

08.09.2020

Stellungnahme
zur Formulierungshilfe für den Entwurf eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm
Krankenhäuser (Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG)

A. Vorbemerkung

Der BDPK begrüßt das Zukunftsprogramm Krankenhäuser, das mit drei Milliarden Euro Investitionen in eine verbesserte Notfallversorgung und zur Förderung der digitalen Infrastruktur und IT- und Cybersicherheit ermöglichen soll. Mit der Einführung des Krankenhauszukunftsfonds sowie der Verlängerung des Krankenhaus-Strukturfonds sieht der Entwurf eine deutliche Ausweitung des Engagements des Bundes bei der Investitionsfinanzierung vor, die dringend notwendig ist und begrüßt wird. Seit Jahren kommen die Länder ihrer Verantwortung in der Investitionsfinanzierung nicht ausreichend nach, weshalb sich der BDPK ausdrücklich auch für Modelle der Kofinanzierung ausspricht.

Positiv ist, dass die förderungsfähigen Vorhaben gegenüber dem Krankenhausstrukturfonds thematisch deutlich erweitert werden. Neben Investitionen in moderne Notfallkapazitäten und eine bessere digitale Infrastruktur sieht der Entwurf Vorhaben zur besseren internen und auch sektorenübergreifenden Versorgung zur Stärkung regionaler Versorgungsstrukturen, Ablauforganisation, Kommunikation, Telemedizin, Robotik, Hightechmedizin und Dokumentation vor.

In dem vorliegenden Entwurf wurde gegenüber der ersten Formulierungshilfe angepasst, dass nicht in Anspruch genommene Fördermittel des Krankenhauszukunftsfonds bereits 2023 an den Bund zurückfließen (§ 14a Abs. 3). Diese Verkürzung erschwert die Planungs-, Antrags- und Realisierungsphase für Projekte erheblich und von Fristverkürzung sollte abgesehen werden.

Es ist dringend nötig, auch Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Privatkliniken nach § 30 GewO ohne Versorgungsvertrag in den Ausbau der digitalen Infrastruktur einzubeziehen. Digitalisierung endet nicht an der Sektorengrenze. Die gesundheitliche Versorgungskette funktioniert nur, wenn alle Einrichtungen an der digitalen Infrastruktur teilhaben können. Sinnvolle Investitionen, z. B. in ein digitales Aufnahme- und Entlassmanagement, können ihre volle Wirkung nur entfalten, wenn auch Vorsorge- und Reha-Einrichtungen und Privatkliniken ohne Versorgungsvertrag entsprechend ausgestattet sind.

Abgelehnt wird das ab dem 01.01.2025 vorgesehene Sanktionsverfahren, das Abschläge in Höhe von bis zu 2 Prozent des Rechnungsbetrags für jeden voll- und teilstationären Fall vorsieht (§ 5 Abs. 3f KHG Neufassung). Die Neuregelung würde komplizierte und

streitbehaftete Auslegungen auf der Ortsebene bedeuten. Eine Sanktion ist auch deshalb nicht sachgerecht, weil Krankenhäuser keinen Anspruch auf Förderung haben (§ 14a Abs. 3 KHG Neufassung) und es deshalb nicht ausgeschlossen ist, dass Krankenhäuser unfreiwillig keine geförderten Projekte durchführen.

Der geplante Ganzjahresausgleich zur Kompensation SARS-CoV-2-bedingter Erlösausfälle ist dringend notwendig. Die Auswirkungen der Pandemie werden über 2020 hinausreichen und Fallzahlen in Krankenhäusern auf absehbare Zeit nicht das Niveau 2019 erreichen. Ausdrücklich zu begrüßen ist, dass für coronabedingte Mehrkosten (z. B. Schutzausrüstung) bis Ende 2021 Zuschläge vereinbart werden können.

