



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 16.09.2024

zum Gesetzentwurf zur Verbesserung der Versorgungsqualität im
Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen
(Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz - KHVVG) vom 17.06.2024
(Bundestagsdrucksache 20/11854)

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	6
Stellungnahme	12
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	12
Nr. 1 – § 39e Absatz 1 Satz 1 – Krankenhausbehandlung	12
Nr. 2a bis d – § 109 – Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern	14
Nr. 2e – § 109 Absatz 5 – Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern	15
Nr. 3 – § 110 Absatz 1 – Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern	16
Nr. 4 – § 115g (neu) – Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung	17
Nr. 5 – § 116a – Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser	22
Nr. 7 – § 135d – Transparenz der Qualität der Krankenhausbehandlung	24
Nr. 8 – § 135e (neu) – Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung	26
Nr. 8 – § 135f (neu) – Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung	31
Nr. 9 – § 136 – Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung	32
Nr. 10 – § 136c – Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung	33
Nr. 11 – § 137 Absatz 3 – Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses	34
Nr. 12 – § 221 Absatz 3 – Beteiligung des Bundes an Aufwendungen	36
Nr. 13 – § 271 – Gesundheitsfonds	37
Nr. 14 – § 275a (neu) – Prüfungen zu Qualitätskriterien, Strukturmerkmalen und Qualitätsanforderungen in Krankenhäusern	40
Nr. 15 – § 275c Absatz 6 – Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst	42
Nr. 16 – § 275d – Prüfung von Strukturmerkmalen	43
Nr. 17 – § 276 – Zusammenarbeit	44
Nr. 18 – § 277 Absatz 1 – Mitteilungspflichten	45
Nr. 19 – § 278 Absatz 4 und 5 – Medizinischer Dienst	46
Nr. 20 – § 280 – Finanzierung, Haushalt, Aufsicht	47
Nr. 21a – § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 – Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund	48
Nr. 21c – § 283 Absatz 4 – Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund	49
Nr. 21c – § 283 Absatz 5 (neu) – Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund	50
Nr. 22 – § 299 – Datenverarbeitung für Zwecke der Qualitätssicherung	51
Nr. 23 – § 411 – Übergangsregelung für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und § 412 Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund	52
Nr. 24 – § 426 (neu) – Evaluation des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes	53
Nr. 25 – Anhang (zu Artikel 1 Nummer 25), Anlage 1 (zu § 135e)	55

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)	58
Nr. 1 – § 6 Absatz 1a – Krankenhausplanung und Investitionsprogramme	58
Nr. 2 – § 6a Absatz 1 und 2 – Zuweisung von Leistungsgruppen	59
Nr. 2 – § 6a Absatz 4 – Zuweisung von Leistungsgruppen	61
Nr. 2 – § 6a Absatz 5 – Zuweisung von Leistungsgruppen	67
Nr. 2 – § 6a Absatz 6 – Zuweisung von Leistungsgruppen	68
Nr. 2 – § 6a Absatz 7 – Zuweisung von Leistungsgruppen	69
Nr. 3 – § 6b – Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben	70
Nr. 3 – § 6c (neu) – Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung	72
Nr. 5 – § 12a – Förderung von Vorhaben zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen	74
Nr. 6 – § 12b (neu) – Transformationsfonds, Verordnungsermächtigung	75
Nr. 7 – § 14 – Auswertungen der Wirkungen der Förderung	79
Nr. 8a und b – § 17 b Absätze 1 und 3 – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung	80
Nr. 8 c – § 17b Absatz 4a Satz 1 – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung	81
Nr. 8d – § 17b Absatz 4b (neu) – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung	82
Nr. 8d – § 17b Absatz 4c (neu) – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung	85
Nr. 8e und f – § 17b Absatz 5 Satz 1 und Absatz 7 Satz 1 – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung	86
Nr. 9 – § 17c – Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Statistik	87
Nr. 10 – § 25 Absatz 4 Satz 3 – Ausnahmen von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung und von der Prüfung von Strukturmerkmalen, Verordnungsermächtigung	90
Nr. 12 – § 28 Absatz 4 – Auskunftspflicht und Statistik	91
Nr. 14 – § 37 (neu) – Verpflichtung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit der Ermittlung der Vergütung eines Vorhaltebudgets	92
Nr. 14 – § 38 Absatz 1 – Verpflichtungen 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	94
Nr. 14 – § 38 Absatz 2 – Verpflichtungen 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	95
Nr. 16 – § 39 (neu) – Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin	96
Nr. 16 – § 40 (neu) – Aufträge an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte und an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zur Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen	97
Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)	99
Nr. 1 – Inhaltsübersicht	99
Nr. 2 – § 2 Absatz 2 – Krankenhausleistungen	100
Nr. 3 – § 3 – Grundlagen	101
Nr. 4a – § 4 Absatz 1 – Vereinbarung eines Erlösbudgets	102
Nr. 4b Doppelbuchstabe aa – § 4 Absatz 2a Satz 1 – Vereinbarung eines Erlösbudgets	103
Nr. 4b Doppelbuchstabe bb – § 4 Absatz 2a Satz 5 (neu) – Vereinbarung eines Erlösbudgets	104

Nr. 4c – § 4 Absatz 3 – Vereinbarung eines Erlösbudgets	105
Nr. 5a – § 5 Absatz 2a Satz 1 – Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen	106
Nr. 5b und c – § 5 Absatz 2b und 2c – Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen	107
Nr. 5d – § 5 Absatz 3j (neu) – Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen	108
Nr. 5d – § 5 Absatz 3k und 3l – Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen	109
Nr. 5d – § 5 Absatz 3m (neu) – Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen	111
Nr. 6 – § 6 – Vereinbarung sonstiger Entgelte	112
Nr. 7 – § 6a Absatz 1 Satz 1 – Vereinbarung eines Pflegebudgets	113
Nr. 8 – § 6b (neu) – Vergütung eines Vorhaltebudgets	114
Nr. 8 – § 6c (neu) – Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen	115
Nr. 9 – § 7 Absätze 1 und 2 – Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen	118
Nr. 10 – § 8 – Berechnung der Entgelte	119
Nr. 11a – § 9 Absatz 1 Nummer 10 (neu) – Vereinbarung auf Bundesebene	120
Nr. 11b – § 9 Absatz 1a Nummer 5 – Vereinbarung auf Bundesebene	121
Nr. 11c – § 9 Absatz 1b Satz 1 – Vereinbarung auf Bundesebene	123
Nr. 12a – § 10 Absatz 4 Satz 4 – Vereinbarung auf Landesebene	125
Nr. 12b – § 10 Absatz 5 – Vereinbarung auf Landesebene	126
Nr. 12c – § 10 Absatz 6 – Vereinbarung auf Landesebene	128
Nr. 12d – § 10 Absatz 6a (neu) – Vereinbarung auf Landesebene	129
Nr. 12e – § 10 Absatz 10 Satz 1 – Vereinbarung auf Landesebene	130
Nr. 13 – § 11 – Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus	131
Nr. 14 – § 12 Satz 1 – Vorläufige Vereinbarung	132
Nr. 15 – § 13 Absatz 1 Satz 1 – Schiedsstelle	133
Nr. 16a – § 14 Absatz 1 Satz 1 – Genehmigung	134
Nr. 16b – § 14 Absatz 1a (neu) – Genehmigung	135
Nr. 17 – § 18 – Belegärzte	136
Nr. 18 – § 21 – Übermittlung und Nutzung von Daten	137
Artikel 4 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)	138
Nr. 1 – § 2 Absatz 2 – Krankenhausleistungen	138
Nr. 2 – § 3 Absätze 4 und 5 – Vereinbarung eines Gesamtbetrags	139
Nr. 3 – § 8 Absatz 3 – Berechnung der Entgelte	141
Nr. 4 – § 9 Absatz 1 Nummer 5 – Vereinbarung auf Bundesebene	142
Nr. 5a – § 11 Absatz 1 Satz 1 – Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus	143
Nr. 5b – § 11 Absatz 3 – Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus	144
Artikel 5 (Änderung der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser)	145
Artikel 6 (Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen)	146
Nr. 1 und 2 – § 187 Absatz 9 Satz 1 Nummern 2 und 3 – Übergangs- und Schlussbestimmungen	146
Nr. 3 – § 187 Absatz 9 Satz 1 Nummer 4 - Übergangs- und Schlussbestimmungen	147
Ergänzender Änderungsbedarf	148
§ 123 SGB V (neu) – Übermittlung und Nutzung von Daten ambulanter Krankenhausleistungen, § 115b SGB V – Ambulantes Operieren im Krankenhaus, § 115f SGB V – Spezielle sektorengleiche Vergütung, Verordnungsermächtigung und § 21 KHEntgG – Übermittlung und Nutzung von Daten	148
§ 137a Absätze 10 und 11 SGB V – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	157

§ 135d Absatz 3 SGB V – Transparenz der Qualität der Krankenhausbehandlung	159
§ 299 SGB V – Datenverarbeitung für Zwecke der Qualitätssicherung	160
§ 10 KHEntgG- Vereinbarung auf Landesebene (Landesbasisfallwerte)	162
§ 6a KHEntgG – Vereinbarung eines Pflegebudgets	163
§ 3 BPfIV – Vergütung der Krankenhausleistungen	164
§ 136c Absatz 3a (neu) SGB V Entwurf einer Formulierung eines gesetzlichen Auftrags an den G- BA „Musterkrankenhausverordnung“	167

Zusammenfassung

Eine grundlegende Reform der Krankenhausversorgung ist notwendig. Der GKV-Spitzenverband hat sich in den vergangenen Jahren für weitgehende Reformen im Bereich der Krankenhausversorgung ausgesprochen und Vorschläge hierfür unterbreitet. Dies betrifft zuvorderst die stationären Strukturen und in der weiteren Gestaltung auch die Vergütungssystematik. Der über die Jahre aufgelaufene Reformstau hat zu einer unstrukturierten Krankenhauslandschaft geführt. Handlungsleitend für den GKV-Spitzenverband sind in der Reformdebatte die Ziele: Sicherung einer flächendeckenden Grundversorgung, Bedarfsorientierung, Qualitätsorientierung und Finanzierbarkeit. Die zentralen Ansatzpunkte zur Reduktion unnötiger Kosten und zur Vermeidung von Personalüberlastung sind die Ambulantisierung und die Digitalisierung.

Auch darf bei der Umstrukturierung der Krankenhausversorgung nicht das Wichtigste außer Acht gelassen werden: Die Sicherung einer guten Versorgung für die Menschen. So ist es zwingend erforderlich, die Bedarfsnotwendigkeit, sowohl bei der Vorhaltevergütung als auch bei der Transformation, also dem Umbau der Strukturen, in den Blick zu nehmen.

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wird deutlich, dass die Krankenhausreform eine Vielzahl von Entscheidungen zu Strukturanforderungen, zur Vorhaltefinanzierung und zur Abrechnungsfähigkeit verlangt. Vor der inhaltlichen Kritik an den Regelungen des Gesetzentwurfes ist es notwendig herauszustellen, dass es für den GKV-Spitzenverband nicht erklärbar ist, dass diese Prozesse und anstehenden Entscheidungen weitestgehend ohne adäquate Beteiligung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und des GKV-Spitzenverbandes (sowie seiner Vertragspartner innerhalb der gemeinsamen Selbstverwaltung) durchgeführt werden sollen. Dies gilt insbesondere dann, wenn Beitragsmittel verausgabt werden. Kritisch ist vor allem, dass Struktur- und Finanzierungsreform voneinander entkoppelt werden. Zudem setzt sich über die Maßnahmen zur Erhöhung der Landesbasisfallwerte eine ungerichtete „Gießkannen“-Finanzierung fort, die sich strukturkonservierend auswirkt und den angestrebten Veränderungsprozess konterkariert.

Es ist festzuhalten, dass mit den im Gesetzentwurf vorgelegten Regelungen erhebliche Mehrausgaben zulasten der Beitragszahlenden einhergehen, die in der gegenwärtig angespannten Finanzlage der GKV den ohnehin bereits bestehenden Druck auf die Krankenkassen, ihre Zusatzbeitragssätze anzuheben, noch weiter verstärken werden.

Neben der detaillierten Stellungnahme weist der GKV-Spitzenverband nachfolgend auf folgende wesentliche Änderungsbedarfe hin.

Leistungsgruppen zur Strukturierung der Krankenhauslandschaft

Mit der geplanten Einführung von Leistungsgruppen soll die Krankenhauslandschaft nach bundeseinheitlichen Kriterien strukturiert und vereinheitlicht werden. Dies wird grundsätzlich begrüßt.

Patientinnen und Patienten erhalten im Zusammenwirken mit dem Transparenzportal durch das KHVVG eine bessere Orientierung im Krankenhaussystem und Informationen über die definierte Expertise und Qualität eines Krankenhauses, in dem sie versorgt werden können. Die Leistungsgruppen erlauben den Planungsbehörden der Bundesländer eine Darstellung ihres Leistungsportfolios im Land und eine Vergleichbarkeit der Versorgungsstrukturen unter den Ländern. Die Planung der Leistungsgruppen basiert derzeit auf den Kriterien der NRW-Leistungsgruppen. Die hier enthaltenen Qualitätsanforderungen der Leistungsgruppen sind in der Praxis für die Kliniken aufgrund der sehr geringen Differenzierung oftmals leicht zu erfüllen. Die Anforderungen der Struktur- und Qualitätsvorgaben für die Leistungsgruppen werden weder den G-BA-Qualitätskriterien in Hinblick auf den Patientenschutz gerecht, noch können auf dieser Grundlage relevante Vorhaltekosten abgebildet werden. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes verfügt der G-BA über umfassende Erfahrungen, die im Rahmen der vorgesehenen Änderungen hin zu einer Strukturierung der Krankenhausversorgung durch Leistungsgruppen genutzt werden sollten. Sofern an der vorgesehenen Ausgestaltung festgehalten werden sollte, schlägt der GKV-Spitzenverband hilfsweise vor, den G-BA mit der Erstellung einer Musterkrankenhausplanungsordnung der Länder sowie Empfehlungen zur Anwendung von Planfallzahlen für die Vorhaltefinanzierung unter Fristvorgabe zu beauftragen.

Die zusätzlich eingeführten Leistungsgruppen der Infektiologie, der Notfallmedizin, der Speziellen Traumatologie usw. sind zudem nicht adäquat ausgestaltet, weil sie nur geringe personelle Vorhaltung vorsehen und durch die Möglichkeit der Kooperation und weiterer Ausnahmetatbestände vielfältige Möglichkeiten für Aufweichungen bieten. Sofern es zukünftig zu leistungsgruppenorientierten Kapazitätsumverteilungen zwischen Krankenhausstandorten kommt, darf ein Bettenabbau an einem Krankenhausstandort in der Somatik keinen gleichzeitigen Bettenaufbau in der Psychiatrie nach sich ziehen. Derartige Kapazitätsverschiebungen sind auszuschließen, da sie das Fehlversorgungsproblem der psychiatrischen Versorgung verschärfen würden.

Stärkere Einbindung der Selbstverwaltung

Die Festlegung und Weiterentwicklung der Qualitätskriterien für die Leistungsgruppen sollen gemäß Gesetzentwurf allein dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und den Ländern obliegen. Die Rolle der Selbstverwaltungspartner wird auf eine beratende Funktion reduziert. Der vorgesehene Prozess lässt insgesamt befürchten, dass die Qualitätskriterien im Ergebnis einen politischen Minimalkonsens und nicht die wissenschaftliche Evidenz widerspiegeln werden. Der GKV-Spitzenverband ist der Auffassung, dass der hierfür im Gesetzentwurf angelegte Prozess hochkomplex und mit Blick auf die notwendige Weiterentwicklung nicht sachgerecht ausgestaltet ist. Der G-BA sollte vielmehr direkt mit der Ausdifferenzierung der Leistungsgruppen und der dahinterliegenden Qualitätskriterien beauftragt werden, da hier bereits umfassende Erfahrungen, u. a. zur strukturierten Einbeziehung von Fachgesellschaften, vorliegen.

Qualitätssicherung des G-BA erhalten

Künftig sollen Festlegungen von Mindestanforderungen zu Strukturen, Prozessen und Ergebnissen durch den G-BA nur noch zulässig sein, soweit diese die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen in erforderlicher Weise ergänzen und nicht im Widerspruch zu ihnen stehen. Diese Regelung führt aufgrund des Auslegungsspielraums zu unterschiedlichen Interpretationen in den Beratungen des G-BA und sollte gestrichen werden. Dieser Auslegungsspielraum gibt den Ländern die Möglichkeit,

unerwünschte Mindestanforderungen des G-BA durch die Festlegung von Qualitätskriterien für die Leistungsgruppe strategisch zu neutralisieren. Stattdessen sollte gelten, dass bei konkurrierenden Vorgaben immer die strengeren Qualitätsvorgaben maßgeblich sind, um ein hohes und einheitliches Versorgungsniveau zu erreichen. Mit einer völlig neuen Regelung im Bereich der Onkologie ist beabsichtigt, die onkologische Gelegenheitsversorgung zu verhindern und die Krebszentren zu stärken. Das ist grundsätzlich positiv zu bewerten. Allerdings ist eine alleinige Fokussierung auf Fallzahlen nicht ausreichend, sondern auch weitere Struktur- und Prozessparameter sowie messbare Ergebnisqualität gilt es dabei zu berücksichtigen. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass das Instrument der Planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (PlanQI) vollständig aufgehoben wird. PlanQI sollten nach Ansicht der GKV nicht vollständig gestrichen, sondern zielgerichtet weiterentwickelt werden. Dazu gehört die Ausrichtung an den Leistungsgruppen.

Mindestvorhaltezahlen stärken die Spezialisierung der Standorte

Mindestvorhaltezahlen fördern die Leistungskonzentration und reduzieren die Gelegenheitsversorgung. Die Einführung von Mindestvorhaltezahlen wird von der GKV im Sinne einer qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung ausdrücklich begrüßt. Eine definierte Fallmenge als Grundlage für eine Vorhaltevergütung hilft, Standorte zu identifizieren, die für die Versorgung in einem bestimmten Leistungsgruppensegment nicht notwendig sind. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) soll dazu Empfehlungen abgeben. Ausnahmen bei Fahrzeiten von mehr als 30 bzw. 40 Minuten sollen möglich sein. Dass Näheres erst nachfolgend in einer Verordnung mit Zustimmung der Länder geregelt werden soll, sieht der GKV-Spitzenverband kritisch. Daneben ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes bei Unterschreiten von Mindestfallzahlen ein klarer Leistungsausschluss vorzusehen. Ebenso bedürfen die Fahrzeitfestlegungen einer tiefergehenden Diskussion.

Kooperationen dürfen nicht zur Umgehung des Patientenschutzes führen

Es ist vorgesehen, dass Qualitätsanforderungen auch mittels Kooperationen und Verbänden mit anderen Standorten erfüllt werden können. Der GKV-Spitzenverband lehnt diese Möglichkeit des Nachweises von Qualitätsanforderungen strikt ab. Kooperationen zwischen Leistungsanbietern, die die Anforderungen auch allein erfüllen, sind hingegen sinnvoll. Die standortbezogene Erfüllung von Qualitätsanforderungen darf zum Schutz von Patientinnen und Patienten nicht durch Kooperationen und Verbände umgangen werden. Dies betrifft insbesondere personelle Qualitätsanforderungen.

Nicht nachvollziehbar ist die pauschale Aufhebung der Qualitätskriterien für Sicherstellungshäuser in ländlichen Regionen. Diese gesetzliche Neuerung führt aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zu einer Gefährdung der Patientensicherheit.

Vorhaltefinanzierung am Bedarf der zu versorgenden Bevölkerung bemessen

Grundsätzlich ist die Idee der leistungsunabhängigen Vorhaltefinanzierung zu begrüßen. Die im Gesetzentwurf skizzierte Vorhaltefinanzierung orientiert sich jedoch zu sehr am Status quo. Bei der vorgesehenen Finanzierungssystematik liegt der Fokus auf Budgetsicherung. Ein großer Anteil der bisherigen Fallpauschalenvergütung soll lediglich auf einem anderen Weg an die Krankenhäuser verteilt werden. Dafür erscheint die Regelung auch mit Blick auf die Umsetzung in der Praxis zu komplex. Bei

der geplanten Vorhaltefinanzierung sind – im Zusammenhang mit den Leistungsgruppen – ebenfalls zahlreiche Ausnahmeregelungen für die Bundesländer geplant. Mit der Regelung wird die Zielstellung einer Strukturveränderung nicht erreicht, da sie teilweise strukturkonservierend wirkt.

Vorhaltepauschalen müssen stattdessen deutlich stärker am Bedarf der zu versorgenden Bevölkerung orientiert sein. Zur Annäherung an das geforderte Zielbild der Krankenhausreform sollte die Bedarfsnotwendigkeit in einer Weise Berücksichtigung finden, dass sie nicht an historisch erbrachten Leistungen anknüpft, sondern populationsbezogen unter Berücksichtigung der Kapazität eines Krankenhausstandorts ermittelt wird. Zwingend ist vor diesem Hintergrund eine Neuausgestaltung bzw. Weiterentwicklung der Vorhaltefinanzierung durch die gemeinsame Selbstverwaltung. Die sich aktuell in der Diskussion befindenden Modelle zur Abbildung dieser Nachfrageseite bieten vielversprechende Ansätze, die nun genutzt werden sollten. Eine entsprechende Regelung ist in das KHVVG aufzunehmen. Daneben wurde die für die GKV wesentliche, ausgabenneutrale Umsetzung insoweit aufgegeben, als im Rahmen der Vorhaltefinanzierung zusätzliche Finanzierungsaufgaben für die GKV vorgesehen sind.

Transformationsfonds – eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Der Gesetzentwurf sieht eine erhebliche Belastung der Beitragszahlenden mit den Kosten der Transformation der stationären Infrastruktur durch den geplanten Rückgriff auf Mittel des Gesundheitsfonds vor. Der Auf- und Umbau der Krankenhauslandschaft ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Bund und Länder dürfen ihre Finanzierungsverantwortung nicht auf die GKV abwälzen. Sozialversicherungsbeiträge unterliegen einer strengen Zweckbindung. Aus der konkreten Ausgestaltung der Finanzierung des Transformationsfonds ergibt sich, dass die angestrebten strukturverbessernden Maßnahmen sich als Erfüllung einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe darstellen. Vorliegend geht es nicht um Aspekte im „Binnenbereich der Sozialversicherung“, sondern um eine gesamtgesellschaftlich relevante Umstrukturierung eines gesundheitsrelevanten Wirtschaftsbereichs.

Der Zugriff auf Sozialversicherungsbeiträge zur Umsetzung der Reform ist insoweit nicht zulässig. Zudem fehlt dem Transformationsfonds ein bundeseinheitliches Zielbild einer zukünftigen Versorgungsstruktur. Dies ist eine Grundvoraussetzung für eine Vergabe von Mitteln in dieser Höhe. Konkreter bedeutet dies, Festlegungen zu treffen, welche Versorgungsbedarfe innerhalb welcher angemessenen Erreichbarkeiten für die Bevölkerung gedeckt werden müssen. Eine Kopie des bestehenden Strukturfonds wird daher abgelehnt. Benötigt werden ein klarer Fokus auf den Abbau von Überkapazitäten, insbesondere in Ballungsgebieten, und bundeseinheitliche Leitplanken für die Mittelvergabe sowie mehr Transparenz in dem Verfahren.

