

Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Verbändebeteiligung des BMG

**zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der
Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Ver-
gütungsstrukturen (Stand 13.03.2024)**

Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG

Stand: 17.04.2024

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Str. 31
10178 Berlin
Tel: 030 34646-2299
info@bv.aok.de

**AOK-Bundesverband
Die Gesundheitskasse.**

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
I. Zusammenfassung	7
II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Referentenentwurfs	17
Versorgungsqualität	18
Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	18
Nr. 3 § 109 Abs. 3 SGB V „Abschluß von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern“	18
Nr. 4 § 110 Abs. 1 Satz 2 SGB V „Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern“	19
Nr. 7 § 121 SGB V „Belegärztliche Leistungen“	20
Nr. 8 § 135d SGB V „Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“	21
Nr. 9 § 135e SGB V „Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung“ und 135f SGB V „Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung“	22
Nr. 10 § 136 SGB V „Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung“	30
Nr. 11 § 136c SGB V „Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung“	31
Nr. 23 § 299 SGB V „Datenverarbeitung für Zwecke der Qualitätssicherung“	32
Nr. 27 Anlage 3.....	33
Nr. 28 Anlage 2 zu § 135eSGB V „Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung“	34
Artikel 2 Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	35
Nr. 1 § 135d Abs. 3 Satz 1 SGB V „Transparenz der Qualität der Krankenhausbehandlung“	35

Nr. 3 Anlage 1 zu § 135d SGB V „Transparenz der Qualität der Krankenhausbehandlung“ und Anlage 2 zu § 135e SGB V „Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung“	36
Nr. 4 Anlage 3	37
Artikel 3 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	38
Nr. 1 § 6 Abs. 1a KHG „Krankenhausplanung und Investitionsprogramme“	38
Nr. 2 § 6a KHG „Zuweisung von Leistungsgruppen“	39
Nr. 4 § 8 Abs. 1a bis 1c KHG „Voraussetzungen der Förderung“	42
Nr. 12 §§ 37 bis 40 KHG.....	43
Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	44
Nr. 16 § 21 Abs. 2 KHEntgG „Übermittlung und Nutzung von Daten“	44
Finanzielle Auswirkungen auf die GKV	45
Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	45
Nr. 13 § 221 Absatz 3 SGB V „Beteiligung des Bundes an Aufwendungen“ ...	45
Nr. 14 § 271 SGB V „Gesundheitsfonds“	46
Artikel 3 Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.....	49
Nr. 5 § 12a KHG „Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019“	49
Nr. 6 § 12b KHG „Transformationsfonds, Verordnungsermächtigung“	50
Nr. 7 § 14 KHG „Auswertung der Wirkungen der Förderung“	52
Nr. 12 §§ 37 bis 40 KHG.....	53
Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	54
Nr. 3 § 5 KHEntgG „Nicht förderungsfähige Einrichtungen“	54
Nr. 9 § 9 KHEntgG „Fördertatbestände“	56
Nr. 10 § 10 KHEntgG „Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung“	59
Nr. 11 § 11 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG „Landesrechtliche Vorschriften über die Förderung“	62
Artikel 5 Änderung der Bundespflegesatzverordnung	63
Nr. 1 § 3 BPflV „Vereinbarung eines Gesamtbetrags“	63
Nr. 2 § 8 Abs. 3 BPflV „Berechnung der Entgelte“	65

Nr. 3 § 9 Abs. 3 BPflV „Vereinbarung auf Bundesebene“	66
Nr. 4 § 11 BPflV „Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus“	67
Vorhaltekostenfinanzierung	68
Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	68
Nr. 9 §§ 135e und 135f SGB V	68
Artikel 3 Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	69
Nr. 8 § 17b KHG „Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung“	69
Nr. 11 § 28 Abs. 4 KHG „Auskunftspflicht und Statistik“	72
Nr. 12 §§ 37 bis 40 KHG	73
Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	81
Nr. 1 § 3 KHEntgG „Grundlagen“	81
Nr. 2 § 4 KHEntgG „Vereinbarung eines Erlösbudgets“	82
Nr. 4 § 6 KHEntgG „Vereinbarung sonstiger Entgelte“	83
Nr. 6 §§ 6b KHEntgG „Vergütung eines Vorhaltebudgets“ und 6c KHEntgG „Vergütung von Krankenhäusern, die als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen bestimmt sind“	84
Nr. 7 § 7 KHEntgG „Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen“	88
Nr. 8 § 8 KHEntgG „Berechnung der Entgelte“	89
Nr. 10 § 10 KHEntgG „Vereinbarung auf Landesebene“	90
Nr. 11 § 11 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG „Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus“	91
Nr. 16 § 21 Abs. 2 KHEntgG „Übermittlung und Nutzung von Daten“	92
Sektorenübergreifende Versorger	93
Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	93
Nr. 1 § 39e Abs. 1 Satz 1 SGB V „Krankenhausbehandlung“	93
Nr. 2 § 73 Abs. 2 Satz 1 SGB V „Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung“	94
Nr. 5 §§ 115g SGB V „Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung“ und 115h SGB V „Medizinisch-pflegerische Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen“	95
Nr. 6 § 116a SGB V „Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser“	100

Nr. 7 § 121 SGB V „Belegärztliche Leistungen“	102
Artikel 3 Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.....	104
Nr. 3 § 6b KHG „Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung“	104
Nr. 11 § 28 Abs. 4 KHG „Auskunftspflicht und Statistik“	106
Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	107
Nr. 5 § 6a KHEntgG „Zuweisung von Leistungsgruppen“	107
Nr. 6 §§ 6b KHEntgG „Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung“ und 6c KHEntgG „Vergütung von Krankenhäusern, die als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen bestimmt sind“	108
Nr. 9 § 9 KHEntgG „Vereinbarung auf Bundesebene“	109
Nr. 13 § 13 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG „Schiedsstelle“	110
Nr. 14 § 14 KHEntgG „Genehmigung“	111
Nr. 15 § 18 KHEntgG „Belegärzte“	112
Nr. 16 § 21 Abs. 2 KHEntgG „Übermittlung und Nutzung von Daten“	113
„Entbürokratisierung“ / Rechnungsprüfung.....	114
Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	114
Nr. 12 § 137 SGB V „Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses“	114
Nr. 15 § 275a SGB V „Durchführung und Umfang von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst“	116
Nr. 16 § 275c Abs. 6 SGB V „Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst“	117
Nr. 17 § 275d SGB V „Prüfung von Strukturmerkmalen“	119
Nr. 18 § 276 SGB V „Zusammenarbeit“	120
Nr. 19 § 277 SGB V „Mitteilungspflichten“	121
Nr. 20 § 278 SGB V „Medizinischer Dienst“	122
Nr. 21 § 280 SGB V „Finanzierung, Haushalt, Aufsicht“	123
Nr. 22 § 283 SGB V „Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund“	124
Artikel 3 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.....	126
Nr. 9 § 17c KHG „Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Statistik“	126

Nr. 10 § 25 Abs. 4 Satz 3 KHG „Ausnahmen von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung und von der Prüfung von Strukturmerkmalen, Verordnungsermächtigung“	131
Sonstiges	132
Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	132
Nr. 25 § 411 SGB V „Übergangsregelung für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ und § 412 SGB V „Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund“	132
Nr. 26 § 426 SGB V „Evaluation des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes“	133
Artikel 2 Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	135
Nr. 2 § 307 Abs. 1 Satz 3 SGB V „Datenschutzrechtliche Verantwortlichkeiten“	135
Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	136
Nr. 12 § 12 KHEntgG „Vorläufige Vereinbarung“	136
Artikel 6 Änderung der Verordnung nach § 10 Absatz 6a Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)	137
III. Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes	138
Gesetzesänderung in § 3 Absatz 3 Satz 4 Nr. 5 Bundespflegesatzverordnung (BPfV) „Vereinbarung eines Gesamtbetrags“	138
Gesetzesänderung im § 3 Abs. 3 Sätze 8, 9 und 10 Bundespflegesatzverordnung (BPfV) „Vereinbarung eines Gesamtbetrags“	142
Gesetzesänderung § 136b Absatz 1 neue Nummer 5 SGB V „Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus“ ...	145
Beauftragung der Ermittlung eines Bedarfsbemessungsinstrumentes	146
Anlage: Sektorenübergreifende Versorger	148

I. Zusammenfassung

Seit dem 13. März 2024 liegt ein Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für ein Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) vor. Diesen Referentenentwurf bewertet der AOK-Bundesverband sehr kritisch. Der AOK-Bundesverband sieht vor allem die Entkopplung von Struktur- und Finanzierungsreform kritisch. Da zum Beispiel die verbindliche Definition der Leistungsgruppen erst nachgelagert in Rechtsverordnungen geregelt werden soll, soll eine ungerichtete „Gießkannen“-Finanzierung, z.B. über die Refinanzierung der Tarifierhöhungen, fortgesetzt werden. Die Konkretisierung der zwingend notwendigen Strukturreform wird per Rechtsverordnung zeitlich nach hinten verschoben, bleibt zudem intransparent und verlangt „blindes“ Vertrauen, welches schon zu oft zugunsten anderer Interessen missbraucht wurde. Zu befürchten ist zudem ein Minimalkonsens zwischen Bund und Ländern, der die ursprünglichen Ziele einer großen Strukturreform in weite Ferne rücken lässt und nur in Teilen die notwendigen Schritte zur Schaffung einer modernen und zukunftsfähigen Krankenhausstruktur umsetzt.

Darüber hinaus soll die Finanzierung des Krankenhausumbaus im Wesentlichen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und damit auf Kosten der Beitragszahlenden gestemmt werden – ohne Einbeziehung des Bundes oder der privaten Krankenversicherung (PKV). Die notwendigen Strukturanpassungen, die die umfassende Krankenhaus-Modernisierung mit sich bringt, müssen im Kontext der Daseinsvorsorge jedoch von Bund und Ländern ausschließlich durch Steuergelder getragen werden. Denn die GKV ist laut geltender Gesetzgebung für die Betriebskosten und nicht für Investitionskosten zuständig. Aus dem Referentenentwurf werden Mehrausgaben zu Lasten der GKV in erheblichem Maße resultieren. Die darin zugleich behaupteten zusätzlichen Entlastungen der GKV sind nicht plausibel. Dies gilt sowohl für die Einsparungen für das Jahr 2025 von 330 Millionen und erst recht für die geschätzte Milliarde für die Folgejahre. Eine nachvollziehbare Begründung zu den Summen bleibt der Referentenentwurf schuldig. Jedoch wird die deutliche Einschränkung, weiterhin fehlerhaft gestellte Rechnungen zu prüfen, voraussichtlich zu weiteren Ausgabenerhöhungen der GKV führen. Zu einer Finanzstabilisierung der GKV wird der vorliegende Referentenentwurf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes nicht beitragen.

Im Detail bewertet der AOK-Bundesverband die inhaltlichen Schwerpunkte des Referentenentwurfs wie folgt:

Versorgungsqualität

Die Einführung bundeseinheitlicher Qualitätskriterien und Umsetzung von Leistungsgruppen inkl. bundeseinheitlicher Kontrolle werden dem Grunde nach begrüßt. Die Einrichtung eines eigenen Ausschusses unter der Federführung des BMG und der Länder inkl. Geschäftsordnung und -stelle sind kritisch zu betrachten, da neue Parallelstrukturen zum Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und weitere Bürokratien aufgebaut werden. Zudem ist die Leistungsfähigkeit der dargestellten Struktur fraglich, weil die Aufgabe ausgesprochen komplex ist. Der Ersatz von Qualitätsvorgaben des G-BA durch Kriterien nach § 135e SGB V ist abzulehnen.

G-BA-Vorgaben haben die Kompromissfindung der Selbstverwaltung bereits durchlaufen, sind transparent dokumentiert, genügen höchsten wissenschaftlichen Anforderungen und werden kontinuierlich weiterentwickelt. Dieser Standard darf nicht unterschritten werden, weil ansonsten die Gerichtsfestigkeit der entsprechenden Vorgaben nicht als gegeben betrachtet werden kann.

Die fachliche und organisatorische Expertise des G-BA sollte stattdessen genutzt werden. Daher sollte dieser Ausschuss organisatorisch vom G-BA umgesetzt werden und die Unparteiischen Mitglieder des G-BA ein Mitberatungsrecht erhalten. Das einseitige Initiativrecht durch BMG und Länder ist klar abzulehnen, weil dadurch wissenschaftlich begründete Impulse für Qualitätsvorgaben aus politischer Motivation unterbunden werden können.

Die Einführung von Mindestvorhaltezahlen ist grundsätzlich zu begrüßen. Je nach ihrer Ausgestaltung können sie zu einem strukturellen, qualitätsorientierten Wandel der Krankenhauslandschaft beitragen. Dass diese zeitnah festgelegt werden sollen, wird ebenfalls begrüßt. Vor dem Hintergrund erscheint es jedoch zielführender, hier insbesondere einen rechnerischen Ansatz, wie den im Referentenentwurf vorgesehenen Perzentilansatz, zu verwenden. Es ist nachvollziehbar, dass Sicherstellungshäuser von den Regelungen ausgenommen werden. Weitere Ausnahmen sollten hingegen nicht vorgesehen werden. Nur mit einem bundeseinheitlichen Vorgehen kann hier ein wirklicher struktureller Wandel erreicht werden und die Regelung Wirkung entfalten.

Der Referentenentwurf sollte dahingehend ergänzt werden, dass Versorgungsaufträge durch die Länder nur an diejenigen Krankenhäuser vergeben werden dürfen, die die entsprechenden Mindestvorhaltezahlen erreichen. Auf diese Weise bleiben Ver-

sorgungsaufträge und Vorhaltefinanzierung eng miteinander verbunden. Die Versorgungsaufträge müssen zudem einen Versorgungsumfang (einen Anteil an der stationären Versorgung im Bundesland) umfassen, bei dessen Festlegung die Mindestvorhaltezahlen das leistungsgruppenbezogene Minimum darstellen.

Finanzielle Auswirkungen auf die GKV

Der Referentenentwurf sieht verschiedene Regelungen vor, die mit teilweise deutlichen Mehrkosten für die GKV einhergehen werden. Im Wesentlichen sind dies die Einführung eines Transformationsfonds von 25 Mrd. Euro aus dem Gesundheitsfonds (jährliche Belastung der GKV von 2,5 Mrd. Euro ab 2026), die Anpassung der Regelungen zur Tarifrefinanzierung, die Anpassung der Ermittlung des Veränderungswertes und die Einführung von zusätzlichen Finanzierungstatbeständen in einer Höhe von über 750 Mio. Euro jährlich ergänzend zur Vorhaltefinanzierung zulasten der GKV (Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben (125 Mio. €), spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken (75 Mio. €), Pädiatrie (288 Mio. €), Geburtshilfe (120 Mio. €), Stroke Unit (35 Mio. €), Spezielle Traumatologie (65 Mio. €), Intensivmedizin (30 Mio. €), Notfallversorgung (33 Mio. €)).

Mit begrenzten Ressourcen muss die Transformation der Krankenhauslandschaft eine bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige, aber auch nachhaltig finanzierbare Versorgungsstruktur für die Zukunft sicherstellen. Ein Transformationsfonds ist aus Sicht des AOK-Bundesverbandes im Sinne der Daseinsvorsorge durch Bund und Länder zu finanzieren. Die Finanzierung ist daher nicht Aufgabe der GKV und somit inakzeptabel. Weitere Risiken ergeben sich aus den finanztechnischen Vorgaben zum GKV-Anteil am Transformationsfonds. Der hohe Betrag, der lange Zeitraum und die Bereithaltung nichtverbraucher Mittel jahresübergreifend bis 2035 stellen ein erhebliches Risiko für die notwendige Liquidität des Gesundheitsfonds dar, da ein nicht vorhersehbarer kumulierter Abruf bisher nichtverbraucher Mittel möglich ist. Die Liquiditätsreserve müsste dann zulasten der Zuweisungen wieder aufgefüllt werden.

Wenn entgegen der originären Zuständigkeit von Bund und Ländern die Finanzierung durch die GKV vom Gesetzgeber vorgesehen wird, ist bei förderfähigen Projekten in jedem Fall das Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, analog der Regelungen der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung, vorzusehen. Anderweitig ist eine zielgerichtete Transformation nicht erreichbar.

Mit der Anpassung der Regelungen der Tarifierfinanzierung schafft der Gesetzgeber zudem Mehrbelastungen für die GKV, die aufgrund der zukünftigen Tarifierentwicklungen noch nicht abschätzbar sind.

Schwer nachvollziehbar ist die geplante Entkoppelung der Ausgabensteigerung von der Einnahmeentwicklung der GKV. Dass dies zusätzlich auch nur einseitig zulasten der GKV erfolgen soll, wenn der Orientierungswert oberhalb der Grundlohnrate liegt, ist nicht sachgerecht. Die Regelung sollte aus Sicht des AOK-Bundesverbandes daher nicht umgesetzt werden. Hilfsweise ist eine beidseitige Abschaffung der Meistbegünstigtenklausel erforderlich. Darüber hinaus ist die vollständige Transparenz über die dem Orientierungswert zugrundeliegenden Daten herzustellen sowie eine gesetzlich verankerte Beteiligung der Selbstverwaltung an der Weiterentwicklung des Orientierungswertes erforderlich.

Zugleich nicht nachvollziehbar ist eine zusätzliche Finanzierung in Höhe von min. 750 Mio. Euro jährlich, aufgeteilt auf verschiedene Fördertatbestände. Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes trägt sie nicht dem Ziel einer Verbesserung der Versorgungsstrukturen Rechnung, auch weil für die konkreten Geldbeträge keine neuen messbaren Ziele benannt werden, die mit den zusätzlichen Mitteln erreicht werden sollen. Dies wäre zumindest nachzuliefern, damit die neuen Aufwendungen ansatzweise eine Berechtigung erhalten und nur bei einer nachvollziehbaren Zielerreichung dauerhaft versteigt werden könnten. In der vorliegenden Form fördern sie die Konservierung nicht bedarfsgerechter bestehender Strukturen, ohne dass ein Nutzen für Patientinnen und Patienten oder die im Krankenhaus Mitarbeitenden erkennbar wird.

Bei der Betrachtung der finanziellen Auswirkungen darf nicht übersehen werden, dass aufgrund der Regelungen zu Vorhaltefinanzierung die Möglichkeit der Regressierung von Krankenhausaufgaben um rund 40 % gemindert wird, selbst wenn die Einführung einer Stichprobenprüfung entfallen würde. Denn im Rahmen der Erlösausgleiche würden regressierte Vorhaltekostenanteile ausgeglichen. Dies entspricht Mindereinnahmen der GKV in Höhe von 500 Mio. Euro. Sollte die Stichprobenprüfung wie im Referentenentwurf vorgesehen die Einzelfallprüfung gänzlich ablösen, sind weitere Verminderungen der Einnahmen aus der Rechnungsprüfung sehr wahrscheinlich.

Insgesamt lehnt der AOK-Bundesverband eine derart einseitige Finanzierung des Krankenhausumbaus zulasten der GKV und damit auf Kosten der Beitragszahlenden, ohne Einbeziehung des Bundes oder der privaten Krankenversicherung, deutlich ab.

Vorhaltekostenfinanzierung

Die grundsätzliche Einführung einer Vorhaltekostenfinanzierung wird begrüßt. Kritisch sieht der AOK-Bundesverband, dass zum einen die Ermittlung und Abfinanzierung des Vorhaltbudgets weiterhin fallbezogen erfolgt, sodass im Vergleich zu einer Finanzierung über einen Fonds ein erheblicher bürokratischer Aufwand sowie Risiken der Budgetverschleppung entstehen. Zum anderen wird das Ziel der Solvenzicherung der Krankenhäuser auf diesem Wege nicht erreichbar sein.

Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass ein Teil des Krankenhausbudgets im Hinblick auf eine höhere Planungssicherheit bereits im Vorjahr ermittelt und dem Krankenhaus mitgeteilt wird und dass sich auf Landesebene ein gedeckeltes Vorhaltebudget daraus ableitet. Dadurch, dass das Vorhaltebudget jedoch aus den historischen Fallzahlen abgeleitet und über die Krankenhausabrechnungen abfinanziert wird, wird die im Koalitionsvertrag angekündigte Erlösunabhängigkeit nicht erreicht. Zudem wird durch die Auszahlung und die damit erforderlichen Ausgleichs der bürokratische Aufwand weiter gesteigert. Sowohl diese beiden Schritte als auch die Refinanzierung müssen stattdessen fallunabhängig ausgestaltet werden, wenn die Reform die Ziele einer höheren Krisenfestigkeit des Systems, mehr Planungssicherheit für die Krankenhäuser und keine Steigerung der Bürokratie erreichen soll.

Um zukunftsfähige Krankenhausstrukturen zu schaffen, muss sich die Vorhaltekostenfinanzierung aus Sicht des AOK-Bundesverbandes am Versorgungsbedarf in der Bevölkerung orientieren. Um langfristig die realen Versorgungsbedarfe aus der Bevölkerung heraus ermitteln zu können, muss ein wissenschaftlich fundiertes Instrument zur Bedarfsermittlung entwickelt werden. Mit diesem sollen Bevölkerungsprognosen und Erreichbarkeitsaspekte ermittelt sowie Morbidität, Mitversorgungseffekte und Ambulantisierung berücksichtigt werden. Die Erarbeitung eines wissenschaftlichen Bedarfsbemessungsinstrumentes sollte jetzt beauftragt werden.

Die Ausnahmeregelung zur quartalsweisen Anpassung der Abfinanzierung zeigt die grundsätzlichen Probleme auf, die eine Abfinanzierung über den Fall erzeugt. Zu nennen sind hier insbesondere „Unsicherheit der Finanzierung“ und „bürokratischer Aufwand“ vor allem zulasten der Krankenhäuser. Die Budgetverhandlungen werden durch das vorgesehene Vorgehen weiter belastet und die Bürokratie deutlich erhöht. Nur mit einer am Bedarf der Bevölkerung orientierten Vorhaltefinanzierung lassen sich diese Probleme vermeiden. Die Vorhaltefinanzierung je Krankenhaus sollte sich aus im Rahmen der Krankenhausplanung zugewiesenen Versorgungsanteilen erge-

ben und fallunabhängig in monatlichen Tranchen an die Krankenhäuser ausgezahlt werden und damit die Liquidität der Krankenhäuser unabhängig von Belegungsschwankungen sichern.

Sektorenübergreifende Versorger

Dass Krankenhäusern eine Perspektive als sektorenübergreifende Versorger erhalten sollen, die im Bedarfsfall auch vertragsärztliche Versorgungsanteile übernehmen können, bewertet der AOK-Bundesverband positiv. Allerdings sollte die Beibehaltung akutstationärer Versorgung in diesen Einrichtungen nicht Kernziel dieser Umwandlung sein. Stattdessen sollte dies ausschließlich in seltenen Ausnahmefällen ermöglicht werden, da diese Erlaubnis sowohl Fachkräfte bindet als auch Risiken für die Versorgungsqualität sowie Patientensicherheit eröffnet.

Die Neueinführung einer medizinisch-pflegerischen Versorgung wird begrüßt. Diese sollte aus Sicht des AOK-Bundesverbandes das zentrale Kernelement der Sektorenübergreifenden Versorger sein – zum einen mit Blick auf das Ziel einer stärkeren Ambulantisierung und zum anderen, mit Blick darauf, dass die entsprechenden Krankenhäuser bereits jetzt qualitativ und wirtschaftlich stationäre Leistungen nicht mehr erbringen können und am jeweiligen Standort auch kein entsprechender Bedarf besteht. Akutstationäre Versorgung sollte in der Regel nicht Gegenstand Sektorenübergreifender Versorger sein, weil diese Versorgungsform weder mit Blick auf den Fachkräftemangel noch hinsichtlich der ökonomischen Parameter dauerhaft tragfähig ist. Mit dem Fokus auf leichtere Behandlungsfälle, die insbesondere einer engmaschigen pflegerischen Beobachtung bedürfen, können sowohl Vertragsärztinnen und -ärzte als auch andere Krankenhäuser entlastet werden. Des Weiteren kann die entsprechende Patientengruppe in einem neuen Setting bedarfsgerecht versorgt werden, was keine ärztliche 24/7 Präsenz erfordert. Unnötige Notaufnahmen können verhindert werden, und die Standorte langfristig erhalten bleiben.

Mit dem aktuell vorgesehenen Leistungsspektrum, insbesondere der grundsätzlich immer vorgesehenen stationären Versorgung wird keine stärkere Ambulantisierung erreicht. Leistungen der Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege in wirtschaftlich unabhängigen Pflegeabteilungen zu erbringen, wird zudem abgelehnt. Zielführend wäre die Integration pflegerisch-therapeutischer Maßnahmen in den Pflegeprozess; Maßnahmen zur Vermeidung, Überwindung, Minderung oder Verhinderung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit sollten zentraler Gegenstand der Versorgung sein. Bei der leistungsrechtlichen Ausgestaltung müssen die Systematiken der gesetz-

lichen Kranken- und Pflegeversicherung berücksichtigt werden. Dazu werden Ergänzungen im SGB XI erfolgen müssen.

Es ist zu begrüßen, dass der Gesetzgeber das Versorgungsdefizit in der hausärztlichen Versorgung würdigt. Anstelle einer separaten Ermächtigungsregelung für Hausärztinnen und -ärzte wäre jedoch eine inhaltliche Verknüpfung mit der geplanten Regelung zu den Primärversorgungszentren sinnvoll. Darüber hinaus sollten generell bei regionalem Bedarf (offenen Zulassungen im vertragsärztlichen Bereich) die personellen Ressourcen des umgewandelten Krankenhauses für die ambulante Versorgung genutzt werden können. Wichtig ist jedoch eine entsprechende Berücksichtigung in den Bedarfsplänen.

Tagesentgelte sollten nicht einzeln auf der Ortsebene, sondern auf der Landesebene vereinbart werden. Die Tagesentgelte sollten ausschließlich pflegerische und therapeutische Tätigkeiten umfassen. Ärztliche Leistungen müssen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgerechnet und die Gesamtvergütung um die bisher von Vertragsärzten erbrachten Leistungen entsprechend bereinigt werden. Die Stärkung der Degression der Tagesentgelte zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit ist positiv zu bewerten.

Es wird begrüßt, dass die Festlegung der sektorenübergreifenden Versorger im Benehmen mit den Krankenkassen erfolgen soll, es wird jedoch abgelehnt, dass es sich um eine den stationären Versorgungsauftrag ergänzende Leistungserbringung handelt.

Insgesamt muss perspektivisch eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung aufgebaut werden, an der die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landeskrankenhaussellschaften, die Krankenkassen und Länder zu beteiligen sind. Gemeinsam ist anhand der Bevölkerung der Bedarf für die ambulante und stationäre Versorgung festzulegen. Der ambulante Versorgungsbedarf kann durch die Vertragsärzteschaft, aber auch von Krankenhäusern erfüllt werden. Wichtig ist, dass die Versorgungsangebote sinnvoll aufeinander abgestimmt werden.

Zusammenfassend schlägt der AOK-Bundesverband eine Ausgestaltung der sektorenübergreifenden Versorger vor, bei der das Kernelement der Versorgung die medizinisch-pflegerische Versorgung ist, welche bei entsprechendem regionalem Bedarf um weitere Komponenten der ambulanten Versorgung oder ggf. auch durch eine rein

pflegerisch-therapeutische Versorgung ergänzt werden kann. Ein konkreter Regelungsvorschlag ist der Anlage dieser Stellungnahme zu entnehmen.