Erlösausfälle und gestiegene Anforderungen durch Hygieneanforderungen und Auflagen des öffentlichen Gesundheitsdienstes betreffen auch Vorsorge- und Reha-Einrichtungen sowie Privatkliniken nach § 30 GewO ohne Versorgungsvertrag. Auch diese Einrichtungen benötigen dringend Regelungen zur finanziellen Unterstützung, um die Patientenversorgung aufrecht erhalten zu können. Im Bereich der DRV wird mit der Verlängerung der Geltungsdauer des besonderen Sicherstellungsauftrags im SodEG bis zum 31.12.2020 auf die pandemiebedingten Herausforderungen, vor denen die Einrichtungen nach wie vor stehen, eingegangen. Auch im Bereich der Pflege sollen über das KHZG die bisher befristeten Regelungen zur finanziellen Entlastung und Unterstützung bis zum 31.12.2020 verlängert werden. Auch vor dem Hintergrund der im ersten Halbjahr 2020 von den Krankenkassen erzielten Einnahmeüberschüsse von rund 1,3 Mrd. Euro ist es nicht nachvollziehbar, warum für Vorsorge- und Reha-Einrichtungen die weiterhin dringend benötigte Unterstützung gestrichen werden soll.



B. Stellungnahme im Einzelnen

Art. 1 Nr. 3 § 12a KHG Neufassung

Neuregelung

Durch die Regelung wird die Laufzeit des Krankenhausstrukturfonds um zwei Jahre bis Ende 2024 verlängert.

Bewertung

Die Verlängerung des Krankenhausstrukturfonds bis Ende 2024 wird begrüßt. Positiv bewertet wird, dass die bisherige Förderung integrierte Notfallstrukturen aus dem Krankenhausstrukturfonds neben dem neuen Fördertatbestand des Krankenhauszukunftsfonds zur Modernisierung von Notfallkapazitäten bestehen bleibt (§ 12a Satz 4 Nr. 2 KHG im Entwurf).

Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 1 Nr. 4 § 14a KHG Neufassung

Neuregelung

Die Vorschrift regelt die Bildung eines Krankenhauszukunftsfonds. Die Regelungen orientieren sich an den bestehenden Regelungen des Krankenhausstrukturfonds. Die Fördertatbestände sollen sich am typischen Ablauf eines stationären Krankenhausaufenthalts (Aufnahme, Behandlung, Entlassung) orientieren. Die Länder entscheiden auf Antrag des Krankenhausträgers über die zu fördernden Vorhaben und können andere Institutionen an der Auswahlentscheidung beteiligen.

Bewertung

Wir begrüßen, dass der Bund sein Engagement in der Investitionsfinanzierung mit dem Krankenhauszukunftsfonds erweitert. Es ist notwendig, die Förderung auf Vorsorge- und Reha-Einrichtungen und Privatkliniken § 30 GewO ohne Versorgungsvertrag zu erweitern.

Es ist sinnvoll, den Ländern die Entscheidung über zu fördernde Projekte zu übertragen. Auf eine Beteiligung weiterer Institutionen an der Auswahlentscheidung sollte verzichtet werden, um eine einheitliche und klar zuordenbare Entscheidungsverantwortung sicherzustellen.

Anträge müssen bis Ende 2021 durch die Krankenhausträger eingereicht werden. Für den reibungslosen Ablauf ist wichtig, dass frühzeitig Transparenz über die Voraussetzungen für die Zuteilung von Fördermitteln und Fristen für die Entscheidung über Anträge geschaffen werden. Insbesondere sollte die Richtlinie für die Förderung von Vorhaben des Bundesamts für Soziale Sicherung § 14a Abs. 6 KHG Neufassung sowie die Rechtsverordnung nach § 14a Abs. 7 KHG Neufassung frühzeitig vorliegen.

Anträge müssen bis Ende 2021 durch die Krankenhausträger eingereicht werden. Für den reibungslosen Ablauf ist wichtig, dass frühzeitig Transparenz über die Voraussetzungen für die Zuteilung von Fördermitteln und Fristen für die Entscheidung über Anträge geschaffen werden. Insbesondere sollte die Richtlinie für die Förderung von Vorhaben des Bundesamts für Soziale Sicherung § 14 Abs. 6 KHG Neufassung frühzeitig vorliegen. Rechtsverordnung nach § 14a Abs. 7 KHG Neufassung sowie die

In dem vorliegenden Entwurf wurde gegenüber der ersten Formulierungshilfe angepasst, dass nicht in Anspruch genommene Fördermittel des Krankenhauszukunftsfonds bereits 2023 an den Bund zurückfließen (§ 14a Abs. 3). Diese Verkürzung erschwert die Planungs-, Antrags- und Realisierungsphase für Projekte erheblich und von Fristverkürzung sollte abgesehen werden.