Abrechnungsprüfung: Erhebliche Mehrbelastung der GKV

Der Ersatz der Einzelfallprüfungen durch Stichprobenprüfungen wird vom GKV-Spitzenverband äußerst kritisch bewertet und abgelehnt. Mit der Einführung der Vorhaltefinanzierung bleibt es bei der einzelfallbezogenen Abrechnung, so dass auch künftig leistungsbezogene Prüfungen erforderlich sind. Sachgerechter wäre es, Einzelfallprüfungen vom quartalsbezogenen Prüfquotensystem zu entschlacken und falsche Rechnungen durchgängig und bürokratiearm durch einen einheitlichen Rechnungsaufschlag zu sanktionieren. Ein neues Prüfverfahren, für das weder ein Konzept noch eine

Folgenabschätzung vorliegen, ist nicht vertretbar. Obwohl keinerlei Abschätzung zur Aufwandsreduzierung erfolgt, soll diese den Systemwechsel zu ausschließlichen Stichprobenprüfungen begründen. Die Stichprobenprüfung wird deswegen von allen Partnern der Selbstverwaltung abgelehnt. Der Übergang zu einer absehbar inadäquaten Stichprobenprüfung und die Umstellung auf eine durch die Krankenkassen ungeprüfte Vorhaltefinanzierung bewirkt eine zusätzliche jährliche Belastung der Beitragszahlenden in der Größenordnung von mindestens 500 Mio. Euro. Es ist zudem schwer nachvollziehbar, dass der PKV, die sowohl von der Quotierung der Einzelfallprüfungen als auch von der Einführung der Stichprobenprüfungen ausgenommen bliebe, ökonomisches Handeln zugestanden wird, während es der GKV verwehrt wird.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (Level 1i-Kliniken) als Transformationschance

Der GKV-Spitzenverband befürwortet die Einführung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen, da sie eine Transformationschance für bestehende kleinere Krankenhäuser darstellen. Die Gründung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen sollte aber zwingend an den Versorgungsbedarf der Bevölkerung angepasst werden. Dabei gilt es, die besonderen Bedarfe in städtischen Ballungsgebieten und in unterversorgten ländlichen Regionen differenziert zu betrachten. Die Einbindung der Selbstverwaltungspartner in die konkrete Ausgestaltung des möglichen Leistungsspektrums – inklusive Mindest- und Höchstgrenzen in Form von Positivlisten – wird begrüßt. Für dreiseitige Vereinbarungen sollte ein Schiedsgremium mit „G-BA-Parität“ vorgesehen werden. Die Möglichkeit, die Höchstgrenze des Leistungsspektrums durch telemedizinisch unterstützte Kooperationen mit Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen zu überschreiten, ist äußerst kritisch zu sehen. Leistungen mit höheren Struktur- und Personalanforderungen sollten in entsprechend ausgestatteten Krankenhäusern erbracht werden. Die in der Gesetzesbegründung enthaltene Möglichkeit, für sektorenübergreifende Einrichtungen geringere Qualitätskriterien als die nach § 135e SGB V (neu) definierten Kriterien festzulegen, gefährdet die Patientensicherheit und sollte deshalb ausgeschlossen werden.

Strukturprüfung durch den Medizinischen Dienst

Es erfolgt eine Zusammenlegung bestehender und neuer Prüfungen (Leistungsgruppen und deren Qualitätskriterien). Die Regelungen der bisherigen Prüfungen der Strukturmerkmale von OPS-Prozedurenkodes, sogenannte „StrOPS-Prüfungen“, werden zusammen mit den Prüfungen der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen durch den Medizinischen Dienst (MD) durchgeführt. Dies ist aufgrund der oftmals gleichen Inhalte sinnvoll. Kliniken, die Strukturprüfungen nicht bestehen, dürfen diese Leistung nicht abrechnen und sollten, mit einigen Ausnahmen, diese Leistungen auch nicht übertragen bekommen. Der Aufbau einer Datenbank beim Medizinische Dienst Bund über alle Prüfungen und deren Ergebnisse ist sachgerecht. Vor-Ort-Prüfungen sollen in Zukunft die Ausnahme sein. Dies ist für die Zwecke der Strukturprüfung vertretbar und schont Ressourcen bei Medizinischen Diensten und Kliniken.

Reform belastet die Beitragszahlenden

Die im Gesetzentwurf geplanten Regelungen zur Einführung des Transformationsfonds und weiterer Vergütungsregelungen bewirken erhebliche Mehrbelastungen der Beitragszahlenden. Das KHVVG wird die Krankenhausaussgaben schrittweise erhöhen, auf jährlich rd. 5 Mrd. Euro ab dem Jahr 2027. Die vom

BMG dem gegenüberstehend erwarteten jährlichen Einsparungen von 1 Mrd. Euro ab 2026 sind nicht nachvollziehbar. Sowohl der Rückgriff auf GKV-Mittel beim Transformationsfonds als auch die Änderungen der Krankenhausvergütung werden von der GKV sehr kritisch bewertet. Außerdem führen die Anpassungen im Rahmen der Ermittlung des Veränderungswertes sowie die volle Tarifierfinanzierung zu nicht sachgerechten Steigerungen der Landesbasisfallwerte. In Verbindung mit den Finanzierungstöpfen für einzelne Leistungsbereiche (z. B. Stroke Units) sowie den massiven Einschränkungen bei der Rechnungsprüfung wird das Gesetz zu erheblichen Mehrausgaben führen. Die Ausgabenseite der GKV und damit die Beitragssatzstabilität geraten immer mehr aus dem Blick.

Nachfolgend nimmt der GKV-Spitzenverband zu den im Gesetzentwurf vorgesehenen Änderungen und dem darüberhinausgehenden Änderungsbedarf im Detail Stellung.

Stellungnahme

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 – § 39e Absatz 1 Satz 1 – Krankenhausbehandlung

Beabsichtigte Neuregelung

Die Übergangspflege im Krankenhaus soll bei Vorliegen der Voraussetzungen auch in einem Krankenhaus erbracht werden können, sofern es sich um eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung im Sinne von § 115g Absatz 1 (neu) handelt. Dazu wird der Ort der Leistungserbringung in Satz 1 neben dem Krankenhaus, in dem die Behandlung erfolgt ist, ergänzt um sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen im Sinne von § 115f Absatz 1 (neu).

Stellungnahme

Die Regelung wird grundsätzlich begrüßt. Die Krankenhäuser, die vom Land als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 115g (neu) bestimmt werden, eignen sich zur Erbringung der Übergangspflege, sofern diese die Versorgungsleistungen nach Satz 2 erfüllen. Demnach umfasst die Übergangspflege die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, die Grund- und Behandlungspflege, ein Entlassmanagement, Unterkunft und Verpflegung sowie die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung. Das Entlassmanagement verbleibt bei der verlegenden Einrichtung und ist von der aufnehmenden Einrichtung weiterzuführen, bis eine Anschlussversorgung sichergestellt werden kann. Der Nachweis zum Vorliegen der Voraussetzungen einer Übergangspflege gemäß Satz 4 ist ebenfalls von den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen nach § 115g Absatz 1 (neu) zu erbringen, um den Anspruch auf Übergangspflege auch in diesen Krankenhäusern als nachrangige Leistungen auszuweisen. Dies ist im § 39e Absatz 1 Satz 4 zu ergänzen.

Der Begründung zum Gesetzentwurf ist zu entnehmen, dass der in diesem Zusammenhang erforderliche Krankentransport in die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung im Sinne von § 115g Absatz 1 (neu), die die Leistungen der Übergangspflege übernimmt, durch das behandelnde Krankenhaus im Rahmen des Entlassmanagements gemäß § 39 Absatz 1a Satz 8 i. V. m. § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 zu verordnen ist. In diesem Kontext ist zu berücksichtigen, dass die Krankenkasse gemäß § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Fahrkosten bei Leistungen, die stationär erbracht werden, übernimmt, dies aber bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur gilt, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist oder bei einer mit Einwilligung der Krankenkasse erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus. Vor diesem Hintergrund sollte zur Vermeidung von unterschiedlichen Rechtsauslegungen unmittelbar im Gesetzeswortlaut eine eindeutige Regelung getroffen werden, wonach es sich in diesem Kontext um Verlegungsfahrten aus zwingenden medizinischen Gründen handelt. In diesem Kontext sollte die Gesetzesbegründung wieder auf die Formulierung des Referentenentwurfes zurückgeführt werden, wonach eine erforderliche „Krankenbeförderungsleistung in die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung“ im Rahmen des Entlassmanagements verordnet werden kann. Welches Transportmittel (z. B. Krankentransport oder

Taxi) benutzt werden kann, richtet sich gemäß § 60 Absatz 1 Satz 2 SGB V nach der zwingenden medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall. Die Gesetzesbegründung sollte daher nicht auf ein bestimmtes Transportmittel abstellen.

Änderungsvorschlag

In § 39e Absatz 1 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „oder in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung im Sinne von § 115g Absatz 1; **§ 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 2. Halbsatz gilt nicht**“ eingefügt.

In § 39e Absatz 1 wird Satz 4 wie folgt ergänzt:

„Das Vorliegen der Voraussetzungen einer Übergangspflege ist vom Krankenhaus **oder von der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung im Sinne von § 115g Absatz 1** im Einzelnen nachprüfbar zu dokumentieren.“

§ 39e Absatz 2 Satz 1 SGB V wird wie folgt ergänzt:

„Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen vom Beginn der Leistungen nach Absatz 1 an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag je Kalendertag an das Krankenhaus **oder an die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung im Sinne von § 115g Absatz 1 SGB V.**“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2a bis d – § 109 – Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung beabsichtigt, dass Versorgungsverträge zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen mit Krankenhäusern nur abgeschlossen werden dürfen, wenn die nach § 135e (neu) geltenden Qualitätskriterien erfüllt sind, sofern in dem Versorgungsvertrag Leistungsgruppen vereinbart werden sollen. Für die Prüfung der Qualitätskriterien sowie die Erteilung von Ausnahmen gelten entsprechend die Regelungen des § 6a KHG (neu). Es ist ein Nachweis der Erfüllung der Qualitätskriterien durch eine Prüfung seitens des Medizinischen Dienstes zu erbringen. Sofern eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst noch nicht abschließend erfolgt ist, soll eine Selbsteinschätzung des Krankenhauses als Nachweis ausreichen. Ferner sollen Versorgungsverträge mit Krankenhäusern zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung möglich sein, auch wenn diese die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen nicht erfüllen. Der Versorgungsvertrag ist auf drei Jahre zu begrenzen, es sei denn, der Krankenhausstandort ist in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHG aufgenommen – dann kann der Versorgungsvertrag auch unbefristet geschlossen werden.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung, dass Versorgungsverträge nach § 108 Absatz 3 nur dann geschlossen werden können, wenn ein Krankenhaus auch die Qualitätskriterien der zu vereinbarenden Leistungsgruppen erfüllt, ist folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2e – § 109 Absatz 5 – Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dieser Regelung wird die bislang vorübergehende und auf dem Ordnungswege wiederholt verlängerte fünftägige Zahlungsfrist für vom Krankenhaus abgerechnete Leistungen verstetigt.

B) Stellungnahme

Eine bundeseinheitliche Zahlungsfrist wird grundsätzlich begrüßt. Für die formale Prüfung der Korrektheit der Abrechnung jedoch (u. a. Einhaltung der Vorgaben zur ICD-Kodierung, der Deutschen Kodierrichtlinien, Konformität mit dem Versorgungsauftrag) hat sich die fünftägige Zahlungsfrist als zu kurz herausgestellt. Auch sind versicherungsrechtliche Prüfungen der Krankenkasse, insbesondere diejenigen, die die Mitwirkung des/der Versicherten erfordern in dieser kurzen Frist realistischerweise nicht möglich. Es wird deswegen eine zehntägige Frist vorgeschlagen, die etwas unter der Frist liegt, die im Mittel in den jeweiligen Landesverträgen vereinbart wurde.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 5 Satz 5 (neu) wird wie folgt geändert:

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 – § 110 Absatz 1 – Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Änderung wird ein neuer Kündigungsgrund für den Versorgungsvertrag geregelt. Dieser kann nun auch gekündigt werden, wenn die Übermittlung des jeweils letzten Gutachtens des Medizinischen Dienstes (MD) über die Prüfung der Erfüllung der Leistungsgruppen-Qualitätskriterien an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen länger als zwei Jahre zurückliegt.

Das bedeutet, dass der MD die Qualitätskriterien alle zwei Jahre zu prüfen hat und die Kassen den MD in diesem Prüfturnus zu beauftragen haben. Hat der MD jedoch das entsprechend beauftragte Gutachten noch nicht übermittelt, kann das Krankenhaus den Nachweis über die Erfüllung der Qualitätskriterien durch eine begründete Selbsteinschätzung erbringen. Das Krankenhaus muss hierbei konkret darlegen, welche Qualitätskriterien es an dem jeweiligen Krankenhausstandort in welcher Weise erfüllt.

Liegt die Übermittlung des letzten MD-Gutachtens länger als zwei Jahre zurück und kann die Erfüllung der Qualitätskriterien auch nicht durch eine Selbsteinschätzung des Krankenhauses nachgewiesen werden, ist der Versorgungsvertrag im Interesse der Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Versorgung ohne Ermessensspielraum für die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen zu kündigen.

Zudem werden Ausnahmen von der verpflichtenden Kündigung des Versorgungsvertrags geregelt (u. a. bei Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung). Im Fall einer nur kurzfristigen Nichterfüllung der Qualitätskriterien kann von der Kündigung des Versorgungsvertrags vorübergehend abgesehen werden. Hat ein Krankenhaus eine Nichterfüllung der Qualitätskriterien nicht oder nicht rechtzeitig gemeldet, ist der Versorgungsvertrag zu kündigen. Gleiches gilt, wenn die Qualitätskriterien nach Ablauf der dreimonatigen Frist weiterhin nicht erfüllt sind.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung ist folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 – § 115g (neu) – Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neu geschaffenen § 115g kommt der Gesetzgeber dem Auftrag des Koalitionsvertrags nach, die sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung weiter zu stärken. Zu diesem Zweck sollen sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen wohnortnah eingerichtet und stationäre Krankenhausbehandlungen mit ambulanten und pflegerischen Leistungen verbunden werden. Bei den sogenannten „sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen“ handelt es sich dabei um Krankenhäuser gemäß § 107, die bestimmte, zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zu vereinbarende, stationäre Leistungen sowie weitere Leistungen nach § 115g Absatz 1 und 2 erbringen dürfen.

In Absatz 1 werden die Leistungen konkretisiert, die durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen erbracht werden können. Die Aufzählung ist nicht abschließend und beinhaltet verschiedene Leistungsbereiche, wobei Teile dieser Leistungsbereiche bereits jetzt von Krankenhäusern erbracht werden können. Sofern die Leistungen nicht ärztlich zu verantworten sind, können sie auch unter pflegerischer Leitung erbracht werden. Die Vergütung der genannten sektorenübergreifenden Leistungen erfolgt nach den bisher geltenden Regelungen. Ausgenommen davon ist die Vergütung der den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen zugewiesenen voll- und teilstationären Leistungen gemäß § 6c KHEntgG. Sie wird zukünftig durch krankenhaushausindividuelle, degressive Tagesentgelte erfolgen.

Zudem können sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen Leistungen der vollstationären Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI oder der teilstationären Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI erbringen. Damit soll ein Beitrag geleistet werden, das Angebot der pflegerischen Versorgung mit Plätzen der Kurzzeitpflege sowie der Tages- und Nachtpflege auszuweiten. Voraussetzung ist, dass die Leistungen in selbstständigen, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennten Pflegeabteilungen erfolgen, die als stationäre Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI zugelassen sind.

Absatz 3 regelt, dass der GKV-Spitzenverband und die DKG, im Benehmen mit dem PKV-Verband, einen stationären Leistungsrahmen, der von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen erbracht werden darf, festlegen. Hierbei gilt es festzulegen, welche stationären Leistungen durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen mindestens anzubieten sind und welche stationären Leistungen zusätzlich erbracht werden können. Zudem dürfen sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen auch stationäre Leistungen außerhalb des genannten Leistungsrahmens erbringen, sofern sie hierbei telemedizinisch von einem kooperierenden Krankenhaus unterstützt werden. Des Weiteren werden der GKV-Spitzenverband und die DKG beauftragt, die Anforderungen an die Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation der Leistungserbringer sowie die Kooperationsvoraussetzungen von telemedizinisch unterstützenden Krankenhäusern zu vereinbaren. Die zu schließende Vereinbarung ist alle zwei Jahre an den Stand der aktuellen medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Sofern die Vereinbarung nicht fristgerecht zustande kommt, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG die Inhalte der Vereinbarung fest.

Nach Inkrafttreten des Gesetzes soll nach Ablauf von fünf Jahren ein Evaluationsbericht über die Auswirkungen der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen auf die ambulante, stationäre und pflegerische Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen durch den GKV-Spitzenverband, den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die DKG, im Benehmen mit dem PKV-Verband, verfasst werden.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt grundsätzlich die Einführung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen als Transformationsoption für bestehende kleinere Krankenhäuser, denn diese haben das Potenzial zur Sicherstellung einer stationären, ambulanten und pflegerischen Grundversorgung in unterversorgten Regionen. Um dieses Potenzial zu heben, sollten sich die Häuser auf ein wohnortnah erforderliches Leistungsspektrum fokussieren und sich zwingend am Versorgungsbedarf der Bevölkerung orientieren. Wohnortnahe Grundversorgung bedeutet auch, dass es zukünftig kein Nebeneinander von identischen Leistungen mehr geben kann; die weitere Ausgestaltung ist bedarfsgerecht vorzunehmen. Die Möglichkeit solcher Transformationen sollte sich grundsätzlich auf Krankenhäuser in dünn besiedelten Regionen mit einer geringen Krankenhausdichte und daraus resultierenden weiten Entfernungen zum nächsten Krankenhaus beschränken. Der Erhalt von unrentablen Krankenhäusern in Ballungsgebieten, in denen Doppelstrukturen im Sinne einer Überversorgung existieren, ist abzulehnen.

Die in Absatz 1 genannten Leistungen, die durch eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung erbracht werden dürfen, werden begrüßt. Ein geordnetes Regelwerk ergibt sich aber erst mit der Festlegung einer abschließenden Auflistung der Behandlungsmöglichkeiten. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte die Aufzählung um den Leistungsbereich nach § 115f (Hybrid-DRG) ergänzt werden. Auf die Möglichkeit zur Erbringung von Hybrid-DRG-Leistungen wird derzeit nur in der Gesetzesbegründung im Zusammenhang mit dem Leistungskatalog nach § 115b hingewiesen. Nach Inkrafttreten des Änderungsantrags zum Pflegestudiumstärkungsgesetz (PflStudStG) ist die Übereinstimmung des Leistungskatalogs nach § 115b und des Leistungskatalogs nach § 115f aufgehoben. Nur durch die Ergänzung der Aufzählungspunkte können auch alle Leistungen nach § 115f in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen erbracht werden. Des Weiteren ist es sachgerecht, dass Leistungen nach SGB XI weiterhin zu Lasten der Pflegekassen erbracht werden und die Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI zugelassen sein müssen. Folgend wäre das Krankenhaus als Rechtsträger der Pflegeabteilung in der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung als ein neuer Leistungserbringer im SGB XI aufzunehmen.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Festlegung des konkreten stationären Leistungsspektrums von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen durch die DKG und den GKV-Spitzenverband in Form von „Positivlisten“. Hierbei ist besonders positiv hervorzuheben, dass die Selbstverwaltungspartner sowohl explizit ein verpflichtendes Mindestspektrum an anzubietenden Leistungen als auch ein maximal mögliches Leistungsspektrum (Höchstgrenze) zu vereinbaren haben. Wenn der Gesetzgeber bestimmte Leistungen explizit von der Leistungserbringung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen ausschließen möchte, sollte er die in der Begründung genannten Bereiche in den Normtext überführen. Dazu zählen z. B. kardiovaskuläre Interventionen, onkologische Therapien und Operationen an der Wirbelsäule. Gleiches gilt für den Bereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nach § 116b. Hierbei liegt das Augenmerk auf der Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Erkrankungen mit

besonderen Krankheitsverläufen sowie seltener Erkrankungen. Um diesen Zielen gerecht zu werden, ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und große fachliche Expertise erforderlich. Bei den bisher im Rahmen der ASV in Kraft getretenen Indikationen werden zur Teambildung durchschnittlich mehr als zehn verschiedene Fachrichtungen für die Ebenen des Kernteams und der Hinzuziehenden vorausgesetzt. Es erscheint äußerst fraglich, ob die per Konzeption bei der Grundversorgung verorteten sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen diesen Anforderungen gerecht werden können.

Die gesetzliche Regelung nach Absatz 3 Nummer 3, d. h. unter gewissen Voraussetzungen auch Patientinnen und Patienten in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen zu versorgen, die eigentlich eine Behandlung in einem Krankenhaus mit einer höheren Versorgungsstufe benötigen, wird klar abgelehnt. Die lediglich telemedizinische Unterstützung dieser Behandlung durch die Kooperationen von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen mit Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen führt unweigerlich zu Unterschieden in der Behandlungsqualität. Eine telemedizinische Anbindung kann nicht als Ersatz für die Vorhaltung von personellen und strukturellen Voraussetzungen für die Erbringung komplexer Leistungen herangezogen werden. Es kann bei telemedizinischen Leistungen nur um Beratungsleistungen zum regulären Behandlungsspektrum der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen sowie zur Überprüfung einer erforderlichen Sekundärverlegung in ein Krankenhaus einer höheren Versorgungsstufe gehen. Insgesamt wird mit dieser Regelung der Grundgedanke eines maximalen stationären Leitungsrahmens aufgeweicht und sie birgt das Risiko einer erheblichen und ungesteuerten Leistungsausweitung. Dies widerspricht dem gesetzlichen Ziel, eine Leistungskonzentration zum Zweck einer qualitativ hochwertigen Versorgung von Patientinnen und Patienten zu vollziehen. Die Regelung in Absatz 3 Nummer 3 ist dementsprechend zu streichen oder auf die Beratung zur erforderlichen Sekundärverlegung einzugrenzen.

Gleiches gilt für den Vorschlag, für bestimmte Leistungen geringere Qualitätsanforderungen als die Kriterien nach § 135e (neu) festzulegen. Dieser Vorschlag wird vom GKV-Spitzenverband klar abgelehnt, denn diese Option führt zu einer strukturellen Ungleichbehandlung und gefährdet letztendlich die Patientensicherheit. Dem folgend lehnt der GKV-Spitzenverband auch den in der Begründung genannten Vorschlag zur aufwandsarmen Ausgestaltung der Prüfung in Form von Stichprobenprüfungen und Selbstauskünften ab.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt den gesetzlichen Auftrag zur Evaluation der Auswirkungen auf die ambulante, stationäre und pflegerische Versorgung von Patientinnen und Patienten in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen. Nicht nachvollziehbar ist jedoch, dass der Bericht gemeinsam mit der KBV zu erstellen ist. Mit § 115g (neu) werden die DKG und der GKV-Spitzenverband beauftragt, das Nähere zum stationären Leistungsrahmen zu vereinbaren. Dementsprechend sollte auch die Berichterstattung in der Verantwortung dieser beiden Vertragsparteien liegen. Da die Einführung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen eine tiefgreifende Veränderung der Versorgungsstrukturen nach sich zieht, regt der GKV-Spitzenverband zudem an, einen wissenschaftlich begleiteten Evaluationsbericht, ggf. unter der Beteiligung eines wissenschaftlichen Instituts, zu verfassen.

C) Änderungsvorschlag

§ 115g Absatz 1 Satz 1 (neu) wird wie folgt ergänzt:

„Krankenhäuser, die nach § 6c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt worden sind, können insbesondere folgende Leistungen erbringen:

1. ambulante Leistungen aufgrund einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung,
2. ambulantes Operieren nach § 115b,
3. **spezielle sektorengleiche Vergütung nach § 115f,**
4. stationäre Leistungen, soweit sie von der Vereinbarung nach Absatz 3 Nummer 2 und 3 umfasst und die Anforderungen nach Absatz 3 Nummer 4 erfüllt sind, einschließlich belegärztlicher Leistungen, in dem durch den Versorgungsauftrag des Landes bestimmten Umfang,
5. Übergangspflege nach § 39e,
6. Kurzzeitpflege nach § 39c.“

§ 115g Absatz 3 Nummer 3 (neu) wird wie folgt neu gefasst:

- „3. welche stationären Leistungen eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung über die nach den Nummern 1 und 2 vereinbarten stationären Leistungen hinaus erbringen kann, wenn sie hierbei telemedizinisch von einem kooperierenden Krankenhaus unterstützt wird, und **nicht erbringen darf. Dabei ist insbesondere sicherzustellen, dass kardiovaskuläre Interventionen einschließlich des zentralen Nervensystems und der peripheren Gefäße, onkologische Therapien (einschließlich interventioneller und operativer Behandlungen), endoprothetische Leistungen, Operationen an der Wirbelsäule und Leistungen der bariatrischen Chirurgie nicht zum stationären Leistungsrahmen von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen gehören.**“

§ 115g Absatz 3 Nummer 4 wird gestrichen:

- „4. ~~welche Anforderungen an die Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation der Erbringung der den Nummern 1 bis 3 vereinbarten Leistungen und an die in Nummer 3 genannte Kooperation gestellt werden und wie diese aufwandsarm geprüft werden.~~“

§ 115g Absatz 4 Satz 1 (neu) wird wie folgt geändert:

„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 **wissenschaftlichen Evaluationsbericht** über die Auswirkungen der Leistungserbringung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen auf die ambulante, stationäre und pflegerische Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen vor. **Die in Satz 1 genannten Vertragsparteien haben gemeinsam zur Erstellung des Berichts fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige zu beauftragen.**“

In der Begründung zu Absatz 1 wird der letzte Satz gestrichen:

~~„Auch die Erbringung von Leistungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b durch die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen ist nicht ausgeschlossen.“~~

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5 – § 116a – Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bisher hatte § 116a die Überschrift „Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung“. Die Überschrift wurde allgemeiner gefasst; „bei Unterversorgung“ wurde gestrichen, da sich die Regelung nach dem neuen Entwurf nicht mehr auf den Tatbestand der festgestellten Unterversorgung allein begrenzt.