„Entbürokratisierung“ / Rechnungsprüfung

Die Abschaffung der Einzelfallprüfung zugunsten einer Stichprobenprüfung wird von Seiten des AOK-Bundesverbandes klar abgelehnt. Bereits die mit dem MDK-Reformgesetz eingeführten Prüfquoten haben zu einem Rückgang des Regressvolumens um mehr als die Hälfte geführt, ohne dass es Grund zu der Annahme gäbe, dass die Abrechnungsqualität besser geworden wäre. Vielmehr liegt nahe, dass die Begrenzung der Kontrollen es der GKV erschwert, die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots durchzusetzen und schwächt die Möglichkeiten, die im Gesetz angekündigten Einspareffekte zu realisieren. Vermeintliche „Entbürokratisierungs“-Schritte dürfen nicht den Weg für ungerechtfertigte Bereicherungen ebnen.

Neben diesen grundsätzlichen Einwendungen bewirkt ein Verzicht auf die Einzelfallprüfung potenziell ein Ausbremsen der Ambulantisierungsbestrebungen aufgrund fehlender Kontrollfunktion bei Fehlbelegungen und ermutigt Krankenhäuser zum Upcoding, weil insgesamt die Wahrscheinlichkeit einer Rechnungsprüfung sinkt.

Ohne die mit dem MDK-Reformgesetz beschlossenen Weiterentwicklungen der Krankenhausabrechnungsprüfung zu evaluieren, wendet sich der Gesetzgeber von der von den Krankenkassen zu verantwortenden Einzelfallprüfung ab. Er skizziert lediglich Grundsätze und Eckpunkte einer Stichprobenprüfung, die der Medizinische Dienst (MD) bei der Konzepterstellung und die Selbstverwaltung bei der Vereinbarung zu berücksichtigen haben. Sollten die Regelungen trotzdem umgesetzt werden, muss eine Vereinbarung zwischen DKG und GKV-Spitzenverband unterbleiben. Angesichts diametral auseinanderliegender Interessen kann keine qualitativ hochwertige Regelung erwartet werden. Eine zielführende Regelung kann eher erreicht werden, wenn der MD eine entsprechende Richtlinie erarbeitet, die zuvor ein Stellungnahmeverfahren der Selbstverwaltung durchlaufen hat und anschließend vom BMG im Rahmen seiner Rechtsaufsicht, genehmigt wird. Schließlich muss der Zoll auch seine Regelungen zur Überprüfung der Sozialversicherungspflichten auf Baustellen nicht mit der Bauindustrie abstimmen.

Nicht hinnehmbar ist, dass der PKV durch die Möglichkeit, die Einzelfallprüfung wie bislang fortzuführen, ein wirtschaftlicher Vorteil gegenüber der GKV entsteht.

Alternativ zur Stichprobenprüfung schlägt der AOK-Bundesverband vor, das bestehende Prüfverfahren zu entbürokratisieren (über eine Einführung einer einheitlichen Prüfquote und eines fixen Aufschlags sowie über die Stärkung des Falldialogs). Dadurch würde die wirtschaftliche Mittelverwendung gesichert werden.

Die folgende Stellungnahme ist aufgrund der Komplexität und der Vielzahl an inhaltlichen Schwerpunkten des Referentenentwurfs thematisch aufgebaut und nicht rein alphanumerisch sortiert. Damit soll die Erschließung des Gesamtvorhabens im Folgenden erleichtert werden. Sollte sich eine Regelung inhaltlich auf verschiedene Schwerpunkte beziehen, wird die Bewertung der Regelung nur einmal aufgeführt und in anderen Schwerpunkten auf diese verwiesen.

Im Anschluss an die Stellungnahme zu den geplanten Regelungen des KHVVG wird der aus Sicht des AOK-Bundesverbands notwendige zusätzliche gesetzliche Änderungsbedarf adressiert. Dies betrifft zum einen interpretationsfähige Regelungen in der Bundespflegesatzverordnung. Mit den beiden als notwendig erachteten Gesetzesänderungen sollen Doppelfinanzierungen bei den Tarifsteigerungen und Sollfinanzierungen von nicht vorhandenem Personal ausgeschlossen werden. Es handelt sich hier um jährliche Beträge im dreistelligen Millionenbereich zulasten der GKV.

Des Weiteren werden die Regelungen zum Zwecke der Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von chirurgischen Leistungen im Zusammenhang mit einer onkologischen Diagnose (§ 40 KHG neu) in der vorgeschlagenen Form abgelehnt. Als Ersatz hierfür erfolgt ein Vorschlag zur Ergänzung des § 136b SGB V. Zur deutlichen Steigerung der Qualität und der Patientensicherheit wird der G-BA beauftragt, mit einer klaren Terminvorgabe die Ergebnisse der WiZen-Studie (Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren) in Form einer Richtlinie umzusetzen und in Folge weitere onkologische Leistungsbereiche zu ergänzen.

Abschließend wird ein gesetzlicher Auftrag zur Erarbeitung eines wissenschaftlich fundierten Instrumentes zur Bedarfsermittlung vorgeschlagen. Um zukunftsfähige Krankenhausstrukturen zu schaffen, muss sich aus Sicht des AOK-Bundesverbandes insbesondere die Vorhaltekostenfinanzierung am Versorgungsbedarf in der Bevölkerung orientieren. Dazu müssen langfristig die realen Versorgungsbedarfe aus der Bevölkerung heraus ermittelt werden können.

II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Referentenentwurfs

Inhaltliche Schwerpunkte der Stellungnahme

- Versorgungsqualität
- Finanzielle Auswirkungen auf die GKV
- Vorhaltekostenfinanzierung
- Sektorenübergreifende Versorger
- „Entbürokratisierung“ / Rechnungsprüfung
- Sonstiges

Versorgungsqualität

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 3 § 109 Abs. 3 SGB V „Abschluß von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern“

A Beabsichtigte Neuregelung

Ein Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V kann nur geschlossen werden, wenn für die jeweiligen Leistungsgruppen die nach § 135e SGB V geltenden Qualitätskriterien erfüllt werden.

B Stellungnahme

Die Erfüllung von Qualitätskriterien als Voraussetzung für den Abschluss eines Versorgungsvertrages wird begrüßt und ist ein wichtiger Beitrag zur notwendigen Strukturveränderung unter Berücksichtigung qualitativer Aspekte.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 4 § 110 Abs. 1 Satz 2 SGB V „Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern“

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung des § 110 SGB V werden Vertragskrankenhäuser und die übrigen zugelassenen Krankenhäuser hinsichtlich der in § 6a Absatz 3 Satz 2 KHG geregelten Möglichkeit, von der Aufhebung der Leistungsgruppenzuweisung im Fall einer nur kurzfristigen Nichterfüllung der Qualitätskriterien vorübergehend abzusehen, gleichgestellt. So können bei Vertragskrankenhäusern durch diese Regelung die Krankenkassen von einer Kündigung des Versorgungsvertrages absehen.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachlogisch, da für Vertragskrankenhäuser und die übrigen zugelassenen Krankenhäuser die gleichen Regelungen bezüglich der Leistungsgruppenzuweisung zum Tragen kommen müssen.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 7 § 121 SGB V „Belegärztliche Leistungen“

Siehe Kommentierung unter „Sektorenübergreifende Versorger“, Folgeänderung von Streichung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren.

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 8 § 135d SGB V „Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“

A Beabsichtigte Neuregelung

- a) redaktionelle Folgeanpassung aufgrund der Ergänzung § 40 KHG (neu)
- b) redaktionelle Folgeanpassung durch Anfügung der Nummern 8 und 9.
- c) Im vorgesehenen Transparenzverzeichnis nach § 135d SGB V soll ebenfalls abgebildet werden, ob die geforderten Qualitätskriterien nach § 135e SGB V eingehalten werden (Nummer 8 neu).

B Stellungnahme

- a) Der § 40 KHG wird zur Streichung vorgeschlagen, daher keine Umsetzung der Folgeänderung.
- b) sachgerecht
- c) Die Veröffentlichung dieser Informationen wird begrüßt und ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

- α) streichen

sonst kein Änderungsbedarf.

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 9 § 135e SGB V „Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung“ und 135f SGB V „Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung“

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu § 135e SGB V (neu) Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung

Der § 135e SGB V wird neu eingeführt und beschreibt die Schwerpunkte und Verfahrensbestimmungen zur Einführung von Mindestanforderungen an die Qualität, die an die jeweiligen Leistungsgruppen geknüpft werden und die Krankenstandorte zur Erbringung im Grundsatz erfüllen müssen. Dabei werden folgende Anforderungsbereiche für die Qualitätskriterien festgelegt: Erbringung verwandter Leistungsgruppen, sachliche Ausstattung, personelle Ausstattung sowie sonstige Struktur- und Prozesskriterien.

Das BMG wird ermächtigt mit Zustimmung der Länder per Rechtsverordnung Leistungsgruppen, Qualitätskriterien und deren Weiterentwicklung zu erlassen. Fokus liegt hierbei insbesondere auf Struktur- und Prozesskriterien sowie der personellen Ausstattung. In der Verordnung sollen auch Konkretisierungen erfolgen, wann ein Krankenhausstandort die Vorgaben auch in einem Verbund oder in Kooperation erfüllen kann. Darüber hinaus sollen Festlegungen getroffen werden, wann zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung von Qualitätskriterien abgewichen werden kann und wann nicht.

Es wird ein paritätisch besetzter Ausschuss inkl. eigener Geschäftsstelle im BMG unter Leitung des BMG und der Länder eingerichtet, der Empfehlungen für die Rechtsverordnung ausspricht. Der Ausschuss erarbeitet sich eine Geschäftsordnung, die vom BMG zu genehmigen ist. Die Selbstverwaltung und weitere Sachverständige werden beteiligt. Fachliche Vorarbeiten und Beratung erfolgen durch die AWMF, InEK und BfArM. Das Initiativrecht zur Weiterentwicklung der Inhalte der Rechtsverordnung liegt allein beim BMG und den Ländern. Der Medizinische Dienst veröffentlicht bundeseinheitliche Prüfvorgaben für nur in Nordrhein-Westfalen gültige spezifische Vorgaben unter Berücksichtigung landesspezifischer Vorgaben anderer Bundesländer.

Bis zum Inkrafttreten einer Rechtsverordnung werden Übergangsregelungen getroffen, z.B. das bis dahin die Kriterien aus Nordrhein-Westfalen Gültigkeit haben. Darüber hinaus werden für Fachkrankenhäuser weitere Ausnahmeregelungen beschrieben, die zunächst bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung gelten.

Zu § 135f SGB V (neu) „Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung“

Der § 135f SGB V „Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung“ wird neu eingeführt und regelt, dass Krankenhäuser Mindestvorhaltezahlen je Leistungsgruppe erfüllen müssen. Dies gilt als eine der Voraussetzungen zum Erhalt der Vorhaltefinanzierung. Als erfüllt gelten die Mindestvorhaltezahlen, wenn die Anzahl der Behandlungsfälle im Vorjahr mindestens der Mindestvorhaltezahl entspricht. Von der Regelung ausgenommen werden Krankenhäuser, für die die Krankenhausplanungsbehörde entscheidet, dass die Leistungserbringung hier zur Sicherstellung der Versorgung notwendig ist. Das IQWiG soll wissenschaftliche Empfehlungen für Mindestvorhaltezahlen je Leistungsgruppe entwickeln. Anschließend führt das InEK eine Auswirkungsanalyse bzgl. der Empfehlungen durch und legt diese dem BMG vor. Das BMG beschließt die Mindestvorhaltezahlen via Rechtsverordnung. Zudem teilt das InEK den Landesplanungsbehörden mit, welcher Krankenhausstandort die Mindestvorhaltezahlen welcher Leistungsgruppe erfüllt.

B Stellungnahme

Zu § 135e SGB V „Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung“

Die Einführung bundeseinheitlicher Qualitätskriterien und die Umsetzung von Leistungsgruppen inkl. bundeseinheitlicher Kontrolle werden begrüßt.

Die Einrichtung eines eigenen Ausschusses unter der Federführung des BMG und der Länder inkl. Geschäftsordnung und -stelle sind kritisch zu betrachten, da neue Parallelstrukturen zum G-BA und weitere Bürokratien aufgebaut werden. Zudem ist die Leistungsfähigkeit der dargestellten Struktur fraglich, weil die Aufgaben ausgesprochen komplex sind. Anstatt einer Geschäftsstelle am BMG sollten die organisatorischen Aufgaben dem G-BA übertragen werden.

G-BA Vorgaben haben die Kompromissfindung der Selbstverwaltung bereits durchlaufen, sind transparent dokumentiert, genügen höchsten wissenschaftlichen Anforderungen und werden kontinuierlich weiterentwickelt. Dieser Standard darf vom Ausschuss nicht unterschritten werden, weil ansonsten die Gerichtsfestigkeit der entsprechenden Vorgaben nicht als gegeben betrachtet werden kann. Die organisatorische aber auch die fachliche Expertise des G-BA sollte genutzt werden; daher sollten die Unparteiischen Vorsitzenden des G-BA ein Mitberatungsrecht in dem Ausschuss bekommen.

Das einseitige Initiativrecht durch BMG und Länder ist ebenfalls kritisch zu bewerten, da dies dazu führen kann, dass wissenschaftliche Vorschläge zur Weiterentwicklung erschwert oder unmöglich gemacht werden bzw. von der Gunst der Länder und des BMG abhängig sind. Das Initiativrecht sollte auf alle Organisationen im Ausschuss ausgeweitet werden.

Wesentliche und grundsätzlich Vorgaben werden in eine Rechtsverordnung verlagert und bleiben damit zum jetzigen Zeitpunkt intransparent und unklar, dass erschwert eine Bewertung insgesamt.

Die übergangsweise Anlehnung an die Regelungen in Nordrhein-Westfalen ist zur baldigen Umsetzung der Reform notwendig und sachgerecht. Dies gilt auch für einige Übergangsregelungen, die aber spätestens mit der Rechtsverordnung auf ein Minimum zu reduzieren sind, Patientensicherheit muss dabei der Leitgedanke sein.

Zu § 135f SGB V „Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung“

Die Einführung von Mindestvorhaltezahlen ist grundsätzlich zu begrüßen. Je nach ihrer Ausgestaltung können sie zu einem strukturellen qualitätsorientierten Wandel der Krankenhauslandschaft beitragen. Dass diese zeitnah festgelegt werden sollen, wird ebenfalls begrüßt. Es ist nachvollziehbar, dass Sicherstellungshäuser von den Regelungen ausgenommen werden. Weitere Ausnahmen sollten hingegen nicht vorgesehen werden. Nur mit einem bundeseinheitlichen Vorgehen kann hier ein wirklicher struktureller Wandel erreicht werden und die Regelung Wirkung entfalten. Es kann noch nicht abgeschätzt werden, wie die Beachtung von weiteren Qualitätsaspekten dabei ist. Bspw. sind einzelne Leistungsgruppen in NRW so spezifisch, dass Mindestmengenregelungen des G-BA betroffen sein könnten, die anzusetzenden Mindestvorhaltezahlen müssen mindestens diesem Standard entsprechen. Mindestmengenrege-

lung des G-BA bleiben ein wichtiges Qualitätskriterium im Sinne der Patientensicherheit und gelten weiterhin.

Die Empfehlungen des IQWiG zu Mindestvorhaltezahlen müssen mit den Qualitätsvorgaben der Leistungsgruppen im dafür zuständigen Ausschuss nach § 135e SGB V abgestimmt werden.

Der Gesetzestext im neuen § 6a KHG sollte dahingehend ergänzt werden, dass die Zuweisung der Leistungsgruppen durch die Länder nur an diejenigen Krankenhäuser vergeben werden dürfen, die die entsprechenden Mindestvorhaltezahlen erreichen (s. Änderungsvorschlag zu Artikel 3 Nummer 2). Auf diese Weise bleiben Versorgungsaufträge und Vorhaltefinanzierung eng miteinander verbunden. Die Versorgungsaufträge müssen zudem einen Versorgungsumfang (einen Anteil an der stationären Versorgung im Bundesland) umfassen, bei dessen Festlegung die Mindestvorhaltezahlen das leistungsgruppenbezogene Minimum darstellen.

C Änderungsvorschlag

Zu § 135e SGB V „Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung“:

Zu Absatz 3

Satz 2 wird wie folgt formuliert:

Der Ausschuss wird **organisatorisch dem G-BA übertragen und** durch das Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam mit den obersten Gesundheitsbehörden der Länder geleitet.

Satz 3 wird wie folgt formuliert:

Soweit das Bundesministerium für Gesundheit, ~~oder ein Land~~ **oder die in Satz 5 genannten Organisationen** die Weiterentwicklung der Inhalte der Rechtsverordnung nach Absatz 2 Nummern 1 bis 3 beraten möchten, hat der Ausschuss zunächst einen Vorschlag der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften einzuholen.

Satz 5 wird wie folgt formuliert:

Der Ausschuss ist in gleicher Zahl besetzt mit Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen einerseits und Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesärztekammer und der Berufsorganisationen der Pflegeberufe andererseits; **die Unparteiischen Vorsitzenden des G-BA sind bei den Beratungen zu beteiligen.**

Zu §135f SGB V „Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung“:

zu Absatz 1:

Die Sätze 4 und 5 werden wie folgt gefasst:

Abweichend von Satz 4 gilt die Mindestvorhaltezahl eines Krankenhausstandortes für eine Leistungsgruppe für das jeweils nächste Kalenderjahr als erfüllt, wenn zwei oder mehr Krankenhausträger im Einvernehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde **und den Selbstverwaltungspartnern** vereinbaren, dass die Leistungen dieser Leistungsgruppe künftig nur von diesem Krankenhausstandort erbracht werden (Leistungsverlagerung) und gemäß den Daten nach § 21 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes die Anzahl der erbrachten Behandlungsfälle der betroffenen Krankenhausstandorte gemeinsam im vorausgegangenen Kalenderjahr

mindestens der Mindestvorhaltezahle entspricht. Satz 5 gilt entsprechend für den Fall, dass ein Krankenhausträger im Einvernehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde **und den Selbstverwaltungspartnern** eine Leistungsverlagerung für zwei oder mehr seiner Krankenhausstandorte vorsieht. Im Falle der Sätze 5 und 6 hat die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde unverzüglich das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus über die Leistungsverlagerung zu informieren.

zu Absatz 2:

Der Satz 3 wird wie folgt gefasst:

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit legt die Empfehlungen innerhalb von drei Monaten nach Erteilung des jeweiligen Auftrags dem **Ausschuss nach § 135e Absatz 3 zur Abstimmung vor. Die abgestimmten Empfehlungen werden spätestens innerhalb von drei Monaten vom Ausschuss nach § 135e dem Bundesministerium für Gesundheit sowie dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus vorzulegen.** § 139c gilt auch für die Finanzierung der Aufgaben nach diesem Absatz.

zu Absatz 3:

Der Satz 4 wird wie folgt gefasst:

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde **und an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen** bis zum 30. Juni eines Jahres die Anzahl der erbrachten Behandlungsfälle eines Krankenhausstandorts je Leistungsgruppe nach § 21 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes und die Information, welcher Krankenhausstandort für das jeweils nächste Kalenderjahr die nach Absatz 5 bekannte Mindestvorhaltezahle welcher Leistungsgruppen gemäß Absatz 1 Satz 4 bis 6 erfüllt oder nicht erfüllt.

zu Absatz 4:

Der Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

(4) Absatz 1 Satz 3 gilt nicht, wenn die Vorhaltung der Leistungsgruppe durch ein **Krankenhaus Sicherstellungshaus, welches Zuschläge gemäß § 136c Absatz 3 SGB V erhält**, nach Einschätzung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist. § 6a Absatz 2 Satz 2 und 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gilt entsprechend. Die Entscheidung nach Satz 1 erfolgt durch Bescheid. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde teilt dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversi-

cherung erstmalig spätestens bis zum 31. Oktober 2026, danach jeweils spätestens zum 31. Oktober eines Jahres mit, ob und bei welchen Krankenhäusern für das nächste Kalenderjahr ein Fall des Satzes 1 vorliegt.

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 10 § 136 SGB V „Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung“

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird geregelt, dass der G-BA Festlegungen von Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nur treffen kann, soweit diese die Qualitätskriterien nach § 135e ergänzen und nicht im Widerspruch zu ihnen stehen.

Darüber hinaus wird normiert, dass der G-BA seine Richtlinien nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 aufzuheben hat, wenn sämtliche Anforderungen der Richtlinie in den Qualitätskriterien nach § 135e normiert werden.

B Stellungnahme

Diese Regelungen zu konkurrierenden Qualitätsvorgaben erscheinen notwendig.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 11 § 136c SGB V „*Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung*“

A Beabsichtigte Neuregelung

Der gesetzliche Auftrag an den G-BA zur Entwicklung und Pflege von Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (Plan-QI) wird gestrichen.

B Stellungnahme

Die ersatzlose Streichung der Plan-QI-Vorgaben ist zumindest in Unkenntnis der Rechtsverordnung zu den neuen Leistungsgruppen und deren Qualitätskriterien kritisch zu sehen.

Zwar haben bestehende Regelungen keine ausreichenden Effekte erzielt, es liegen allerdings umfassende Vorschläge zur Verfahrensverbesserung vor, die vom BMG nicht umgesetzt wurden. Angepasste Plan-QI könnten künftig in die Qualitätskriterien für Leistungsgruppen integriert werden.

Die Streichung erscheint jedoch im Rahmen der Erstetablierung von Qualitätskriterien nach § 135e SGB V zunächst sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 23 § 299 SGB V „Datenverarbeitung für Zwecke der Qualitätssicherung“

A Beabsichtigte Neuregelung

- a) redaktionelle Folgeänderung durch die Streichung der Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (Plan-QI)
- b) redaktionelle Folgeänderung durch die Streichung der Plan-QI
- c) Die Befugnisse zur Nutzung personenbezogener Daten im Sinne einer wissenschaftlich fundierten Versichertenbefragung werden erweitert.
- d) Das IQTIG wird berechtigt und verpflichtet, die Daten, welche der Medizinische Dienst Bund ihm gemäß § 275a Absatz 3 Satz 1 und 5 übermittelt, zum Zweck des § 135d zu verarbeiten.

B Stellungnahme

Zu c) und d): Die Ergänzungen sind sachgerecht und werden begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 27 Anlage 3

A Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Folgeänderung zur Anfügung der neuen Anlage 2 zu § 135e SGB V

B Stellungnahme

Sachgerecht

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 28 Anlage 2 zu § 135eSGB V „Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung“

A Beabsichtigte Neuregelung

Für die fünf Leistungsgruppen, die bisher nicht im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022 enthalten sind, werden in der Anlage 2 Qualitätskriterien festgelegt. Diese Leistungsgruppen sind folgende:

- Infektiologie
- Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie
- Spezielle Traumatologie
- Spezielle Kinder- und Jugendmedizin
- Notfallmedizin

B Stellungnahme

Entsprechend den Festlegungen in Nordrhein-Westfalen sowie den Vorgaben in § 135e werden für diese Leistungsgruppen in vier Anforderungsbereichen (Erbringung verwandter Leistungsgruppen, sachliche Ausstattung, personelle Ausstattung, sonstige Struktur- und Prozesskriterien) Qualitätskriterien festgelegt.

Die Orientierung am Vorgehen bei den Leistungsgruppen aus Nordrhein-Westfalen erscheint zunächst sachgerecht. Dringlich geboten ist die Einbeziehung der Qualitätskriterien in die Evaluation nach § 426 SGB V (neu) Satz 1 Nummer 1.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 2 Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1 § 135d Abs. 3 Satz 1 SGB V „Transparenz der Qualität der Krankenhausbehandlung“

A Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Folgeänderung aufgrund des Inkrafttretens der Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 2 und des Außerkrafttretens der Anlage 1 zu § 135d.

B Stellungnahme

Sachgerecht

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 2 Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 3 Anlage 1 zu § 135d SGB V „Transparenz der Qualität der Krankenhausbehandlung“ und Anlage 2 zu § 135e SGB V „Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung“

A Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Folgeänderung aufgrund des Inkrafttretens der Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 2 und des Außerkrafttretens der Anlage 1 zu § 135d und Anlage 2 zu § 135e

B Stellungnahme

Sachgerecht

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 2 Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 4 Anlage 3

A Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Folgeänderung aufgrund des Inkrafttretens der Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 2 und des Außerkrafttretens der Anlage 1 zu § 135d und Anlage 2 zu § 135e

B Stellungnahme

Sachgerecht

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 3 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 1 § 6 Abs. 1a KHG „Krankenhausplanung und Investitionsprogramme“

A Beabsichtigte Neuregelung

Aufhebung des Absatz 1a als Folgeänderung aufgrund der Aufhebung der Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren in § 136c SGB V.

B Stellungnahme

Sachgerecht

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 3 Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 2 § 6a KHG „Zuweisung von Leistungsgruppen“

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Zuweisung der Leistungsgruppen auf Landesebene wird beschrieben. Länder können Leistungsgruppen zuweisen, die Erfüllung der Qualitätskriterien nach § 135e SGBV sind dafür Voraussetzung. Ein Anspruch auf Zuweisung besteht nicht. Das Nachweisverfahren wird ebenfalls geregelt. Zur Sicherstellung der Versorgung sind Abweichungen von den Vorgaben im Benehmen mit den Krankenkassen möglich. Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung wird über PKW-Fahrtzeitminuten definiert oder über die bestehenden Regelungen zum Erhalt des Sicherstellungszuschlags. Die Nichterfüllung ist auf drei Jahre beschränkt soweit sie nicht in der Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des KHEntgG enthalten sind. Die Krankenhausplanungsbehörde hat dem InEK die Zuweisungsergebnisse zu übermitteln. Das InEK regelt das Nähere zur konkreten Datenübermittlung. Die Krankenhausplanungsbehörde kann den Krankenhäusern unter bestimmten Voraussetzungen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zuweisen.

B Stellungnahme

Qualitätskriterien als Leistungsvoraussetzung werden begrüßt, sowie dass kein Anspruch auf Zuweisung besteht. Ausnahmen sind auf ein Minimum zu reduzieren und die Versorgungsqualität ist im Vergleich zur regulären Versorgung zu bewerten. Eine Befristung der Ausnahmen wird begrüßt, allerdings sollten bei großen Defiziten keine Ausnahmen möglich sein; Patientensicherheit muss dabei der Leitgedanke sein. Daran schließt sich auch an, dass die Erreichbarkeit nicht zwingend ein Qualitätskriterium ist und von der jeweiligen Leistungsgruppe abhängt. Bei der Behandlung von Notfällen und Sicherstellung einer flächendeckenden Grundversorgung kann die Koppelung an Fahrtzeitminuten sinnvoll sein. Für Leistungsgruppen wie z.B. Transplantation sind Erreichbarkeitsparameter nicht sinnvoll und würden unter aktuellen Aspekten zu einer Ausweitung von Standorten führen, wobei die voraussichtlich relevanten Mindestfallzahlen zur Erbringung einer qualitativen Versorgung nicht erreicht werden könnten. Hier muss differenzierter vorgegangen werden, weil ansonsten Möglichkei-

ten eröffnet werden, Feststellungsbescheide erfolgreich zu beklagen. Dass Klagen jedoch keine aufschiebende Wirkung haben, wird begrüßt.

Neben den Qualitätskriterien muss auch die Erfüllung der Mindestvorhaltezahlen bereits eine Voraussetzung für die Zuweisung der Leistungsgruppen sein. Auf diese Weise bleiben Versorgungsaufträge und Vorhaltefinanzierung eng miteinander verbunden. Aus eben diesem Grund müssen die Versorgungsaufträge zudem einen Versorgungsumfang (einen Anteil an der stationären Versorgung im Bundesland) umfassen, bei dessen Festlegung die Mindestvorhaltezahlen das leistungsgruppenbezogene Minimum darstellen. Der zugewiesene Versorgungsanteil ist anschließend Grundlage für die Ermittlung der Vorhaltekostenfinanzierung.

