

Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Anhörung des Gesundheitsausschusses am 17.12.2025

**zum Gesetzentwurf zur Anpassung der Krankenhausre-
form (Krankenhausreformanpassungsgesetz – KHAG)
Bundestags-Drucksache 21/2512**

Stand: 24.11.2025

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

**AOK-Bundesverband
Die Gesundheitskasse.**

Inhaltsverzeichnis

I. Zusammenfassung.....	6
Artikel 1 Änderung des 5. Buches Sozialgesetzbuch	10
Nr. 1 § 109 SGB V Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern.....	10
Nr. 2 § 110 SGB V Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern....	11
Nr. 3 § 135d SGB V Transparenz der Qualität der Krankenhausbehandlung	12
Nr. 4 § 135e SGB V Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung	12
Nr. 5 § 135f SGB V Mindestvorhaltezahlen für Krankenhausbehandlungen	16
Nr. 6 § 136a Absatz 7 SGB V Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen.....	17
Nr. 7. § 136c SGB V Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung.....	18
Nr. 8. § 137i SGB V Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern; Verordnungsermächtigung	19
Nr. 9 § 221 SGB V Beteiligung des Bundes an Aufwendungen	20
Nr. 10 § 271 SGB V Gesundheitsfonds.....	21
Nr.11 § 275a SGB V Prüfungen zu Qualitätskriterien, Strukturmerkmalen und Qualitätsanforderungen in Krankenhäusern	23
Nr. 12 § 278 SGB V Medizinischer Dienst	24
Nr. 13 § 283 SGB V Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund.....	25
Nr. 14 § 427 SGB V Evaluation des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes.....	26
Nr. 15 Anlage 1.....	27
Artikel 2 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	29
Nr. 1 § 2a KHG Krankenhausstandort.....	29
Nr. 2 § 6a KHG Zuweisung von Leistungsgruppen.....	30
Nr. 3 § 6b KHG Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben	35
Nr. 4 § 12a KHG Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019.....	36
Nr. 5 § 12b KHG Transformationsfonds, Verordnungsermächtigung	37
Nr. 6 § 13 KHG Entscheidung zu den förderungsfähigen Vorhaben	39

Nr. 7 § 17b KHG Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung	40
Nr. 8 § 37 KHG Aufgaben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit der Ermittlung der Vergütung eines Vorhaltebudgets.....	41
Nr. 9 § 38 KHG Aufgaben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit Zuschlägen zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken.....	43
Nr. 10 § 39 KHG Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin	44
Nr. 11 § 40 KHG Aufgaben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte und des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus hinsichtlich der Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen.....	45
Artikel 3 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	46
Nr. 1 Inhaltsübersicht Angabe zu § 10 KHEntgG.....	46
Nr. 2 § 1 KHEntgG Anwendungsbereich	47
Nr. 3 § 3 KHEntgG Grundlagen	48
Nr. 4 § 4 KHEntgG Vereinbarung eines Erlösbudgets	49
Nr. 5 § 5 KHEntgG Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen	50
Nr. 6 § 6b KHEntgG Vergütung eines Vorhaltebudgets.....	52
Nr. 7 § 7 KHEntgG Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen.....	53
Nr. 8 § 8 KHEntgG Berechnung der Entgelte	54
Nr. 9 § 9 KHEntgG Vereinbarung auf Bundesebene.....	55
Nr. 10 § 10 KHEntgG Vereinbarung auf Landesebene	56
Nr. 11 § 11 KHEntgG Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus.....	57
Nr. 12 § 14 KHEntgG Genehmigung.....	58
Nr. 13 § 21 KHEntgG Übermittlung und Nutzung von Daten.....	59
Artikel 4 Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung.....	60
Nr. 1 § 2 KHTFV Förderfähigkeit	60
Nr. 2 § 3 KHTFV Regelungen zu den einzelnen Fördertatbeständen nach § 12b Absatz 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.....	61
Nr. 3 § 4 KHTFV Antragstellung.....	62
Nr. 4 § 5 KHTFV Auszahlung der Fördermittel	64

Nr. 5 § 6 KHTFV Verwendung der Fördermittel.....	65
Nr. 6 § 7 KHTFV Rückforderung der Fördermittel	66
Nr. 7 § 8 KHTFV Aufgaben des Bundesamtes für Soziale Sicherung.....	67
Artikel 5 Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen.....	68
Nr. 1 § 186a GWB Fusionskontrolle im Krankenhausbereich.....	68
Nr. 2 § 187 GWB Übergangs- und Schlussbestimmungen	70
Artikel 6 Änderung der Bundespflegesatzverordnung	71
Nr. 1 § 9 BPflV Vereinbarung auf Bundesebene	71
Nr. 2 § 11 BPflV Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus	72
Nr. 3 § 14 BPflV Genehmigung	73
Artikel 7 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch.....	74
§ 53d SGB XI Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund.....	74
Artikel 8 Inkrafttreten	75
II. Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes	76
Maßnahmen zur Entbürokratisierung.....	98
Investitionskostenfinanzierung der Krankenhäuser	101
Verwendung der Mittel für Verteidigungsausgaben zur Schließung der Investitionskostenlücke bei den Krankenhäusern. § 109 Absatz 5 Satz 5 und 6 SGB V - Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern.....	102
§ 2 KHEntgG - Übertragung der Aufgaben im Zusammenhang mit der Ausweisung der Zentren und Schwerpunkte durch die zuständige Landesbehörde auf die Vertragsparteien auf Ortsebene.....	104
§ 6 KHEntgG Vereinbarung sonstiger Entgelte	105
§ 17b KHG - Pflegebudget: Schärfung des Begriffs "Pflege am Bett"	107
§ 6a KHEntgG Streichung Pflegeentlastende Maßnahmen (PEM).....	110
Ergänzender Änderungsbedarf Sektorenübergreifende Versorger.....	111
§ 136b Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus	118
§ 301 Abs. 3 Nr. 6 SGB V Auftrag an den GKV-SV und die Deutsche Krankenhausgesellschaft für eine bundeseinheitliche Bezeichnung und Bestimmung von Fachabteilungen in deutschen Krankenhäusern.....	120
§ 6a Krankenhausfinanzierungsgesetz - Zuweisung von Leistungsgruppen und Fachabteilungen	121

§ 275a SGB V - Prüfungen von Qualitätskriterien, Strukturmerkmalen und Qualitätsanforderungen in Krankenhäusern	122
§ 9 Abs. 1 b Satz 1 KHEntgG Anpassung des Veränderungswertes	123
§ 10 KHEntgG Einnahmeorientierte Ausgabenpolitik.....	124
§ 10 Abs. 5 KHEntgG - Streichung Tarifratenregelung.....	125
§ 10 Abs. 6 Satz 6 KHEntgG - Streichung der Meistbegünstigungsklausel.....	126
11 KHEntgG - Genehmigung von vereinbarten Sanktionsabschlägen	127
§ 3 Absatz 3 Satz 4 Nr. 5 Bundespflegesatzverordnung (BPflV) „Vereinbarung eines Gesamtbetrags“	128
§ 3 Abs. 3 Sätze 8, 9 und 10 Bundespflegesatzverordnung (BPflV) „Vereinbarung eines Gesamtbetrags“	131
Aufhebung der Mandatsbegrenzung für ehrenamtliche Mitglieder des Medizinischen Dienstes: Änderungsbedarf der §§ 279 und 282 SGB V.....	133

I. Zusammenfassung

Ziel des vorliegenden Gesetzesentwurfs zum Krankenhausreformsanpassungsgesetz (KHAG) muss es sein, die Umsetzbarkeit der Krankenhausreform zu gewährleisten. Die im Gesetzesentwurf des KHAG enthaltenen Änderungen, unter anderem Anpassungen des Reformzeitplans, gehen dabei nicht weit genug und beseitigen die bestehenden Konstruktionsfehler nicht. Ganz im Gegenteil werden weitere Ausnahmeregelungen bei den Qualitätsvorgaben vorgesehen und die Erreichbarkeitsvorgaben gestrichen.

Patientenschutz erhalten

Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes sind diese Änderungen abzulehnen, weil sie zu einer weiteren Verwässerung der Versorgungsqualität und des Patientenschutzes führen. Zudem beinhalten sie die Gefahr, dass die Planungen im Zuge der Reform nicht mit dem Zielbild von bedarfsgerechten und effizienten Strukturen vollzogen und Qualitätsmängel sich dadurch verstetigen werden. Auch mit Blick auf den vorherrschenden Fachkräftemangel muss eine Zentralisierung und Spezialisierung der Krankenhausversorgung weiterhin das Ziel sein, die durch weitergehende Ausnahmeregelungen nicht ausgehebelt werden dürfen.

Zwar ist das Einvernehmen mit den Krankenkassen bei den Ausnahmeregelungen ausdrücklich zu begrüßen, es braucht jedoch eine gemeinsame Grundlage, um fundiert Entscheidungen treffen zu können. Differenzierte Erreichbarkeitsvorgaben je Leistungsgruppe sollten dabei als bundeseinheitliche Leitplanken gelten, damit es nicht zu vermeidbaren Schwierigkeiten auf der Ortsebene kommt und die Festlegung der Ausnahmeregelungen nicht politischer Willkür unterliegt.

Fallunabhängige Vorhaltefinanzierung umsetzen

Vielmehr sollte das KHAG echte Nachbesserungen an der Krankenhausreform voranbringen. An erster Stelle steht die Einführung einer bedarfsorientierten und fallzahlunabhängigen Vorhaltefinanzierung auf der Basis von Planfallzahlen. Die Verschiebung der Vorhaltefinanzierung um ein Jahr sollte daher genutzt werden, um ein wissenschaftliches Bedarfsbemessungsinstrument zu entwickeln. Nach der Einführungsphase sollte unmittelbar ein Umstieg in ein bedarfsorientiertes System erfolgen. Entscheidend ist, dass Planung und Finanzierung zeitnah zusammenlaufen. Das aktuell vorgesehene System auf Basis von Ist-Fallzahlen birgt dabei zu viele Fehlanreize. Durch die Verteilung der Vorhaltefinanzierung auf der Basis der Ist-Fallzahlen und der vorgesehenen Regelungen von Fallzahl-Korridoren wird es vermehrt ökonomisch motivierte Behandlungsentscheidungen geben. Dies vor allem deshalb, weil eine Fallzahl von knapp über 80 % bzw. über 120 % des Fallzahlkorridors die Leistungserbringung für das Krankenhaus wirtschaftlich optimiert. Bei Krankenhausträgern mit mehreren Standorten wird eine entsprechende Patientensteuerung vor allem zu erwarten sein.

Sektorenübergreifende Versorger weiterentwickeln

Neben der Vorhaltefinanzierung sollten die grundsätzlichen Webfehler bei der Ausgestaltung der Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen behoben werden. Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes muss auf eine verpflichtende Vorhaltung von

stationären Leistungen verzichtet werden. Der Fokus sollte vielmehr auf ambulanter Behandlung mit Übernachtungsmöglichkeit liegen. Der AOK-Bundesverband schlägt eine Ausgestaltung der Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen vor, bei der das Kernelement die medizinisch-pflegerische Versorgung ist. Diese kann, bei entsprechendem regionalem Bedarf, um weitere Komponenten der ambulanten Versorgung oder gegebenenfalls auch durch eine rein pflegerisch-therapeutische Versorgung ergänzt werden.

Gelegenheitsversorgung nachhaltig ausschließen

Neben diesen grundlegenden Änderungen am System sollten mit dem KHAG vordergründig Anpassungen vorgenommen werden, mit denen die Umsetzung der Krankenhausreform rechtssicher erfolgen kann. So ist zu gewährleisten, dass Versorgungsaufträge durch die Länder verbindlich vergeben werden können. Der Ausschluss von Gelegenheitsversorgung über Instrumente, wie die im Rahmen der Krankenhausreform vorgesehenen Mindestvorhaltezahlen und onkologisch-chirurgischen Versorgungsvorgaben (sofern eingeführt), sollte demnach schon vor der Vergabe der Versorgungsaufträge Berücksichtigung finden.

Als Alternative zu den Mindestvorhaltezahlen könnte eine Mindestgröße bei der Verteilung eines Versorgungsauftrags festgelegt werden. Damit könnte die Anzahl der zu vergebenden Versorgungsaufträge pro Planungsregion rechtssicher erfolgen. Wichtig ist, dass Mindestvorhaltezahlen die Mindestmengenregelungen des G-BA nicht unterschreiten, sondern weitere notwendige Konzentrationsprozesse anstoßen.

Onkologische Versorgung durch Zertifizierung sichern

Die onkologisch-chirurgische Versorgungsvorgabe (§ 40 KHG) wird in der jetzigen Form abgelehnt. Stattdessen sollte ein wissenschaftlicher Ansatz gewählt werden. Hierzu werden die Zertifizierungskriterien der Deutschen Krebsgesellschaft für die Auswahl geeigneter Leistungserbringende empfohlen (Umsetzung der Ergebnisse der WiZen-Studie). Darüber hinaus sollten für die wesentlichen Tumorentitäten jeweils eigene Leistungsgruppen definiert werden, die dann eigenständig geplant werden können. Damit würden die Mindestvorhaltezahlen, sofern eingeführt, auch für diese Leistungsgruppen gelten.

Eindeutige Definition von Leistungsgruppen notwendig

Aktuell festzustellen ist zudem eine Divergenz zwischen den Versorgungsaufträgen über Leistungsgruppen und dem InEK-Grouper. Dabei müssen Leistungsgruppenplanung durch die Landesbehörden und die Grouper-Weiterentwicklung durch das InEK Hand in Hand gehen. Damit Planung und Finanzierung tatsächlich zusammenlaufen können, ist es unerlässlich, über eine bundeseinheitliche Planungssprache zu verfügen und diese algorithmisch im InEK-Grouper zu hinterlegen. Solange das Verhältnis zwischen den Inhalten von Versorgungsaufträgen und Ergebnissen des InEK-Grouper nicht ausreichend geklärt ist, ist die eindeutige Zuordnung aller Fälle zu exakt einer Leistungsgruppe in der Versorgungsrealität manipulationsanfällig. Für Krankenhäuser besteht ein Anreiz, Fälle in eine gewünschte Leistungsgruppe, zum Beispiel zur Erreichung der Mindestvorhaltezahlen oder um die Neukalkulation des Vorhaltebudgets zu erzwingen, gezielt zu steuern.

Kein NRW-Sonderweg

Die Sonderregelung für NRW wird abgelehnt. Ziel der Krankenhausreform ist unter anderem die Schaffung bundesweit einheitlicher Strukturen im Hinblick auf die Leistungsgruppen, die dazugehörigen Leistungsgruppendifinitionen und Qualitätskriterien. Aufgrund des Aussetzens der Vorhaltefinanzierung für NRW bis Ende 2030 müssen parallel zwei Abrechnungssysteme verfügbar sein. Die Krankenhausreform in NRW wurde als lernendes System konzipiert, sodass die Ergänzung einer weiteren Leistungsgruppe und die Teilnahme an den weiteren bundeseinheitlichen Regelungen (MD-Beauftragung etc.) dem nicht widerspricht. Ein Festhalten an den jetzigen Strukturen bis 2030 ist nicht zielführend.

Um die Umsetzung der Krankenhausreform zu gewährleisten, sollte sich der Gesetzesentwurf auf die zentralen Ziele konzentrieren: Die Einführung einer bundeseinheitlich differenzierten Krankenhausplanung über bundeseinheitlich definierte Leistungsgruppen und Fallzuordnungen, die zugleich und verbindlich Basis für den InEK-Grouper sind; darüber hinaus die Einführung einer fallzahlunabhängigen und bedarfsorientierten Vorhaltefinanzierung auf der Basis von Planfallzahlen sowie eine zukunfts feste Ausgestaltung der Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen. In Anbetracht der Verschiebung des Reformzeitplans um ein Jahr sollte die Zeit genutzt werden, um inhaltliche Konkretisierungen und Nachbesserungen an diesen Regelungen vorzunehmen.

Daseinsvorsorge zu Recht aus Steuermitteln finanziert

Positiv hervorzuheben ist die Umstellung der Finanzierung des Transformationsfonds aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität statt aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Finanzierung der Anpassung der Strukturen in der Krankenhausversorgung gehört zur Daseinsvorsorge und ist somit zwingend vom Staat und damit aus Steuermitteln zu finanzieren. Der Gesetzesentwurf stellt die Finanzierung des Transformationsfonds somit auf eine verfassungsrechtlich konforme Grundlage und geht einen Schritt in die richtige Richtung zur Entlastung der gesetzlichen Krankenkassen von versicherungsfremden Leistungen und zur Vermeidung einer nicht hinnehmbaren weiteren Belastung der Beitragszahlerinnen und -zahler.

Versorgungssicherheit durch Mitwirkung der Kassen gewährleisten

Weiterhin hervorzuheben und mit Blick auf deren regionale Expertise wieder aufzunehmen ist das Einvernehmen mit den Landesverbänden der Kranken- und Ersatzkassen bei Förderanträgen. Die Strukturmaßnahmen, welche im Zuge der Krankenhausreform erfolgen, werden langfristige Auswirkungen auf die Versorgungsqualität, Patientensicherheit und Effizienz der Versorgung sowie auf die Attraktivität des Arbeitsplatzes Krankenhaus haben. Durch das Einvernehmen würde sichergestellt, dass die Modernisierung der Versorgungsstrukturen gelingt und diese gleichzeitig zu einer spürbaren Entlastung der GKV-Finzen und Verbesserung der Zukunftsfähigkeit der Krankenhausstandorte führt. Somit ist auch vor dem Hintergrund der aktuellen Finanzlage der GKV das Einvernehmen mit den Landesverbänden der Kranken- und Ersatzkassen zielführend und sinnvoll. Das aktuell vorgesehene „Anstreben“ des Einvernehmens geht dabei nicht weit genug.

Weitergehender Änderungsbedarf

Diese Stellungnahme enthält, über die Bewertungen der einzelnen Regelungen des KHAG hinaus, verschiedene Vorschläge als ergänzenden Änderungsbedarf (Seite 76 ff). Hervorzuheben sind hier insbesondere:

- Regelungsvorschläge für eine bedarfsorientierte Vorhaltefinanzierung,
- Regelungsvorschläge zur Ausgestaltung der Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen mit Schwerpunkt auf ambulante Versorgung mit Übernachtungsmöglichkeit,
- Ersatz der onkochirurgischen Versorgungsvorgaben (§ 40 KHG),
- Anpassungen zum ambulanten Operieren und zu der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG, § 115f SGB V),
- Vorschläge zur Festsetzung des Orientierungswertes und Streichung der „Meistbegünstigungsklausel“,
- Vorschläge zur kurzfristigen Anpassung des Pflegebudgets
- sowie Vorschläge, die eine bundeseinheitliche Fallzuordnung im InEK-Grouper als auch bei der Zuweisung der Versorgungsaufträge ermöglichen.
- Aufhebung der Mandatsbegrenzung für ehrenamtliche Mitglieder des Medizinischen Dienstes

Stellungnahme zu einzelnen Regelungen

Artikel 1 Änderung des 5. Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1 § 109 SGB V Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung enthält eine Klarstellung im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versorgungsverträgen: Eine Berücksichtigung der Auswahlkriterien bei der Entscheidung über den Abschluss eines Versorgungsvertrags ist nur erforderlich, soweit sie für die jeweils zu vereinbarende Leistungsgruppe vorgesehen sind. Der Wortlaut des § 109 Absatz 2 Satz 2 wird insoweit an den Wortlaut des § 6a Absatz 1 Satz 5 KHG angeglichen, der eine entsprechende Regelung bereits enthält.

Durch die Änderung wird § 109 Absatz 3a Satz 4 bis 7 ersetzt. Diese Vorschrift regelt die Voraussetzungen für den Abschluss eines Versorgungsvertrags, obwohl ein Krankenhaus an dem Krankenhausstandort, für den bestimmte Leistungsgruppen vereinbart werden sollen, die Qualitätskriterien dieser Leistungsgruppen nicht erfüllt. Ein Versorgungsvertrag kann danach trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien ausnahmsweise abgeschlossen werden, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist.

B Stellungnahme

Bei der Änderung unter Buchstabe a) handelt es sich um eine sachlogische Folgeänderung.

Es wird bei der Ausnahmeregelung der Bezug zu verbindlichen bundesweiten Erreichbarkeitsregelungen gestrichen. Darüber hinaus erfolgt der Verweis, dass die Erfüllung von Qualitätskriterien ebenfalls in Kooperation und Verbünden erfolgen kann. Das Vorgehen gemäß § 6a KHG für Plankrankenhäuser wird für Krankenhäuser mit Vertrag nach § 109 SGB V nachgezogen. Genau wie die Regelung zu § 6a KHG ist sie auch hier abzulehnen und es bedarf bundeseinheitlicher, prüfbarer Kriterien für Abweichungen bei der Erfüllung von Qualitätskriterien. Siehe hierzu ebenfalls die Bewertung zu § 6a KHG.

C Änderungsvorschlag

zu a) Kein Änderungsbedarf.

zu b) Streichung der vorgesehenen Regelung.

Nr. 2 § 110 SGB V Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Satzverschiebungen in § 109 Absatz 4.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 3 § 135d SGB V Transparenz der Qualität der Krankenhausbehandlung

A Beabsichtigte Neuregelung

Streichung der Übergangsregelung in § 135d Absatz 3 Satz 3 SGB V zur Veröffentlichung von Leistungsgruppen im Bundes-Klinik-Atlas. Folgeanpassung aufgrund der Streichung der LG Notfallmedizin.

Es wird die Definition der Fachkrankenhäuser überarbeitet. Zudem wird die Mitteilungspflicht der Länder gegenüber dem InEK dahingehend ergänzt, dass diese auch die Begründung einer Zuordnung zum „Level F“ zu umfassen hat.

B Stellungnahme

- a) Die Streichung der Veröffentlichungspflicht von Leistungsgruppen im Bundes-Klinik-Atlas und Streichung der Folgeanpassung aufgrund der gestrichenen LG Notfallmedizin ist nachvollziehbar.
- b) Mit der Definition besteht weiterhin großer Ermessensspielraum bei der Beschreibung von Fachkliniken. Es bedarf einer bundeseinheitlichen Grundlage zur Identifikation und Festlegung der Fachkrankenhäuser. Zur Vereinheitlichung der Ausweisungen von Fachkrankenhäusern und zur Vereinheitlichung der Qualität der Leistungserbringung ist es sinnvoll, den G-BA zu verpflichten, eine entsprechende Definition zu erarbeiten. Bis zum Vorliegen einer bundeseinheitlichen Definition ist für die Ausweisung einer Fachklinik das Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen herzustellen.

C Änderungsvorschlag

- a) Kein Änderungsbedarf.
- b) Siehe Änderungsbedarf in § 136c SGB V sowie in § 6a Abs. 1 KHG.

Nr. 4 § 135e SGB V Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Ermächtigung zum Erlass einer Rechtsverordnung soll künftig nur noch die Festlegung von Leistungsgruppen und von Qualitätskriterien für die Leistungsgruppen umfassen.

Die bereits abgelaufene Frist zum Erlass der Leistungsgruppen-Rechtsverordnung sowie die Frist zum Inkrafttreten dieser Rechtsverordnung werden gestrichen. Es wird klargestellt, dass sich die Empfehlungen des Leistungsgruppenausschusses

auch auf die Weiterentwicklung von Leistungsgruppen und Qualitätskriterien beziehen können. Die Patientenvertretung im Leistungsgruppenausschuss soll finanziell und organisatorisch unterstützt werden.

Die Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern sollen vereinheitlicht werden.

Für Tages- und Nachtkliniken wird die Sonderregelung eingeführt, dass zeitliche Vorgaben zur personellen oder sachlichen Verfügbarkeit in den maßgeblichen Qualitätskriterien nur zu den jeweiligen Betriebszeiten erfüllt werden müssen.

Die Einschränkung, dass Fachärzte für die Leistungsgruppe 1 Allgemeine Innere Medizin und Leistungsgruppe 14 Allgemeine Chirurgie nicht angerechnet werden dürfen, wird aufgehoben.

Die durch ein Vollzeitäquivalent anrechenbare Stundenzahl wird von 40 auf 38,5 Stunden abgesenkt. Es wird klargestellt, dass an die Stelle der für angestellte Krankenhausärztinnen und -ärzte geltenden Vorgabe „Vollzeitäquivalent“ die Vorgabe „voller vertragsärztlicher Versorgungsauftrag“ für Belegärztinnen - und ärzte tritt.

B Stellungnahme

Die Streichung der abgelaufenen Frist zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung ist nachvollziehbar. Die Rechtsverordnung sollte es dennoch geben, um eine bundeseinheitliche Definition der Leistungsgruppen sowie eindeutige Zuordnung von Fällen zu Leistungsgruppen vorzunehmen. Ein Inkrafttreten einer Leistungsgruppen-Rechtsverordnung sollte rechtzeitig vor der Frist zur Zuweisung der Leistungsgruppen durch die Länder am 30.09.2027 erfolgt sein.

Die Konkretisierung der Umsetzung und Finanzierung der Patienten- und Pflegebeteiligung im Leistungsgruppenausschuss (LGA) und zur Finanzierung der Geschäftsstelle ist nachvollziehbar.

Die Berücksichtigung von Empfehlungen des LGA zur Weiterentwicklung der Leistungsgruppen und Qualitätskriterien wird begrüßt.

Die Anwendung der in Anlage 1 genannten Bedingungen für Fachkrankenhäuser wird gestrichen. Somit werden die Voraussetzungen, Leistungen durch Kooperationen zu erbringen, erleichtert. Die Streichung der Vorgaben für Fachkliniken zur Erfüllung der Mindestanforderungen macht die Erfüllung der Mindestkriterien für Fachkliniken einfacher und willkürlicher. Dies ist abzulehnen. Kooperationen zur Erfüllung der Qualitätsanforderungen sollten allenfalls wie bei den Ausnahmeregelungen auf drei Jahre befristet und nur im Einvernehmen mit den Krankenkassen gewährt werden dürfen. Ebenfalls muss die Kooperationsvereinbarung eine dezidierte Zielvereinbarung zur Erfüllung der Qualitätsanforderungen am Standort enthalten, die überprüfbar ist.

Der Einschränkung zur Notwendigkeit der Erfüllung der zeitlichen Vorgaben für Tages-/Nachtkliniken zu Betriebszeiten kann gefolgt werden.

Das Vollzeitstellenäquivalent wird von 40 auf 38,5 Wochenstunden reduziert und ist nachvollziehbar. Die Anrechnung von bis zu drei Fachärztinnen und -fachärzten auf die Innere Medizin als auch auf die Allgemeine Chirurgie ist kritisch zu betrachten und wird abgelehnt.

Belegärzte mit vollem vertragsärztlichen Versorgungsauftrag werden einem Vollzeitäquivalent gleichgestellt, die Regelung ist nachvollziehbar. Es muss jedoch sichergestellt werden, dass diese Regelung nur in ausgewiesenen Belegabteilungen Anwendung findet. Die im Referentenentwurf formulierte Regelung sollte beibehalten werden. Während den bestehenden Belegarztstrukturen Rechnung getragen werden sollte, ist ein beliebiges Auffüllen der Vollzeitäquivalente nicht im Sinne einer Mindestpersonalausstattung der Leistungsgruppen.

Der Verweis auf § 6a KHG wird in Satz 1 Nr. 7 b) gestrichen. Damit soll es künftig im alleinigen Beurteilungsspielraum der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde liegen, unter welchen Voraussetzungen die Erfüllung von Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist. Die Reduzierung der Vorgaben mit Erweiterungen der Ausnahmeregelungen und möglicherweise Unterstützung von willkürlichen Entscheidungen der Länder ohne bundesweite Kriterien ist abzulehnen.

C Änderungsvorschlag

Abs. 1 S. 3

Die Rechtsverordnung nach Satz 1 ist erstmals bis zum 31. März 2026 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2027 zu erlassen.

Abs. 4 Nr. 6 c)

Fachärzte für bis zu drei Leistungsgruppen, die einem Krankenhaus für diesen Krankenhausstandort nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurden, berücksichtigt werden können, **dies gilt nicht für die in Anlage 1 Nummer 1 und 14 genannten Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie,**

Abs. 4 Nr. 6 d)

„in einer ausgewiesenen Belegabteilung an Stelle eines Vollzeitäquivalentes ein Belegarzt mit vollem vertragsärztlichen Versorgungsauftrag angerechnet werden kann; die in den Buchstaben b und c festgelegten Kriterien gelten entsprechend,“

Abs. 4 Nr. 7 b)

dass Krankenhäuser ein Qualitätskriterium in Kooperationen und Verbünden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen können, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt und [...]

b) dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist; **§ 6a Absatz 4 Satz 2 und 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gilt entsprechend** oder [...]