Änderungsvorschlag

- Erweiterung des Zukunftsprogramms auf Vorsorge- und Reha-Einrichtungen und Privatkliniken § 30 GewO ohne Versorgungsvertrag
- Klare Länderverantwortung bei der Förderentscheidung
- Frühzeitige Transparenz über Fördervoraussetzungen
- Streichung der neu vorgesehenen Frist nach der nicht in Anspruch genommene Mittel bereits 2023 an den Bund zurückfließen (§ 14a Abs. 3)



Art. 2 Nr. 9 § 19 KHG Neufassung

Neuregelung

Die Vorschrift regelt die Einzelheiten zu den über den Krankenhauszukunftsfonds förderungsfähigen Vorhaben. Orientiert am typischen Ablauf eines stationären Krankenhausaufenthalts sollen Aspekte aus den Teilprozessen „Aufnahme“, „Behandlung“, „Entlassung“ gezielt gefördert werden.

Bewertung

Positiv ist, dass die förderungsfähigen Vorhaben gegenüber dem Krankenhausstrukturfonds thematisch deutlich erweitert werden. Um die gesamte Behandlungskette zu erfassen, müssen auch Vorsorge- und Reha-Einrichtungen sowie Privatkliniken § 30 GewO ohne Versorgungsvertrag berücksichtigt werden. Sinnvolle Investitionen können nur dann ihre volle Wirkung entfalten, wenn auch diese entsprechend ausgestattet werden. Insbesondere betrifft dies die elektronische Dokumentation von Pflege- und Behandlungsleistungen (Nr. 3), das durchgehende digitale Medikationsmanagement (Nr. 5), den digitalen Leistungsanforderungsprozess (Nr. 6) sowie Konzepte zur Abstimmung des Leistungsangebots mit dem Ziel einer ausgewogenen Flächendeckung sicherstellenden und Spezialisierung ermöglichenden Angebotsstruktur.

Ab dem 01.01.2021 soll die elektronische Kommunikation mit dem Medizinischen Dienst digital erfolgen, was Investitionen notwendig macht (§ 17c Abs. 2 KHG). Investitionen in die Digitale Kommunikation mit dem Medizinischen Dienst sollten in die Liste förderungsfähiger Vorhaben in § 19 KHG Neufassung ergänzt werden.

Die Definition der förderfähigen Vorhaben in § 19 Krankenhausstrukturfonds-Verordnung Entwurfsfassung sollte konkretisiert werden; so enthält der Wortlaut in Ziffer 2 und 3 jeweils kumulativ zu erfüllende Vorgaben. Da aber nicht abzusehen ist, ob EDV-Anbieter nicht erst nur einzelne Bausteine ermöglichen können, sollte auf eine kumulative Vorgabe verzichtet werden durch Einfügen von „oder“.

Änderungsvorschlag

- Erweiterung der förderungsfähigen Vorhaben auf Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Privatkliniken § 30 GewO ohne Versorgungsvertrag
- Aufnahme von Investitionen in die Digitale Kommunikation mit dem Medizinischen Dienst in die Liste förderungsfähiger Vorhaben in § 19 KHG Neufassung



Formulierungsvorschlag § 19 Ziffer 2 und 3:

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

„3. eine durchgehend elektronische Dokumentation von Pflege- und / oder Behandlungsleistungen sowie Unterstützungssysteme zur automatisierten und sprachbasierten Dokumentation von Behandlungsleistungen,“



Art. 3 Nr. 2 § 136a Abs. 2 Satz 9 Neufassung

Neuregelung

Für die Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten PPP-RL soll der Bezugspunkt „Bett“ für die Mindestvorgaben entfallen.

Bewertung

Die Absicht, durch die Streichung des ausschließlichen Bezugspunkts „Bett“ die spezifischen strukturellen, funktionellen und fachlichen Gegebenheiten einer Klinik besser zu berücksichtigen (so Gesetzesbegründung), ist ausdrücklich zu begrüßen. Allerdings sollte diese Intention in § 136 a Absatz 2 SGB V aufgenommen und klargestellt werden, dass diese entsprechend Berücksichtigung in der PPP-RL finden muss.