Die Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben, sowie die damit verbundenen Zuschläge, werden abgelehnt. Jedes Krankenhaus hat die Aufgabe sich an der Koordinierung und Vernetzung der Versorgung zu beteiligen. Zudem ist für den Erhalt der Zuschläge nicht mehr erforderlich, als die Zuweisung der Aufgaben. Ein Nachweis darüber, welche Koordinierungsaufgaben mit welchen zusätzlichen Kosten erbracht wurden, ist nicht vorgesehen. Zu berücksichtigen ist zudem, dass der Gesetzesentwurf insbesondere auf Großschadensereignisse abstellt. Bezüglich dieses Verweises ist zudem zu berücksichtigen, dass hier das Katastrophenschutzgesetz greift. Hier steht nicht die GKV in der Zahlungsverpflichtung.

C Änderungsvorschlag

zu Absatz 1:

Satz 3 wird ergänzt:

„Voraussetzung für die Zuweisung nach Satz 1 ist die Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe nach § 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geltenden Qualitätskriterien **sowie der Mindestvorhaltezahlen nach §135f.**“

zu Absatz 2:

Satz 3 Nr. 2 wie folgt geändert:

2. für die übrigen Leistungsgruppen **erfolgt eine differenzierte Festlegung in der Rechtsverordnung nach § 135e.**

zu Absatz 5:

Absatz 5 wird ersetzt durch:

„(5) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde weist je zugewiesener Leistungsgruppe einen Versorgungsanteil zu, welcher sich in Planfallzahlen ausdrücken lässt. Dieser Versorgungsanteil beschreibt einen Anteil der Bevölkerung für dessen Versorgungsbedarf das Krankenhaus in der jeweiligen Leistungsgruppe verantwortlich ist. Für diesen Versorgungsanteil erhält das Krankenhaus gemäß § 37 Absatz 2 eine Vorhaltefinanzierung. Der geringste zuzuweisende Versorgungsanteil entspricht den Mindestvorhaltezahlen nach §135f SGB V.“

Weitere Ergänzung:

Es wird ein zusätzlicher Absatz 6 eingefügt:

(6) Für Ausnahmen nach Absatz 2 wird die Ergebnisqualität gegenüber der Regelversorgung zeitnah evaluiert. Ausnahmeregelungen haben nur so lange einen Vergütungsanspruch, wie die Versorgungsqualität nicht im unteren Quartil der Versorgungsqualität der Regelversorgung liegt. Die Bewertung wird durch geeignete wissenschaftliche Begleitforschung erstellt.

Artikel 3 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 4 § 8 Abs. 1a bis 1c KHG „Voraussetzungen der Förderung“

A Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Aufhebung der Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren in § 136c SGB V.

B Stellungnahme

Sachgerecht

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 3 Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 12 §§ 37 bis 40 KHG

Siehe Kommentierung unter „Vorhaltekostenfinanzierung“, insbesondere zu „Unterstützung von Konzentrationsbemühungen und Verbesserungen der Qualität im Bereich der Onkologie“.

Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 16 § 21 Abs. 2 KHEntgG „Übermittlung und Nutzung von Daten“

Siehe Kommentierung unter „Vorhaltekostenfinanzierung“; redaktionelle Änderung zu § 135e SGB V.

Finanzielle Auswirkungen auf die GKV

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 13 § 221 Absatz 3 SGB V „Beteiligung des Bundes an Aufwendungen“

A Beabsichtigte Neuregelung

Die landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK) wird an dem neu geschaffenen Transformationsfonds Krankenhaus beteiligt. Aus diesem Grund werden auch aus dem Anteil der LKK am jährlichen Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen Mittel für den Transformationsfonds einbehalten.

Die Regelung folgt der bisherigen Praxis zur Beteiligung der LKK an dem Innovationsfonds und dem Krankenhaus-Strukturfonds und wird verfahrensgleich auf den neuen Transformationsfonds Krankenhaus angewendet.

B Stellungnahme

Da nachfolgend die Finanzierung des Transformationsfonds aus Beitragsgeldern der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich abgelehnt wird (siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 14 zu § 271 SGB V), ist auch keine Beteiligung der LKK notwendig.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 14 § 271 SGB V „Gesundheitsfonds“

A Beabsichtigte Neuregelung

Der neue Transformationsfonds Krankenhaus wird ab 2026 über 10 Jahre hälftig mit jeweils bis zu 2,5 Milliarden Euro pro Jahr von den Bundesländern und der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) finanziert. Die Finanzierung durch die GKV erfolgt aus Beitragsmitteln. Hierfür werden aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds jährlich bis zu 2,5 Milliarden Euro an den Transformationsfonds abgeführt. Technisch wird hierfür unter Buchstabe a) der geplanten Regelung für den Zeitraum 2025 bis 2035 die maximal zulässige Höhe der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds von derzeit 25 Prozent einer Monatsausgabe auf 50 Prozent hochgesetzt, um den Mittelbestand des Gesundheitsfonds zu erhöhen.

Zugleich wird unter Buchstabe b) für den Zeitraum von 2026 bis 2035 die jährliche Entnahme von bis zu 2,5 Mrd. Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds als Finanzierungsanteil der GKV an dem Krankenhaustransformationsfonds vorgegeben. Die Mittelbereitstellung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erfolgt vorbehaltlich des Mittelabrufes durch die Länder. Nicht oder nur teilweise abgerufene Mittel sollen bis 2035 in voller Höhe verfügbar sein. Bei Abruf der bis dahin nicht verbrauchten Mittel durch die Länder soll auch der GKV-Anteil aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zusätzlich an den Transformationsfonds fließen.

B Stellungnahme

Ein Transformationsfonds zum Umbau von Krankenhausstrukturen stellt eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar und ist aus Steuermitteln zu finanzieren. Die Finanzierung der Krankenhausstruktur ist nicht Aufgabe der GKV. Die Finanzierungsbeteiligung der GKV am Transformationsfonds wird daher grundsätzlich abgelehnt.

Aus den finanztechnischen Vorgaben zum GKV-Anteil am Transformationsfonds ergeben sich zudem Risiken für die Liquidität des Gesundheitsfonds und die GKV.

- Das Aufbringen von insgesamt 25 Milliarden Euro über einen 10-Jahres-Zeitraum erfolgt unabhängig von der wirtschaftlichen Entwicklung in Deutschland und der damit verbundenen Einnahmesituation der GKV und ist als unsicher zu bezeichnen.
- Die jahresübergreifende Bereithaltung nicht-verbrauchter Mittel bis 2035 aus der Liquidität des Gesundheitsfonds ist nur begrenzt möglich. Die Mindestreserve der LQR beträgt 2024 4,7 Mrd. Euro (0,2% einer Monatsausgabe). Die Obergrenze für die LQR beträgt 2024 5,9 Mrd. Euro. (0,25% einer Monatsausgabe). Bei bis zur Obergrenze gefüllter LQR können aktuell maximal 1,2 Mrd. Euro aus der LQR entnommen werden. Nach aktuellem Stand steht nur 1 Mrd. Euro für Entnahmen aus der LQR zur Verfügung.
- Auch bei der für die Dauer der Laufzeit des Fonds befristeten Verdoppelung der Obergrenze (0,5% einer Monatsausgabe) muss erst mal Liquidität aufgebaut werden.
- Sogar, wenn der Liquiditätsaufbau auf 0,5% einer Monatsausgabe gelungen ist, wäre nur ein kumulierter Mittelabfluss an den Transformationsfonds von ungefähr 2 Jahren finanzierbar. Jedoch ist der kumulierte Abruf nicht verbrauchter Mittel nicht vorhersehbar, da es keine begrenzenden Regelungen zum Mittelabruf durch die Bundesländer gibt.
- Bei einem frühen oder unerwartet hohen Abruf von Mitteln könnte die Mindest-Liquiditätsreserve von 0,2 Monatsausgaben des Gesundheitsfonds unterschritten werden. In der Folge wäre im nächsten Schätzerkreis die Auffüllung der Liquiditätsreserve bis zum Mindestniveau von 0,2 Monatsausgaben einzuplanen. Dies wäre nur zu Lasten des Zuweisungsvolumens der GKV möglich.
- Bei unterjährig zu hohem Liquiditätsbedarf durch den Mittelabruf des Transformationsfonds kann es zu Verschiebungen der Auszahlung der Zuweisungen nach hinten kommen, was wiederum Auswirkungen auf die Liquidität der

Kassen hat. Bei unterjährigen Liquiditätsengpässen wäre vom Gesundheitsfonds ggf. auch ein Bundesdarlehen nach § 271 Abs. 3 SGB V zur Aufrechterhaltung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitsfonds zu beanspruchen.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Artikel 3 Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 5 § 12a KHG „Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019“

A Beabsichtigte Neuregelung

- a) Die Regelung verlängert den Krankenhausstrukturfonds um ein Jahr bis zum 31.12.2025.
- b) Die Regelung sieht vor, dass Mittel die über den Krankenhausstrukturfonds nicht ausgeschüttet werden können ergänzend für eine Förderung von Vorhaben nach § 12b zur Verfügung gestellt werden.

B Stellungnahme

- a) Die Regelung ist sachgerecht. Im Übergang zum Transformationsfonds nach § 12b ab dem Jahr 2026 ist eine Verlängerung des Krankenhausstrukturfonds bis zum 31.12.2025 nachvollziehbar.
- b) Die Regelung ist abzulehnen. Ein Transformationsfonds ist durch Bund und Länder zu finanzieren, eine Finanzierung ist nicht Aufgabe der GKV. Aus diesem Grund sind nicht genutzte Mittel aus dem Krankenhausstrukturfonds an den Gesundheitsfonds zurückzuführen.

C Änderungsvorschlag

- a) Kein Änderungsbedarf.
- b) Streichung.

Artikel 3 Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 6 § 12b KHG „Transformationsfonds, Verordnungsermächtigung“

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen zum Transformationsfonds sehen eine Zuweisung von insgesamt bis zu 25 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an den beim Bundesamt für Soziale Sicherung errichteten Strukturfonds vor und sollen zur Anpassung der stationären Versorgungsangebote an die Neuausrichtung der Regelungen zur Erbringung und Finanzierung von Krankenhausleistungen des KHVVG dienen. Länder und Träger erbringen über eine Co-Finanzierung ebenfalls 50 % des Fördervolumens, sodass der Transformationsfonds insgesamt ein Volumen von 50 Milliarden Euro umfasst. In seinem Aufbau orientiert sich der Transformationsfonds stark am Krankenhausstrukturfonds.

B Stellungnahme

Die Transformation der Krankenhauslandschaft muss mit begrenzten Ressourcen eine bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige, aber auch nachhaltig finanzierbare Versorgungsstruktur für die Zukunft sicherstellen. Ein Transformationsfonds ist durch Bund und Länder zu finanzieren, eine Finanzierung ist nicht Aufgabe der GKV und somit inakzeptabel. Weitere Risiken ergeben sich aus den finanztechnischen Vorgaben zum GKV-Anteil am Transformationsfonds. Die feste Höhe, der lange Zeitraum und die Bereithaltung nicht-verbrauchter Mittel jahresübergreifend bis 2035 stellen ein erhebliches Risiko für die notwendige Liquidität des Gesundheitsfonds dar, da ein nicht vorhersehbarer kumulierter Abruf bisher nicht verbrauchter Mittel möglich ist. Die Liquiditätsreserve müsste dann zu Lasten der Zuweisungen wieder aufgefüllt werden.

Wenn entgegen der originären Zuständigkeit die Finanzierung durch die GKV vom Gesetzgeber vorgesehen wird, ist bei förderfähigen Projekten in jedem Fall das Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen analog der Regelungen der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung vorzusehen. Anderweitig ist eine zielgerichtete Transformation nicht erreichbar.

C Änderungsvorschlag

In § 12b Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds“ durch das Wort „Bundesmittel“ ersetzt.

In § 12b Abs. 2 Satz 1 werden die Wörter „verbleiben sie beim Gesundheitsfonds“ durch die Wörter „werden sie an den Bund zurückgeführt“ ersetzt.

In § 12b Abs. 3 Satz 1 wird folgende Nr. 6 angefügt:

6. ein Nachweis, dass mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das Einvernehmen über die Förderung des Vorhabens und die Beantragung von Mitteln aus dem Transformationsfonds herbeigeführt worden ist, vorliegt.

Artikel 3 Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 7 § 14 KHG „Auswertung der Wirkungen der Förderung“

A Beabsichtigte Neuregelung

- a) Die begleitende Auswertung nach § 14 findet auch für den Transformationsfonds Anwendung.
- b) Ein erster Zwischenbericht ist erstmals zum 31. Dezember 2027 zu erstellen.
- c) Die Regelung legt den Endzeitpunkt der Finanzierung der entstehenden Aufwendungen für die Auswertung aus dem Strukturfonds für den 31.12.2026 fest.
- d) Die Regelung sieht vor, dass Aufwendungen für die Auswertung des Strukturfonds und des Transformationsfonds, die nach dem 1. Januar 2027 entstehen, über den Transformationsfonds finanziert werden.

B Stellungnahme

- a) Die Regelung ist sachgerecht.
- b) Die Regelung ist sachgerecht.
- c) Die Regelung ist vor dem Hintergrund des Endes des Strukturfonds nachvollziehbar.
- d) Die Regelung ist bezogen auf die bisher vorgesehenen Regeln nachvollziehbar.

C Änderungsvorschlag

- a) Kein Änderungsbedarf.
- b) Kein Änderungsbedarf.
- c) Kein Änderungsbedarf.
- d) Kein Änderungsbedarf.

Artikel 3 Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 12 §§ 37 bis 40 KHG

Siehe Kommentierung unter „Vorhaltekostenfinanzierung“, insbesondere zu zusätzlichen Finanzierungstatbeständen.

Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 3 § 5 KHEntgG „Nicht förderungsfähige Einrichtungen“

A Beabsichtigte Neuregelung

- a) Die Regelung erhöht die Förderbeträge für bedarfsnotwendige ländliche Krankenhäuser.
- b) Die Regelung verlängert die Förderung der geburtshilflichen Versorgung in Krankenhäusern um die Jahre 2025 und 2026.
- c) Die Regelung verlängert die Förderung der geburtshilflichen Versorgung in Krankenhäusern um die Jahre 2025 und 2026.
- d) Die Regelung verlängert die Förderung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen über einen Zuschlag in den Jahren 2025 und 2026. Darüber hinaus werden Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben gemäß § 6a Absatz 5, Besondere Einrichtungen nach § 17b Absatz 1 Satz 10 und Hochschulkliniken zusätzlich gefördert.

B Stellungnahme

- a) Die Änderung ist abzulehnen. Eine Erhöhung der Förderbeträge für bedarfsnotwendige ländliche Krankenhäuser ist nicht erforderlich.
- b) Die Änderung ist abzulehnen. Eine Verlängerung der Förderung der geburtshilflichen Versorgung in Krankenhäusern um die Jahre 2025 und 2026 ist nicht erforderlich.
- c) Die Änderung ist eine Folgeänderung und entsprechend abzulehnen.
- d) Die Änderung ist abzulehnen. Über die Zuschläge wird zusätzliches Geld mit der Gießkanne an Krankenhäuser ausgeschüttet, das nicht zu einer Verbesserung der Versorgungsstruktur beiträgt und so die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler unangemessen belastet.

C Änderungsvorschlag

- a) Streichung.
- b) Streichung

- c) Streichung.
- d) Streichung.

Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 9 § 9 KHEntgG „Fördertatbestände“

A Beabsichtigte Neuregelung

- a) Mit der Ergänzung der Nummer 10 in § 9 werden die Vertragsparteien auf der Bundesebene damit beauftragt, innerhalb von drei Monaten nach Zustandekommen der Vereinbarung oder Festlegung nach § 115g über nähere Einzelheiten zur Verhandlung des Gesamtvolumens nach § 6c Absatz 1 Satz 1 und der sachgerechten Ermittlung der krankenhausesindividuellen Tagesentgelte nach § 6c Absatz 1 Satz 2 und deren Degression festzulegen. Dazu gehören insbesondere die vorzulegenden Unterlagen und wesentlichen Rechengrößen zur Herleitung der zu berücksichtigenden Kosten, eine einheitliche Form der Dokumentation der Vereinbarungsergebnisse auf der Ortsebene und Abrechnungsbestimmungen.
- b) Die Regelung sieht eine Erhöhung der Zuschläge für eine Teilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung um insgesamt 33 Mio. Euro ab dem Jahr 2027 vor.
- c) Die Regelungen der Anpassung der Ermittlung des Veränderungswertes sehen vor, dass ab dem Jahr 2025 der Veränderungswert ausgehend vom Orientierungswert unter Berücksichtigung bereits anderweitig finanzierter Kostensteigerungen zu vereinbaren ist. Die Beschränkung des Veränderungswertes auf eine Erhöhung der Veränderungsrate um ein Drittel der Differenz zwischen Orientierungswert und Veränderungsrate wird gestrichen.

B Stellungnahme

- a) Die Ergänzung der Nummer 10 in § 9 ist sachgerecht, da hiermit die notwendige rechtliche Grundlage für die Vereinbarung der näheren Regelungen zur Vergütung der Sektorenübergreifenden Versorger auf der Ortsebene, welche auf der Bundesebene zu erfolgen hat, geschaffen wird. Anstelle einer Vereinbarung der Vergütung Sektorenübergreifender Versorger auf der Ortsebene sollte hingegen eine Vereinbarung auf der Landesebene erfolgen (siehe Stellungnahme zu Artikel 4 Nr. 6). Sollte dies umgesetzt werden, bräuchte es keiner Ergänzung in § 9 Nummer 10. Stattdessen bräuchte es einer Anpassung in § 10.
- b) Die Erhöhung der Zuschläge für eine Teilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung wird abgelehnt. Eine Erhöhung trägt nicht zu einer Verbesserung der Versorgungsstrukturen bei, da der Bedarfsbezug fehlt. Die Vorhal-

tefinanzierung sollte sich ausschließlich aus im Rahmen der Krankenhausplanung zugewiesenen Versorgungsanteilen ergeben.

- c) Die geplante Entkoppelung der Ausgabensteigerung von der Einnahmeentwicklung der GKV ist schwer nachvollziehbar. Eine Kopplung der Ausgabenentwicklung an die Einnahmeentwicklung der GKV hat in den vergangenen Jahren die Stabilität des Finanzierungssystems gesichert. Im Grundsatz handelt es sich bei der Regelung um den Ansatz einer antizyklischen Budgetpolitik. In Jahren mit geringeren Ausgabensteigerungen aber höherer Einkommensentwicklung wird ein über dem Orientierungswert liegender Veränderungswert angesetzt. In Jahren mit höherem Ausgabenanstieg aber geringerer Einkommensentwicklung wird der Veränderungswert unterhalb des Orientierungswertes gedeckelt. Das System funktioniert dann, wenn die Zyklen sich in der langen Frist ausgleichen.

In den Jahren 2013 bis 2021 ist der Veränderungswert jeweils der Einnahmeentwicklung der GKV in Form der Veränderungsrate gefolgt, die oberhalb des Orientierungswertes gelegen hat. Es wurde entsprechend der bisher geltenden gesetzlichen Regelung ein über die Kostenentwicklung hinausgehender Veränderungswert festgesetzt. Dass dieser Finanzierungsgrundsatz nun einseitig zu Lasten der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler aufgehoben werden soll, nämlich nur wenn der Orientierungswert oberhalb der Veränderungsrate liegt, ist nicht sachgerecht. Der Gesetzgeber vertritt die Auffassung, dass der Orientierungswert geeignet ist, die Kostenentwicklung innerhalb der Krankenhauslandschaft sachgerecht abzubilden und eine Anwendung des vollen Orientierungswertes die Funktionalität des Finanzierungssystems nicht belastet. Entsprechend entfällt das Argument, wegen dessen der Veränderungswert der Veränderungsrate entsprechen sollte, wenn der Orientierungswert unterhalb der Veränderungsrate liegt. Dies hat zur Folge, dass entweder ein beidseitiger Verzicht auf eine Kopplung von Veränderungsrate und Orientierungswert sachgerecht und durch den Gesetzgeber umzusetzen ist, oder die bisherige antizyklische Regelung beibehalten werden sollte.

C Änderungsvorschlag

- a) Kein Änderungsbedarf.
- b) Streichung.
- c) § 9 Abs. 1b Satz 1 ist wie folgt neu zu fassen:
Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren mit Wirkung für die Vertragsparteien auf Landesebene bis zum 31. Oktober jeden Jahres den Veränderungswert ausgehend vom Orientierungswert nach § 10 Absatz 6 Satz 1 für die Begrenzung der Entwicklung des Basisfallwerts nach **§ 10 Absatz 4**, wobei be-

reits anderweitig finanzierte Kostensteigerungen zu berücksichtigen sind. Für das Jahr 2025 ist der bis zum 31. Oktober 2024 vereinbarte Veränderungswert bis zum [einsetzen: zwei Wochen nach Datum des Inkrafttretens nach Artikel 7 Satz 1] entsprechend neu zu vereinbaren“

Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 10 § 10 KHEntgG „Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung“

A Beabsichtigte Neuregelung

- a) Der Ausnahmetatbestand aus § 17 Abs. 4 Satz 4 wird um die Einführung der Vorhaltevergütung nach § 6b erweitert.
- b) Die Regelungen sehen vor, dass im Bereich der Tarifrefinanzierung zukünftig im ärztlichen und nicht-ärztlichen Bereich 100 % des Unterschieds zwischen dem Veränderungswert und der Tarifraten bei der Tarifrefinanzierung berücksichtigt werden und die Einschränkung auf lineare Tarifsteigerungen und Einmalzahlungen in diesen Bereichen entfällt. Darüber hinaus wird eine unterjährige Umsetzung der anteiligen Erhöhungsraten auf Verlangen einer Vertragspartei und eine Schiedsstelle eingeführt. Die Schiedsstelle greift 4 Wochen nach Abschluss der maßgeblichen tarifvertraglichen Vereinbarungen für das laufende Kalenderjahr, wenn keine Vereinbarung nach § 10 Abs. 5 Satz 4 zustande kommt.
- c) Die Regelung passt die Ermittlung des Veränderungswertes auf Basis der Änderung von § 9 an.
- d) Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Ermächtigung nach Absatz 6 Satz 1 zweiter Halbsatz durch Rechtsverordnung auf das Statistische Bundesamt übertragen.
- e) Die Anpassung der Regelungen zur Umsetzung des vollen Orientierungswertes im Jahr 2025 erfordert eine Neu-Vereinbarung des zum 30.11.2024 zu vereinbarenden Veränderungswertes nach Inkrafttreten des Gesetzes.

B Stellungnahme

- a) Die Regelung ist sachgerecht.
- b) Die Änderung ist in Teilen nachvollziehbar. Einerseits schafft sie für Krankenhäuser unterjährig, den Krankenhäusern zustehende Liquidität, andererseits ist mit der Regelung ein zusätzlicher bürokratischer Aufwand und Mehrkosten zu Lasten der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler verbunden. Bei einer möglichen Umsetzung müssen zwingend Doppelfinanzierungstatbestände ausgeschlossen werden. Weiterhin sollten Anreize eingefügt werden, welche das wirtschaftliche Arbeiten von Kliniken fördern. Eine faktische Ist-Kostenfinanzierung hemmt dauerhaft Innovationen.

- c) Die Regelung ist auf Basis der Anpassung der Regelungen zum Orientierungswert in § 9 nachvollziehbar.

Darüber hinaus ist bei einer Anwendung des vollen Orientierungswerts die vollständige Transparenz über die dem Orientierungswert zugrundeliegenden Daten herzustellen. Der Gesetzgeber sieht vor, dass die Selbstverwaltung bei der Vereinbarung des Veränderungswerts bereits anderweitig finanzierte Kostensteigerungen berücksichtigt. Diese Anforderung ist nur im Sinne des Gesetzgebers zu erfüllen, wenn die Transparenz über die vom Statistischen Bundesamt verwendeten Daten gegenüber den Selbstverwaltungspartnern sichergestellt ist.

Des Weiteren ist eine gesetzlich verankerte Beteiligung der Selbstverwaltung an der Weiterentwicklung des Orientierungswertes erforderlich. Zukünftige Fragestellungen bei der Ermittlung des Orientierungswertes müssen bei steigender Ausgabenwirksamkeit von der Selbstverwaltung mitgestaltet werden können.

- d) Die Regelung ist eine notwendige Regelung bezogen auf Artikel 6 und nachvollziehbar, da das Statistische Bundesamt über die erforderliche Fachexpertise hinsichtlich der zu erhebenden Daten verfügt.
- e) Die Regelung ist eine Folgeänderung und aufgrund der Regelung in § 9 und der Intention des Gesetzgebers sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

- a) Kein Änderungsbedarf.
- b) Streichung der Änderungen in § 10 Abs. 5 Satz 2 und 3.

- c) § 10 Abs. 6 ist wie folgt neu zu fassen:

1Das Statistische Bundesamt hat jährlich einen Orientierungswert, der die tatsächlichen Kostenentwicklungen der Krankenhäuser ohne die Kostenentwicklung des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen wiedergibt, zu ermitteln und spätestens bis zum 30. September jeden Jahres zu veröffentlichen; die hierfür vom Statistischen Bundesamt zu erhebenden Daten werden vom Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates festgelegt. Das Statistische Bundesamt übermittelt den Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 15. Oktober jeden Jahres die dem Orientierungswert zugrundeliegenden Daten, die zur Beurteilung anderweitig finanzierter Kostensteigerungen erforderlich sind. Das Statistische Bundesamt hat die Ermittlung des Orientierungswertes nach Satz 1 und die zu übermittelnden Daten nach Satz 2 jährlich

im Einvernehmen mit den Vertragsparteien auf Bundesebene weiterzuentwickeln. Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren den Veränderungswert gemäß **§ 9 Absatz 1b Satz 1** und **§ 9 Absatz 1 Nummer 5 der Bundespflegegesetzverordnung**.

d) Kein Änderungsbedarf.

e) Kein Änderungsbedarf.

Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 11 § 11 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG „Landesrechtliche Vorschriften über die Förderung“

Siehe Kommentierung unter „Vorhaltekostenfinanzierung“, insbesondere zur Anwendung des Veränderungswertes.

Artikel 5 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 1 § 3 BPflV „Vereinbarung eines Gesamtbetrags“

A Beabsichtigte Neuregelung

- a) Die Neuregelung sieht eine vollständige Tarifierfinanzierung für alle Beschäftigtengruppen in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern vor.
- c) Die Neuregelung sieht vor, dass die Krankenhäuser bereits ab dem Zeitpunkt der Vereinbarung einer Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen durch die Vertragsparteien auf Bundesebene unterjährig einen angehobenen Basisentgeltwert bei der Abrechnung anwenden können. Die unterjährige Erhöhung des Basisentgeltwerts hat zur Folge, dass die Tariflohnsteigerungen bereits im laufenden Kalenderjahr refinanziert werden können.