Ergänzung Abs. 4 Satz 4:

[...] Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden, können die in Anlage 1 als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien in den Anforderungsbereichen „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ und „Sachliche Ausstattung“ in Kooperationen und Verbünden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt. **Die Voraussetzungen in § 6a Abs. 4 und 8 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (Änderungsvorschlag) gelten entsprechend.** Krankenhausstandorte, an denen keine vollstationäre Krankenhausbehandlung erbracht wird, können die in Anlage 1 als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien in den Anforderungsbereichen „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ und „Personelle Ausstattung“ in Kooperation und Verbünden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt. Ein Krankenhausstandort kann in begründeten Fällen die in den Anforderungsbereichen „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ und „Personelle Ausstattung“ maßgeblichen Qualitätskriterien der in Anlage 1 Nummer 54 genannten Leistungsgruppe „Stroke Unit“ in telemedizinischer Kooperation mit einem anderen Krankenhaus erfüllen.“

Nr. 5 § 135f SGB V Mindestvorhaltezahlen für Krankenhausbehandlungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Infolge der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr wird auch die Frist für den Erlass der Rechtsverordnung um ein Jahr verschoben. Der Zeitpunkt des Inkrafttretens soll in der Rechtsverordnung festgelegt werden.

B Stellungnahme

Bei der Änderung unter Buchstabe a handelt es sich um eine sachlogische Folgeänderung.

Bei der Änderung unter Buchstabe b handelt es sich um die oben beschriebene Folgeänderung in Verbindung mit der Verschiebung der Einführung der Vorhaltefinanzierung, dass die Rechtsverordnung des BMG zur Festlegung der Mindestvorhaltezahlen bis Ende 2026 statt bis Ende 2025 erlassen wird.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Zu den Mindestvorhaltezahlen sind Anpassungsvorschläge im ergänzenden Änderungsbedarf dieser Stellungnahme enthalten. Die Rechtsverordnung zu den Mindestvorhaltezahlen sollte vor der Vergabe der Leistungsgruppen vorliegen.

Nr. 6 § 136a Absatz 7 SGB V Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen

A Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Streichung des Verweises auf § 136 Absatz 1 handelt es sich um eine rechtstechnische Klarstellung. § 136a Absatz 7 stellt eine Spezialermächtigung für einen ausgewählten Bereich (Festlegung von Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Versorgung in hebammengeleiteten Kreißsälen) im Sinne einer eigenen Ermächtigungsgrundlage dar, die keine Bezugnahme auf § 136 Absatz 1 erfordert.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine rechtstechnische Klarstellung, damit auch hebammengeleitete Kreißsäle die Förderung nach § 39 Absatz 2 KHG erhalten können.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 7. § 136c SGB V Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung

A Beabsichtigte Neuregelung

Der neue Absatz 1 ermöglicht es dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), für Indikationsbereiche eine niedrigere Prozentzahl festzulegen als die ansonsten gesetzlich vorgesehenen 15 Prozent, sofern dies zur Aufrechterhaltung einer patienten- und bedarfsgerechten flächendeckenden Versorgung mit onkochirurgischen Leistungen zwingend erforderlich ist.

B Stellungnahme

zu a) Hiermit soll vermieden werden, dass Leistungserbringer nicht undifferenziert von onkologischen Leistungsbereichen ausgeschlossen werden, wenn diese zum Beispiel durch die Mindestmengen-Regelung (MM-R) des G-BA bereits in erheblichem Maße konzentriert sind.

Die Regelung wird zu diesem Zeitpunkt grundsätzlich abgelehnt, § 40 KHG sollte gestrichen werden. Die Umsetzung der WiZen-Ergebnisse durch den G-BA wird stattdessen gefordert (siehe ergänzender Regelungsbedarf zu § 136b SGB V und Stellungnahme zu § 40 KHG).

zu b) Redaktionelle Folgeänderung.

Um eine bundeseinheitliche Definition zu Fachkrankenhäusern zu erhalten, ist unter dem Änderungsbedarf ein Auftrag an den G-BA zur Entwicklung einer Definition enthalten; dieser sollte u. a. im § 136c SGB V verankert werden.

C Änderungsvorschlag

zu a) Streichung.

zu b) Kein Änderungsbedarf.

Änderungsbedarf zu Nr. 3 b) 135 d SGB V

§ 136 c SGB V wird Abs. 6 neu ergänzt und Abs. 6 wird zu Abs. 7

(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 01.10.2026 eine bundeseinheitliche Definition für eine Ausweisung von zugelassenen Krankenhäusern als Fachkrankenhäuser.

(7) Für Beschlüsse nach den Absätzen 3 bis 6 gilt § 94 entsprechend.

Nr. 8. § 137i SGB V Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern; Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

§ 137i Absatz 1 Satz 3 regelt, dass bei der Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen eine Differenzierung nach Schweregradgruppen nach dem jeweiligen Pflegeaufwand, der sich nach dem Pflegelast-Katalog bestimmt, vorgenommen werden soll.

B Stellungnahme

Die Regelung erscheint sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 9 § 221 SGB V Beteiligung des Bundes an Aufwendungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Folgeänderungen zu der Umstellung der Finanzierung des Transformationsfonds nach § 12b Absatz 1 KHG.

B Stellungnahme

Da die Mittel zur Finanzierung des Krankenhaus-Transformationsfonds nach § 12b Absatz 1 KHG dem Gesundheitsfonds nun aus Bundesmitteln zu Verfügung gestellt werden, müssen auch keine spezifischen Regelungen für die LKK mehr getroffen werden. Die Anpassung ist folgerichtig.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf

Nr. 10 § 271 SGB V Gesundheitsfonds

A Beabsichtigte Neuregelung

Um zu vermeiden, dass unterjährige Liquiditätshilfen des Bundes zur Regel werden, wird in Satz 3 die Mindestreserve von 20 auf 22,5 Prozent einer Monatsausgabe des Gesundheitsfonds angehoben. Gleichzeitig erfolgt in Satz 4 eine Anhebung der Obergrenze der Liquiditätsreserve auf 30 Prozent einer Monatsausgabe. Der für die Mindestreserve zugrunde gelegte Wert von 22,5 Prozent entspricht dabei drei Vierteln des für die Obergrenze festgelegten Wertes von 30 Prozent.

Um die Belastungen der Krankenkassen für die Aufstockung der Mittel in der Liquiditätsreserve zu mindern, erfolgt ein schrittweiser Aufbau. Mit der Neufassung von Satz 5 wird sichergestellt, dass ab dem Geschäftsjahr 2026 zunächst nur die Anhebung der Mindestreserve und der Obergrenze umgesetzt wird. Ab dem Geschäftsjahr 2027 erfolgt zusätzlich die Berücksichtigung der Aufwendungen für die Mittel nach § 270a Absatz 2, also der Beträge aus den Zusatzbeiträgen, die die Krankenkassen in der Höhe erhalten, die sich aus dem Einkommensausgleich ergeben.

Redaktionelle Anpassungen aufgrund § 12b Absatz 1 KHG

B Stellungnahme

Zu Nr. 10a: Die Anhebung der Mindestreserve des Gesundheitsfonds von 20 % einer Monatsausgabe auf 22,5 % ist aus systemischer Sicht nachvollziehbar: Der Gesundheitsfonds hätte im Jahr 2025 ohne Bundesdarlehen unterjährig nicht über ausreichend Liquidität verfügt, um die monatlichen Zuweisungstranchen fristgerecht an die Krankenkassen zu überweisen. Die sich daraus ergebenden späten Auszahlungstermine haben die Liquiditäts- und Anlagenplanung der Krankenkassen erschwert. Darüber hinaus war zu erwarten, dass die Mindestreserve des Gesundheitsfonds Ende 2025 – ohne die in der Haushaltsplanung des Bundes vorgesehenen Bundesdarlehen und zusätzlichen Bundeszuschüsse – unterschritten würde und die fehlenden Mittel durch die Krankenkassen zulasten der Zuweisungen im Jahr 2026 wieder aufgefüllt werden müssten.

Bei Überschreitung der Obergrenze der Liquiditätsreserve werden die überschießenden Mittel im Folgejahr entnommen und den Krankenkassen als Zuweisungen zugeführt. Dieser Wert wurde durch das KHVVG von 25 % auf 50 % angehoben, um Mittel für die Finanzierung des Krankenhaustransformationsfonds vorzuhalten. Da dieser nun aus Bundesmitteln finanziert wird, ist die Wiederabsenkung der Obergrenze folgerichtig. Für den genauen Wert von 30 % einer Monatsausgabe werden in der Begründung des Gesetzesentwurfs keine sachlichen Punkte zur Herleitung genannt („22,5 % sind drei Viertel von 30 %“).

Bei der Berechnung der Unter- und der Obergrenze der Liquiditätsreserve als bestimmter Anteil einer Monatsausgabe des Gesundheitsfonds sollen ab 2027 auch die Aufwendungen für den Einkommensausgleich berücksichtigt werden. Bislang werden für die Monatsausgabe nur die fixierten Zuweisungen an die Krankenkassen

im Sinne von § 242a Absatz 1 SGB V herangezogen. Durch das zusätzliche Einrechnen der Aufwendungen für den Einkommensausgleich erhöht sich die Monatsausgabe des Gesundheitsfonds und damit auch der Absolutwert für die Unter- und Obergrenze der Liquiditätsreserve.

In den vergangenen Jahren haben sich die Einnahmen des Gesundheitsfonds aus Zusatzbeiträgen und die Auszahlungen an die Krankenkassen nicht immer gegenseitig kompensiert. Dies wird umso wahrscheinlicher, je größer die Spanne der Zusatzbeitragssätze zwischen den Krankenkassen mit unterschiedlichem Niveau der beitragspflichtigen Einkommen ihrer Mitglieder ausfällt. Da diese Spanne im Jahr 2025 besonders groß ist, wird ein besonders hohes Defizit im Einkommensausgleich auf der Seite des Gesundheitsfonds erwartet. In Bezug auf das Ziel des Gesetzgebers, mehr Liquidität im Gesundheitsfonds vorzuhalten, ist es daher folgerichtig, die Aufwendungen für den Einkommensausgleich bei der Berechnung der Unter- und Obergrenze der Liquiditätsreserve zu berücksichtigen.

Auch wenn die Anpassungen der Mindestreserve und der Obergrenze nach § 271 SGB V zur Verbesserung der Liquiditätsausstattung aus Sicht des Gesundheitsfonds nachvollziehbar sind, stellen die erhöhten Absolutwerte dieser Grenze aus Sicht von Krankenkassen höhere Anforderungen dar: Die Festlegung der Obergrenze auf 30 % (vormals 25 %) und die Berücksichtigung der Aufwendungen für den Einkommensausgleich vermindern die Chance, dass den Krankenkassen überfließende Mittel der Liquiditätsreserve im Folgejahr als Zuweisungen zugutekommen. Gleichzeitig erhöhen die Anhebung der Mindestreserve auf 22,5 % und das Einrechnen des Einkommensausgleich das Risiko, dass dieser höhere Wert unterschritten wird und Zuweisungen an die Krankenkassen im Folgejahr um den fehlenden Betrag gekürzt werden. Daran ändern auch der „schrittweise Aufbau“ nach Satz 5 nichts. Die Unter- und Obergrenze der Liquiditätsreserve sind daher in regelmäßigen Abständen zu überprüfen, um zu vermeiden, dass der Gesundheitsfonds unnötig Geldmittel zulasten der Fondszuweisungen und damit auch zulasten der Beitragszahlenden bindet.

Zu Nr. 10b: Da die Mittel zur Finanzierung des Krankenhaus-Transformationsfonds nach § 12b Absatz 1 KHG dem Gesundheitsfonds nun aus Mitteln des Bundes zu Verfügung gestellt werden, können auch die betreffenden Passagen entfallen. Die Anpassung ist folgerichtig.

C Änderungsvorschlag

Keine Änderungsbedarf.

Nr.11 § 275a SGB V Prüfungen zu Qualitätskriterien, Strukturmerkmalen und Qualitätsanforderungen in Krankenhäusern

A Beabsichtigte Neuregelung

Streichung des Absatzes 1 Satz 8 bzgl. der Prüfung der PpUGV als Folgeänderung aufgrund der durchgängigen Streichung des Qualitätskriteriums „Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen“ in der Anlage 1 zu § 135e.

Die Fristen für die Beauftragung der erstmaligen Leistungsgruppenprüfungen durch den Medizinischen Dienst wird auf den 31. Dezember 2025 verschoben. Der Abschluss der Prüfungen hat bis zum 31. Juli 2026 zu erfolgen. Die Fristenanpassungen ermöglichen, dass die Entscheidungen der Länder zur Zuweisung von Leistungsgruppen oder der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen bei Abschluss eines Versorgungsvertrags nach § 109, die voraussichtlich vor dem 1. Januar 2027 erfolgen, durch die Prüfungen des Medizinischen Dienstes und dessen Gutachten angemessen vorbereitet werden.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Absatz 1 Satz 8 bzgl. der Prüfung der PpUGV als Folgeänderung. Zur Prüfung der PpUGV siehe auch Bewertung zu Anlage 1.

Die Fristenanpassung für die Beauftragung der erstmaligen Leistungsgruppenprüfungen durch den Medizinischen Dienst auf den 31. Dezember 2025 ist nachvollziehbar.

C Änderungsvorschlag

Keine Änderungsbedarf.

Nr. 12 § 278 SGB V Medizinischer Dienst

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird ein Fehlverweis in Nummer 1 auf § 17c Absatz 1a KHG gestrichen.

B Stellungnahme

Die Streichung ist nachvollziehbar.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 13 § 283 SGB V Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund

A Beabsichtigte Neuregelung

Regelungen zur einheitlichen digitalen Umsetzung von Richtlinien durch MD Bund. Dabei handelt es sich zum einen um Prozesse der Ablauforganisation bei den sozialmedizinischen Begutachtungen (Prüfungen) und zum anderen um digitale Prozesse (Datenverarbeitung und -übertragung), die verstärkt genutzt und gefördert werden sollen.

B Stellungnahme

Die Neuregelungen zur einheitlichen digitalen Umsetzung von Richtlinien durch den MD Bund wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Keine Änderungsbedarf.

Nr. 14 § 427 SGB V Evaluation des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung wird dem Anliegen nach einer frühen ersten Bewertung der Leistungsgruppeneinteilung und der weiteren im Zuge der Umsetzung des KHVVG gewonnenen Erkenntnisse Rechnung getragen.

In den Evaluationsberichten soll auch untersucht werden, welche Auswirkungen die Leistungsgruppeneinteilungen trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien nach § 6a Absatz 4 KHG auf die Konzentration der Krankenhausleistungen und auf die bezweckte Qualitätssteigerung hat

Evaluert werden soll auch die Zuordnung von Krankenhausstandorten zu der Versorgungsstufe „Level F“ nach § 135d Absatz 4 Satz 3 SGB V.

Zur Durchführung der Evaluation über die Zuordnung von Krankenhausstandorten zur Versorgungsstufe „Level F“ wird in einem neuen Satz 4 zudem geregelt, dass das InEK die erforderlichen Daten in anonymisierter Form an die mit der Evaluation beauftragten Stellen zu übermitteln hat.

B Stellungnahme

Eine frühzeitige Evaluation wird zwar begrüßt. Bei einer ersten Evaluation bereits bis Ende 2027 ist vor dem Hintergrund der Verschiebung der Einführung der Vorhaltefinanzierung um ein Jahr jedoch zu hinterfragen, ob aus diesen noch nicht sonderlich belastbaren Ergebnissen voreilige Schlüsse und Anpassungen gezogen werden. Neben der Einführung der Vorhaltefinanzierung werden auch andere Fristen, wie die Einführung von Mindestvorhaltezahlen, um ein Jahr verschoben. Letztere werden nun erst bis Ende 2026 festgelegt. Daher erscheint weiterhin eine erstmalige Evaluation bis Ende 2028 angezeigt.

Eine Leistungsgruppeneinteilung bei Nichteinhaltung von Qualitätskriterien wird abgelehnt. Sollte dies gesetzlich jedoch nicht angepasst werden und somit weiterhin möglich sein, wird die Evaluation der Auswirkungen nachdrücklich begrüßt.

Ebenfalls begrüßt wird die Evaluation der Zuordnung zu Level F.

Bei der Ergänzung bezüglich der Evaluation der Zuordnung zu Level F handelt es sich um eine sinnvolle Konkretisierung.

C Änderungsvorschlag

Keine Änderung des Satz 1.

Nr. 15 Anlage 1

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Anlage zu § 135e wird neu gefasst. Unter der Einbeziehung der Empfehlungen des nach § 135e Absatz 3 Satz 1 eingerichteten Ausschusses wurden die Qualitätskriterien für einige Leistungsgruppen geändert.

B Stellungnahme

Im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ wird die Sonderregelungen für Fachkrankenhäuser zu Kooperationen sowie der Verweis auf Fachkrankenhäuser, die nicht der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden, in den jeweils relevanten LG gestrichen. Die Streichung der besonderen Regelungen für Kooperationen von Fachkrankenhäusern in vielen LGs wird abgelehnt (siehe auch § 135e SGB V).

Im Anforderungsbereich „Sonstige Struktur - und Prozessvoraussetzungen“ führt die Streichung des Verweises auf die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) in vielen LGs nur zu einer geringfügigen Entlastung beim Prüfaufwand der Medizinischen Dienste, wenn der Nachweis über die Erfüllung der PpUGV als Prüfkriterium wegfällt. Der Aspekt Bürokratiereduzierung greift daher nicht. Die Begründung, die Vorgaben seien gemäß PpUGV verbindlich und somit einzuhalten, bedeutet nicht, dass sie real auch erfüllt werden. PpUGs sind auch in pflegesensitiven Bereichen seit 2019 verbindlich, werden aber immer noch, trotz Sanktionen, in 15 % aller Schichten nicht erfüllt. Ohne Kontrolle und damit Sanktionen läuft die grundsätzliche Vorgabe ins Leere. Eine Streichung der Strukturanforderung wird abgelehnt.

Weitere Änderungen beruhen zum Teil auf Empfehlungen des Leistungsgruppenausschusses und erscheinen insgesamt plausibel bzw. lassen keine negativen systemweiten Auswirkungen vermuten:

- ☐ LG Infektiologie, LG Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie, LG Spezielle Kinder- und Jugendmedizin und LG Notfallmedizin wurden gestrichen,
- ☐ Streichung LG Stammzell-Transplantation und LG Leukämie und Lymphome aus Spalte Kooperationen bei mehreren LGs,
- ☐ Ergänzung der LG Minimalinvasive Herzklappenintervention und LG Kardiale Devices bei Kooperation und Auswahlkriterium bei LGs aus dem Gebiet Kardiologie/Herzchirurgie,
- ☐ einzelne LGs werden bei der Erbringung verwandter LG gestrichen bzw. ergänzt,
- ☐ einige Anpassungen im Rahmen der Qualifikation bezüglich Anrechenbarkeit unterschiedlicher Facharzt-/Zusatzqualifikationen,
- ☐ einzelne Ausstattungsvorgaben (z. B. Balneotherapie, Panendoskopie, etc.) werden gestrichen,
- ☐ die Möglichkeit ein Basislaborversorgung durch Kooperation zu erbringen wird in den LG Allg. Innere Medizin, Allg. Chirurgie und Spez. Traumatologie eröffnet.

Zusätzlich erfolgt eine Aktualisierung der Verweise auf das Verletzungsartenverfahren (VAV) und auf Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

C Änderungsvorschlag

Rücknahme der Streichung der Regelungen zu Fachkrankenhäuser und Wiederaufnahme der Verweise auf die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung.

Artikel 2 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 1 § 2a KHG Krankenhausstandort

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Änderung wird § 2a Absatz 4 ersetzt. Es handelt sich um eine redaktionelle Berichtigung, mit der klargestellt wird, dass Satz 2 für alle Vereinbarungen nach Satz 1 gilt und nicht nur für Vereinbarungen nach Satz 1 Nummer 2.

B Stellungnahme

Redaktionelle Änderung.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 2 § 6a KHG Zuweisung von Leistungsgruppen

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Änderung wird § 6a neu gefasst, der nun die Ergänzung enthält, dass auch nach § 108 Nummer 4 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Bundeswehr-Krankenhäuser) die Qualitätskriterien erfüllen müssen.

Zudem ist eine Übergangsregelung für Länder vorgesehen, die bis zum 31.12.2024 Leistungsgruppen zugewiesen haben.

Folge der Übergangsregelung des Absatz 1 Satz 8 ist, dass für diesen Zeitraum das in § 275a SGB V vorgesehene Verfahren zum Nachweis der Erfüllung der bundeseinheitlich bestimmten Qualitätskriterien keine Anwendung findet.

In § 6a Absatz 4 sind die Voraussetzungen für die Zuweisung einer Leistungsgruppe trotz Nichterfüllung der jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien geregelt.

Absatz 5 Satz 1 Nummer 3 sieht vor, dass eine Leistungsgruppe unverzüglich aufzuheben ist, wenn die Übermittlung des letzten Gutachtens des Medizinischen Dienstes länger als zwei, bzw. drei Jahre zurückliegt.

B Stellungnahme

zu Absatz 1

Die Regelungen zur Zuweisung von LG an Bundeswehr-Krankenhäuser, z.B. die Notwendigkeit der Erfüllung der Qualitätsvorgaben, werden begrüßt.

Mit Satz 8 Ziffer 2 wird eine Sonderregelung für NRW eingeführt, die wir ablehnen. Dies führt u. a. zu einem quasi parallelen Abrechnungs- und Prüfsystem, welches den Aufwand erheblich erhöht. Ziel der Krankenhausreform ist unter anderem die Schaffung bundesweit einheitlicher Strukturen im Hinblick auf die Leistungsgruppen und die dazugehörigen Qualitätskriterien. Um dies zu ermöglichen, braucht es eine einheitliche Planungssprache über eine bundeseinheitliche Definition von Leistungsgruppen. Eine Sonderregelung für NRW widerspricht dem. Die Komplexität des Systems wächst stark an. Die Krankenhausreform in NRW wurde als lernendes System konzipiert, sodass die Ergänzung einer weiteren Leistungsgruppe und die Teilnahme an den weiteren bundeseinheitlichen Regelungen (MD-Beauftragung etc.) dem nicht widerspricht. Ein Festhalten an den jetzigen Strukturen bis 2030 ist nicht zielführend.

zu Absatz 2

Als redaktionelle Streichung wird Satz 3 (alt) gestrichen.

zu Absatz 4

Der geänderte Absatz 4 regelt die Voraussetzungen für die Zuweisung einer Leistungsgruppe trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien. Die Ausnahmeregelungen werden erweitert. Stellt der Medizinische Dienst fest, dass ein Krankenhaus die

maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt, ist die Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppen dennoch im Rahmen einer Ausnahme zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung einmalig für einen Zeitraum von maximal drei Jahren im Einvernehmen mit den Krankenkassen zulässig. Krankenhäusern, die auf der Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG stehen, können weiterhin dauerhaft Leistungsgruppen zugewiesen werden, ohne dass sie die zugehörigen Qualitätskriterien erfüllen. Bei grundsätzlicher Ablehnung der Ausnahmeregelungen wird die Vorgabe der Herstellung des Einvernehmens mit den Krankenkassen explizit begrüßt.

Nach der bisherigen Regelung waren zur Beurteilung der Erforderlichkeit der Ausnahme verbindliche bundesweite Erreichbarkeitsvorgaben vorgesehen. Diese Erreichbarkeitsvorgaben entfallen nunmehr. Stattdessen bewerten die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden innerhalb ihres eigenen Beurteilungsspielraums, ob die Zuweisung einer Leistungsgruppe zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist. Die Beurteilung der Frage, ob Leistungen durch andere Krankenhäuser übernommen werden können und ob die Entfernung zwischen den Krankenhäusern zumutbar ist, obliegt der zuständigen Landesbehörde.

Zwar ist das Einvernehmen mit den Krankenkassen bei den Ausnahmeregelungen ausdrücklich zu begrüßen, es braucht jedoch eine gemeinsame Grundlage, um fundiert Entscheidungen treffen zu können. Differenzierte Erreichbarkeitsvorgaben je Leistungsgruppe sollten dabei als bundeseinheitliche Leitplanken gelten, damit es nicht zu vermeidbaren Schwierigkeiten auf der Ortsebene kommt und die Festlegung der Ausnahmeregelungen nicht politischer Willkür unterliegt.

Die Qualität der Leistungserbringung in Ausnahmebereichen muss mit der Qualität der Leistungserbringung ohne Ausnahmen vergleichbar sein. Ein Mindestqualitätsniveau darf dabei nicht unterschritten werden. Die Aufweichung der Vorgaben gefährdet weiter die Patientensicherheit und geht mit dem Risiko einher, mangelnde Qualität in der Versorgung zu verstetigen. Ziel muss weiterhin die Zentralisierung der Krankenhausversorgung sein.

Darüber hinaus werden durch die Änderungen weitere Ausnahmetatbestände geregelt. Eine Zuweisung trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien ist auch dann zulässig, wenn der Betrieb des jeweiligen Krankenhausstandortes vollständig oder teilweise eingestellt wird und die Zuweisung der Leistungsgruppen für die möglicherweise schrittweise Umsetzung der Betriebseinstellung zwingend erforderlich ist. Ähnliches gilt, wenn für einen Krankenhausstandort infolge eines vollständigen oder teilweisen Zusammenschlusses mit einem oder mehreren anderen Krankenhausstandorten die Zuweisung der Leistungsgruppen für die Vollziehung des Zusammenschlusses zwingend erforderlich ist. Der Änderungsbedarf kann nachvollzogen werden.

zu Absatz 5

Es wird eine Folge-Ausnahmeregelung für NRW mit einer neuen Nr.1 aufgenommen, die eine Aberkennung von LGs in NRW unter Landesregelungen stellt und Bundesregelungen außer Kraft setzt. Sonderregelungen lehnen wir ab.

zu Absatz 6

Wegen der Verschiebung der budgetneutralen Phase werden mit den Änderungen Folgeänderungen von Fristen bzgl. der Übermittlungspflicht für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden an das InEK umgesetzt. Dies scheint plausibel.

In einem neu vorgeschlagenen Absatz 8 wird eine Evaluation der Ausnahmen nach Absatz 4 bezüglich der Ergebnisqualität gegenüber der Regelversorgung zeitnah installiert.