Absatz 1 entspricht im Wortlaut der bisherigen Regelung abgesehen davon, dass der Satz 2 gestrichen wurde. Satz 2 sah bisher vor, dass die Ermächtigung bei Unterversorgung oder zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf vom Zulassungsausschuss nach zwei Jahren zu überprüfen ist. Der Zeitpunkt der Überprüfung wird künftig in das Ermessen des Zulassungsausschusses gestellt.

Neu hinzugefügt wurde ein Absatz 2, nachdem die Ermächtigung zur ambulanten Behandlung durch Krankenhäuser auf deren Antrag künftig auch bereits bei einer festgestellten drohenden Unterversorgung erfolgen muss.

Neu ist darüber hinaus die Regelung, dass der Zulassungsausschuss sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen nach § 115g Absatz 1 in Planungsbereichen, in denen für die hausärztliche Versorgung freie Niederlassungsmöglichkeiten bestehen, auf deren Antrag zur hausärztlichen Versorgung zu ermächtigen hat.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung ist grundsätzlich zu begrüßen. Sofern Versorgungsdefizite in der vertragsärztlichen Versorgung festgestellt werden, sollten alle Möglichkeiten genutzt werden, um die Versorgung der Patientinnen und Patienten zu verbessern. Dazu können auch ambulante Behandlungen durch Krankenhäuser und sektorenübergreifende Einrichtungen beitragen. Die Vergütung über den EBM ist sachlogisch.

Eine Ermächtigung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen nach § 115g Absatz 1 zur Erbringung fachärztlicher ambulanter Leistungen bei einer festgestellten in absehbarer Zeit drohenden Unterversorgung erscheint grundsätzlich sachgerecht, um sich abzeichnenden Versorgungsproblemen frühzeitig begegnen zu können (Absatz 2). Eine zeitliche Beschränkung bezogen auf die Versorgungssituation ist hier angemessen.

Es stellt sich allerdings die Frage, warum es einer gesetzlichen Regelung bedarf, da Krankenhäuser, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen sollen, bereits heute eine Zulassung für ein MVZ beantragen können. Damit ist dauerhaft und mit maximaler Planungssicherheit und Flexibilität in der Besetzung der Arztstellen eine Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung gesichert. Insofern ist eine Ausweitung der Ermächtigungstatbestände nicht erforderlich.

Die in Absatz 3 vorgesehene Regelung wird grundsätzlich begrüßt, da sie ein aktuelles Versorgungsdefizit in der vertragsärztlichen Versorgung adressiert.

Eine dauerhafte Ermächtigung wirft jedoch neben dem bereits dargestellten Sachverhalt zum Betrieb eines MVZ mit vertragsärztlichen Zulassungen die Frage auf, wie sich die Ermächtigung im Verhältnis zur ambulanten Bedarfsplanung verhält. Einerseits begründet die Bedarfsplanung durch den Ausweis freier Sitze die Ermächtigung. Andererseits stellt sich die Frage ob und in welchem Umfang die auf Dauer angelegte Ermächtigung in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden soll. Eine Überprüfung im Zusammenhang mit der Versorgungssituation und eine Anrechnung auf den Versorgungsgrads ist daher zwingend erforderlich. Hier ist der Regelungsvorschlag zu konkretisieren.

Bei den Hausärzten erreichen etwa 20 % der 984 Planungsbereiche Versorgungsgrade von mehr als 110 %. 80 % der Planungsbereiche liegen im Bereich unter 110 %. Von diesen (780) weisen 71 % der Planungsbereiche Versorgungsgrade im Bereich zwischen 90 und 110 % auf und gelten damit als normal versorgt. Eine rechnerische Unterversorgung, also Versorgungsgrade von weniger als 75 %, liegen für lediglich 2,26 % (26) hausärztliche Planungsbereiche vor. Die vorgesehene Ermächtigungsregelung könnte damit in 80 % der hausärztlichen Planungsbereiche Anwendung finden. Vor diesem Hintergrund ist eine Überprüfung des Versorgungserfordernisses für eine Ermächtigung erforderlich.

C) Änderungsvorschlag

In § 116a Absatz 3 wird nach dem Wort „ermächtigen“ ein Komma und die Wörter „soweit und solange dies zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung erforderlich ist“ ergänzt.

Es wird ein Absatz 4 mit folgendem Wortlaut ergänzt:

„Die ermächtigten Einrichtungen gemäß Absatz 1, 2 und 3 sind auf den Versorgungsgrad anzurechnen; die Regelungen gemäß § 100 Absatz 1 Satz 1 Zweiter Halbsatz und § 103 Absatz 1 Satz 1 Zweiter Halbsatz finden keine Anwendung.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7 – § 135d – Transparenz der Qualität der Krankenhausbehandlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung beabsichtigt, dass das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) und der nach § 135d Absatz 1 Satz 3 benannten Stelle die nach § 40 Absatz 1 KHG (neu) zu erstellende Liste der Krankenhausstandorte mit chirurgischen Leistungen in Zusammenhang mit einer onkologischen Diagnose differenziert nach Leistungsgruppen und Indikationsbereichen barrierefrei übermittelt. Die Liste enthält diejenigen Krankenhausstandorte, die die wenigsten Fälle und zusammen 15 % der Fälle aller Krankenhausstandorte in dem jeweiligen Indikationsbereich aufweisen, bis einschließlich aller Krankenhausstandorte, deren Fallzahl zur Erreichung der 15 % führt. Diese Informationen sollen im Transparenzverzeichnis veröffentlicht werden. Des Weiteren wird beabsichtigt, auch die Einhaltung oder Nichteinhaltung der Qualitätskriterien nach § 135e (neu) in Zusammenhang mit den zugewiesenen bzw. als zugewiesen geltenden Leistungsgruppen zu veröffentlichen.

Die mit dem Krankenhaustransparenzgesetz gesetzte Frist zur Veröffentlichung der Fallzahl der erbrachten Leistungen nach Leistungsgruppen und die Pflicht zur Veröffentlichung nach Fachabteilungen wird gestrichen.

zu c)

Es wird eine Änderung in Absatz 3 Satz 8 Nummer 1 vorgenommen, so dass zukünftig der G-BA die ihm von den Landesverbänden der Krankenkassen übermittelten Informationen der Prognoseprüfungen zur Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis zur Verfügung stellt.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Ausweitung der zu veröffentlichenden Informationen im Transparenzverzeichnis. Insbesondere die Ausweisung von Ausnahmen hinsichtlich der Qualitätskriterien bei zugewiesenen oder als zugewiesen geltenden Leistungsgruppen ist eine essenziell wichtige Information für Patientinnen und Patienten. Ihnen darf nicht vorenthalten werden, wenn ein Krankenhausstandort eine Leistungsgruppe anbietet resp. anbieten darf, aber die zugehörigen Qualitätskriterien nicht erfüllt. Darüber hinaus sollte auch veröffentlicht werden, wenn Mindestvorhaltezahlen nach § 135f (neu) nicht eingehalten werden und seitens der Länder Ausnahmen erteilt wurden.

zu c)

Die Änderung in Absatz 3 Satz 8 Nummer 1 wird begrüßt, da ein separat aufzubauender und zu den bestehenden Regelungen des G-BA redundanter Datenfluss zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und dem IQTIG entfällt.

C) Änderungsvorschlag

§ 135d SGB V wird wie folgt geändert:

In Absatz 3 Satz 1 wird nach Nummer 9 (neu) folgende Nummer 10 (neu) eingefügt:

„10. die Einhaltung oder Nichteinhaltung der Mindestvorhaltezahlen nach § 135f (neu) sowie die Information, wenn seitens der Landesplanungsbehörde eine Ausnahme erteilt wird.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8 – § 135e (neu) – Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das BMG wird ermächtigt, mit Zustimmung des Bundesrates durch Rechtsverordnung Leistungsgruppen zu bilden. Für diese Leistungsgruppen legt das BMG Qualitätskriterien für die Struktur- und Prozessqualität für die folgenden Bereiche fest: Erbringung verwandter Leistungsgruppen, sachliche Ausstattung, personelle Ausstattung sowie sonstige Struktur- und Prozesskriterien. In dieser Rechtsverordnung sind auch Regelungen zur Zulässigkeit der Einhaltung der Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbänden enthalten sowie Regelungen, für welche Leistungsgruppen in Einzelfällen zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung von den Qualitätskriterien abgewichen werden kann und für welche Leistungsgruppen dies ausgeschlossen ist. Diese Qualitätskriterien sollen den aktuellen Stand medizinischer Erkenntnisse berücksichtigen und zu einer hochwertigen leitliniengerechten medizinischen Versorgung beitragen. Die Rechtsverordnung ist zum 31.03.2025 mit Wirkung ab dem 01.01.2027 zu erlassen.

Krankenhäuser, die mindestens eine Leistung aus einer Leistungsgruppe erbringen müssen, haben die Qualitätskriterien dieser Leistungsgruppe zu erfüllen.

Das BMG richtet einen Leistungsgruppenausschuss und dessen Geschäftsstelle ein. Der Ausschuss wird durch das BMG und die obersten Landesbehörden geleitet und nur diese beiden Institutionen haben ein Initiativrecht. Der Ausschuss kann einen Vorschlag von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) einholen und sich durch das InEK und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) unterstützen lassen. Der Ausschuss wird paritätisch mit Vertretern des GKV-Spitzenverbandes, der DKG, der Bundesärztekammer (BÄK), der Hochschulmedizin und der Berufsorganisationen der Pflegeberufe besetzt. Der Leistungsausschuss legt eine Geschäftsordnung fest mit der Möglichkeit der Konfliktlösung durch Ersatzvornahme durch das BMG.

Bis zum Inkrafttreten der o. g. Rechtsverordnung gelten Leistungsgruppen nach Anlage 1 zu § 135e. Die Leistungsgruppen in Anlage 1 haben die Qualitätskriterien und die Struktur der Leistungsgruppen aus dem Krankenhausplan NRW meistens übernommen. Hierzu werden in Absatz 4 bezogen auf Anlage 1 Anwendungsregelungen und Erläuterungen zur Erbringung verwandter Leistungen, zur Erbringung von Leistung bei Kindern, zur Erbringung von Leistungen in Kooperation, zur Art der intensivmedizinischen Versorgung, zur sachlichen Ausstattung und zur personellen Ausstattung getroffen (z. B. die Definition eines Vollzeitäquivalentes auf 40 Stunden/Woche). Ärzte können für bis zu drei Leistungsgruppen an einem Standort herangezogen werden, allerdings nicht für die Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie.

Krankenhäuser dürfen Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbänden insbesondere mit Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung oder anderen Krankenhäusern erfüllen, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt und wenn in der Anlage 1 eine Kooperation vorgesehen ist oder dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich

ist; Fachkrankenhäuser können die o. g. Qualitätskriterien in Kooperation erbringen, wenn dies durch die Planungsbehörde erlaubt wurde. Fahrzeitnormen sind durch Fachkrankenhäuser nicht zwingend zu erfüllen.

B) Stellungnahme

Die Einführung von Leistungsgruppen strukturiert und vereinheitlicht die Krankenhauslandschaft nach bundeseinheitlichen Kriterien und wird begrüßt. Die Patientinnen und Patienten erhalten in Zusammenschau mit dem Transparenzportal im KHVVG eine bessere Orientierung im Krankenhaussystem und die Information, dass sie in Krankenhäusern versorgt werden, die über eine definierte Expertise und Qualität verfügen. Die Leistungsgruppen erlauben den für die Krankenhausplanung zuständigen Bundesländern eine genaue Darstellung ihres Leistungsportfolios im Land und eine Vergleichbarkeit der Versorgungsbedingungen unter den Ländern. Sie erlauben den Krankenkassen eine Abbildung des Versorgungsgeschehens und geben den Krankenhäusern Planungssicherheit und Vergütungskontinuität. Die Leistungsgruppen sollten allerdings die Bedarfsseite noch stärker in den Blick nehmen und hierzu eine Eintreffzeit für Fachärztinnen und -ärzte bei Notfall im Krankenhaus festsetzen. Perspektivisch ist auch ein Bevölkerungsbezug in den Blick zu nehmen.

Die geplante Einsetzung eines Leistungsgruppenausschusses ist nachvollziehbar, aber kritisch zu sehen, da zum G-BA neue Parallelstrukturen und weitere Bürokratien aufgebaut werden. Die jahrelange erfolgreiche Arbeit des G-BA bei der Schaffung qualitativ hochwertiger und rechtssicherer Regelungen (z. B. Notfallstufenkonzept) sollte auch zukünftig genutzt werden. Daher sollte das Initiativrecht für Vorschläge zu den Leistungsgruppen erweitert werden, um dem G-BA und anderen Akteuren die Möglichkeit zur Mitgestaltung zu geben. Zusätzlich sollte der unparteiische Vorsitzende des G-BA einen stimmberechtigten Sitz im Leistungsgruppenausschuss erhalten. Die Medizinischen Dienste haben jahrzehntelange Erfahrung in der Einzelfall- und Strukturbegutachtung. Sie sollten vor dem Hintergrund, dass die Begutachtung der Leistung durch sie erfolgt, ein Mitberatungsrecht wie auch bei den Beratungen im BfArm erhalten. Das Erfüllen der Strukturmerkmale von Leistungsgruppen in Krankenhausverbänden muss vor dem Hintergrund der Erreichbarkeit von Ärztinnen und Ärzten im Notfall und der sehr schwierigen Kalkulation der Vorhaltevergütung bei Erbringen von Leistungen durch Kooperation überdacht werden. Ein Heranziehen einer Ärztin oder eines Arztes mit mehreren Facharztbezeichnungen für bis zu drei Leistungsgruppen, die einem gesamten Weiterbildungsgebiet entsprechen, ist aus Qualitätsgründen nicht hinnehmbar und muss modifiziert werden. Die Heranziehung eines Arztes oder einer Ärztin für mehrere Leistungsgruppen, die von ihrer Weiterbildung erfasst werden, erscheinen hingegen unschädlich (z. B. die Heranziehung einer Orthopädin und Unfallchirurgin für LG Hüftendoprothetik, LG Knieendoprothetik usw.).

Begrüßenswert ist die (eigentlich selbstverständliche) Einschränkung in Absatz 4 Satz 4, dass für den Betrieb eines Gerätes oder einer Untersuchungsmethode das erforderliche Personal im jeweiligen Zeitraum vorzuhalten ist. Hier bedarf es allerdings der Klarstellung des Begriffes „erforderlich“, insofern dass auch entsprechende Qualifizierungsnachweise vorzulegen sind und dass das Personal am Standort vorzuhalten ist. Dies ist notwendig um Streitigkeiten über die Qualifikation des Personals (z. B. für den Betrieb eines Sonographiegerätes) und Doppelbelastung von Personal innerhalb von Klinikketten durch Verlagerungen zu verhindern.

Bei den Qualitätskriterien handelt es sich zudem um Mindestanforderungen. Die Erfüllung von Mindestanforderungen der Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbänden ist abzulehnen, da dies zu einer Zuweisung von Leistungsgruppen ohne standortbezogene Erfüllung der Mindestqualitätskriterien führen kann. Zwar finden sich in der Gesetzesbegründung einige Einschränkungen von Kooperationen (Verschriftlichung, Qualitätsvorgaben etc.), die grundsätzlichen Probleme in Hinblick auf Operationalisierung, Qualität und Finanzierung verbieten jedoch aus unserer Sicht eine sehr schnelle bundesweite Einführung. Die Kosten der Kooperationen sind schwer abbildbar, weil die Anzahl der Kooperationspartner einen variablen Divisor darstellt. Noch schwieriger gestaltet sich die Kalkulation der Vorhaltekosten, wenn diese in Kooperation mit der vertragsärztlichen Versorgung erfolgt.

Handelt es sich bei einer Leistungsgruppe um notfallnahe Leistungsgruppen, sollten Kooperationen gänzlich vermieden werden, weil bei gleichzeitiger Alarmierung des Leistungserbringers der Kooperation durch mehrere Kliniken (Kooperationsnehmer) die Patientensicherheit gefährdet ist.

Es erschließt sich nicht, warum die Fahrzeitregelung aus § 6a Absatz 4 Satz 2 und 3 nicht auf Fachkrankenhäuser angewendet werden sollte. Hierbei sollte die Fahrzeitabelle aus § 6a dieser Kommentierung berücksichtigt werden.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 1 Nummer 2 wird wie folgt ergänzt:

- „2. für jede nach Nummer 1 festgelegte Leistungsgruppe Qualitätskriterien, die insbesondere Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität der Leistungen beinhalten, in folgenden Anforderungsbereichen festzulegen:
- a) Erbringung verwandter Leistungsgruppen,
 - b) sachliche Ausstattung **unter Berücksichtigung der dafür erforderlichen fachlichen Eignung,**
 - c) personelle Ausstattung, **insbesondere die Erreichbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten am Standort des Krankenhauses,** und
 - d) sonstige Struktur- und Prozesskriterien, **die Erforderlichkeit einer Leistungsgruppe in Bezug auf die Bevölkerungsstruktur im zumutbaren Fahrtzeitradius der jeweiligen Leistungsgruppe nach der Fahrzeitabelle zu § 6a Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes [neu],“**

In Absatz 3 wird nach Satz 2 folgender Satz 3 (neu) eingefügt:

„Der Ausschuss kann vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen, von dem Verband der Privaten Krankenversicherung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, den Landeskrankhausgesellschaften, den Krankenkassen, den Krankenhäusern, den Medizinischen Diensten, den mit Kodierung von Krankenhausleistungen

befassten Fachgesellschaften und dem Gemeinsamen Bundesausschuss Vorschläge für die Überarbeitung oder Neuarbeitung von Leistungsgruppen entgegennehmen und beraten.“

In Absatz 3 werden nach Satz 6 die folgenden Sätze 7 und 8 (neu) eingefügt:

„Der Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses wird stimmberechtigtes Mitglied. Der Medizinische Dienst Bund wird als nicht stimmberechtigtes Mitglied an den Beratungen beteiligt.“

In Absatz 4 wird Nummer 5 wie folgt ergänzt:

„5. die im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“ in der Tabellenspalte vorgegebenen Geräte, Einrichtungen, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind mit dem dafür erforderlichen **qualifizierten** Personal in dem vorgegebenen Zeitraum **am Standort** vorzuhalten,“

In Absatz 4 wird Nummer 7 Buchstabe b) wie folgt gefasst:

„b) können beschäftigte Fachärzte für bis zu drei Leistungsgruppen, die diesem Krankenhausstandort nach § 6a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurden, berücksichtigt werden, **sofern das Fachgebiet dieser Fachärzte diese Leistungsgruppen inhaltlich umfasst**; dies gilt nicht für die in der Anlage 1 Nummer 1 und 14 genannten Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie; **verfügen Ärzte über mehrere Facharztbezeichnungen, kann nur eine ihrer Facharztbezeichnung für eine Leistungsgruppe insgesamt herangezogen werden,**“

In Absatz 4 wird Nummer 7c gestrichen

„c) ~~können Anforderungen an die personelle Ausstattung auch durch Belegärzte erfüllt werden, sofern dies in der Tabelle vorgesehen ist,~~“

In Absatz 4 wird Nummer 8 wie folgt gefasst:

„8. Krankenhäuser können ihre Verpflichtung nach Absatz 2 Satz 1 in Kooperationen und Verbänden insbesondere mit Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung oder **mit** anderen Krankenhäusern erfüllen, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt, **die jeweilige Leistung innerhalb von 30 Minuten am Standort des Krankenhauses verfügbar ist** und

a) in der Tabelle eine Kooperation vorgesehen ist oder

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

Satz 3 Nummer 8 b ist auf Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden, in Bezug auf die Erfüllung der Qualitätskriterien im Anforderungsbereich

„Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ mit der Maßgabe an-zuwenden, dass § 6a Absatz 4 Satz 2 und 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht entsprechend gilt.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8 – § 135f (neu) – Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Krankenhäuser müssen eine Mindestanzahl an Behandlungsfällen erbringen, um eine Vorhaltefinanzierung für eine Leistungsgruppe zu erhalten. Krankenhausstandorte, die für eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich sind, können von der zuständigen Landesbehörde von den Mindestfallzahlen ausgenommen werden. Grundlage der Mindestvorhaltezahlen sind die Behandlungsfälle des Vorjahres, die nach § 21 Absatz 1 KHEntgG übermittelt werden. Zusätzlich werden Regelung für die Leistungsverlagerung bei Konzentration getroffen. Das IQWiG erarbeitet im Auftrag des BMG als Perzentil der Gesamtfallzahl unter Berücksichtigung eines ständig verfügbaren Facharztstandards, der flächendeckenden Versorgung und des Wirtschaftlichkeitsgebotes Mindestfallzahlen, die von den Krankenhausstandorten erfüllt werden müssen. Das InEK erstellt anhand dieser Mindestfallzahlen und der Leistungsdaten der Krankenhausstandorte eine Aufstellung der Krankenhausstandorte, die die Mindestvorhaltezahlen erfüllen würden, wobei auch die Fahrzeiten zum nächsten Krankenhausstandort ermittelt werden. Bis zum 30.06. eines jeden Jahres übermittelt das InEK an das BMG eine Auswirkungsanalyse, welche Krankenhausstandorte welche Mindestfallzahlen für Leistungsgruppen erfüllen oder nicht. Das BMG legt auf der Basis der o. g. Vorarbeiten mittels einer Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates ab 2027 diese regelmäßig zu überprüfenden Mindestfallzahlen fest.

B) Stellungnahme

Die Erstellung von Mindestfallzahlen für Leistungsgruppen ist richtig und wird begrüßt. Die Zusammenhänge zwischen Fallzahlen und Patientenwohl (volume-outcome) sind seit Jahrzehnten national und international gut belegt. Gleichzeitig wird dadurch die knappe Ressource Personal nur an geeigneten Krankenhausstandorten vorgehalten und insgesamt eine wirtschaftliche Leistungserbringung befördert. Sinnvoll ist auch, dass neben der Angebots- auch die Bedarfsseite in den Blick genommen wurde. Die Kriterien der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung nach § 6a Absatz 2 Sätze 2 und 3 KHG (neu) sind vor diesem Hintergrund, insbesondere für die Erreichbarkeit elektiver Leistungen mit einer Fahrzeit von nur 40 Minuten, zu gering und sollten überdacht werden (vgl. Kommentierung zu § 135e SGB V und § 6a Absatz 2 KHG).

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9 – § 136 – Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird geregelt, dass eine Festlegung von Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität durch den G-BA nur zulässig ist, sofern diese nicht in den nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien enthalten sind. Festlegungen des G-BA dürfen die Qualitätskriterien nach § 135e in erforderlicher Weise ergänzen, aber nicht im Widerspruch zu ihnen stehen. Ferner wird normiert, dass der G-BA die in nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Bestimmungen in Richtlinien aufzuheben hat, soweit die nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien vergleichbare Mindestanforderungen festlegen.

B) Stellungnahme

Die hier geplante Änderung zielt darauf ab, die beiden Rechtsgrundlagen (§ 135e vs. § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2) zur Festlegung von Qualitätsanforderungen voneinander abzugrenzen. Doch schon die Frage nach einer Auslegung von „vergleichbaren Qualitätsanforderungen“ deutet auf eine weiter bestehende Rechtsunsicherheit hin. Wenn z. B. für die Leistungsgruppen Vorgaben zur Ausstattung mit Fachpersonal gemacht werden, und die des G-BA sind für einzelne besonders anspruchsvolle Leistungen von der Qualifikation der Mitarbeitenden in der Klinik her gleich, aber in der notwendigen Anzahl der Mitarbeitenden höher, stellt sich die Frage, ob diese dann aufgehoben werden müssten. Anlage 1 zu § 135e enthält zum Beispiel die Vorgabe zur Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen. Sind in der Folge die deutlich spezifischeren Mindestanforderungen an das Pflegepersonal des G-BA auf Intensivstationen und besonders in der Versorgung von Frühgeborenen in den betreffenden Richtlinien des G-BA aufzuheben.