B Stellungnahme

- a) Ausweislich der Begründung zum Referentenentwurf handelt es sich um eine unmittelbare und zwingende Folgeänderung zu der Regelung in § 10 Absatz 5 Satz 2 KHEntgG zur vollständigen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen durch eine unterjährige Neuvereinbarung des Landesbasisfallwerts bei somatischen Krankenhäusern. Dass eine solche Regelung zwingend erforderlich ist, kann jedoch nicht nachvollzogen werden. Die bisher geltenden gesetzlichen Regelungen sind völlig ausreichend, um die Personalkostensteigerung der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser abzubilden. Das Problem der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser liegt auch nicht in einer Unterfinanzierung, sondern vorrangig darin, dass nicht genügend Fachpersonal gefunden werden kann, um eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung zu gewährleisten. Eine Erhöhung der Tarifierfinanzierung führt zu unnötigen Mehrkosten zu Lasten der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler. Sie ist daher abzulehnen. Im Übrigen wird auf die Kommentierung zu Art. 4 Nr. 10 verwiesen.
- c) Ausweislich der Begründung zum Referentenentwurf handelt es sich um eine unmittelbare und zwingende Folgeänderung zu den Regelungen in §§ 6 Absatz 3 und 10 Absatz 5 KHEntgG zur Einführung einer frühzeitigen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen noch im laufenden Kalenderjahr. Dass eine solche Regelung zwingend erforderlich ist, kann jedoch nicht nachvollzogen werden. Die bisher geltenden gesetzlichen Regelungen sind völlig ausreichend, um die Liquidität der Krankenhäuser sicherzustellen. Soweit Liquiditätsprobleme bei

psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser bestehen, ist dies vorrangig darauf zurückzuführen, dass im Rahmen des sog. „Budgetstaus“ ein Großteil der Vereinbarung nicht prospektiv, sondern erst mit Verzögerungen geschlossen und genehmigt werden. Der Liquiditätsproblematik kann insofern durch fristgerechte Budgetabschlüsse abgeholfen werden. Die vorgesehene Regelung ist daher abzulehnen.

C Änderungsvorschlag

- a) Streichung.
- b) Streichung.

Artikel 5 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 2 § 8 Abs. 3 BPflV „Berechnung der Entgelte“

A Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Folgeänderung aufgrund der gesetzlichen Änderungen zur Neustrukturierung des § 275a SGB V.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine notwendige redaktionelle Folgeänderung.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 5 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 3 § 9 Abs. 3 BPflV „Vereinbarung auf Bundesebene“

A Beabsichtigte Neuregelung

Bei psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen wird die Anwendung des bisherigen anteiligen Orientierungswerts durch die Anwendung des vollen Orientierungswerts ersetzt.

B Stellungnahme

Ausweislich der Begründung zum Referentenentwurf handelt es sich um eine unmittelbare und zwingende Folgeänderung zu der Regelung in § 9 Absatz 1b Satz 1 KHEntgG, wonach bei somatischen Krankenhäusern die Anwendung des bisherigen anteiligen Orientierungswerts durch die Anwendung des vollen Orientierungswertes ersetzt wird. Dass eine solche Regelung zwingend erforderlich ist, kann jedoch nicht nachvollzogen werden. Die bisher geltenden gesetzlichen Regelungen sind völlig ausreichend, um die Personal- und Sachkostensteigerungen der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser abzubilden. Das Problem der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser liegt auch nicht in einer Unterfinanzierung, sondern vorrangig darin, dass nicht genügend Fachpersonal gefunden werden kann, um eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung zu gewährleisten. Die zwingende Anwendung des vollen Orientierungswertes führt zu unnötigen Mehrkosten zu Lasten der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler. Sie ist daher abzulehnen. Im Übrigen wird auf die Kommentierung zu Art. 4 Nr. 9c verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 5 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 4 § 11 BPflV „Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus“

A Beabsichtigte Neuregelung

- a) Redaktionelle Folgeänderung aufgrund der gesetzlichen Änderungen zur Neustrukturierung des § 275a SGB V.
- c) Die Neuregelung verpflichtet die Selbstverwaltungspartner vor Ort, das Budget für das Jahr 2025 unter Berücksichtigung des Veränderungswerts, der auf der Grundlage des vollen Orientierungswerts neu vereinbart worden ist, neu zu vereinbaren. Hierdurch wird der volle Orientierungswert bereits im Jahr 2025 für die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser finanzwirksam.

B Stellungnahme

- a) Es handelt sich um eine notwendige redaktionelle Folgeänderung.
- b) Die bisher geltenden gesetzlichen Regelungen sind völlig ausreichend, um die Personal- und Sachkostensteigerungen der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser abzubilden. Das Problem der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser liegt auch nicht in einer Unterfinanzierung, sondern vorrangig darin, dass nicht genügend Fachpersonal gefunden werden kann, um eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung zu gewährleisten. Die zwingende Anwendung des vollen Orientierungswertes führt zu unnötigen Mehrkosten zu Lasten der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler. Sie ist daher abzulehnen.

C Änderungsvorschlag

- a) Kein Änderungsbedarf.
- b) Streichung.

Vorhaltekostenfinanzierung

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 9 §§ 135e und 135f SGB V

Siehe Kommentierung unter „Versorgungsqualität“

Artikel 3 Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 8 § 17b KHG „Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung“

A Beabsichtigte Neuregelung

- a) Die Regelung ist eine Folgeänderung durch die Einführung von Absatz 4b.
- b) Die Regelung sieht eine Anpassung des Konzeptes des InEKs über den nach Absatz 4b Satz 1 auszugliedernden Anteil für die Vorhaltevergütung vor.
- c) Die Regelung sieht vor, dass Auszubildende in der Pflege und Pflegekräfte im Anerkennungsverfahren im Pflegebudget zu finanzieren sind.
- d) Die Regelung legt die Ausgliederung der Vorhaltekosten aus dem DRG-System ab dem Jahr 2025 fest und legt die Erstellung eines Zwischen- und Abschlussbericht des InEKs zu den Auswirkungen der Einführung der Vorhaltevergütung fest.
- e) Die Regelung ist eine Folgeänderung durch die Einführung von Absatz 4b.
- f) Die Regelung ist eine Folgeänderung durch die Einführung von Absatz 4b.

B Stellungnahme

- a) Die Regelung ist sachgerecht.
- b) Die Regelung ist sachgerecht.
- c) Die Regelung ist nachvollziehbar. Auszubildende können aufgrund der Anreizwirkung nicht über das DRG-System finanziert werden. Im Fall der Pflegekräfte im Anerkennungsverfahren wäre dies möglich, hätte aber einen erhöhten Abgrenzungsaufwand zwischen DRG-System und Pflegebudget zur Folge.
- d) Die Regelung zur Ausgliederung durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ist in Teilen sachgerecht.
Aktuell sieht die Regelung vor, dass jährlich ab 2025 60 % inkl. Pflegebudget aus dem DRG-System ausgegliedert werden. In einer Einführungsphase der Vorhaltefinanzierung ist ein solches Verfahren sachgerecht, es kann aber keine dauerhafte Lösung darstellen. Der Kern der Vorhaltefinanzierung ist eine

Vergütungsform, die sich nicht an der Leistungsmenge orientiert. In einem System, in dem jährlich ein relativer Anteil des Gesamtvolumens in Form von Vorhaltevergütung ausgeschüttet wird, ist diese Anforderung nicht erfüllt.

Aus diesem Grund ist eine Umstellung des Verfahrens auf eine definitorische, bundeseinheitliche und bedarfsgerechte Kalkulation der Vorhaltevergütung unter Berücksichtigung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen ab dem Jahr 2031 vorzusehen. Es ist nicht nachvollziehbar, wieso ein entsprechender Vorschlag des Arbeitsentwurfes zum KHVVG nicht im Referentenentwurf aufgegriffen wurde.

Im Detail sind zudem die Anreizwirkungen einiger Regelungen nicht abschließend bewertbar und bedürfen vor der Umsetzung einer Auswirkungsanalyse. Zu nennen ist hier der normativ festgelegte Ausgliederungsanteil von 60 % und der Umgang mit der Ausgliederung der Sachkosten. Ein normativ festgelegter Ausgliederungsanteil lässt sich schwer dauerhaft rechtfertigen und bedarf daher einer eingehenden Prüfung, wenn er nicht nur als Übergangsinstrument dienen soll. Die Verminderung der Kosten um die variablen Sachkosten vor der Ausgliederung ist inhaltlich nachvollziehbar, den entstehenden Anreizwirkungen durch den erhöhten Sachkostenanteil im verbleibenden DRG-System müssen entsprechend durch eine Sachkostenkorrektur Rechnung getragen werden. Auch hierzu bedarf es einer entsprechenden Auswirkungsanalyse.

Für die Umsetzung einer definitorischen und bedarfsgerechten Kalkulation der Vorhaltevergütung ab dem Jahr 2031 ist zwingend die Beauftragung eines Sachverständigengutachtens als Grundlage für eine Festlegung durch das Bundesministerium für Gesundheit vorzusehen. Eine dauerhafte jährliche Ausgliederung aus dem DRG-System konterkariert die Grundidee einer Vorhaltevergütung und führt zu hohem bürokratischem Aufwand, ohne dass das Ziel der Vorhaltung von Leistungen dort, wo sie bedarfsbezogen notwendig sind, erreicht wird.

e) Die Regelung ist sachgerecht.

f) Die Regelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

a) Kein Änderungsbedarf.

b) Kein Änderungsbedarf.

c) Kein Änderungsbedarf.

d) In Absatz 4b Satz 1 werden die Worte „erstmals für das Jahr 2025“ durch die Worte „für die Jahre 2025 bis 2030“ ersetzt.

Nach Absatz 4b wird folgender Absatz 4c neu eingefügt:

(4c) Das Bundesministerium für Gesundheit legt auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus, das bis zum 31. März 2029 vorzulegen ist, und auf Grundlage eines durch das Bundesministerium für Gesundheit zu beauftragenden externen Sachverständigengutachten, das ebenfalls bis zum 31. März 2029 vorzulegen ist, erstmals bis zum 31. August 2029 eine eindeutige, bundeseinheitliche Definition für Vorhaltekosten in einer Rechtsverordnung fest. Hierbei sind Vorgaben für eine erstmals für das Jahr 2031 durchzuführende Kalkulation der Vorhaltekosten unter Berücksichtigung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen nach § 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu treffen. Die Rechtsverordnung nach Satz 1 ersetzt die in Absatz 4b Satz 1, 3 und 4 vorgegebene Höhe des auszugliedernden Anteils.

Der aktuelle Absatz 4c wird zu Absatz 4d.

- e) Kein Änderungsbedarf.
- f) Kein Änderungsbedarf.

Artikel 3 Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 11 § 28 Abs. 4 KHG „Auskunftspflicht und Statistik“

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit den in den Buchstaben a bis c vorgenommenen Änderungen werden die Regelungen zur jährlichen Bundesstatistik dahingehend ergänzt, dass auch Auswertungen zur Abrechnung der Vorhaltevergütung bzw. der Tagesentgelte für Sektorenübergreifende Versorger, zur Summe der Vorhaltebewertungsrelationen und Pflegebewertungsrelationen vom Statistischen Bundesamt durchzuführen sind.

B Stellungnahme

Es handelt sich um Folgeänderungen. Die vorgesehenen Ergänzungen der Bundesstatistik werden begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 3 Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 12 §§ 37 bis 40 KHG

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu § 37 KHG „Aufträge an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit der Ermittlung der Vorhaltevergütung“:

Mit dem neuen § 37 werden die Aufträge an das InEK im Zusammenhang mit der Ermittlung der Vorhaltevergütung geregelt. Das InEK ermittelt das Vorhaltevolumen je Land, welches der Summe der Vorhaltebewertungsrelationen entspricht. Dieses wird nach den Leistungsgruppen gegliedert. Das InEK veröffentlicht bis zum 30.09.2024 ein Konzept zur Vorgehensweise zur Ermittlung des Vorhaltevolumens.

Das InEK ermittelt die Vorhaltevergütung der einzelnen Kliniken nachdem es die Information über die Leistungsgruppenzuweisung erhalten und geprüft hat, ob die Mindestvorhaltezahlen eingehalten werden. Der einem Krankenhaus zustehende Vorhalteanteil ergibt sich aus dem Verhältnis von Fällen und Fallschwere des Krankenhauses in der Leistungsgruppe zur Gesamtzahl der Fälle und Fallschwere aller Krankenhäuser im Bundesland in der Leistungsgruppe. Soweit die Landeskrankenhausplanungsbehörde in den Aufträgen Planfallzahlen vorsieht, sind diese zu Grunde zu legen. Falls nicht, sind die vergüteten Fälle zu verwenden. Die Vorhaltefinanzierung eines Krankenhauses wird angepasst, wenn die Fallzahl um mehr als 20 Prozent zum Vorjahr abweicht. Bei der Anwendung von Planfallzahlen findet der Korridor keine Anwendung.

Das InEK wird zudem mit den im Rahmen der Konvergenzphase notwendigen Folgeanpassungen auf Basis der Regelungen zur Konvergenzphase beauftragt.

Das Krankenhaus erhält einen Bescheid über das nach Leistungsgruppen aufgeteilte Vorhaltevolumen und die ggf. anfallenden individuellen Förderbeiträge. Diese Daten veröffentlicht das InEK zudem auf seiner Internetseite.

Zu § 38 KHG „Aufträge an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit Zuschlägen zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und mit Zuschlägen zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken“:

Mit dem neuen § 38 wird das InEK mit Aufgaben im Rahmen der Zuweisung von Zuschlägen für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie für Hochschulkliniken beauftragt. Bezüglich der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben teilt das InEK

die Gesamtfördersumme von 125 Millionen Euro auf die Länder auf und in einem weiteren Schritt auf die einzelnen Krankenhäuser anhand dem Vorhaltevolumenanteils des Krankenhauses an der Summe der Vorhaltevolumen aller zuschlagsberechtigten Krankenhäuser im Bundesland. Dies geschieht anhand der Anteile des Landes am Gesamtvorhaltevolumen.

Des Weiteren teilt das InEK 75 Millionen Euro auf Hochschulkliniken auf. Auch dies geschieht anhand des Vorhalteanteils der einzelnen Hochschulklinik an dem Gesamtvorhaltevolumen aller Hochschulkliniken.

Die Ergebnisse werden jeweils veröffentlicht.

Zu § 39 KHG „Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin“:

Mit dem neuen § 39 werden Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin ab dem Jahr 2027 vorgesehen. Das InEK wird beauftragt, festzulegen, welche Leistungsgruppe den o.g. Bereichen zuzuordnen sind. Die Förderbeträge werden anschließend auf die Länder und Krankenhäuser nach ihren Vorhalteanteilen aufgeteilt. Die Auszahlung erfolgt über erhöhte Vorhaltebewertungsrelationen.

Zu § 40 KHG „Aufträge an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte und an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zum Zweck der Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von chirurgischen Leistungen im Zusammenhang mit einer onkologischen Diagnose“:

Zur Unterstützung von Konzentrationsbemühungen und Verbesserungen der Qualität im Bereich der Onkologie soll die Spezialisierung von onkochirurgischen Leistungen gefördert werden, indem die fallzahlschwächsten Krankenhausstandorte von der Leistungserbringung ausgeschlossen werden. Hierzu sollen alle onkochirurgischen Leistungen über OPS-/ und ICD-Klassifikation durch das IQWiG operationalisiert und Indikationsbereiche bis zum 28.02.2025 durch das InEK definiert werden. Das InEK analysiert auf Grundlage der § 21-Daten aus 2023 die Fallzahlen pro Krankenhausstandort. Es werden alle Krankenhausstandorte dargestellt, die die geringsten Fallzahlen aufweisen, bis 15% aller Fälle über alle Krankenhausstandorte erreicht sind. Die Liste ist bis zum 31.05.2025 zu veröffentlichen. Für die auf dieser Liste geführten Krankenhausstandorte wird die Abrechnung der onkochirurgischen Leistungen zum 01.01.2027 verboten.

Die Selbstverwaltung soll in ihren Vereinbarungen zu den Sektorübergreifenden Versorgern die Erbringung von onkochirurgischen Leistungen ausschließen.

B Stellungnahme

Zu § 37 KHG „Aufträge an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit der Ermittlung der Vorhaltevergütung“:

Grundsätzlich wird begrüßt, dass ein Teil des Krankenhausbudgets im Hinblick auf eine höhere Planungssicherheit bereits im Vorjahr ermittelt und dem Krankenhaus mitgeteilt wird, und dass sich auf Landesebene ein gedeckeltes Vorhaltebudget daraus ableitet, welches auf anteilig auf die Kliniken verteilt wird. Kritisch ist jedoch, dass sich sowohl das Vorhaltevolumen des Bundeslandes als auch das Vorhaltevolumen der einzelnen Krankenhäuser aus der bisherigen Anzahl der Fälle ergibt. Damit wird die im Koalitionsvertrag angestrebte erlösunabhängige Vorhaltefinanzierung nicht erreicht.

Die Bundesländer sind nur verpflichtet, Leistungsgruppen zuzuweisen - nicht jedoch einen Auftrag zur Versorgung eines bestimmten Bevölkerungsteils. Dies ist jedoch Grundlage für eine erlösunabhängige Vorhaltefinanzierung, da sich so der Anspruch an Vorhaltefinanzierung aus dem zugewiesenen Versorgungsauftrag bzw. dem Bedarf der Bevölkerung ergeben würde und nicht aus den ggf. nicht bedarfsgerechten historischen Fallzahlen. Daher sollte dies zumindest perspektivisch ergänzt werden.

Unter dem Aspekt wird begrüßt, dass die Länder Planfallzahlen vergeben können und diese dann als Grundlage für die Ermittlung der Vorhaltefinanzierung verwendet werden sollen. So werden Planung und Finanzierung stärker vernetzt. Offen bleibt jedoch, woraus die Planfallzahlen resultieren. Dies sollte bundeseinheitlich geregelt werden. Sie sollten sich ebenfalls nicht aus den historischen Fallzahlen, sondern aus einem zu versorgenden Bevölkerungsanteil bzw. einer Berücksichtigung des Bedarfs resultieren. Bei der Bedarfsberücksichtigung ist ebenfalls relevant, die Ambulantisierung mit einzukalkulieren. Perspektivisch braucht es ein wissenschaftlich entwickeltes Bedarfsbemessungsinstrument. Dieses sollte bereits jetzt beauftragt werden.

Nachdrücklich abgelehnt wird die vorgesehene Regelung, dass die Vorhaltevergütung eines Krankenhauses bei einer Veränderung der Fallzahl um mehr als 20 Prozent angepasst wird. Dies führt zu erheblichen Fehlanreizen. Insbesondere Kliniken mit mehreren Standorten können Patienten/-innen gezielt steuern, um mit der gleichen Fallzahl eine Steigerung der Vorhaltevergütung zu erreichen. Der Korridor darf ausschließlich den Fehlanreiz einer Leistungsreduktion ausschließen und damit bei einer Reduktion der Fallzahl um 20 Prozent greifen.

Begrüßt wird, dass die Information über die Höhe der ermittelten Vorhaltepauschale je Krankenhaus und die ggf. ermittelten Förderbeträge nicht nur dem Krankenhaus via Bescheid mitgeteilt werden, sondern auch auf der Internetseite des InEK veröffentlicht werden. Dies schafft Transparenz und ist auch im Hinblick auf eine zeitnahe Evaluation der Reform sinnvoll.

Zu § 38 KHG „Aufträge an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit Zuschlägen zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und mit Zuschlägen zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken“:

Eine zusätzliche Finanzierung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie eine zusätzliche Förderung von Hochschulkliniken werden abgelehnt.

Jedes Krankenhaus hat die Aufgabe, sich an der Koordinierung und Vernetzung der Versorgung zu beteiligen. Zudem ist für den Erhalt der Zuschläge nicht mehr erforderlich, als die Zuweisung der Aufgaben. Ein Nachweis darüber, welche Koordinierungsaufgaben mit welchen zusätzlichen Kosten erbracht wurden, ist nicht vorgesehen. Zu berücksichtigen ist zudem, dass der Gesetzesentwurf zu § 6a Absatz 5 Satz 3 insbesondere auf Großschadensereignisse abstellt. Bezüglich dieses Verweises ist zudem zu beachten, dass hier das Katastrophenschutzgesetz greift. Hier steht nicht die GKV in der Zahlungsverpflichtung.

Ein zusätzlicher Zuschlag für Hochschulkliniken ist ebenfalls nicht nachvollziehbar. Diese Krankenhäuser würden bei einer bedarfsbezogenen Vorhaltefinanzierung durch entsprechend größere Versorgungsaufträge anteilig stärker an der Vorhaltekostenfinanzierung des Bundeslandes beteiligt, sodass es keiner zusätzlichen Förderung bedarf.

Sollte es bei der Regelung bleiben, ist eine zeitnahe wissenschaftliche Evaluation der Effekte erforderlich. Nur bei einem soliden Nachweis positiver Effekte dürfen die Zuschläge weiterhin bereitgestellt werden.

Zu § 39 KHG „Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin“:

Die vorgesehenen zusätzlichen Förderbeträge werden abgelehnt. Eine höhere Vorhaltefinanzierung ergibt sich bereits aus einer sinnvollen und bedarfsgerechten Planung, die mit der Vorhaltefinanzierung verknüpft sein muss. Nur auf diese Weise kommt es zu einer qualitätsorientierten Modernisierung der Krankenhausstrukturen. Die Aussicht auf zusätzliche Förderbeträge kann dazu führen, dass der Anreiz für eine bedarfsorientierte Konzentration der Versorgung sinkt, was unbedingt vermieden werden muss. Zudem bleibt die Beteiligung anderer Kostenträger offen.

Darüber hinaus kommt es hier zu Doppelfinanzierungen. Gemäß Artikel 4 Nr. 9 werden auch die Zuschläge für die Notfallstufen um 33 Mio. Euro erhöht. Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin sind alle mit Notfallstufen verknüpft, so dass hier sowohl eine ggf. höhere Vorhaltefinanzierung, die Förderbeträge nach § 39 sowie die erhöhten Notfallstufenzuschläge greifen würden. Es kommt somit in diversen Fällen mindestens zu einer Dreifach-Finanzierung. Da es auch Überschneidungen zwischen

den Bereichen Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin gibt, sind auch hier Abgrenzungsprobleme bei der Umsetzung zu beachten, und dort, wo dies nicht gelingt, ist mit weiteren Mehrfachfinanzierungen zu rechnen.

Sollte es bei der Regelung bleiben, müssen die Vertragspartner auf der Bundesebene bei der Entscheidung, welche Leistungsgruppen welchen der Bereiche zuzuordnen sind, eingebunden werden. Zudem ist eine zeitnahe wissenschaftliche Evaluation der Effekte erforderlich. Nur bei einem soliden Nachweis positiver Effekte dürfen die Zuschläge weiterhin bereitgestellt werden.

Zu § 40 KHG „Aufträge an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte und an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zum Zweck der Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von chirurgischen Leistungen im Zusammenhang mit einer onkologischen Diagnose“:

Der Grundsatz hochspezialisierte Leistungen zu konzentrieren, ist uneingeschränkt zu unterstützen.

Der Gesetzgeber fokussiert hier auf „onkochirurgische“ Leistungen, beschränkt sich jedoch ausschließlich auf Fallzahlen. Implizit mögen ergänzend die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen wirken, in denen die genannten onkochirurgischen Leistungen erbracht werden. Dort sind jedoch onkologische Leistungen zumeist einzelnen Organgruppen zugeordnet ohne explizite Benennung (Ausnahme z.B. Ovarial-Carcinom, NRW Leistungsgruppe 21.2). Es gibt ausreichend wissenschaftliche Evidenz, das nicht nur Fallzahlen, sondern auch weitere Struktur- und Prozessparameter sowie im besten Fall auch messbare Ergebnisqualität die Qualität der Leistungserbringung mitbestimmen. Für einige onkologische Bereiche konnte dies eindrücklich in der vom Innovationsfonds geförderten WiZen-Studie (Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren) im Zusammenhang mit einer Zertifizierung der Krebszentren nachgewiesen werden. Eine Umsetzung der Ergebnisse dieser Studie wäre durchaus über eine klar termingebundene Beauftragung des G-BA auch zeitnah umsetzbar. Daher lehnt der AOK-Bundesverband die vorgeschlagene Umsetzung ab. Der G-BA soll mit einer neuen Nummer 5 in § 136b Absatz 1 (siehe unter III. Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes) beauftragt werden, bis zum 31.12.2026 dies umzusetzen und in Folge weitere onkologische Bereiche zu prüfen und spätestens zwei Jahre später in die Richtlinie einzubinden.

Spezielle Anstrengungen zur Zentralisierung wären auch bei anderen Leistungsbereichen hilfreich (z.B.: Revisionsendoprothetik, Traumatologie, Herzchirurgie, etc.). Die zum Teil nur implizit wirkenden, bisher bekannten Qualitätskriterien der Leistungsgruppen und die Mindestvorhaltezahlen erscheinen dafür noch nicht ausreichend zu sein.

C Änderungsvorschlag

§ 37 KHG „Aufträge an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit der Ermittlung der Vorhaltevergütung“ wird wie folgt geändert:

Absatz 2 wird wie folgt geändert:

(2) Im Anschluss an die Übermittlung nach § 6a Absatz 4 Satz 1 ermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für jeden Krankenhausstandort in diesem Land, dessen Leistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz vergütet werden, seinen Anteil an der Vorhaltevergütung in der jeweiligen Leistungsgruppe, sofern die Mindestvorhaltezahle nach § 135f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt ist oder eine Mitteilung nach § 135f Absatz 4 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über eine Ausnahme von der Erfüllung der Mindestvorhaltezahle vorliegt. Der Anteil ergibt sich, indem die Anzahl der Fälle der dem Krankenhausstandort zugewiesene anteilige Versorgungsauftrag in der jeweiligen ihm nach § 6a zugewiesenen Leistungsgruppe (ausgedrückt in Planfallzahlen) des Krankenhausstandorts nach Satz 3 in der jeweiligen ihm nach § 6a zugewiesenen Leistungsgruppe mit dem Durchschnitt seiner Vorhaltebewertungsrelationen (Vorhalte-Casemixindex) nach Satz 4 in dieser Leistungsgruppe multipliziert und das Produkt durch die über alle Krankenhausstandorte dieses Landes in dieser Leistungsgruppe addierten Produkte geteilt wird. ~~Bei der Ermittlung des Anteils nach Satz 2 gilt Folgendes:~~

~~1. Im Fall der Übermittlung von Planfallzahlen nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 5 sind diese zu verwenden,~~

~~2. falls keine Planfallzahlen übermittelt werden, ist die Anzahl der mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergüteten Fälle aus den nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Leistungsdaten bei der Ermittlung des Anteils nach Satz 2 zu verwenden, wobei für die an einer Leistungsverlagerung nach § 135f Absatz 1 Satz 5 oder Satz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beteiligten Krankenhausstandorte die Leistungsverlagerungen bei der Ermittlung des Anteils nach Satz 2 zugrunde zu legen sind.~~

Der Vorhalte-Casemixindex ist aus den Leistungsdaten nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes zu ermitteln; die Vorhaltebewertungsrelationen der Fälle, die nach Satz 3 Nummer 2 dritter Halbsatz Teil von Leistungsverlagerungen sind, sind bei der Ermittlung der Vorhalte-Casemixindexe der betroffenen Krankenhausstandorte entsprechend einzurechnen oder zu bereinigen. ~~Im Fall von § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 5 ermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus mit Wirkung ab dem Folgejahr den Anteil nach Satz 2 durch Multiplikation der Planfallzahl mit dem Vorhalte-Casemixindex in der Leistungsgruppe im jeweiligen Land.~~ Die Ermittlung nach Satz 2 ~~oder Satz 5~~ erfolgt bis zum 30. November

des Jahres der Übermittlung nach § 6a Absatz 4 Satz 1; eine neue Ermittlung ist nach zwei Jahren und danach alle drei Jahre jeweils bis zum 30. November durchzuführen. Bei der Ermittlung nach Satz 6 zweiter Halbsatz zu verwenden ist in der jeweiligen dem Krankenhausstandort nach § 6a zugewiesenen Leistungsgruppe

1. der aktuelle Vorhalte-Casemixindex sowie

2. **als Fallzahl**

~~a) die Planfallzahl im Fall der Übermittlung nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 5, anderenfalls~~

~~b) anstelle der bei der vorangegangenen Ermittlung zugrunde gelegten Fallzahl die aktuelle Fallzahl nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes, sofern diese gegenüber der vorangegangenen Ermittlung um mehr als 20 Prozent abweicht und bei der vorangegangenen Ermittlung keine Planfallzahl übermittelt worden ist; Satz 3 Nummer 2 dritter Halbsatz gilt bei der Ermittlung entsprechend.~~

Sofern zwischen den Zeitpunkten für die neue Ermittlung nach Satz 6 zweiter Halbsatz ein Ereignis nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 bis Nummer 4 oder Nummer 6 eintritt, ist in den betroffenen Leistungsgruppen in dem Land und in den an das Land angrenzenden Ländern für die Krankenhausstandorte eine neue Ermittlung nach Satz 7 vorzunehmen, die für die Vorhaltevergütung im jeweiligen Folgejahr Wirkung entfaltet. Die Vorgehensweise bei der Ermittlung des Anteils der Krankenhausstandorte an der Vorhaltevergütung ist von dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus in dem Konzept nach Absatz 1 Satz 5 darzustellen.

