diesem Grund sind im Rahmen des Forschungsvorhabens nicht nur die Angaben der tatsächlich geförderten Krankenhäuser, sondern aller Krankenhäuser zu Grunde zu legen. Nur auf diese Weise kann im

Sinne einer Longitudinalstudie ein flächendeckender Überblick des digitalen Reifegrads aller Krankenhäuser gewonnen und zu einer aggregierten Analyse zusammengefasst werden. Da die Messung des digitalen Reifegrads der Krankenhäuser auf der Grundlage einer strukturierten Selbsteinschätzung erfolgt, ist der Aufwand für die einzelnen Krankenhäuser als gering anzusehen. Eine Auswertung ist erstmals zum Stichtag 30. Juni 2021 vorgesehen sowie erneut, nach Abschluss des Antragsverfahrens des Krankenhauszukunftsfonds, zum 30. Juni 2023. Hierdurch können im Sinne eines Vergleichs Vorher-Nachher insbesondere die Auswirkungen digitaler Fördermaßnahmen nach dem Krankenhauszukunftsfonds auf den digitalen Reifegrad der Krankenhäuser sichtbar gemacht werden.

Zu Nummer 5 (24 KHG)

Insbesondere bei den Selbstverwaltungspartnern und bei Wissenschaftlern besteht großes Interesse an der Auswertung der dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) unterjährig übermittelten Struktur- und Leistungsdaten der Krankenhäuser hinsichtlich der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie. Die Änderung gewährleistet, wie es bereits in § 21 Absatz 3 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes für die jährlich an das InEK zu übermittelnden Daten geregelt ist, dass die anonymisierten Daten in zusammengefasster Form in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit auf der Internetseite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht werden.

Zu Artikel 2 (Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

Zu Nummer 1

Der Wortlaut der Vorschrift wird an die geänderte Bezeichnung des BAS angepasst.

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

Zum einen enthält die Regelung eine notwendige Anpassung an die Vorgaben des SGB V für die Nutzung der Dienste und Anwendungen der Telematikinfrastruktur. Zum anderen handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung infolge der Aufhebung der bisherigen Regelung in § 11 Absatz 1 Nummer 5 (Buchstabe b).

Zu Buchstabe b

Die Regelung dient der Vermeidung von Überschneidungen der Fördertatbestände des Krankenhausstrukturfonds und des Krankenhauszukunftsfonds. Die Förderung von Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen wird aus dem Krankenhausstrukturfonds herausgenommen und die Thematik in das Krankenhauszukunftsfondsprogramm übertragen, aus dessen Mitteln Maßnahmen zur Modernisierung der Notfallkapazitäten gefördert werden können. Vor diesem Hintergrund wird die Regelung über die Förderung von Vorhaben über die Bildung integrierter Notfallzentren – analog der Vorschriften in § 12a KHG – aus den Vorschriften über den Krankenhausstrukturfonds herausgenommen.

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung infolge der Aufhebung der bisherigen Regelung nach § 11 Absatz 1 Nummer 5.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung infolge der Aufhebung der bisherigen Regelung nach § 11 Absatz 1 Nummer 5.

Zu Nummer 4

Der Wortlaut der Überschriften wird an die geänderte Bezeichnung des BAS angepasst.

Zu Nummer 5

Der Wortlaut der Vorschriften wird an die geänderte Bezeichnung des BAS angepasst.

Zu Nummer 6

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelung enthält die Vorgabe, dass die Länder zusätzlich zur Antragstellung auf Förderung nach dem Krankenhausstrukturfonds vom 1. Januar bis 31. Dezember 2022 darüber hinaus auch Anträge auf Förderung nach dem Krankenhauszukunftsfonds stellen können, soweit entsprechende Mittel des Zukunftsfonds nicht vollständig ausgeschöpft wurden und diese der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Verlängerung der Laufzeit des Krankenhausstrukturfonds in Artikel 1 Nummer 1 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa.

Zu Buchstabe b

Die Regelung enthält eine notwendige Anpassung an die Vorgaben des SGB V für die Nutzung der Dienste und Anwendungen der Telematikinfrastruktur, die die Länder bei Antragstellung entsprechend zu bestätigen haben.

Zu Nummer 7

Zu Buchstabe a

Der Wortlaut der Vorschrift wird an die geänderte Bezeichnung des BAS angepasst.

Zu Buchstabe b

Die Regelung dient der Beschleunigung des Verfahrens und der Sicherstellung, dass bereitgestellte Fördermittel zeitnah zur Umsetzung der Vorhaben führen. Kann der Förderbescheid innerhalb einer Frist von 15 Monaten nicht vorgelegt werden, ist davon auszugehen, dass kein vordringlicher Bedarf für das Vorhaben besteht, sodass das BAS die Möglichkeit hat, den ausgezahlten Betrag zurückzufordern.

Zu Nummer 8

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung von Teil 3 in die Rechtsverordnung.