Die vom G-BA festgelegten Mindestanforderungen sind evidenzbasiert hergeleitet und in Verbindung mit § 2 Absatz 1, § 12 Absatz 1 und § 70 Absatz 1 sozialrechtlich bindend. Mindestvorgaben des G-BA dürfen daher nicht durch niedrigere Vorgaben gemäß § 135e ersetzt oder abgesenkt werden können. Die Änderung wird deshalb im Sinne des Patientenschutzes abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10 – § 136c – Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren soll aufgehoben werden. Die Berücksichtigung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder werde durch die Krankenhausreform umfassend neugestaltet. In der Umsetzung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren hätten sich Schwierigkeiten ergeben.

B) Stellungnahme

Eine vollständige Streichung der Vorgaben in § 136c SGB V zu den planungsrelevanten Indikatoren wird abgelehnt. Wissenschaftlich entwickelte Qualitätsindikatoren aus der datenbasierten Qualitätssicherung (DeQS-RL) zur Prozess- und Ergebnisqualität sollten den Planungsbehörden weiterhin leicht nutzbar als Grundlage für eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung zur Verfügung gestellt werden (evidence-informed policy-making). Hierfür müssen diese Indikatoren jedoch künftig an den neuen Leistungsgruppen ausgerichtet werden und können damit eine wertvolle Information für die Planungsbehörden der Länder sein, um einen Überblick über die Qualität der Versorgung in den Kliniken des eigenen Bundeslandes zu haben oder um ggf. Auswahlentscheidungen datenbasiert begründen zu können. Mit einer kompletten Streichung der Vorschrift gingen relevante und leicht verfügbare Qualitätsinformationen für die Länder verloren, die ihnen bisher vom G-BA zur weiteren Verwendung zu übermitteln sind. Die DKG und der GKV-Spitzenverband gemeinsam haben daher im Plenum des G-BA am 18.04.2024 einen entsprechenden Vorschlag zur Gesetzesänderung eingebracht, dessen Umsetzung hier empfohlen wird. Dieser Vorschlag hat keinerlei Eingriffe in die Planungshoheit der Länder zur Konsequenz, da die Daten lediglich zur Information und Weiterverwendung an die Länder übermittelt werden sollen, ohne dass hieraus eine rechtliche Verpflichtung entsteht, dass die Länder daraus konkrete Konsequenzen ziehen.

C) Änderungsvorschlag

§ 136c Absatz 1 wird wie folgt neu gefasst:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss übermittelt den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden regelmäßig einrichtungsbezogene und mit fachlicher Bewertung versehene Auswertungsergebnisse der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1. Die Auswertungsergebnisse sollen sich dabei auch auf die Leistungsgruppen nach § 135e oder auf einzelne Leistungen einer Leistungsgruppe beziehen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11 – § 137 Absatz 3 – Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine sprachliche Abänderung hinsichtlich der Verwendung des Wortes „Prüfungen“ statt des Wortes „Kontrollen“. Aufgrund der Neustrukturierung des § 275a wird zudem der neue konkrete rechtliche Bezug eingefügt. Für Qualitätsanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 soll die Möglichkeit der anlassbezogenen Prüfungen gestrichen werden. Dies wird mit dem Ziel der Aufwandsreduzierung sowie der Sicherstellung einer Überprüfung von Strukturkriterien im Rahmen der Prüfung der Leistungsgruppen begründet. Diese Regelung bezieht sich jedoch nicht auf die anlassbezogenen Prüfungen der ATMP-Qualitätssicherungs-Richtlinie (ATMP-QS-RL) und der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) des G-BA. Ferner erfolgt eine redaktionelle Korrektur aufgrund der Umbenennung des Medizinischen Dienstes (MD) in Folge des MDK-Reformgesetzes. Der Auftrag an den G-BA wird insofern erweitert, dass er Regelungen zu treffen hat, die aufwandsarme Prüfungen ermöglichen und zu einer Vereinheitlichung aller Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 beitragen.

B) Stellungnahme

Die Qualitätsanforderungen der Qualitätssicherungs-Richtlinien nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sind nicht deckungsgleich mit den Mindestqualitätsanforderungen der Leistungsgruppen und sie folgen einer anderen Systematik. Während die Leistungsgruppen zum Zwecke der Krankenhausplanung entwickelt wurden, stehen bei den Qualitätssicherungs-Richtlinien des G-BA konkrete Verfahren und Indikationen im Fokus der Qualitätssicherung. Eine Streichung der anlassbezogenen Prüfungen der Qualitätsanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 würde dazu führen, dass relevante Qualitätsanforderungen vor erstmaliger Leistungserbringung oder nach temporärer Nichterfüllung nicht mehr geprüft werden. Dies schränkt die qualitätsgesicherte Leistungserbringung und damit den Patientenschutz ein. Zum Zwecke der Vermeidung von Doppelprüfungen ist es daher sinnvoll, bei der Leistungsgruppenentwicklung bestehende Qualitätssicherungs-Richtlinien des G-BA – wie auch bereits in NRW – zu berücksichtigen und auf diese zu verweisen. Aus diesen Gründen kann auch keine Vereinheitlichung mit den Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 erreicht werden. Die Regelung gilt es daher zu streichen. Eine Abstimmung der einzelnen Prüferegime ist dagegen sinnvoll und notwendig.

C) Änderungsvorschlag

§ 137 Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in einer Richtlinie die Einzelheiten zu den Prüfungen des Medizinischen Dienstes nach § 275 a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4, die entweder

1. durch Anhaltspunkte begründet sein müssen,
2. die Erfüllung der Qualitätsanforderungen nach **§ 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2**, § 136a Absatz 2 ~~und~~ **oder** Absatz 5 zum Gegenstand haben oder

3. als Stichprobe erforderlich sind.“

§ 137 Absatz 3 Satz 6 wird wie folgt gefasst.

„Die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach den Sätzen 1 und 2 sollen eine möglichst aufwandsarme Durchführung der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 sowie eine Vereinheitlichung der Prüfungen des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 1 Satz 1 unterstützen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12 – § 221 Absatz 3 – Beteiligung des Bundes an Aufwendungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Kontext der Einführung des Transformationsfonds wird geregelt, dass die landwirtschaftliche Krankenkasse in den Jahren 2026 bis 2035 einen Anteil zur Finanzierung des Transformationsfonds leistet. Der Anteil bemisst sich nach dem gleichen Verfahren wie die Berechnung ihres Anteils am Innovations- und Strukturfonds. Die Mittel werden vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) durch Verrechnung mit dem Anteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse an der Beteiligung des Bundes nach Absatz 1 einbehalten. Ein ungeeigneter Verweis wird ohne inhaltliche Änderungen angepasst. Alle weiteren Regelungen in Nummer 12 sind Folgeänderungen zu dem Beschriebenen.

B) Stellungnahme

Bei der Zielsetzung der Einführung eines Transformationsfonds wie auch bei den Maßnahmen, die aus dem Transformationsfonds finanziert werden sollen, handelt es sich, wie in der Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 13 näher ausgeführt wird, um gesamtgesellschaftliche Aufgaben, die primär von den Bundesländern, jedenfalls aus Steuermitteln zu finanzieren sind. Die anteilige Finanzierung durch die landwirtschaftliche Krankenkasse ist deshalb ebenso abzulehnen wie die Finanzierung des Transformationsfonds durch Beitragsgelder der am Gesundheitsfonds teilnehmenden Krankenkassen.

Anstelle der vorgesehenen Regelungen ist für den Zeitraum 2026 bis 2035 eine Erhöhung der Bundesbeteiligung, um jährlich 2,5 Mrd. Euro vorzusehen

C) Änderungsvorschlag

Die vorgesehenen Regelungen des Artikel 1 Nummer 12 werden gestrichen.

In § 221 Absatz 1 SGB V wird ein zweiter Satz angefügt:

„In den Jahren 2026 bis 2035 erhöht sich die Beteiligung des Bundes nach Satz 1 um 2,5 Mrd. Euro zur Finanzierung des Transformationsfonds nach § 12b.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13 – § 271 – Gesundheitsfonds

A) Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a)

Überschreitet die erwartete Höhe der Liquiditätsreserve abzüglich der gesetzlich vorgesehenen Entnahmen die gesetzlich festgelegte Obergrenze der Liquiditätsreserve (aktuell 25 % der durchschnittlichen monatlichen Ausgaben des Gesundheitsfonds), werden die überschüssigen Mittel im Folgejahr in die Einnahmen des Gesundheitsfonds überführt und damit als Zuweisungen an die Krankenkassen ausgeschüttet.

Mit der beabsichtigten Erhöhung der Obergrenze wird den vorgesehenen Regelungen im Rahmen der Befüllung des Transformationsfonds und der Entnahmen aus dem Transformationsfonds Rechnung getragen: Jährlich sind bis zu 2,5 Mrd. Euro, zuzüglich nicht abgerufener Mittel der Vorjahre, aus der Liquiditätsreserve dem Transformationsfonds zuzuführen. Nicht von den Bundesländern in Anspruch genommene Mittel können bis längstens 2034 auf Folgejahre übertragen und nachfolgend vom jeweiligen Bundesland maximal in Höhe, der in Vorjahren nicht abgerufenen Mittel entsprechend ihres Anteils nach dem Königsteiner Schlüssel abgerufen werden. Eine Anhebung der Obergrenze der Liquiditätsreserve auf 50 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Gesundheitsfonds für die Jahre 2026 bis 2035 bewirkt, dass mehr Geld in der Liquiditätsreserve verbleibt (zunächst in Höhe von rd. 6 Mrd. Euro, im weiteren Zeitablauf aufwachsend entsprechend der Höhe der monatlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds). Damit soll im Falle eines stärker variierenden Abrufs der Mittel durch die Bundesländer vermieden werden, dass es aufgrund der Auszahlungen an die Bundesländer zu einer Unterschreitung der Mindestreserve des Gesundheitsfonds kommt. Dies hätte aufgrund der dann erforderlichen Zuweiskürzungen im Folgejahr einen stärkeren Anstieg der Zusatzbeitragssätze zur Folge.

Buchstabe b)

Es wird geregelt, dass der Gesundheitsfonds dem Transformationsfonds im Zeitraum 2026 bis 2035 aus der Liquiditätsreserve insgesamt bis zu 25 Mrd. Euro zuführt. Die jährliche Zuführung beträgt maximal 2,5 Mrd. Euro, zuzüglich eines Mittelübertrags aus den Finanzmitteln des Vorjahres, abzüglich des Finanzierungsanteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse, der nicht aus der Liquiditätsreserve entnommen wird. Die Höhe des Mittelübertrags für das jeweilige Jahr ergibt sich als Differenz zwischen dem im Vorjahr zur Verfügung stehenden Höchstbetrag an Mitteln und den Mitteln, die im Vorjahr den Ländern auf Antrag tatsächlich zugeteilt wurden. Für das jeweilige Jahr zur Verfügung stehende, nicht von den Ländern abgerufene Mittel stehen bis zum 31.12.2035 zum späteren Abruf bereit.

B) Stellungnahme

Der Transformationsfonds wird im Wesentlichen durch Kürzung der Zuweisungen an die Krankenkassen um jährlich bis zu 2,5 Mrd. Euro sowie durch den nach Artikel 1 Nummer 12 einbehaltenen Finanzierungsanteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse finanziert. Sofern die Einnahmen des Gesundheitsfonds für das Folgejahr durch den GKV-Schätzerkreis unterschätzt wurden, können ferner auch diese Mittel für eine Zuführung in den Transformationsfonds genutzt werden. In

jedem Fall handelt es sich um eine vollständige Finanzierung des Transformationsfonds aus Beitragsgeldern. Dies wird von der gesetzlichen Krankenversicherung nachdrücklich abgelehnt.

Mit der Einführung des Transformationsfonds wird die Zielsetzung verfolgt, die Versorgungsstrukturen in einer Phase der Transformation finanziell abzusichern und weiterzuentwickeln. Dies ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, da sie alle Menschen in Deutschland betrifft, unabhängig davon, ob sie gesetzlich oder privat krankenversichert sind oder Sondersystemen unterliegen.

Auch die aus dem Transformationsfonds zu finanzierenden Vorhaben lassen keinen Zweifel daran, dass die Transformation selbst eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist. Aufgabe der Krankenkassen ist es, die im Rahmen der Versorgung der gesetzlich versicherten Menschen anfallenden Betriebskosten zu finanzieren. Dazu zählt nicht die Finanzierung von Vorhaben

- zur standortübergreifenden Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten,
- zur Umstrukturierung von Krankenhäusern in eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung,
- zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen mit Beteiligung von Hochschulkliniken,
- zur Bildung von Behandlungszentren für seltene, komplexe oder schwerwiegende Erkrankungen mit Beteiligung von Hochschulkliniken und nicht universitären Krankenhäusern,
- zur Bildung von Krankenhausverbänden,
- Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen oder
- zur Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen eines Krankenhauses,
- sowie der Zinsen, Tilgung und Verwaltungskosten von Darlehen zur Finanzierung dieser Vorhaben.

Sozialversicherungsbeiträge unterliegen einer strengen Zweckbindung. Die Beiträge dürfen allein zur Finanzierung der Aufgaben der Sozialversicherung eingesetzt werden. Dazu zählen weder Investitionen in Krankenhausinfrastruktur und Organisation noch die Finanzierung von Sozialplänen und Abfindungen im Falle der Schließung von Krankenhäusern noch die Tragung von Kosten einer Darlehensfinanzierung dieser Vorhaben.

Angesichts der Erkenntnis, dass die gebotene Reform des Krankenhauswesens in Zielsetzung und Umsetzung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, ist eine Finanzierung der Transformation aus allgemeinen Steuermitteln erforderlich. Deshalb ist für den Zeitraum 2026 bis 2035 eine Erhöhung der Bundesbeteiligung nach § 221 Absatz 1 SGB V um jährlich 2,5 Mrd. Euro vorzusehen.

Im Rahmen der gebotenen Finanzierung des Transformationsfonds aus Steuermitteln bestehen keine Einwände gegen eine Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen und die Auszahlung an die Länder durch das BAS, eine Verfahrensweise, die sich bereits im mit dem Krankenhausstruktur- und -zukunfts fonds etabliert und bewährt hat. Insoweit besteht auch kein Änderungsbedarf zu Artikel 1 Nummer 13 Buchstabe b).

Zum Zweck einer jährlich gleichbleibenden Finanzierung des Transformationsfonds durch den Bund bietet es sich jedoch an, das Ansparen der nicht von den Ländern abgerufenen Mittel für einen späteren Abruf anders als mit der in Buchstabe a) vorgesehenen Anhebung der Obergrenze der Liquiditätsreserve zu ermöglichen. Es bedarf ferner einer Regelung zur Erhöhung der Bundesbeteiligung sowie zur Rückführung nicht in Anspruch genommener Mittel an den Bund. Mit dem im Änderungsvorschlag dargestellten Vorgehen können unerwartet hohe Einnahmen des

Gesundheitsfonds bei Überschreiten der unveränderten Obergrenze von 25 % einer Monatsausgabe des Gesundheitsfonds somit weiterhin zur Erhöhung der Zuweisungen an die Krankenkassen im Folgejahr genutzt werden und somit zusatzbeitragssatzstabilisierend wirken.

C) Änderungsvorschlag

Zur Finanzierung des Transformationsfonds aus Steuermitteln wird in § 221 Absatz 1 SGB V ein zweiter Satz angefügt:

„In den Jahren 2026 bis 2035 erhöht sich die Beteiligung des Bundes nach Satz 1 um 2,5 Mrd. Euro zur Finanzierung des Transformationsfonds nach § 12b Krankenhausfinanzierungsgesetz.“

Artikel 1 Nummer 13 Buchstabe a) wird wie folgt geändert:

„In § 271 Absatz 2 werden folgende Sätze angefügt:

Satz 5 gilt in den Jahren 2026 bis 2035 unter der Maßgabe, dass für das jeweilige Jahr zur Verfügung stehende, nicht von den Ländern abgerufene Mittel aus dem Transformationsfonds nach § 12b Krankenhausfinanzierungsgesetz von der erwarteten Höhe der Liquiditätsreserve abzuziehen sind. Bis zum 31.12.2035 nicht abgerufene Mittel werden dem Bundeshaushalt zugeführt.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14 – § 275a (neu) – Prüfungen zu Qualitätskriterien, Strukturmerkmalen und Qualitätsanforderungen in Krankenhäusern

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Prüfungen von Qualitätskriterien der Leistungsgruppen durch die Medizinischen Dienste nach § 135e (neu), der Strukturmerkmale (nach § 301 Absatz 2, vormals § 275d), der Qualitätsanforderungen nach den §§ 135b und 136 bis 136c und eventueller landesrechtlicher Qualitätsvorgaben werden kombiniert. Sie sollen aufwandsarm und daher im Regelfall schriftlich und grundsätzlich digital erfolgen. Die Prüfungen sind in der Regel angekündigt. Für die Strukturprüfung der OPS-Kodes müssen sie angekündigt werden. Die Bereitstellung der Unterlagen erfolgt über ein digitales Portal. Die Prüfung der Leistungsgruppen nach § 6a KHG (neu) hat vor der Zuweisung durch die Landesbehörden nach Auftrag der Landesbehörden zu erfolgen. Die Prüfung ist vom Medizinischen Dienst unverzüglich nach Anmeldung durchzuführen und innerhalb von zehn Wochen abzuschließen. Nach Abschluss der Prüfung werden die Gutachten den Landesbehörden, dem IQTIQ und den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen vorgelegt. Sie sind für zwei Jahre gültig.

Strukturprüfungen (bisher § 275d) werden wie bisher vor der Leistungserbringung durchgeführt. Die entsprechenden Passagen wurden weitestgehend wortgleich übernommen. Damit gelten auch die Regelungen zur ungeprüften Leistungserbringung (bisher § 275d Absatz 1a) bei erstmals abrechnungsrelevanten Kodes oder bei unterjähriger Leistungsaufnahme weiter. Der neue Absatz 8 erlaubt eine Mitteilung an die Landesbehörde und an die Krankenkassen, wenn bei einer Prüfung der Qualitätskriterien nach § 135e (neu) erhebliche Qualitätsmängel festgestellt werden.

Die Prüfungen nach Absatz 1 Nummern 1 bis 3 sollen möglichst einheitlich erfolgen. Zur Aufwandsreduktion soll auf Ergebnisse erfolgter Prüfungen, Zertifikate und Erkenntnisse aus dem Transparenzverzeichnis zurückgegriffen werden.

B) Stellungnahme

Die gemeinsame Prüfung gleichartiger Merkmale von Strukturqualität und Strukturvergütung (Strukturmerkmale von OPS-Kodes) ist sinnvoll und richtig. Sie spart Ressourcen bei den Medizinischen Diensten und den Krankenkassen. Gleiches gilt für den weitestgehenden Verzicht auf die Vor-Ort-Prüfung. Die Prüfung der Strukturmerkmale auf elektronischem Wege über ein Portal als Regellösung wird begrüßt. In Zukunft sollten die OPS-Kodes so ausgestaltet werden, dass eine Prüfung der Strukturmerkmale anhand von Routinedaten erfolgen kann. Während der Rückgriff auf bestehende Prüfinformationen zur Aufwandsreduktion sinnvoll ist, muss jedoch eine Übertragbarkeit der Ergebnisse gegeben sein. Zertifikatinformationen hingegen dürfen nicht zur Erfüllung von Qualitätsanforderungen herangezogen werden. Die Spannweite der Qualität von Zertifikaten ist sehr groß. Zertifikate werden von verschiedenen Institutionen vergeben, die für die Vergabe vergütet werden. Diesen Institutionen und Fachgesellschaften mit finanziellen Eigeninteressen würde damit mittelbar eine Entscheidungshoheit über die Vergütung der Krankenhäuser zukommen.

Für die Prüfungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 kann eine Vor-Ort-Prüfung erforderlich sein, um spezifische Anforderungen der beregelten QS-Richtlinien des G-BA zu überprüfen (z. B.

Prozessanforderungen) oder für erforderliche Patientenstichproben Einsicht in die Patientendokumentation zu erhalten.

Die neue Regelung, dass, wenn im Rahmen der Prüfung auf Qualitätsmerkmale andere relevante Qualitätsverstöße aufgedeckt werden, diese unabhängig vom Prüfanlass gemeldet werden, ist sehr sinnvoll und dient dem Patientenschutz.

Vor dem Hintergrund, dass weit über 60 % der Krankenhausvergütung demnächst über eine geplante Vorhaltevergütung und über das Pflegebudget erfolgen soll, entsteht den sehr wenigen Krankenhäusern, die unterjährig neue Leistungen oder die einen neuen abrechnungsrelevanten OPS-Kode erbringen wollen, kein Liquiditätsnachteil mehr. Die sehr komplizierte Regelung des Absatzes 7 (bisher § 275d Absatz 1a), die eine völlig ungeprüfte Leistungsaufnahme für ein halbes Jahr erlaubt, ist daher patientenschädlich, finanziell wirkungslos, überkompliziert und entbehrlich.

C) Änderungsvorschlag

In § 275a Absatz 1 Satz 6 (neu) sind die Wörter „~~vorliegende Zertifikate und~~“ zu streichen.

§ 275a Absatz 7 (neu) ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15 – § 275c Absatz 6 – Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Änderung des Verweises durch die Neuverortung der Strukturprüfung in § 275a sowie eine Folge- und Begriffsänderung von „Einhaltung“ in „Erfüllung“.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16 – § 275d – Prüfung von Strukturmerkmalen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der § 275d wird aufgehoben. Die Textpassagen werden weitestgehend wortgleich in den § 275a (neu) überführt und mit anderen Prüfverfahren kombiniert.

B) Stellungnahme

Vgl. Kommentierung zu Artikel 1 Nummer 15 (§ 275a (neu)).

C) Änderungsvorschlag

Vgl. Kommentierung zu Artikel 1 Nummer 15 (§ 275a (neu)).

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17 – § 276 – Zusammenarbeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es werden Verweisänderungen, insbesondere in Bezug auf die Neuverortung der Strukturprüfung in § 275a, vorgenommen. Der Begriff „Kontrollen“ wird geändert in „Prüfungen“.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18 – § 277 Absatz 1 – Mitteilungspflichten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Begriffs- und Verweisänderungen: Der Begriff „Kontrollen“ wird durch den Begriff „Prüfungen“ ersetzt.

B) Stellungnahme

Vgl. Kommentierung zu Artikel 1 Nummer 15 (§ 275a (neu)).

C) Änderungsvorschlag

Vgl. Kommentierung zu Artikel 1 Nummer 15 (§ 275a (neu)).

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19 – § 278 Absatz 4 und 5 – Medizinischer Dienst

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Medizinischen Dienste berichten dem Medizinischen Dienst Bund alle zwei Jahre am 01.04. über die Prüfungen nach § 275, § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummern 1, 3 und 4, § 275b und § 275c, ihre Personalausstattung und die Ergebnisse der systematischen Qualitätssicherung. Zusätzlich erfolgt eine umfangreiche jährliche Berichterstattung über die Strukturprüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2. Des Weiteren verlieren einige Medizinische Dienste ihre Dienstherrenfähigkeit, wenn hierfür die Notwendigkeit nach Artikel 73 Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 des Gesundheits-Reformgesetzes (Beamte in den ehemaligen vertrauensärztlichen Diensten) nicht mehr besteht.

B) Stellungnahme

Die regelmäßigen Datenlieferungen von den Medizinischen Diensten an den Medizinischen Dienst Bund sind sinnvoll und werden begrüßt. Der Kreis der Empfänger der Berichte zu den Strukturprüfungen sollte jedoch erweitert werden, um sowohl der Krankenhaus- als auch der Krankenkassenseite die Möglichkeit zu geben, auf eine Verbesserung der Strukturen hinzuwirken. Darüber hinaus hat sich mit der bestehenden jährlichen Berichtspflicht des Medizinischen Dienstes Bund im Rahmen der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie (MD-QK-RL) gezeigt, dass die jährliche Berichterstattung für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherungs-Richtlinien höchst relevant ist, um Prüferkenntnisse zeitnah in eine Anpassung der Richtlinien oder Prüfvorgaben zu überführen.