C Änderungsvorschlag

zu Absatz 1

(1) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann einem nach § 108 Nummer 1, 2 oder 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen Krankenhaus für einen Krankenhausstandort Leistungsgruppen zuweisen, wenn das Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien erfüllt; § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. **Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde bestimmt im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen die Ausweisung einer Fachklinik bis zum Inkrafttreten einer bundeseinheitlichen Definition durch den Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 136c Abs. 6 SGB V.** Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann mit der Zuweisung nach Satz 1 einem Krankenhausstandort für die Berechnung seines Anteils am Vorhaltevolumen des jeweiligen Landes für eine Leistungsgruppe nach § 37 Absatz 2 Satz 2 und 3 eine Fallzahl für diese Leistungsgruppe (Planfallzahl) vorgeben; bei der Zuweisung einer Leistungsgruppe, deren Leistungen erstmals an dem jeweiligen Krankenhausstandort erbracht werden, hat die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde dem Krankenhausstandort eine Planfallzahl für die Berechnung seines Anteils am Vorhaltevolumen des jeweiligen Landes für diese Leistungsgruppe nach § 37 Absatz 2 Satz 2, 3 und 5 vorzugeben. Der Standort eines Krankenhauses bestimmt sich nach § 2a. Ein Anspruch auf Zuweisung einer Leistungsgruppe besteht nicht. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern entscheidet die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde unter Berücksichtigung der Erfüllung der in der Tabellenzeile "Auswahlkriterium" der Anlage 1 zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch für die jeweilige Leistungsgruppe genannten Qualitätskriterien, soweit vor-

handen, nach pflichtgemäßem Ermessen darüber, welchem Krankenhaus die jeweilige Leistungsgruppe zugewiesen wird. Die Zuweisung nach Satz 1 erfolgt durch Bescheid. Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Als einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort zugewiesen im Sinne des Satzes 1 gelten

1. Leistungsgruppen, die in einem wirksamen Versorgungsvertrag nach § 109 Absatz 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für dieses Krankenhaus vereinbart wurden, ~~oder~~

~~2. Leistungsgruppen, die bis zum 31. Dezember 2030 einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen werden, sofern das jeweilige Land bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen hat.~~

zu Absatz 2

Kein Änderungsbedarf.

zu Absatz 3

Kein Änderungsbedarf.

zu Absatz 4

Der Absatz 4 wird wie folgt formuliert:

(4) **1**Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort Leistungsgruppen nach Absatz 1 Satz 1 zuweisen, obwohl abweichend von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Voraussetzungen das Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist. **2**Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich, wenn ein anderer Krankenhausstandort, für den die jeweilige Leistungsgruppe zugewiesen ist für einen erheblichen Teil der Einwohner des Einzugsbereichs des Krankenhausstandorts, für den die Leistungsgruppe zugewiesen werden soll, nicht innerhalb der nach Satz 3 festzulegenden Fahrzeiten mit einem Kraftfahrzeug erreichbar ist. **3**Der Leistungsgruppenausschuss nach § 135e Absatz 3 gibt Empfehlungen zur Differenzierung der Erreichbarkeit in Fahrzeitminuten für Leistungsgruppen. **4**Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist in dem in Satz 1 genannten Fall auf höchstens drei Jahre zu befristen; mit der Zuweisung ist das Krankenhaus zu verpflichten, an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien inner-

halb einer Frist, die höchstens drei Jahre betragen darf, zu erfüllen. **5** Wenn ein Krankenhausstandort zum Zeitpunkt der Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppe in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist, kann die Leistungsgruppe abweichend von Satz 4 unbefristet zugewiesen werden; mit der Zuweisung ist das Krankenhaus zu verpflichten, an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien innerhalb einer angemessenen Frist zu erfüllen.

6 Wenn der Betrieb des jeweiligen Krankenhausstandortes vollständig oder teilweise eingestellt wird und die Zuweisung der Leistungsgruppen für die Aufrechterhaltung des Betriebs bis zu dessen Einstellung zwingend erforderlich ist oder der jeweilige Krankenhausstandort mit einem oder mehreren anderen Krankenhausstandorten vollständig oder teilweise infolge eines Zusammenschlusses im Sinne des § 37 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen zusammengelegt wird und die Zuweisung der Leistungsgruppen für die Vollziehung des Zusammenschlusses zwingend erforderlich ist, kann für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zeitlich befristet einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort Leistungsgruppen nach Absatz 1 Satz 1 zuweisen, obwohl abweichend von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Voraussetzungen das Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt.

7 Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann sich vor Erteilung einer Auflage nach Satz 4 hierzu durch den Medizinischen Dienst beraten lassen. **8** Bei der Entscheidung über die Erklärung des in Satz 1 genannten Einvernehmens handeln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich.

Es wird ein zusätzlicher Absatz 8 (neu) eingefügt:

Für Ausnahmen nach Absatz 4 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.

Nr. 3 § 6b KHG Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung. Da die Einführung der Zuschläge für die Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben nach § 38 Absatz 1 um ein Jahr verschoben wird, verschiebt sich auch die in § 6b Satz 8 geregelte Frist für die Meldung der Zuweisung dieser Aufgaben an das InEK. Die Meldefrist wird zudem vom 31. Oktober eines Kalenderjahres auf den 30. September eines Kalenderjahres verschoben.

B Stellungnahme

Die Neuregelung ist nachvollziehbar. Die Einführung von durch die Krankenkassen zu finanzierende Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben wird grundsätzlich abgelehnt, da diese der allgemeinen Daseinsfürsorge zuzurechnen und somit aus Steuermitteln zu finanzieren sind.

C Änderungsvorschlag

Streichung.

Nr. 4 § 12a KHG Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019

A Beabsichtigte Neuregelung

Die mit dem KHVVG aufgenommene Bestimmung in Absatz 2 Satz 4, dass die bis zum Ende der Laufzeit des Strukturfonds nicht beantragten Mittel dem Transformationsfonds ergänzend zur Verfügung zu stellen sind, wird geändert. Diese Mittel werden zur Finanzierung der Verwaltung des Transformationsfonds und der für die Durchführung der Förderung notwendigen Aufwendungen des BAS eingesetzt und hierzu in entsprechenden Jahresbeträgen an den Transformationsfonds übertragen. Vor dem Hintergrund der schwierigen Finanz- und Liquiditätssituation der gesetzlichen Krankenversicherung wird die Übertragung der Mittel im Übrigen gestrichen.

B Stellungnahme

Die Regelung, dass bis zum Ende der Laufzeit des Strukturfonds übrig gebliebene Gelder zur Finanzierung der Verwaltung des Transformationsfonds und der für die Durchführung der Förderung notwendigen Aufwendungen des BAS eingesetzt werden, wird begrüßt. Konsequenter wäre es, wenn auch die Verwaltungskosten des BAS aus Bundesmitteln finanziert würden.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 5 § 12b KHG Transformationsfonds, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen in Absatz 1 betrifft die Umstellung der Finanzierung des KHTF, also die Finanzierung des bisherigen Betrags von 25 Milliarden Euro, jetzt 29 Milliarden Euro, aus dem Sondervermögen Infrastruktur.

Die bisherige in Satz 1 Nummer 1 geregelte Antragsfrist wird gestrichen.

Die bisher in Satz 1 Nummer 5 vorgesehene Verpflichtung der Länder, gegenüber dem BAS nachzuweisen, dass sie das Insolvenzrisiko der am Vorhaben beteiligten Krankenhäuser geprüft haben, wird gestrichen.

Der bisherige Absatz 6 wird gestrichen. Da der Transformationsfonds aufgrund der geänderten Finanzierung nach Absatz 1 aus Bundesmitteln und nicht wie zunächst vorgesehen aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert wird, wird auch die für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung geschaffene Möglichkeit, sich an der Finanzierung des Transformationsfonds zu beteiligen, nicht aufrechterhalten.

Der neue Satz 6 regelt die Rückzahlung von Mitteln, die dem Transformationsfonds nach § 12a Absatz 2 Satz 4 aus den Restmitteln des Krankenhausstrukturfonds übertragen wurden, jedoch in dem jeweiligen Geschäftsjahr nicht für die Deckung der Aufwendungen für die Verwaltung des Transformationsfonds und die Durchführung der Förderung verwendet wurden.

B Stellungnahme

Dass die Finanzierung des Transformationsfonds nun durch den Bund und nicht mehr durch die GKV erfolgen soll, entspricht der Ankündigung im Koalitionsvertrag und wird nachdrücklich begrüßt. Eine Bezuschussung des Gesundheitsfonds zur Finanzierung des Transformationsfonds entspricht dem Vorgehen beim Krankenhausstrukturfonds. Es handelt sich somit um ein erprobtes Vorgehen, dem daher zugestimmt wird.

Im Vergleich zum Referentenentwurf wird nun zwischen den Zeiträumen 2026 bis 2029 und 2030 bis 2035 differenziert. Im ersten Zeitraum müssen die förderfähigen Kosten nur zu mindestens 30 % von Land bzw. Krankenhaus aufgebracht werden, danach zu mindestens 50 %. Durch die Anpassung der Beteiligung der Länder an der Finanzierung der Vorhaben in den Jahren 2026 bis 2029, bleibt ein jährliches Fördervolumen von bis zu fünf Mrd. Euro bestehen. Die Entlastung der Länder ist eine politische Entscheidung des Bundes. Wünschenswert wäre, dass die eingesparten Mittel durch die Länder aufgewendet werden, um die seit vielen Jahren unzureichende Investitionskostenfinanzierung auskömmlich zu gestalten. Das Investitionsvolumen insgesamt bleibt unverändert.

Darüber hinaus werden Hochschulkliniken verstärkt in den Fördertatbeständen berücksichtigt (Absatz 1 Satz 3 Nr. 1, 3, 5 und 6). Dies erscheint sachgerecht.

Ausgeschlossen werden soll durch eine neue Nr. 6 in Absatz 3, dass bei Beteiligung von Hochschulkliniken Fördermittel für die Finanzierung von Forschung und Lehre zweckentfremdet werden. Entsprechende Kontrollmechanismen sollen eingeführt werden. Dies wird begrüßt.

Die Streichung der Antragsvoraussetzung, dass das jeweilige Land das Insolvenzrisiko der zu fördernden Krankenhäuser geprüft haben muss, ist sachgerecht. Hierdurch wird unnötige Bürokratie vermieden. Eine Abwägung zwischen Land und Krankenkassen, inwiefern ein Krankenhaus für die zukünftige Versorgung benötigt wird und ob eine Fortführungsperspektive für das Krankenhaus besteht, ist weiterhin möglich.

Der Übernahme der Verwaltungskosten durch den Bund wird zugestimmt, da hierdurch mehr Fördermittel für einen Umbau der Versorgungsstrukturen zur Verfügung stehen. Die Regelung, dass BAS Mittel, soweit die förderrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllt oder die Mittel nicht zweckentsprechend verwendet wurden, zurückfordert, ist sachrichtig.

Statt einer Rückführung von nicht-abgerufenen Mitteln des Transformationsfonds nach 2035 an den Bund sollte geprüft werden, inwiefern weiterhin Bedarf einer Anpassung der Versorgungsstrukturen hin zu einer bedarfsgerechten Versorgung gegeben ist und die Mittel gegebenenfalls hierfür aufgewendet werden.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 4 Satz 5 wird folgende Nr. 4 ergänzt:

4. und die nicht weiterhin für eine bedarfsgerechte Anpassung der Versorgungsstrukturen benötigt werden. Ob weiterhin ein entsprechender Bedarf besteht, stellen der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft bis zum 30. Juni 2035 fest.

Nr. 6 § 13 KHG Entscheidung zu den förderungsfähigen Vorhaben

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Anforderungen an die Form der Beteiligung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen sollen reduziert werden. Für die Entscheidung der Länder, welche Vorhaben aus dem Transformationsfonds gefördert werden sollen, ist nicht Voraussetzung, dass Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen hergestellt wird. Es reicht, – wie in § 8 – dass Einvernehmen angestrebt wird. Der neue Satz 5 sieht lediglich vor, dass das Einvernehmen – wie in § 8 – anzustreben ist.

B Stellungnahme

Dass mit der Ergänzung des § 13 die Einvernehmensregelungen mit den Krankenkassen aufgeweicht werden sollen und nur das Anstreben des Einvernehmens ausreichend ist, wird abgelehnt. Es bleibt offen, wann dieses Kriterium des „Anstrebens“ als erfüllt angesehen werden kann. Letztendlich kann dies dazu führen, dass jegliche Mittelverwendung ohne Einvernehmen mit den Krankenkassen erfolgt.

Das Einvernehmen muss jedoch zwingend vor Antragstellung hergestellt werden, die Krankenkassen können ihre regionale Expertise sinnvoll in den Prozess einbringen. Die Strukturmaßnahmen, welche im Zuge der Krankenhausreform erfolgen, werden langfristige Auswirkungen auf die Versorgungsqualität, Patientensicherheit und Effizienz der Versorgung sowie auf die Attraktivität des Arbeitsplatzes Krankenhaus haben. Durch das Einvernehmen würde sichergestellt, dass die Modernisierung der Versorgungsstrukturen gelingt und diese gleichzeitig zu einer spürbaren Entlastung der GKV-Finzen und Verbesserung der Zukunftsfähigkeit der Krankenhausstandorte führt. Somit ist auch vor dem Hintergrund der aktuellen Finanzlage der GKV das Einvernehmen mit den Landesverbänden der Kranken- und Ersatzkassen zielführend und sinnvoll. Das aktuell vorgesehene „Anstreben“ des Einvernehmens geht dabei nicht weit genug.

C Änderungsvorschlag

Keine Änderung von § 13. Artikel 2 Nummer 6 entfällt damit.

Nr. 7 § 17b KHG Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Einführung der Vorhaltevergütung wird um ein Jahr verschoben. Die Jahre 2026 und 2027 stellen budgetneutrale Jahre dar und in den Jahren 2028 und 2029 wird mittels einer Konvergenz die Vorhaltevergütung eingeführt. In der Folge werden auch der bei der Evaluation vorgesehene Zeitraum sowie die Zeitpunkte für die Vorlage des Zwischenberichts und des abschließenden Berichts durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus um ein Jahr verschoben.

B Stellungnahme

Dass der Evaluationszeitraum und das Datum für die Vorlage des Zwischenberichts sowie des Abschlussberichts angepasst werden, ist im Hinblick auf die Verschiebung der Einführung der Vorhaltefinanzierung um ein Jahr folgerichtig.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 8 § 37 KHG Aufgaben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit der Ermittlung der Vergütung eines Vorhaltebudgets

A Beabsichtigte Neuregelung

Das ermittelte Vorhaltevolumen soll sich auf das jeweils folgende Kalenderjahr beziehen.

Aufgrund der verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr stellen die Jahre 2026 und 2027 budgetneutrale Jahre dar und in den Jahren 2028 und 2029 wird mittels einer Konvergenz die Vorhaltevergütung eingeführt.

Außerdem werden die Fristen angepasst, bis zu denen das InEK den Krankenhaus-trägern die Information über die Höhe des je Krankenhausstandort und je Leistungsgruppe aufgeteilten Vorhaltevolumens in einem Land zu übermitteln hat. So erhalten die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden für das Kalenderjahr 2026 bis zum 31. Dezember 2025 Zeit für eine freiwillige Übermittlung nach § 6a Absatz 6 Satz 2 Nummer 1.

Das InEK hat daraufhin die Vorhaltevolumina zu ermitteln und bis zum 28. Februar 2026 die Information an die Krankenhausträger für ihre jeweiligen Krankenhausstandorte zu übermitteln. Für das Kalenderjahr 2027 können die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden die Übermittlung nach § 6a Absatz 6 Satz 2 Nummer 2 bis zum 31. Dezember 2026 an das InEK vornehmen. Das InEK hat daraufhin die Information bis zum 28. Februar 2027 an die Krankenhausträger zu übermitteln.

B Stellungnahme

Die Fristanpassungen aufgrund der Verschiebung der Einführung der Vorhaltefinanzierung sind sachlogisch.

Die Klarstellung in Absatz 1 Satz 3, dass die Aufteilung der Vorhaltevolumina auf Basis der von den Landesbehörden zugewiesenen Leistungsgruppen erfolgt wird begrüßt.

Im Vergleich zum Referentenentwurf entfallen im Gesetzesentwurf die Verweise auf NRW. Hintergrund ist die in Artikel 2 Nr. 2 vorgesehene Aussetzung der Auszahlung einer Vorhaltefinanzierung in NRW bis einschließlich des Jahrs 2030. Dementsprechend sind weiterhin Sonderregelungen für NRW vorgesehen. Diese werden abgelehnt (siehe Stellungnahme zu Artikel 3 Nummer 2).

Der mit der Ergänzung von § 37 Absatz 1 Nummer 4 vorgesehene Ausschluss von Krankenhausfällen, die im jeweils folgenden Jahr voraussichtlich nach § 115f vergütet werden, wird begrüßt.

Die Änderungen der Fristen des InEK zur Übermittlung der Information an die Krankenhausträger über die zugewiesenen Vorhaltevolumina erscheinen sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 9 § 38 KHG Aufgaben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit Zuschlägen zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken

A Beabsichtigte Neuregelung

Infolge der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr werden auch die Zuschläge zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken ein Jahr später eingeführt. Zudem wird ein fehlerhafter Verweis korrigiert.

B Stellungnahme

Die Anpassung der Fristen ist in Folge der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung sachgerecht.

Grundsätzlich werden die Zuschläge zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie für die spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken abgelehnt, wie in der Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zum KHVVG bereits angebracht. § 38 ist zu streichen, denn 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.

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. Einen Regelungsvorschlag für eine bedarfsorientierte Vorhaltekostenfinanzierung findet sich im ergänzenden Änderungsbedarf.

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.

C Änderungsvorschlag

§ 38 KHG 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 31.12.2029. Die für den Bericht erforderlichen Daten sind dem Institut in anonymisierter Form zu übermitteln.

Nr. 10 § 39 KHG Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin

A Beabsichtigte Neuregelung

Infolge der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr werden auch die Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin ein Jahr später eingeführt.

Mit Buchstabe b wird zudem bzgl. der Beteiligung an den 20 Mio. Euro von Standorten, die die G-BA-Vorgaben zu Kreißsälen erfüllen, ergänzt, dass - wenn es sich um von Beleghebammen geleitete Kreißsäle handelt - ein entsprechendes Versorgungsniveau sichergestellt wird.

B Stellungnahme

Die Anpassung der Fristen ist in Folge der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung sachgerecht.

Grundsätzlich werden die Zuschläge zur Förderung der Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin abgelehnt, wie in der Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zum KHVVG bereits angebracht. Das Verteilen von Geldern nach dem Gießkannenprinzip kann dazu führen, dass der Anreiz für eine bedarfsorientierte Konzentration der Versorgung sinkt, was unbedingt vermieden werden muss. Die Regelung ist daher zu streichen. Sollte es bei der Regelung bleiben, ist zur Bewertung der Auswirkungen der zusätzlichen Förderbeträge eine zeitnahe wissenschaftliche Evaluation erforderlich. Nur bei einem soliden Nachweis positiver Effekte dürfen die Zuschläge weiterhin bereitgestellt werden.

Bezüglich der Ergänzung zu von Beleghebammen geleiteten Kreißsälen erscheint es letztendlich Auslegungssache zu sein, was ein entsprechendes Versorgungsniveau bedeutet. Daher wird diese Ergänzung kritisch gesehen. Kreißsäle sollten alle die gleichen QS-Anforderungen erfüllen, unabhängig von ihrer Leitung.

C Änderungsvorschlag

§ 39 KHG wird gestrichen.

Sollte die Regelung erhalten bleiben, wird folgender Absatz 6 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 31.12.2029. Die für den Bericht erforderlichen Daten sind dem Institut in anonymisierter Form zu übermitteln.

Nr. 11 § 40 KHG Aufgaben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte und des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus hinsichtlich der Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Damit die Aufstellungen der Krankenhausstandorte nach Absatz 2 Satz 1 für das Jahr 2025 auch anhand der erbrachten Leistungen und diesen zugrundeliegenden ICD- und OPS-Kodes des Jahres 2025 basieren, ist als Folgeänderung das maßgebliche Jahr für die Heranziehung der ICD- sowie OPS-Kodes von 2023 auf 2025 anzupassen. Entsprechend ist die Frist für das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zur Übermittlung der Aufstellung der den zu identifizierenden onkochirurgischen Leistungen zugrunde liegenden ICD- und OPS-Kodes an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu verschieben.

Mit der Änderung in Satz 2 wird geregelt, dass das InEK bei Auswahl der Krankenhausstandorte einen vom G-BA in einem Beschluss nach § 136c Absatz 1 SGB V für einen Indikationsbereich festgelegten Anteil berücksichtigt, sofern der G-BA für den jeweiligen Indikationsbereich einen Anteil von weniger als 15 Prozent festgelegt hat.

B Stellungnahme

Es handelt sich überwiegend um Fristverschiebungen im Sinne von Folgeanpassungen.

Weiterhin werden die Regelungen des § 40 KHG grundsätzlich abgelehnt. Eine Umsetzung der WiZen-Ergebnisse durch den G-BA wird gefordert (siehe ergänzender Regelungsbedarf).

Ergänzend wird gefordert, den Leistungsgruppenausschuss zu beauftragen, kurzfristig eigenständige Leistungsgruppen für die relevanten Tumorentitäten zu entwickeln und diese einzuführen. Damit könnten sowohl eine differenziertere Krankenhausplanung als auch anwendbare Mindestvorhaltezahlen erreicht werden.

C Änderungsvorschlag

Streichung des § 40 KHG,
siehe ergänzender Änderungsbedarf zu § 136b SGB V.

Artikel 3 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 1 Inhaltsübersicht Angabe zu § 10 KHEntgG

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine aufgrund der Anpassung der Überschrift des § 10 erforderliche Folgeänderung.

B Stellungnahme

Die Anpassung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsvorschlag.

Nr. 2 § 1 KHEntgG Anwendungsbereich

A Beabsichtigte Neuregelung

Um den Krankenhäusern in den Ländern, die bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen auf Grundlage landesrechtlicher Vorschriften zugewiesen haben, Planungssicherheit zu geben, wird vorgesehen, dass die voll- und teilstationären Leistungen für Krankenhäuser für die Dauer der Ausnahme weiterhin über die pauschalen Entgelte vergütet werden. Um weiterhin dem Grundsatz einer einheitlichen Vergütung Rechnung zu tragen und die unterschiedlichen Leistungsgruppensystematiken einander anzunähern, wird vorgesehen, dass Krankenhäuser in den betroffenen Ländern die Höhe der abzurechnenden Entgelte weiterhin nach den bundeseinheitlichen Vorschriften ermitteln (Verwendung der bundeseinheitlichen Entgeltkataloge und des bundeseinheitlichen Groupers), die Unterschiede der Leistungsgruppensystematiken jedoch keine Auswirkungen auf die Vergütung haben.

Für Krankenhäuser in den betroffenen Ländern soll somit die bisherige Vergütungssystematik im Rahmen der für alle Krankenhäuser für die Jahre 2026 und 2027 vorgesehenen Übergangsregelungen bis einschließlich des Jahres 2030 verlängert werden.

B Stellungnahme

Es wird geregelt, dass für Krankenhäuser in NRW die bisherige Vergütungssystematik im Rahmen der für alle Krankenhäuser für die Jahre 2026 und 2027 vorgesehenen Übergangsregelungen bis einschließlich des Jahres 2030 verlängert werden soll. In dem Zuge werden in NRW die Vorhaltebudgets erst ab 2031 an die Krankenhäuser ausgezahlt, das Abrechnungsverbot nach § 8 KHG bis einschließlich 2030 ausgesetzt und die Fixkostendegressionsabschläge bis 2030 ausgezahlt. Die erweiterten Regelungen zeigen die Problematiken eines Sonderweges für NRW auf. Durch die Einführung einer Vorhaltefinanzierung in NRW erst ab 2031 sollen die Unterschiede in den Leistungsgruppensystematiken in NRW und auf Bundesebene adressiert werden. Tatsächlich werden diese Herausforderungen durch die Ausnahme nur in die Zukunft verlagert, da unterschiedliche Ansätze dann im Jahr 2031 zusammengeführt werden müssen. Die Sonderregelungen des § 1 KHEntgG verkomplizieren die Umsetzung der Reform weiter. Die Sonderregelungen für NRW werden insgesamt abgelehnt.

Siehe die Bewertung zu Artikel 2 Nummer 8.

C Änderungsvorschlag

Streichung.

Nr. 3 § 3 KHEntgG Grundlagen

A Beabsichtigte Neuregelung

Infolge der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr erfolgt auch die Vereinbarung und Abrechnung eines Vorhaltebudgets ein Jahr später.

B Stellungnahme

Die Neuregelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 4 § 4 KHEntgG Vereinbarung eines Erlösbudgets

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr. Die Jahre 2026 und 2027 stellen budgetneutrale Jahre dar, in denen die Vorhaltebewertungsrelationen Teil des jeweiligen Erlösbudgets sind.

Durch die um ein Jahr verschobene Einführung der Vorhaltevergütung wird auch die Abschaffung des Fixkostendegressionsabschlags ein Jahr später vorgenommen.

B Stellungnahme

Die Neuregelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 5 § 5 KHEntgG Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Einführung der Vorhaltevergütung wird um ein Jahr verschoben. In der Folge sind die bisherigen Zuschläge zur Förderung der geburtshilflichen Versorgung in Krankenhäusern um ein Jahr zu verlängern.

Auch die Zuschläge für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben nach § 38 KHG werden ein Jahr später eingeführt.

B Stellungnahme

5 a)

aa) Eine Verlängerung der Förderung der geburtshilflichen Versorgung ist nicht erforderlich.

bb) Eine Klarstellung fehlt, dass alle fünf aufgezählten Aspekte für die Zuteilung der Förderung zu berücksichtigen sind („Und-Verknüpfung“).

5 b)

aa) Eine Verlängerung der Abrechnung der Zuschläge zur geburtshilflichen Versorgung ist mit Wegfall der Förderung hinfällig.

bb) Eine Verlängerung der Abrechnung der Zuschläge zur geburtshilflichen Versorgung ist mit Wegfall der Förderung hinfällig.

cc) Eine Verlängerung der Abrechnung der Zuschläge zur geburtshilflichen Versorgung ist mit Wegfall der Förderung hinfällig.

5 c)

Die Neuregelung ist sachgerecht. Abgelehnt wird jedoch die Einführung einer gesonderten Finanzierung für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben insgesamt. Die Regelung ist insgesamt zu streichen.

5 d)

aa) Die Verlängerung der Zuschläge zur Förderung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen über das Jahr 2026 hinaus ist abzulehnen, da es nicht zur Strukturverbesserung beiträgt.

bb) Die Regelung ist insgesamt zu streichen.

cc) Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung aufgrund der Verschiebung der Vorhaltefinanzierung um ein Jahr.

5 e)

Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung aufgrund der Verschiebung der Vorhaltefinanzierung um ein Jahr.

5 f)

Die Neuregelung ist an sich sachgerecht. Abgelehnt wird jedoch die Einführung einer gesonderten Finanzierung für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben insgesamt.

C Änderungsvorschlag

5 a)

aa) Die Regelung ist insgesamt zu streichen.

bb) Kein Änderungsbedarf.

5 b)

aa) Die Regelung ist insgesamt zu streichen.

bb) Die Regelung ist insgesamt zu streichen.

cc) Die Regelung ist insgesamt zu streichen.

5 c) Die Regelung ist insgesamt zu streichen.

5 d)

aa) Die Regelung ist insgesamt zu streichen.

bb) Die Regelung ist insgesamt zu streichen.

cc) Kein Änderungsbedarf.

5 e) Kein Änderungsbedarf.

5 f) Die Regelung ist insgesamt zu streichen.

Nr. 6 § 6b KHEntgG Vergütung eines Vorhaltebudgets

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Einführung der Vorhaltevergütung wird um ein Jahr verschoben. In der Folge ist die entsprechende Frist für die Vergütung eines Vorhaltebudgets anzupassen. Darüber hinaus handelt es sich um eine Klarstellung entsprechend den in § 37 KHG vorgesehenen Regelungen für die Ermittlung und rechnerische Aufteilung der Vorhaltevolumina.

B Stellungnahme

- a) Der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr kann unter dem Vorbehalt zugestimmt werden, dass dies genutzt wird, um die Bestimmung, Verteilung und Auszahlung der Vorhaltebudgets fallzahlunabhängig und bedarfsorientiert auszugestalten. Grundsätzlich sollte die Einführung der Vorhaltefinanzierung und damit Umsetzung der Reform nicht unnötig verzögert werden, damit Effizienzeffekte der Reform möglichst zeitnah wirken können. Die derzeitige Ausgestaltung der Vorhaltefinanzierung sieht jedoch eine Fallabhängigkeit vor, die die Anreize des DRG-Systems zu wirtschaftlich motivierten Mengenausweitungen der Krankenhäuser nicht auflöst, und das Ziel einer gestärkten finanziellen Sicherheit der Krankenhäuser nicht erreichen wird. Stattdessen sollte die wissenschaftliche Entwicklung eines Bedarfsbemessungsinstruments, welches die Grundlage für die Bestimmung der Vorhaltebudgets auf Landesebene und der Krankenhäuser bildet, zeitnah beauftragt werden und nach einer Einführungsphase zum Einsatz kommen. Entscheidend ist, dass Planung und Finanzierung zeitnah zusammenlaufen können. Ein Regelungsvorschlag zur Umsetzung einer bedarfsorientierten und fallzahlunabhängigen Vorhaltefinanzierung ist im ergänzenden Änderungsbedarf dieser Stellungnahme enthalten. Unabhängig davon ist die Anpassung der Fristen folgerichtig. Die Klarstellung, dass das Vorhaltebudget nur Krankenhausfälle berücksichtigt, die mit Hilfe bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen abgerechnet werden, ist sachgerecht.
- b) Die Streichung der Erreichbarkeitsvorgaben ist abzulehnen.
- c) Die Regelung ist sachgerecht.
- d) Die Regelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

- a) Kein Änderungsbedarf.
- b) Siehe Änderungsvorschlag bei § 6a Abs. 4 KHG
- c) Kein Änderungsbedarf.
- d) Kein Änderungsbedarf.