Zu § 19 (Förderungsfähige Vorhaben)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift regelt die Einzelheiten zu den über den Krankenhauszukunftsfonds förderungsfähigen Vorhaben. Die Fördervorhaben sollen das im Koalitionsausschuss am 3. Juni 2020 beschlossene Vorhaben „Zukunftsprogramm Krankenhäuser“ umsetzen, wonach Ver-

besserungen 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 erreicht werden sollen.

Die spezifischen Fördertatbestände orientieren sich an der im Koalitionsbeschluss vom 3. Juni 2020 enthaltenen Aufzählung. Hiermit soll jedoch keine thematische Abgrenzung voneinander verstanden oder aufgezeigt werden. Vielmehr greifen die Modernisierung und Digitalisierung der verschiedenen Bereiche ineinander, überschneiden sich, bauen aufeinander auf und ergänzen sich logisch.

Orientiert an einem typischen Ablauf eines stationären Krankenhausaufenthalts einer Patientin oder eines Patienten sollen nach Nummer 2 bis 6 Aspekte aus den Teilprozessen „Aufnahme“, „Behandlung“ und „Entlassung“ gezielt gefördert werden. Die digitalen Services werden so gewählt, dass sie gezielt dazu beitragen, den Digitalisierungsgrad in den Krankenhäusern zu erhöhen, indem sie interoperabel in die Gesamt-IT-Struktur einzubetten sind. Hierdurch kann und soll eine stärkere Binnendigitalisierung angestoßen werden. Gleichzeitig soll sich ein unmittelbarer Nutzen für Patientinnen und Patienten entfalten können und gezielt die Versorgungsqualität erhöht werden. Das bedeutet zugleich, dass damit auch nicht-digitale Komponenten (z. B. der Notfallmedizin) gefördert werden.

Zu Nummer 1

Nach Nummer 1 können Investitionen gefördert werden, die erforderlich sind, um Notaufnahmen von Krankenhäusern hinsichtlich ihrer räumlichen, technischen sowie insbesondere informationstechnischen Ausstattung an den Stand der Technik anzupassen oder um eine integrierte Notfallversorgung zu ermöglichen. Zum Stand der Technik gehört auch die Herstellung von Barrierefreiheit von Notaufnahmen oder die Nutzung von robotischen Systemen und Automaten zur Desinfektion. Auch Vorhaben zur Modernisierung der Notaufnahmen von Hochschulkliniken sind förderungsfähig.

Zu Nummer 2

Gefördert werden sollen zudem Patientenportale, die ein digitales Aufnahme- und Entlassmanagement ermöglichen. Mit dem Ziel der verbesserten Kommunikation, des schnelleren Informationsaustauschs und der Erhöhung der Versorgungsqualität sollen hierüber zahlreiche Einzelfunktionalitäten umgesetzt werden. Dies schließt u. a. die digitale Terminvereinbarung, den Informationsaustausch mit vorgelagerten Leistungserbringern, die aktuelle Medikation, eine digitale Anamnese oder die Patientenaufklärung ein. Die Nutzung solcher Portale trägt nicht nur zu einer Entlastung der administrativen Prozesse vor Ort im Krankenhaus bei, sondern erlaubt es Patientinnen und Patienten, qualifizierte Behandlungsentscheidungen in ihrer gewohnten Umgebung abseits der Ausnahmesituation eines Krankenhausbesuches zu treffen.

Im Bereich des Entlassmanagements können ebenfalls verschiedene Einzelfunktionalitäten umgesetzt werden. Hierzu zählen u.a. Informationen zur etwaigen nachstationären Behandlung, zur Medikamenteneinnahme, Ansprechpartnerinnen und -partnern bei Komplikationen oder pflegerischen Fragen. Entsprechende Plattformen können dem Patientenrecht auf Information und Aufklärung umfassender und anwendungsfreundlicher Rechnung tragen als bisherige papierbasierte Prozesse. Zudem kann durch einen strukturierten Datenaustausch die Überleitung an nachgelagerte Leistungserbringer erleichtert werden.

Zu Nummer 3

Eine Voraussetzung für die nahtlose Umsetzung eines möglichst hohen Automatisierungsgrades zuvor beschriebener Prozesse ist die Umsetzung einer durchgehend digitalen, syntaktisch und semantisch interoperablen Pflege- und Behandlungsdokumentation. Befördert

werden sollen Dienste, die einerseits eine Verbesserung des automatisierten und standardisierten Datenaustausches zwischen einzelnen IT-Anwendungen ermöglichen. Andererseits soll die Einführung von Diensten gefördert werden, die eine halbautomatisierte und sprachbasierte Dokumentation unterstützen. Die Förderung umfasst zudem die Anbindung digitaler medizintechnischer Geräte zur automatisierten Datenübermittlung in zentrale elektronische Dokumentationssysteme. Die Verfügbarkeit einer detaillierten (Pflege-)Dokumentation bildet die Grundlage für die Implementierung weiterer digitaler Dienste und soll daher über den gesamten Behandlungsverlauf in digitaler Form zur Verfügung stehen, sofern sich hieraus eine Steigerung der Behandlungsqualität und oder Optimierung der Behandlungsprozesse ergibt.