§ 38 KHG „Aufträge an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit Zuschlägen zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und mit Zuschlägen zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken“ wird gestrichen.

Sollte die Regelung erhalten bleiben, wird folgender Absatz 3 neu eingefügt:

Eine durch den Gesetzgeber noch zu bestimmende neutrale Institution evaluiert die Effekte der Zuschläge zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie der Zuschläge zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken bis zum 31.12.2028. Die für den Bericht erforderlichen Daten sind dem Institut in anonymisierter Form zu übermitteln.

§ 39 KHG „Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin“ wird gestrichen.

Sollte die Regelung erhalten bleiben, wird folgender Absatz 5 neu eingefügt:

Eine durch den Gesetzgeber noch zu bestimmende neutrale Institution evaluiert die Effekte der Förderung für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin bis zum 31.12.2028. Die für den Bericht erforderlichen Daten sind dem Institut in anonymisierter Form zu übermitteln.

§ 40 KHG „Aufträge an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte und an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zum Zweck der Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von chirurgischen Leistungen im Zusammenhang mit einer onkologischen Diagnose“ wird gestrichen.

Siehe unter III. „Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes“ den Vorschlag zu § 136b Absatz 1 neue Nummer 5 mit der Beauftragung des G-BA, die Ergebnisse der WiZen-Studie in einer Richtlinie bis zum 31.12.2026 zu beschließen und danach die Einbindung weiterer onkologischer Bereiche bis zum 31.12.2028 zu erarbeiten.

Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 1 § 3 KHEntgG „Grundlagen“

A Beabsichtigte Neuregelung

Ergänzung der Vergütung von voll- und teilstationären allgemeinen Krankenhausleistungen durch die Einführung des Vorhaltebudgets und der krankenhausespezifischen Tagesentgelte.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 2 § 4 KHEntgG „Vereinbarung eines Erlösbudgets“

A Beabsichtigte Neuregelung

- a) Regelung, dass das Erlösbudget 2025 und 2026 die Vorhaltevergütung nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b umfasst.
- b) Letztmalige Anwendung des Fixkostendegressionsabschlags im Jahr 2026.
- c) Streichung der Mindererlösausgleichsregelung nach § 3 Abs. 3 Satz 3 ab 2027. Anpassung das § 3 Abs. 3 Satz 5 ab 2027 nur noch für Mehrerlöse gilt. Ergänzung der bestätigten Aufstellung des Jahresabschlussprüfers über die Erlöse nach § 7.

B Stellungnahme

- a) Die Regelung ist vor dem Hintergrund des geplanten Zeithorizonts der budgetneutralen Phase der Reform nachvollziehbar und sachgerecht.
- b) Die Regelung ist vor dem Hintergrund des geplanten Zeithorizonts der Reform nachvollziehbar. Im Zuge der Einführung der Vorhaltevergütung mit Umsetzung ab dem Jahr 2027 erscheint die letztmalige Anwendung des Fixkostendegressionsabschlags für das Jahr 2026 sachgerecht.
- c) Die Änderung ist zu begrüßen. Mindererlösausgleiche für prospektiv verhandelte Fälle sind in einem System mit Vorhaltefinanzierung nicht weiter erforderlich. Die Ergänzung der Bestätigung des Jahresabschlussprüfers ist zudem sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

- a) Kein Änderungsbedarf.
- b) Kein Änderungsbedarf.
- c) Kein Änderungsbedarf.

Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 4 § 6 KHEntgG „Vereinbarung sonstiger Entgelte“

A Beabsichtigte Neuregelung

- a) Die Änderung ergänzt § 6 um den Aspekt der Vorhaltevergütung.
- b) Die Änderung sieht vor, dass der Erhöhungsbetrag auf Verlangen einer Vertragspartei über das Budget des laufenden Pflegesatzzeitraums und nicht über den nächstmöglichen Pflegesatzzeitraum abzuwickeln ist.

B Stellungnahme

- a) Die Änderung ist eine Folgeänderung und sachgerecht.
- b) Die Änderung ist vor dem Hintergrund einer schnelleren Abfinanzierung nachvollziehbar, führt aber zu zusätzlichem bürokratischem Aufwand.

C Änderungsvorschlag

- a) Kein Änderungsbedarf.
- b) Kein Änderungsbedarf.

Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 6 §§ 6b KHEntgG „Vergütung eines Vorhaltebudgets“ und 6c KHEntgG „Vergütung von Krankenhäusern, die als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen bestimmt sind“

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu § 6b „Vergütung eines Vorhaltebudgets“:

Mit dem neuen § 6b soll die Vergütung eines Vorhaltebudgets des einzelnen Krankenhauses geregelt werden. Das Krankenhaus erhält für die ihm zugewiesenen Leistungsgruppen eine Vorhaltefinanzierung, soweit es die jeweiligen Mindestvorhaltezahlen erfüllt. Das Gesamtvorhaltebudget ergibt sich aus den ggf. dem Krankenhaus zustehenden Förderbeträgen sowie der Summe der Vorhaltebewertungsrelationen ($\text{LBFW} \times \text{Vorhaltebewertungsrelation} = \text{Vorhaltebudget}$). Das Vorhaltebudget wird mit den Kostenträgern abgerechnet.

Ist im ersten oder den ersten beiden Quartalen damit zu rechnen, dass das Krankenhaus 10 Prozent des in dem Zeitraum zustehenden Vorhaltevolumens unterschreitet, kann es für die darauffolgenden Quartale 10 Prozent mehr Vorhaltung verlangen.

Ab dem Jahr 2027 erfolgt ein 100%-iger Mehrerlösausgleich für ggf. nicht vollständig abfinanzierte Vorhaltebudgets, sollte mehr als das Gesamtvorhaltebudget ausgezahlt worden sein. Mindererlöse nach § 275a Absatz 4 werden nicht ausgeglichen. Sonstige Mehr- oder Mindererlöse werden ausgeglichen.

Nach der budgetneutralen Phase erfolgt in den Jahren 2027 und 2028 eine Konvergenzphase in Form eines anteiligen Ausgleichs auf den Zielwert. 2027 wird zu 66 Prozent und 2028 zu 33 Prozent ausgeglichen.

Zu § 6c „Vergütung von Krankenhäusern, die als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen bestimmt sind“

Mit dem neuen § 6c wird die Vergütung von Krankenhäusern, die als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen bestimmt sind, geregelt. Auf der Ortsebene sollen krankenhausindividuelle Tagesentgelte für die Vergütung vereinbart werden. Es soll eines für die Fälle, in denen das Krankenhaus ärztliche Leistungen erbringt, vereinbart werden und ein Tagesentgelt, wenn die ärztliche Leistung durch einen Vertragsarzt erfolgt. Darüber hinaus können weitere Tagesentgelte vereinbart werden. Es ist jeweils die Degression des Tagesentgeltes zu vereinbaren. Die Pflegepersonalkosten

sind im Gesamtvolumen zu berücksichtigen. Die Tagesentgelte gelten für alle voll- und teilstationären Leistungen sowie die medizinisch-pflegerische Versorgung.

Es wird die Berechnung des Erlösbetrags geregelt. Bis auf die Pflegepersonalkosten wird der allgemeine Minder- und Mehrerlösausgleich angewandt. Es werden zudem Regelungen zur Verhandlung getroffen. Die Vereinbarung hat unverzüglich nach Aufforderung durch eine der Parteien zu erfolgen und die Vereinbarung hat die Tagesentgelte, den Erlösbetrag und die Minder- und Mehrerlösausgleiche zu umfassen. Die Verhandlung soll unter Berücksichtigung der Sechswochenfrist des § 18 Absatz 4 KHG so rechtzeitig abgeschlossen werden, dass der neue Erlösbetrag und die neuen Entgelte mit Ablauf des Jahres, das dem Jahr vorausgeht, für das die Vereinbarung gelten soll, in Kraft treten können.

B Stellungnahme

Zu § 6b „Vergütung eines Vorhaltebudgets“

Es wird begrüßt, dass die Einhaltung der Mindestvorhaltezahlen Voraussetzung für den Erhalt der Vorhaltefinanzierung ist. Wie in der Stellungnahme zu Artikel 3 Nr. 2 erläutert, sollte die Erfüllung der Mindestvorhaltezahlen bereits Voraussetzung für die Zuweisung der Leistungsgruppen sein.

Abgelehnt wird jedoch, dass sich das Vorhaltebudget aus der historischen Inanspruchnahme je Krankenhaus ermittelt (siehe Stellungnahme zu Artikel 3 Nummer 12 zu § 37 KHG). Stattdessen müssen regelhaft die zugewiesenen Planfallzahlen ausschlaggebend für die Höhe der Vorhaltefinanzierung sein. Nur mit einer Verknüpfung von Planung und Finanzierung kann eine wirkliche Modernisierung der Versorgungsstrukturen und eine erlösunabhängige und bedarfsorientierte Vorhaltefinanzierung erreicht werden.

Abgelehnt wird zudem die Auszahlung über die einzelnen Krankenhausabrechnungen. Auch dies widerspricht einer fallunabhängigen Vorhaltefinanzierung. Die Ausnahmeregelung zur quartalsweisen Anpassung der Abfinanzierungshöhe, bei erwarteten niedrigeren Fallzahlen, zeigt die grundsätzlichen Probleme auf, die eine Abfinanzierung über den Fall erzeugt. Zu nennen sind hier insbesondere „Unsicherheit der Finanzierung“ und „bürokratischer Aufwand“ zu Lasten insbesondere der Krankenhäuser. Die Krisenfestigkeit des Systems wird damit nur bedingt erhöht, da die Anpassung nur vorgenommen wird, wenn bereits in den Quartalen vorher abzusehen ist, dass es zu niedrigeren Fallzahlen kommen wird.

Begrüßt wird, dass keine unterjährigen Ausgleichs vorgesehen werden, da diese ansonsten mit einer extremen Steigerung der bürokratischen Aufwände verknüpft wären. Gleichzeitig bleibt so die Planungsunsicherheit der Kliniken weiterhin bestehen.

Daher sollte die Vorhaltefinanzierung stattdessen von einer neutralen Auszahlstelle in monatlichen Tranchen erfolgen. Diese neutrale Auszahlstelle hätte ausschließlich die Funktion einer „Sparkasse“, d. h. sie wickelt lediglich den Finanztransfer ab. Zur Begrenzung des bürokratischen Zusatzaufwands können bereits etablierte Zahlungswege bzw. Auszahlungsstellen genutzt werden. Denkbar ist die

- direkte Auszahlung durch die Länder (analog zu den pauschalierten Energiehilfen nach § 26f Abs. 2 KHG),
- Auszahlung durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde oder durch eine von dieser Landesbehörde benannte Krankenkasse (analog zu den verbrauchsabhängigen Energiehilfen nach § 26f Abs. 4 KHG),
- Abwicklung durch den GKV-Spitzenverband (analog zur „Coronaprämie für Pflegepersonal“ in 2022 nach § 26e Abs. 7 KHG),
- oder die Beauftragung einer anderen, im Bund oder in den Ländern verankerten Auszahlungsstelle, die das nach Bundesländern segmentierte Vorhaltebudget verwaltet.

Sollte eine Abfinanzierung am Fall weiterhin vorgesehen werden, so ist die Regelung zum Minder- oder Mehrerlösausgleich sachgerecht. Auch dass Mindererlöse infolge der Anwendung des § 275a nicht ausgeglichen werden, ist sachgerecht.

Eine Bewertung der Auswirkungen der Konvergenzphase ist in Anbetracht vieler offener Fragen zu den Vorhaltebudgets der einzelnen Krankenhäuser (wie weit von planerischen Entscheidungen abhängig und wie groß wird die Modernisierung der Versorgungsstrukturen sein?) kaum möglich. Wichtig ist, dass mit der Konvergenzphase keine Mehrkosten erzeugt werden.

Zu § 6c „Vergütung von Krankenhäusern, die als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen bestimmt sind“

Eine Vereinbarung krankenhausesindividueller Tagesentgelte auf der Ortsebene wird abgelehnt. Hierbei würde es sich um eine weitere enorme Steigerung der bürokratischen Aufwände handeln, zudem wird das Bild einer Kostenerstattung verstärkt, weil unterschiedliche Tagesentgelte auf Standortebene inhaltlich Selbstkostendeckung adressieren. Die Tagesentgelte sollten stattdessen auf der Landesebene vereinbart werden. Zudem sollten die Tagesentgelte ausschließlich pflegerische und therapeutische Tätigkeiten umfassen. Dies folgt aus dem Vorschlag der AOK zur Ausgestaltung Sektorenübergreifender Versorger, welcher nicht regelhaft eine vollstationäre Versorgung in diesen Einrichtungen vorsieht (siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 5). Ärztliche Leistungen sind hingegen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abzurechnen und nicht Bestandteil der Tagesentgelte.

In Anbetracht der Erfahrungen mit dem Pflegebudget sollte bei der Finanzierung Sektorenübergreifender Versorger eine sachgerechte Finanzierung der Pflegepersonalkosten innerhalb der Tagespauschale sichergestellt werden. Weitere bürokratielastige Selbstkostendeckungssysteme sollten nicht implementiert werden. Daher wird die Formulierung, dass die Pflegepersonalkosten „vollständig zu berücksichtigen“ sind, kritisch bewertet.

In Anbetracht der vorgesehenen Regelungen zu krankenhausindividuellen Tagesentgelten sind die Regelungen zur Genehmigung sachgerecht. Die Möglichkeit der unterjährigen Anpassung der Abfinanzierung des Gesamtvolumens ist nachvollziehbar.

C Änderungsvorschlag

§ 6b KHEntgG entfällt und wird durch eine Regelung monatlicher Auszahlungen durch eine neutrale Auszahlstelle ersetzt.

§ 6c KHEntgG entfällt und wird durch folgende Regelung in einem neuen Paragraphen zur Ausgestaltung Sektorenübergreifender Versorger ersetzt (siehe Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 5):

„(x) Für die Vergütung der medizinisch-pflegerischen Versorgung schließen die Landeskrankengesellschaften, die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen auf der Landesebene eine Vereinbarung, welche eine Tagespauschale für den pflegerischen und therapeutischen Anteil der Versorgung umfasst. Die ärztliche Rufbereitschaft wird entsprechend des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes vergütet und über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet.

Für alle weiteren Leistungen erfolgt die Vergütung auf Grundlage der jeweils geltenden Regelungen.“

Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 7 § 7 KHEntgG „Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen“

A Beabsichtigte Neuregelung

- a) Die Änderung ergänzt § 7 Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen durch die Einführung der Vorhaltevergütung und der krankenhausesindividuellen Tagesentgelte.
- b) Die Änderung ergänzt § 7 um die Höhe der Entgelte der Vorhaltevergütung und der krankenhausesindividuellen Tagesentgelte. Die Vorhaltevergütung ergibt sich aus den Vorhaltebewertungsrelationen multipliziert mit dem Landesbasisfallwert. Die Tagesentgelte werden krankenhausesindividuell vereinbart.

B Stellungnahme

- a) Die Änderung ist eine Folgeänderung und sachgerecht.
- b) Die Änderung ist eine Folgeänderung und sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

- a) Kein Änderungsbedarf.
- b) Kein Änderungsbedarf.

Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 8 § 8 KHEntgG „Berechnung der Entgelte“

A Beabsichtigte Neuregelung

- a) Die Änderung von § 8 ergänzt die Berechnung der Entgelte durch die Einführung der Vorhaltevergütung.
- b) Die Änderung regelt, dass ab dem Jahr 2027 Entgelte für Leistungen nicht berechnet werden dürfen, für die einem Krankenhaus keine Leistungsgruppe nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurde.
- c) Die Änderung ist eine redaktionelle Änderung.
- d) Die Änderung ergänzt § 8 Absatz 2 durch die Einführung der krankenhausspezifischen Tagesentgelte.

B Stellungnahme

- a) Die Änderung ist sachgerecht.
- b) Die Änderung ist zu begrüßen, da sie den Anreiz zu Gelegenheitsversorgung senkt.
- c) Die Änderung ist sachgerecht.
- d) Die Änderung ist eine Folgeänderung und sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

- a) Kein Änderungsbedarf.
- b) Kein Änderungsbedarf.
- c) Kein Änderungsbedarf.
- d) Kein Änderungsbedarf.

Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 10 § 10 KHEntgG „Vereinbarung auf Landesebene“

Siehe Kommentierung unter „Finanzielle Auswirkungen auf die GKV“; redaktionelle Änderung.

Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 11 § 11 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG „Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus“

A Beabsichtigte Neuregelung

- a) Die Änderung ist eine Ergänzung des § 11 durch die Anpassung von § 6b, § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und den Ausgleich des Vorhaltebudgets nach § 6b Absatz 4 Satz 5.
- b) Die Änderung regelt, dass das für das Jahr 2025 zu vereinbarende Erlösbudget unter Berücksichtigung des Veränderungswerts nach § 9 Absatz 1b Satz 1 zweiter Halbsatz neu zu vereinbaren ist.

B Stellungnahme

- a) Die Änderung ist eine Folgeänderung und sachgerecht.
- b) Die Änderung ist auf Grund der Änderung von § 9 nachvollziehbar.

C Änderungsvorschlag

- a) Kein Änderungsbedarf.
- b) Kein Änderungsbedarf.

Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 16 § 21 Abs. 2 KHEntgG „Übermittlung und Nutzung von Daten“

A Beabsichtigte Neuregelung

- a) Die Regelung passt die nach § 21 zu übermittelnden Daten aufgrund der Einführung der Vorhaltevergütung und der krankenhausindividuellen Tagesentgelte an.
- b) Die Regelung ist eine redaktionelle Änderung mit Bezug zu § 135e SGB V.

B Stellungnahme

- a) Die Änderung ist sachgerecht.
- b) Die Änderung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

- a) Kein Änderungsbedarf.
- b) Kein Änderungsbedarf.

Sektorenübergreifende Versorger

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1 § 39e Abs. 1 Satz 1 SGB V „Krankenhausbehandlung“

A Beabsichtigte Neuregelung

In den Regelungen zur Übergangspflege in §39e SGB V wird ergänzt, dass diese auch in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen erfolgen kann.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des § 115 g Absatz 1. Daher wird hier auf die Bewertung zu Artikel 1 Nummer 5 verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 2 § 73 Abs. 2 Satz 1 SGB V „Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung“

A Beabsichtigte Neuregelung

In der Auflistung, welche Aufgaben die vertragsärztliche Versorgung umfasst, wird die Verordnung der neuen medizinisch-pflegerischen Versorgung nach § 115h SGB V ergänzt.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des § 115h. Daher wird hier auf die Bewertung zu Artikel 1 Nummer 5 verwiesen. Im Sinne der sektorenübergreifenden Versorgung ist es sinnvoll und zielführend, dass Vertragsärzte die neue Versorgungsform verordnen können. Auf diese Weise besteht die Möglichkeit, unnötige Aufnahmen in Krankenhäusern und unnötige Aufenthalte in Notaufnahmen zu reduzieren und die Patienten/-innen rechtzeitig in die bedarfsgerechte neue Versorgungsform zu steuern. Die Änderung wird vor dem Hintergrund begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 5 §§ 115g SGB V „Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung“ und 115h SGB V „Medizinisch-pflegerische Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen“

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit § 115g wird die Behandlung in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen geregelt. Neben stationären Leistungen sind ambulante und sektorenübergreifende Leistungen möglich. Dazu gehören ambulante Leistungen aufgrund einer Ermächtigung, ambulantes Operieren nach § 115b, belegärztliche Leistungen, soweit vom Versorgungsauftrag des Landes erfasst, Übergangspflege nach § 39e, Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V und nach § 42 SGB XI, Tagespflege und Nachtpflege nach § 41 SGB XI sowie die neu auszugestaltende medizinisch-pflegerische Versorgung nach § 115h. Bei bestimmten Leistungen ist eine pflegerische Leitung möglich. Vorgesehen ist in § 116a zudem, dass Sektorenübergreifende Versorger im Gegensatz zu anderen Krankenhäusern bereits bei drohender Unterversorgung und nicht erst bei Unterversorgung zur ambulanten Behandlung ermächtigt werden müssen. Für die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung kann eine Ermächtigung bereits erfolgen, wenn keine Zulassungsbeschränkung angeordnet ist.

DKG und GKV-Spitzenverband vereinbaren im Benehmen mit der PKV welche stationären Leistungen angeboten werden können und müssen, sowie die Anforderungen an die Qualität und Dokumentation. Zudem erstellen sie einen Bericht zu den Auswirkungen der Leistungserbringung durch sektorenübergreifende Leistungserbringer auf die ambulante, stationäre und pflegerische Versorgung.

§ 115h regelt die ebenfalls in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen mögliche medizinisch-pflegerische Versorgung. Diese soll greifen, wenn eine ambulante Behandlung aufgrund der persönlichen Verfassung nicht möglich ist und es einen medizinischen Behandlungsanlass und einen besonderen pflegerischen Bedarf gibt. Ärztliche Leistungen im Rahmen der medizinisch-pflegerischen Versorgung können auch von kooperierenden Vertragsärzten erbracht werden. Die Details zur Patientengruppe, Ausstattung etc. vereinbaren DKG und GKV-Spitzenverband im Benehmen mit der PKV. Der Versorgungsumfang wird zwischen den Einrichtungen und den Landesverbänden der Krankenkassen vereinbart.

B Stellungnahme

Die Neueinrichtung von Sektorenübergreifenden Versorgern wird begrüßt. Bei bedarfsgerechter Ausgestaltung bieten sie das Potenzial, sowohl eine Lösung für die Herausforderungen im ambulanten als auch im stationären Bereich darzustellen. So können Krankenhäuser als Gesundheitsstandort in der Region erhalten bleiben. Gleichzeitig werden regionale Gestaltungsspielräume geschaffen und eine verbesserte Versorgungssteuerung ermöglicht. Eine proaktive Neuausrichtung der Versorgung in diesen Häusern wird sowohl einen positiven Einfluss auf das Image nach außen als auch das Betriebsklima haben. Mit einem pflegerischen Fokus und mehr Verantwortung für die Pflege wird die Attraktivität des Berufs gesteigert. Zudem kann die Fehlanspruchnahme stationärer Notfallversorgung reduziert und eine stärkere Ambulantisierung bislang stationär erbrachter Leistungen erreicht werden.

Um die genannten Ziele zu erreichen, gilt insbesondere jedoch Folgendes: Bei der Umsetzung sollte in der Regel keine akutstationäre Versorgung vorgesehen werden, da diese unter qualitativen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten nicht fortführbar ist. So ist eine 24/7 ärztliche Versorgung, die mind. 7 Vollzeitstellen erforderlich macht, insbesondere in kleinen Einheiten nicht realisierbar. Ohne diese muss jedoch eine akutstationäre Versorgung ausgeschlossen werden. Unter diesem Gesichtspunkt wird der Referentenentwurf zur Ausgestaltung kritisch bewertet. Die regelhafte Beibehaltung der akutstationären Versorgung führt dazu, dass bereits jetzt nicht haltbare und auch nicht bedarfsnotwendige Strukturen bestehen bleiben. Stattdessen sollte die medizinisch-pflegerische Versorgung, deren Einführung ebenfalls begrüßt wird, Kernelement der Sektorenübergreifenden Versorger sein. Mit dem Fokus auf leichtere Behandlungsfälle, die insbesondere einer engmaschigen pflegerischen Beobachtung bedürfen, können sowohl Vertragsärzte (z. B. durch weniger Hausbesuche) als auch andere Krankenhäuser entlastet werden und die entsprechende Patientengruppe in einem neuen Setting bedarfsgerecht versorgt werden. Unnötige Notaufnahmen können verhindert werden, und die Standorte langfristig erhalten bleiben. Zudem wird eine stärkere Ambulantisierung erreicht.

Generell stellt sich zudem die Frage eines expliziten Regelungsbedarfs für die Leistungserbringung der Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit und Übergangspflege im Krankenhaus in Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen. Diese behalten ihren Status als Krankenhaus konzeptionell uneingeschränkt weiter. Die leistungsrechtlichen und leistungserbringerrechtlichen Regelungen (§§ 39c, 39e, 132m SGB V) sehen bereits vor, dass diese Leistungen in Krankenhäusern erbracht werden können. Die Zuordnung dieser Leistungen zu einer „sektorenübergreifenden Versorgung“ würde eher für die Kurzzeitpflege nach § 39c die Anschlussfrage aufwerfen, ob Krankenhäuser ohne Landesfestlegung nach Absatz 1 noch „andere geeignete Einrichtungen“ der Leistungserbringung sind.

Die Verankerung ambulanter Leistungen aufgrund einer Ermächtigung und ambulantes Operieren nach § 115b wird begrüßt und die Möglichkeit der Übergangspflege nach

§ 39e ist ebenfalls nachvollziehbar. Leistungen der Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege in wirtschaftlich unabhängigen Pflegeabteilungen zur Erbringen, wird jedoch abgelehnt. Der Mangel an Kurzzeitpflegeplätzen sowie in der Tages- und Nachtpflege birgt die Wahrscheinlichkeit, dass der pflegerische Bezug im Nachgang einer Krankenhausbehandlung und die Stärkung der ambulanten Pflege als Entlastung pflegender Angehöriger ohne Krankenhausbezug durch das Zusatzangebot in Widerstreit geraten. Außerdem würde gerade die Erbringung dieser SGB XI - Leistungen selbständige, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennte Pflegeabteilungen erfordern - so wie dies im Referentenentwurf folgerichtig vorgesehen ist, um den Risiko- und Finanzierungsbereich der Pflegeversicherung in dem besonderen Vertragsregime der Pflegekassen abzubilden.

Kompliziert werden auch die Abgrenzungsfragen in der gemeinsamen Pflegeabteilung zwischen dem SGB XI – Angebot und dem SGB V – Angebot. Schließlich wäre das Krankenhaus als Rechtsträger der Pflegeabteilung in der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung ein neuer Leistungserbringer im SGB XI. Insoweit wäre in diesem Gesetzbuch die Zulassung zu regeln. Zielführend für die SGB V- Leistungen wäre die Integration pflegerisch-therapeutischer Maßnahmen in den Pflegeprozess; Maßnahmen zur Vermeidung, Überwindung, Minderung oder Verhinderung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit sollten zentraler Gegenstand der Versorgung sein. Bei der leistungsrechtlichen Ausgestaltung müssen die Systematiken der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung berücksichtigt werden. Dazu werden Ergänzungen im SGB XI erfolgen müssen.