Nr. 7 § 7 KHEntgG Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Anpassungen von Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für Abrechnung der Entgelte.

B Stellungnahme

Die Neuregelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 8 § 8 KHEntgG Berechnung der Entgelte

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Anpassungen von Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für die Berechnung der Entgelte.

B Stellungnahme

Die Neuregelungen sind sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 9 § 9 KHEntgG Vereinbarung auf Bundesebene

A Beabsichtigte Neuregelung

9a) Infolge der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr wird auch die Pflicht zur Erhöhung der Zuschläge für eine Teilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung erst ein Jahr später eingeführt.

9b) Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts

B Stellungnahme

9a) Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr. Die Verschiebung der Zahlung der Zuschläge für eine Teilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung erscheint folgerichtig, die Zahlung der Zuschläge wird aber grundsätzlich abgelehnt (wie bereits in der Stellungnahme zum KHVVG angemerkt). Die Zuschläge tragen nicht zu einer Verbesserung der Versorgungsstrukturen bei, da der Bedarfsbezug fehlt. Die Vorhaltefinanzierung sollte sich ausschließlich aus im Rahmen der Krankenhausplanung anhand von Planfallzahlen zugewiesenen Versorgungsanteilen ergeben. Die Regelung ist zu streichen.

9b) Es handelt sich um redaktionelle Änderungen.

Die Neuregelung aktualisiert den Verweis auf die sogenannte „Meistbegünstigungsklausel“ (Geltung der Grundlohnrate als Obergrenze, wenn diese höher ist als der Orientierungswert). Die Meistbegünstigungsklausel hat in den vergangenen Jahren zu erheblichen, nicht sachgerechten Mehrbelastungen der GKV geführt. Im Sinne einer verursachungsgerechten Vergütung und zur Vermeidung unbegründeter Kostensteigerungen ist eine ersatzlose Streichung dieser Regelung dringend geboten.

C Änderungsvorschlag

Streichung von § 10 Absatz 6 Satz 6 KHEntgG.

Ein entsprechender Anpassungsvorschlag ist im ergänzenden Änderungsbedarf dieser Stellungnahme enthalten.

Nr. 10 § 10 KHEntgG Vereinbarung auf Landesebene

A Beabsichtigte Neuregelung

Im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung des Orientierungswerts soll der Berichtszeitraum, den das Statistische Bundesamt hierfür zugrunde zu legen hat, abweichend von der bisherigen gesetzlichen Vorgabe geregelt werden. Mit Satz 3 wird vorgegeben, dass der Berichtszeitraum dem vorangegangenen Kalenderjahr zu entsprechen hat.

B Stellungnahme

Die Regelung ist nachvollziehbar und sachgerecht. Die bisherige, mit dem KHVVG eingeführte Regelung, sah vor, dass der Berichtszeitraum die zweite Hälfte des Vorjahres und die erste Hälfte des laufenden Jahres umfasst. Diese Vorgabe war in der Praxis nicht umsetzbar. Das Statistische Bundesamt hat den O-Wert bis zum 30.09. eines Jahres zu ermitteln. Die von den Krankenhäusern übermittelten und geprüften Daten der ersten Hälfte des laufenden Jahres liegen dem Statistischen Bundesamt nicht zeitgerecht vor, so dass eine valide Berechnung des O-Wertes anhand der bisherigen Vorgabe nicht möglich ist. Die Neuregelung ermöglicht die Berechnung des O-Wertes anhand geprüfter und testierter Daten.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 11 § 11 KHEntgG Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus

A Beabsichtigte Neuregelung

Der PKV als Kostenträger soll gleichberechtigt die umfassende und zeitnahe Rechnungsprüfung und -begleichung ermöglicht werden. Hierzu ist vorgesehen, dass der Krankenhausträger sowohl die Budgetvereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 als auch eine Vereinbarung nach Absatz 4 Satz 6 über einen Abschlag für den Fall, dass der Krankenhausträger seiner Verpflichtung zu umfassenden und fristgerechten Unterlagenübermittlung nicht nachkommt, an den Verband der Privaten Krankenversicherung zu übermitteln hat.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht und nachvollziehbar.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 12 § 14 KHEntgG Genehmigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung wird eine Informationspflicht zu Entscheidungen über Genehmigungen durch die zuständige Landesbehörde an den Verband der Privaten Krankenversicherung normiert.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 13 § 21 KHEntgG Übermittlung und Nutzung von Daten

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Anpassungen von Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für die Datenübermittlung.

Zudem werden Folgeänderungen zur Änderung von § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V (Streichung Übergangsregelung) vorgenommen.

Die vom InEK geführte Datenstelle auf Bundesebene erhält neben den von den Krankenhäusern nach § 21 zu übermittelnden Daten auch aus weiteren Datenlieferungsverpflichtungen der Krankenhäuser Daten zur Anzahl der dort tätigen Pflegekräfte. Die nach § 6a Absatz 3 Satz 4 KHEntgG zu übermittelnden Testate zum Pflegebudget enthalten von einem Jahresabschlussprüfer testierte Daten zu den im Krankenhaus eingesetzten Pflegekräften.

Die umfassende Nutzung von Daten für die zum Zwecke der Ermittlung des Abschlags erforderlichen Schätzung der Anzahl der Pflegevollkräfte oder ärztlichen Vollkräfte wird geregelt.

B Stellungnahme

Die Neuregelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 4 Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung

Nr. 1 § 2 KHTFV Förderfähigkeit

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderungen in § 12b. Absatz 1 KHG.

B Stellungnahme

Die redaktionelle Änderung ist folgerichtig.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 2 § 3 KHTFV Regelungen zu den einzelnen Fördertatbeständen nach § 12b Absatz 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

A Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Folgeänderung zu Änderung in § 12b KHG und Klarstellung.

B Stellungnahme

In Buchstabe a handelt es sich um redaktionelle Änderungen, die aufgrund der Änderungen in § 12b KHG folgerichtig sind.

Mit den Buchstaben b bis e werden Klarstellungen vorgenommen, die unter anderem die Berücksichtigung von Hochschulkliniken umfassen. Hierbei handelt es sich um eine geringfügige Öffnung der Regelungen. Beispielsweise wird durch die Ergänzung des Wortes „insbesondere“ in Absatz 4 Satz 1 klargestellt, dass auch andere Kliniken als Hochschulkliniken förderfähig sind. Diese Klarstellung wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 3 § 4 KHTFV Antragstellung

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um die Streichung der Regelung zur Antragsfrist aufgrund Änderung in § 12b KHG sowie weitere Folgeänderungen zu Änderungen in § 12b KHG sowie Maßgaben des BR.

B Stellungnahme

Im Vergleich zum Referentenentwurf entfällt mit der Änderung in Nummer 3 Buchstabe a in § 4 Absatz 1 KHTFV der Verweis auf die Erforderlichkeit eines Einvernehmens mit den Krankenkassen beim Stellen von Förderanträgen. Dieser Passus wird ersatzlos gestrichen. Dies wird abgelehnt. Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Änderungen in § 13 KHG. Hier wird geregelt, dass ein Einvernehmen mit den Krankenkassen nur noch anzustreben ist. Dies stellt eine Aufweichung der Einvernehmensregelung dar und wird ebenfalls abgelehnt.

Mit der in Nummer 3 Buchstabe „b“, „dd“ vorgesehenen Ergänzung wird geregelt, dass, wenn ein Fördervorhaben eine Hochschulklinik betrifft, eine Erklärung vorzulegen ist, dass die Fördermittel nur für krankenhausbefugte Strukturmaßnahmen eingesetzt werden. Die Ergänzung wird begrüßt. Die Regelung entspricht § 12b Absatz 3 Satz 1 Nr. 6 KHG.

Bei den weiteren Änderungen handelt es sich um Folgeänderungen, die sachlogisch sind, und redaktionelle Änderungen, die nachvollziehbar sind und bezüglich derer kein Änderungsbedarf gesehen wird.

C Änderungsvorschlag

§ 4 Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„ (1) Die Länder können Anträge auf Auszahlung von Fördermitteln nach § 12b Absatz 2 Satz 2 bis 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aus dem Transformationsfonds für jedes der Kalenderjahre 2026 bis 2035 stellen. Für jedes der in § 12b Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Vorhaben ist ein gesonderter Antrag zu stellen. Der Antrag ist durch das an dem Vorhaben beteiligte Land, im Fall von länderübergreifenden Vorhaben durch die an dem Vorhaben beteiligten Länder, über das in § 8 Absatz 1 Satz 1 genannte elektronische Verwaltungsportal an das Bundesamt für Soziale Sicherung zu stellen. Ein Land kann für ein Kalenderjahr insgesamt die Auszahlung von Fördermitteln in der in § 12b Absatz 2 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Höhe beantragen, zuzüglich des Betrags der in den vorangegangenen Kalenderjahren zurückgezahlten Fördermittel und der in den vorangegangenen Kalenderjahren abgeführten Zinserträge. Fördermittel für länderübergreifende Vorhaben können für ein Kalenderjahr insgesamt in der in § 12b Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Höhe, zuzüglich des Betrags der in den vorangegangenen Kalenderjahren zurückgezahlten Fördermittel und der in den vorangegangenen Kalenderjahren

abgeführten Zinserträge, beantragt werden. Die Länder können bei der Antragstellung die Auszahlung der Fördermittel in jährlichen Teilbeträgen beantragen. **Die Länder treffen gemäß § 13 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes die Entscheidung, für welche Vorhaben ein Antrag nach Satz 1 oder Satz 2 gestellt werden soll, im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen.“**

Nr. 4 § 5 KHTFV Auszahlung der Fördermittel

A Beabsichtigte Neuregelung

Da der Transformationsfonds nach § 12b KHG nunmehr aus Bundesmitteln finanziert wird, wird auch die für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung geschaffene Möglichkeit, sich an der Finanzierung des Transformationsfonds zu beteiligen, nicht aufrechterhalten und die entsprechende Regelung wird gestrichen.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine sachlogische Folgeänderung aufgrund der vorgesehenen Finanzierung des Transformationsfonds durch den Bund.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 5 § 6 KHTFV Verwendung der Fördermittel

A Beabsichtigte Neuregelung

Da der Transformationsfonds nach § 12b KHG nunmehr aus Bundesmitteln und nicht wie zunächst vorgesehen aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert wird, wird auch die für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung geschaffene Möglichkeit, sich an der Finanzierung des Transformationsfonds zu beteiligen, nicht aufrechterhalten und die entsprechenden Regelungen werden gestrichen. Der bisherige Satz 4 in Absatz 2 wird daher entsprechend angepasst.

B Stellungnahme

Bei den Buchstaben a und c handelt sich um die oben dargestellte Folgeänderung aufgrund der vorgesehenen Finanzierung des Transformationsfonds durch den Bund.

Auch bei Buchstabe b handelt es sich um eine Folgeänderung aufgrund der Neufassung von § 12b Absatz 3 Satz 1 KHG.

Die Änderungen sind demnach sachlogisch.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 6 § 7 KHTFV Rückforderung der Fördermittel

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung wandelt die bisherige Ermächtigungsnorm, nach der das BAS Fördermittel zurückfordern „kann“, in eine Soll-Vorschrift um.

Da der Transformationsfonds nach § 12b KHG nunmehr aus Bundesmitteln und nicht - wie zunächst vorgesehen - aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert wird, wird auch die für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung geschaffene Möglichkeit, sich an der Finanzierung des Transformationsfonds zu beteiligen, nicht aufrechterhalten und die entsprechenden Regelungen werden gestrichen. Der bisherige Satz 2 in Absatz 7 wird daher gestrichen.

Die Regelung in Absatz 8 wird gestrichen. Sie sei nicht mit § 12b Absatz 3a Satz 6 KHG (zuvor § 12b Absatz 3 Satz 7 KHG) vereinbar, der vorsieht, dass überzahlte Mittel unverzüglich an das BAS zurückzuzahlen sind. Soweit keine erneute Zuteilung dieser Mittel für weitere Vorhaben, für die ein Antrag gestellt wurde, erfolgt, sind die zurückgezahlten Mittel nach Ablauf des Transformationsfonds an den Bund zurückzuführen, wie sich aus der Regelung in § 12b Absatz 4 Satz 5 KHG ergibt.

B Stellungnahme

Die Änderung in Buchstabe a, die eine verbindliche Mittelrückforderung durch das BAS gegenüber einem Land vorsieht, wenn eines der in § 7 Absatz 2 genannten Kriterien erfüllt ist, erscheint richtig. Hierdurch wird eine zielgerechte Verwendung der Mittel gestärkt. Die Änderung wird daher begrüßt. Es besteht kein Änderungsbedarf.

Bei der Änderung in Buchstabe b handelt es sich um eine Folgeänderung aufgrund der vorgesehenen Finanzierung des Transformationsfonds durch den Bund. Auch hier besteht kein Änderungsbedarf.

Die Streichung von Absatz 8 in Buchstabe c wird abgelehnt. Die Regelung, dass nicht für ein Vorhaben verausgabte Fördermittel, die binnen 12 Monaten nach Abschluss des Vorhabens erneut als Investition in das Krankenhaus zur Verbesserung der Versorgung in Abstimmung mit den Landesverbänden der Krankenkassen verwendet werden, nicht zurückgefordert werden, ist ein unbürokratischer Ansatz, um diese Mittel im Sinne der Krankenhausreform einzusetzen, und sollte beibehalten werden.

C Änderungsvorschlag

Nummer 6 Buchstabe c entfällt.

Nr. 7 § 8 KHTFV Aufgaben des Bundesamtes für Soziale Sicherung

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung wird dem BAS die Möglichkeit eingeräumt, die Förderrichtlinie auch zu aktualisieren, falls sich hierfür aufgrund von aktuellen Entwicklungen das Bedürfnis ergibt.

B Stellungnahme

Dass die Förderrichtlinie bei Bedarf aktualisiert werden kann, ist sinnvoll. Der Änderung wird daher zugestimmt.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 5 Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen

Nr. 1 § 186a GWB Fusionskontrolle im Krankenhausbereich

A Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 186a ersetzt § 187 Absatz 10, mit dem im KHVVG eine Ausnahme für Krankenhäuser von der Fusionskontrolle geschaffen wurde. Mit der Vorschrift, deren Anwendung bis zum 31. Dezember 2030 befristet ist, wurde die Bewilligung eines Zusammenschlusses von Krankenhäusern auf die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden übertragen, um Zusammenschlüsse vorrangig anhand von gesundheitspolitischen Erwägungen billigen zu können. Eine Überarbeitung der Regelung wurde jedoch erforderlich, um Rechtsunsicherheiten mit Blick auf Anwendungsbereich und Verfahren zu begegnen.

B Stellungnahme

Die mit den Änderungen angestrebte Erhöhung der Rechtsklarheit und Vereinfachung wird nur bedingt erreicht.

Die geänderten Begrifflichkeiten im neu eingeführten § 186a, der § 187 Abs. 10 ersetzt, werden in § 187 Abs. 9 nicht angepasst. Eine Begründung für die unterschiedliche Verwendung von Begrifflichkeiten (z. B. Krankenhaus i.S.d. § 107 Abs. 1 SGB V, Fachbereich/Fachrichtungen, standortübergreifende Konzentration) ist aus dem Kabinettsentwurf nicht ersichtlich und wäre auch aus fachlich-rechtlicher Sicht nicht schlüssig. Vor diesem Hintergrund sollten die Begrifflichkeiten einheitlich gehandhabt werden.

In § 186a wurde zudem das Kriterium, wonach dem Zusammenschluss nach vorliegenden Erkenntnissen der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden „keine anderen wettbewerbsrechtlichen Vorschriften entgegenstehen“ dürfen, gestrichen. Diese Streichung wird damit begründet, dass die Prüfung für die Landeskrankenhausplanungsbehörden sachfremd sei und besser durch die für die Anwendung der übrigen Wettbewerbsvorschriften (hier insbesondere zum Kartellverbot und zur Missbrauchskontrolle) zuständigen Kartellbehörden (Bundeskartellamt und Landeskartellbehörden) erfolgen könne (S. 156 des Kabinettsentwurfes). In § 187 Abs. 9 Nr. 2 ist dieses Kriterium jedoch erhalten geblieben. Auch hier bedarf es einer Anpassung, wobei die Begründung der Streichung nicht vollständig überzeugt, da die Landeskrankenhausplanungsbehörden im Rahmen der Benehmensherstellung erforderlichenfalls auf die Sachkunde des Bundeskartellamts zurückgreifen können. Die jetzt vorgesehene verbleibende Zuständigkeit des Bundeskartellamts gemäß Absatz 3 Nr. 2 soweit *„das Zusammenschlussvorhaben nicht ausschließlich Märkte betrifft, auf denen Krankenhäuser im Sinne des § 107 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder medizinische Fachbereiche der am Zusammenschluss beteiligten Krankenhäuser in § 39 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches genannte Leistungen erbringen,“* wird in der Praxis dazu führen, dass die Anmeldung der Zusammenschlusskontrolle beim Bundeskartellamt neben der Erforderlichkeitsbestätigung der zuständigen Landesbehörde häufig erforderlich bleibt und damit das Ziel der vorrangig an gesundheitspolitischen Erwägungen auszurichtender Zusammen-

schlussentscheidungen gefährdet werden könnte. Deshalb sollte eine Zusammenschlusskontrolle allenfalls dann eröffnet sein, wenn der Zusammenschluss überwiegend (statt ausschließlich) weitere Märkte betrifft.

Darüber hinaus sollte eine Unklarheit im Antragsverfahren beseitigt werden: Der Antrag ist bei der oder den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden der Länder, in denen sich die am Zusammenschluss beteiligten Krankenhäuser oder medizinischen Fachbereiche befinden, zu stellen (S. 156 des Kabinettsentwurfes). Hier ist unklar, ob es ausreichend ist, wenn der Antrag lediglich bei einer der zuständigen Landesbehörden der Länder gestellt wird. Hier bedarf es zur Reduzierung des bürokratischen Aufwandes einer Klarstellung, dass ein einzelner Antrag ausreichend ist und sich die betroffenen Landesbehörden miteinander ins Einvernehmen setzen.

C Änderungsvorschlag

In § 186a Abs. 1(neu) werden vor dem bisherigen S. 3 folgende Sätze eingefügt:

„Sind mehrere Landesbehörden nach Satz 1 zuständig, genügt die Antragstellung bei einer der zuständigen Landesbehörden. Diese leitet den Antrag den übrigen zuständigen Landesbehörden zu.“

In § 186a Abs. 3 unter 2. (neu) wird das Wort „ausschließlich“ durch das Wort „überwiegend“ ersetzt.

Nr. 2 § 187 GWB Übergangs- und Schlussbestimmungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung in § 187 Abs. 9 sowie redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung eines neuen § 186a.

B Stellungnahme

Auf die Stellungnahme zu Nr. 1 § 186a wird verwiesen: Unterschiedliche Begriffe in § 186a Abs. 1 (Krankenhäuser i.S.d. § 107 Abs. 1 SGB V oder einzelne medizinische Fachbereiche) und § 187 Abs. 9 (standortübergreifende Konzentration von mehreren Krankenhäusern oder einzelnen Fachrichtungen) führen zu Rechtsunklarheiten.

C Änderungsvorschlag

Die Begrifflichkeiten in § 186a und § 187 Abs. 9 Nr. 1 sind bezogen auf die Begrifflichkeiten: „Krankenhäuser i.S.d. § 107 Abs. 1 SGB V oder einzelne medizinische Fachbereiche“ bzw. „standortübergreifende Konzentration von mehreren Krankenhäusern oder einzelnen Fachrichtungen“ sind anzugleichen.

Artikel 6 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 1 § 9 BPflV Vereinbarung auf Bundesebene

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um die Korrektur fehlerhafter Verweise und um unmittelbare redaktionelle Folgeänderungen zu den Änderungen in § 9 Absatz 1b KHEntgG.

B Stellungnahme

Die Neuregelung aktualisiert den Verweis auf die sogenannte „Meistbegünstigungsklausel“ (Geltung der Grundlohnrate als Obergrenze, wenn diese höher ist, als der Orientierungswert). Die Meistbegünstigungsklausel hat in den vergangenen Jahren zu erheblichen, nicht sachgerechten Mehrbelastungen der GKV geführt. Im Sinne einer verursachungsgerechten Vergütung und zur Vermeidung unbegründeter Kostensteigerungen ist eine ersatzlose Streichung dieser Regelung dringend geboten.

C Änderungsvorschlag

Streichung von § 10 Absatz 6 Satz 6 KHEntgG.

Ein entsprechender Anpassungsvorschlag ist im ergänzenden Änderungsbedarf dieser Stellungnahme enthalten.

Nr. 2 § 11 BPflV Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Folgeänderungen in den § 11 und § 14 KHEntgG.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 3 § 14 BPflV Genehmigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine unmittelbare und zwingende Folgeänderung zur Änderung in § 14 Absatz 1b KHEntgG. Das KHEntgG gilt nur für somatische Krankenhäuser. Das Erfordernis der rechtlichen Gleichbehandlung psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen mit somatischen Krankenhäusern erfordert es, die Änderung im Sachzusammenhang mit den Änderungen des KHEntgG mit zu regeln. Aus diesem Grunde wird vorgesehen, dass auch im Anwendungsbereich der BPflV die zuständige Landesbehörde den Verband der Privaten Krankenversicherung über ihre Entscheidung über die Genehmigung der in Satz 1 genannten Tatbestände informiert.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 7 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 53d SGB XI Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung soll die Digitalisierung in den von den jeweiligen Richtlinien nach den Absätzen 2 und 3 umfassten Aufgabenbereichen verstärkt genutzt und gefördert werden. Eine einheitliche Abbildung der Prozesse der in den Richtlinien enthaltenen Regelungen ist sowohl hinsichtlich der Ablauforganisation, etwa bei Begutachtungen und Prüfungen, als auch bei digitalen Prozessen zugunsten einer größeren Effizienz und Vergleichbarkeit, wünschenswert.

B Stellungnahme

Die Vereinheitlichung und Förderung digitaler Prozess wird begrüßt. Kein Änderungsbedarf.

Der bereits bestehende gesetzliche Auftrag des MD Bund, für eine einheitliche Aufgabenwahrnehmung der MD Sorge zu tragen, erfährt durch diese Regelung eine Stärkung. Die Befähigung des MD Bund, einheitliche und digitale Prozesse zur Umsetzung von Richtlinien zu regeln, ist ein signifikanter Schritt zur Effizienzsteigerung und zur Reduzierung von Bürokratie. Die Implementierung bundesweit einheitlicher digitaler Verfahren bei den MD ist daher dringend erforderlich. Es konnte festgestellt werden, dass sich die Geschwindigkeit der Prüfprozesse verbessert und deren Vergleichbarkeit erhöht. Der MD Bund soll befähigt werden, im Sinne der Gleichbehandlung aller Versicherten sowie der gebotenen Wirtschaftlichkeit, Effizienz und Qualität, bundesweite Standards zur Umsetzung der Richtlinien zu schaffen.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 8 Inkrafttreten

A Beabsichtigte Neuregelung

Es ist vorgesehen, dass das Gesetz am Tag nach der Verkündung in Kraft tritt.

B Stellungnahme

Diesbezüglich gibt es keinen Änderungsbedarf.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

II. Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes

Regelungsvorschlag für eine bedarfsorientierte und fallzahlunabhängige Vorhaltefinanzierung

Sachstand

Mit dem KHVVG wurde die schrittweise Einführung einer Vorhaltefinanzierung beschlossen. Hierdurch soll die Vorhaltung von bedarfsnotwendigen Krankenhäusern künftig weitgehend, unabhängig von der Leistungserbringung, zu einem relevanten Anteil gesichert werden. Die Höhe der Vorhaltevolumen auf Landes- und Ortsebene sind gekoppelt an die eine Leistungsgruppe umfassenden Leistungen. Die Vergabe von Planfallzahlen im Zusammenhang mit der Vergabe von Leistungsgruppen ist optional.

Die Einführung der Vorhaltefinanzierung ist in zwei Stufen vorgesehen: Für die Jahre 2027 und 2028 ergeben sich die Landesvorhaltevolumen auf Grundlage der erbrachten Leistungen in den Jahren 2023 und 2024. Für das Jahr 2029 werden die Vorhaltebudgets auf Grundlage der im Vorjahr erbrachten Leistungen berechnet. Anschließend werden die Landesvorhaltevolumen entsprechend des Landesbasisfallwertes fortgeschrieben. Beim Eintreten bestimmter Ereignisse, wie einer Abweichung der erbrachten Fälle eines Krankenhauses, der für die Berechnung des Ausgangs-Vorhaltevolumens verwendeten Fallzahl von mehr als 20 % oder dem Ausscheiden des Krankenhauses einer Leistungsgruppe aus der Versorgung, erfolgt eine Neu-Berechnung der Vorhaltevolumen für die Krankenhäuser der betreffenden Leistungsgruppe auf der Grundlage von Fallzahlen.

Änderungsbedarf und Begründung

Die Vorhaltefinanzierung der Krankenhäuser ist am Bedarf der regionalen Bevölkerung auszurichten und fallzahlunabhängig auszugestalten. Nur so können die Ziele der Vorhaltevergütung – verbesserte Finanzsicherheit der Krankenhäuser bei Verminderung von Fehlanreizen zu wirtschaftlich motivierten Mengenausweitungen – erreicht werden. Gleichzeitig sollten unnötige bürokratische Mehraufwände durch die Einführung der Vorhaltefinanzierung vermieden werden. Insbesondere bei der **Ermittlung der Vorhaltebudgets** auf Landesebene und bei der **Verteilung der Landesvolumen** auf die Krankenhäuser ist jedoch mit der derzeitigen Ausgestaltung eine starke Fallabhängigkeit gegeben. Diese Fehler sollten wie nachfolgend beschrieben angegangen werden.

Ermittlung der Landesvorhaltebudgets: Aus pragmatischen Gründen, um einen zügigen Einstieg in die Vorhaltefinanzierung zu ermöglichen, ist es sinnvoll, zunächst auf die historische Inanspruchnahme auf der Landesebene aufzusetzen. Auf dieser Grundlage werden in einer ersten Stufe die Vorhaltebudgets der Länder bestimmt. Um mittelfristig die realen Versorgungsbedarfe aus der Bevölkerung heraus ermitteln zu können, muss ein wissenschaftlich fundiertes Instrument zur Bedarfsermittlung entwickelt werden. Mit der Entwicklung des Instruments könnten der Gemeinsame Bundesausschuss oder die Vertragspartner nach § 17b KHG beauftragt wer-

den. Die Vorgaben umfassen die Erstellung von Bevölkerungsprognosen und berücksichtigen unter anderem Erreichbarkeiten, Morbidität, Mitversorgungseffekte und Ambulantisierung. Langfristiges Ziel muss es sein, dass sich die Volumen der Landesvorhaltebudgets, ausgehend von der historischen Inanspruchnahme, an den tatsächlichen Bevölkerungsbedarf annähern.

Verteilung der Landesvolumen: Im Vergleich zu den bestehenden Regelungen sollten die Landesbudgets verpflichtend anhand von Versorgungsaufträgen, welche durch Planfallzahlen operationalisiert werden, auf die Krankenhäuser aufgeteilt werden. Die Planfallzahlen bilden einen Anteil der Bevölkerung ab, für dessen Versorgungsbedarf das Krankenhaus in der jeweiligen Leistungsgruppe verantwortlich ist. Hierdurch wird die Unabhängigkeit von Ist-Fallzahlen weiter gestärkt. Perspektivisch sollte die Vergabe der Versorgungsaufträge unter Einsatz des Bedarfsbemesungsinstrumentes erfolgen.

Änderungsvorschlag

Angestrebte Gesetzesänderungen

Hinweis: Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf die derzeit in den Gesetzestexten gültigen Regelungen zur Vorhaltefinanzierung. Mögliche Änderungen durch das Krankenhausreformatanpassungsgesetz (KHAG) sind nicht berücksichtigt.