Zu Nummer 4

Die elektronisch dokumentierten Behandlungsinformationen sollen zudem die Grundlage für die Implementierung teil- und vollautomatisierter Entscheidungsunterstützungssysteme bilden, deren Umsetzung ebenfalls gefördert werden soll. Hierbei wird eine sukzessive Steigerung der Komplexität angestrebt – von der Prüfung von Wechselwirkungen, Abgleich von Checklisten hin zu der Implementierung von Leitlinien oder klinischen Pfaden in die IT-Systeme der Krankenhäuser, welche zukünftig um KI-gestützte Dienste erweitert werden sollen.

Zu Nummer 5

Zur Stärkung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) sollen in Krankenhäusern Maßnahmen für ein digitales Medikationsmanagement gefördert werden. Der Medikationsprozess im Krankenhaus ist gekennzeichnet durch eine hohe Komplexität. Medikationsinformationen werden häufig in unterschiedlichen Informationssystemen und in unterschiedlichem Detailgrad dokumentiert und gespeichert. Ziel soll die Umsetzung eines digitalen, für alle an der Medikation beteiligten Personen sichtbaren, ständig verfügbaren, nachvollziehbaren, geschlossenen und elektronisch verifizierbaren Medikationsprozesses sein. Bereits mit der Umsetzung einzelner Subprozesse kann die Behandlungsqualität gesteigert werden (automatisierte Interaktionsprüfung, Prüfung auf Unverträglichkeiten/Allergien). Gefördert werden können hierbei u. a. zentrale und dezentrale Arzneimittel-Distributionssysteme und robotische Systeme sowie Scan-Systeme zur Verifikation von Einzelschritten des Medikationsprozesses.

Zu Nummer 6

Der Behandlungsprozess innerhalb eines Krankenhauses ist vielfach durch die Beteiligung und Interaktion zahlreicher unterschiedlicher Fachabteilungen gekennzeichnet. Hierbei kommt es zwischen einzelnen Organisationseinheiten immer wieder zu Leistungsanforderungen, beispielsweise hinsichtlich der Arzneimittelversorgung, apparativer oder funktionaler Diagnostik oder labormedizinischer Untersuchungen. Die konsequente digitale Anforderung bzw. elektronische Verordnung und gleichzeitig digitale Rückmeldung von Daten, Ergebnissen und etwaigen Befunden kann die Geschwindigkeit von Kommunikationsprozessen erhöhen und gleichzeitig zu einer Reduktion von Behandlungsfehlern führen und insbesondere im Rahmen der Befundung, Visite oder Versendung unmittelbar digital weiterverarbeitet werden können.

Zu Nummer 7

Es sollen regionale Versorgungsstrukturen gefördert werden, durch die Krankenhäuser ihr Leistungsangebot untereinander derart abstimmen, dass eine flächendeckende, bedarfsgerechte und möglichst spezialisierte stationäre Versorgung gewährleistet werden kann. Durch entsprechende Konzepte, etwa in Gestalt von Krankenhausverbänden, können die Krankenhäuser Doppelstrukturen in bestimmten Leistungsbereichen bereinigen und stattdessen Leistungsschwerpunkte bilden, wodurch eine die medizinische Behandlungskompetenz erhöht werden kann. Gefördert wird in diesem Zusammenhang zudem der Aufbau

einrichtungs- und trägerübergreifender IT-Strukturen, welche mittels sog. Cloud Computing Systeme zentral zur Verfügung gestellt werden. Hierdurch sollen die Prozessqualität erhöht und der Auf-bau/Betrieb paralleler IT-Strukturen reduziert werden.

Zu Nummer 8

Es sollen online-basierte Versorgungsnachweis(Betten-)systeme in Krankenhäusern gefördert werden. Durch derartige Systeme kann ein detaillierter Krankenhaus-Versorgungsnachweis (Bettennachweis) in Echtzeit erbracht und Patientinnen und Patienten, insbesondere in Notfällen, gleichmäßig und bedarfsgerecht entsprechend den verfügbaren Kapazitäten der Krankenhäuser zugeordnet werden. Derartige Versorgungsnachweissysteme spielen insbesondere für die präklinische Versorgung und hierbei für die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern sowie Rettungsdiensten, Leitstellen und anderen Akteuren eine entscheidende Rolle. Die überwiegende Mehrzahl der Bundesländer nutzt bereits ein derartiges System – mehrheitlich den Interdisziplinären Versorgungsnachweis – IVENA health. Um eine flächendeckende Nutzung zu erzielen, ist vorgesehen, dass sowohl der Ausbau bestehender Systeme, wie auch deren Einführung gefördert werden kann.