Ergänzend sollte in § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V ein Halbsatz zur Klarstellung aufgenommen werden, um das in der PPP-RL des G-BA aktuell enthaltene Leistungs- und Abrechnungsverbot bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben ausdrücklich zu vermeiden.

Änderungsvorschlag

Anpassung § 136 a Absatz 2 SGB V:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bei Mindestvorgaben die strukturellen, funktionellen und fachlichen Gegebenheiten des jeweiligen Krankenhauses zu berücksichtigen.“

Anpassung § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach § 136 Absatz 1 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung fest; der Gemeinsame Bundesausschuss ist nicht befugt, ein Leistungs- und Abrechnungsverbot bei Nichterfüllen von Mindestvorgaben zu bestimmen.“

Art. 6 Nr. 1 § 4 Abs. 2a KHEntgG

Neuregelung

Die Regelung soll die Anwendung des Fixkostendegressionsabschlags (FDA) klarstellen. Es soll festgelegt werden, dass die Unterbrechung des FDA für das Jahr 2020 nicht zu einer dritten Anwendung des FDA im Jahr 2021 und 2022 führt. Auf der anderen Seite sollen Mehrleistungen die 2020 vereinbart wurden, in den Jahren 2021 und 2022 dem FDA unterliegen.

In § 4 Abs. 2a Nr. 4 (Neufassung) wird geregelt, dass der 2021 vereinbarte FDA auf die mit Fallpauschalen bewerteten Leistungen anzuwenden ist, die im Vergleich zur Vereinbarung für das Jahr 2019 zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigt werden.

Bewertung

Mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz wurde die Vereinbarung des FDA für das Jahr 2020 ausgesetzt. Vor diesem Hintergrund wäre es naheliegend, einen Abschlag für vereinbarte Mehrleistungen aus dem Jahr 2020 vollständig, auch in den Jahren 2021 und 2022 auszuschließen. Auch der Mehrerlösausgleich 2020 sollte ausgesetzt werden.

Der Bezug auf das Jahr 2019 bei Anwendung des FDA 2021 ist dringend notwendig, da durch den Rückgang vereinbarter Leistungen 2020, sonst 2021 ein FDA zur Anwendung käme, selbst wenn nur der Leistungsumfang 2019 vereinbart würde. Es sollte klargestellt werden, dass dieser Fall nur greift, wenn 2020 keine höheren Leistungen als 2019 vereinbart wurden. Diese Konstellation wird nur wenige Krankenhäuser betreffen, die im Jahr 2020 Mehrleistungen im Vergleich zum Jahr 2019 vereinbart haben.

Änderungsvorschlag

Festlegung, dass vereinbarte Mehrleistungen 2020 vollständig, d. h. auch für die Jahre 2021 und 2022 vom FDA ausgeschlossen sind. Aussetzung Mehrerlösausgleich 2020.

Klarstellung, dass 2019 als Vergleichsjahr für vereinbarte Mehrleistungen gilt, bis die Menge der vereinbarten Leistungen 2019 erreicht wurde.

Art. 6 Nr. 2 § 5 Abs. 3f KHEntgG Neufassung

Neuregelung

Der Entwurf sieht zudem eine Sanktionsregelung (§ 5 Absatz 3f KHG im Entwurf) in Höhe von bis zu 2 Prozent des Rechnungsbetrags für jeden voll- und teilstationären Fall vor, sofern ein Krankenhaus nicht sämtliche in § 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 6 Krankenhausstrukturfonds-Verordnung aufgezählten digitalen Dienste bereitstellt.

Bewertung

Eine Abschlagsregelung wird von uns abgelehnt. Sollten Mittel durch Krankenhäuser nicht abgerufen werden, ist dies auch auf den hohen Eigenfinanzierungsanteil zurückzuführen. Eine zusätzliche negative Sanktion würde Unterfinanzierung verstärken und wäre kontraproduktiv.

Krankenhäuser haben keinen Anspruch auf Förderung (§ 14a Abs. 3 KHG Neufassung) und können deshalb auch unfreiwillig keine geförderten Projekte durchführen. Soll an der Sanktion festgehalten werden, muss klargestellt werden, dass Krankenhäuser in Fällen, in denen ein Antrag gestellt wurde, dieser aber nicht bewilligt worden ist, nicht von der Sanktion betroffen sind.