„§ 6a KHG Zuweisung von Leistungsgruppen

(...)

(6) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis zum 31.10. eines jeden Kalenderjahres, erstmals bis zum 31.10.2026, zum Zweck der Ermittlung der Vergütung eines Vorhaltebudgets nach § 37 folgende Daten zu übermitteln:

1. eine Aufstellung über die den Krankenhäusern je Krankenhausstandort zugewiesenen Leistungsgruppen und über die ihnen ~~nach Absatz 1 Satz 2~~ vorgegebenen Planfallzahlen je Leistungsgruppe **nach Absatz 8 Satz 1**,
2. die Angabe, ob eine Zuweisung einer Leistungsgruppe aufgehoben wurde, einschließlich des Zeitpunkts der Aufhebung,
3. die Angabe, ob die Zulassung des jeweiligen Krankenhauses vollständig oder teilweise weggefallen ist oder ob das jeweilige Krankenhaus vollständig oder teilweise seinen Betrieb eingestellt hat, einschließlich des Zeitpunkts des Wegfalls der Zulassung oder der Einstellung des Betriebs,
4. die Angabe, ob das jeweilige Krankenhaus mit einem anderen Krankenhaus oder ob der jeweilige Krankenhausstandort mit einem anderen Krankenhausstandort zusammengeschlossen wurde, einschließlich des Zeitpunkts des Zusammenschlusses und
5. die Angabe, ob der jeweilige Krankenhausstandort nach § 6c Absatz 1 als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt wurde, sofern das Krankenhaus für den jeweiligen Krankenhausstandort bis zu dem Zeitpunkt dieser Bestimmung

stationäre Leistungen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes abgerechnet hat, einschließlich des Zeitpunkts, ab dem es für den jeweiligen Krankenhausstandort die nach § 6c Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Tagesentgelte oder die in § 6c Absatz 7 Satz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes genannten vorläufigen Tagesentgelte abrechnet.

(...)

(8) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde weist erstmalig für das Jahr 2027 Krankenhäusern je zugewiesener Leistungsgruppe einen Versorgungsanteil zu, welcher sich in Planfallzahlen ausdrücken lässt. Die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden können Versorgungsaufträge nur an Krankenhäuser vergeben, die die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen nach § 135e SGB V Absatz 1 Satz 1 erfüllen oder für die die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde eine Feststellung nach § 6b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes mitgeteilt hat. 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. Versorgungsaufträge nach Satz 1, die an Krankenhäuser vergeben wurden, bei denen unterjährig ein Ereignis nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 bis Nummer 4 oder Nummer 5 eingetreten ist, werden durch die für Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde innerhalb von drei Monaten, nachdem das Ereignis durch den jeweiligen Krankenhausträger an die Landesbehörde gemeldet wurde, neu zugewiesen oder angepasst.

(9) Die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden vergeben die Versorgungsaufträge nach § 6a Absatz 8 Satz 1 KHG mindestens alle fünf Jahre neu. Zudem gleichen sie jährlich die Versorgungsaufträge je Leistungsgruppe mit der Inanspruchnahme von Leistungen ab.

(10) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt erstmals bis zum 31.12.2026 bundeseinheitliche Vorgaben zur Bedarfsbemessung für die Krankenhausplanung nach § 6 und übermittelt den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden zur Umsetzung der Vorgaben ein bundeseinheitliches verbindliches Bedarfsbemessungsinstrument. Die Vorgaben umfassen die Erstellung von Bevölkerungsprognosen und berücksichtigen unter anderem Erreichbarkeiten, Morbidität, Mitversorgungseffekte und Ambulantisierung. Der Gemeinsame Bundesausschuss entwickelt das Bedarfsbemessungsinstrument selbst oder kann hiermit einen Dritten beauftragen. Vor dem Beschluss nach Satz 1 ist den Ländern Möglichkeit zur Stellungnahme zu geben. Das Instrument ist ab dem 01.01.2029 verbindlich im Rahmen der Krankenhausplanung bei der Vergabe der Versorgungsaufträge nach § 6a Absatz 8 Satz 1 KHG durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde zu verwenden.

Der Gemeinsame Bundesausschuss überprüft in regelmäßigen Abständen, mindestens alle fünf Jahre, die Ausgestaltung des Bedarfsbemessungsinstrumentes hinsichtlich der Auswirkungen auf

- a) das Versorgungsgeschehen,**
- b) die Ausgaben der Krankenkassen und**
- c) die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser**

und passt dieses, sofern notwendig, an. Der entsprechende Bericht ist dem Bundesministerium für Gesundheit erstmalig bis zum 31.12.2031 vorzulegen. § 94 SGB V gilt entsprechend.“

„§ 17b KHG Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung

(...)

Nach Absatz 4a wird der folgende Absatz 4b eingefügt:

4b) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat ~~für jedes Kalenderjahr einmalig, erstmals~~ für die Kalenderjahre ~~2026~~**2023 bis 2024** von den Kosten, die den bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen nach Satz 3, Absatz 1 Satz 4 und Absatz 4 Satz 5 zugrunde gelegt werden, die variablen Sachkosten abzugliedern (verminderte Kosten) und einen Betrag aus dem Vergütungssystem auszugliedern, der einem Anteil von 60 % an den verminderten Kosten entspricht. Die nach Absatz 4 Satz 1 aus dem Vergütungssystem auszugliedernden Pflegepersonalkosten sind in dem in Satz 1 genannten Anteil enthalten; ihre Vergütung bleibt unberührt. ~~Bei der Ermittlung der Bewertungsrelationen für die Vergütung eines Vorhaltebudgets (Vorhaltebewertungsrelationen) werden die nach Absatz 4 Satz 1 aus dem Vergütungssystem auszugliedernden Pflegepersonalkosten dahingehend berücksichtigt, dass~~

- ~~1. sie in dem Fall, dass ihr Anteil an den verminderten Kosten weniger als 60 % beträgt, von einem Betrag in Höhe von 60 % der verminderten Kosten abzugliedern sind und der sich ergebende Betrag der jeweiligen Ermittlung zugrunde zu legen ist,~~
- ~~2. in dem Fall, dass ihr Anteil an den verminderten Kosten mindestens 60 % beträgt, die jeweilige Vorhaltebewertungsrelation null beträgt.~~

~~Die Vorhaltebewertungsrelationen für Fälle aus den Leistungsgruppen, die in der für das jeweilige Kalenderjahr geltenden Vereinbarung nach § 39 Absatz 2 Satz 2 oder Festlegung nach § 39 Absatz 2 Satz 4 einem der Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin zugeordnet wurden, sind zum Zweck der Abrechnung um den nach § 39 Absatz 4 für das jeweilige Kalenderjahr berechneten Prozentsatz zu erhöhen und gesondert in dem Entgeltkatalog auszuweisen. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben die Ausgliederung nach Satz 1 und die nach den Sätzen 3 und 4 zu ermittelnden Vorhaltebewertungsrelationen erstmals in der in Absatz 2 Satz 1 genannten Vereinbarung für das Kalenderjahr 2026 zu berücksichtigen und die Vorhaltebewertungsrelationen erstmals in dem Entgeltkatalog für das Kalenderjahr 2026 auszuweisen.~~

Nach Absatz 4b wird der folgende Absatz 4c eingefügt:

(4c) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat die Auswirkungen der Einführung der Vergütung eines Vorhaltebudgets nach § 6b des Krankenhausentgeltgesetzes in den Jahren 2027 bis 2030 insbesondere hinsichtlich der Veränderung der Versorgungsstrukturen und der Qualität der Versorgung zu analysieren und auf der Grundlage dieser Analyse Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Vergütung eines Vorhaltebudgets zu erstellen. Es ist in der Analyse zu prüfen, ob die

Höhe des nach Absatz 4b Satz 1 auszugliedernden Anteils sachgerecht ist, ob die variablen Sachkosten sowie die Kosten von Querschnittsaufgaben sachgerecht abgebildet sind **und**, ob durch die Ausgestaltung der Vorhaltevergütung unterjährige Leistungseinschränkungen eintreten ~~und inwieweit die Vergütung eines Vorhaltebudgets an dem bevölkerungsbezogenen Bedarf und fallzahlunabhängig ausgerichtet werden kann~~. Es hat dem Bundesministerium für Gesundheit die Ergebnisse seiner Analyse und seine Empfehlungen bis zum 31.12.2029 in einem Zwischenbericht und bis zum 31.12.2031 in einem abschließenden Bericht vorzulegen und diese Berichte jeweils zeitnah barrierefrei auf seiner Internetseite zu veröffentlichen. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben vor der Erstellung der in Satz 3 genannten Berichte Stellung zu nehmen. Die Kosten der Aufgaben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach diesem Absatz werden mit dem DRG-Systemzuschlag nach Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 finanziert.“

„§ 37 KHG Aufgaben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit der Ermittlung der Vergütung eines Vorhaltebudgets

(1) Für die Kalenderjahre 2026 bis 2028 beläuft sich das Vorhaltevolumen für ein Land jeweils auf den Durchschnitt der vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Kalenderjahre 2023 und 2024 jeweils nach Maßgabe des Satzes 2 zu ermittelnden Vorhaltevolumina in dem Land. Für die Ermittlung der Vorhaltevolumina für ein Land für die Kalenderjahre 2023 und 2024 hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus die nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das jeweilige Kalenderjahr übermittelten Leistungsdaten zu Krankenhausfällen in dem jeweiligen Land, die auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet werden, zugrunde zu legen und diesen Krankenhausfällen die Vorhaltebewertungsrelationen für das jeweilige Kalenderjahr zuzuordnen und diese Vorhaltebewertungsrelationen für das jeweilige Kalenderjahr zu addieren ~~Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt Vorhaltevolumina als Summe von Vorhaltebewertungsrelationen nach den folgenden Vorschriften. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat bis zum 30. November eines jeden Kalenderjahres für die Ermittlung des Vorhaltevolumens für ein Land für das jeweils folgende Kalenderjahr die nach § 6a Absatz 6 Satz 1 in dem jeweiligen Kalenderjahr übermittelten Daten und die nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das jeweils vorhergehende Kalenderjahr übermittelten Leistungsdaten zu Krankenhausfällen in dem jeweiligen Land, die auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet werden, zugrunde zu legen und diesen Krankenhausfällen die Vorhaltebewertungsrelationen für das jeweilige Kalenderjahr, für das die Ermittlung erfolgt, zuzuordnen; Bei dieser Ermittlung nicht zu berücksichtigen sind Krankenhausfälle von Krankenhausstandorten, für die eine Datenübermittlung nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 5 die Angabe übermittelt wurde, dass sie als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt wurden, von Bundeswehrkrankenhäusern, soweit die Krankenhausfälle nicht die Behandlung von Zivilpatientinnen oder Zivilpatienten betreffen, und von Krankenhäusern der gesetzlichen Unfallversicherung, soweit die Kosten von der gesetzlichen Unfallversicherung getragen werden.~~ **Auf Grundlage des ermittelten Vorhaltevolumens je Land nach Satz 2 errechnet das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus Vorhaltekostenschlüssel, die einer Pauschale je Versorgungsauftrag einer Leistungsgruppe entsprechen.**

Das nach Satz 2 ermittelte Vorhaltevolumen für ein Land und für ein Kalenderjahr ist auf Leistungsgruppen nach **den Vorhaltekostenschlüsseln und den zugewiesenen Versorgungsaufträgen nach § 6a Absatz 8 Satz 1** dem Verhältnis der Summe der Vorhaltebewertungsrelationen derjenigen Krankenhausfälle in dem jeweiligen Land, in denen Leistungen aus der jeweiligen Leistungsgruppe erbracht wurden, und der Summe aller Vorhaltebewertungsrelationen des jeweiligen Landes rechnerisch aufzuteilen; die für die rechnerische Aufteilung der Vorhaltevolumina maßgeblichen Leistungsgruppen bestimmen sich nach § 135e Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und abweichend hiervon beginnend mit dem auf das Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch folgenden Kalenderjahr nach den Regelungen dieser Rechtsverordnung. Das sich nach Satz ~~34~~ für eine Leistungsgruppe und für ein Land ergebende Vorhaltevolumen ist auf die Krankenhausstandorte in dem jeweiligen Land, für die Krankenhäuser die jeweilige Leistungsgruppe nach § 6a Absatz 1 Satz 1 zugewiesen worden ist, entsprechend dem jeweiligen nach Absatz 2 Satz 2 ~~oder Satz 5~~ ermittelten Anteil rechnerisch aufzuteilen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstellt bis zum 30.09.2025 ein Konzept zur Vorgehensweise bei der Ermittlung des Vorhaltevolumens für ein Land, eine Leistungsgruppe und einen Krankenhausstandort und aktualisiert dieses, soweit dies erforderlich ist; es veröffentlicht dieses Konzept und spätere Aktualisierungen barrierefrei auf seiner Internetseite. **Nach der Einführung des Bedarfsbemessungsinstrumentes nach § 6a Absatz 10 KHG am 01.01.2029 konvergieren die Landesvorhaltevolumen innerhalb von fünf Jahren an das jeweilige Landesvorhaltevolumen, das nach den Ergebnissen des Instruments für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist.** Abweichend von Satz 2 erster Halbsatz beläuft sich für die Kalenderjahre 2026 bis 2028 das Vorhaltevolumen für ein Land jeweils auf den Durchschnitt der vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Kalenderjahre 2023 und 2024 jeweils nach Maßgabe des Satzes 7 zu ermittelnden Vorhaltevolumina in dem Land. Die für die Kalenderjahre 2023 und 2024 jeweils zu ermittelnden Vorhaltevolumina in einem Land werden ermittelt, indem das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus den nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das jeweilige Kalenderjahr übermittelten Leistungsdaten zu Krankenhausfällen in dem jeweiligen Land, die auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet werden, die Vorhaltebewertungsrelationen für das jeweilige Kalenderjahr zuordnet und für das jeweilige Kalenderjahr eine Summe über die Vorhaltebewertungsrelationen bildet. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat das Nähere zur Ermittlung der Vorhaltevolumina für die Kalenderjahre 2026 bis 2028 in dem in Satz 5 genannten Konzept festzulegen.

(2) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt auf der Grundlage der für das jeweilige Kalenderjahr und das jeweilige Land nach § 6a Absatz 6 Satz 1 übermittelten Daten für jeden Krankenhausstandort in diesem Land, dessen Leistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz vergütet werden und für den die jeweilige Leistungsgruppe nach § 6a Absatz 1 Satz 1 zugewiesen wurde, den Anteil des jeweiligen Krankenhausstandorts am Vorhaltevolumen des Landes für die jeweilige Leistungsgruppe, wenn das Krankenhaus, zu dem der jeweilige Krankenhausstandort gehört, für diesen Krankenhausstandort die jeweilige Mindestvorhaltezahle nach § 135f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt oder für das jeweilige Krankenhaus und die jeweilige Leistungsgruppe eine Feststellung nach § 6b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes getroffen wurde.

Der in Satz 1 genannte Anteil ergibt sich, indem die nach Satz 3 oder Satz 7 zu berücksichtigende Anzahl der Fälle **der dem Krankenhausstandort zugewiesene anteilige Versorgungsauftrag nach § 6a Absatz 8 Satz 1 in der jeweiligen ihm nach § 6a zugewiesenen Leistungsgruppe** des jeweiligen Krankenhausstandorts, in denen Leistungen aus der jeweiligen Leistungsgruppe erbracht wurden, mit dem **jeweiligen Vorhaltekostenschlüssel multipliziert wird** nach Satz 4 zu ermittelnden Durchschnitt seiner Vorhaltebewertungsrelationen (Vorhalte-Casemixindex) in der jeweiligen Leistungsgruppe multipliziert und das Produkt durch die Summe aller für sämtliche Krankenhausstandorte des jeweiligen Landes in der jeweiligen Leistungsgruppe entsprechend berechneten Produkte geteilt wird. Bei der in Satz 2 genannten Berechnung ist als Anzahl der Fälle eines Krankenhausstandorts zu berücksichtigen

1. die jeweilige Planfallzahl, wenn diese nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 übermittelt wurde,
2. anderenfalls die Anzahl der mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergüteten Fälle dieses Krankenhausstandorts, für die für jeweils vorangegangene Kalenderjahr Leistungsdaten nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelt wurden, wobei für die an einer Leistungsverlagerung im Sinne des § 135f Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beteiligten Krankenhausstandorte jeweils die Anzahl der von der Leistungsverlagerung betroffenen Fälle erhöhend oder absenkend zu berücksichtigen ist,
3. abweichend von Nummer 2 die nach § 135f Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegte Mindestvorhaltezahle der jeweiligen Leistungsgruppe, sofern die unter Nummer 2 genannte Anzahl der Fälle niedriger ist als diese Mindestvorhaltezahle und der Krankenhausstandort in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist.

Der Vorhalte-Casemixindex ist aus den nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr übermittelten Leistungsdaten zu ermitteln, indem die Summe der Vorhaltebewertungsrelationen durch die Anzahl der Fälle dividiert wird; die Vorhaltebewertungsrelationen der Fälle, hinsichtlich derer nach Satz 3 Nummer 2 Leistungsverlagerungen zu berücksichtigen sind, sind bei der Ermittlung des Vorhalte-Casemixindex der betreffenden Krankenhausstandorte erhöhend oder absenkend zu berücksichtigen. In dem Fall, dass das jeweilige Krankenhaus in einem Kalenderjahr erstmals Leistungen aus einer Leistungsgruppe erbringt, ist Satz 2 für die folgenden Kalenderjahre bis zur nächsten nach Satz 7 durchgeführten Ermittlung mit der Maßgabe anzuwenden, dass an die Stelle des dort genannten Produkts das Produkt der nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 übermittelten Planfallzahl und des Durchschnitts der Vorhalte-Casemixindizes der jeweiligen Leistungsgruppe aller betreffenden Krankenhausstandorte im jeweiligen Land tritt. Die Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils nach Satz 2, oder Satz 5 bezogen auf ein Land, ist erstmals bis zum 30.11. des Kalenderjahres, in dem das jeweilige Land erstmals Daten nach § 6a Absatz 6 Satz 1 übermittelt, durchzuführen; die Ermittlung ist anschließend bis zum 30. November des übernächsten Kalenderjahres und sodann in einem Abstand von drei Jahren jeweils bis zum 30.11. eines Kalenderjahres durchzuführen. Außer bei der erstmaligen Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils ist Satz 3 Nummer 2 mit der Maßgabe anzuwenden, dass anstelle der dort genannten Anzahl die bei der jeweils vorangegangenen Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils berücksichtigte Anzahl der Fälle erneut zu berücksichtigen ist, wenn nicht

-
1. bei der jeweils vorangegangenen Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils als Anzahl der Fälle nach Satz 3 Nummer 1 eine Planfallzahl berücksichtigt wurde oder

-
2. die jeweils aktuellste Anzahl der mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergüteten Fälle des betreffenden Krankenhausstandorts, für die nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes Leistungsdaten übermittelt wurden, um mehr als 20 % von der bei der jeweils vorangegangenen Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils berücksichtigten Anzahl der Fälle abweicht, wobei für die an einer Leistungsverlagerung im Sinne des § 135f Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beteiligten Krankenhausstandorte jeweils die Anzahl der von der Leistungsverlagerung betroffenen Fälle erhöhend oder absenkend zu berücksichtigen ist.

Wenn in einem Kalenderjahr, in dem für ein Land nach Satz 6 keine Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils durchzuführen ist, eine Vorgabe nach § 6a Absatz 1 Satz 2 zweiter Halbsatz erfolgt, ein in § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 bis 5 genanntes Ereignis in diesem Land eintritt oder nach § 135f Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für eine Leistungsgruppe eine Mindestvorhaltezahle erstmals festgelegt oder geändert wird, ist für die betroffenen Leistungsgruppen für dieses Land und für die an dieses Land angrenzenden Länder für sämtliche Krankenhausstandorte, an denen Leistungen aus den betroffenen Leistungsgruppen erbracht werden, abweichend von Satz 6 eine Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils auch in diesem Kalenderjahr durchzuführen.

-
Die Vorhaltepauschale eines Krankenhauses für eine Leistungsgruppe ist anhand der im Referenzzeitraum der Kalenderjahre 2023 bis 2024 beobachteten Ausprägung der durchschnittlichen Fallschwere (Case-Mix) zu adjustieren.

(...)

(5) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus stellt bis zum 10.12.2026 für das Kalenderjahr 2027 und bis zum 10.12.2027 für das Kalenderjahr 2028 Dezember eines jeden Kalenderjahres für das jeweils folgende Kalenderjahr, erstmals bis zum 10. Dezember 2026 für das Kalenderjahr 2027, durch Bescheid gegenüber dem jeweiligen Krankenhausträger für seine Krankenhausstandorte die Höhe der nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 43 und 54 aufgeteilten Vorhaltevolumina je Leistungsgruppe sowie die Höhe der nach § 39 Absatz 3 Satz 5 aufgeteilten Beträge fest. **Ab dem Jahr 2028 stellt es jährlich bis zum 10.12. eines jeden Kalenderjahres, erstmals bis zum 10.12.2028 für das Kalenderjahr 2029, durch Bescheid gegenüber dem jeweiligen Krankenhausträger für seine Krankenhausstandorte die Höhe der Vorhaltevolumina je Leistungsgruppe unter Berücksichtigung des Bedarfsbemessungsinstrumentes nach § 6a Absatz 10 fest.** Für das Kalenderjahr 2026 hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis zum 10.12.2025 dem Krankenhausträger für seine Krankenhausstandorte eine Information über die Höhe der nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina je Leistungsgruppe zu übermitteln, wenn das Land, in dem diese Krankenhausstandorte liegen, im Jahr 2025 eine in § 6a Absatz 6 Satz 1 genannte Übermittlung vorgenommen hat. Wenn während eines Kalenderjahres ein in § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 oder Nummer 3 **bis Nummer 4 oder Nummer 5** genanntes Ereignis eintritt, ist der Bescheid nach Satz 1 für jeden

Krankenhausträger, der von dem Ereignis betroffen ist, mit Wirkung zum Zeitpunkt des Eintritts des Ereignisses in dem durch Satz 4 bestimmten Umfang zu widerrufen. **Der Krankenhausträger hat das in § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 bis Nummer 4 oder Nummer 5 genannte Ereignis unverzüglich dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde anzuzeigen.** Der Umfang des nach Satz 3 zu widerrufenden Teils des Bescheides nach Satz 1 ergibt sich, indem für den jeweiligen Krankenhausträger die Summe der nach **Satz 1 und 2 festgestellten Vorhaltevolumina für die betroffenen Krankenhausstandorte und die betroffenen Leistungsgruppen** Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 auf die betroffenen Leistungsgruppen und die betroffenen Krankenhausstandorte aufgeteilten Vorhaltevolumina und die Summe der nach § 39 Absatz 3 Satz 5 auf die betroffenen Leistungsgruppen und die betroffenen Krankenhausstandorte aufgeteilten Beträge jeweils durch 365 geteilt und jeweils mit der Zahl der Kalendertage multipliziert wird, die zwischen dem in Satz 3 genannten Ereignis und dem Ende des Kalenderjahres lagen, in dem dieses Ereignis eingetreten ist. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht für jeden Krankenhausträger jeweils unverzüglich nach Erlass eines Bescheides nach Satz 1 **und Satz 2** sowie nach dem Widerruf eines solchen Bescheides nach Satz 3 die sich hiernach ergebende Höhe der nach **Satz 1 und 2 festgestellten Vorhaltevolumina je Krankenhausstandort und je Leistungsgruppe** Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 auf die Krankenhausstandorte dieses Krankenhausträgers aufgeteilten Vorhaltevolumina je Leistungsgruppe sowie die Höhe der nach § 39 Absatz 3 Satz 5 auf die Krankenhausstandorte dieses Krankenhausträgers aufgeteilten Förderbeträge barrierefrei auf seiner Internetseite. **Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus informiert die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie den Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung, ob und bei welchen Krankenhäusern eine Rückzahlung des nach Satz 3 zu widerrufenden Teils des Bescheides nach Satz 1 erforderlich wird.“**

„§ 6b KHEntgG Vergütung eines Vorhaltebudgets

(1) Jedes Krankenhaus erhält ab dem 01.01.2027 für jede Leistungsgruppe, die ihm nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für mindestens einen seiner Krankenhausstandorte zugewiesen wurde, ein Vorhaltebudget, wenn das jeweilige Krankenhaus für die betreffenden Krankenhausstandorte die jeweilige Mindestvorhaltezahle nach § 135f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt oder für das jeweilige Krankenhaus und die jeweilige Leistungsgruppe eine Feststellung nach Absatz 2 Satz 1 getroffen wurde. Das Vorhaltebudget für ein Krankenhaus und eine Leistungsgruppe in einem Kalenderjahr ergibt sich aus dem der Summe der in dem Bescheid gemäß § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die Standorte des jeweiligen Krankenhauses, die jeweilige Leistungsgruppe und das jeweilige Kalenderjahr festgestellten nach § 39 Absatz 3 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aufgeteilten Beträge und des Produkt der Summe, der in dem Bescheid gemäß § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die Standorte des jeweiligen Krankenhauses, die jeweilige Leistungsgruppe und das jeweilige Kalenderjahr festgestellten Vorhaltevolumina und des für das jeweilige Kalenderjahr vereinbarten oder festgesetzten Lan-

desbasisfallwerts. Das Gesamtvorhaltebudget für ein Krankenhaus und ein Kalenderjahr ergibt sich aus der Summe der Vorhaltebudgets dieses Krankenhauses im jeweiligen Kalenderjahr für die Leistungsgruppen, die ihm nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für mindestens einen seiner Standorte zugewiesen wurden.

(2) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann durch Bescheid feststellen, dass die Erbringung von Leistungen aus einer Leistungsgruppe durch ein Krankenhaus **Sicherstellungshaus, welches Zuschläge gemäß § 136c Absatz 3 SGB V erhält**, unabhängig von der Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe festgelegten Mindestvorhaltezahl zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist; § 6a Absatz 4 Satz 2 und 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gilt entsprechend. Widerspruch und Klage gegen die Feststellung nach Satz 1 haben keine aufschiebende Wirkung. 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 Krankenversicherung erstmalig spätestens bis zum 31. Oktober 2026 und anschließend jeweils spätestens zum 31. Oktober eines Kalenderjahres mit, für welche Krankenhäuserstandorte und für welche Leistungsgruppen für das jeweils nächste Kalenderjahr eine Feststellung nach Satz 1 getroffen wurde.

(...)

§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

Sachstand

In Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) nach § 87 SGB V wird die Vergütung zum ambulanten Operieren geregelt.

Änderungsbedarf und Begründung

Aus Sicht des AOK -Bundesverbandes sind im Zusammenhang mit not wendigen Anpassungen von § 115f SGB V Anpassungen im Hinblick auf die Vergütung des ambulanten Operierens vorzunehmen. Hierbei sollen zwei Themenkomplexe angesprochen werden.

In der kurzfristigen Perspektive ist es notwendig, dass der Bewertungsausschuss Ärzte beauftragt wird, die Punktzahlbewertung im Hinblick auf das innere Gefüge des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zu überprüfen. Nach den Daten der Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamtes gehen die Reinerträge bei fachärztlichen Praxen zwischen denjenigen, die operieren, und denjenigen, die nicht operieren, immer weiter auseinander. Das geschieht zu Lasten der fachärztlichen Grundversorgung, die ein elementarer Bestandteil der fachärztlichen Versorgung ist. Die zunehmende Professionalisierung im Bereich des ambulanten Operierens wird im EBM nur unzureichend abgebildet. Die Professionalisierung trägt dazu bei, dass Prozessabläufe optimiert, OP-Räumlichkeiten besser genutzt werden etc. Hierdurch sinken die Kosten je erbrachte Leistung. Sowohl die zunehmende Professionalisierung als auch die allgemeine Fixkostendegression bei steigender Menge machen die Implementierung einer sinkenden Bewertung im EBM notwendig.

In der mittelfristigen Perspektive bedarf es einer empirischen Kostenkalkulation für die im EBM abgebildeten Leistungen. Dies ist im Zusammenhang mit der Normsetzung in § 115f SGB zu sehen, bei der der Gesetzgeber gleichfalls eine empirische Kostenkalkulation vorsieht.