Der AOK-Bundesverband schlägt eine Ausgestaltung der Sektorenübergreifenden Versorger vor, bei der das Kernelement der Versorgung die medizinisch-pflegerische Versorgung ist, welche bei entsprechendem regionalem Bedarf um weitere Komponenten der ambulanten Versorgung oder ggf. auch durch eine rein pflegerisch-therapeutische Versorgung ergänzt werden kann.

a) Medizinisch-pflegerische Versorgung

Die medizinisch-pflegerische Versorgung sollte sich grundsätzlich an Patienten/-innen jeden Alters richten, insbesondere jedoch an diejenigen, die neben ihrem akuten medizinischen Behandlungsanlass eine hohe chronische Krankheitslast aufweisen, z. B. ältere, multimorbide Patienten/-innen, die zusätzlich von einem akuten Infekt betroffen sind. Anstelle einer klassischen vollstationären Versorgung erhalten sie bedarfsgerecht eine pflegerische Rund-um-die-Uhr-Versorgung mit der Möglichkeit der Hinzuziehung ärztlicher Expertise. Diese Möglichkeit wird über eine Rufbereitschaft, die durch Kooperationsverträge zwischen Krankenhaus und Ärzten zu regeln ist, sichergestellt. Der vorliegende Gesetzesänderungsvorschlag hält im Vergleich dazu in einem unnötig großen Umfang an der ärztlichen Leistungserbringung fest und verpasst damit die Chance die Pflegefachprofessionen vollumfänglich aufzuwerten.

Grundsätzlich ist es zu begrüßen, dass für den benötigten ärztlichen Leistungsanteil der EBM und damit für alle ambulanten Leistungserbringer die gleiche Vergütung gilt. Sollten in den Sektorenübergreifenden Versorgern eigene Ärzt/-innen eingesetzt werden, müssten diese in der logischen Konsequenz auch über eine Zulassung oder Ermächtigung verfügen und in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden. Der BMV-Ä muss Gültigkeit haben. Darüber hinaus sind tiefergehende Regelungen, z. B. zum DTA-Verfahren, vorzusehen.

b) Ambulante Versorgungsangebote

Ebenfalls mit dem Ziel einer stärkeren Ambulantisierung können Sektorenübergreifende Versorger, sofern ein entsprechender Bedarf besteht und die notwendigen Voraussetzungen vorgehalten werden, ambulante Operationen gemäß dem AOP-Katalog erbringen. Bei regionalem Bedarf (offenen Zulassungen im vertragsärztlichen Bereich) sollte zudem eine Ermächtigung für die Erbringung medizinisch-konservativer ambulanter Leistungen erfolgen.

c) Ambulante Notfallversorgung

Bei entsprechendem regionalem Bedarf kann zudem auch eine ambulante Notfallversorgung an den Standorten erfolgen. Dies ermöglicht, weiterhin eine Notfallversorgung vor Ort sicherzustellen.

d) pflegerisch-therapeutische Versorgung zur Steigerung der Selbstversorgungskompetenz

Zuletzt soll bei einem entsprechenden Bedarf auch eine rein pflegerisch-therapeutische Versorgung in einem Sektorenübergreifenden Versorger vorgesehen werden können. In Abgrenzung zur medizinisch-pflegerischen Versorgung steht hierbei nicht eine akute Erkrankung im Vordergrund. Stattdessen richtet sich die Versorgung an Patienten/-innen, die vor oder mit Eintritt einer Pflegebedürftigkeit eine eingeschränkte Selbstversorgungskompetenz aufweisen und ggf. nur über ein eingeschränktes Hilfesystem verfügen. Eine mögliche Folge ist z. B. die Immobilität. Ziel dieses Ansatzes ist es, den Gesundheits- und Funktionsstatus dieser Patienten/-innen und damit ihre Selbstversorgungskompetenz durch gezielte therapeutische Maßnahmen und pflegerische Konzepte zu verbessern, eine mögliche Rückkehr in die häusliche Umgebung durch die individuell abgestimmte Tagesstruktur zu realisieren und/oder auf eine anschließende Rehabilitation vorzubereiten.

Hinweis: Es handelt sich um einen Vorschlag, mit dem kurzfristig die regionalen Herausforderungen adressiert werden. Mittelfristig muss sektorenübergreifende Versorgung weitergedacht werden. So braucht es z. B. eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung und ein sektorenübergreifendes Planungsgremium, welches alle betroffenen Seiten beinhaltet und gemeinsam Planungsentscheidungen trifft.

C Änderungsvorschlag

§§ 115g und 115h werden durch § 123a SGB V (neu) ersetzt (vgl. Anlage).

Sollte § 123a SGB V (neu) nicht übernommen werden, werden hilfsweise in § 115 g Absatz 2 Satz 1 die Nummern 5 und 6 sowie die Sätze 2 und 4 gestrichen.

In Satz 3 werden nach „Satz 1 Nummer 3“ das Komma gestrichen und die Worte „5 und 6“ durch die Worte „sowie der Übergangspflege nach § 39e und der Kurzzeitpflege nach § 39c“ ersetzt.

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 6 § 116a SGB V „Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser“

A Beabsichtigte Neuregelung

Für die intendierte Umwidmung von nicht mehr für die stationäre Versorgung benötigter Ärztinnen und Ärzten für die ambulante Behandlung erweitert der Gesetzgeber den bestehenden § 116a dahingehend, dass

- die Überprüfung des Beschlusses zur Ermächtigung von Krankenhäusern bei eingetretener Unterversorgung nach zwei Jahren entfällt.
- die Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen bereits bei drohender Unterversorgung zu ermächtigen sind.
- Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen immer dann zur hausärztlichen Versorgung zu ermächtigen sind, wenn keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind.

B Stellungnahme

Es ist zu begrüßen, dass ärztliche Ressourcen, die nicht mehr für die stationäre Versorgung benötigt werden, zur Deckung von Versorgungsbedarfen in der ambulanten Versorgung eingesetzt werden. Krankenhäuser erbringen bereits heute in großem Umfang ambulante Leistungen. Mit dem vorliegenden Gesetz wird der Anteil weiter steigen. Am einfachsten können Krankenhäuser ambulante Leistungen erbringen, die über die Vertragsärzteschaft bereits gut abgedeckt sind (z. B. ambulantes Operieren). Wenn Krankenhäuser ambulante, konservative und vor allem hausärztliche Leistungen erbringen wollen, können MVZ gegründet werden. Es wird immer wieder berichtet, dass dieser Weg von Krankenhäusern im Vergleich zur Gründung von Institutsambulanzen gescheut wird, da sie beispielsweise nicht in den Zulassungsausschüssen vertreten sind. Der nun gewählte Ermächtigungsweg wird den Krankenhäusern entgegenkommen, wodurch von einer Zunahme der ambulanten Leistungserbringung auszugehen ist. Daher ist dieser Schritt zu unterstützen. Vor allem in der hausärztlichen Versorgung sind nahezu 5.000 offene Zulassungen zu verzeichnen.

Es ist zu begrüßen, dass der Gesetzgeber vor allem hier niedrige Zugangshürden anlegt. Grundsätzlich sollten diese jedoch generell und damit auch für alle anderen Fachgruppen gelten, sofern offene Zulassungen im Planungsbereich bestehen. Wichtig ist jedoch eine vollständige Berücksichtigung in der Bedarfsplanung, sodass beispielsweise eine bestehende Unterversorgung mittels ambulanter Behandlung durch Krankenhäuser behoben werden kann. Außerdem wären klare Vorgaben zur Dauer der Ermächtigung (z. B. 5 Jahre) wünschenswert, um längerfristige Planungssicherheit zu gewährleisten und Rechtsklarheit für Zulassungsausschüsse zu schaffen. Gerade bei der hausärztlichen Versorgung sollte eine gewisse Versorgungskontinuität im Interesse aller sein. Weiter sollte eine direkte Verknüpfung mit den im GVSG geplanten Primärversorgungszentren vorgesehen werden.

Der nächste Schritt muss es dann sein, eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung auf den Weg zu bringen, die die gesamte ambulante Leistungserbringung umfasst - unabhängig davon, wer die Leistung erbringt - sodass die knappen Ressourcen zielgerichtet eingesetzt werden können. Krankenhäuser, als große Erbringer ambulanter Leistungen sollten in diesem Zuge u. a. in den Zulassungsausschüssen vertreten sein.

C Änderungsvorschlag

Siehe Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nr. 5 §§ 115g und 115h.

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 7 § 121 SGB V „Belegärztliche Leistungen“

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Streichung in Absatz 6 wird der Aufhebung der Regelungen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren in § 136c Absätze 1 und 2 SGB V Rechnung getragen.

Die Ergänzung des Absatz 7 regelt, dass – soweit das für die Sektorenübergreifenden Versorger vereinbarte Tagesentgelt nach § 6c KHEntgG keine Kosten für Ärztinnen und Ärzte umfasst sind – die Sondervergütung der Ärztinnen und Ärzte gemäß dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab erfolgt. Es werden jedoch weitere Parameter in der Ermittlung der Sondervergütung berücksichtigt, wie der kalkulatorische Arztlohn, die Arbeitszeit etc. Die Sondervergütungen werden vom Institut des Bewertungsausschusses jährlich beginnend zum 1. April 2024 in entsprechenden Übersichten veröffentlicht.

B Stellungnahme

Bei der Streichung in Absatz 6 handelt es sich um eine Folgeänderung.

Die Tagesentgelte für Sektorenübergreifende Versorger sollten regelhaft keine ärztlichen Leistungen umfassen, sondern nur die pflegerischen und therapeutischen Behandlungsanteile. Hier wird auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 5 hingewiesen, in der erläutert wird, dass das Kernelement der Sektorenübergreifenden Versorger in der medizinisch-pflegerischen Versorgung bestehen sollte. Bei den ärztlichen Leistungen handelt es sich durchaus um ambulante Leistungen, so dass diese nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab vergütet werden sollten und auch der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zugerechnet werden sollten.

C Änderungsvorschlag

§ 121 Absatz 7 SGB V wird nicht aufgenommen.

Stattdessen wird in § 123a (neu) zur Ausgestaltung Sektorenübergreifender Versorger Folgendes bezüglich ihrer Vergütung geregelt (siehe Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nr. 5):

„(x) Für die Vergütung der medizinisch-pflegerischen Versorgung schließen die Landeskrankenhausesellschaften, die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen auf der Landesebene eine Vereinbarung, welche eine Tagespauschale für den pflegerischen und therapeutischen Anteil der Versorgung umfasst. Die ärztliche

Rufbereitschaft wird entsprechend des einheitlichen Bewertungsmaßstabes vergütet und über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet.
Für alle weiteren Leistungen erfolgt die Vergütung auf Grundlage der jeweils geltenden Regelungen.“

Artikel 3 Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 3 § 6b KHG „Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung“

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einführung des neuen § 6b KHG wird die Bestimmung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen geregelt. Dies geschieht durch die Landeskrankenhausplanungsbehörden im Benehmen mit den Krankenkassen. Anschließend haben die Landesbehörden das IQTIG über die entsprechenden Standorte zu informieren.

B Stellungnahme

Wie in der Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 5 ausgeführt, wird die regulär als Kernbestandteil vorgesehene stationäre Versorgung abgelehnt und eine andere Ausgestaltung der Sektorenübergreifenden Versorger vorgeschlagen, hierzu findet sich in der Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 5 ein entsprechender Änderungsvorschlag.

Die Möglichkeit der Ausgestaltung als Sektorenübergreifender Versorger sollte insbesondere „kleine“ Krankenhäuser, die eine stationäre Behandlung unter qualitativen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten nicht mehr anbieten können und nicht zur Versorgungssicherstellung erforderlich sind, umfassen. Diese Standorte können so mit einem entsprechenden Versorgungsauftrag durch die Krankenhausplanung erhalten werden, um einen regionalen Versorgungszugang weiterhin gewährleisten zu können. Vor dem Hintergrund sollte der aktuell nur in der Gesetzesbegründung vorhandene Verweis auf die für die Bestimmung als sektorenübergreifender Versorger erforderliche Einstufung als Level II-Krankenhaus in den Gesetzestext mit aufgenommen werden.

Es wird begrüßt, dass die Bestimmung im Benehmen mit den Krankenkassen erfolgen soll. Insgesamt muss perspektivisch eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung aufgebaut werden, an der die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landeskrankenhausgesellschaften, die Krankenkassen und Länder zu beteiligen sind. Gemeinsam ist anhand der Bevölkerung der Bedarf für die ambulante und stationäre Versorgung festzulegen. Der ambulante Versorgungsbedarf kann durch die Vertragsärzteschaft aber auch von Krankenhäusern erfüllt werden. Wichtig ist, dass die Versorgungsangebote sinnvoll aufeinander abgestimmt werden.

Damit bereits jetzt der regionale Bedarf ausreichend berücksichtigt wird, sollten die Planungsbehörden auch Stellungnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landeskrankenhausgesellschaft heranziehen.

C Änderungsvorschlag

Sofern der Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 5 nicht umgesetzt werden sollte, sollte der folgende Änderungsvorschlag berücksichtigt werden.

Absatz 1 wird wie folgt angepasst:

- (1) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde bestimmt im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Pflegekassen sowie den Ersatzkassen aus dem Kreis der in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser diejenigen, die ~~über ihren stationären Versorgungsauftrag hinaus~~ sektorenübergreifende Leistungen nach § 115g Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erbringen können und als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung betrieben werden sollen. **Hierbei haben die Kassenärztliche Vereinigung, die Landeskrankenhausgesellschaft und die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen sowie das Gremium nach § 90a ein Stellungnahmerecht. Die Festlegung der Krankenhäuser als Sektorenübergreifende Versorger durch die zuständigen Landesbehörden erfolgt nach Anhörung von Kassenärztlicher Vereinigung, Landeskrankenhausgesellschaft und der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen. Als sektorenübergreifende Versorger können Krankenhäuser, die im Sinne des § 135d Absatz 4 Satz 4 SGB V zum Zweck der Veröffentlichung des Transparenzverzeichnisses der Versorgungsstufe Level II zugeordnet werden, bestimmt werden.** Als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung kann auch ein Krankenhaus bestimmt werden, das erstmalig in den Krankenhausplan aufgenommen wird. Die Bestimmung eines Krankenhauses als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung erfolgt durch Bescheid.

Artikel 3 Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 11 § 28 Abs. 4 KHG „Auskunftspflicht und Statistik“

Siehe Kommentierung unter „Vorhaltekostenfinanzierung“; Folgeänderung.

Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 5 § 6a KHEntgG „Zuweisung von Leistungsgruppen“

A Beabsichtigte Neuregelung

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen vereinbaren kein Pflegebudget nach § 6a Abs. 1 Satz 1.

B Stellungnahme

Die Änderung ist analog der Ausgestaltung der krankenhaushausindividuellen Tagesentgelte sachgerecht und zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 6 §§ 6b KHEntgG „Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung“ und 6c KHEntgG „Vergütung von Krankenhäusern, die als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen bestimmt sind“

Siehe Kommentierung unter „Vorhaltekostenfinanzierung“, insbesondere zu Vergütung von Sektorenübergreifenden Versorgern.

Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 9 § 9 KHEntgG „Vereinbarung auf Bundesebene“

Siehe Kommentierung unter „Finanzielle Auswirkungen auf die GKV“, insbesondere zu Berechnung des Gesamtvolumens der Vergütung von Sektorenübergreifenden Versorgern.

Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 13 § 13 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG „Schiedsstelle“

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung ergänzt die Möglichkeit einer Schiedsstelle nach § 13 für Vereinbarungen nach § 6c Absatz 6.

B Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 14 § 14 KHEntgG „Genehmigung“

A Beabsichtigte Neuregelung

- α) Die Regelung ändert die Genehmigung nach § 14 aufgrund der Einführung von § 6c.
- b) Die Regelung ändert die Genehmigung nach § 14 aufgrund der Einführung von § 6b.

B Stellungnahme

- α) Die Änderung ist sachgerecht.
- b) Die Änderung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

- α) Kein Änderungsbedarf.
- b) Kein Änderungsbedarf.

Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 15 § 18 KHEntgG „Belegärzte“

A Beabsichtigte Neuregelung

zu a) und b)

Mit den Ergänzungen in § 18 wird die Vergütung von durch Belegärztinnen und Belegärzte behandelten Fälle in Sektorenübergreifenden Versorgern über die krankenhaushausindividuellen Tagesentgelte nach § 6c geregelt. Die erbrachten belegärztlichen Leistungen werden nach § 121 Absatz 2 bis 4 SGB V vergütet.

Sektorenübergreifende Versorger mit Belegbetten, die nach § 121 Absatz 5 SGB V mit Belegärzten Honorarverträge schließen, rechnen für die von Belegärzten mit Honorarverträgen behandelten Belegpatientinnen und -patienten die krankenhaushausindividuellen Tagesentgelte nach § 6c ab.

B Stellungnahme

zu a) und b)

Wie in der Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 5 erläutert, wird eine regelhaft vorgesehene voll- oder teilstationäre Behandlung in den Sektorenübergreifenden Versorgern abgelehnt. Dementsprechend sind keine Belegärzte/-innen in den Sektorenübergreifenden Versorgern vorgesehen und es besteht kein Bedarf zur Regelung ihrer Finanzierung.

Zudem wird darauf hingewiesen, dass vor dem Hintergrund der anderen Ausgestaltung Sektorenübergreifender Versorger die auf der Landesebene zu vereinbarenden Tagesentgelte ausschließlich pflegerische und therapeutische Tätigkeiten umfassen sollten. Ärztliche Leistungen müssen als ambulante Leistungen nach dem EBM abgerechnet werden.

C Änderungsvorschlag

- a) Streichung.
- b) Streichung.

Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 16 § 21 Abs. 2 KHEntgG „Übermittlung und Nutzung von Daten“

Siehe Kommentierung unter „Vorhaltekostenfinanzierung“, Folgeänderung.

„Entbürokratisierung“ / Rechnungsprüfung

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 12 § 137 SGB V „Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses“

A Beabsichtigte Neuregelung

In § 137 Absatz 3 werden folgende Änderungen vorgenommen

a) redaktionelle Folgeänderung

b) Folgeänderung aufgrund der Neufassung des § 275a

c) Es erfolgt eine Streichung der anlassbezogenen Kontrollen durch die Streichung der Wörter „§ 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V“

d) Streichung der Wörter „der Krankenversicherung“ in Satz 5 gestrichen.

e) In Satz 6 werden nach der Angabe „§ 275a“ die Wörter „Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 sowie eine Vereinheitlichung der Prüfungen des Medizinischen Dienstes zu stationären Strukturen und weiteren Anforderungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1“ angefügt.

B Stellungnahme

a) sachgerecht

b) sachgerecht

c) Die Berechtigung des G-BA, anlassbezogene Kontrollen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer vorzusehen, wird im Rahmen der „Entbürokratisierung“ und Reduktion beschränkt. Die Beschränkung berührt nicht die Personalanforderungen nach § 136a Absatz 2 Satz 1 sowie die Arzneimittel für neuartige Therapien nach § 136a Absatz 5. Bei dieser Beschränkung handelt es sich

nicht nur um eine Vereinfachung, da die als Alternative genannte Leistungsgruppenprüfungen zum Teil nicht die spezifischen Qualitätsanforderungen der bisherigen Strukturprüfungen erfüllen.

d) sachgerecht

e) Die Anfügungen in Satz 6 beauftragen den G-BA, künftig Festlegungen zu treffen, die einheitliche Prüfungen nach § 275a -wo möglich- unterstützen.

C Änderungsvorschlag

a) Kein Änderungsbedarf.

b) Kein Änderungsbedarf.

c) Streichung.

d) Kein Änderungsbedarf.

e) Kein Änderungsbedarf.

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 15 § 275a SGB V „Durchführung und Umfang von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst“

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neufassung des Paragraphen enthält die Integration des § 275d (Strukturprüfungen) in nahezu wortgleicher Form und integriert zusätzlich die neu eingeführten Leistungsgruppenprüfungen.

B Stellungnahme

Die Neufassung und Integration zielt auf eine Harmonisierung und Vereinheitlichung der Prüfungen des Medizinischen Dienstes unter Berücksichtigung der elektronischen Übermittlung von den Krankenhäusern an die Medizinischen Dienste über geschützte digitale Informationsportale ab.

Prüfergebnisse und Mitteilungen der Medizinischen Dienste werden in einer zu errichtenden Datenbank verpflichtend gebündelt.

Die bisherigen Pflichten des Berichtswesens werden vom GKV-Spitzenverband auf den MD-Bund übertragen.

Die in Absatz 8 für die Strukturprüfung neu eingeführte Informationspflicht bei erheblichen Qualitätsmängeln außerhalb des Prüfauftrages gegenüber der Landesbehörde und den Landesverbänden wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 16 § 275c Abs. 6 SGB V „Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst“

A Beabsichtigte Neuregelung

- a) Mit dieser Änderung wird ausgeschlossen, dass Strukturmerkmale im Zuge der Einzelfallprüfung mit Hilfe des Medizinischen Dienstes aufgegriffen werden können.
- b) Mit dieser Regelung wird die Prüfung der Vorhaltebewertungsrelation mit Hilfe des Medizinischen Dienstes ausgeschlossen. Ergebnisse aus anderweitigen Prüfanlässen (z. B. primäre und sekundäre Fehlbelegung oder Kodierprüfungen, die in eine niedriger bewertete rDRG führen) werden hingegen umgesetzt.

B Stellungnahme

- a) Es handelt sich um eine folgerichtige, redaktionelle Folgeänderung im Zuge der Integration der Strukturprüfungen nach dem bisherigen § 275d in den neuen § 275a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2.
- b) Mit dieser Regelung wird die Prüfung der Vorhaltebewertungsrelation (analog zur Pflegebewertungsrelation) mit Hilfe des Medizinischen Dienstes ausgeschlossen. Ergebnisse aus anderweitigen Prüfanlässen (z. B. primäre und sekundäre Fehlbelegung und Kodierprüfungen, die in eine niedriger bewertete rDRG führen) werden hingegen umgesetzt. Nicht klar geregelt ist jedoch die Konstellation, in der die Prüfung eine rDRG zum Ergebnis hat, die keiner der dem abrechnenden Krankenhaus zugewiesenen Leistungsgruppen angehört.

C Änderungsvorschlag

- a) Kein Änderungsbedarf.
- b) Der neuen Nummer 3 ist folgender Satz anzufügen:

„Sofern die nach Prüfung durch den Medizinischen Dienst sich ergebene Fallpauschale keiner der dem abrechnenden Krankenhaus zugewiesenen Leistungsgruppen angehört, ist eine Abrechnung einer Vorhaltebewertungsrelation nicht möglich.“

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 17 § 275d SGB V „Prüfung von Strukturmerkmalen“

A Beabsichtigte Neuregelung

Streichung des Paragraphen.

B Stellungnahme

Der Paragraph wurde nahezu inhaltsgleich in den § 275a überführt. Die Erfüllungsaufwände der Krankenhäuser sollen durch die Vereinheitlichung und Zusammenführung bestehender Prüfungen zu Strukturanforderungen und weiteren Anforderungen gesenkt werden.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 18 § 276 SGB V „Zusammenarbeit“

A Beabsichtigte Neuregelung

- a) Redaktionelle Änderungen durch die Verschiebung des § 275d in den § 275a.
Anfügung der Wörter Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 3 und 4 in den Sätzen 1 bis 3 nach der Angabe § 275a

B Stellungnahme

- a) sachgerecht
- b) Teilweise liegt eine Folgeänderung und eine Verweisänderung aufgrund der Neufassung des § 275a vor. Darüber hinaus wird die bisherige Befugnis zum Betreten der Klinik zu den Geschäfts- und Betriebszeiten aus dem § 275d auf die Prüfungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 zur Einhaltung der Qualitätskriterien nach § 135 e übernommen. Hierzu müssen dann noch weitere Befugnisse in der Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 festgelegt werden.

C Änderungsvorschlag

- a) Kein Änderungsbedarf.
- b) Kein Änderungsbedarf.

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 19 § 277 SGB V „Mitteilungspflichten“

A Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Anpassung der Wörter „Kontrollergebnis“ durch „Prüfergebnis“.

B Stellungnahme

sachgerecht

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 20 § 278 SGB V „Medizinischer Dienst“

A Beabsichtigte Neuregelung

- a) Dem Medizinischen Dienst Bund wird im zweijährigen Rhythmus durch die Medizinischen Dienste jeweils zum 1. April über
- die Anzahl der Ergebnisse nach §§ 275 und 275a
 - die jeweilige Personalausstattung
 - und die Ergebnisse der systematischen Qualitätssicherung
- berichtet. Jährlich wird dem Medizinischen Dienst Bund differenziert nach einzelnen Strukturmerkmalen der OPS-Schlüssel nach § 301 sowie über die Anzahl der Anzeigen etc. detailliert berichtet. Näheres zu dieser Datenbank muss in der Datenbank gemäß der Richtlinie nach § 283 erfolgen.
- b) Verlust der Dienstherrenfähigkeit des Medizinischen Dienstes, wenn die Notwendigkeit nach Artikel 73 des Gesundheitsreformgesetzes nicht mehr besteht.

B Stellungnahme

- a) Teilweise liegt eine Folgeänderung aufgrund der Integration des § 275 in den neuen § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vor.
Zudem wird das Berichtswesen des Medizinischen Dienstes beispielsweise durch die Verkürzung von einem zweijährigen auf einen einjährigen Turnus gestärkt. Eine möglichst tagesaktuelle Übermittlung der Daten nach Abschluss der Prüfung soll zudem bei einer Abstimmung mit anderen Prüfungen helfen.
- b) Rechtsbereinigende Aufhebung der Übergangsvorschrift des § 412 Absatz 4.

C Änderungsvorschlag

- a) Kein Änderungsbedarf.
- b) Kein Änderungsbedarf.

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 21 § 280 SGB V „Finanzierung, Haushalt, Aufsicht“

A Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Anpassung und Ergänzung der Angabe Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 im Absatz 2 Satz 2.

B Stellungnahme

Teilweise Verweisanpassungen sowie eine redaktionelle Folgeänderung.
Zudem soll die Kostentragung für sämtliche Prüfungen des neuen § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 3 durch die Umlage aufgebracht werden. Die Prüfungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer müssen vom jeweiligen Auftraggeber vergütet werden.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 22 § 283 SGB V „Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund“

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Rechtsänderung erweitert die Richtlinienkompetenz und den Auftrag des Medizinischen Dienstes Bund (MD Bund). Die Strops-Richtlinie (Richtlinie Regelmäßige Begutachtung zur Einhaltung der Strukturmerkmale und OPS-Kodes) nach § 275d soll angepasst werden. Es handelt sich um Anschlussregelungen zu veränderten Struktur- und Qualitätsprüfungen in Krankenhäusern), insbesondere zu deren informationstechnologischer Verarbeitung in einer neu zu errichtenden besonderen Datenbank und die Veröffentlichung standortbezogener Prüfergebnisse. Die Landesplanungsbehörden, die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen sowie das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen erhalten unmittelbaren Zugriff auf die Datenbank. Der MD Bund regelt das Nähere zum Verfahren, zu den Nutzer- und Zugriffsrechten und zu den konkreten Daten in einer Richtlinie.

Die Berichte der Medizinischen Dienste werden vom MD Bund zusammengefasst und dem Bundesgesundheitsministerium vorgelegt. Sie werden veröffentlicht.

Die bestehende Aufgabe des MD Bunds zur Personalbedarfsermittlung bei den Medizinischen Diensten wird im Vorgehen und den Zielen präzisiert. Der MD Bund hat eine bundeseinheitliche Methodik und Vorgehensweise nach angemessenen und anerkannten Methoden der Personalbedarfsermittlung vorzugeben, nach der aufgabenbezogene Richtwerte bei den Medizinischen Diensten für zu definierende Aufgabengruppen (Begutachtungsaufträge) bestimmt werden. Diese müssen mindestens die Aufgabengruppen Begutachtungen für Krankenhausleistungen, der Arbeitsunfähigkeit und für Rehabilitations-/Vorsorgeleistungen einbeziehen. Die Richtlinie bedarf der Genehmigung durch das Bundesgesundheitsministerium.