Zu Nummer 9

Durch diese Regelung kann eine Verbesserung der regionalen Versorgungsstrukturen durch eine Förderung telemedizinischer Netzwerke zwischen Krankenhäusern, insbesondere Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsstufen, aber auch zwischen Krankenhäusern sowie ambulanten Versorgungseinrichtungen, erreicht werden. Die Förderung erlaubt insofern auch beispielsweise telemedizinische Netzwerke zwischen Krankenhäuser und Rettungsdiensten.

Zu Nummer 10

Hiernach sollen auch Vorhaben gefördert werden, durch die eine Verbesserung der IT- bzw. Cybersicherheit erreicht werden kann. Aufgrund der Tatsache, dass der IT-Sicherheit von Krankenhäusern, die nicht zu den Kritischen Infrastrukturen gehören und daher keine Förderung über den Krankenhausstrukturfonds erhalten, gleichwohl eine besondere Bedeutung für die Funktionsfähigkeit der Krankenhäuser insbesondere in Pandemiezeiten zukommt, erhalten auch diese Krankenhäuser hiernach eine Förderung. Nicht förderungsfähig bleiben dagegen Vorhaben zur Verbesserung der IT-Sicherheit von Hochschulkliniken. Diese fällt wegen des untrennbaren Zusammenhangs von Forschung, Lehre und Krankenversorgung weiterhin in die ausschließliche Zuständigkeit der Länder. Zudem sind Krankenhäuser, die als Kritische Infrastrukturen nach dem Krankenhausstrukturfonds förderfähig sind, von Förderung über den Krankenhauszukunftsfonds ausgeschlossen.

Zu Nummer 11

Die Regelung trägt dem Umstand Rechnung, dass viele Krankenhäuser auf Grund ihrer räumlichen Gegebenheiten nicht optimal auf die besonderen Behandlungserfordernisse im Fall einer Epidemie eingestellt sind. Dies hat seinen Grund insbesondere darin, dass vielfach noch eine Belegung von Patientenzimmern mit drei oder mehr Betten stattfindet. In diesen Zimmern können die im Fall einer Epidemie maßgeblichen Abstandsregeln aber nicht und die Hygieneanforderungen nur schwer eingehalten werden. Durch die Regelung können Krankenhäuser daher bei entsprechenden Umbaumaßnahmen unterstützt werden, mit denen die Patientenzimmer für den Fall einer Epidemie ertüchtigt werden. Dies kann auch den Einbau erforderlicher Schleusen vor Patientenzimmern umfassen. Förderungsfähig sind diese Maßnahmen aber nur, wenn sich durch die Reduzierung der Bettenzahl in den betroffenen Patientenzimmern auch die Zahl der krankenhauplanerisch, durch das Land gegenüber dem Krankenhausträger per Bescheid, festgesetzten Betten insgesamt entsprechend verringert. Auf diese Weise kann die Förderung der Vorhaben auch zu einer Verringerung eines bestehenden Bettenüberhangs beitragen.

Satz 2 regelt, welche Vorhaben von Hochschulkliniken sowie welche Vorhaben unter Beteiligung von Hochschulkliniken gefördert werden können.

Zu Absatz 2

Die Soft- und Hardware in Krankenhäusern sind oft inselartig umgesetzt. Daraus ergeben sich viele separate Datenhaltungslösungen und viele voneinander unabhängige, aber gleichartige Arbeitsabläufe. Hierdurch kommt es bei einem Datenaustausch zwischen den verschiedenen Systemen zu Medienbrüchen, weshalb in der Folge Daten mehrfach erfasst werden müssen, Neben den damit verbundenen erheblichen Aufwänden – sowohl für die Versicherten als auch die Leistungserbringer des Gesundheitswesens – können Erfassungsfehler entstehen. Mit dieser zwingenden Voraussetzung der Interoperabilität wird die Grundlage für weitere offene und standardisierte Schnittstellen geschaffen, so dass Informationen künftig leichter, schneller und auf Basis internationaler Standards ausgetauscht werden können.

Zu Absatz 3

Im Rahmen der Vorhaben sind die Dienste und Anwendungen der Telematikinfrastruktur nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch zu verwenden, sobald diese zur Verfügung stehen. Die Telematikinfrastruktur wird schrittweise ausgebaut. Durch die Nutzungsverpflichtung ist gewährleistet, dass bestehende und zukünftige Dienste effektiv genutzt und das Entstehen etwaiger Parallelstrukturen vermieden werden.

Zu § 20 (Förderungsfähige Kosten)

Die Regelung beschreibt die für alle Vorhaben geltenden förderungsfähigen Kosten sowie sieht für einzelne Fördervorhaben zudem spezielle förderungsfähige Kosten vor.