Änderungsvorschlag

Es wird ein neuer Absatz 2r hinzugefügt:

„Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab festgelegten Leistungen des ambulanten Operierens sind mit den nicht-operativen ärztlichen Leistungen in der jeweiligen Facharztgruppe durch den Bewertungsausschuss Ärzte auf ihr Verhältnis zueinander bis zum 31.12.2026 zu überprüfen. Da bei ist das wertmäßige Verhältnis so anzupassen, dass die fachärztliche Grundversorgung gegenüber der Erbringung von Leistungen des ambulanten Operierens gestärkt wird. Der Bewertungsausschuss hat bei der Bewertung der im einheitlichen Bewertungsmaßstab festgelegten Leistungen des ambulanten Operierens zu berücksichtigen, dass die Bewertungen mit zunehmend erbrachter Menge ab einem Schwellenwert sinken. Die Anpassung nach Satz 1 erfolgt ausgabenneutral über einen Betrachtungszeitraum von zwei Jahren. Der Bewertungsausschuss überprüft in regelmäßigen Abständen die Ausgabenneutralität. Kommt die Prüfung zu dem Ergebnis, dass die Anpassungen nach Satz 1 nicht ausgabenneutral waren, passt der Bewertungsausschuss die Bewertungen entsprechend an. Der Bewertungsausschuss überprüft erneut zum 31.12.2028 das

wertmäßige Verhältnis der Leistungen zueinander einschließlich der Absenkung der Bewertungen nach Satz 3 und passt diese bei Bedarf an.“

Es wird ein neuer Absatz 2s hinzugefügt:

„Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab festgelegten Leistungen des ambulanten Operierens sind ab dem 01.01.2030 ausschließlich auf Grundlage empirischer Kostendaten festzulegen. Hierfür übermitteln die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, die diese Leistungen erbringen, auf Anforderung des Instituts des Bewertungsausschusses alle hierfür erforderlichen Daten, einschließlich der für die empirische Kostenkalkulation erforderlichen Daten aus der privatärztlichen Leistungserbringung. Das Nähere zur Erfassung und Übermittlung beschließt der Bewertungsausschuss bis zum 31.12.2026. In dem Beschluss sind die Kriterien für die Auswahl der Leistungserbringer nach Satz 1 (repräsentative Stichprobe) festzulegen. Die übermittelnden Leistungserbringer erhalten für die Erfassung und Übermittlung der Daten eine Aufwandsentschädigung. Die Höhe der Aufwandsentschädigung wird in dem Beschluss nach Satz 3 festgelegt. Die zu erfassenden Daten haben alle mit den Leistungen verbundenen Kosten wie Sachkosten, das Leistungsgeschehen und eine Ermittlung der jeweiligen Praxisstrukturen zu beinhalten. Ab dem Kalenderjahr 2030 werden die Leistungen und deren Vergütung jährlich auf Basis der jeweils vorliegenden Daten angepasst.

§ 115f Spezielle sektorengleiche Vergütung

Sachstand

In 115f SGB V finden sich die Bestimmungen zur speziellen sektorengleichen Vergütung Hybrid-DRGs.

Änderungsbedarf und Begründung

Der Gesetzgeber hat mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG) einen neuen ambulanten Leistungsbereich geschaffen, dessen Leistungen über Hybrid-DRGs vergütet werden und sowohl durch nieder gelassene Ärztinnen und Ärzte und Krankenhäuser erbracht werden können. Dieser Leistungsbereich wird seitens des AOK-Bundesverbandes in Anbetracht der Kostenwirkungen im vertragsärztlichen Bereich und der bislang nur geringfügig erreichten weiteren Ambulantisierung insgesamt kritisch beurteilt. Neben dieser grundsätzlichen Einschätzung bestehen je doch auch in der Praxis Handlungsbedarfe, die nur durch eine Anpassung der gesetzlichen Norm gelöst werden können.

Handlungsbedarf besteht bei verschiedenen Teilaspekten der Thematik. Diese reichen von der bisher nicht umgesetzten Absenkung der Vergütung der Hybrid-DRGs über die Frage der empirischen Kostenkalkulation bis hin zur unzureichenden Stimmenparität zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern im Falle des ergänzten Bewertungsausschusses. Im Folgenden soll auf die einzelnen Teilaspekte eingegangen werden.

Die aktuelle gesetzliche Regelung sieht vor, dass in den Vorschlägen der Institute, die die Grundlage der dreiseitigen Vereinbarung zur Vergütung der Hybrid-DRGs bilden sollen, eine Absenkung auf das Niveau der Vergütungshöhe des ambulanten Operierens nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) enthalten sein soll. In der gesetzlichen Norm fehlt es zum einen an einer ausdrücklichen Verpflichtung, die vorgesehene Absenkung der Vergütung auch in der Vereinbarung zwingend umzusetzen. Zum anderen ist die entsprechende Vorgabe in den vorzulegenden Vorschlägen inhaltlich konkreter auszugestalten. Anderenfalls erscheint eine tatsächliche Umsetzung nicht realistisch, da auch bisher davon scheinbar abgesehen wurde.

Hybrid-DRGs sollen nach dem Willen des Gesetzgebers ab 2030 empirisch kalkuliert werden. In der Praxis zeigt sich jedoch, dass dafür weiter gehende Daten aus dem vertragsärztlichen Bereich notwendig sind. Die bisherigen Datengrundlagen sind nicht ausreichend. Es bedarf einer Klarstellung zu dem in diesem Jahr abzustimmenden Konzept zur empirischen Kostenkalkulation sowie eine Regelung, die in Analogie zum Verfahren im stationären Bereich das Institut des Bewertungsausschusses beauftragt, die erforderlichen Daten zu erheben.

Kinder und Jugendliche sowie Menschen mit Behinderung sind bisher dezidiert von der Regelung ausgenommen. Diese Regelung ist nicht nach vollziehbar und erscheint wenig sachgerecht. Bei Hybrid-DRGs handelt es sich um eine ambulante Leistungserbringung, die gerade in diesem Kontext sogar angezeigt sein kann.

Hinsichtlich der Abrechnungen wird den Krankenkassen bisher kein Leistungserbringerverzeichnis zur Verfügung gestellt. Dieses ist aber für die Abrechnung unabdingbar, um zu erkennen, ob die jeweiligen Leistungserbringer die für die Abrechnung erforderlichen Voraussetzungen erfüllen. In anderen Leistungsbereichen ist das Führen eines Leistungserbringerverzeichnisses übliche Praxis. In der derzeitigen gelebten Praxis entstehen allen Krankenkassen in der weiteren Überprüfung und Bearbeitung unnötige Verwaltungsaufwände, die einfach und schnell vermieden werden könnten.

In der Entscheidungsfindung zu Hybrid-DRGs wird bei Nicht-Verständigung der ergänzte bzw. ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss angerufen. Bei Ersterem stehen den zwei Stimmen der Krankenkassen vier Stimmen der Leistungserbringer (je zwei Stimmen für die Kassenärztliche Bundesvereinigung und zwei Stimmen für die Deutsche Krankenhausgesellschaft) gegenüber. Ein sachgerechter Interessenausgleich ist dadurch nicht möglich. Das gilt umso mehr, wenn die Finanzsituation der Krankenkassen berücksichtigt werden soll. Sachgerecht und angezeigt ist daher bei der Entscheidungsfindung eine Stimmenparität.

Der Evaluationsbericht ist bisher ausschließlich an das Bundesgesundheitsministerium zu übermitteln. In Anbetracht des übergeordneten Ziels und der allgemeinen Transparenzverpflichtung gegenüber der Öffentlichkeit erschließt sich nicht, warum keine Veröffentlichung vorgesehen ist. Diese ist vielmehr angezeigt, um nachvollziehen zu können, ob die mit dem Instrument der Hybrid-DRGs verbundenen Ziele tatsächlich erreicht werden.

Änderungsvorschlag

In Abs. 1 wird Satz 8 wie folgt gefasst:

„Die Vorschläge haben zwingend eine schrittweise Anpassung der Vergütungen vorzusehen, mit dem Ziel, dass bis zum Jahr 2030 die Höhe der Vergütungen der nach § 115b vereinbarten Leistungen erreicht wird.“

Es wird folgender Satz 10 ergänzt:

„Die Vereinbarung nach Satz 9 beinhaltet zwingend eine schrittweise Absenkung auf die Höhe der Vergütungen der nach § 115b vereinbarten Leistungen, beginnend ab dem Kalenderjahr 2027, bis diese auf Basis empirischer Kosten nach Abs. 1a erfolgt.“

In Abs. 1a werden folgende Sätze hinzugefügt: „Das Konzept beinhaltet verpflichtend eine Erfassung der empirischen Kostendaten der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer. Hierfür übermitteln diese auf Anforderung des Instituts des Bewertungsausschusses alle hierfür erforderlichen Daten, einschließlich der für die empirische Kostenkalkulation erforderlichen Daten aus der privatärztlichen Leistungserbringung. Das Nähere zur Erfassung und Übermittlung beschließt der Bewertungsausschuss bis zum 30.06.2026. In dem Beschluss sind die Kriterien für die Auswahl der Leistungserbringer nach Satz 5 (repräsentative Stichprobe) festzulegen. Die übermittelnden Leistungserbringer erhalten für die Erfassung und Übermittlung der Daten eine Aufwandsentschädigung. Die Höhe der Aufwandsentschädigung wird in dem Beschluss nach Satz 7 festgelegt. Die zu erfassenden Daten haben alle mit den Leistungen verbundenen Kosten, wie Sachkosten,

das Leistungsgeschehen und eine Ermittlung der jeweiligen Praxisstrukturen, zu beinhalten.“

In Abs. 2 wird Satz 5 gestrichen.

In Abs. 3 werden nach Satz 6 folgende Sätze hinzugefügt: „Die örtlich zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln den Krankenkassen elektronisch einmal im Monat ein maschinenlesbares Verzeichnis der nach dieser Rechtsgrundlage berechtigten Leistungserbringer. Die übermittelten Daten dürfen von den Krankenkassen ausschließlich zum Zwecke ihrer Aufgaben nach Satz 4 verwendet werden“.

In Abs. 4 wird Satz 2 wie folgt gefasst: „Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 9 oder Absatz 1a Satz 4 oder eine Anpassung nach Absatz 2 Satz 1 ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zustande, setzt der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a Satz 2 den Inhalt der jeweiligen Vereinbarung mit einer Mehrheit von 6 Stimmen seiner stimmberechtigten Mitglieder innerhalb von vier Wochen fest; abweichend von § 87 Absatz 5a Satz 1 und 2 gilt das Stimmengewicht der Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen doppelt.“

Es wird ein neuer Satz 3 hinzugefügt: „Wird eine Mehrheit von sechs Stimmen unter Berücksichtigung des doppelten Stimmengewichts der Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nicht erreicht, gilt § 87 Absatz 5a Satz 6 und 7 entsprechend.“

In Abs. 5 wird ein neuer Satz 3 hinzugefügt: „Der Evaluationsbericht ist vier Wochen nach Bereitstellung an das Bundesgesundheitsministerium auf den Internetseiten des in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannten Instituts und des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu veröffentlichen.“

§ 135f SGB V Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung

Sachstand

Mit dem KHVVG wurde der § 135f SGB V „Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung“ neu eingeführt, welcher 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 vorvergangenen Kalenderjahr 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 mit Zustimmung des Bundesrates bis zum 12.12.2026 (siehe KHAG).

Änderungsbedarf und Begründung

Die Idee der Einführung von Mindestvorhaltezahlen ist zu begrüßen, um Gelegenheitsversorgung auszuschließen. Je nach ihrer Ausgestaltung können sie zu einem strukturellen qualitätsorientierten Wandel der Krankenhauslandschaft beitragen. Zentral dafür ist aber, dass die Mindestvorhaltezahlen bereits vor Vergabe der Versorgungsaufträge durch die Landesplanungsbehörden Berücksichtigung finden, damit die Versorgungsaufträge verbindlich und rechtssicher vergeben werden können. Es könnte eine Mindestgröße bei der Verteilung eines Versorgungsauftrags festgelegt werden, damit die Anzahl der zu vergebenden Versorgungsaufträge pro Planungsregion rechtssicher begrenzt werden kann.

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 so spezifisch, dass Mindestmengenregelungen des G-BA betroffen sein könnten, die anzusetzenden Mindestvorhaltezahlen müssen mindestens diesem Standard entsprechen. Mindestmengenregelung des G-BA bleiben ein wichtiges Qualitätskriterium im Sinne der Patientensicherheit und gelten weiterhin.

Mit § 135e Absatz 3 SGB V wurde ein Ausschuss geschaffen, dessen primäre Aufgabe es ist, Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Leistungsgruppen und ihrer Qualitätskriterien zu beschließen. Da die Mindestvorhaltezahlen ebenfalls als

Rahmenbedingungen der Leistungsgruppen wirken und nicht losgelöst von den Qualitätskriterien festgelegt werden sollten, sollten diese dem Ausschuss nach § 135e Absatz 3 SGB V zur Abstimmung vorgelegt werden, bevor sie durch das BMG beschlossen werden.

Änderungsvorschlag

zu Absatz 2:

Der Satz 4 wird wie folgt gefasst:

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen 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 ~~vor~~**vorgelegt**.

zu Absatz 3:

Der Satz 4 wird wie folgt gefasst:

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt zusätzlich für jeden Krankenhausstandort und jede Leistungsgruppe an die jeweilige für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde **und an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen** bis zum 30. Juni eines Kalenderjahres die Anzahl der Behandlungsfälle dieses Krankenhausstandorts im jeweiligen vorangegangenen Kalenderjahr, in denen Leistungen aus der jeweiligen Leistungsgruppe erbracht wurden, und die Information, ob der jeweilige Krankenhausstandort für das jeweils folgende Kalenderjahr die nach Absatz 4 festgelegte Mindestvorhaltezah der jeweiligen Leistungsgruppen gemäß Absatz 1 Satz 1 bis 4 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 Krankenversicherung erstmalig, spätestens bis zum 31. Oktober 2026, danach jeweils spätestens zum 31.10. eines Jahres mit, ob und bei welchen Krankenhäusern für das nächste Kalenderjahr ein Fall des Satzes 1 vorliegt.

§ 295 – Übermittlungspflichten, Verpflichtung zur Empfangsbereitschaft und Abrechnung bei ärztlichen Leistungen und § 301 – Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen

Sachstand

Die Einführung von Mengenfeldern im OPS-Katalog führt zur Vereinfachung der Datenerhebung und Kodierung.

Änderungsbedarf und Begründung

Es werden zwei Mengenfelder in den OPS-Katalog eingeführt, in dem die Dosierung von Arzneimitteln (Beispiel: Anzahl = 500, Einheit = mg), die Anzahl von Implantaten oder anderen Medizinprodukten, Therapieeinheiten und andere Mengenangaben angegeben wird.

Der Vorschlag dient dem Bürokratieabbau, der Erhöhung der Transparenz und der Vereinfachung der Abrechnung. Mit dem Vorschlag lassen sich mehrere tausend bestehende OPS-Kodes einsparen.

Die Angabe von Mengen im OPS-Katalog erfordert zurzeit, dass jeder Kode nach Größe, Anzahl oder Menge unterschieden wird. Daraus resultieren eine Vielzahl von endstelligen "Unterkodes", die die jeweilige Information zur Menge enthalten.

Die Einführung der Mengenfelder würde die Abrechnung von allen mengenabhängigen Leistungen erheblich vereinfachen. Eine exakte (nicht mehr in Klassen) Bestimmung der im Einzelfall verabreichten Menge oder Dosis ermöglicht dem InEK eine genauere Kalkulation. Die Menge an endstelligen OPS Kodes würde drastisch reduziert werden. Fehlkodierungen durch falsche Angaben von endstelligen Kodes würden vermindert werden. Die elektronische Plausibilisierung von Eingaben würde durch Mengenfelder deutlich erleichtert werden, was ebenfalls Fehlkodierungen vermindern würde.

Die Systematik wird übersichtlicher, da bei stark ausdifferenzierten Mengenbereichen das Ausweichen auf weitere Nummernkreise vermieden werden kann. Beispielsweise gibt es im OPS 246 Kodes für verschiedene Dosisklassen an Thrombozytenkonzentraten, aber lediglich sechs unterschiedliche Produktarten. Auch ein ungewöhnlich hoher Verbrauch eines Medikaments oder eine ungewöhnlich hohe Anzahl bestimmter Medizinprodukte wird sachgerecht abgebildet und verschwindet nicht in einer Dosisklasse "mehr als...", was für die anwendende Einrichtungen zu einer erheblichen Unterfinanzierung führen kann. Bei Fallzusammenführungen ist derzeit aufgrund der komplizierten Kodierung von unterschiedlichen Dosisklassen noch eine umständliche manuelle Neuberechnung und Umkodierung erforderlich, die derzeit nur schwer digitalisierbar ist. Schließlich ist es bei der Vereinbarung von Zusatzentgelten bereits jetzt schon gängige Praxis, diese gar nicht anhand der OPS-Kodes zu vereinbaren, sondern nach der tatsächlich verwendeten Menge des Therapeutikums (z. B. bei Gerinnungsfaktoren, hier kommt es gehäuft zu Vereinbarungen je mg, damit exakte Angaben und Preise durch Wiederholung des Entgeltes zum exakten Wert führen). Mit der Einführung der Mengenfelder wird die genaue Erfassung der applizierten Mengen möglich, ohne dass durch große Dosisintervalle eine Über- oder Unterfinanzierung entsteht und Fehlanreize gesetzt werden, bestimmte Schwellenwerte zu überschreiten. Mit der exakten Dosisangabe würden sich Zusatzentgelte auch über einfache Mengenpreise definieren lassen und so eine leistungsgerechte Kostenerstattung ermöglichen. Dies führt zu einer wirtschaftlicheren und sachgerechteren Versorgung von Patientinnen und Patienten.

Mit konkreten Mengenangaben können kostentrennende Schwellen besser identifiziert werden, als es die bisherigen Intervall-Kodes erlauben. Insbesondere die mittlerweile häufigen Nachbesserungen bei innovativen Medikamenten, bei denen primär zu geringe Dosisobergrenzen definiert worden sind, könnten entfallen und damit die Unterfinanzierung bis zur Etablierung weiterer Dosisklassen.

Entsprechende Vorschläge wurden bereits seit 2005 mehrfach beraten. Bereits 2017 wurde in der AG OPS des Kuratoriums für Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG), dem für die Weiterentwicklung des OPS zuständigen Beratungsgremium, mehrheitlich die grundsätzliche Entscheidung getroffen, die OPS-Systematik mit einem dimensionslosen Mengenfeld zu ergänzen, um auf die bisher übliche Mengenstaffelung der entsprechenden OPS-Kategorien verzichten zu können. In den nachfolgenden Jahren wurden immer wieder entsprechende Vorschläge in das Vorschlagsverfahren für die Weiterentwicklung des OPS eingereicht. Ihre Umsetzung scheiterte aber regelmäßig daran, dass in der AG OPS final keine Einigkeit erzielt werden konnte. Die Einführung der Mengenfelder zieht Anpassungen bei der Krankenhausabrechnung nach sich, daher hätte eine solche Entscheidung nur im Konsens getroffen werden können. Da die in der Vergangenheit nicht erreichbar war, bedarf es der Änderung der Rechtsgrundlage.

Die Umsetzung macht zwar Anpassungen der Datenübermittlung nach §301 SGB V und damit der Grouper-Software, den Entgeltkatalogen und der klinischen Kodiersysteme erforderlich, wird aber letztendlich zu einer erheblichen Vereinfachung der Datenerhebung und Kodierung führen. Diese ist in vielen klinischen Dokumentationssystemen im Prinzip schon vorbereitet. Es liegen auch bereits konkrete Anwendungsbeispiele sowie Mustervorschläge für die Metadaten vor, sodass eine Umsetzung mittelfristig erfolgen.

Änderungsvorschlag

In § 295 Abs. 1 SGB V werden nach Satz 5 die folgenden Sätze 6 und 7 eingefügt; die nachfolgenden Sätze werden zu den Sätzen 8 - 12:

„Bei der Kodierung von Operationen und sonstigen Prozeduren nach Satz 4 ist die Anzahl oder Menge und die Einheit in gesonderten Mengenfeldern anzugeben. Das Nähere hierzu legt das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte fest.“

In § 301 SGB V werden folgende Ergänzungen vorgenommen:

Absatz 2b (neu):

„Bei der Kodierung von Operationen und sonstigen Prozeduren nach Satz 4 ist die Anzahl oder Menge und die Einheit in gesonderten Mengenfeldern anzugeben. Das Nähere hierzu legt das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte fest.“

§ 341 SGB V Bestimmungen zur elektronischen Patientenakte

Sachstand

In § 341 finden sich wesentliche Bestimmungen zur elektronischen Patientenakte. In Absatz 6 sind die Nachweispflichten über das Vorhalten der notwendigen Komponenten und Dienste für vertragsärztliche Leistungserbringer geregelt.

Begründung

Die in Absatz 6 vorgesehene Nachweispflicht bezieht sich rein auf die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung. Weitere Teilnehmer der vertragsärztlichen Versorgung, die unmittelbar mit den Krankenkassen abrechnen (§§ 117 - 119c SGB V), bleiben unzureichend berücksichtigt. Die Regelung läuft in der jetzigen Ausgestaltung ins Leere, weil der Nachweis gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgen soll, während die Honorarkürzung nur durch die Krankenkassen erfolgen kann. Es braucht daher eine Änderung, dass der Nachweis gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen zu erfolgen hat.

Änderungsvorschlag

Es wird ein Halbsatz in Absatz 6 Satz 1 hinzugefügt: „;bei Leistungserbringern, die unmittelbar durch die Krankenkassen vergütet werden, erfolgt der Nachweis gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen.“

§ 360 SGB V Elektronische Übermittlung und Verarbeitung vertragsärztlicher elektronischer Verordnungen

Sachstand

In § 360 finden sich wesentliche Bestimmungen zur Übermittlung und Verarbeitung elektronischer Verordnungen. In Absatz 17 sind die Nachweispflichten zur Erfüllung der technischen Voraussetzungen des elektronischen Rezepts (eRezept) geregelt.

Begründung

Die in Absatz 17 vorgesehene Nachweispflicht zum eRezept bezieht sich rein auf die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung. Weitere Teilnehmer der vertragsärztlichen Versorgung, die unmittelbar mit den Krankenkassen abrechnen (§§ 117 - 119c SGB V), bleiben unzureichend berücksichtigt. Die Regelung läuft in der jetzigen Form ins Leere, weil der Nachweis gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgen soll, während die Honorarkürzung nur durch die Krankenkassen erfolgen kann. Es braucht daher eine Änderung, dass der Nachweis gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen zu erfolgen hat.

Änderungsvorschlag

Es wird ein Halbsatz in Absatz 17 Satz 1 hinzugefügt: „;bei Leistungserbringern, die unmittelbar durch die Krankenkassen vergütet werden, erfolgt der Nachweis gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen.“

§ 26 KHG Zusatzentgelt für Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 im Krankenhaus

Sachstand

Die Regelungen des § 26 wurden in Zeiten der Corona-Pandemie zur Berücksichtigung der Kosten von Krankenhäusern für Testungen auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 bei Patientinnen und Patienten getroffen. Wie andere pandemiebedingte Sonderregelungen ist auch diese Regelung nach dem Ende der COVID-19-Pandemie nicht mehr erforderlich.

Änderungsbedarf

§ 26 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10.04.1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 8a des Gesetzes vom 22.03.2024 (BGBl. 2024 I Nr. 101) geändert worden ist, wird aufgehoben.

Maßnahmen zur Entbürokratisierung

Sachstand

Das Gesundheitswesen – als eine tragende Säule der sozialen Daseinsvorsorge – ist einer der am stärksten regulierten öffentlichen Bereiche; dies gilt auch für den Krankenhausbereich. Allerdings hat das Ausmaß der Regulierung in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Statt einen abstrakten rechtlichen Rahmen zu setzen, der für die konkrete Umsetzung ausreichend Flexibilität schafft, wird gesetzgeberisches Mikromanagement betrieben. Dieser Regulierungsgrad ist zu hinterfragen, denn in seiner derzeitigen Ausprägung führt er zu immer weiter steigenden bürokratischen Aufwänden und somit zu ineffizientem Einsatz knapper Ressourcen. Die folgenden Ausführungen enthalten mehrere Vorschläge für eine Reduktion bürokratischer Aufwände, die auch die ursprünglichen Ziele der Erfassung von Informationen bzw. Daten berücksichtigt, die für eine Planung und Steuerung des Gesundheitswesens weiterhin unverzichtbar sind.

Änderungsbedarf und Begründung

Im Folgenden werden mögliche gesetzgeberische Maßnahmen zur Entbürokratisierung in verschiedenen Gebieten aufgelistet.

Potenziale für Entbürokratisierung in der Qualitätssicherung

- ☐ Abbau von unter Patientensicherheitsaspekten nicht sinnvoller Datenschutzvorgaben,
- ☐ Strukturqualität kann durch Digitalisierung erheblich aufwandsärmer geprüft werden, sofern die erforderlichen Informationen durch Krankenhäuser in standardisierten Formularen bereitgestellt werden,
- ☐ Prozess- und Ergebnisqualität lassen sich über (ergänzte) Abrechnungsdaten erfassen, wodurch Zweitdokumentationen über bogenbasierte QS-Verfahren entfallen können (z. B. Dekubitus bei Aufnahme),
- ☐ Steigerung der Indikationsqualität kann zur Reduktion der Prüfnotwendigkeit bei Prozess- und Strukturqualität führen,
- ☐ Bereitstellung neuer Diagnose- und Prozeduren-Kodes zur Abbildung von Qualitätsparametern,
- ☐ Erforderliche Dokumentationen und Evaluationen z. B. von Qualitätsverträgen müssen auf das notwendige Maß reduziert und ebenfalls digitalisiert werden.

Potenziale für Entbürokratisierung bei den Budgetverhandlungen

- ☐ In der Krankenhausfinanzierung gibt es eine Vielzahl von Zu- und Abschlägen. Einige sind verzichtbar, andere können in die Vorhaltevergütung/die DRG-Entgelte integriert werden und nur wenige Zu-/Abschläge müssen erhalten bleiben.
- ☐ Verschiedene Mengensteuerungsinstrumente werden nicht mehr benötigt und der Rahmen für das Pflegebudget und die gesamten Budgetverhandlungen in

der Somatik können durch Standardisierung und Pauschalierungen effizienter ausgestaltet werden.

- Die Bürokratie des PEPP-Systems kann durch eine Überführung in ein sektorenübergreifendes Abrechnungssystem entfallen.

Potenziale für Entbürokratisierung bei der Prüfung von Krankenhausabrechnungen

- Der bereits erfolgreich geführte Falldialog sollte weiter gestärkt werden: Dieser ermöglicht den Krankenhäusern, auch vor Einleitung des MD-Prüfverfahrens, der Krankenkasse Einsicht in die für die Abrechnung relevanten Patientenunterlagen zu ermöglichen. Damit würden Prüfaufträge und in der Folge auch Erörterungsverfahren sowie Klageverfahren vor den Sozialgerichten reduziert.

Potenziale für Entbürokratisierung bei Personalregulierungsinstrumenten

- Keine flächendeckende Soll-Personalbemessung, bis ein anwendungsreifes (digitales) Instrument vorliegt,
- Personalbedarfsbemessungsinstrumente (PPR 2.0 sowie geplante weitere ÄrztInnen und sonstiges Personal) werden eingestellt, weil der Nutzen dieser Instrumente nicht nachvollziehbar ist. Die gesetzlichen Regelungen sollten gestrichen werden,
- alternativ, wenn die Einstellung der Regelungen nicht erreicht werden kann: Es werden einmalige Studien dazu durchgeführt, denn dauerhafte Vollerhebungen sind Bürokratie ohne Nutzen,
- Beibehaltung der PpUG als einziges Personalbemessungsinstrument.

Potenziale für Entbürokratisierung beim Deutschen Implantateregister (IRD)

- Entbürokratisierung heißt, keine neuen mangelhaften Prozesse einzuführen. Beim Deutschen Implantateregister (IRD) besteht erheblicher Anpassungsbedarf bei den Datenflüssen und den Grundlagen der Finanzierung.
- Beide Prozesse können erheblich vereinfacht werden, so dass mit geringeren Kosten qualitativ hochwertigere Daten für das IRD geliefert werden können.