C) Änderungsvorschlag

§ 278 Absatz 4 Satz 1 (neu) wird wie folgt geändert:

„Die Medizinischen Dienste berichten dem Medizinischen Dienst Bund **jährlich** zum 1. April jedes zweiten Kalenderjahres über [...].“

In § 278 Absatz 4 (neu) wird nach Satz 2 folgender Satz 3 (neu) eingefügt:

„**Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband werden hierüber in Kenntnis gesetzt und erhalten den Bericht in Kopie.**“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20 – § 280 – Finanzierung, Haushalt, Aufsicht

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung und den Ersatz des Begriffes „Kontrollen“ durch „Prüfungen“.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21a – § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 – Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Medizinische Dienst Bund erlässt für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste Richtlinien zu verschiedenen Aufgaben. Durch die neu hinzugekommene Prüfung der Leistungsgruppen und Qualitätskriterien wird in § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 auf den neuen rechtlichen Bezug referiert. Darüber hinaus werden Vorgaben zum Inhalt der Richtlinie gegeben, wie die Festlegung der fachlich erforderlichen Zeitabstände oder der Folgen, wenn Strukturmerkmale nach Mitteilung durch das Krankenhaus nicht mehr eingehalten werden. Ferner soll in der Richtlinie die neu zu erstellende Datenbank nach Absatz 5 geregelt und auf eine einheitliche Prüfung der Strukturmerkmale geachtet werden.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung ist der neuen Systematik nach folgerichtig. Die Inhalte der Prüfung der Strukturkriterien nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummern 1 und 2 sollen aufeinander abgestimmt werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21c – § 283 Absatz 4 – Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Medizinische Dienst Bund fasst die Berichte der Medizinischen Dienste nach § 278 Absatz 4 Satz 1 zusammen, legt die Ergebnisse zweijährlich dem BMG zum 01.06. vor und veröffentlicht den Bericht zweijährlich zum 01.09. des Jahres. Dahingegen werden die Berichte nach § 278 Absatz 4 Satz 2 (OPS-Strukturprüfungen) dem BMG jährlich zum 01.06. vorgelegt und auch jährlich veröffentlicht.

B) Stellungnahme

Die Zusammenfassung der Berichte der Medizinischen Dienste nach § 278 Absatz 4 Satz 1, die Berichtsübermittlung sowie Berichtsveröffentlichung sollten ebenfalls jährlich erfolgen. Dies ist von hoher Bedeutung, um Erkenntnisse aus den Berichten zeitnah in notwendige Anpassungen einfließen lassen zu können. Die Praxis der Berichterstellung des Medizinischen Dienstes Bund über Umfang und Ergebnisse der G-BA-QS-Richtlinien hat gezeigt, dass die jährliche Berichterstellung einen hohen Mehrwert zur zeitnahen Anpassung und Umsetzung von Änderungserfordernissen mit sich bringt. Ebenso wird für die Berichts Zusammenfassung und -übermittlung nach § 278 Absatz 4 Satz 2 (OPS-Prüfungen) ein jährliches Berichtsintervall vorgesehen.

C) Änderungsvorschlag

In § 283 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 wird das Wort „zweijährlich“ durch das Wort „jährlich“ ersetzt:

„Der Medizinische Dienst Bund fasst die Berichte der Medizinischen Dienste nach

1. § 278 Absatz 4 Satz 1 in einem Bericht zusammen, legt diesen dem Bundesministerium für Gesundheit **zweijährlich** zum 1. Juni vor und veröffentlicht den Bericht **zweijährlich** zum 1. September sowie [...].“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21c – § 283 Absatz 5 (neu) – Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Medizinische Dienst Bund soll eine Datenbank erstellen, in der alle Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 enthalten sind. Konkret sollen in der Datenbank standortbezogen das Prüfergebnis mit Informationen zur Einhaltung oder Nichteinhaltung der geprüften Strukturen und weiterer Anforderungen, die Meldungen der Krankenhäuser zur Nichteinhaltung von Leistungsgruppen und Qualitätskriterien als auch der Nichteinhaltung von OPS-Strukturmerkmalen sowie Verletzungen der Meldepflicht vermerkt werden. Zugang zu der Datenbank sollen neben der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde auch die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen, der PKV-Verband und das IQTIG haben. Ziel ist es, den bis dato bestehenden Übermittlungsaufwand zu minimieren. Die Datenbank ist gemäß Satz 3 standortbezogen zu führen. Dazu wird die Definition von Krankenhausstandorten gemäß der Vereinbarung nach § 2a Absatz 1 KHG in Verbindung mit dem Standortverzeichnis gemäß § 293 Absatz 6 zugrunde gelegt. Das Nähere zur Umsetzung der Datenbank hat der Medizinische Dienst Bund in seiner Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 festzulegen.

B) Stellungnahme

Die mit dem Aufbau der Datenbank anvisierte Digitalisierung und Zentralisierung der Prüfungsinformationen zum Zwecke der Aufwandsreduzierung wird ausdrücklich befürwortet. Die Datenbank soll standortbezogen geführt werden. Dazu wird in Satz 3 auf die in § 135d Absatz 3 Satz 2 verwiesene Standortdefinition verwiesen. Sinnvoller wäre hier, die direkte, spezifische rechtliche Grundlage nach § 2a Absatz 1 KHG in Verbindung mit § 293 Absatz 6 SGB V zu benennen

C) Änderungsvorschlag

In § 283 Absatz 5 Satz 3 (neu) wird der direkte rechtliche Verweis zur Standortdefinition eingefügt. Satz 3 wird wie folgt neu gefasst:

~~„§ 135d Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend. Die Definition der Standorte eines Krankenhauses bestimmt sich gemäß der Vereinbarung nach § 2a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 293 Absatz 6.“~~

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22 – § 299 – Datenverarbeitung für Zwecke der Qualitätssicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung in Folge der Streichung der Planungsrelevanten Indikatoren (siehe Nummer 11, § 136c).

Ferner werden die Vorgaben zu den Patientenbefragungen des G-BA ergänzt, um deren Umsetzung und methodisch notwendige Auswertungsmöglichkeiten insbesondere im Hinblick auf eine bessere Risikoadjustierung durchführen zu können.

B) Stellungnahme

Eine vollständige Streichung der Vorgaben in § 136c SGB V zu den planungsrelevanten Indikatoren wird abgelehnt, insofern auch die hier beabsichtigte Folgeänderung einer Streichung des § 136c in der Aufzählung.

Die Änderungen zu den Patientenbefragungen werden begrüßt. Insbesondere die methodischen notwendigen Möglichkeiten für eine Optimierung der Risikoadjustierung wird Auswertungsergebnisse belastbarer und aussagekräftiger machen. Auch die Möglichkeiten Responder-Analysen durchzuführen zu können, entsprechen den methodischen Ansprüchen an Patientenbefragungen und sind wichtig für die Bewertung der Ergebnisse sowie zur Optimierung der Befragungsinstrumente. Notwendig wären noch klarstellende Regelungen zur Nutzbarkeit von Daten der Klinischen Krebsregister für Patientenbefragungen (siehe unter „Ergänzender Änderungsbedarf“).

C) Änderungsvorschlag

Keine Änderung des § 299 Absatz 1 Satz 1.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch))

Nr. 23 – § 411 – Übergangsregelung für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und § 412 Errichtung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Aufhebung der §§ 411 und 412 handelt sich um eine Folgeänderung in Folge der vollständig umgesetzten Übergangsregelungen zur Neukonstituierung der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund im Rahmen des MDK-Reformgesetzes.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch))

Nr. 24 – § 426 (neu) – Evaluation des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene werden verpflichtet, dem BMG und den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden drei Evaluationsberichte zu den Auswirkungen des KHVVG jeweils zum Ende der Jahre 2028, 2033 und 2038 vorzulegen. Inhaltlich sollen u. a. evaluiert werden: die Konzentrationswirkungen in Folge der Leistungsgruppen, die Prüfungen der Einhaltung der Qualitätskriterien, die Auswirkungen auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten, die Veränderungen der Personalstrukturen in den Krankenhäusern und die Auswirkungen auf die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser und Krankenkassen. Zur Erfüllung der Evaluationspflichten müssen die Krankenkassen, die Unternehmen der privaten Krankenversicherung, die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Krankenhäuser und die Medizinischen Dienste Daten zur Verfügung stellen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband unterstützt die Evaluation des weitreichenden Umbaus der Krankenhausstrukturen, die mit dem KHVVG intendiert sind. Die vorgesehenen Evaluationsberichte ergänzen die Evaluationspflichten seitens des InEK zur Vorhaltevergütung und die der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene zu den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen. Es ist absehbar, dass die weitreichenden Eingriffe in die Versorgungsstrukturen ein kontinuierliches datenbasiertes Monitoring notwendig machen, um gesetzgeberischen Korrekturbedarf zügig zu erkennen. Um Missverständnisse zu vermeiden, sollte in § 426 (neu) verankert werden, dass das InEK Auswertungen auf Verlangen der Gesellschafter zur Verfügung zu stellen hat.

Ergänzend zu den vorgesehenen Auswertungen sollten auch die Mindestvorhaltezahlen gemäß § 135f SGB V und ihre Auswirkungen analysiert werden sowie die Auswirkungen auf die Ambulantisierung und „Entbürokratisierung“ untersucht werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 426 Satz 1 (neu) wird wie folgt geändert:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen dem Bundesministerium für Gesundheit und den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, erstmals zum 31. Dezember 2028, zum 31. Dezember 2033 sowie zum 31. Dezember 2038 einen gemeinsamen Bericht vor über

1. die Auswirkungen der Festlegung der Leistungsgruppen nach § 135e und ihre Weiterentwicklung, insbesondere hinsichtlich der mit der Zuweisung von Leistungsgruppen nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zusammenhängenden Konzentrationswirkungen auf die Leistungserbringung durch die Krankenhäuser, auch, soweit diese länderübergreifend eingetreten sind,

2. die Prüfungen zur Erfüllung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen durch den Medizinischen Dienst nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1,
- ~~3. die Auswirkungen der durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz vom ... [einsetzen: Datum der Fundstelle dieses Gesetzes] bewirkten Rechtsänderungen auf~~
 - ~~a) die Versorgungssituation der Patienten,~~
 - ~~b) die Personalstrukturen in den Krankenhäusern,~~
 - ~~c) die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser und die Ausgaben der Krankenkassen und~~
 - ~~d) auf weitere Versorgungsbereiche, insbesondere den Bereich der medizinischen Rehabilitation.~~
- 3. die Einhaltung der Mindestvorhaltezahlen durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gemäß § 135f Absatz 3 SGB V,**
- 4. die Veränderungen der Personalstrukturen in den Krankenhäusern,**
- 5. die Auswirkungen der Maßnahmen des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes auf**
 - a) die Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten,**
 - b) weitere Versorgungsbereiche, insbesondere die ambulante Leistungserbringung stationärer Einrichtungen und den Bereich der medizinischen Rehabilitation,**
 - c) die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser und die Ausgaben der Krankenkassen,**
 - d) die Bürokratie im Bereich der Krankenhausvergütung.“**

§ 426 Satz 2 (neu) wird wie folgt geändert:

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch))

Nr. 25 – Anhang (zu Artikel 1 Nummer 25), Anlage 1 (zu § 135e)

A) Beabsichtigte Neuregelung

In der anhängigen Tabelle werden Qualitätskriterien für 65 Leistungsgruppen davon 60 Leistungsgruppen aus NRW und die fünf neuen Leistungsgruppen Infektiologie, Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie, Spezielle Traumatologie, Spezielle Kinder- und Jugendmedizin und Notfallmedizin unter Zuhilfenahme der Struktur des Krankenhausplanes 2022 in NRW aufgelistet. Es sollen hier – ausweislich der Gesetzesbegründung – auf der Basis von Empfehlungen der AWMF und der Krankenhauskommission Bereiche der Medizin bedacht werden, die im Krankenhausplan NRW keine Leistungsgruppe erhalten haben.

Es werden folgende Kategorien beschrieben: Erbringung verwandter Leistungsgruppen (LG), Sachliche Ausstattung, Personelle Ausstattung, Sonstige Struktur- und Prozesskriterien, Standort, Kooperation, Qualifikation, Verfügbarkeit.

Die Grundlogik der NRW-Leistungsbereiche als übergeordnete zusammenfassende Gliederungsebene von Leistungsgruppen nicht übernommen. Dies führt dazu, dass auch bei den Voraussetzungen zur Leistungserbringung der Verweis auf die Leistungsbereiche ersetzt wird durch Leistungsgruppen. Im Einzelfall kommt es dadurch zu nicht sachgemäßen Ergebnissen (z. B.: Unter der Spalte Erbringung verwandter LG am Standort als Auswahlkriterium: „LG Endoprothetik“ für die LG Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie).

Zudem fällt eine wesentliche Spalte der NRW-landesspezifischen Qualitätskriterien (Sonstige Struktur und Prozesskriterien) im Gesetzentwurf komplett weg. Damit wurden z. T. wichtige Strukturmerkmale, wie „interdisziplinäre Fallkonferenzen“, nicht aus NRW übernommen.

In vielen Leistungsgruppen (z. B. LG Komplexe Gastroenterologie) wird eine Teilnahme am Rufdienst für die Fachärzte gefordert, die im KHVVG wiederum entfällt.

B) Stellungnahme

Die Grundstruktur wurde aus den Leistungsgruppen übernommen. Da es sich bei Leistungsgruppen NRW um ein Planungswerkzeug handelt und während die Leistungsgruppen in diesem Gesetz ein Planungs- und ein Vergütungswerkzeug sind, wurden bestimmte Bereiche gestrichen. Die Grundlogik der NRW-Leistungsbereiche als übergeordnete zusammenfassende Gliederungsebene von Leistungsgruppen wurde nicht übernommen. Dies führt dazu, dass auch bei den Voraussetzungen zur Leistungserbringung der Verweis auf die Leistungsbereiche durch einzelne Leistungsgruppen ersetzt wird. Im Einzelfall kommt es dadurch zu nicht sachgemäßen Ergebnissen (z. B. unter der Spalte Erbringung verwandter LG am Standort als Auswahlkriterium: „LG Endoprothetik“ für die LG Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie).

Zusätzlich fallen NRW-landesspezifische Qualitätskriterien (Sonstige Struktur und Prozesskriterien) im Gesetzentwurf komplett weg. Damit wurden z. T. wichtige Strukturmerkmale, wie „interdisziplinäre Fallkonferenzen“, nicht aus NRW übernommen.

Problematisch ist auch, dass der Inhalt der neuen Leistungsgruppen sowohl für die Leistungserbringer als auch für die Kostenträger intransparent ist. Die Definition der Leistungsgruppen (wie in NRW) mit den entsprechenden hinterlegten OPS-Kodes findet sich nicht im Gesetzentwurf, sondern soll gemäß Krankenhaustransparenzgesetz in sehr kurzer Zeit bis 30.09.2024 ohne Einbindung der Selbstverwaltung durch das InEK festgelegt werden.

Die vorgelegten Qualitätskriterien erscheinen in folgenden generellen Punkten überarbeitungsbedürftig:

Geräte und Labore ohne Personal: Die Verfügbarkeit von Großgeräten, Laboren u. ä. wird nicht mit dem für den Betrieb erforderlichen Personal hinterlegt. Das reine Vorhandensein eines Gerätes oder Labors ist für die Patientinnen und Patienten sowie die Behandler nicht hilfreich, wenn nicht Personal vorhanden ist, das diese Geräte betreibt. Eine Vorhaltefinanzierung kann hierauf auch nicht abgebildet werden, weil das Gerät oder Labor eine Investitionsfinanzierung darstellt und nur die Vorhaltung des erforderlichen Personals in die Vorhaltefinanzierung fällt (vgl. hierzu Kommentierung von § 135e Absatz 4).

Unbestimmte Rechtsbegriffe: Unklar ist die „24/7-Rufbereitschaft“, die Definitionen von „Kinderschutzstrukturen“ oder „kinderanästhesiologische Kompetenz“ sowie „telemedizinische Behandlung“. Hier ist eine Vielzahl von Konflikten und Gerichtsverfahren bei der Prüfung durch die Medizinischen Dienste zu befürchten.

Fehlende Standortbindung: Um sicherzustellen, dass die Leistungen für die Berechnung der Vorhaltefinanzierung genau berechnet werden können, ist die Vereinbarung gemäß § 293 Absatz 6 über ein bundesweites Verzeichnis der Standorte der nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen zu beachten und anzuwenden.

Fehlende Bedarfs- und Patientenperspektive: Die vorliegenden Leistungsgruppen sind aus Sicht der Anbieter formuliert („Was hat die Klinik zu bieten?“). Die Sicht der Patientinnen und Patienten und ihrer Bedürfnisse, insbesondere nach der schnellen Verfügbarkeit einer kompetenten Ärztin oder eines kompetenten Arztes, muss stärker in den Blick genommen werden. Im vorliegenden Vorschlag wurden daher entsprechende Arzterreichbarkeitszeiten für kritische Bereiche hinterlegt.

Grundsätzlich sind die Kriterien für bestimmte sehr kritische Bereiche zu leicht zu erreichen. Exemplarisch ist hier die hochkomplexe Intensivmedizin anzuführen, die als einziges hartes Abgrenzkriterium das Vorhandensein von drei Fachärztinnen oder Fachärzten mit der Zusatzweiterbildung in unklarer Verfügbarkeit am Standort normiert. In Deutschland verfügten im Jahr 2023 11.090 Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus über diese Zusatzweiterbildung. Dies würde dazu führen, dass der überwiegende Teil der ca. 1.000 deutschen Krankenhäuser mit einer Intensivstation sich ab dem 01.01.2024 in dieser Leistungsgruppe befindet. Die Patientinnen und Patienten erhalten dann eine schlechtere Qualität als im jetzigen DRG-System, wo die Fachärztin oder der Facharzt zumindest einmal am Tag eine Visite machen muss (Kode 8-98f aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung). Für die wirklichen Erbringer von Hochleistungsmedizin ist das überdies ein Vergütungsproblem, denn sie erhalten die gleiche Vorhaltevergütung wie sehr kleine Krankenhäuser. Es wird eine Orientierung an den sehr guten Strukturkriterien einer Intensivstation der DIVI vorgeschlagen, um eine adäquate Abbildung der Intensivmedizin zu zeigen.

Darüber hinaus ist es perspektivisch nicht ausreichend, dass hinsichtlich der pflegerischen Versorgung lediglich auf die Pflegepersonaluntergrenzen abgestellt und damit ein Versorgungsniveau beschrieben wird, das eine untere „rote Grenze“ zur Patienten- und Pflegepersonalgefährdung darstellt. Dies ist aus pflegfachlicher Sicht inakzeptabel. Vielmehr sollte normiert werden, dass Pflegequalitätsstandards insbesondere in der Intensivmedizin zeitnah ergänzt werden. Zudem dürfen stringendere Anforderungen zur pflegerischen Versorgung v. a. aus bestehenden G-BA-Richtlinien (z. B. aus der QFR-RL) nicht unterlaufen werden.

Die Auswahl und die Heterogenität der fünf neuen Leistungsgruppen sind nicht nachvollziehbar. Es wurde eine Leistungsgruppe für ein stark konsiliarisch tätiges Fachgebiet geschaffen (Infektiologie) – eine Leistungsgruppe für ein Fach, das einen Teil der Krankenhauspatientinnen und -patienten für höchstens einige Stunden behandelt (Notfallmedizin) und auch eine große Zahl ambulanter Patientinnen und Patienten versorgt. Hinzu treten drei „spezielle“ Fächer, deren Inhalte nicht klar definiert sind, nämlich „spezielle“ Kinder- und Jugendchirurgie, „spezielle“ Traumatologie, „spezielle“ Kinder- und Jugendmedizin. Welche Erkrankungen oder Patientinnen und Patienten einer „speziellen“ Versorgung innerhalb der Gebiete Kinderchirurgie, Kinderheilkunde und Traumatologie gemeint sind, bleibt unklar. Der Verweis auf das Weißbuch Schwerverletztenversorgung legt nahe, dass hier ein Weg gesucht wird, um die Vergütung der Vorhaltekosten von Traumazentren, die schon über die Zentrumszuschläge und die Notfallstufenzuschläge Mittel erhalten, weiter zu erhöhen. Die Anforderungen „Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie“ und die „Spezielle Kinder- und Jugendmedizin“ legen nahe, dass es sich hier um eine Sonderförderung für etwas größere multidisziplinär aufgestellte Kinderkliniken handelt.

Leistungsgruppen für wichtige Fachbereiche wurden vergessen und müssen ergänzt werden (nicht abschließend): Psychosomatik (in NRW vorhanden), Schmerztherapie, Handchirurgie.

C) Änderungsvorschlag

Die Leistungsgruppen werden anhand des vorliegenden Änderungsvorschlages in der Anlage 1 festgelegt.

Die Leistungsgruppen „Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie“, „Spezielle Kinder- und Jugendmedizin“ und „Spezielle“ Traumatologie“, Notfallmedizin und Infektiologie sollten zunächst nicht umgesetzt und durch den Ausschuss nach § 135e (neu) vorrangig beraten werden. Gleiches wird für die vergessenen Leistungsgruppen vorgenommen – hierzu gehören u. a. Psychosomatik, Schmerztherapie und Handchirurgie. Hilfsweise können die hier vorgelegten Leistungsgruppenbeispiele genutzt werden.

Die Anlage wird an die Stellungnahme angehängt.

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 1 – § 6 Absatz 1a – Krankenhausplanung und Investitionsprogramme

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird gestrichen, dass die Empfehlungen des G-BA zu den planungsrelevanten Qualitätsanforderungen gemäß § 136c Absatz 1 SGB V Bestandteil des Krankenhausplanes sind.

B) Stellungnahme

Die Regelung folgt der generellen Streichung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2 – § 6a Absatz 1 und 2 – Zuweisung von Leistungsgruppen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Bundesländer können den Krankenhäusern standortbezogen Leistungsgruppen zuweisen, sofern die für die jeweilige Leistungsgruppe geltenden Qualitätskriterien erfüllt sind. Ein Anspruch auf die Zuweisung einer Leistungsgruppe besteht nicht. Die Erfüllung der Qualitätskriterien wird durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes nachgewiesen. Bis zum Vorliegen des Gutachtens kann die Erfüllung der Qualitätskriterien, deren Prüfung bereits beauftragt wurde, durch eine Selbsteinschätzung des Krankenhauses nachgewiesen werden. Die Zuweisung der Leistungsgruppen erfolgt durch Bescheid. Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben.

B) Stellungnahme

Mit Verweis auf die Kommentierung zu Artikel 1 Nummer 8 (§ 135e SGB V (neu)) wird die Einführung von bundeseinheitlichen Leistungsgruppen inklusive dahinterliegenden Qualitätskriterien begrüßt.

Die Leistungsgruppen erlauben grundsätzlich den für die Krankenhausplanung zuständigen Bundesländern eine genaue Darstellung ihres Leistungsportfolios im Land und eine Vergleichbarkeit der Versorgungsbedingungen unter den Ländern. Sie erlauben den Krankenkassen eine Abbildung des Versorgungsgeschehens und geben den Krankenhäusern Planungssicherheit und Vergütungskontinuität. Die Leistungsgruppen sollten allerdings die Bedarfsseite noch stärker in den Blick nehmen und hierzu eine Erreichbarkeitsnorm für die Fachärztinnen und -ärzte im Bedarfsfall im Krankenhaus setzen. Perspektivisch ist ein Bevölkerungsbezug in den Blick zu nehmen. Die GKV spricht sich dafür aus, auch die Umsetzung einer am Bedarf der Bevölkerung orientierten Versorgung in dem Gesetzentwurf vorzuzeichnen. Die Zuweisung der Leistungsgruppen durch die Länder sollte sich mit Blick auf die Bedarfsseite an bundeseinheitlichen Leitplanken orientieren. Ein entsprechendes generisches Modell zur Ermittlung der standortbezogenen Versorgungsbedeutung und Bedarfsnotwendigkeit wurde u. a. unter Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes erarbeitet (vgl. Kommentierung zu Artikel 2 Nummer 8d (§ 17b Absatz 4b (neu))).

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

In der Kommentierung zu Artikel 1 Nummer 8 (§ 135e SGB V (neu)) wird auf die in den Leistungsgruppen geltenden Qualitätskriterien Bezug genommen, in der Kommentierung zu Artikel 1 Nummer 14 auf die vorgesehenen MD-Prüfungen.

Der Normtext lässt offen, welche Folgen es hat, wenn die Selbsteinschätzung des Krankenhauses nicht mit dem Überprüfungsergebnis der Qualitätskriterien durch den Medizinischen Dienst übereinstimmt. Da es nicht unwahrscheinlich ist, dass solche Fälle auftreten, sind Konsequenzen vorzusehen.