Zu Absatz 1

Absatz 1 sieht vor, dass für alle Fördervorhaben Kosten für technische und informationstechnische Maßnahmen förderfähig sind, soweit diese für die Realisierung des jeweiligen Vorhabens erforderlich sind. Im Rahmen von Vorhaben nach § 19 Absatz 1 Nummer 7 förderfähig sind hierbei insbesondere Bereitstellungs- sowie Anbindungskosten eines Krankenhauses oder anderer Leistungserbringer an das System sowie Kosten, die für die Nutzung des Systems anfallen; bei Vorhaben nach § 19 Absatz 1 Nummer 9 und 10 förderfähig sind insbesondere die Kosten für die Beschaffung, Errichtung, Erweiterung oder Entwicklung von informations- oder kommunikationstechnischen Anlagen, die zum Aufbau telemedizinischer Netzwerke sowie der Sicherung der für die Funktionsfähigkeit des Krankenhauses maßgeblichen Prozesse anfallen.

Zu Absatz 2

Informations- und Kommunikationstechnologien unterliegen einem Lebenszyklus, der sich u. a. von der Entwicklung und Einführung über die Wartung und Pflege bis hin zur Abschaltung erstreckt. Bei all diesen Teilprozessen können personelle Maßnahmen betroffen sein, sofern nicht ausschließlich Dienstleistungen in Anspruch genommen werden. Durch die Regelung wird deutlich gemacht, dass auch personelle Maßnahmen förderfähig sind, sofern sie im unmittelbaren und direkten Sachzusammenhang mit der Entwicklung, dem Betrieb, der Wartung und Pflege bzw. Abschaltung von Informations- und Kommunikationstechnologien stehen. Ergänzend förderfähig sind zudem Maßnahmen zur Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, damit diese sach- und zweckgerecht die Informations- und Kommunikationstechnologien anwenden können.

Zu Absatz 3

Bei allen Vorhaben können erforderliche Kosten für räumliche Maßnahmen gefördert werden. Angesichts der Vielgestaltigkeit möglicher Fördervorhaben wird mit dem Ziel, schwerpunktmäßig die den Vorhaben innewohnenden digitalen oder innovativen Verbesserungen, und nicht primär nur bauliche Veränderungen, zu fördern, geregelt, dass maximal 10 Prozent der Fördermittel für räumliche Maßnahmen aufgewendet werden dürfen.

Zu Absatz 4

Kosten, die für die Beschaffung von Nachweisen nach § 25 über die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel anfallen, sind förderfähig. Im Wesentlichen betrifft dies Kosten für solche Nachweise, die bereits im Rahmen der Förderung nach dem Krankenhausstrukturfonds vorgesehen sind. Zusätzlich können künftig hierüber aber auch Kosten gefördert werden für beauftragte, berechnete IT-Dienstleister, die die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben sowie der Förderrichtlinien des BAS ausweisen.

Zu Absatz 5

Absatz 5 regelt, dass ein Mindestanteil in Höhe von 15 Prozent der beantragten Fördermittel für die Verbesserung der IT-Sicherheit eingesetzt werden muss.

Zu Absatz 6

Absatz 6 überträgt in die Förderung über den Krankenhauszukunftsfonds die bereits für den Krankenhausstrukturfonds geltenden Bestimmungen über weitere förderfähige Kosten, unter anderem Aufwendungen für Zinsen, Tilgung und Verwaltungskosten eines zur Finanzierung aufgenommenen Darlehens eines Krankenhausträgers, sowie die bei der Verwendung der Fördermittel zu beachtenden Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit.

Zu § 21 (Verwaltungsaufgaben des Bundesamtes für Soziale Sicherung)

§ 21 übernimmt im Wesentlichen die bereits für den Krankenhausstrukturfonds geltenden Regelungen in Bezug auf die Verwaltungsaufgaben des BAS.

Zu Absatz 1

Absatz 1 sieht vor, dass das BAS die auf die einzelnen Länder entfallenden Fördermittel des Krankenhauszukunftsfonds online veröffentlicht.

Zu Absatz 2

Für die Durchführung der Förderung nach § 19 Absatz 1 Nummer 2 bis 6 hat das BAS Förderrichtlinien zu erlassen, in denen die Voraussetzungen für eine Förderung der einzelnen digitalen Dienste konkretisiert werden. Der Erlass dieser Richtlinien ist erforderlich, um die Anforderungen an die Förderung der einzelnen Vorhaben zu vereinheitlichen. Für die Vorbereitung dieser Richtlinie kann es sich der Unterstützung externer Sachverständiger bedienen. Die für den Erlass der Richtlinien entstehenden notwendigen Kosten, insbesondere die Kosten für die Heranziehung von Sachverständigen, werden dem BAS, ebenso wie die übrigen Kosten für die Durchführung der Förderung, aus dem Mitteln des Krankenhauszukunftsfonds erstattet.

Zu Absatz 3

Es wird geregelt, dass das BAS seine voraussichtlich entstehenden Aufwendungen aus der Verwaltung des Krankenhauszukunftsfonds zeitnah schätzt und diese jährlich an die tatsächlich entstandenen Ausgaben anpasst.