Streichung der tagesstationären Behandlung

- Angesichts der geringen Erbringung bzw. Inanspruchnahme der tagesstationären Behandlung in der Versorgung ist festzustellen, dass die tagesstationäre Behandlung weiterhin sowohl für Krankenhäuser als auch für Patientinnen und Patienten unattraktiv bleibt.
- Die mit der neuen Behandlungsform verbundenen Ziele, insbesondere die Entlastung der Pflegekräfte, werden mutmaßlich nicht erreicht.
- Die Regelung der tagesstationären Behandlung sollte deswegen ersatzlos gestrichen werden.

Vereinheitlichung des ambulant-stationären Versorgungsbereiches

- Im ambulant-stationären Versorgungsbereich existiert eine Vielzahl an Regelungen zur Leistungserbringung, Vergütung und Abrechnung von Leistungen.

Zahlreiche Abgrenzungsfragen sind die Folge. Die Regelungen sollten im SGB V vereinheitlicht werden.

Änderungsvorschlag

Die Vorschläge finden sich textlich unter dem Punkt Änderungsbedarf.

Investitionskostenfinanzierung der Krankenhäuser

Sachstand

Das Prinzip der dualen Krankenhausfinanzierung sieht vor, dass die Betriebskosten der Krankenhäuser durch die Krankenkassen finanziert werden. Die Investitionskosten fallen dagegen als Teil der staatlichen Daseinsvorgabe in den Aufgabenbereich der öffentlichen Hand. Aufgrund ihrer Zuständigkeit für die Krankenhausplanung ist es Aufgabe der Länder, ausreichende Investitionsmittel für die Krankenhäuser zur Verfügung zu stellen.

Beim NATO-Gipfel am 25.06.2025 haben die Mitgliedsstaaten - und damit auch Deutschland - in ihrer Abschlusserklärung die Absicht festgehalten, spätestens ab dem Jahr 2035 jährlich 5 % ihres Bruttoinlandsprodukts (BIP) in Verteidigung und Sicherheit zu investieren. Die Verteidigungsausgaben sollen auf 3,5 % steigen. Hinzu kommen 1,5 % Prozent für verteidigungs- und sicherheitsrelevante Bereiche wie Infrastruktur, Industrie und Resilienz. Mit dem Gesetz zur Änderung des Grundgesetzes (Artikel 109, 11 und 143 h) (BGBl. 2025 I Nr. 94 vom 24.03.2025) wurde die gesetzliche Grundlage für erhöhte Verteidigungsausgaben durch Deutschland geschaffen, indem die Einschränkungen für diese Ausgaben aufgrund der Schuldenbremse weitreichend gelockert wurden.

Derzeit betreibt die Bundeswehr fünf Bundeswehrkrankenhäuser mit ca. 1.500 voll- und teilstationären Betten in Deutschland.

Änderungsbedarf und Begründung

Die Investitionsquote der Länder hat seit der Wiedervereinigung stark abgenommen, stagnierte in den letzten 10 Jahren bei um die 3,5 % und liegt damit weit unter den erforderlichen Reinvestitionen. Die Regierungskommission für die Krankenhausversorgung der 20. Legislaturperiode bezifferte die erforderlichen Reinvestitionen mit 7 % - 9 % der Krankenhauserlöse. Dementsprechend kommen die Länder seit Jahren ihrer Aufgabe zur Bereitstellung von Investitionsmitteln in nur unzureichendem Maße nach. Das Ergebnis ist eine anwachsende Investitionslücke und eine Zweckentfremdung der durch die Krankenkassen zur Deckung der Betriebskosten gezahlten Gelder, um Investitionen zu finanzieren.

Die fünf Bundeswehrkrankenhäuser reichen im Falle eines Krieges nicht für die Versorgung von verwundeten Soldat/-innen sowie Zivilist/-innen aus. Am 24.03.2025 forderte Johannes Backus, Kommandeur der Gesundheitseinrichtungen der Bundeswehr in einem Interview mit der Frankfurter Allgemeinen Zeitung, dass zivile Krankenhäuser ertüchtigt werden müssen, um im Ernstfall die Bundeswehr zu unterstützen. Aufgrund der bestehenden Investitionslücke bei den Krankenhäusern kann nicht davon ausgegangen werden, dass diese in hinreichendem Maße dazu in der Lage sind, die Bundeswehr im Ernstfall zu unterstützen. Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, Mittel für Verteidigungsausgaben dafür aufzuwenden, die bestehende Investitionslücke bei den Krankenhäusern zu schließen.

Änderungsvorschlag

Verwendung der Mittel für Verteidigungsausgaben zur Schließung der Investitionskostenlücke bei den Krankenhäusern.

§ 109 Absatz 5 Satz 5 und 6 SGB V - Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

Sachstand

Die von den Krankenhäusern erbrachten und in Rechnung gestellten Leistungen sind von den Krankenkassen innerhalb von fünf Tagen nach Rechnungseingang zu bezahlen.

Änderungsbedarf und Begründung

Die bisherige Regelung ist sowohl für Krankenhäuser als auch Krankenkassen nachteilig, da sie auf beiden Seiten vermeidbare bürokratische Aufwände nach sich zieht. Diese entstehen kassenseitig aufgrund der kurzen Frist, die nicht ausreichend ist, um Sachverhalte wie z. B. ungeklärte Versicherungsverhältnisse zu prüfen, an dessen Klärung wiederum die Leistungspflicht der Krankenkasse geknüpft ist. Auf Seiten des Krankenhauses werden in der Folge unnötigerweise Mahnprozesse ausgelöst und wieder rückabgewickelt. Im Übrigen stellen Samstage, Sonntage und gesetzliche Feiertag keine Bankarbeitstage dar. Es ist praxisfern, wenn dieser Umstand in der gesetzlichen Regelung unberücksichtigt bliebe. Die Angleichung an die in allen übrigen Wirtschaftsbereichen übliche Fristenregelung gemäß § 193 BGB hat sich bewährt und sollte auch für von Krankenhäusern erbrachten und in Rechnung gestellten Leistungen zum beiderseitigen Nutzen der Vertragspartner gelten.

Änderungsvorschlag

Es wird ein neuer Satz 6 eingefügt: „Fällt das Ende der Frist auf einen Samstag, Sonntag oder Feiertag, so endet die Frist mit Ablauf des nachfolgenden Werktags.“ Der bisherige Satz 6 bleibt als Satz 7 unverändert.

§ 2 KHEntgG - Übertragung der Aufgaben im Zusammenhang mit der Ausweisung der Zentren und Schwerpunkte durch die zuständige Landesbehörde auf die Vertragsparteien auf Ortsebene

Sachstand

Im Zuge des KHVVG wurde durch die Ergänzung des § 2 Absatz Satz 4 KHEntgG ermöglicht, dass für Zentren und Schwerpunkte die Festlegung und Ausweisung im Krankenhausplan oder die Festlegung im Einzelfall durch die Planungsbehörden durch die Vereinbarung von Zuschlägen im Rahmen der Budgetvereinbarungen ersetzt wird. Begründet wurde diese Regelung mit einer Beschleunigung des Verfahrens.

Änderungsbedarf und Begründung

Die im Zuge des KHVVG eingeführte Kann-Regelung schwächt die gesamtplanerische Verantwortung der Länder, die sie bei der Auswahl der Zentren und Schwerpunkte zu tragen haben, indem sie die Prüfung der Vorgaben den Krankenkassen vor Ort überlässt. Es handelt sich somit um eine Verlagerung der Prüfung, aber mitnichten um eine Beschleunigung des Verfahrens. Diese neue den Krankenkassen zufallende Prüfaufgabe belastet zudem zusätzlich die Budgetverhandlungen; der Abbau des sogenannten Budgetstaus wird dadurch verlangsamt. Mit der Krankenhausreform fällt den Ländern allein schon durch die Zuweisung der Leistungsgruppen eine größere Verantwortung in der Krankenhausplanung zu. In diesem Zusammenhang ist es sachgerecht, dass auch die Verantwortung bei der Zentrumsplanung in Gänze beim Land verbleibt.

Änderungsvorschlag

Streichung des § 2 Absatz Satz 4 2. Halbsatz KHEntgG, das Semikolon wird durch einen Punkt ersetzt

§ 6 KHEntgG Vereinbarung sonstiger Entgelte

Sachstand

Die Obergrenzenregelung des Erstattungsbetrages schließt nicht die krankenhausindividuellen Entgelte gemäß § 6 Absatz 1 KHEntgG mit ein

Änderungsbedarf und Begründung

Der Erstattungsbetrag gemäß § 130b SGB V wird in § 6 Absatz 2 Satz 11 KHEntgG als Preisobergrenze für den stationären Bereich definiert. Diese Obergrenzenregelung bezieht jedoch die krankenhausindividuellen Entgelte gemäß § 6 Absatz 1 KHEntgG nicht mit ein.

Häufig ändern sich die Erstattungsbeträge unterjährig und zeitlich rückwirkend. Dies führt im stationären Bereich zu Neuvereinbarungen, die jeweils von den Landesbehörden genehmigt werden müssen. Dieses Verfahren ist aufgrund der hohen Dynamik bei den Erstattungsbeträgen in der Praxis mit hohen bürokratischen Aufwänden verbunden. Diese Genehmigungsregelungen und die jeweiligen Neuvereinbarungsverpflichtungen sollen gestrichen werden.

Derzeit müssen in Folge die entstehenden Differenzbeträge im Budget über Mehr- und Mindererlöse ausgeglichen werden. Einzelne Krankenkassen zahlen hohe Eurobeträge zu viel, die dann nach Festsetzung der Erstattungsbeträge nur 5- oder 6-stellig niedriger über den Morbi-RSA an die Kasse ausgeglichen werden. Die hohen Differenzen werden im Klinikbudget mit allen belegenden Krankenkassen ausgeglichen. Eine Neuregelung muss diese Ausgleichs gezielt kostenträgerspezifisch zurückerstatten.

Die beschriebenen Herausforderungen und der daraus resultierende Handlungsbedarf bestehen gleichermaßen in somatischen wie auch in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen, in denen Arzneimittel mit Erstattungsbetrag angewendet und abgerechnet werden. Daher sollen die neuen Regelungen auch in den Bundespflegegesetz gespiegelt werden.

Bürokratiearme Umsetzung

Bei der Umsetzung der oben genannten Regelungsbedarfe müssen folgende operationellen Umsetzungen zwingend berücksichtigt werden, um einen hohen unnötigen bürokratischen Aufwand bei der bestehenden Preisdynamik im AMNOG-Verfahren zu vermeiden:

- Der verhandelte Erstattungsbetrag muss zeitnah in den Preis- und Produktverzeichnissen nach § 131 SGB V in maschinenlesbarer Form veröffentlicht werden, so dass alle Abrechnungssysteme der derzeit 1.700 Krankenhäuser und der Krankenkassen ab einem Stichtag mit den gleichen Werten abrechnen können und so eine Vielzahl an Rechnungsstornos/-korrekturen vermieden wird.
- Für die Abrechnung muss eine Eurobetragsstufe festgelegt werden, ab dem diese kostenträgerspezifische Abrechnung greift. Der bürokratische Aufwand

bzgl. Rechnungsstornos und -korrekturen darf nicht bei niedrigen Eurobeträgen anfallen.

- Des Weiteren müssen die Änderungen noch eine eindeutige Regelung beinhalten, wie ein Mehr- oder Mindererlösausgleich – insbesondere Mehrerlösausgleiche – die bei unterjährigen Preisänderungen im Bereich der E3.2-Entgelte konkret zu berechnen sind.

§ 17b KHG - Pflegebudget: Schärfung des Begriffs "Pflege am Bett"

Sachstand

Im Jahr 2020 sind die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen („Pflege am Bett“) im Zuge des Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) erstmalig aus dem bestehenden DRG-System ausgegliedert und in ein gesondertes Budget überführt worden. Das so entstandene Pflegebudget unterliegt der Selbstkostendeckung; d. h. sämtliche dem Krankenhaus entstehenden Pflegepersonalkosten für Pflegenden, die „Pflege am Bett“ leisten, werden seitdem von den gesetzlichen und privaten Krankenkassen vollständig nach dem Prinzip der Selbstkostendeckung erstattet. Die Herauslösung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System stellte insofern eine bewusste Systemänderung dar und war mit folgenden Zielen verbunden:

- verursachungsgerechte und bedarfsorientierte Finanzierung der Pflege
- Erhöhung der Pflegequalität
- Sicherstellung einer leistungsgerechten Vergütung in den Pflegeberufen sowie
- Abbau betriebswirtschaftlicher Anreize zur Ergebnisoptimierung zulasten des Pflegepersonals

Änderungsbedarf und Begründung

Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und verlässlichen Finanzierung der Pflege ist weiterhin eine der zentralen gesundheitspolitischen Aufgaben – nicht nur zur Wahrung der Versorgungsqualität und Erhöhung der Patientensicherheit, sondern auch zur Fachkräftesicherung im Gesundheitswesen. Doch nach nunmehr fünf Jahren Pflegebudget treten dessen Fehlentwicklungen deutlich zutage, die eng mit dem Prinzip der Selbstkostendeckung verknüpft sind und die oben genannten Ziele konterkarieren, aber perspektivisch auch die positiven Effekte der Krankenhausreform gefährden.

Eine der wichtigsten Maßnahmen zum Schutz des Pflegepersonals vor Überlastung und zur Sicherstellung der Behandlungsqualität und somit auch des Patientenschutzes sind fachabteilungsbezogene Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG). Trotz erheblicher Zunahme des Pflegepersonals wurden Patientinnen und Patienten in fast jeder sechsten von den PpUG erfassten Schicht (in 2023 im Schnitt über alle erfassten Bereiche = 15,2 %) nicht mit der erforderlichen Anzahl an Pflegekräften versorgt. Dass es sich hier nicht um einen zu vernachlässigenden Aspekt handelt, macht deutlich, dass ab 2024 etwa 93,5 % aller Krankenhaus-Belegungstage von den Regelungen der PpUG-Verordnung erfasst werden.

Trotz steigender Einkommen der Pflegekräfte und steigender Pflegebudgets (und somit auch zunehmender Belastungen für die Beitragszahlenden und Arbeitgebenden, aber auch der Rentenkassen) und einer Zunahme der Pflegekräfte insgesamt, kommt die Pflege, gemessen an den Pflegepersonaluntergrenzen, offensichtlich nicht dort an, wo sie bedarfs- und patientenorientiert ankommen sollte.

Mit Blick auf die damalige Zielstellung scheint allenfalls die leistungsgerechte Vergütung in den Pflegeberufen erreicht worden sein. Eine verursachungsgerechte und bedarfsorientierte Finanzierung der Pflege, die Erhöhung der Pflegequalität sowie der Abbau betriebswirtschaftlicher Anreize zur Ergebnisoptimierung zulasten des Pflegepersonals ist nach fünf Jahren Pflegebudget jedoch nicht erkennbar.

1. Sofortmaßnahme: gesetzgeberische Definition der „Pflege am Bett“

Die Attraktivität des Pflegeberufes in Verbindung mit einer verantwortungsgerechten Vergütung kann gestärkt werden, wenn der Gesetzgeber eine Definition der „Pflege am Bett“ vorgibt, die – für Wirtschaftsprüfer und alle Kostenträger überprüfbar – sicherstellt, dass die Übertragung von pflegefernen Tätigkeiten auf qualifizierte Pflegekräfte zukünftig unterbleibt und somit diese Tätigkeiten nicht mehr über das Pflegebudget finanziert werden.

2. Sofortmaßnahme: Begrenzung des Pflegebudgets

Neben dem bedarfsgerechten Einsatz von Pflegekräften innerhalb eines Krankenhauses ist es ebenfalls erforderlich, eine Fehlallokation der begrenzten Anzahl an Pflegekräften zwischen Krankenhäusern zu verhindern. Das Prinzip der garantierten Selbstkostendeckung steht dem jedoch entgegen und trägt dazu bei, dass Pflegekräfte nicht immer dort eingesetzt werden, wo sie einen größeren Mehrwert für die Patientenversorgung leisten könnten. Die bedarfsgerechte Allokation zwischen Krankenhäusern erfordert eine Begrenzung der über das Pflegebudget zu finanzierenden Pflegekräfte. Hierzu ist kurzfristig eine geeignete Obergrenze des Pflegebudgets zu entwickeln, um einem ungesteuerten und bedarfsunabhängigen Aufbau von Pflegepersonal zu begegnen und somit die bedarfsgerechte Verteilung der Pflegekräfte zu befördern.

Es wird eine Obergrenze vorgeschlagen, die aus dem Durchschnitt des Pflegepersonalquotienten ermittelt wird. Alle Krankenhäuser, deren individueller Quotient darüber liegt, wird nur das Personal bis zum Erreichen des durchschnittlichen Pflegepersonalquotienten finanziert. Pflegebudgetsteigerung erfolgen lediglich im Rahmen der Tarifsteigerungen bzw. bei Sondersituationen wie Einrichtung einer neuen Station.

Zudem ist im Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern sicherzustellen, dass der Grundsatz der Finanzierung bis zur tarifvertraglichen Höhe nicht unterwandert und so Ungleichgewichte zwischen einzelnen Krankenhäusern ermöglicht werden.

Änderungsvorschlag

Ergänzung des § 17b KHG um einen Absatz 4d

„Pflegepersonalkosten dürfen nur dann im Pflegebudget berücksichtigt werden, wenn das entsprechende Personal überwiegend Tätigkeiten der unmittelbaren Pati-

entenversorgung in Sinne des § 17b Absatz 4a Satz 1 Nummer 1 bis 3 ausübt. Tätigkeiten, die nicht der unmittelbaren Patientenversorgung dienen, insbesondere hauswirtschaftliche, logistische, administrative oder technische Aufgaben sind unabhängig von der dienstlichen Zuordnung nicht als Pflegepersonalkosten im Sinne dieses Gesetzes anzuerkennen. Dies gilt auch dann, wenn solche Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen oder Pflegehilfskräfte erbracht werden. Eine Delegation pflegeferner Tätigkeiten auf Pflegepersonal darf nicht zur Erhöhung des Pflegebudgets führen.“

§ 6a KHEntgG Streichung Pflegeentlastende Maßnahmen (PEM)

Höhe der Ausgaben

Die geschätzten jährlichen Ausgaben für PEM (GKV und PKV) sind seit dem Jahr 2020 kontinuierlich gestiegen. Wurden 2020 366 Mio. Euro für PEM ausgegeben, lagen die Ausgaben im Jahr 2024 bereits bei 733 Mio. Euro. Der Anstieg ist darauf zurückzuführen, dass immer mehr Krankenhäuser PEM vereinbaren und auch der vereinbarte Anteil der PEM an den Personalkosten von den Krankenhäusern steigt, die schon PEM vereinbaren. Aufgrund der Pauschalierung seit dem Jahr 2025 werden die Ausgaben etwas zurückgehen und voraussichtlich bei rund 681 Mio. Euro liegen. Insgesamt sind für den Zeitraum 2020 bis 2025 etwa 3,4 Mrd. Euro den Krankenhäusern zugeflossen.

Intransparente Mittelverwendung

Bis 2024 musste die sachgerechte Mittelverwendung im Rahmen der Budgetverhandlungen nachgewiesen werden – ein bürokratischer Aufwand, der die retrospektiven Verhandlungen für diese Jahre noch heute belastet. Die ab dem Budgetjahr 2025 gesetzlich geregelte Pauschalierung (2,5 % des Pflegebudgets) hingegen, verbunden mit dem Entfall der Nachweispflicht, trägt zur einer intransparenten Mittelverwendung bei und befördert zudem Doppelfinanzierungstatbestände bzw. Mitnahmeeffekte zulasten der Beitragszahler/innen.

„Einnahmeorientierte Ausgabenpolitik“

Aufgrund der prozentualen Koppelung an das Pflegebudget sind für 2025 Ausgaben in Höhe von über 680 Mio. Euro für diesen Posten zu kalkulieren. Unter dem Aspekt der „einnahmeorientierten Ausgabenpolitik“ ist das Auslaufen der Finanzierung der wenig zielgenauen PEM angezeigt.

Änderungsvorschlag

§ 6a Abs. 2 Satz 10 KHEntgG ist ersatzlos zu streichen.

Ergänzender Änderungsbedarf Sektorenübergreifende Versorger

Betroffene Regelungen §§ 39, 115g, 115h (neu) und 123a (neu) SGB V, in § 78b SGB XI und in § 6c KHG

Ausgangslage

Die Einführung von Sektorenübergreifenden Einrichtungen (§ 115g SGB V) kommt dem Auftrag aus dem Koalitionsvertrag nach und stellt einen wichtigen Schritt in Richtung einer sektorenübergreifenden Gesundheits- und Pflegepolitik dar. Wie in dem Eckpunktepapier zur Krankenhausreform vom 10.07.2023 vorgesehen, sollen sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen wohnortnah Krankenhausbehandlung mit ambulanten und pflegerischen Leistungen verbinden und Grundlage für weitere Schritte hin zu einer sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung bilden. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sind dabei ein entscheidendes Element, um den Strukturwandel in der deutschen Krankenhauslandschaft voranzutreiben. Gerade in diesen Einrichtungen werden bisher vorgehaltene Fachbereiche zum Teil abgebaut und es wird eine stärkere Orientierung zum ambulanten und pflegerischen Bereich stattfinden. Telemedizinische Kooperationen ermöglichen fachlich-medizinischen Austausch, zum Beispiel zu Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen, und tragen dazu bei, Hemmnisse im Übergang zu anderen Versorgungsbereichen zu vermeiden.

Problematik

Aus Sicht der AOK soll die akutstationäre Versorgung in den Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen nicht vorgesehen werden. Die medizinisch-pflegerische Versorgung soll das zentrale Kernelement der Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen 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. Mit der Bereithaltung akutstationärer Versorgung ist diese Versorgungsform weder mit Blick auf den Fachkräftemangel noch hinsichtlich der ökonomischen Parameter dauerhaft tragfähig; auch gehen Risiken für die Versorgungsqualität sowie Patientensicherheit einher. Akutstationäre Versorgung sollte deswegen ausschließlich in Ausnahmefällen ermöglicht werden.

Eine Vereinfachung der Vergütungsregelungen für Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen wäre zu begrüßen, da die aktuell im KHVVG vorgesehenen Vorschriften mit hohem Umsetzungsaufwand verbunden sind. Die Vereinbarung krankenhausesindividueller Tagesentgelte auf Ortsebene würde zu einer enormen Steigerung der bürokratischen Aufwände führen. Zudem wird das Bild einer Kostenerstattung verstärkt, weil unterschiedliche Tagesentgelte auf Standortebene inhaltlich Selbstkostendeckung adressieren. Die Tagesentgelte sollten aus Sicht der AOK stattdessen auf Landesebene vereinbart werden und ausschließlich pflegerische und therapeutische Tätigkeiten umfassen. Sofern im Bedarfsfall ärztliche Leistungen notwendig sind, sind diese nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abzurechnen und nicht Bestandteil der Tagesentgelte.

Es werden zwei Regelungsvorschläge aufgeführt. Der erste Vorschlag hat das Ziel, kurzfristig im aktuellen Gesetzgebungsverfahren zum KHAG die medizinisch-pflegerische Versorgung als wichtiges Element für den Strukturwandel in der Krankenhauslandschaft wieder zu integrieren. Mittel- bis langfristig muss Sektorübergreifende Versorgung weitergedacht werden. Hier wird auf den Regelungsvorschlag der

AOK für eine Rechtsgrundlage für „Sektorübergreifende Versorger“ aus Dezember 2023 verwiesen, der als zweiter Vorschlag aufgeführt ist.

Angestrebte Gesetzesänderungen

Erster Regelungsvorschlag: Kurzfristige Aufnahme der medizinisch-pflegerischen Versorgung in das KHVVG

§ 39 SGB V Krankenhausbehandlung

(1) Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, stationsäquivalent, tagesstationär, teilstationär, vor- und nachstationär, **medizinisch-pflegerisch** sowie ambulant erbracht; sie umfasst auch Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss bisher keine Entscheidung nach § 137c Absatz 1 getroffen hat und die das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre, stationsäquivalente, ~~oder~~ tagesstationäre oder **medizinisch-pflegerische** Behandlung durch ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus, wenn die Aufnahme oder die Behandlung im häuslichen Umfeld nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation. Die stationsäquivalente Behandlung umfasst eine psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams; die tagesstationäre Behandlung umfasst einen täglich mindestens sechsstündigen Aufenthalt der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus, währenddessen überwiegend ärztliche oder pflegerische Behandlung erbracht wird, ohne Übernachtung im Krankenhaus. Die stationsäquivalente Behandlung und die tagesstationäre Behandlung entsprechen hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung. Zur Krankenhausbehandlung gehört auch eine qualifizierte ärztliche Einschätzung des Beatmungstatus im Laufe der Behandlung und vor der Verlegung oder Entlassung von Beatmungspatienten.
[...]

§ 115g Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung

(1) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sind Standorte von Krankenhäusern, die nach § 6c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt worden sind. Diese **erbringen medizinisch-pflegerische Leistungen nach § 115h und können darüber hinaus insbesondere folgende Leistungen erbringen:**

1. ambulante Leistungen aufgrund einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung,

2. ambulanten Operieren nach § 115b sowie sonstige ambulante Leistungen, die nach diesem Buch von zugelassenen Krankenhäusern erbracht werden können,
- 3. der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f,**
4. Übergangspflege nach § 39e,
5. Kurzzeitpflege nach § 39c.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können die **medizinisch-pflegerischen Leistungen nach Satz 1 sowie die** in Satz 2 Nummer **4** und **5** genannten Leistungen unter pflegerischer Leitung erbringen, soweit sie nicht ärztlich zu verantworten sind. Die Möglichkeit für Krankenhäuser, die nicht als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt sind, Leistungen nach Satz 2 Nummer 1 bis 5 zu erbringen, bleibt unberührt.

(2) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können zusätzlich Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 des Elften Buches und der Tagespflege und Nachtpflege nach § 41 des Elften Buches in selbständigen, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennten Pflegeabteilungen, die als stationäre Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 des Elften Buches zugelassen sind, erbringen.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung dem Bundesministerium für Gesundheit im Abstand von zwei Jahren, erstmals zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des 60. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats], einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der Leistungserbringung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen auf die ambulante, stationäre und pflegerische Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen vor. Die für den Bericht erforderlichen Daten sind ihnen von den Krankenkassen, den Pflegekassen, den Krankenhäusern und den Kassenärztlichen Vereinigungen in anonymisierter Form zu übermitteln.“

§ 115h Medizinisch-pflegerische Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

(1) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 115g Absatz 1 erbringen Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V als medizinisch-pflegerische Versorgung, wenn für die Versicherten eine ambulante ärztliche Behandlung auf Grund ihrer individuellen Verfassung, der persönlichen Lebenssituation oder wegen bestehender Vor- oder Begleiterkrankungen nicht ausreichend ist, weil neben dem medizinischen Behandlungsanlass ein besonderer pflegerischer Bedarf besteht.

Die Versorgung beinhaltet die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, die Grund- und Behandlungspflege, ein Entlassmanagement, Unterkunft und Verpflegung sowie die erforderliche ärztliche Behandlung. Dies umfasst dabei mindestens eine werktägliche ärztliche Behandlung nach § 28 Abs. 1 SGB V sowie eine permanente pflegerische Betreuung.

(2) Die ärztlichen Leistungen der medizinisch-pflegerischen Versorgung können auch von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten, mit denen die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen hat, erbracht werden. Die medizinisch-pflegerische Versorgung wird durch Vertragsärzte verordnet oder Krankenhäuser veranlasst.