Als problematisch wird die Grundausrichtung der Mindestvorhaltezahlen an der Vorhaltefinanzierung gesehen. Es erschließt sich nicht, warum die Krankenhäuser grundsätzlich Anspruch auf die Vergütung der Pflegekosten und der übrigen DRG haben sollen und welcher Anreiz damit gesetzt werden soll. Daher sollte die Erfüllung der Mindestvorhaltezahlen eine Bedingung für die Zuweisung von Leistungsgruppen bzw. die Nichterfüllung eine Bedingung für Aufhebung von Leistungsgruppen nach § 6a sein.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 1 wird Satz 1 wie folgt ergänzt:

„Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann einem nach § 108 Nummer 1 und 2 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 **gemäß § 135e SGB V sowie die Mindestvorhaltezahlen nach § 135f SGB V** erfüllt.“

§ 6a wird um Absatz 8 (neu) ergänzt:

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

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2 – § 6a Absatz 4 – Zuweisung von Leistungsgruppen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 4 bestimmt Ausnahmen, wann eine Leistungsgruppe in Abweichung von dem in Absatz 1 Satz 1 geregelten Grundsatz durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zugewiesen werden darf, auch wenn die vorgegebenen Qualitätskriterien nicht erfüllt sind. Dies soll bei Krankenhäusern möglich sein, die zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich sind, es sei denn, es handelt sich um eine Leistungsgruppe, für die eine Abweichung von den Qualitätskriterien aufgrund § 135e SGB V (neu) ausgeschlossen ist. Eine zwingend erforderliche Zuweisung im Sinne der Sicherstellung liegt vor, wenn kein anderes Krankenhaus mit der Leistungsgruppe Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie innerhalb von 30 Pkw-Fahrzeitminuten erreichbar ist. Für alle weiteren Leistungsgruppen liegt die Grenze bei 40 Pkw-Fahrzeitminuten. In diesen Fällen ist die Leistungsgruppenzuweisung mit der Auflage verbunden, dass innerhalb einer Frist von drei Jahren die Erfüllung der Qualitätskriterien vorliegen muss. Von der Auflage und damit von der Erfüllung der Qualitätskriterien gänzlich ausgenommen sind Krankenhäuser, die in der Liste der ländlichen Krankenhäuser nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG aufgenommen sind. Für diese Krankenhäuser erfolgt die Leistungsgruppenzuweisung nach Satz 4 unbefristet ohne Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung gemäß § 135e SGB V (neu).

B) Stellungnahme

Eine pauschale Aufhebung der Qualitätskriterien für Sicherstellungshäuser und insbesondere für ländliche Krankenhäuser führt aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zu einer Gefährdung der Patientensicherheit und der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung für diejenigen Leistungsgruppen, die nicht nach der Rechtsverordnung gemäß § 135e Absatz 2 SGB V (neu) ausgeschlossen sind. Der Gesetzgeber selbst begründet an mehreren Stellen im Gesetzentwurf sowie in der Gesetzesbegründung die Bedeutsamkeit und Notwendigkeit von Qualität in der Krankenhausbehandlung. Als eines der drei zentralen Ziele der Krankenhausreform wird die Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität definiert. Im § 135e Absatz 1 Satz 2 SGB V (neu) heißt es, dass die Qualitätskriterien den aktuellen Stand der medizinisch wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigen und zu einer leitliniengerechten, qualitativ hochwertigen und für Patientinnen und Patienten sicheren medizinischen Versorgung beitragen sollen. Zudem sollten nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes Entscheidungen, welche durch die zuständigen Planungsbehörden zu treffen sind, „im Einvernehmen“ mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen getroffen werden. Daher ist die Formulierung „im Benehmen“ zu ersetzen durch „im Einvernehmen“.

In den Sätzen 2 und 3 wird für lediglich einen Tatbestand definiert, wann ein zwingendes Erfordernis besteht. Dies trifft demnach zu, wenn ein erheblicher Teil der Einwohner einen Leistungsgruppenstandort innerhalb bestimmter Pkw-Fahrzeitkategorien erreichen. Der Begriff „erheblich“ ist jedoch zu unbestimmt. Die in Satz 3 festgelegten Pkw-Fahrzeitminuten eignen sich für notfallnahe Leistungen. Die Zuweisung einer Leistungsgruppe gemäß den Sätzen 2 und 3 gilt jedoch auch für elektive Leistungsgruppen als erforderlich, wenn Leistungserbringer nicht innerhalb von 40

Pkw-Fahrzeitminuten erreichbar sind. Das erlaubt selbst bei minimalem Versorgungsbedarf in peripheren Gebieten für die ersten drei Jahre nahezu alle Leistungsgruppen, ohne dass Qualitätskriterien zu erfüllen sind. Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes ist für elektive Eingriffe, wie beispielsweise die Nierentransplantation oder die Cochleaimplantate, eine Fahrzeit von 180 Minuten ausreichend. Daher sind die Leistungsgruppen unter Satz 3 Nummer 2 weiter zu differenzieren. Der GKV-Spitzenverband hat unter Bezugnahme der aktuellen Versorgungssituation angemessene Fahrzeitminuten für Leistungsgruppen mit vorrangig elektiven Leistungen ermittelt und in der beigefügten **Anlage 2 (neu)** aufgeführt.

Die Frist der Auflagen zur Erfüllung der Qualitätskriterien von bis zu drei Jahren ist zu lang und zu undifferenziert. Sie ist daher abzulehnen. Es muss zunächst eine Differenzierung der Qualitätskriterien hinsichtlich der Nichterfüllung erfolgen. Dies umfasst sowohl Art als auch Anzahl der nicht erfüllten Qualitätskriterien. Die Fristen zur Erfüllung sind daran zu bemessen. Eine entsprechende Systematik ist vom Ausschuss nach § 135e Absatz 3 SGB V (neu) vorzulegen.

Durch die Ausnahmeregelung des Satzes 5 können allen ländlichen Krankenhäusern ohne Erfüllung von Qualitätskriterien alle Leistungsgruppen zugewiesen werden, unabhängig von deren Gesamtfallzahl und Elektivität. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist diese in Satz 5 formulierte unbefristete Aussetzung der in § 135e SGB V (neu) als bundeseinheitliche Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung definierten Kriterien für Krankenhäuser gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG in Gänze abzulehnen.

C) Änderungsvorschlag

§ 6a Absatz 4 Satz 1 (neu) wird wie folgt angepasst:

„Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann ~~im Benehmen~~ **im Einvernehmen** mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort auch Leistungsgruppen nach Absatz 1 Satz 1 zuweisen, obwohl das Krankenhaus die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien an dem jeweiligen Krankenhausstandort nicht erfüllt, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist **oder es sich um ein Krankenhaus der Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes handelt** und dies für die jeweilige Leistungsgruppe nicht durch die Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ausgeschlossen ist.“

§ 6a Absatz 4 Satz 2 (neu) ist wie folgt anzupassen:

„Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich, wenn ein anderes Krankenhaus, dem die jeweilige Leistungsgruppe nach Absatz 1 Satz 1 zugewiesen ist, **das die jeweilige Leistungsgruppe in einem genehmigten Versorgungsvertrag nach § 109 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vereinbart hat oder es sich um ein Krankenhaus der Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes handelt, nicht** innerhalb der **in Anlage 2** festgelegten PKW-Fahrzeitminuten erreichbar ist.“

§ 6a Absatz 4 Satz 3 (neu) ist zu streichen.

§ 6a Absatz 4 Satz 4 (neu) wird Satz 3 und ist wie folgt anzupassen:

„Die Zuweisung einer Leistungsgruppe nach Satz 1 ist auf höchstens drei Jahre zu befristen und mit der Auflage zu verbinden, dass das jeweilige Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien innerhalb einer Frist, die höchstens drei Jahre betragen darf, zu erfüllen hat **erfolgt unter der Auflage, dass die Erfüllung der Qualitätskriterien nach Absatz 1 Satz 1 entsprechend der vom Ausschuss nach § 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entwickelten und per Rechtsverordnung nach § 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erlassenen Vorgaben, nachgewiesen wird.**“

§ 6a Absatz 4 Sätze 5 und 6 (neu) sind zu streichen.

§ 6a Absatz 4 Satz 7 wird zu Satz 4 (neu).

Anlage 2 (neu):

Leistungsgruppe	Fahrzeitminuten
01.1 Allgemeine Innere Medizin	30
02.1 Komplexe Endokrinologie und Diabetologie	90
03.1 Komplexe Gastroenterologie	90
04.1 Komplexe Nephrologie	90
05.1 Komplexe Pneumologie	45
06.1 Komplexe Rheumatologie	90
07.1 Stammzelltransplantation	180
07.2 Leukämie und Lymphome	180
08.1 EPU / Ablation	45
08.2 Interventionelle Kardiologie	45
08.3 Kardiale Devices	180

Leistungsgruppe	Fahrzeitminuten
08.4 Minimalinvasive Herzklappenintervention	180
09.1 Allgemeine Chirurgie	30
10.1 Kinder- und Jugendchirurgie	45
11.1 Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	180
12.1 Bauchaortenaneurysma	90
12.2 Carotis operativ/ interventionell	90
12.3 Komplexe periphere arterielle Gefäße	180
13.1 Herzchirurgie	45
13.2 Herzchirurgie - Kinder und Jugendliche	90
14.1 Endoprothetik Hüfte	45
14.2 Endoprothetik Knie	45
14.3 Revision Hüftendoprothese	180
14.4 Revision Knieendoprothese	180
14.5 Wirbelsäuleneingriffe	90
15.1 Thoraxchirurgie	45
16.1 Bariatrische Chirurgie	180
16.2 Lebereingriffe	180
16.3 Ösophaguseingriffe	180

Leistungsgruppe	Fahrzeitminuten
16.4 Pankreaseingriffe	180
16.5 Tiefe Rektumeingriffe	180
17.1 Augenheilkunde	45
18.1 Haut- und Geschlechtskrankheiten	45
19.1 MKG	90
20.1 Urologie	30
21.1 Allgemeine Frauenheilkunde	30
21.2 Ovarial-CA	180
21.3 Senologie	180
21.4 Geburtsklinik	30
21.5 Geburtsklinik - Kinder	30
22.1 Perinataler Schwerpunkt 2019	30
22.2 Perinatalzentrum Level 1 2019	90
22.2 Perinatalzentrum Level 2 2019	45
23.1 Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	30
23.2 Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Stammzelltransplantation	180
23.3 Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome	180
24.1 HNO	30

Leistungsgruppe	Fahrzeitminuten
24.2 Cochleaimplantate	180
25.1 Neurochirurgie	45
26.1 Allgemeine Neurologie	90
26.2 Stroke Unit	30
26.3 Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)	90
27.1 Geriatrie	45
29.1 Palliativmedizin	45
30.1 Darmtransplantation	180
30.2 Herztransplantation	180
30.3 Lebertransplantation	180
30.4 Lungentransplantation	180
30.5 Nierentransplantation	180
30.6 Pankreastransplantation	180

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2 – § 6a Absatz 5 – Zuweisung von Leistungsgruppen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 5 enthält Vorgaben für die Aufhebung der Zuweisung einer Leistungsgruppe. Demnach ist die Zuweisung aufzuheben, wenn

- ein Krankenhaus aus dem Krankenhausplan herausgenommen wird,
- die Qualitätskriterien nach § 135 e SGB V nicht erfüllt sind,
- die Übermittlung des MD-Gutachtens zur Erfüllung der Qualitätskriterien der zugewiesenen Leistungsgruppen länger als zwei Jahre zurück liegt.

Liegt einer dieser Tatbestände vor, hat die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde die Zuweisung aufzuheben, es sei denn, die Nichterfüllung dauert nicht länger als drei Monate. In dem Fall kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde eine Frist zur Erfüllung setzen.

B) Stellungnahme

Die Regelung zur Aufhebung der Zuweisung von Leistungsgruppen wird begrüßt. Problematisch sind jedoch die Ausnahmeregelungen. In diesen Fällen sollte zumindest eine sofortige Ausweisung der temporären Nichterfüllung im Transparenzverzeichnis nach § 135d SGB V erfolgen.

C) Änderungsvorschlag

§ 6a Absatz 5 Satz 2 Nummer 1 ist zu streichen.

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2 – § 6a Absatz 6 – Zuweisung von Leistungsgruppen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zum Zweck der Ermittlung der Vorhaltevergütung haben die Bundesländer dem InEK erstmalig bis zum 31.10.2026, danach jeweils zum 31.10. des laufenden Kalenderjahres Daten zu übermitteln. Neben einer Aufstellung der je Standort zugewiesenen Leistungsgruppen (ggf. inklusive Planfallzahlen) sind die Aufhebung der Zuweisung einer Leistungsgruppe, das Ausscheiden eines Krankenhauses aus der Krankenhausversorgung, der Zusammenschluss mehrerer Krankenhäuser und im Fall der erstmaligen Erbringung einer Leistung einer Leistungsgruppe die Planfallzahl jeweils inklusive des entsprechenden Zeitpunktes zu übermitteln. Zudem ist die Bestimmung eines Krankenhauses als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung, sofern es bislang stationäre Leistungen abgerechnet hat, inklusive Zeitpunkt zu übermitteln. Das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren regelt das InEK.

B) Stellungnahme

Eine weitgehende Transparenz über die in dieser Regelung angeführten Basisdaten der stationären Versorgung ist überfällig. Diese grundlegenden Daten zur Versorgung sollten aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes verpflichtend von den Bundesländern im Internet aktualisiert veröffentlicht werden. Sowohl die Patientinnen und Patienten als auch die Leistungserbringer und Kostenträger haben einen Anspruch auf diese versorgungs- und abrechnungsrelevanten Informationen. Diese Basisdaten sollten vor diesem Hintergrund nicht nur dem InEK zur Ermittlung der Vorhaltebudgets übermittelt werden.

Grundsätzlich stimmt der GKV-Spitzenverband demnach der Regelung zu, sieht aber eine Notwendigkeit, diese Daten transparent und monatlich aktualisiert der Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen. Das InEK und auch das in § 6a Absatz 7 angeführte Transparenzverzeichnis könnten so auch zur Ermittlung der Vorhaltevergütung auf die von den Bundesländern verpflichtend aktuell zu haltenden Basisdaten entsprechend einfach zugreifen.

Zur Komplexität der in dem Gesetzentwurf textierten Regelung zur Ermittlung der Vorhaltevergütung, insbesondere bei unterjährigen strukturellen Änderungen in der Versorgung, wird auf die Kommentierung zu Artikel 2 Nummer 14 (§ 37) verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Vgl. Stellungnahme.

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2 – § 6a Absatz 7 – Zuweisung von Leistungsgruppen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Bundesländer haben zur Ausweisung im Transparenzverzeichnis unverzüglich dem IQTIG (und der benannten Stelle nach § 135d Absatz 1 Satz 3 SGB V) jede Zuweisung einer Leistungsgruppe, jede Aufhebung einer Zuweisung einer Leistungsgruppe, jeden Abschluss eines Versorgungsvertrags nach § 109 SGB V sowie jede Kündigung eines Versorgungsvertrags nach § 110 SGB V zu übermitteln.

B) Stellungnahme

Um eine systematische und aktuelle Transparenz über zugewiesene Leistungsgruppen zu erreichen, ist die verpflichtende Übermittlung der o. g. Informationen seitens der Länder an das IQTIG notwendig.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden sollen Krankenhäusern im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zuweisen können. Bei den in Frage kommenden Krankenhäusern muss es sich um Hochschulkliniken, also um Häuser der Versorgungsstufe Level 3U handeln. Wenn im jeweiligen Bundesland kein Krankenhaus diesem Level zugeordnet ist, können alternativ Krankenhäuser der Versorgungsstufe Level 3 für die Zuweisung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben in Betracht kommen. Unter die genannten Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben fallen dabei

1. die Koordinierung von Versorgungsprozessen und -kapazitäten und
2. die Koordinierung des Einsatzes regionaler Versorgungsnetzwerke sowie informationstechnischer Systeme und digitaler Dienste.

Das Nähere zu den Aufgaben ist durch DKG, GKV-Spitzenverband und PKV-Verband zu regeln.

B) Stellungnahme

Die mit der Gesetzesänderung vorgesehenen Koordinierungsaufgaben zum Zwecke der Optimierung von Versorgungsprozessen und der weiteren Ausgestaltung von Versorgungsnetzwerken – unter der Zuhilfenahme von informationstechnischen Systemen – sind Aufgaben, die über die in der Regelversorgung vorgesehene Kooperation von Krankenhäusern hinausgehen. Allerdings erschließt sich weder aus dem Gesetzestext noch aus der zugehörigen Begründung die klare Abgrenzung zu den Regelungen des G-BA zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen). Zwar wird in der Begründung behauptet, dass die nunmehr neu vorgesehenen koordinierenden und vernetzenden Aufgaben sich von denen der Zentrums-Regelungen unterscheiden, Nachweise dafür bleiben jedoch aus. Auch die bereits jetzt bestehenden Zentren leisten eine überörtliche und krankenhausesübergreifende Aufgabenwahrnehmung. Die dortigen Zentren haben stets eine zentrale koordinierende Funktion in einem Netzwerk. Ebenfalls besteht bereits jetzt die Möglichkeit, Beratungs- und Vernetzungsleistungen, wie die Durchführung von Fallbesprechungen oder Kolloquien, telemedizinisch durchzuführen. Die in der Begründung genannten Anwendungsgebiete, welche auf jüngeren Erfahrungen im Umgang mit der Bewältigung der SARS-CoV-2-Pandemie und der Koordination von erkrankten Kriegsgeflüchteten beruhen, können aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes bereits heute über ausgewiesene Zentren abgedeckt werden. Beispielhaft soll hier auf die Traumazentren oder die am 24.01.2024 in Kraft getretene Regelung zu Zentren für Intensivmedizin hingewiesen sein.

Ob eine über die Zentrums-Regelung hinausgehende finanzielle Förderung mit einem Volumen von 125 Mio. Euro vor diesem Hintergrund zielführend und wirtschaftlich ist, muss hinterfragt werden, auch dass der Gesetzentwurf insbesondere auf Großschadensereignisse abstellt. Daher werden die Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie die damit verbundenen Zuschläge abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Der § 6b (neu) wird gestrichen.

Sollte die Neuerung in § 6b (neu), wie im Gesetzentwurf angedacht, umgesetzt werden, sollte in Satz 1 das Wort „Benehmen“ durch das Wort „**Einvernehmen**“ ersetzt werden. Dann sollte weiterhin eine Formulierung zur klaren Abgrenzung gegenüber den Zentrums-Regelungen des G-BA aufgenommen werden.

Hilfsweise:

Sollte die Regelung erhalten bleiben, werden die folgenden neuen Sätze am Ende des Absatzes angefügt:

„Eine durch den Gesetzgeber noch zu bestimmende neutrale Institution evaluiert die Effekte der Zuschläge zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben bis zum 31. Dezember 2028. Die für den Bericht erforderlichen Daten sind dem Institut in anonymisierter Form zu übermitteln.“

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 3 – § 6c (neu) – Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Damit Krankenhäuser nach § 115g SGB V (neu) die Funktion einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung übernehmen können, bedarf es einer entsprechenden Bestimmung der dafür vorgesehenen Krankenhäuser durch das Land. Die zuständige Landesbehörde für die Krankenhausplanung bestimmt daher im Benehmen mit den Landesverbänden der Kranken- und Pflegekassen sowie den Ersatzkassen diejenigen Krankenhäuser, die über ihren stationären Versorgungsauftrag hinaus sektorenübergreifende Leistungen nach § 115g Absatz 2 SGB V (neu) erbringen und als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen betrieben werden können. Laut Begründung sind bei der Entscheidung die Bedarfsgerechtigkeit und die wirtschaftliche Situation des Krankenhauses nicht nur in Bezug auf den stationären Versorgungsbedarf, sondern auch in Bezug auf den ambulant-pflegerischen Versorgungsbedarf hin zu beurteilen.

Mit der Neuregelung wird klargestellt, dass zukünftig auch Krankenhäuser als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen bestimmt werden können, die bisher nicht in den Krankenhausplan aufgenommen waren und erstmalig in den Krankenhausplan aufgenommen werden. Hierzu können auch Leistungserbringer gehören, die bisher ausschließlich ambulant tätig waren und denen vom Land ein stationärer Versorgungsauftrag für diejenigen Leistungen übertragen wird, die eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung mindestens vorhalten muss. Voraussetzung für die Aufnahme in den Krankenhausplan ist, dass das Land in einer Gesamtbetrachtung des Bedarfs an stationären Leistungen und an sektorenübergreifenden Leistungen von einem leistungsfähigen, wirtschaftlichen und bedarfsgerechten Betrieb ausgeht. Zur sachgerechten Umsetzung bedarf es laut Begründung zu § 6c (neu) eines intensiven Abstimmungsprozesses zwischen allen Beteiligten (Land, Krankenhausträger, Krankenkassen, Pflegekassen, Zulassungsausschuss), der nach Zweckmäßigkeitsgesichtspunkten des konkreten Einzelfalls zu gestalten ist.

In Absatz 2 wird geregelt, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde dem IQTIG spätestens innerhalb von vier Wochen die Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sowie diesbezügliche weitere Änderungen mitzuteilen hat.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt, dass die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen weiterhin durch die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden in enger Abstimmung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Pflegekassen sowie den Ersatzkassen bestimmt und im Krankenhausplan ausgewiesen werden.

Die Einführung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen zielt darauf ab, bestehenden Krankenhäusern die Perspektive zur Umorientierung weg von der stationären Leistungserbringung und hin zu ambulanten und pflegerischen Leistungen zu bieten, um Standorte zu erhalten. Der Erhalt von unrentablen Krankenhäusern in Ballungsgebieten, in denen Doppelstrukturen im Sinne einer Überversorgung existieren, ist abzulehnen. Die Bestimmung von Einrichtungen als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen, die bislang nicht als Krankenhäuser in den

Krankenhausplan aufgenommen waren und erstmalig aufgenommen werden sollen, verschärft den Wettbewerb um knappe Fachkräfte und trägt nicht zu einer Entlastung des bestehenden Systems bei.

Die in der Gesetzesbegründung verankerten Voraussetzungen zur Aufnahme von neu geschaffenen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen in den Krankenhausplan sind nachvollziehbar. Im Rahmen eines intensiven Abstimmungsprozesses sollen demnach nur leistungsfähige, wirtschaftliche und bedarfsgerechte Häuser zugelassen werden. Diese Regelung schließt aus, dass Krankenhäuser lediglich aufgrund von „wirtschaftlichen Schieflagen“ durch die Einführung von § 115g SGB V (neu) „gerettet“ werden.

Es wird begrüßt, dass die Bestimmung im Benehmen mit den Krankenkassen erfolgen soll. Insgesamt muss perspektivisch eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung aufgebaut werden. Anhand der Bevölkerung ist der Bedarf für die ambulante und stationäre Versorgung festzulegen. Der ambulante Versorgungsbedarf kann durch die Vertragsärzteschaft aber auch von Krankenhäusern erfüllt werden. Wichtig ist, dass die Versorgungsangebote sinnvoll aufeinander abgestimmt werden. Damit bereits jetzt der regionale Bedarf ausreichend berücksichtigt wird, sollten die Planungsbehörden auch Stellungnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landeskrankenhausgesellschaft heranziehen.

C) Änderungsvorschlag

§ 6c Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

„Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann Standorte von Krankenhäusern im Benehmen **Einvernehmen** mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Pflegekassen sowie den Ersatzkassen durch Bescheid als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmen, wenn dieses Krankenhaus in den Krankenhausplan des jeweiligen Landes aufgenommen wurde.“

§ 6c Absatz 1 Satz 2 (neu) wird wie folgt ergänzt:

„Als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung kann auch ein Krankenhaus bestimmt werden, das erstmalig in den Krankenhausplan aufgenommen wird, **in einer ländlichen Region liegt und dem die Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie und Geriatrie zugewiesen wurden, wenn kein anderes Krankenhaus mit den Leistungsgruppen der Allgemeinen Chirurgie und Allgemeinen Inneren Medizin in 30 Pkw-Fahrzeitminuten und mit der Leistungsgruppe Geriatrie innerhalb von 45 Fahrzeitminuten flächendeckend erreichbar ist.**“

§ 6c Absatz 1 wird um folgenden Satz 3 ergänzt:

„**Bei der Beurteilung nach Satz 2 sind die Bedarfsgerechtigkeit und die wirtschaftliche Situation des Krankenhauses nicht nur in Bezug auf den stationären Versorgungsbedarf, sondern auch in Bezug auf den ambulant-pflegerischen Versorgungsbedarf hin zu beurteilen.**“

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 5 – § 12a – Förderung von Vorhaben zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Laufzeit des Krankenhausstrukturfonds II wird um ein Jahr bis zum 31.12.2025 verlängert. Die Länder können daher bis zum 31.12.2025 Mittel aus dem Krankenhausstrukturfonds II beantragen. Da die Förderung aus dem Transformationsfonds zum 01.01.2026 beginnt, soll somit ein nahtloser Übergang gewährleistet werden. Das Volumen des Krankenhausstrukturfonds II erhöht sich durch die Verlängerung nicht.