Zu Absatz 4

Absatz 3 sieht vor, dass das BAS das Fördergeschehen in zusammengefasster Form regelmäßig auf seiner Internetseite veröffentlicht. Dies betrifft Zahl sowie Gegenstände der gestellten Anträge sowie die Höhe der beantragten sowie vonseiten des BAS bewilligten Fördermittel, jeweils gesamt und nach Ländern differenziert.

Zu Absatz 5

Die Regelung sieht vor, dass das BAS nähere Bestimmungen erlassen kann, um die Einheitlichkeit und Wirtschaftlichkeit des Förderverfahrens sicherzustellen. Zudem kann es zur Verwaltungsvereinfachung verlangen, dass die Länder Anträge in einem einheitlichen Format übermitteln.

Zu § 22 (Antragstellung)

Die Vorschrift enthält wie bereits für den Krankenhausstrukturfonds die Voraussetzungen, die für eine ordnungsgemäße Antragstellung zu erfüllen sind.

Zu Absatz 1

Absatz 1 sieht eine Antragsfrist für die Länder bis 31. Dezember 2021 vor. Um zu gewährleisten, dass einmal beantragte Fördermittel auch tatsächlich für Fördervorhaben eingesetzt werden können, ist zudem vorgesehen, dass für den Fall der Ablehnung oder Rücknahme eines Antrages oder der Rückzahlung von Fördermitteln es dem antragstellenden Land freistehen soll, auch nach Fristablauf noch bis 31. Dezember 2023 Fördermittel zu beantragen.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift konkretisiert, welche Unterlagen einem Antrag beizufügen sind, damit die Anträge vom BAS geprüft werden können.

Nummer 1 sieht einen Nachweis über die Bereitstellung der erforderlichen Landesinvestitionsmittel sowie die Erhöhung dieser Mittel um die Ko-Finanzierung vor.

Nummer 2 verlangt Nachweise darüber, dass und inwiefern ein Anteil in Höhe von mindestens 15 Prozent für IT-Maßnahmen eingesetzt werden.

Nummer 3 sieht Nachweise über die mit der Anpassung der Notaufnahme an den Stand der Technik verbundenen Maßnahmen vor.

Nummer 4 sieht Nachweise über die Etablierung digitaler Dienste nach § 19 Absatz 1 Nummer 2 bis 6 vor. Der Nachweis muss durch eine Bestätigung eines beauftragten, berechtigten Dienstleisters erfolgen. Berechtigte Dienstleister haben ihre Befähigung, Informations- und Kommunikationstechnologien im Sinne des § 19 entwickeln und implementieren zu können, durch eine Zertifizierung nachzuweisen. Die Vorgaben für die Zertifizierung und deren Durchführung erfolgen durch [...]. Dabei ist sicherzustellen, dass die Inhalte und Anforderungen an die Zertifizierung in einem angemessenen sachlichen und zeitlichen Verhältnis zu den zu erreichenden Förderzielen liegen. Durch die Zertifizierung soll sichergestellt werden, dass die Fördervorhaben sowohl mit Blick auf die Ziele der Förderung aber auch mit Blick auf die zeitlichen, finanziellen und inhaltlichen Rahmenbedingungen realisiert werden können. Werden für die Umsetzung eines förderfähigen Vorhabens mehrere Dienstleister (ggf. im Unterauftragsverhältnis) tätig, so reicht die Zertifizierung des hauptsächlich tätigen Dienstleisters aus, sofern dieser gegenüber den anderen beteiligten Dienstleistern über entsprechende Steuerungs- und Controllingkompetenzen bzw. -befugnisse verfügt, um die Ziele des Vorhabens zu erreichen.

Nummer 5 sieht Nachweise über das Bestehen der technischen Voraussetzungen für die Anbindung und Nutzung des Versorgungsnachweis(Betten-)systems vor.

Nummer 6 verlangt eine Bestätigung über die tatsächliche Nutzung der TI-Dienste, sobald diese zur Verfügung stehen.

Nummer 7 sieht eine Bestätigung vor über die Erforderlichkeit zur Anpassung der informationstechnischen Systeme des Krankenhauses an den Stand der Technik.

Nach Nummer 8 ist die Verminderung der der krankenhauserplanerisch festgesetzten Betten des Krankenhauses durch Vorlage des Feststellungsbescheides nachzuweisen.

Wird ein Vorhaben durch Aufnahme eines Darlehens durch den Krankenhausträger finanziert, können Fördermittel aus dem Krankenhauszukunftsfonds bis zur Höhe des Betrags gewährt werden, der dem Barwert der in den ersten zehn Jahren nach der Darlehensaufnahme aufzuwendenden Zinsen, Tilgungsleistungen und Verwaltungskosten entspricht. Die Ermittlung des Barwerts nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik zu erfolgen. Die Begrenzung auf zehn Jahre trägt dem Umstand Rechnung, dass bei einem längeren Zeitraum die der Ermittlung des Barwerts zu Grunde zu legenden versicherungsmathematischen Annahmen unsicherer werden mit der Folge, dass auch die Ermittlung der Höhe des Barwerts unzuverlässiger wird. Die Ermittlung des Barwerts einschließlich einer Erläuterung der zu Grunde gelegten versicherungsmathematischen Annahmen ist dem BAS nach Nummer 9 als Teil der Antragsunterlagen vorzulegen.