Änderungsvorschlag

- Streichung der Sanktionen

Art. 6 Nr. 2 § 5 Abs. 3g KHG Neufassung

Neuregelung

Der Entwurf sieht eine Finanzierung nicht anderweitig finanzierter Mehrkosten, die auf Grund des Coronavirus SARS-CoV-2 im Rahmen der stationären oder ambulanten Behandlung von Patientinnen und Patienten entstehen, die zwischen dem 01. Oktober 2020 und einschließlich dem 31. Dezember 2021 in Krankenhäusern aufgenommen werden, vor. Hierfür sollen die Vertragsparteien nach Absatz 5 einen befristeten Zuschlag je stationären oder ambulanten Fall vereinbaren.

Bewertung

Die vorgesehene Regelung zur Finanzierung coronabedingter Mehrkosten, die den Krankenhäusern im Rahmen von Patientenbehandlungen im Jahr 2021 entstehen, wird begrüßt. Diese Regelung muss auch für die Vorsorge - und Reha-Einrichtungen sowie Privatkliniken nach § 30 GewO ohne Versorgungsvertrag eingeführt werden.

Dem weiterhin bestehenden Bedarf an persönlichen Schutzausrüstungen oder anderen Mehrkosten, die auf Grund des Coronavirus SARS-CoV-2 im Zusammenhang mit der stationären oder ambulanten Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen entstehen, muss Rechnung getragen werden, indem Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen für solche Mehrkosten, die nicht anderweitig finanziert werden, zeitlich befristet Zuschläge ab 01.01.21 vereinbaren können. Die Regelung für Vorsorge- und Rehakliniken ist erst ab dem 01.01.2021 erforderlich, da sich die Krankenkassen entschlossen haben, den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen bis zum 31.12.20 einen Corona-Zuschlag in Höhe von 8 bzw. 6 Euro je Leistungstag zu zahlen. Dieser Zuschlag reicht aus, um zumindest den erhöhten Sachkostenbedarf je Fall auszugleichen.

Den Privatkliniken nach § 30 GewO ohne Versorgungsvertrag wurden die ihnen entstehenden coronabedingten Mehrkosten bislang nicht refinanziert. Hier gilt es dringend, eine entsprechende Regelung analog der Krankenhäuser im KHG zu schaffen.

Änderungsvorschlag

Im § 111d SGB V wird der folgende Absatz 11 angefügt:

„(11) Für die Finanzierung von nicht anderweitig finanzierten Mehrkosten, die auf Grund des Coronavirus SARS-CoV-2 im Rahmen der stationären oder ambulanten Behandlung von Patientinnen und Patienten entstehen, die zwischen dem 1. Januar 2021 und einschließlich dem 31. Dezember 2021 in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen aufgenommen werden, vereinbaren die Vertragsparteien nach Absatz 5 einen befristeten Zuschlag je stationären oder ambulanten Fall.“



BDPK
Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.

Analog muss auch eine Regelung zur Finanzierung coronabedingter Mehrkosten für Privatkliniken nach § 30 GewO ohne Versorgungsvertrag im KHG geregelt werden.

Art. 1 Nr. 5 § 21 KHG

Neuregelung

Krankenhäuser erhalten den Anspruch Erlösrückgänge im Jahr 2020 gegenüber 2019, die aufgrund des SARS-CoV-2-Virus entstanden sind, im Rahmen von krankenhausesindividuellen Verhandlungen der Vertragsparteien vor Ort anteilig auszugleichen.

Bewertung

Da Vorsorge- und Reha-Einrichtungen auch im vierten Quartal 2020 und voraussichtlich bis in das Jahr 2021 hinein aufgrund einer coronabedingter reduzierten Belegungssituation Erlösausfälle verzeichnen werden, müssen entsprechende Regelungen zur finanziellen Unterstützung geschaffen werden. Die finanziellen Folgen des Coronavirus SARS-CoV-2 für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen fallen einrichtungsindividuell unterschiedlich aus, daher müssen weitere Instrumente zur finanziellen Unterstützung der Einrichtungen auf der Einzelvertragsebene ansetzen. Es müssen gesetzliche Rahmenbedingungen geschaffen werden, damit Erlösrückgänge im Jahr 2020 gegenüber dem Jahr 2019, die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen auf Grund des SARS-CoV-2-Virus entstanden sind, im Rahmen von einrichtungsindividuellen Verhandlungen der Vertragsparteien vor Ort anteilig ausgeglichen werden können.