Zudem sollen die Mittel aus dem Krankenhausstrukturfonds II, die bis zum Ende der Laufzeit nicht ausgeschöpft sind, nicht mehr an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zurückfließen, sondern dem Transformationsfonds nach § 12b (neu) zugeführt werden. Der auf die Beteiligung der privaten Krankenversicherungen entfallende Anteil ist weiterhin an diese zurückzuzahlen.

B) Stellungnahme

Zur grundsätzlichen Kritik an der Ausgestaltung des Strukturfonds II verweisen wir auf die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.05.2015 zum Entwurf des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG). In den Folgejahren hat sich gezeigt, dass die damals angemerkten Kritikpunkte berechtigt waren und weiterhin aktuell sind. Unter anderem wurde in der Umsetzungsphase seit 2018 offensichtlich, dass die freiwillige PKV-Beteiligung nicht funktioniert hat. Auch der zielführende Einsatz der finanziellen Mittel ist schlicht nicht gegeben, wenn der Königsteiner Schlüssel die Mittelverteilung bestimmt, statt des tatsächlichen Anpassungsbedarfs je Bundesland. Des Weiteren fehlt es seit Beginn des Strukturfonds II an einer Priorisierung der Maßnahmen, d. h. einem klaren Vorrang für Standortschließungen in Ballungsgebieten zum Abbau von Überversorgung, was dazu führt, dass ein Großteil der Anträge im Bereich der telemedizinischen Netzwerkstrukturen, IT-Vorhaben und Ausbildungskapazitäten zu finden sind. Somit ist festzuhalten, dass der Strukturfonds nicht die gewünschten Effekte gebracht hat. Insbesondere wird der Missstand eines fehlenden Zielbildes mit der Verlängerung des Strukturfonds II fortgeführt.

Verlängerung der Laufzeit

Die mit dieser Regelung angedachte nochmalige Verlängerung der Antragsfrist bis Ende 2025 ist zwar nachvollziehbar, da insbesondere aufgrund der Coronapandemie in den Jahren 2020 bis 2022 Antragsverzögerungen zu beobachten waren, dennoch wird auf die oben angebrachte grundsätzliche Kritik verwiesen.

GKV-Mittelübertragung in den Transformationsfonds

Da der Krankenhaustransformationsfonds seitens des GKV-Spitzenverbandes in der in diesem Gesetzentwurf dargestellten Form (vgl. Kommentierung zu Artikel 2 Nummer 6) abgelehnt wird, müssen folgerichtig die nicht bis Ende 2025 abgerufenen GKV-Mittel auch an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zurückfließen. Vor diesem Hintergrund ist diese gesetzliche Anpassung zu streichen.

C) Änderungsvorschlag

§ 12a Absatz 2 Satz 4 (neu) ist zu streichen.

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 6 – § 12b (neu) – Transformationsfonds, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Krankenhausstrukturfonds II wird ab dem Jahr 2026 als Transformationsfonds neu aufgesetzt, um insbesondere weitere Umstrukturierungsprozesse, die mit der Krankenhausreform angestoßen werden, finanziell zu unterstützen. Länder, die den Krankenhäusern bereits im Jahr 2025 Leistungsgruppen zugewiesen haben, können daher ab dem Jahr 2026 Fördermittel zur Finanzierung von erforderlichen Umstrukturierungsmaßnahmen erhalten. Der Transformationsfonds orientiert sich an den gesetzlichen Grundlagen des Krankenhausstrukturfonds. Hinsichtlich des etablierten Verfahrens ergeben sich keine wesentlichen Unterschiede.

Dem Transformationsfonds werden ab dem Jahr 2026 bis zum Jahr 2035 Mittel in Höhe von bis zu 25 Mrd. Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt. Der jährliche Betrag von bis zu 2,5 Mrd. Euro erhöht sich, wenn die in den Vorjahren jeweils zur Verfügung stehenden 2,5 Mrd. Euro nicht vollständig ausgeschöpft wurden.

Neben der standortübergreifenden Konzentration werden Vorhaben zur Umstrukturierung, zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen, zur Bildung von Zentren, zur Bildung von Krankenhausverbänden, zur Bildung integrierter Notfallstrukturen und schließlich Vorhaben zur Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen eines Krankenhauses gefördert.

95 % werden nach dem Königsteiner Schlüssel auf die einzelnen Länder verteilt, 5 % sind für länderübergreifende Vorhaben zu verwenden.

Die Anträge werden durch die Länder gestellt. Das antragstellende Land trägt, gegebenenfalls gemeinsam mit dem Träger der zu fördernden Einrichtung, mindestens 50 % der förderungsfähigen Kosten des Vorhabens (Kofinanzierung), wobei das Land mindestens die Hälfte dieser Kofinanzierung aus eigenen Haushaltsmitteln aufbringen muss.

Zudem verpflichtet sich das antragstellende Land, in den Jahren 2026 bis 2035 jährlich Haushaltsmittel für die Investitionsförderung mindestens in der Höhe bereitzustellen, die dem Durchschnitt der in den Haushaltsplänen der Jahre 2021 bis 2024 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel entspricht (zusätzlich zur Kofinanzierung).

Das BMG regelt in der Rechtsverordnung das Nähere zu den Kriterien der Förderung und zum Verfahren der Vergabe der Fördermittel, zum Nachweis der Fördervoraussetzungen und der zweckentsprechenden Verwendung.

B) Stellungnahme

Der Auf- und Umbau der Krankenhauslandschaft ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Bund und Länder dürfen ihre Finanzierungsverantwortung nicht auf die GKV abwälzen. Der Rückgriff auf GKV-Mittel beim Transformationsfonds wird seitens des GKV-Spitzenverbandes nachdrücklich abgelehnt.

Die hälftige Finanzierung eines Transformationsfonds durch die GKV ist beitragsatzrelevant. Der Gesetzentwurf sieht somit Mehrbelastungen der Beitragszahlenden in Bereichen vor, für die die GKV keine originäre Finanzierungsverantwortung trägt. Investitionen müssen laut KHG von den Ländern gezahlt werden.

Bevor über die weitere Ausgestaltung eines Fonds diskutiert werden kann, muss dieser wesentliche Finanzierungsaspekt adäquat gelöst sein. Dies bedeutet, dass 50 % der Mittel aus dem Bundeshaushalt (Steuermittel) bereitgestellt werden und weitere 50 % von den Ländern kofinanziert werden müssen.

Zielbild zwingend erforderlich

Eine weitere Grundvoraussetzung für eine Vergabe von Mitteln in dieser Höhe ist das klare Zielbild einer zukünftigen Versorgungsstruktur. Konkreter bedeutet dies, dass Festlegungen zu treffen sind, welche Versorgungsbedarfe innerhalb welcher angemessenen Erreichbarkeiten für die Bevölkerung gedeckt werden müssen. Die Regierungskommission hat sich dieser Thematik genähert, in dem sie versucht hat, gestufte Versorgungsmodelle (Level) zu implementieren. Zur Annäherung an das geforderte Zielbild der Krankenhausreform sollte die Bedarfsnotwendigkeit auch bei den hier angedachten Fördermechanismen Berücksichtigung finden, gemessen nicht nur an historisch erbrachten Bewertungsrelationen, sondern populationsbezogen unter Berücksichtigung der Kapazität eines Krankenhausstandorts. Ein entsprechendes generisches Modell zur Ermittlung der standortbezogenen Versorgungsbedeutung und Bedarfsnotwendigkeit wurde u. a. unter Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes erarbeitet (vgl. Kommentierung zu Artikel 2 Nummer 8d (§ 17b Absatz 4b (neu))).

Bei den Maßnahmen sollte grundsätzlich gelten, dass Fördermittel erst vergeben werden können, wenn die neue Leistungsgruppensystematik als einheitliche Planungssprache konsequent in den Ländern angewendet wird.

Darüber hinaus geht der GKV-Spitzenverband davon aus, dass aufgrund der in der Begründung hervorgehobenen Analogie zum Strukturfondsverfahren auch im Rahmen des neuen Transformationsfonds entsprechend der bisherigen Verfahrensregelungen des Strukturfonds (vgl. Rechtsverordnungen zum Strukturfonds nach § 12 und § 12a KHG) die Einvernehmensklärung mit den Kassen gemäß § 13 KHG zu den förderungsfähigen Vorhaben bei der Antragsübermittlung an das BAS vorliegen muss.

Weitere Kritikpunkte im Einzelnen:

Förderzweck: Vorrang für Standortschließung

Positiv im Vergleich zum Strukturfonds II ist die Streichung der „Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten“ und der „Verbesserung der informationstechnischen Sicherheit“ als Verwendungszwecke des Transformationsfonds. Dennoch finden sich z. B. die „Vorhaben zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen“ und weitere Verwendungsmöglichkeiten in der Gesetzesformulierung wieder. Erst unter 7. wird die Schließung eines Krankenhauses genannt. Damit fehlt es weiterhin an einer Priorisierung der Maßnahmen, d. h. einem klaren Vorrang für Standortschließungen in Ballungsgebieten zum Abbau von Überversorgung. Es gibt keinen Fokus auf strukturelle Anpassungen und Schließungen: Die Fördertatbestände werden weiterhin zu weit gefasst

und eine Begrenzung auf die Fördertatbestände Schließung, Konzentration und Umwidmung sollten zwingend im Gesetz verankert werden. Ansonsten ist zu befürchten, dass auch im Rahmen des Transformationsfonds ein Großteil der Anträge außerhalb dieser Maßnahmen liegen wird und der Fonds nicht die gewünschten Effekte erbringen wird (insbesondere, wenn das klare Zielbild fehlt).

Investitionsquoten einhalten und jährlich adäquat erhöhen

Zumindest die jetzt schon zu niedrigen Investitionsquoten müssen künftig weiterhin erfüllt werden. Begrüßenswert ist daher, dass eine Förderbedingung formuliert wurde, die vorsieht, dass die Länder auch weiterhin die durchschnittlichen Investitionsmittel der Jahre 2021 bis 2024 über Pauschal- und Einzelinvestitionen an die Krankenhäuser ausschütten. Sachgerecht wäre es, diese durchschnittlichen Werte zumindest mit den jährlichen Steigerungsraten zu versehen, die den Ausgabensteigerungen der GKV-Mittel im Krankenhausbereich entsprechen. Ansonsten drohen die Investitionen im Vergleich zu den Ausgaben der GKV noch weiter zu sinken – mit der Folge der Querfinanzierung der Investitionen aus Betriebsmitteln, die durch die GKV finanziert werden.

PKV-Beteiligung sicherstellen

Die PKV profitiert in gleichem Maße vom Transformationsfonds und ist demnach entsprechend der Inanspruchnahme von stationären Versorgungsstrukturen an den Kosten verbindlich und nicht freiwillig zu beteiligen. Die Beteiligung der PKV sollte direkt an das BAS oder durch einen Zuschlag auf die Leistungsentgelte erfolgen. Zuschläge sollten in Abhängigkeit von den festgelegten Fördersummen krankenhausesindividuell ausgestaltet werden. So lässt sich eine adäquate Beteiligung der PKV sicherstellen, welche der besseren Umsetzung der Reform dienlich ist. Die verfassungsrechtliche Fragestellung bleibt hiervon unberührt.

Mittel nach tatsächlichen Anpassungsbedarfen verteilen

Bekannt ist, dass sich der Anpassungsbedarf je Bundesland deutlich unterscheidet. Ein zielführender Einsatz der finanziellen Mittel ist somit nicht zu erwarten, wenn der Königsteiner Schlüssel die Mittelverteilung bestimmt. Stattdessen sollte der tatsächliche Anpassungsbedarf je Bundesland auch die Höhe der zugeteilten Mittel bestimmen. Es bedarf bundeseinheitlicher Leitplanken für die Mittelvergabe. Zur Operationalisierung sollte die Bedarfsnotwendigkeit bei den Fördermechanismen Berücksichtigung finden; populationsbezogen unter Berücksichtigung der Kapazität eines Krankenhausstandorts.

Antragstellung durch die Träger einführen

Unverständlich ist, warum weiterhin die Länder die Entscheidung über die förderungsfähigen Vorhaben treffen sollen. Es drohen strategische Mitnahmeeffekte zu Lasten der GKV und eine weitere Zweckentfremdung der GKV-Mittel aus dem Gesundheitsfonds, da die Länder die Vorhaben nicht ausschließlich nach versorgungspolitischer Notwendigkeit auswählen werden. Die Antragstellung sollte daher den Trägern selbst überlassen werden; sie sollen einen Rechtsanspruch auf Beantragung von Marktaustrittshilfen erhalten. Marktaustrittshilfen werden gewährleistet, sofern die Schließung der Standorte die wohnortnahe Versorgung nicht gefährdet. Das BAS prüft die Bedarfsnotwendigkeit anhand der durch den G-BA konkretisierten Voraussetzungen für die Gewährung eines Sicherstellungszuschlags. Um Kohärenz zwischen Krankenhausplanung und Transformationsförderungentscheidungen zu gewährleisten, erhalten die Länder ein Vetorecht. Die Ablehnung von Vorhaben, die grundsätzlich als förderungsfähig bewertet wurden, ist vom Land zu

begründen und dem Antragsteller zu übermitteln. Klargestellt werden sollte, dass bei der Auswahl der Vorhaben nur Institutionen, die auch Finanzierungsverantwortung tragen, beteiligt werden.

Die Länder und die Kostenträger sollten ein Initiativrecht erhalten, um für notwendige strukturelle Anpassungen an Krankenhausstandorten aktiv Mittel zur Verfügung stellen zu können.

Volle Transparenz über beantragte, bewilligte und laufende Verfahren

In den vergangenen Jahren wurde deutlich, dass unterschiedlich bzgl. der Transparenz über beantragte, bewilligte und laufende Verfahren agiert wird. Es bedarf somit einer bundeseinheitlichen Vorgabe über beantragte, bewilligte und laufende Verfahren (Dies betrifft insbesondere auch die Auswahl der Anträge auf Landesebene.). Das BAS sollte zu einer deutlich verbesserten und permanenten Darstellung über diese Aspekte – für alle einsehbar auf der entsprechenden Homepage - verpflichtet werden.

C) Änderungsvorschlag

Vgl. Stellungnahme.

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 7 – § 14 – Auswertungen der Wirkungen der Förderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die für den Strukturfonds durch das BAS in Abstimmung mit dem BMG und dem Bundesfinanzministerium (BMF) zu erstellende begleitende Auswertung des durch die Förderung nach dem Strukturfonds bewirkten Strukturwandels ist auch für die Förderung nach dem Transformationsfonds zu erstellen. Ein erster Zwischenbericht ist erstmals nach zwei Jahren zum 31.12.2027 vorzulegen.

B) Stellungnahme

Grundsätzlich sind begleitende Auswertungen unabdingbar. Wieso die jährlichen Zwischenberichte aber nur an einen kleinen Adressatenkreis gerichtet sind, ist nicht nachvollziehbar. Diese jährlichen Zwischenberichte sind neben dem BMG und dem BMF dem GKV-Spitzenverband zu übermitteln. Auch hier bedarf es einer breiteren Transparenz, um - wenn nötig - kurzfristiger gegensteuern zu können (vgl. Kommentierung zu Artikel 2 Nummer 6).

C) Änderungsvorschlag

§ 14 Satz 3 ist wie folgt zu ergänzen:

„Zwischenberichte über die Auswertung sind dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium der Finanzen **und dem GKV-Spitzenverband** jährlich, für die Förderung nach § 12a erstmals zum 31. Dezember 2020, für die Förderung nach § 12b erstmals zum 31. Dezember 2027, vorzulegen.“

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 8a und b – § 17 b Absätze 1 und 3 – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Folgeänderungen, die aufgrund der Einführung der Vorhaltevergütung nach Absatz 4b erforderlich sind:

- Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden auch weiterhin über das pauschalierende Vergütungssystem vergütet, solange keine abweichenden Regelungen für die Pflegepersonalkostenvergütung und die Vorhaltevergütung angeführt sind.
- Auch für die Vorhaltevergütung ist zu gewährleisten, dass die Kalkulation auf einer repräsentativen Grundlage erfolgt. Deshalb ist das von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbarende Konzept auf Basis eines Vorschlags des InEK anzupassen.

B) Stellungnahme

Die Änderungen sind folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 8 c – § 17b Absatz 4a Satz 1 – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung betrifft die Finanzierungsregelungen des Pflegebudgets. Bis zum Jahr 2024 werden Kosten von Auszubildenden in der Pflege und von ausländischen Pflegekräften im Anerkennungsverfahren über das Pflegebudget finanziert. Auf Grund einer Regelung aus dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) ist vorgesehen, dass diese Kosten ab dem Jahr 2025 nicht mehr über das Pflegebudget, sondern wieder über die Fallpauschalen finanziert werden. Die mit der nunmehrigen Regelung vorgesehene Weiterfinanzierung der Kosten von Auszubildenden in der Pflege und von ausländischen Pflegekräften im Anerkennungsverfahren über das Pflegebudget steht dem Ziel des GKV-FinStG nicht entgegen, dass zukünftig nur noch Pflegefach- und -hilfskräfte im Pflegebudget zu berücksichtigen sind. Zwar haben Auszubildende in der Pflege und ausländische Pflegekräfte im Anerkennungsverfahren per Definition noch nicht ihren angestrebten (deutschen) Abschluss in einem Pflegeberuf, werden ihn aber regelhaft in absehbarer Zeit erlangen. Daher ist es sachgerecht, diese beiden Berufsgruppen finanzierungsrechtlich den Pflegefach- und -hilfskräften gleichzustellen und sie auch über das Jahr 2024 hinaus im Pflegebudget zu berücksichtigen. Hierdurch wird die etablierte Zuordnung der Kosten für diese Berufsgruppen beibehalten und Umstellungsaufwand für die Vertragsparteien sowohl auf Bundes- als auch auf Ortsebene vermieden.

B) Stellungnahme

Die Änderung wird seitens des GKV-Spitzenverbandes begrüßt. Sie entspricht der gemeinsamen Initiative der DKG und des GKV-Spitzenverbandes zur Klarstellung der Berücksichtigungsfähigkeit von Auszubildenden und ausländischen Pflegekräften im Anerkennungsverfahren im Pflegebudget.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 8d – § 17b Absatz 4b (neu) – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung wird das InEK für die Einführung einer Vorhaltevergütung beauftragt, erstmals in der Kalkulation für das Jahr 2025 einen weiteren Anteil aus dem DRG-Fallpauschalensystem auszugliedern. Neu eingeführt werden damit bundeseinheitliche Bewertungsrelationen für die Vorhaltevergütung. Die Kosten für die Kalkulation der Bewertungsrelationen für die Vorhaltevergütung sind zunächst, um die variablen Sachkosten zu reduzieren. Durch den Abzug der variablen Sachkosten wird sichergestellt, dass Krankenhäusern Leistungen mit einem hohen Anteil an variablen Sachkosten vollständig finanziert werden.

Für die Einführung der Vorhaltevergütung hat das InEK erstmals im Jahr 2024 für das Jahr 2025 aus den verminderten Kosten einen Anteil in Höhe von 60 % auszugliedern. Die Ausgliederung ist auf Basis der jährlichen vorliegenden Kalkulationsgrundlage jedes Jahr durchzuführen, um Veränderungen der Kosten bei dem auszugliedernden Anteil für die Vorhaltevergütung zu berücksichtigen.

Die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und in Kreißsälen gelten ebenfalls als Vorhaltung. Dies hat keine Auswirkungen auf die bisherige Ausgliederung und Vergütung der Pflegepersonalkosten, welche unverändert vollständig über das Pflegebudget finanziert werden.

Die Vorhaltebewertungsrelationen der Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin sind um die Förderbeträge entsprechend zu erhöhen.

B) Stellungnahme

Die GKV begrüßt grundsätzlich die Idee, das DRG-System zu erhalten und zugleich einen Teil der bisherigen Fallpauschalvergütung zur Finanzierung von Vorhaltekosten zu nutzen. Eine leistungsorientierte Krankenhausvergütung ist auch weiterhin erforderlich, damit die Vergütung der Leistung folgt. Die ergänzende Vorhaltefinanzierung sollte aber auf eine konkrete Leistungsmenge auf Basis eines bedarfsorientierten Versorgungsauftrages ausgerichtet sein. Maßgeblich für die Zuweisung der Mittel muss zumindest perspektivisch ein klarer Bevölkerungs- und Qualitätsbezug sein. Vorhaltepauschalen müssen sich am Bedarf orientieren, an der mit den Leistungsgruppen zu versorgenden Bevölkerung.

Bedarfsorientierung übergreifend notwendig

Es muss der Anspruch sein, die in dieser Reform aufgeführten Aspekte nicht nur im Einzelnen zu adressieren, sondern durch einen schlüssigen und damit nachvollziehbaren Ansatz zu verbinden. Nur so kann nach der Reform statt einem „Flickwerk“ eine nachhaltig leistungsfähige und finanzierbare Krankenhausstruktur entstehen. Diese muss darauf ausgerichtet sein, die Menschen mit den Krankenhausleistungen zu versorgen, die sie auch wirklich benötigen. Hierfür werden die „richtigen“ Krankenhäuser gebraucht – und nicht umgekehrt „Fälle“, um Krankenhäuser zu finanzieren. Die Bedarfsorientierung ist daher ein unverzichtbarer Grundpfeiler der zukünftigen Krankenhausstruktur

und damit auch des Zielbilds, das zu deren Erreichung gefordert wird. Über dieses Maß lässt sich transparent und objektiv die zur Versorgung der Bevölkerung notwendige Quantität der Leistungserbringung in jeder Leistungsgruppe bestimmen. Die Wirkung auf die Vorhaltefinanzierung ist unmittelbar, denn vorgehalten werden muss nur, was bedarfsnotwendig ist. Aufgabe des Transformationsfonds ist es, am Ende der Reformphase den Weg dorthin bereitet zu haben. Zur bevölkerungsbezogenen Ermittlung der Versorgungsbedeutung und Bedarfsnotwendigkeit eines Krankenhausstandorts für die unterschiedlichen Leistungsgruppen liegen bereits Modelle vor. Ein Beispiel der Modellierung, bei der u. a. der GKV-Spitzenverband mitgewirkt hat, ist: Schmitt et al. 2024 (Artikel abrufbar unter: <http://doi.org/10.24945/MVF.03.24.1866-0533.2606>). Die so ermittelten Maße können sowohl für die Krankenhausplanung als auch die Bemessung der Vorhaltefinanzierung Anwendung finden. Nicht zuletzt ermöglichen sie auch eine Versachlichung der Diskussion um Standortschließungen sowohl gegenüber den Krankenhausträgern als auch der betroffenen Bevölkerung.

Damit fehlt es bei der im Gesetzentwurf dargelegten Ausgestaltung der Vorhaltefinanzierung bislang auch an einem klaren Zielbild und an einer klaren Definition der Vorhaltekosten. Stattdessen erfolgt eine rein normative Festlegung in Höhe von 60 % der Kosten. Die im Gesetzentwurf skizzierte Vorhaltefinanzierung orientiert sich zudem zu sehr am Status quo, d. h. an den bislang erbrachten Leistungsmengen.

Mit der geplanten Regelung wird die Zielstellung einer Strukturveränderung nicht erreicht, da sie teilweise entgegengesetzt und damit strukturkonservierend wirkt.

Daneben wird der GKV-Spitzenverband weder in die Einführung, die Entwicklung und die Weiterentwicklung der Vorhaltefinanzierung noch in die Verteilung eines maßgeblichen Anteils der Betriebskostenerlöse eingebunden. Da diese rein aus Mitteln der Beitragszahler finanziert werden, ist dies nicht akzeptabel.

Vor diesem Hintergrund wird die im Gesetzentwurf angedachte Regelung abgelehnt.

Darüber hinaus werden mit Verweis auf die Kommentierung zu Artikel 2 Nummer 16 die zusätzlichen Fördertöpfe mit Blick auf die hier nicht mehr gegebene und für die GKV wesentliche ausgabenneutrale Umsetzung der Vergütungsreform abgelehnt. Sollten diese Regelungen enthalten bleiben, sind die Effekte der Zuschläge zwingend zeitnah zu evaluieren.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelung in § 17b Absatz 4b (neu) ist zu streichen. Zeitnah ist ein Vorhaltevergütungskonzept mit einem klaren Bevölkerungs- und Qualitätsbezug gemeinsam mit den Partnern der Selbstverwaltung auf Bundesebene zu entwickeln.