Zu § 23 (Auszahlungsbescheide des Bundesamtes für Soziale Sicherung)

Die Vorschrift enthält im Wesentlichen die bereits für den Krankenhausstrukturfonds geltenden Regelungen zu den Auszahlungsbescheiden des BAS.

Zu Absatz 1

Die Regelung verweist auf § 6 Absatz 1 und enthält Vorgaben für die Ausgestaltung der Bescheidung sowie die Auszahlung durch das BAS.

Zu Absatz 2

Die Regelung enthält Vorgaben in Bezug auf die Ausgestaltung der Bescheide des BAS mit einem Rückforderungsvorbehalt. Die Regelung entspricht inhaltlich im Wesentlichen den bereits im Rahmen des Krankenhausstrukturfonds geltenden Vorgaben.

Zu Absatz 3

Absatz 3 sieht vor, dass die Länder unverzüglich, spätestens binnen 15 Monaten nach Erhalt der Fördermittel durch das BAS diesem ihren Landesförderbescheid vorzulegen haben. Die Regelung dient insofern der Beschleunigung des Verfahrens und der Sicherstellung, dass bereitgestellte Fördermittel zeitnah zur Umsetzung der Vorhaben führen. Kann der Förderbescheid innerhalb dieser Frist nicht vorgelegt werden, ist davon auszugehen, dass kein vordringlicher Bedarf für das Vorhaben besteht, sodass das Bundesamt für Soziale Sicherung die Möglichkeit hat, den ausgezahlten Betrag zurückzufordern.

Zu § 24 (Rückforderung, Verzinsung und Bewirtschaftung von Fördermitteln)

Zu Absatz 1

Absatz 1 überträgt die bereits für den Krankenhausstrukturfonds geltenden Regelungen zur Rückforderung von Bescheiden im Wesentlichen inhaltsgleich auf die Förderung über den Krankenhauszukunftsfonds. Zusätzlich ist das BAS befugt, im Falle der Nicht-Vorlage des Landesförderbescheids nach § 23 Absatz 3 ebenfalls die Mittel zurückzufordern.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift überträgt die für den Krankenhausstrukturfonds geltende Regelung, wonach die aus dem Strukturfonds gewährten Fördermittel von den Ländern als Haushaltseinnahmen zu vereinnahmen sind.

Zu § 25 (Nachweis über die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel)

Die Regelung überträgt überwiegend die bereits für den Krankenhausstrukturfonds geltenden Vorgaben zur Erbringung von Nachweisen über die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel. Die entsprechenden Nachweise sind jährlich zum 1. April, erstmals zum 1. April 2021, zu erbringen. Nach Absatz 1 Nummer 2 sind zusätzlich Nachweise des oder der beauftragten IT-Dienstleister über die Einhaltung der Anforderungen nach § 19 Absatz 1 sowie Nachweise über die Einhaltung der durch das BAS erlassenen Förderrichtlinien zu erbringen. Darüber hinaus werden die zuständigen obersten Landesbehörden durch Absatz 1 Satz 2 ermächtigt, durch geeignete Maßnahmen die Richtigkeit eines Verwendungsnachweises durch den Krankenhausträger zu überprüfen. Hierbei können sie insbesondere Begehungen vor Ort durchführen.

Zu Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

Mit der Änderung wird Apotheken die Möglichkeit eingeräumt, bei der Abgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln an Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung im Wege des Botendienstes einen zusätzlichen Zuschlag in Höhe von 2,50 Euro je Lieferort und Tag zu erheben. Die Einführung der Botendienstvergütung ist notwendig, um insbesondere in Regionen mit geringerer Apothekendichte eine Versorgung mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln sicherzustellen. Der Botendienst trägt bei dem zunehmenden Anteil der älter werdenden Bevölkerung damit zu deren Entlastung bei der Zahl der Apothekenbesuche und zur Sicherstellung der Versorgung dieser Personen mit Arzneimitteln bei.

Zu Nummer 2

§ 136a Absatz 2 SGB V verpflichtet den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), für den Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal zu bestimmen. Zur Umsetzung dieses gesetzlichen Auftrags hat der G-BA am 19. September 2019 die Erstfassung einer Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) beschlossen, in der differenzierte personelle Mindestvorgaben festgelegt sind, die sich an Behandlungsbereichen, Berufsgruppen und patientenbezogenen Minutenwerten orientieren. Die PPP-RL ist am 1. Januar 2020 in Kraft getreten.