Auch Privatkliniken nach § 30 GewO ohne Versorgungsvertrag versorgen coronabedingt weniger Patienten und benötigen entsprechende Erlösausgleiche.

Änderungsvorschlag

Im § 111d SGB V werden folgende Absätze 9 und 10 angefügt:

„(9) Die Vertragsparteien nach Absatz 5 vereinbaren bis zum 31. Dezember 2020 insbesondere

1. Einzelheiten für die Ermittlung der Erlöse für stationäre und ambulante Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen der Krankenkassen für die Jahre 2019 und 2020,
2. Kriterien, anhand derer ein Erlösrückgang im Jahr 2020 gegenüber dem Jahr 2019 festgestellt wird, der auf Grund des Coronavirus SARS-CoV-2 entstanden ist, sowie Einzelheiten zum Nachweis der Erfüllung dieser Kriterien und
3. die Höhe des nach Absatz 10 auf Einzelvertragsebene anzuwendenden Ausgleichssatzes.

Für die Ermittlung der Erlöse für das Jahr 2020 sind die Ausgleichszahlungen nach Absatz 2 zu berücksichtigen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht bis zum 31. Dezember

2020 zustande, legt die Schiedsstelle nach § 111b Absatz 6 den Inhalt der Vereinbarung ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von zwei Wochen fest.

(10) Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen haben einen Anspruch darauf, mit den Krankenkassen auf der Grundlage von Absatz 9 die Erlöse für die Jahre 2019 und 2020 und den Erlösrückgang zu ermitteln, der den nach Absatz 9 Satz 1 vereinbarten oder nach Absatz 9 Satz 3 festgelegten Kriterien entspricht. Die Vertragsparteien nach Satz 1 wenden auf den ermittelten Erlösrückgang den nach Absatz 9 Satz 1 Nummer 3 vereinbarten Ausgleichssatz an. In begründeten Ausnahmefällen können sie einen abweichenden Ausgleichssatz vereinbaren.“

Alternativer Änderungsvorschlag

Die Frist des § 111d Abs. 2 SGB V wird um sechs Monate bis zum 31.03.2021 verlängert.

Analog der Regelung für Krankenhäuser muss auch eine Regelung zum Ausgleich der Erlösausfälle für Privatkliniken nach § 30 GewO ohne Versorgungsvertrag im KHG geregelt werden.

C. Weiterer Änderungsbedarf

§ 22 KHG Vorsorge und Reha-Einrichtungen als Ersatzkrankenhäuser zulassen

Nach § 22 KHG können die Länder Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen bestimmen, in denen Patientinnen und Patienten, die einer nicht aufschiebbaren akutstationären Krankenhausversorgung nach § 39 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bedürfen, vollstationär behandelt werden können. Diese Regelung hat sich in manchen Bundesländern während der ersten Welle bewährt und hilft insbesondere bei regionalen Infektionsausbrüchen alle vorhandenen medizinischen Kapazitäten zu nutzen. In einigen Bundesländern werden die Kapazitäten auch derzeit noch genutzt. Da die Ausbruchgefahr weiterhin besteht, muss die Möglichkeit der Einbeziehung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für nicht aufschiebbare akutstationäre Krankenhausversorgungen weiterhin bestehen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann gemäß § 23 Nummer 1 KHG durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen mit Zustimmung des Bundesrats die in § 22 Absatz 1 Satz 2 KHG genannte Frist um bis zu sechs Monate verlängern. Eine entsprechende Rechtsverordnung muss dringend erfolgen.

Änderungsvorschlag

Verlängerung der Frist in § 22 Absatz 1 Satz 2 KHG um sechs Monate durch Rechtsverordnung.

Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) vertritt seit über 70 Jahren die Interessen von mehr als 1.000 Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken in privater Trägerschaft. Als deutschlandweit agierender Spitzenverband setzt er sich für eine qualitativ hochwertige, innovative und wirtschaftliche Patientenversorgung in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken ein.