B Stellungnahme

Die Transparenz durch die Schaffung einer Datenbank in organisatorischer Verantwortung des MD Bunds, in denen Strukturmerkmale der Krankenhäuser durch die Medizinischen Dienste erfasst werden, wird begrüßt. Dies gilt gleichermaßen für die Ausgestaltung der Datenbank und die Berichtspflichten an die genannten Behörden, Verbände und Institute sowie die sachgerechte Regelungsbefugnis zu Nutzer- und Zugriffsrechten.

Neue aufgabenbezogene Richtwerte der Personalbemessung in den Medizinischen Diensten können die Leistungs- und Kostentransparenz erhöhen, werden jedoch das Problem der Personalgewinnung nicht lösen. Vor diesem Hintergrund erscheint das gesamte Vorhaben an einer wirklichen Problemlösung des Fachkräftemangels im Begutachtungsbereich vorbeizugehen. Mit den Inhalten der Richtlinie und der Genehmigungspflicht durch das Bundesgesundheitsministerium wird in die Organisationshoheit einer Länderbehörde eingegriffen. Die Medizinischen Dienste zählen überwiegend zur mittelbaren Staatsverwaltung der Länder. Das Gesetz ist nicht als Zustimmungsgesetz vorgesehen. Im Hinblick auf die Verselbständigung der Medizinischen Dienste ist das Interesse von Versicherten, Krankenkassen und Leistungserbringern auf Menge, Zeitdauer und Qualität der Produkte ausgerichtet und nicht auf SOLL-Stellen-Berechnungen. Mit der beabsichtigten Gesetzesänderung wird die ohnehin bereits jetzt in der Personalbemessungs-Richtlinie getroffene Regelung mit den Festlegungen im Konvergenzplan aufgegriffen.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 3 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 9 § 17c KHG „Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Statistik“

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu Buchstabe a

Die Einführung der Vorhaltevergütung für somatische Krankenhäuser soll ab 2027 mit dem Ersatz der Einzelfallprüfung durch eine Stichprobenprüfung einhergehen, die auch für die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser umgesetzt werden soll.

Auf Basis eines vom Medizinischen Dienst Bund zu erarbeitenden Stichprobenkonzepts sollen sich die Partner der Selbstverwaltung auf eine Umsetzung der Stichprobenprüfung einigen. Gelingt dies nicht, entscheidet die Bundesschiedsstelle über den Inhalt der Vereinbarung.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Korrektur.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich im Wesentlichen um redaktionelle Änderungen bzw. um die Streichung einer obsolet gewordenen Regelung. Die unter Dreifachbuchstabe bbb ausgeführte Regelung entbindet den Medizinischen Dienst zukünftig von der statistischen Erfassung und Veröffentlichung der Anzahl und Ergebnisse der Strukturprüfungen und überträgt diese Aufgabe an den Medizinischen Dienst, der die Prüfungen durchführt.

Zu Buchstabe d

Die Integration der Strukturprüfungen nach dem bisherigen § 275d in den neuen § 275a Abs. 1 Satz 1. Nr. 2 wird redaktionell umgesetzt.

B Stellungnahme

Zu Buchstabe a

Der Übergang von der von den Krankenkassen zu verantwortenden Einzelfallprüfung hin zu einer von den Medizinischen Diensten (MD) selbständig durchgeführten Stichprobenprüfung bedeutet im Kern den gesetzlichen Ausschluss der systematischen und nachhaltigen Rechnungsprüfung durch die betroffenen Krankenkassen, der in anderen Zweigen der Sozialversicherung und anderen Wirtschaftsbereichen ohne Beispiel ist und auch nicht denkbar wäre. Der gesetzliche Auftrag der Kassen, über die wirtschaftliche Verwendung von Versichertengeldern in dem mit gut 90 Mrd. Euro (Wert für 2023) mit Abstand größten Ausgabenposten der Gesetzlichen Krankenversicherung wird damit konterkariert. Da die Einsparungen der GKV in diesem Bereich Beitragssatzrelevanz entfalten, drohen in der Folge die in Unternehmen zu erwirtschaftenden Mitgliedsbeiträge als Teil der Lohnnebenkosten weiter anzusteigen. Neben grundsätzlichen Erwägungen, die aus Sicht des AOK-Bundesverbandes einer Umsetzung widersprechen, geht die vom Gesetzgeber vorgesehene Stichprobenprüfung mit zahlreichen, letztlich nicht lösbaren Problemen einher.

Um eine Stichprobe zu erhalten, die das mathematisch-statistische Potenzial hat, repräsentative Ergebnisse zu liefern, bedarf es eines komplexen Stichprobenerhebungsalgorithmus, der sicherstellt, dass hinreichend Stichprobenfälle aus der im Bereich der Krankenhausabrechnung vorliegenden äußerst heterogenen Grundgesamtheit erhoben werden. Unklar ist bereits, welches Kriterium zur Bestimmung der Grundgesamtheit herangezogen wird: alle bundesweit abgerechneten Fälle, Fälle je Leistungsgruppen, Fälle je Krankenhaus oder Fachabteilung? Eine sogenannte geschichtete Stichprobe erscheint hier die statistisch beste Lösung zu sein, würde jedoch zu einer hohen Gesamtzahl an Fällen führen, womit eine Reduzierung des Prüfaufwandes nicht erreicht werden kann, außer wenn auf die Frequenz der Prüfungen in einem nicht verantwortbaren Maße herabgesetzt werden würde. Da bereits bei der Stichprobenentnahme statistisch-methodische Unwägbarkeiten bestehen, ist in der Folge eine rechtssichere Umsetzung kaum vorstellbar.

Des Weiteren ist zu beachten, dass auch bei Einführung einer Stichprobenprüfung zwei wesentliche Aspekte konstant bleiben: Zum einen handelt es sich im Kern immer noch um eine Einzelfallprüfung; der Referentenentwurf lässt jedoch offen, in welchem Umfang die betroffenen Krankenkassen an einer sachgerechten Fallauswahl beteiligt werden. Zum anderen besteht weiterhin die direkte Abrechnungsbeziehung zwischen Krankenhaus und Krankenkasse, bei der letztere gesetzlich verpflichtet ist, über die wirtschaftliche Verwendung der Versichertengelder zu wachen.

Damit eine Stichprobenprüfung Wirkung im Sinne der Verbesserung hin zu einer korrekten Abrechnungspraxis der Krankenhäuser zeitigt, ist es unerlässlich, die Ergebnisse, insbesondere die monetären, auf die Grundgesamtheit aller abgerechneten Fälle hochzurechnen. Aber in Folge der oben beschriebenen methodischen Schwierigkeit beim Stichprobendesign wird auch an dieser Stelle eine rechtssichere Durchsetzung der Rückforderungen der Krankenkassen kaum zu erreichen sein. Sollte deswegen auf die Hochrechnung wegen rechtlicher Bedenken verzichtet und eine Sanktionierung auf Einzelfallebene umgesetzt werden, muss die einzelfallbezogene Sanktion so erheblich sein, dass sie den Wegfall der bislang üblichen Auffälligkeitsauswahl durch die Krankenkassen aufgrund der Stichprobenziehung auszugleichen vermag. Darüber hinaus bleibt noch zu klären, auf welchem Wege die Retaxierungen die Krankenkassen erreichen. Bei der Retaxierung im Einzelfall scheint es klar; bei einer Hochrechnung auf alle abgerechneten Fälle hingegen muss auch hier ein rechtssicherer Weg gefunden werden, der ausschließt, dass bestimmte Krankenkassen z. B. aufgrund ihrer Morbiditätslast Ihrer Versicherten nicht benachteiligt werden.

Die im Referentenentwurf vorgesehene Vereinbarung über die Umsetzung der Stichprobenprüfungen zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und dem GKV-Spitzenverband auf Basis eines vom Medizinischen Bund erarbeiteten Konzepts versetzt die DKG als Interessenvertreterin der zu überprüfenden Krankenhäuser in eine Position, die außerhalb der Sozialversicherung und in anderen Wirtschaftsbereichen einmalig ist. Eine Einigung auf dem Wege der Verhandlung, die die Interessen der Krankenkassen für eine wirtschaftliche Mittelverwendung angemessen berücksichtigt, ist hier nicht zu erwarten, da hier die kontrollierte Instanz (DKG) mit dem Geschädigten (GKV) über die Durchführung der Kontrollen verhandelt. Gegen eine Einigung der Selbstverwaltungspartner spricht auch die zu enge Terminierung: Bis zum 28. Februar 2026 hat der MD Bund das Konzept vorzulegen, die Vereinbarungsfrist der Vertragsparteien endet am 30. Juni 2026. Sollte die Vereinbarung nicht oder nicht fristgemäß zustande kommen, entscheidet die Bundesschiedsstelle über den Vereinbarungsinhalt, ohne dass es eines Antrags einer der beiden Vertragsparteien bedarf. Zielführender erscheint es deswegen hier die Erarbeitung einer Richtlinie zur Stichprobenprüfung durch den MD, die nach einem Stellungnahmeverfahren, an dem die Selbstverwaltung und andere (z. B. Bundesrechnungshof, Bundesamt für Sozial Sicherung) beteiligt werden, vom Bundesministerium für Gesundheit erlassen würde.

Dass mit der Stichprobenprüfung verfolgte Ziel der Minderung des Prüfaufwandes wird aus Sicht des AOK-Bundesverbandes nur scheinbar erreicht. Richtig ist, dass den Krankenkassen zukünftig weniger Aufwand in der klassischen Abrechnungsprüfung entsteht. Aber es werden zum einen weiterhin Einzelfälle geprüft, deren Ergebnishochrechnung oder Einzelfallsanktionierung erhebliche Aufwände in den bürokratie- und kostenintensiven Bereich der anwaltlichen und gerichtlichen Klärung verschiebt, wovon neben den Krankenkassen und Krankenhäusern zukünftig auch die Medizinischen Dienste als Beteiligte betroffen sein werden. Zum anderen bleiben die Prüfrechte für die gesetzliche Unfallversicherung und die private Krankenversicherung (PKV) bestehen, so dass vom Krankenhaus aus betrachtet lediglich ein GKV-Prüfregime durch ein aufwendiges und nicht rechtssicheres Prüfregime ersetzt wird.

Auch mit Blick auf die PKV ist dies für den AOK-Bundesverband nicht hinnehmbar. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen beteiligen sich bereits nicht an der Finanzierung des Transformationsfonds, bei der Abrechnungsprüfung wird ihnen zudem durch die Einführung der Stichprobenprüfung ein wirtschaftlicher Vorteil verschafft, da diese auf die GKV beschränkt bleibt.

C Änderungsvorschlag

Zu Buchstabe a

Streichung des § 17c Abs. 1a KHG

Alternativ wird vorgeschlagen, die Ergebnisse des gesetzlich vorgeschriebenen gemeinsamen Berichts zur Weiterentwicklung der Krankenhausabrechnungsprüfung, der gemäß § 17c Abs. 7 KHG von der Selbstverwaltung bis zum 30. Juni 2025 dem Bundesministerium vorzulegen ist, abzuwarten und auf dessen Basis die bestehende gesetzlich geregelte Einzelfallprüfung zu verschlanken.

Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes können bereits einfache Maßnahmen bzw. gesetzliche Änderungen zu einer erheblichen Aufwandsminderung bei allen Beteiligten führen.

Dies bezieht sich insbesondere auf die Reduzierung der bisher drei möglichen krankenhausindividuellen Prüfquoten auf lediglich eine in Höhe von maximal 15 %, verbunden mit einer Ausnahmeregelung für Krankenhäuser, deren Abrechnungsgüte dauerhaft 40 % unterschreitet. Damit verbunden sollen sowohl die Rechnungsaufschläge als auch Aufwandspauschalen entfallen. Zur weiteren Reduktion von Erörte-

rungsverfahren und nachfolgend von sozialgerichtlichen Auseinandersetzungen schlägt der AOK-Bundesverband vor, das Vorverfahren zu stärken, in dem gesetzlich geregelt wird, dass Krankenkassen bereits vor Einleitung eines MD-Prüfverfahrens und nicht erst nach Abschluss desselben im Rahmen des Erörterungsverfahrens Einsicht in abrechnungsrelevante Teile der Patientenakte nehmen können, um im Falldialog mit den Krankenhäusern einvernehmlich stritte Abrechnungen beizulegen. Diese Maßnahme würde auch dazu beitragen, dass die Prüfquoten bei Weitem nicht ausgeschöpft würden. Im Übrigen ist im Gegensatz zur GKV der gesetzlichen Unfallversicherung und der privaten Krankenversicherung vor der Einleitung eines Gutachtens die Einsichtnahme in die abrechnungsrelevanten Teile der Patientenakte möglich. Allein dieser Umstand würde erheblich dazu beitragen, dass fehlerhaft zu hoch gegenüber der GKV abgerechnet würde.

Zu Buchstabe b

Kein Änderungsbedarf.

Zu Buchstabe c

Kein Änderungsbedarf.

Zu Buchstabe d

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 3 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 10 § 25 Abs. 4 Satz 3 KHG „Ausnahmen von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung und von der Prüfung von Strukturmerkmalen, Verordnungsermächtigung“

A Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Änderung aufgrund der Integration des § 275d SGB V in den § 275a SGB V.

B Stellungnahme

Sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Sonstiges

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 25 § 411 SGB V „Übergangsregelung für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ und § 412 SGB V „Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund“

A Beabsichtigte Neuregelung

Die §§ 411, 412 SGB V werden aufgehoben. Sie enthielten Übergangsregelungen zur inzwischen abgeschlossenen Neukonstituierung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund.

B Stellungnahme

Die Aufhebung ist sachgerecht und folgerichtig und dient somit der Rechtsbereinigung, ebenso wie die Überführung des § 411 Abs. 3 Satz 2 bis 6 zur Personalbedarfs-Richtlinie und des § 412 Abs. 4 zur Dienstherrenfähigkeit in andere Paragraphen.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 26 § 426 SGB V „Evaluation des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes“

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neu einzuführenden § 426 SGB V wird eine Evaluation des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes vorgesehen. Diese haben der GKV-Spitzenverband, PKV und DKG gemeinsam erstmals bis zum 31.12.2029 zu erstellen und dem BMG sowie den Landeskrankenhausplanungsbehörden vorzulegen.

B Stellungnahme

Eine Evaluation der Auswirkungen des Reformgesetzes wird nachdrücklich begrüßt. Ergänzend zu den bereits vorgesehenen Auswertungen sollten auch die Mindestvorhaltezahlen gemäß § 135f SGB V und ihre Auswirkungen analysiert werden. Des Weiteren müssen weitere Auswirkungen bewertet werden, insbesondere die Auswirkungen auf die Ambulantisierung und „Entbürokratisierung“.

Anstelle von DKG, PKV und GKV sollte eine neutrale Instanz, z.B. der Sachverständigenrat (SVR) mit der Erstellung der Evaluation beauftragt werden. Auch andere AuftragnehmerInnen wären denkbar. DKG, PKV und GKV sollten in die Auftragsformulierung eingebunden werden.

C Änderungsvorschlag

„§ 426

Evaluation des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes

~~Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen~~
Eine durch den Gesetzgeber noch zu bestimmende neutrale Institution legt dem Bundesministerium für Gesundheit und den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, erstmals zum 31. Dezember 2029, zum 31. Dezember 2034 sowie zum 31. Dezember 2039 einen gemeinsamen Bericht vor über

1. die Festlegung der Leistungsgruppen nach § 135e und ihre Weiterentwicklung, insbesondere hinsichtlich der durch die nach § 6a des Krankenhausfinanzie-

rungsgesetzes zugewiesenen Leistungsgruppen hervorgerufenen Konzentrationseffekten auf die Leistungserbringung durch die Krankenhäuser, auch über Ländergrenzen hinweg,

2. die Prüfungen der Einhaltung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen durch den Medizinischen Dienst nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1,
3. **die Prüfung der Einhaltung der Mindestvorhaltezahlen durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gemäß § 135f Absatz 3 SGB V,**
- ~~3.~~ **4.** die Auswirkungen der Maßnahmen des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes auf die Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten,
- ~~4.~~ **5.** die Veränderungen der Personalstrukturen in den Krankenhäusern und
- ~~5.~~ **6.** die Auswirkungen auf die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser und die Ausgaben der Krankenkassen.
7. **Die Auswirkungen auf die ambulante Leistungserbringung stationärer Einrichtungen.**
8. **Die Auswirkungen auf die Bürokratie im Bereich der Krankenhausvergütung.**

Die für den Bericht erforderlichen Daten sind ihnen von den Krankenkassen, den Unternehmen der privaten Krankenversicherung, den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenhäusern, **dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus** und den Medizinischen Diensten in anonymisierter Form zu übermitteln.“

Artikel 2 Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 2 § 307 Abs. 1 Satz 3 SGB V „Datenschutzrechtliche Verantwortlichkeiten“

A Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Folgeänderung aufgrund des Inkrafttretens der Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 2 und des Außerkrafttretens der Anlage 1 zu § 135d und Anlage 2 zu § 135e.

B Stellungnahme

Sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 12 § 12 KHEntgG „Vorläufige Vereinbarung“

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung ist eine Ergänzung der vorläufigen Vereinbarung nach § 12 für den Fall, dass eine Einigung über die Höhe des Erlösbetrags und der krankenhausindividuellen Tagesentgelte nicht erfolgt.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 6 Änderung der Verordnung nach § 10 Absatz 6a Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Ermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit, nach § 10 Abs. 6 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates die vom Statistischen Bundesamt zu erhebenden Daten zur Ermittlung des Orientierungswertes nach § 10 Abs. 6 Satz 1 festzulegen, wird auf das Statistische Bundesamt übertragen.

B Stellungnahme

Die Regelung ist nachvollziehbar, da die Expertise über die zu erhebenden Daten beim Statistischen Bundesamt liegt. In die Weiterentwicklung des Orientierungswertes und damit auch in die Frage der zu erhebenden Daten ist die Selbstverwaltung entsprechend einzubinden.

C Änderungsvorschlag

Umsetzung der Änderungsvorschläge in Artikel 4 Nr. 10 c).

III. Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes

Gesetzesänderung in § 3 Absatz 3 Satz 4 Nr. 5 Bundespflegesatzverordnung (BPflV) „Vereinbarung eines Gesamtbetrags“

Ausgangslage

Die BPflV trifft in § 3 Absatz 3 Regelungen zur Vereinbarung eines Gesamtbetrags. Dabei sind nach § 3 Absatz 3 Satz 4 Nr. 5 die Regelungen der G-BA-Richtlinie nach § 136a Absatz 2 SGB V (PPP-RL) zu berücksichtigen. Hierbei handelt es sich um die Gewährleistung einer adäquaten personellen Ausstattung der Kliniken und selbständigen, gebietsärztlich geleiteten Abteilungen für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. In diesem Zusammenhang sind dabei die Details zur Ermittlung des Gesamtbetrags zu regeln, insbesondere die Finanzierung der Mehrkosten, welche durch die Regelungen der G-BA-Richtlinie nach § 136a Absatz 2 SGB V (PPP-RL) entstehen. Dies geschieht in der Nummer 5 des beschriebenen Paragraphen.

Problematik in den Verhandlungen vor Ort

Die Verhandlungen der letzten zwei Jahre haben gezeigt, dass sich die vom Gesetzgeber gewollte Fortschreibung des Gesamtbetrags unter den derzeitigen gesetzlichen Bestimmungen nur konfliktär umsetzen lässt. Die bisherige Formulierung des § 3 Abs. 3 Satz 4 Nr. 5 BPflV eröffnet Interpretationsspielräume und verhindert so eine zügige Budgetverhandlung. Die Regelung lautet wie folgt:

„(3) ¹Für die Jahre ab 2020 ist für ein Krankenhaus ein Gesamtbetrag nach den folgenden Vorgaben zu vereinbaren; Besonderheiten der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sind zu berücksichtigen. ²Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Gesamtbetrags für das Jahr 2020 ist der nach Absatz 2 vereinbarte Gesamtbetrag für das Jahr 2019. ³In den Folgejahren ist Ausgangsgrundlage der für das jeweilige Vorjahr vereinbarte Gesamtbetrag. ⁴Bei der Vereinbarung sind insbesondere zu berücksichtigen:
(...)“

5. die Umsetzung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Anforderungen zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal, sowie eine darüberhinausgehende erforderliche Ausstattung mit therapeutischem Personal,“

Die Krankenhausseite leitet aus Nr. 5, erster Halbsatz, einen *Anspruch zur Finanzierung aller Vollkräfte im therapeutischen Personal* ab, welche nach der PPP-RL errechnet werden. In der Folge würde auch das Bestandspersonal neu bewertet. Diese Auffassung wird unabhängig von einer bereits erfolgten Vorjahresfinanzierung des Bestandspersonals und der damit einhergehenden Berücksichtigung im Budget vertreten. Die beschriebene Sichtweise der Krankenhäuser führt zu Mehrforderungen der psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken, die mit sechs- bis siebenstelligen Beträgen je Einrichtung beziffert werden können. Damit wird für das gesamte therapeutische Personal, welches im Durchschnitt ca. 80 Prozent des Gesamtbetrages der psychiatrischen/psychosomatischen Kliniken ausmacht, die Selbstkostendeckung begehrt.

Diese Problematik wird seitens der Kostenträger kritisch gesehen. Der Gesetzgeber kann unter Hinzuziehung der Bestimmungen in § 3 Abs. 3 Sätze 2 und 3 BPflV, worin die Budgetfindung unter der Maßgabe einer generellen Vorjahresanknüpfung definiert ist, nur die Finanzierung von zusätzlichem therapeutischem Personal (Vollkräfte) gemeint haben. In der Folge ergibt sich eine Finanzierung von zusätzlichen jahresdurchschnittlichen Vollkräften, oberhalb der im Vergleich zum Vorjahr bereits finanzierten jahresdurchschnittlichen Zahl der Vollkräfte. Dies wird auch darin zum Ausdruck gebracht, dass in der Gesetzesbegründung zum Gesetz zur Weiterentwicklung Versorgung und Vergütung der psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen (BT-Drucksache 18/9528, ab Seite 34), von „mit den G-BA-Festlegungen im einzelnen Krankenhaus verbundenen Mehrkosten“ die Rede ist. Der Bezug zum Vorjahr (Gesamtbetrag) ist aufgrund der Gesetzessystematik entscheidend. Ein Finanzierungsanspruch für bereits im Vorjahr finanziertes Bestandspersonal kann daher nicht über § 3 Abs. 3 Satz 4 Nr. 5 BPflV hergeleitet werden.

Die unter zum ersten Halbsatz gemachten Ausführungen treffen ebenso für den zweiten Halbsatz „... sowie eine darüberhinausgehende erforderliche Ausstattung mit therapeutischem Personal ...“ zu. Des Weiteren besteht seitens des zweiten Halbsatzes weiterer Klarstellungsbedarf, der nachfolgend beschrieben werden soll. Die Ge-

setzesbegründung enthält keine näheren Ausführungen zu der Frage, welche Voraussetzungen zur Erfüllung des beschriebenen Tatbestandes erforderlich sind, da die entsprechende Begründung sehr kurzgehalten ist (BT-Drs. 19/14871, S. 121). In den Verhandlungen vor Ort wird diese Anspruchsgrundlage bereits vehement diskutiert. Dabei geht es insbesondere um die Klärung Frage, was unter der „erforderlichen Ausstattung“ im Sinne der Regelung zu verstehen ist. Bei dem Begriff der Erforderlichkeit handelt es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff. Weder das Gesetz noch die Gesetzesbegründung enthalten eine nähere Definition, z. B. welche Kriterien anzusetzen bzw. nachzuweisen sind, um zielführend weiteres Personal zu finanzieren. Es sollten daher einerseits der Begriff der Erforderlichkeit definiert und andererseits messbare Kriterien entwickelt werden, um die Finanzierung von willkürlicher oder ungerechtfertigter Personalbesetzung zu vermeiden. Messbare Parameter für eine Verbesserung der Patientenversorgung und damit für eine gerechtfertigte Finanzierung von zusätzlichem Personal außerhalb der PPP-RL Vorgaben könnten z. B. sein:

- Verringerte Anzahl von Wiederaufnahmen (sogenannte Drehtüreffekte)
- Absenkung der Verweildauer, ohne die Anzahl an Wiederaufnahmen zu erhöhen
- Verkürzung von AU-Zeiten
- Absenkung der Ausfallzeit in einzelnen Berufsgruppen
- Messbare Veränderungen nach dem Krankenhausvergleich (§ 4 BPfLV), insgesamt oder mit einem vordefinierten Krankenhaus; Hierzu wäre die Berücksichtigung der Kostenteile (K-Teile) aus der AEB-Psych im Krankenhaus-Vergleich hilfreich.
- höhere Therapiedichte (hierfür müsste jedoch zuerst eine OPS-Anpassung zur Ausdifferenzierung der Therapieeinheiten in Anzahl und Dauer und bezogen auf die Berufsgruppen erfolgen; Status quo (Ausgangswert) und/oder Gegebenheiten in Vergleichs-Klinik müsste zu erheben sein
- im Vergleich stärkere Reduzierung und/oder Verbesserung von Komorbiditäten
- im Vergleich geringere Mortalitätsraten in einem definierten Zeitraum
- im Vergleich niedrigere Progression der psychischen/psychosomatischen Erkrankungen

Auch die Kombination aus verschiedenen Kriterien ist denkbar.

Aufgrund der beschriebenen unterschiedlichen Auslegungen zwischen den Vertragsparteien auf Ortsebene, gibt es bereits mehrere Schiedsstellenverfahren, die wegen ihrer grundlegenden Bedeutung wahrscheinlich auch beklagt werden. Die Verzögerungen in den Budgetverhandlungen sind bereits jetzt immens, binden im großen Um-

fang Ressourcen und zerstören Vertrauen zwischen den Verhandlungspartnern. Die über das gesamte Bundesgebiet verteilten Rechtsstreitigkeiten verdeutlichen, dass eine gesetzgeberische Klarstellung notwendig ist.

Aufgrund der unklaren rechtlichen Vorgaben droht den Kostenträgern ein zusätzlicher Kostenzuwachs für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen um einen basiswirksamen, d.h. dauerhaften hohen zweistelligen, wenn nicht sogar dreistelligen Millionenbetrag.

Das in der Bundespflegesatzverordnung weiterhin geltenden 2-Säulen-Modell, mit dem die Beitragssatzstabilität der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 71 SGB V) über die grundsätzliche Begrenzung der Budgetsteigerungen auf den Veränderungswert gewährleistet werden soll, muss gestärkt und darf nicht durch unklare Gesetzesformulierungen ausgehöhlt werden.