Für die Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten trifft § 136a Absatz 2 Satz 9 SGB V insofern eine Sonderregelung, als dass der G-BA für diese Berufsgruppe bis zum 30. September 2020 mit Wirkung zum 1. Januar 2021 bettenbezogene Personalmindestvorgaben festzuschreiben hat. Diese gesetzliche Verpflichtung des G-BA ist nach Ansicht von Fachexperten nicht sachgerecht und steht im Widerspruch zu den Regelungen der PPP-RL, in der für andere Berufsgruppen auf Minutenwerte für den konkreten Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten abgestellt wird.

Eine bettenbezogene Mindestvorgabe ausschließlich für die Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bildet die notwendige Differenzierung der Psychotherapiebedarfe unterschiedlicher Behandlungsbereiche innerhalb einer psychiatrischen oder psychosomatischen Klinik ungenügend ab und beeinträchtigt die unter fachlichen und ökonomischen Gesichtspunkten unbedingt notwendige Flexibilität der Kliniken hinsichtlich vorhandener psychotherapeutischer Ressourcen. Um der jeweiligen konkreten Versorgungs- und Behandlungssituation Rechnung tragen zu können, ist ein abgestufter, subtilerer sowie

strukturelle, funktionelle und fachliche Gegebenheiten der Kliniken berücksichtigender Maßstab notwendig.

Die in § 136a Absatz 2 Satz 9 SGB V normierten Fristen zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrags sind aufgrund des Wegfalls des Bettenbezugs als Orientierungsmaßstab um ein Kalenderjahr zu verschieben. Die Mindestvorgaben sind nunmehr bis zum 30. September 2021 mit Wirkung zum 1. Januar 2022 durch den G-BA zu beschließen. Damit wird es dem G-BA ermöglicht, eine valide Datenerhebung vorzunehmen und die personellen Mindestvorgaben für die Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf einer evidenzbasierten Grundlage abzubilden.

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung des Jährlichkeitsprinzips in Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa.

Zu Buchstabe b

Bei dem neuen Satz 9 handelt es sich um eine Folgeänderung zu der in Artikel 1 Nummer 4 geregelten Entnahme aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds.

Zu Artikel 4 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Flankierend zu der Errichtung und Ausgestaltung des Zukunftsfonds Krankenhaus dient der Abschlag ab dem Jahr 2025 dazu, um bereits jetzt gezielt Projekte anzustoßen, die von zentraler Relevanz für die Versorgung und die Qualität der Krankenhausbehandlung sind. Durch den zeitlich nachgelagerten Abschlag zum Ende des Förderprogramms wird den Krankenhäusern ausreichend Zeit zur Planung und Umsetzung der relevanten Vorhaben gegeben. Ausgenommen vom Abschlag sind solche Krankenhäuser, die über die notwendigen digitalen Dienste verfügen.

Durch den Abschlag werden finanzielle Anreize geschaffen, um Krankenhäuser trotz des ggf. eigens zu übernehmenden Ko-Finanzierungsanteils zu motivieren, an dem „Zukunftsprogramm“ teilzunehmen. Damit trägt er zu einer zukunftsgerichteten und wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser bei. Bei der Ausgestaltung des Anreizsystems wird ein Abschlag gewählt, zum einen, um die GKV nicht mit einer Auszahlung von Zuschlägen zu belasten, zum anderen, da davon ausgegangen wird, dass eine negative Anreizsetzung stärker als eine positive wirkt.

Die neue Regelung in § 5 Absatz 3f des Krankenhausentgeltgesetzes sieht vor, dass die Vertragsparteien vor Ort für die Zeit ab dem 1. Januar 2025 einen Abschlag in Höhe von bis zu 2 Prozent des Rechnungsbetrags für jeden voll- und teilstationären Fall zu vereinbaren haben. Die Vereinbarung der konkreten Höhe des Abschlags obliegt den Vertragsparteien vor Ort. Die Vertragsparteien auf Bundesebene (GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft) entwickeln als Grundlage hierfür ein Stufensystem, welches sich daran orientiert, wie viele und gegebenenfalls welche der genannten digitalen Dienste das Krankenhaus bereits bereitstellt, und welcher Prozentsatz der Patientinnen und Patienten in seinem Behandlungsverlauf die Dienste mittelbar oder unmittelbar nutzt. Hierbei ist nicht davon auszugehen, dass in jedem Fall sämtliche digitalen Dienste in Anspruch genommen werden müssen. Die näheren Einzelheiten zur Umsetzung des Abschlags legen die Vertragsparteien auf Bundesebene in ihrer Vereinbarung nach § 291a Absatz 7a Satz 3 SGB V fest.

Zu Artikel 5 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Das Gesetz tritt mit Ausnahme der Regelung in Absatz 2 (Artikel 3 Nummer 1) am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Zu Absatz 2

Artikel 3 Nummer 1 tritt mit Wirkung vom 1. Oktober 2020 in Kraft, da die geltende Regelung zur Vergütung des Apothekenbotendienstes am 30. September 2020 ausläuft.