(3) Für die Vergütung der medizinisch-pflegerischen Versorgung schließen die Landeskrankenhausesgesellschaften, die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen auf der Landesebene eine Vereinbarung, welche eine Tagespauschale für den pflegerischen und therapeutischen Anteil der Versorgung umfasst. Ein Gesamtvolumen für die medizinisch-pflegerische Versorgung ist je Einrichtung festzulegen. In der Einführungsphase sind sachgerechte Ausgleichssätze zu berücksichtigen. Die ärztliche Rufbereitschaft wird entsprechend des einheitlichen Bewertungsmaßstabes vergütet und über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum [einsetzen: Datum ein Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes] Einzelheiten der Erbringung der medizinisch-pflegerischen Versorgung, insbesondere

- 1. die Gruppe der Patientinnen und Patienten, für die die medizinisch-pflegerische Versorgung zu erbringen ist,**
- 2. die sächlichen und personellen Mindestvoraussetzungen der medizinisch-pflegerischen Versorgung; dazu gehören:**
 - ☐ **Einrichtung einer ärztlich oder pflegerisch geleiteten Bettenstation am Standort,**
 - ☐ **durchgängige pflegerische Betreuung,**
 - ☐ **Ärztliche Behandlung während verbindlich geregelter Anwesenheit und Patientenvsiste (mindestens 10 Stunden je Woche) an Werktagen;**
 - ☐ **Werktägliche ärztliche Verfügbarkeit aus internistischer Praxis in unmittelbarer räumlicher Nähe (im selben Gebäude),**
 - ☐ **Nachts und am Wochenende: telemedizinische Anbindung zu einem Krankenhaus. Es ist festzulegen, welche Krankenhäuser für die Anbindung geeignet sind.**
- 3. Vorgaben für Kooperationsvereinbarungen zwischen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen und Vertragsärztinnen und Vertragsärzten,**
- 4. das Abrechnungsverfahren für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen und bei Kooperationsvereinbarungen mit Vertragsärzten nach Nummer 3 das Abrechnungsverfahren für Vertragsärzte,**
- 5. das Nähere zur Vergütung der medizinisch-pflegerischen Versorgung, zur Vereinbarung eines Gesamtvolumens je Einrichtung für die medizinisch-pflegerische Versorgung; inklusive sachgerechter Ausgleichssätze.**

Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene nach § 89a Absatz 2.

(5) Die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vereinbaren den konkreten Versorgungsumfang der medizinisch-pflegerischen Versorgung in der jeweiligen Einrichtung.

§ 6c KHG Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung

(1) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann Standorte von Krankenhäusern im Benehmen mit den Krankenkassen und Pflegekassen sowie den Ersatzkassen, **der Landeskrankenhausesellschaft oder der Vereinigung der Krankenhausträger im Land sowie der Kassenärztlichen Vereinigung** durch Bescheid als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmen, wenn dieses Krankenhaus in den Krankenhausplan des jeweiligen Landes aufgenommen wurde. Als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung kann auch ein Krankenhaus bestimmt werden, das erstmalig in den Krankenhausplan aufgenommen wird.

(2) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch unverzüglich, spätestens innerhalb von vier Wochen, eine Bestimmung nach Absatz 1 und Änderungen einer solchen Bestimmung mitzuteilen.

Zweiter Vorschlag: Langfristige Perspektive zur Gestaltung von Sektorenübergreifende Versorgung

Aufnahme eines neuen § 123a SGB V

§ 123a Sektorenübergreifende Versorger

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

(2) 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 Landeskrankenhausesellschaft 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 von Kassenärztlicher Vereinigung, Landeskrankenhausesellschaft 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 Planungsbereichen, in denen eine Überversorgung nach § 103 Abs. 1 Satz 1 nicht festgestellt worden ist, zur vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen. Der Umfang der Ermächtigung ist so zu begrenzen, dass eine Überversorgung ausgeschlossen ist. Die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden können gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung 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 Sektorenübergreifende Versorger entsprechende Versorgungsverträge mit den Pflegekassen gemäß § 72 SGB XI abzuschließen.

Ansonsten gelten die Regelungen dieses Buches.

(3) Sektorenübergreifende Versorger müssen in Abhängigkeit von ihren konkreten Versorgungsaufträgen nachstehende Anforderungen erfüllen.

Für die Erbringung der medizinisch-pflegerischen Versorgung gelten folgende Voraussetzungen:

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.

Die Prüfung der Einhaltung der Anforderungen obliegt den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden. Sie können auch Dritte mit der Durchführung der Prüfung beauftragen.

Für die Erbringung der pflegerisch-therapeutischen Versorgung gelten folgende Anforderungen:

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.

(4) 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.

(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.

Folgeänderungen im SGB XI

Dritter Abschnitt

Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern

§ 78b (neu) pflegerisch-therapeutische Versorgung

(1) Die Pflegekassen können mit Krankenhäusern als sektorenübergreifende Versorger Verträge über pflegerisch-therapeutische Versorgung schließen.

(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.

§ 136b Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus

Angestrebte Gesetzesänderungen

§ 40 KHG ist zu streichen. Als Ersatz 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.

§ 40 KHG

Streichung

§ 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.

Begründung

Zur Unterstützung von Konzentrationsbemühungen und Verbesserungen der Qualität im Bereich der Onkologie sollte durch die Schaffung des § 40 KHG im KHVVG und Ergänzungen im KHAG die Spezialisierung von onkochirurgischen Leistungen gefördert werden, indem die fallzahlschwächsten Krankenhausstandorte von der Leistungserbringung ausgeschlossen werden. Die Regelung beinhaltet, dass alle chirurgischen Leistungen, die aufgrund einer onkologischen Diagnose erbracht werden, über OPS- und ICD-Klassifikation durch das IQWiG bis (Datum des letzten Tages des zweiten auf die Verkündung dieses Gesetzes folgenden Kalendermonats) operationalisiert und im Weiteren Indikationsbereiche durch das InEK definiert werden. Das InEK analysiert auf Grundlage der § 21-Daten aus 2025 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 war bis zum 31.05.2025 erstmalig zu veröffentlichen, ist

bis zum Zeitpunkt der Erstellung der Stellungnahme aber nicht vorliegend. Eine Aktualisierung dieser Liste soll nun bis Ende 2026 durch das InEK erfolgen. Für die auf dieser Liste geführten Krankenhausstandorte wird die Abrechnung der onkochirurgischen Leistungen zum 01.01.2028 ausgeschlossen.

Der Grundsatz hochspezialisierte Leistungen zu konzentrieren, ist uneingeschränkt zu unterstützen. Der Gesetzgeber fokussiert in den Regelungen des § 40 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). Es gibt ausreichend wissenschaftliche Evidenz, dass 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 Regelungen des § 40 KHG ab. Der G-BA soll mit einer neuen Nummer 5 in § 136b Absatz 1 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.

Die Auswirkungen von § 40 KHG wurden in einem Beitrag, der im Monitor Versorgungsforschung veröffentlicht wurde, untersucht: https://www.monitor-versorgungsforschung.de/wp-content/uploads/2024/06/MOVS-0424_M_S_OnlineFirst_070624.pdf

Der Beitrag zeigt im Sinne einer Auswirkungsanalyse, dass die Regelung nach § 40 KHG mutmaßlich nicht dazu geeignet ist, die Morbidität und Mortalität bei Karzinom-Behandlung im erforderlichen und erreichbaren Ausmaß zu erreichen.

§ 301 Abs. 3 Nr. 6 SGB V Auftrag an den GKV-SV und die Deutsche Krankenhausgesellschaft für eine bundeseinheitliche Bezeichnung und Bestimmung von Fachabteilungen in deutschen Krankenhäusern

Sachstand und Änderungsbedarf

Der InEK-Grouper verwendet zur Zuordnung für einen Großteil der Fälle zu den jeweiligen Leistungsgruppen die jeweils ausgewiesene Fachabteilung. Die Zuweisung und Verwendung der Fachabteilungsschlüssel erfolgt derzeit uneinheitlich und wird nicht von jeder Landesplanungsbehörde ausgewiesen. Es ist zudem zu beobachten, dass derzeit Kliniken eine Reihe an Neuansträgen stellen, um in eine bevorzugte Leistungsgruppe aufgenommen werden zu können. Dies entspricht nicht einem geregelten und systematischen Planungsprozess. Es ist somit zu begrüßen, dass der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft die Aufgabe übertragen bekommen haben, eine bundeseinheitliche Bezeichnung und Bestimmung von Fachabteilungen erhalten zu haben.

Für die Sicherstellung einer einheitlichen Definition und Verwendung der Fachabteilungsschlüssel und somit einer gleichlautenden Zuordnung zu den jeweiligen Leistungsgruppen ist es sinnvoll, die zugehörige Vereinbarung vor Vergabe der Leistungsgruppen durch die Landesplanungsbehörden fertigzustellen. Für den Abschluss der Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband und Deutscher Krankenhausgesellschaft für eine einheitliche Definition des Fachabteilungsbegriffs ist keine gesetzliche Frist vorgegeben. Zudem ist es sicherzustellen, dass die Zuordnung als auch Überprüfung der verwendeten Fachabteilungsschlüssel sich mit den zu vergebenden Versorgungsauftrag decken.

Änderungsvorschlag

§ 301 Abs. 3 Nr. 6 SGB V

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft [...]

6. eine bundeseinheitliche Bezeichnung und Bestimmung von Fachabteilungen **bis zum 30.06.2026**.

§ 21 - Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)

(3c) ¹Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erarbeitet Vorgaben für die in Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe g und Nummer 2 Buchstabe i genannte Zuordnung und zertifiziert bis zum 30. September 2024 auf dieser Grundlage entwickelte Datenverarbeitungslösungen. ²Die Krankenhäuser haben für die in Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe g und Nummer 2 Buchstabe i genannte Zuordnung ausschließlich nach Satz 1 zertifizierte Datenverarbeitungslösungen zu verwenden. ³**Das Institut für das Entgeltsystem nimmt darüber hinaus eine Zuordnung der Fachabteilungen gemäß der Vereinbarung nach § 301 Absatz 3 Nummer 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu den Leistungsgruppen nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vor.**

§ 6a Krankenhausfinanzierungsgesetz - Zuweisung von Leistungsgruppen und Fachabteilungen

[...]

(1a) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde weist einem nach § 108 Nummer 1 oder Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassenen Krankenhaus für einen Krankenhausstandort Fachabteilungen der Vereinbarung nach § 301 Absatz 3 Nummer 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu. Voraussetzung für die Zuweisung ist die Erfüllung der Kriterien der Vereinbarung nach § 301 Absatz 3 Nummer 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Die Zuweisung hat entsprechend den Zuordnungen nach § 135e Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 zu erfolgen. Der Standort eines Krankenhauses bestimmt sich nach § 2a. Ein Anspruch auf Zuweisung einer Fachabteilung besteht nicht. Die Zuweisung nach Satz 1 erfolgt durch Bescheid. Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Als einem Krankenhausstandort zugewiesen im Sinne des Satzes 1 gelten Fachabteilungen, die in einem wirksamen Versorgungsvertrag nach § 109 Absatz 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für dieses Krankenhaus vereinbart wurden.

[...]

§ 135e SGB V – Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung

(1) ¹Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates

[...]

5. Zuordnungen der Fachabteilungen gemäß der Vereinbarung nach § 301 Absatz 3 Nummer 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu den Leistungsgruppen nach Absatz 2 Satz 2 vorzunehmen.

§ 275a SGB V - Prüfungen von Qualitätskriterien, Strukturmerkmalen und Qualitätsanforderungen in Krankenhäusern

(1) Der Medizinische Dienst führt in den zugelassenen Krankenhäusern bezogen auf einen Standort Prüfungen durch zur Erfüllung

[...]

2. der nach der Vereinbarung nach § 301 Absatz 3 Nummer 6 definierten Kriterien,

[...]

§ 9 Abs. 1 b Satz 1 KHEntgG Anpassung des Veränderungswertes

Ergänzender Änderungsbedarf (hilfsweise):

Klarstellung in § 9 Abs. 1b Satz 1 KHEntgG dahingehend, dass bei Anwendung des Orientierungswertes bereits refinanzierte Kosten (z. B. durch unterjährige Landesbasisfallwerterhöhungen) mindernd zu berücksichtigen sind und der Veränderungswert maximal bis zur Höhe des Orientierungswertes vereinbart werden kann.

Begründung

Eine differenzierte Regelung, die bereits anderweitig finanzierte Kostensteigerungen berücksichtigt, ist zwingend erforderlich.

§ 10 KHEntgG Einnahmeorientierte Ausgabenpolitik

Ausgangslage / Problematik

Vor dem Hintergrund der angespannten wirtschaftlichen Entwicklung sowie einer Verschärfung der sicherheitspolitischen Herausforderungen für die Europäische Union sind Maßnahmen zur Stärkung und Stabilisierung des Wirtschaftsstandortes Deutschland zwingend erforderlich. Um einerseits die Wettbewerbsfähigkeit zu erhöhen und andererseits die Binnenkonjunktur zu stärken, muss auch die Kostenentwicklung bei den Gesundheitsausgaben gedämpft werden. Dazu sind einerseits Maßnahmen zur Modernisierung der Versorgungsstrukturen notwendig, die allerdings eher mittel- bis langfristig zu einer Entlastung führen können. Andererseits sind kurzfristige Maßnahmen erforderlich, um sowohl die Versicherten als auch die Arbeitgebenden schnellstmöglich bei der Beitragszahlung zu entlasten.

Die GKV wird im Jahr 2025 voraussichtlich 341 Mrd. Euro für die medizinische Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung stellen. Davon werden ca. 50 Mrd. Euro für die ambulante vertragsärztliche Versorgung und ca. 100 Mrd. Euro für die stationäre Versorgung aufgewendet. Auch für die Arzneimitteltherapie werden voraussichtlich mehr als 60 Mrd. Euro ausgegeben.

Dieses Ausgabenniveau von 341 Mrd. Euro im Jahr 2025 darf kurzfristig nicht weiter überschritten werden und für die kommenden Jahre nicht stärker steigen als die Einnahmen der GKV.

Angestrebte Gesetzesänderung

Daher sind ausgabenbegrenzende Maßnahmen erforderlich, die den politisch Handelnden Spielräume für Einsparungen geben, ohne den Leistungsumfang der Gesundheitsversorgung der Patientinnen und Patienten in Deutschland zu reduzieren. Dabei ist wichtig zu betonen, dass die bedarfsnotwendigen Versorgungsstrukturen auch weiterhin erhalten bleiben und deren Mittel nicht gekürzt werden. Der überproportionale Anstieg der Ausgaben muss jedoch gestoppt werden. Nur so kann der Bestand dieser Strukturen auch nachhaltig gesichert werden. Insgesamt soll der Beitragssatz für die Versicherten konstant gehalten werden.

Als Maßnahme sollten zu einem Zeitpunkt die Veränderungsrate der Einnahmen der GKV insgesamt und die Veränderungsrate der Ausgaben der GKV im Krankenhausbereich verglichen werden. Liegt für das Vorjahr die Veränderungsrate der Ausgaben höher als die Veränderungsrate der Einnahmen, werden die Landesbasisfallwerte für das laufende Kalenderjahr mindestens in der Höhe der Differenz abgesenkt.

Um eine Bevorzugung der psychiatrischen Krankenhäuser zu vermeiden, ist ein entsprechender Mechanismus auch bei diesen Krankenhäusern vorzusehen.

Dieser Vorschlag bezieht sich zunächst auf die GKV. Sollte der Vorschlag umgesetzt werden, ist zu überlegen, ob auch andere Kostenträger wie die PKV und UV in die Regelung einbezogen werden.

§ 10 Abs. 5 KHEntgG - Streichung Tarifratenregelung

Angestrebte Gesetzesänderung

Ersatzlose Streichung von § 10 Absatz 5 KHEntgG Begründung

Die bisherige vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen über bundesweit wirksame Landesbasisfallwerterhöhungen hat zu flächendeckenden Gießkanneneffekten geführt. Dies ist aus GKV-Sicht weder sachgerecht noch finanzierbar. Zudem wird dadurch die Tarifautonomie in ihrer Ausgewogenheit unterlaufen.

Die bislang im Rahmen der auf Bundesebene zu vereinbarenden Tarifierhöhungsraten volle Refinanzierung von Tarifsteigerungen hat weitere flächendeckende und basiswirksame Steigerungen der Landesbasisfallwerte („Gießkannen“) zur Folge, die völlig unabhängig von der Einnahmeseite der GKV von allen Beitragszahlenden in Zukunft zu tragen und auch nunmehr jahresbezogen im Orientierungswert abgebildet sind. Völlig außer Acht gelassen wird hier zudem, dass durch die sogenannte Meistbegünstigungsklausel in den vergangenen zehn bis fünfzehn Jahren die Kostensteigerungen der Krankenhäuser deutlich überkompensiert wurden. Die Krankenhäuser haben dabei sehr von der Meistbegünstigung (Grundlohnrate statt Orientierungswert, wenn dieser niedriger ist) profitiert. Diese Regelung führte zu Steigerungen der Landesbasisfallwerte, die sich in der Basis der aktuellen Landesbasisfallwerte wiederfinden. Die volle Tarifrefinanzierung hat darüber hinaus weitreichende Folgen für die zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern stattfindenden Tarifverhandlungen. Die Arbeitgeber werden durch die Möglichkeit der vollständigen Weiterreichung der Kostensteigerungen jegliches Interesse verlieren, angemessene Tarifabschlüsse zu vereinbaren. Hohe Tarifsteigerungen und damit hohe Kostensteigerungen für die GKV sind durch die Aushöhlung der Tarifverhandlungen zu erwarten. Die Erfahrungen aus der Einführung der Pflegebudgets und damit der Regelungen zur vollständigen Refinanzierung der Kosten im Pflegebereich seit dem Jahr 2020 zeigen, dass hohe jährliche Steigerungsraten im Personalkostenbereich zu erwarten sind, wenn die Kosten 1:1 refinanziert werden. Weitere jährliche hohe basiswirksame Mehrkosten für die GKV sind nun zu erwarten. Vor diesem Hintergrund wird diese Maßnahme von der GKV abgelehnt.

§ 10 Abs. 6 Satz 6 KHEntgG - Streichung der Meistbegünstigungsklausel

Angestrebte Gesetzesänderung

Streichung von § 10 Abs. 6 Satz 6 und 8 KHEntgG

(6) Das 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 30.09. jeden Jahres zu veröffentlichen; die hierfür vom Statistischen Bundesamt zu erhebenden Daten werden vom Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates festgelegt. Die Erhebungen werden jährlich vom Statistischen Bundesamt durchgeführt. Der Berichtszeitraum umfasst die zweite Hälfte des Vorjahres und die erste Hälfte des laufenden Jahres. Die Krankenhäuser nach § 2 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der in den §§ 3 und 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Krankenhäuser, soweit sie zu den Krankenhäusern nach § 107 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gehören, mit Ausnahme der Krankenhäuser, deren Träger der Bund ist, der Krankenhäuser ohne Versorgungsvertrag sowie reiner Tages- und Nachtkliniken, sind verpflichtet, dem Statistischen Bundesamt für die Zwecke nach Satz 1 Daten zu übermitteln. Soweit es zur Gewinnung von Informationen zur Bestimmung des Orientierungswertes erforderlich ist, darf das Statistische Bundesamt die erhobenen Daten mit den nach § 21 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 genannten Daten zusammenführen. ~~Unterschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, entspricht der Veränderungswert der Veränderungsrate. Überschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, vereinbaren~~ Die Vertragsparteien auf Bundesebene **vereinbaren** den Veränderungswert gemäß § 9 Absatz 1b Satz 1 und § 9 Absatz 1 Nummer 5 der Bundespflegesatzverordnung. ~~Für die Zeit ab dem Jahr 2018 ist die Anwendung des vollen Orientierungswerts als Veränderungswert sowie die anteilige Finanzierung von Tarifsteigerungen, die den Veränderungswert übersteigen, zu prüfen.~~

Begründung

Als kurzfristig greifende Maßnahmen im Krankenhausbereich sollte die Meistbegünstigungsklausel beim Orientierungswert gestrichen werden. Hierdurch würde eine stärkere Kopplung von Einnahmen und Ausgaben erzielt. Die Meistbegünstigungsklausel (Geltung der Grundlohnrate als Obergrenze, wenn diese höher ist als der Orientierungswert) hat in den vergangenen Jahren zu erheblichen, nicht sachgerechten Mehrbelastungen der GKV geführt. Im Sinne einer verursachungsgerechten Vergütung und zur Vermeidung unbegründeter Kostensteigerungen ist eine ersatzlose Streichung dieser Regelung dringend geboten.

11 KHEntgG - Genehmigung von vereinbarten Sanktionsabschlägen

Angestrebte Gesetzesänderung

Aktueller Wortlaut

„Die Genehmigung des vereinbarten Abschlags ist von den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bei der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zu beantragen.“

Änderungsvorschlag:

In § 11 Absatz 4 Satz 8 werden die Worte „für die Krankenhausplanung“ gestrichen.

„Die Genehmigung des vereinbarten Abschlags ist von den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bei der ~~für die Krankenhausplanung~~ zuständigen Landesbehörde zu beantragen.“

Begründung

Für die Vereinbarung gemäß § 11 Abs. 4 Satz 6 KHEntgG für einen Sanktionsabschlag aufgrund fehlender Unterlagenlieferung eines Krankenhauses ist aktuell geregelt, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde die Genehmigung erteilt. Mit der Änderung entspricht die Benennung der zuständigen Institution der Bezeichnung im übrigen Krankenhausentgeltgesetz bzw. insbesondere im § 14 KHEntgG. Die Änderung ist notwendig, da die Genehmigung von Budgetvereinbarungen gemäß § 11 KHEntgG im Übrigen durch die vom Land selbst bestimmte zuständige Landesbehörde erfolgt. Es handelt sich regelhaft um untergeordnete Behörden wie Regierungspräsidien. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde ist hingegen regelhaft das Landesministerium selbst. Hier besteht jedoch nicht die fachliche Zuständigkeit für die Prüfung einer Budgetvereinbarung und deren Genehmigung. Der aktuelle Gesetzeswortlaut führt in den Bundesländern zu Verzögerungen in Bearbeitung solcher Anträge. Mit der Anpassung entfällt zusätzlicher Bürokratieaufwand in den Landesministerien und das Ziel der Budgetbeschleunigung wird gefördert.

§ 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 konfliktbeladen 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. 3 In 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 % des Gesamtbetrages der psychiatrischen/psychosomatischen Kliniken ausmacht, die Selbstkostendeckung begehrt.

Diese Problematik wird seitens der Kostenträger kritisch gesehen. Der Gesetzgeber an 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 Gesetzesbegründung 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. Da bei 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 Umfang 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 Finanzen 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,**

§ 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.

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

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

Aufhebung der Mandatsbegrenzung für ehrenamtliche Mitglieder des Medizinischen Dienstes: Änderungsbedarf der §§ 279 und 282 SGB V

Sachstand

Die gesetzlichen Regelungen zur Wahrnehmung von Selbstverwaltungsmandaten im Medizinischen Dienst der Krankenkassen sehen derzeit vor, dass Versicherten- und Arbeitgebervertreter in den Verwaltungsräten nur ein weiteres Ehrenamt in der Sozialversicherung ausüben dürfen sowie eine Begrenzung ihrer Tätigkeit auf maximal zwei Amtsperioden. Diese Regelungen gelten nicht für andere Mitglieder der Verwaltungsräte, wie etwa Patienten- oder Berufsvertreter. Ziel dieser Begrenzungen war es, eine ausgewogene Mandatsverteilung und eine Durchmischung der Gremien sicherzustellen.

In der Praxis führen diese Regelungen jedoch zu erheblichen Einschränkungen in der demokratischen Mitwirkung und zu Kompetenzverlusten in der Gremienarbeit. Die Begrenzung der Amtszeiten erschwert es, erfahrene und eingearbeitete Mitglieder langfristig einzubinden. Dies beeinträchtigt die Kontinuität und Qualität der Entscheidungsfindung und schwächt die Selbstverwaltung insgesamt. Die Regelung birgt zudem die Gefahr, dass es zukünftig zu personellen Engpässen bei der Besetzung kommen könnte, insbesondere, wenn erfahrene Mitglieder durch starre Begrenzungen ausscheiden müssen, obwohl sie weiterhin zur Verfügung stünden.

Änderungsbedarf und Begründung

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Herausforderungen wird vorgeschlagen, die Begrenzungen der Anzahl der Ehrenämter sowie der Amtsperioden für Versicherten- und Arbeitgebervertreter in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste aufzuheben. Die entsprechenden Regelungen in § 279 Abs. 4 und 6 SGB V sollten gestrichen oder so angepasst werden, dass eine gleichberechtigte Amtsausübung aller Mitgliedergruppen in der Selbstverwaltung möglich ist.

Die Aufhebung dieser Begrenzungen würde die Besetzbarkeit der Gremien deutlich verbessern, da sie den Kreis potenzieller Kandidatinnen und Kandidaten erweitert und die Möglichkeit schafft, erfahrene und engagierte Mitglieder längerfristig einzubinden. Zudem ermöglicht die Aufhebung der Mandatsbegrenzungen eine trägerübergreifende Perspektive, die für die inhaltliche Arbeit in der Selbstverwaltung von großem Wert ist. Die Möglichkeit, Erfahrungen aus verschiedenen Bereichen der Sozialversicherung einzubringen, fördert die Qualität der Entscheidungsfindung und trägt zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems bei. Schließlich würde die Gleichbehandlung aller Mitgliedergruppen innerhalb der Verwaltungsräte hergestellt, was aus rechts- und gleichstellungspolitischer Sicht geboten erscheint.

Bei der Änderung in § 282 Abs. 2 S. 7 handelt es sich um eine notwendige Folgeänderung aufgrund der vorgeschlagenen Streichung des § 279 Abs. 4 S. 10 und 11.

Änderungsvorschlag

Der bisherige § 279 Absatz 4 SGB V wird wie folgt angepasst:

„(4) 16 Vertreter werden von den Verwaltungsräten oder Vertreterversammlungen der Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkasse, der Ersatzkassen und der BAHN-BKK gewählt. Die Krankenkassen haben sich über die Zahl der Vertreter, die auf die einzelne Kassenart entfällt, zu einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes. Als Vertreter nach Satz 1 sind je zur Hälfte Frauen und Männer zu wählen. Jeder Wahlberechtigte nach Satz 1 wählt auf der Grundlage der von der oder dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates erstellten Bewerberliste eine Frau und einen Mann. Die acht Bewerberinnen und acht Bewerber mit den meisten Stimmen sind gewählt. Eine Wahl unter Verstoß gegen Satz 4 ist nichtig. Ist nach dem dritten Wahlgang die Vorgabe nach Satz 4 nicht erfüllt, gelten nur so viele Personen des Geschlechts, das nach dem Ergebnis der Wahl mehrheitlich vertreten ist, als gewählt, wie Personen des anderen Geschlechts gewählt wurden; die Anzahl der Vertreter nach Absatz 4 reduziert sich entsprechend. Das Nähere zur Durchführung der Wahl regelt die Satzung. Die Amtszeit der Vertreter nach Satz 1 darf zwei Amtsperioden nicht überschreiten. Personen, die am 1. Januar 2020 bereits Mitglieder im Verwaltungsrat eines Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sind, können einmalig wiedergewählt werden.“

Der bisherige § 279 Absatz 6 SGB V wird wie folgt angepasst

„(6) Beschäftigte des Medizinischen Dienstes, der Krankenkassen oder ihrer Verbände sind nicht wähl- oder benennbar. Personen, die bereits mehr als ein Ehrenamt in einem Selbstverwaltungsorgan eines Versicherungsträgers, eines Verbandes der Versicherungsträger oder eines anderen Medizinischen Dienstes innehaben, können nicht gewählt oder benannt werden. § 51 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 und Absatz 6 Nummer 2 bis 6 des Vierten Buches gilt entsprechend. Rechtsbehelfe gegen die Benennung oder die Wahl der Mitglieder des Verwaltungsrates haben keine aufschiebende Wirkung. § 57 Absatz 5 bis 7 des Vierten Buches und § 131 Absatz 4 des Sozialgerichtsgesetzes gelten entsprechend.“

§ 282 Absatz 2 Satz 7 wird entsprechend der vorgeschlagenen Änderungen wie folgt angepasst:

„(2) [...] Das Nähere, insbesondere zur Wahl der oder des Vorsitzenden und der Stellvertreterin oder des Stellvertreters, regelt die Satzung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1. § 40 Absatz 1 Satz 1 und 2, Absatz 2 und 3, die §§ 41, 42 Absatz 1 bis 3 des Vierten Buches, § 217b Absatz 1 Satz 3 und Absatz 1a bis 1e und § 279 Absatz 4 Satz 4 bis 9, Absatz 5 Satz 5 und Absatz 6 gelten entsprechend. Die Vertreter nach Satz 2 Nummer 3 sind nicht stimmberechtigt. Personen, die Mitglieder des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sind, können nicht gewählt werden.“