Angestrebte Gesetzesänderung im § 3 Absatz 3 Satz 4 Nr. 5 BPflV

Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft ist es daher erforderlich, eine Gesetzesanpassung des § 3 Abs. 3 Satz 4 Nr. 5 BPflV vorzunehmen, um die dargestellten Unklarheiten aus den beiden Halbsätzen zu beseitigen, sowie einen Beitrag zur Stabilisierung der GKV-Financen zu leisten. Die Verhandlungen vor Ort erhalten dadurch mehr Verbindlichkeit und werden durch die Verringerung von Interpretationsspielräumen erleichtert und verkürzt; Schiedsstellenverfahren werden vermieden. Die Formulierung könnte unseres Erachtens folgendermaßen aussehen:

Geänderter Gesetzestext § 3 Absatz 3 Satz 4 Nr. 5 BPflV:

- 5. die *sich ergebenden Veränderungen der Anzahl der jahresdurchschnittlichen Vollkräfte durch die* Umsetzung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Anforderungen zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal sowie durch eine darüberhinausgehende erforderliche Ausstattung mit therapeutischem Personal, *sofern diese durch messbare Parameter eine Verbesserung der Patientenversorgung darstellt,***

Gesetzesänderung im § 3 Abs. 3 Sätze 8, 9 und 10 Bundespflegesatzverordnung (BPflV) „Vereinbarung eines Gesamtbetrags“

Ausgangslage

Die BPflV trifft in § 3 Abs. 3 Regelungen zur Vereinbarung eines Gesamtbetrags. Dabei sind nach § 3 Abs. 3 Satz 4 Nr. 5 die Regelungen der G-BA-Richtlinie nach § 136a Abs. 2 SGB V (PPP-RL) zu berücksichtigen. Hierbei handelt es sich um die Gewährleistung einer adäquaten personellen Ausstattung der Kliniken und selbständigen, gebietsärztlich geleiteten Abteilungen für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Damit einher geht ein Nachweisverfahren nach § 18 Abs. 2 BPflV. Der Gesetzgeber knüpft daran einen Budgetbereinigungsmechanismus, sofern die vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde (§ 3 Abs. 3 Sätze 8 bis 10 BPflV).

Der Gesetzgeber beabsichtigt damit, nur das therapeutische Personal im Rahmen der jährlichen Budgets zu finanzieren, welches sich aus den Vorgaben zur Berechnung der Personalausstattung in der Psychiatrie (§ 3 Abs. 3 Satz 4 Nr. 5 i.V.m. § 136a Abs. 2 SGB V) grundsätzlich ergibt und auch dauerhaft und nachweisbar tatsächlich vor Ort in den Kliniken und Abteilungen vorhanden und damit am Patienten tätig ist. Es ergibt sich folglich kein Finanzierungsanspruch, wenn nicht legitimierte Personal-Berechnungen außerhalb der § 136a SGB V als Anspruchsgrundlage verwendet werden und das Personal nicht nachweisbar in der Klinik und am Patienten gearbeitet hat. Das von den Krankenkassen finanzierte zusätzliche therapeutische Personal ist somit nicht im Krankenhaus vorhanden.

Problematik in den Verhandlungen vor Ort

Die Verhandlungen der letzten zwei Jahre haben gezeigt, dass sich die vom Gesetzgeber gewollte Stellen- und Kostenbereinigung für nicht vorgehaltenes therapeutisches Personal unter den derzeitigen gesetzlichen Bestimmungen nicht umsetzen lässt. Die bisherigen Formulierungen in § 3 Abs. 3 Sätze 8 und 9 BPflV

- „[...] zu vereinbaren, **inwieweit** der Gesamtbetrag abzusenken ist.“ Hervorhebung durch Verfasser
- „Eine Absenkung [...] ist nicht vorzunehmen, wenn [...] nachweist, dass nur eine **vorübergehende und keine dauerhafte** Unterschreitung [...] vorliegt.“ Hervorhebung durch den Verfasser

eröffnen Interpretationsspielräume und gewähren unbestimmte Schonfristen ohne alternative Umsetzungsmöglichkeiten oder Übergangsregelungen. Die konsequente

Bereinigung wird dadurch verhindert. Die Krankenhäuser argumentieren stets mit vorübergehenden Nichtbesetzungen, da ein Zeithorizont nicht eindeutig definiert ist. Ebenso wird die Gesamtbetragsabsenkung als zwingende Rechtsfolge aufgrund der Textierung „inwieweit“ negiert. Eine alternative Berücksichtigung -bspw. über Ausgleichs- nicht umgesetzter vereinbarter Stellen in einem klar definierten Übergangszeitraum sieht das Gesetz derzeit nicht vor.

Aus den vorgenannten Gründen bleiben nicht vorgenommene vereinbarte Stellenbesetzungen bisher bei der Budgetfindung ohne Konsequenzen. Dieser Umstand wird seitens der Kostenträger auch deshalb kritisch gesehen, da so erneut ein Auseinanderfallen zwischen dem tatsächlich vorhandenen therapeutischen Personal und dem auf dem Papier vereinbarten therapeutischen Personal entsteht. In der Vergangenheit hatte die BPflV für diese Umstände bereits zwei Mal Nachfinanzierungsansprüche zu Gunsten der Krankenhäuser vorgesehen, ab 2009 über § 6 Abs. 4 BPflV in der am 31.12.2012 geltenden Fassung und nochmals von 2017 bis 2019 nach § 18 Abs. 3 BPflV in der aktuellen Fassung. Eine Soll-Finanzierung von nicht vorhandenem therapeutischem Personal ist auszuschließen. Sie widerspricht dem Wirtschaftlichkeitsgebot des SGB und stellt eine Zweckentfremdung der knappen Beitragsmittel der GKV dar.

Der beschriebene Sachverhalt wird durch aktuelle Budgetforderungen der Krankenhäuser mit vielfach zweistelligen Zuwachsraten verschärft. Die überproportionalen Zuwachsraten werden mit der Notwendigkeit zur Erfüllung der Anforderungen der PPP-RL und der damit verbundenen Vermeidung von möglichen Sanktionen begründet. Die geforderten Personalzuwächse lassen sich jedoch nicht flächendeckend am Arbeitsmarkt realisieren, da das Personal schlicht nicht vorhanden ist. Setzen sich die Krankenhäuser flächendeckend mit ihren Personalforderungen durch, ohne diese in relevantem Umfang zu realisieren, droht aufgrund der interpretationsfähigen Gesetzesformulierung ein zusätzlicher Kostenaufwuchs in der Psychiatrie und Psychosomatik um einen basiswirksamen hohen dreistelligen Millionenbetrag. Es ist deshalb notwendig, eine Gesetzesanpassung für die Sätze 8, 9 und 10 des § 3 Abs. 3 BPflV vorzunehmen, um einen Gleichlauf zwischen vereinbarten und vorgenommenen Stellenbesetzungen und den daraus resultierenden Kosten zu erreichen.

Angestrebte Gesetzesänderung im § 3 Absatz 3 Sätze 8, 9 und 10 BPflV

Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft ist es daher erforderlich, eine Gesetzesanpassung für die Sätze 8 und 9 des § 3 Absatz 3 BPflV vorzunehmen, um eine Kongruenz zwischen vereinbarten und vorgenommenen Stellenbesetzungen und den daraus resultierenden Kosten zu erreichen.

Geänderter Gesetzestext § 3 Absatz 3 BPflV:

„8Sofern sich auf Grundlage der Nachweise nach § 18 Absatz 2 ergibt, dass eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde **oder die vereinbarten Mittel nicht zweckentsprechend verwendet wurden, sind diese Mittel im nächstmöglichen Budgetzeitraum als Ausgleichsbetrag zurückzuzahlen und der Gesamtbetrag ist im Folgejahr entsprechend abzusenken.**

9Eine Absenkung des Gesamtbetrags nach Satz 8 ist nicht vorzunehmen, wenn das Krankenhaus nachweist, dass nur eine vorübergehende und keine dauerhafte Unterschreitung der vereinbarten Stellenzahl **oder der vereinbarten Mittel** vorliegt.

10**Übergangsweise werden nicht zweckentsprechend verwendete Mittel über ein Ausgleichsverfahren zurückbezahlt.**

11Wird nach einer Absenkung des Gesamtbetrags eine Stellenbesetzung vorgenommen, ist der Gesamtbetrag für den nächsten Vereinbarungszeitraum in Höhe der entstehenden zusätzlichen Kosten zu erhöhen.“

Gesetzesänderung § 136b Absatz 1 neue Nummer 5 SGB V „Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus“

Als Ersatz für den zur Streichung vorgeschlagenen § 40 KHG erfolgt eine Ergänzung des § 136b SGB V. Zur deutlichen Steigerung der Qualität und der Patientensicherheit wird der G-BA beauftragt mit einer klaren Terminvorgabe die Ergebnisse der WiZen-Studie (Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren) in Form einer Richtlinie umzusetzen und in Folge weitere onkologische Leistungsbereiche zu ergänzen.

§ 136b Absatz 1 neue Nummer 5 SGB V

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss fasst für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und Patienten auch Beschlüsse über

1.
2.
3.
4.
5. **die Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit in der onkologischen Versorgung und setzt bis zum 31.12.2026 erste wissenschaftliche Ergebnisse zur Versorgung in onkologischen Zentren um. Bis zum 31.12.2028 prüft er weitere Leistungsbereiche und ergänzt dies in seiner Richtlinie.**

Beauftragung der Ermittlung eines Bedarfsbemessungsinstrumentes

Schaffung eines neuen Paragraphen

Um zukunftsfähige Krankenhausstrukturen zu schaffen, muss sich aus Sicht des AOK-Bundesverbandes die Vorhaltekostenfinanzierung am Versorgungsbedarf in der Bevölkerung orientieren. Um langfristig die realen Versorgungsbedarfe aus der Bevölkerung heraus ermitteln zu können, muss ein wissenschaftlich fundiertes Instrument zur Bedarfsermittlung entwickelt werden. Mit diesem sollen Bevölkerungsprognosen und Erreichbarkeitsaspekte ermittelt sowie Morbidität, Mitversorgungseffekte und Ambulantisierung berücksichtigt werden. Die Erarbeitung eines wissenschaftlichen Bedarfsbemessungsinstrumentes sollte zeitnah beauftragt werden.

§ X (noch zu benennen)

Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt bis zum 31.12.2025 eine durch den Gesetzgeber noch zu bestimmende neutrale Institution mit der Erarbeitung eines bevölkerungsbezogenen Bedarfsbemessungsinstrumentes. Die benannte Institution legt dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30.06.2026 ein Konzept vor. Dieses umfasst die Erstellung von Bevölkerungsprognosen und berücksichtigt unter anderem Erreichbarkeiten sowie Morbidität, Mitversorgungseffekte und Ambulantisierung.

Anlage: Sektorenübergreifende Versorger	
Vorschlag Gesetzestext im SGB V	Erläuterungen
4. Kapitel 4. Abschnitt Erster Titel (§ 115 bis § 122) Beziehungen zu Krankenhäusern und Vertragsärzten Zweiter Titel Krankenhaus als Sektorenübergreifender Versorger § 123a Sektorenübergreifende Versorger	
<p>(1)</p> <p>Als Sektorenübergreifende Versorger bieten Krankenhäuser eine Versorgung mit medizinisch-pflegerischen Leistungen. Die pflegerische Versorgung und eine ärztliche Rufbereitschaft sind für 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche sicherzustellen. Zusätzlich kann bei regionalem Bedarf eine ärztliche Versorgung im Rahmen des ambulanten Operierens nach § 115b, der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f, einer Ermächtigung, der ambulanten Notfallversorgung, oder belegärztlich erfolgen. Bei regionalem Bedarf können Sektorenübergreifende Versorger zudem eine rein pflegerisch-therapeutische Versorgung erbringen. Hierbei ist ausschließlich eine pflegerische Versorgung 24</p>	<p>Sektorenübergreifende Versorger bieten mit der medizinisch-pflegerischen Versorgung die Möglichkeit, eine aktuell bestehende Versorgungslücke zu schließen. Bestimmte Patientengruppen (insbesondere ältere, multimorbide Patienten/-innen, die z. B. zusätzlich einen akuten Infekt aufweisen) gelangen in die vollstationäre Versorgung, obwohl eine pflegerische Rund-um-die-Uhr-Versorgung, mit der Möglichkeit der Hinzuziehung ärztlicher Expertise, ausreichen würde. Hierfür wird mit der medizinisch-pflegerischen Versorgung eine neue adäquate Versorgungsform geschaffen. Auch im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung kommt es zur Fehlver-</p>

Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche sicherzustellen. Bei Bedarf werden weitere therapeutische Berufsgruppen hinzugezogen.

sorgung, wenn Patienten/-innen nicht direkt im häuslichen Umfeld angemessen versorgt werden können. Als Lösungsansätze wurden die Übergangspflege nach § 39e SGB V sowie die Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V eingeführt, welche jedoch kaum zum Tragen kommen. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Ambulantisierungspotenziale aktuell bei Weitem nicht ausgeschöpft werden. Im europäischen Vergleich liegt in Deutschland der Anteil stationärer Leistungserbringung bei Leistungen, die auch ambulant erbracht werden könnten, deutlich über dem in anderen Ländern. Darüber hinaus besteht eine Fehlinanspruchnahme der Notfallversorgung.

Mit der rein pflegerisch-therapeutischen Versorgung wird zudem eine Möglichkeit der Versorgung von Patienten/-innen vorgesehen, deren Ziel eine Steigerung der Selbstversorgungskompetenz ist und damit die Aufrechterhaltung oder Wiedererlangung der Selbstständigkeit fördert.

Sektorenübergreifende Versorger können zur Lösung der oben genannten Herausforderungen einen signifikanten Beitrag leisten. So können Krankenhäuser als Gesundheitsstandort in der Region erhalten bleiben. Gleichzeitig werden regionale Gestaltungsspielräume geschaffen und eine verbesserte Versorgungssteuerung ermöglicht. Eine proaktive Neuausrichtung

	<p>der Versorgung in diesen Häusern wird sowohl einen positiven Einfluss auf das Image nach außen als auch das Betriebsklima haben. Mit einem pflegerischen Fokus und mehr Verantwortung für die Pflege wird die Attraktivität des Berufs gesteigert. Zudem kann die Fehlinanspruchnahme stationärer Notfallversorgung reduziert werden.</p> <p>Um diese Ziele zu erreichen, wird auf akutstationäre Versorgung durch Sektorenübergreifende Versorger verzichtet.</p> <p>Der Fokus der Einrichtungen liegt auf der pflegerischen Versorgung. Sofern zusätzlich ärztliche Leistungen erbracht werden sollen, gelten die Regelungen des SGB V zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung.</p>
<p>(2)</p> <p>Die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden können Plankrankenhäuser nach § 108 Nummer 2 SGB V im Krankenhausplan als Sektorenübergreifende Versorger mit medizinisch-pflegerischen Leistungen ausweisen. Hierbei haben die Kassenärztliche Vereinigung, die Landeskrankenhausgesellschaft und die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen sowie das Gremium nach § 90a ein Stimmrecht. Die Festlegung der Krankenhäuser als Sektorenübergreifende Versorger durch die zuständigen Landesbehörden erfolgt nach Anhörung</p>	<p>Vor dem Hintergrund der Krankenhausreform soll die Möglichkeit der Ausgestaltung als Sektorenübergreifender Versorger insbesondere „kleine“ Krankenhäuser, die eine stationäre Behandlung unter qualitativen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten nicht mehr anbieten können und nicht zur Versorgungssicherstellung erforderlich sind, umfassen. Diese Standorte können so mit einem entsprechenden Versorgungsauftrag durch die Krankenhausplanung erhalten werden, um</p>

von Kassenärztlicher Vereinigung, Landeskrankenhausgesellschaft und der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen. Jeweilige bestehende landesrechtliche Regelungen zum Einbezug der Landesverbände über ein Stellungnahmerecht hinaus sind hierbei zu berücksichtigen.

Für Sektorenübergreifende Versorger gelten § 115b Absatz 2 und § 115f Absatz 3 entsprechend.

Einrichtungen sind auf Antrag vom Zulassungsausschuss in Planungsbe-
reichen, in denen eine Überversorgung nach § 103 Abs. 1 Satz 1 nicht fest-
gestellt worden ist, zur vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen.
Der Umfang der Ermächtigung ist so zu begrenzen, dass eine Überver-
sorgung ausgeschlossen ist. Die für die Krankenhausplanung zuständi-
gen Landesbehörden können gemeinsam mit der Kassenärztlichen Ver-
einigung die Ergänzung der Leistungen um eine ambulante Notfallpraxis
für Sektorenübergreifende Versorger festlegen.

Soll aufgrund eines entsprechenden regionalen Bedarfs zusätzlich eine
rein pflegerisch-therapeutische Versorgung erfolgen, hat der Sektoren-
übergreifende Versorger entsprechende Versorgungsverträge mit den
Pflegekassen gemäß § 72 SGB XI abzuschließen.

Ansonsten gelten die Regelungen dieses Buches.

einen regionalen Versorgungszugang weiterhin gewährleisten
zu können. Damit der regionale Bedarf ausreichend berück-
sichtigt wird, haben die Planungsbehörden Stellungnahmen
der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landeskrankenhausge-
sellschaft und der Landesverbände der Krankenkassen und
Ersatzkassen zu berücksichtigen. Mittelfristig wird ein sektor-
übergreifendes Planungsgremium gegründet, welches alle
Seiten beinhaltet und gemeinsam Planungsentscheidungen
trifft. Die Pflegevertretung ist perspektivisch über die Landes-
pflegeräte stimmberechtigt zu beteiligen.

Für weitere Versorgungsaufträge greifen die bestehenden Re-
gelungen.

Ergänzend wird neu geregelt, dass bei offenen Zulassungen
im vertragsärztlichen Bereich eine Ermächtigung für die Leis-
tungserbringung im jeweiligen Fachbereich erfolgt. Für eine
größere Planungssicherheit gilt diese anschließend für einen
Zeitraum von 5 Jahren. Die Krankenhäuser unterliegen hier
nicht der Entscheidungsbefugnis des Zulassungsausschusses,
da dieser in diesem Fall zur Ermächtigung verpflichtet ist. Auf
diese Weise werden auch regionale Bedarfe im vertragsärztli-
chen Bereich berücksichtigt und ärztliche Kapazitäten können

<p>(3)</p> <p>Sektorenübergreifende Versorger müssen in Abhängigkeit von ihren konkreten Versorgungsaufträgen nachstehende Anforderungen erfüllen.</p> <p>Für die Erbringung der medizinisch-pflegerischen Versorgung gelten folgende Voraussetzungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gewährleistung unterschiedlicher Zugangswege für die Patienten und Patientinnen sowie Sicherstellung der Weiter- oder Anschlussversorgung durch weitere Leistungserbringende. 2. Qualifizierte Pflegefachpersonen sind jederzeit vor Ort verfügbar. Eine ärztliche Rufbereitschaft ist über Kooperationsverträge zwischen dem Sektorenübergreifenden Versorger und Ärzten sicherzustellen, wobei auch telemedizinische Leistungen eingesetzt werden können. Weiteres therapeutisches Personal wird im Bedarfsfall hinzugezogen. 3. Schnittstellenmanagement. 4. Digitalisierung der Versorgungsprozesse. <p>Die Prüfung der Einhaltung der Anforderungen obliegt den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden. Sie können auch Dritte mit der Durchführung der Prüfung beauftragen.</p> <p>Für die Erbringung der pflegerisch-therapeutischen Versorgung gelten folgende Anforderungen:</p>	<p>in der Region gehalten werden.</p> <p>Anforderungen für die medizinisch-pflegerische Versorgung:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sektorenübergreifende Versorger sollen möglichst niedrigschwellig zugänglich sein. Daher hat die Einrichtung sicherzustellen, dass verschiedene Zugangsmöglichkeiten bestehen. Da Sektorenübergreifende Versorger nicht über eine Notaufnahme verfügen, werden sie nicht vom Rettungsdienst angefahren. Ansonsten sind sämtliche Zugangswege grundsätzlich möglich. Es muss ermöglicht werden, dass Patienten/-innen zum Beispiel aus der hausärztlichen Versorgung an einen Sektorenübergreifenden Versorger überwiesen werden. Zudem muss ein direkter Zugang aus der Häuslichkeit, wobei es sich auch um Pflegeeinrichtungen handeln kann, sichergestellt werden. Ebenso muss eine Versorgung im Anschluss an eine vollstationäre Behandlung oder Notfallversorgung in einem anderen Krankenhaus ermöglicht werden. 2. Sektorenübergreifende Versorger halten keine akutstationäre Versorgung vor. Dies war in der Vergangenheit bereits aus qualitativen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten nicht möglich und wird auch weiterhin nicht möglich sein. Für die nun stattdessen zum Tragen
---	--

1. Gewährleistung unterschiedlicher Zugangswege für die Patienten und Patientinnen sowie Sicherstellung der Weiter- oder Anschlussversorgung durch weitere Leistungserbringende.
2. Vertrag nach § 78b SGB XI (neu).
3. Pflegefachpersonen sind jederzeit vor Ort verfügbar. Die Leitung erfolgt durch eine Pflegefachperson. Diese zieht bei Bedarf Ärzte/-innen und weitere Therapeuten/-innen hinzu. Zu diesen gehören immer mindestens Physio- und Ergotherapeuten/-innen sowie Logopäden/-innen. Zudem ist ein Sozialdienst und ein Casemanagement vorzuhalten. Bei Bedarf können weitere Berufsgruppen hinzugezogen werden.
4. Koordination der individuellen Versorgungssituation unter Einbeziehung aller benötigten therapeutischen Berufsgruppen (z.B. auch Alterspädagogik) im Rahmen einer interprofessionellen Zusammenarbeit über Festanstellung oder Nachweis von Kooperationen.

Für die Erbringung weiterer ambulanter Leistungen gelten die jeweiligen Regelungen dieses Buches.

komme medizinisch-pflegerische Versorgung ist es hingegen nicht erforderlich, dass ärztliches Personal Rund-um-die-Uhr vor Ort ist. Es ist ausreichend, wenn im Bedarfsfall ein Zugriff auf ärztliches Personal über eine Rufbereitschaft sichergestellt wird. Ebenso wird weiteres therapeutisches Personal im Bedarfsfall hinzugezogen.

3. Für Sektorenübergreifende Versorger und im Hinblick auf die verschiedenen Zugangsmöglichkeiten ist insbesondere ein funktionierendes Schnittstellenmanagement relevant.
4. Soweit wie möglich müssen im Sinne der Effizienz zudem die Versorgungsprozesse digitalisiert werden.

Die Krankenhausplanungsbehörden sind zur Prüfung der Einhaltung der Anforderungen verpflichtet. Sie können bei Bedarf an Dritte, wie die Kassenärztlichen Vereinigungen oder den Medizinischen Dienst, übertragen werden.

Für die Erbringung der pflegerisch-therapeutischen Versorgung gilt abweichend folgendes:

Es muss ermöglicht werden, dass Patienten/-innen zum Bei-

spiel aus der hausärztlichen Versorgung an einen Sektoren-
übergreifenden Versorger überwiesen werden. Zudem muss ein
direkter Zugang aus der Häuslichkeit, soweit es sich hierbei
um eine Pflegeeinrichtung handelt, sichergestellt werden.
Ebenso muss eine Versorgung im Anschluss an eine vollstation-
näre Behandlung oder Notfallversorgung in einem anderen
Krankenhaus ermöglicht werden.

Die Umsetzung einer ganzheitlichen Versorgungsstrategie
kann nur erreicht werden, wenn eine konsequente Vernetzung
der ambulanten und stationären Angebote sowie eine enge
Kooperation mit dem Quartier erfolgt. Für die Umsetzung des
pflegerisch-therapeutischen Ansatzes bedarf es der Zusam-
menarbeit im interprofessionellen Team. Die pflegerische Lei-
tung stellt hierbei die Koordinierungsinstanz dar. Die ver-
schiedensten Leistungsinhalte, wie beispielsweise Beratung,
Koordination, additive Teilversorgung oder Vollversorgung,
sind in Absprache mit dem interprofessionellen Team festzu-
legen.

Dabei sollten an der Versorgung beteiligten Leistungserbrin-
ger zur pflegerischen-therapeutischen Versorgung bei typi-
schen altersspezifischen Syndromen, z. B. Sturzneigung, Man-
gel- oder Fehlernährung oder kognitiven Defiziten sowie typi-
schen geria-trischen Hauptdiagnosen, wie z. B. Schlaganfall,

	<p>Demenz oder Zustand nach operativer Versorgung mit Totalendoprothesen beraten werden.</p> <p>Des Weiteren sollte mit weiteren Leistungserbringern (z. B. Apotheken, Sanitätshäusern) für eine kontinuierliche und bedarfsgerechte Versorgung kooperiert werden.</p> <p>Für die Erbringung von Leistungen des AOP-Katalogs nach § 115b sowie ggf. weiterer vertragsärztlicher Leistungen werden keine weiteren Anforderungen definiert. Hier gelten die bereits vorhandenen jeweiligen Anforderungen.</p>
<p>(4)</p> <p>Für die Vergütung der medizinisch-pflegerischen Versorgung schließen die Landeskrankenhausesellschaften, die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen auf der Landesebene eine Vereinbarung, welche eine Tagespauschale für den pflegerischen und therapeutischen Anteil der Versorgung umfasst. Die ärztliche Rufbereitschaft wird entsprechend des einheitlichen Bewertungsmaßstabes vergütet und über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet.</p>	<p>Im Vordergrund der medizinisch-pflegerischen Versorgung stehen die pflegerischen Leistungen. Mit einer zu vereinbarenden Tagespauschale sollen sowohl die pflegerischen Leistungen als auch weitere therapeutische Leistungen vergütet werden. Es erscheint sachgemäß, dass bei der Vereinbarung die Übergangspflege gemäß § 39e SGB V als Grundlage dient. Ärztliche Leistungen, die nur im Bedarfsfall zum Tragen kommen und da dementsprechend ärztliches Personal nicht Rund-</p>

Für alle weiteren Leistungen erfolgt die Vergütung auf Grundlage der jeweils geltenden Regelungen.	um-die-Uhr vor Ort zur Verfügung steht, werden nach EBM, ergänzend zur Tagespauschale, vergütet. Für alle weiteren Versorgungsaufträge gelten die jeweiligen gesetzlichen Regelungen.
(5) Nach Feststellung des Bedarfs durch den Landesausschuss und im Einvernehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde kann ein Sektorenübergreifender Versorger als Primärversorgungszentrum gemäß § 73 a ausgestaltet werden.	Abweichend von den Absätzen 1 bis 4 kann ein Sektorenübergreifender Versorger auch als Primärversorgungszentrum ausgestaltet werden. Hierfür ist erforderlich, dass gemeinsam zwischen Landesausschuss und der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde festgestellt wird, dass ein entsprechender Bedarf in der Region vorliegt. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass bei der Ausgestaltung der Einrichtungen immer der regionale Bedarf an erster Stelle steht und bei nicht vorhandenem Bedarf auch von einer medizinisch-pflegerischen Versorgung abgesehen werden kann, oder diese ggf. um ein Primärversorgungszentrum ergänzt werden kann.
Folgeänderungen im SGB XI	Erläuterungen
SGB XI Dritter Abschnitt Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern	

§ 78b (neu) pflegerisch-therapeutische Versorgung	
<p>(1) Die Pflegekassen können mit Krankenhäusern als sektorenübergreifende Versorger Verträge über pflegerisch-therapeutische Versorgung schließen.</p> <p>(2) In den Verträgen nach Absatz 1 ist das Nähere über Art, Inhalt und Umfang der zu erbringenden Leistungen der pflegerisch-therapeutischen Versorgung sowie deren Vergütung zu regeln. Diese Verträge können von den Vorschriften der §§ 75 und 85 abweichende Regelungen treffen.</p>	<p>Vor dem Hintergrund des zunehmenden Anteils älterer und sehr alter Menschen in der Bevölkerung werden Gesundheitsförderung und Prävention im Alter immer wichtiger. Auch gilt es, einer Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, oder diese möglichst lange hinauszuzögern. Insbesondere pflegerisch-therapeutische Ansätze können zu einem gesunden Altern, zum Erhalt der Selbstständigkeit und zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit beitragen. Für eine zielgerichtete Umsetzung der pflegerisch-therapeutischen Versorgung können Pflegekassen Versorgungsverträge mit Krankenhäusern schließen. Die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team ist dabei ausschlaggebend. Maßnahmen zur Vermeidung, Überwindung, Minderung oder Verhinderung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit sind zentraler Gegenstand der Versorgung.</p>