Hilfsweise:

Die Vorhaltevergütung ist zeitnah weiterzuentwickeln. § 17b Absatz 4b wird wie folgt umformuliert:

„(4b) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat für jedes Kalenderjahr, erstmals für das Kalenderjahr 2025, 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 abzuziehen (verminderte Kosten) und einen Betrag auszugliedern, der einem Anteil von 60 Prozent an den verminderten Kosten entspricht. Die nach Absatz 4 Satz 1 aus dem Vergütungssystem auszugliedernden Pflegepersonalkosten sind in dem Anteil von 60 Prozent enthalten; ihre Vergütung bleibt unberührt. Zur Ermittlung der Bewertungsrelationen für die Vergütung eines Vorhaltebudgets (Vorhaltebewertungsrelationen) sind die nach Absatz 4 Satz 1 aus dem Vergütungssystem auszugliedernden Pflegepersonalkosten dadurch zu berücksichtigen, dass

1. sie in dem Fall, dass ihr Anteil an den verminderten Kosten weniger als 60 Prozent beträgt, von einem Betrag in Höhe von 60 Prozent der verminderten Kosten abzuziehen 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 Prozent beträgt, die jeweilige Vorhaltebewertungsrelation null beträgt.

Die Vorhaltebewertungsrelationen für Fälle aus den Leistungsgruppen der Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin sind um den nach § 39 Absatz 3 für das jeweilige Kalenderjahr berechneten Prozentsatz zu erhöhen und gesondert 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 Jahr 2025 zu berücksichtigen und die Vorhaltebewertungsrelationen sind dementsprechend erstmals in dem Entgeltkatalog für das Jahr 2025 auszuweisen. **Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus, das bis zum 31. März 2026 vorzulegen ist, erstmals bis zum 31. August 2026 eine eindeutige, bundeseinheitliche Definition für Vorhaltekosten zu vereinbaren und hierbei Vorgaben für eine erstmals für das Jahr 2027 durchzuführende Kalkulation der Vorhaltekosten unter Berücksichtigung der zu versorgenden Bevölkerung und der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen nach § 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu treffen. Kommt die Vereinbarung ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen die Definition von Vorhaltekosten und die Vorgaben für die Kalkulation der Vorhaltekosten fest. Die Vereinbarung oder die Festsetzung ersetzt die in Absatz 4b Satz 1, 3 und 4 vorgegebene Höhe des auszugliedernden Anteils.“**

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 8d – § 17b Absatz 4c (neu) – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dieser Änderung wird das InEK verpflichtet, die Auswirkungen der Einführung der Vorhaltevergütung zu analysieren und vor diesem Hintergrund Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Vorhaltevergütung zu geben. Bei der Analyse sind Veränderungen der Strukturen und der Qualität der Versorgung auf Grund der Einführung der Vorhaltevergütung zu beurteilen. Auch die Wirkung des vorgegebenen Korridors zur Dämpfung der Anreize zur Mengensteigerung ist zu untersuchen.

Für die Weiterentwicklung der Vorhaltevergütung kann das InEK auch Empfehlungen geben, ob und inwieweit perspektivisch anstelle der normativen Festlegung der Vorhaltevergütung eine Kalkulation von Vorhaltekosten vorgenommen werden sollte. Der Zeitraum der Betrachtung ist auf die Jahre 2027 bis 2030 festgelegt.

Das InEK soll dem BMG die Ergebnisse seiner Analyse bis zum 31.12.2029 in einem Zwischenbericht und bis zum 31.12.2031 in einem abschließenden Bericht vorlegen. Das InEK hat die Berichte zeitnah und barrierefrei auf seiner Internetseite zu veröffentlichen.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben vor der Erstellung der Berichte durch das InEK Stellung zu den Auswirkungen der Einführung der Vorhaltevergütung, insbesondere hinsichtlich der Veränderung der Versorgungsstrukturen und der Qualität der Versorgung, gegenüber dem InEK zu nehmen. Die Kosten des InEK werden über den DRG-Systemzuschlag finanziert.

B) Stellungnahme

Sachgerecht ist, dass mit der Einführung der Vorhaltefinanzierung auch zeitgleich die begleitende Analyse der Auswirkungen terminiert wird. Durch die hier festgelegten Zeitpunkte der Berichtslegung ist aber eine zeitnahe Weiterentwicklung des Systems nicht zu erwarten. Gerade mit Blick auf die in der Kommentierung zu Artikel 2 Nummer 8d (§ 17b Absatz 4b (neu)) angemerkten Notwendigkeiten der zeitnahen Weiterentwicklung des Vorhaltevergütungssystems (Stichworte: Bevölkerungs- und Qualitätsbezug) ist es wesentlich, wie auch im lernenden DRG-System die Weiterentwicklung des Vergütungssystems als Aufgabe der Selbstverwaltung in diesem Gesetz zu verankern.

C) Änderungsvorschlag

Vgl. Kommentierung zu Artikel 2 Nummer 8d (§ 17b Absatz 4b (neu)).

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 8e und f – § 17b Absatz 5 Satz 1 und Absatz 7 Satz 1 – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Einführung der Vorhaltevergütung.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 9 – § 17c – Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Statistik

A) Beabsichtigte Neuregelung

zu a)

Mit der Einfügung des Absatzes 1a (neu) soll ab dem 01.01.2027 der Ersatz von Einzelfallprüfungen durch Stichprobenprüfungen gesetzlich vorgegeben werden. Der Medizinische Dienst Bund soll bis zum 28.02.2026 ein Konzept zu Stichprobenprüfungen entwickeln. Der Medizinische Dienst wird verpflichtet, die Schiedsstelle über den Zeitpunkt der Konzeptvorlage zu informieren.

Insbesondere hat er das Nähere zu folgenden Bereichen festzulegen:

- Methodik und Umfang der Stichprobe
- Ablauf des Prüfverfahrens und Fristen
- Beanstandung der Ergebnisse und Hochrechnung
- Dokumentationspflichten

Die DKG und der GKV-Spitzenverband sollen bis zum 30.06.2026 unter Beachtung des o. g. MD-Konzeptes eine Stichprobenprüfung vereinbaren. Konfliktlösungsmechanismus ist eine automatische Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 innerhalb von sechs Wochen nach dem 30.06.2026. Für Aufnahmen ab dem 01.01.2027 soll die Anwendung der Regelung nach § 275c SGB V (Einzelfallprüfung) entfallen.

zu b)

Es wird klargestellt, dass bei Erörterungen kein Anspruch gegenüber der Gegenseite auf Erstattung der Kosten für die Hinzuziehung eines Bevollmächtigten oder Beistands bestehen soll. Das war in der Vergangenheit mehrfach ein Streitpunkt; es bestand daher Klarstellungsbedarf aus Kassensicht.

zu d)

Mit der Änderung in Absatz 6 Satz 1 wird die Verpflichtung des GKV-Spitzenverbandes, in der jährlichen Statistik Auswertungen zu Strukturprüfungen vorzunehmen und zu veröffentlichen, gestrichen. Die Streichung von Satz 4 erfolgt aufgrund des Zeitablaufs der Übergangsregelung zu den Inhalten der jährlichen Statistik.

Die Änderung zu Satz 6 ist redaktionell.

zu c) und e)

Bei den Änderungen in Absatz 4 und zu Absatz 7 Satz 2 handelt es sich um redaktionelle Folgeänderungen.

B) Stellungnahme

zu a)

Der Ersatz der Einzelfallprüfungen durch Stichprobenprüfungen wird entschieden abgelehnt. Das MDK-Reformgesetz hat die Prüfung der Medizinischen Dienste bereits drastisch zu Lasten der Solidargemeinschaft auf eine Prüfquote von 8 % aller Fälle reduziert. Schon heute werden 100 % aller

Krankenhausrechnung innerhalb vom fünf Tagen ungeprüft gezahlt, obwohl bekannt ist, dass mehr als die Hälfte der Rechnungen von Krankenhäusern falsch ist und die Krankenkasse im besten Fall nur 10 % prüfen kann.

Es kam in den letzten Jahren nicht nur zu einem starken Rückgang der MD-Prüffälle, sondern zu einer Halbierung der jährlichen Rückflüsse aus den Einzelfallprüfungen an die Krankenkassen von 2,38 Mrd. Euro auf 1,19 Mrd. Euro. Dabei ist zu beachten, dass diese Rückflüsse durch Erörterungs- und Gerichtsverfahren zu Ungunsten der Solidargemeinschaft noch weiter gemindert werden und mittlerweile deutlich unter 1 Mrd. Euro betragen dürften. Des Weiteren ist zu beachten, dass künftig der Anteil der Vorhaltevergütung keiner Abrechnungsprüfung durch die Krankenkassen unterliegt. Somit beträgt die Mehrbelastung der GKV in diesem Bereich allein weitere 500 Mio. Euro.

Nach den Neuregelungen des MDK-Reformgesetzes wird nun im Vorgriff ein erneuter Wechsel der gesetzlichen Regelungen vorgenommen, ohne dass ein Konzept oder eine Folgenabschätzung vorliegt. Dies ist fahrlässig und verschwendet Beitragsmittel der GKV-Versichertengemeinschaft, ohne dass der Versichertengemeinschaft hieraus ein Vorteil erwächst. Im größten Ausgabenbereich der GKV mit über 90 Mrd. Euro muss unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots das Ziel der Abrechnungsprüfung auch künftig sein, zu Unrecht geltend gemachte Ansprüche der Krankenhäuser zurückzufordern, um die Krankenkassen und ihre Beitragszahler vor unnötigen Ausgaben zu schützen. Vor dem Hintergrund des Wissenszuwachses und der Zunahme der Komplexität der modernen Medizin ist eine Pauschalisierung der Abrechnungsprüfung abzulehnen, eine differenzierte Einzelfallbegutachtung durch die Medizinischen Dienste ist weiterhin sinnvoll und notwendig.

Zur Stichprobenprüfung verweist der Entwurf auf eine Entlastung der Krankenhäuser von Bürokratie. Obwohl keinerlei Abschätzung zur Aufwandsreduzierung vorliegt, soll diese den Systemwechsel hin zu ausschließlichen Stichprobenprüfungen begründen. Die beabsichtigte Entbürokratisierung kann mit wenigen gezielten Maßnahmen zur Vereinfachung des bestehenden Prüfverfahrens wesentlich besser und aufwandsärmer erzielt werden als mit einem nicht fundierten Systemwechsel zu Stichprobenprüfungen.

Stichprobenprüfungen entbinden keineswegs von der einzelfallbezogenen Begutachtung der mittels Stichprobe ausgewählten Fälle, die Aufwandsreduzierung ist also mehr als fraglich. Die Erfahrungen mit der alten Stichprobenprüfung nach § 17c zeigen auch, dass es in nahezu jedem Fall zu mehr Gerichtsverfahren und mehr Bürokratie gekommen ist, weil durch die Hochrechnung jeder geprüfte Fall in seiner Wirkung potenziert wird. Die Auswahl einer Stichprobe aus einer nicht normalverteilten Grundgesamtheit favorisiert die Hochrechnung aus positiven und negativen Extremwerten. Es kommt dann in vielen Fällen entweder zu existenzbedrohenden Hochrechnungen und Sanktionierungen für Krankenhäuser oder zu falscher Sicherheit, dass alle Rechnungen korrekt seien, diesmal zu Lasten der Versicherten. Die vorzunehmende Hochrechnung potenziert, wie in der Vergangenheit schon, die Bedeutung jedes strittigen Einzelfalles. Ohne trennscharfe Kriterien direkt in der MD-Begutachtung, was richtig und was falsch ist, kann Stichprobenprüfung nicht funktionieren. Eine Klärung des Sachverhalts erst Jahre später vor Gericht würde das gesamte Verfahren unbrauchbar machen und eine Hochrechnung unmöglich werden lassen.

Hohe Entwicklungs- und Umstellungsaufwände für einen Verfahrenswechsel zu generieren, um in erheblichem Maße auch Rechnungen zu prüfen, die an sich keiner tiefergehenden Prüfung bedürften,

oder auffällige Rechnungen nicht zu prüfen, weil sie aus der Stichprobe fallen, ist unwirtschaftlich und verursacht unnötigen Aufwand. Im Bereich der Abrechnungsprüfung wurde darüber hinaus die notwendige Umsetzung von Ergebnissen aus Stichprobenprüfungen auf die Grundgesamtheit erfahrungsgemäß verfehlt. Angesichts der bisherigen Erfahrungen ist höchst fraglich, ob eine rechtssichere Umsetzung überhaupt möglich ist. Die Wiedereinführung der wegen Wirkungslosigkeit und endloser Rechtsstreite mit dem Argument der Entbürokratisierung im Jahr 2013 durch das Beitragsschuldengesetz abgeschafften und vorher weitgehend ungenutzten Stichprobenprüfung nach § 17c wird daher entschieden abgelehnt. Es stellt sich auch die Frage nach Good Governance, wenn eine mit dem Argument der Entbürokratisierung abgeschaffte, nachweislich wirkungslose Regelung unter dem Argument der Entbürokratisierung nach zehn Jahren wiedereingeführt werden soll. Der intendierte Wechsel des Prüfverfahrens konterkariert zudem das laufende Vergabeverfahren zum Gemeinsamen Bericht gemäß § 17c Absatz 7, der die Auswirkungen des MDK-Reformgesetzes evaluieren soll.

Mit der Einführung der Vorhaltefinanzierung bleibt es bei einzelfallbezogener Abrechnung, so dass auch künftig leistungsbezogene Prüfungen erforderlich sind. Die verstärkte Ambulantisierung wird ohne MD-Prüfungen auf stationäre Notwendigkeit nicht ausreichend vorangetrieben werden können.

Der vorliegende Gesetzentwurf legt sehr viel Wert auf die Erhebung von Daten im Krankenhausbereich. Diese Daten liegen derzeit nur in dieser guten Qualität vor, weil sie im Einzelfall durch den Medizinischen Dienst geprüft werden konnten („Schutzmanneffekt“). Auch mit Blick auf die Kodierqualität ist deswegen zu bedenken, dass ungeprüfte und damit nicht MD-geprüfte und damit nichtvalidierte Datensätze für wissenschaftliche Analysen zur Weiterentwicklung der Vergütung und Qualitätssicherung wertlos sind. Bei unzureichender Datenintegrität ist darüber hinaus von negativen Auswirkungen auf den Risikostrukturausgleich auszugehen. Die in diesem Gesetz geplanten Erhebungen zu Strukturdaten, Morbiditätsdaten, Daten zur Qualitätssicherung u. v. a. m. wären ab dem 01.01.2027 nicht mehr verlässlich.

zu b)

Die Klarstellung, dass bei Erörterungen kein Anspruch gegenüber der Gegenseite auf Erstattung der Kosten für die Hinzuziehung eines Bevollmächtigten oder Beistands bestehen soll, ist sinnvoll und wird begrüßt.

zu d)

Die Streichung der Nummer 7 in Absatz 6 Satz 1 ist folgerichtig, da dem Medizinischen Dienst Bund künftig als originärem Datenhalter die alleinige Berichtspflicht obliegt. Die Streichung des Satzes 4 ist dem Zeitablauf der Übergangsregelung geschuldet und ebenfalls folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

zu a)

Der Absatz 1a (neu) wird gestrichen.

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 10 – § 25 Absatz 4 Satz 3 – Ausnahmen von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung und von der Prüfung von Strukturmerkmalen, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung: Änderung des Verweises von § 275d Absatz 1 Satz 1 auf § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 (neu).

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 12 – § 28 Absatz 4 – Auskunftspflicht und Statistik

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um notwendige Folgeregelungen für die Übermittlung von Daten an das Statistische Bundesamt aufgrund der Einführung der Vorhaltevergütung und der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen sowie zudem noch um eine Ergänzung der Übermittlung von Daten an das Statistische Bundesamt aus der Einführung von Pflegebudgets.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 14 – § 37 (neu) –Verpflichtung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit der Ermittlung der Vergütung eines Vorhaltebudgets

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dieser umfassenden Regelung zur Vorhaltefinanzierung hat das InEK je Land und je Leistungsgruppe jährlich ein Vorhaltevolumen zu ermitteln und dieses anteilig auf die Krankenhausstandorte aufzuschlüsseln. Voraussetzung dafür ist die standortbezogene Zuweisung von Leistungsgruppen durch die Länder. Aus der Summe der Vorhaltebewertungsrelationen in jedem Land wird das jeweilige Vorhaltevolumen rechnerisch ermittelt. Das InEK erstellt erstmals bis zum 30.09.2024 ein Konzept zur Vorgehensweise bei der Ermittlung des Vorhaltevolumens je Land, je Leistungsgruppe sowie je Krankenhausstandort.

Für die Ermittlung der Vorhaltevergütung für jeden Krankenhausstandort sind entweder die von dem Land festgelegten Planfallzahlen oder die Istfallzahlen anzuwenden. Bei Verwendung der Istfallzahlen ist zu beachten, dass die Vorhaltefinanzierung angepasst wird, sofern sich die Fallzahl um mehr als 20 % verändert hat. Bei Veränderungen innerhalb des Korridors wird die Vorhaltevergütung nicht angepasst. Strukturelle Veränderungen werden ebenfalls bei der Ermittlung der Vorhaltevolumina berücksichtigt. Im Rahmen einer finanzneutralen Konvergenzphase werden die Krankenhäuser in den Jahren 2027 und 2028 an die Zielgröße der Vorhaltefinanzierung herangeführt.

Das InEK erlässt jährlich bis zum 10.12. für das Folgejahr, erstmals bis zum 10.12.2026 für das Jahr 2027, gegenüber dem Krankenhausträger einen Bescheid über die Höhe des je Krankenhausstandort und je Leistungsgruppe aufgeteilten Vorhaltevolumens. Das InEK hat die gegenüber den Krankenhausträgern mitgeteilte Höhe des je Krankenhausstandort und je Leistungsgruppe aufgeteilten Vorhaltevolumens sowie die Höhe der standortindividuellen Förderbeträge unverzüglich nach Erlass des Bescheides barrierefrei auf seiner Internetseite zu veröffentlichen.

B) Stellungnahme

Wie schon in der Kommentierung zu Artikel 2 Nummer 8d (§ 17b Absatz 4b KHG (neu)) dargelegt, begrüßt der GKV-Spitzenverband grundsätzlich die Ergänzung der Fallpauschalen um eine bedarfsorientierte Vorhaltefinanzierung. Die im Gesetzentwurf ausformulierte Vorhaltevergütung lehnt der GKV-Spitzenverband aber ab. Es fehlt, wie in der Kommentierung zu Artikel 2 Nummer 8d ausgeführt, zumindest perspektivisch ein klarer Bevölkerungs- und Qualitätsbezug in der Vorhaltefinanzierung. Bei der im Gesetzentwurf angedachten Finanzierungssystematik liegt der Fokus darin, einen großen Anteil der bisherigen Fallpauschalenvergütung nun schlicht auf einem anderen Weg an die Krankenhäuser auszuschütten. Kritisch wird gesehen, dass das Vorhaltevolumen der einzelnen Krankenhäuser sich aus der bisherigen Anzahl der Fälle ergibt. Damit wird die im Koalitionsvertrag angestrebte leistungsunabhängige Vorhaltefinanzierung nicht erreicht. Die Sicherung der bedarfsorientierten Vorhaltung von Infrastruktur und Personal spielt hingegen keine Rolle.

Vorhaltepauschalen müssen sich am Bedarf orientieren, an der mit den Leistungsgruppen zu versorgenden Bevölkerung statt an den Istfallzahlen der vergangenen Jahre. Die vorgesehene Möglichkeit, Planfallzahlen zu übermitteln, die Länder den Krankenhäusern für die Leistungsgruppen

zuweisen können, behebt diese Schwäche nicht, da im Entwurf keine bundeseinheitlichen Kriterien zur Ermittlung der entsprechenden Planfallzahlen vorgesehen sind. Sie sollten ebenfalls nicht aus den historischen Fallzahlen, sondern aus einem zu versorgenden Bevölkerungsanteil bzw. einer Berücksichtigung des Bedarfs resultieren. Bei der Bedarfsberücksichtigung ist ebenfalls relevant, Ambulantisierung und Synergieeffekte mit einzukalkulieren. Zur Ermittlung von bevölkerungsbezogenen Fallzahlen, die der Vorhaltevergütung zu Grunde liegen könnten, wäre die Anwendung des in der Vorbemerkung dieser Stellungnahme adressierten Modells sinnvoll.

Es muss noch einmal hervorgehoben werden, dass die NRW-Leistungsgruppen nicht zur Abfinanzierung von Vorhaltebudgets konzipiert wurden. Der Gesetzentwurf sieht dennoch vor, dass das InEK kurzfristig bis zum 30.09.2024 ein Konzept zur Vorgehensweise bei der Ermittlung des Vorhaltevolumens vorlegt. Daneben ist der Fallpauschalenkatalog für das Jahr 2025, der ebenfalls im Jahr 2024 erarbeitet wird, um Vorhaltebewertungsrelationen zu erweitern. Die in diesem Gesetz angedachten komplexen Regelungen zur Vorhaltefinanzierung, insbesondere in Verbindung mit den bisherigen Fallpauschalen und den künftigen Leistungsgruppen, werden, wenn überhaupt, nur schwer in dieser kurzen Zeitfrist in der Praxis umzusetzen sein.

Die bei Verwendung der Istfallzahlen vorgesehene Korridorlösung als Absicherung der Vorhaltefinanzierung, sofern sich die Fallzahl um weniger als 20 % verändert hat, muss in den kommenden Jahren genau beobachtet werden, da auch hier eine Vielzahl von Fehlanreizen im Rahmen der Leistungserbringung (u. a. bei der internen Zuteilung der Fälle bei Kliniken mit mehreren Standorten) denkbar ist.

Es stellt sich die Frage, ob die angedachte Konvergenzphase nicht lediglich die Komplexität der Gesamtsystematik nochmals erhöht und tatsächlich notwendig ist. Sollten in einigen Bundesländern lediglich geringe Anpassungen bei der Leistungsgruppenteilung zu den einzelnen Standorten erfolgen (was aufgrund der Vielzahl an Ausnahmen durchaus wahrscheinlich ist), wird die hier angedachte Konvergenzsystematik zumindest in diesen Ländern nicht notwendig sein.

C) Änderungsvorschlag

Vgl. Stellungnahme.

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 14 – § 38 Absatz 1 – Verpflichtungen 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

Die Änderung beschreibt die durch das InEK vorzunehmende Verteilung des Fördervolumens für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben an zuschlagsberechtigte Krankenhäuser. Die Systematik folgt der Logik, dass, je größer die Zahl der Fälle und je schwerer diese Fälle der berechtigten Krankenhäuser sind, der Anteil am Fördervolumen steigt.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung im Zusammenhang mit der Neuerung in § 6b. Die im Gesetzentwurf und in der zugehörigen Begründung beschriebene Verteilungssystematik für die einzelnen zuschlagsberechtigten Krankenhäuser ist nachvollziehbar. Sollte die Regelung bestehen bleiben, sind die Effekte der Zuschläge zwingend zeitnah zu evaluieren.

C) Änderungsvorschlag

Der § 38 Absatz 1 wird in Folge der angeregten Streichung des § 6b KHG ebenfalls gestrichen.

Hilfsweise:

Sollte die Regelung erhalten bleiben, werden die folgenden neuen Sätze am Ende von Absatz 1 angefügt:

„Eine durch den Gesetzgeber noch zu bestimmende neutrale Institution evaluiert die Effekte der Zuschläge zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben bis zum 31. Dezember 2028. Die für den Bericht erforderlichen Daten sind dem Institut in anonymisierter Form zu übermitteln.“

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 14 – § 38 Absatz 2 – Verpflichtungen 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

Das InEK soll weitere 75 Mio. Euro auf die Hochschulkliniken verteilen. Begründet wird dies mit der speziellen Vorhaltung der Hochschulkliniken. Den Anteil, den jede Hochschulklinik von den genannten 75 Mio. Euro erhalten soll, berechnet sich nach dem Anteil der jeweiligen Klinik am bundesweiten Vorhaltevolumen. Erstmals sollen diese Zuschläge ab dem Jahr 2027 verteilt werden.

B) Stellungnahme

Es erschließt sich an dieser Stelle nicht, warum weitere 75 Mio. Euro an Beitragsgeldern an die Hochschulkliniken verteilt werden sollen. Weder der Gesetzestext noch die zugehörige Begründung liefern Anhaltspunkte für diesen Zuschlag. Es wird allein auf die spezielle Vorhaltung der Hochschulkliniken abgestellt. Und wenn es in der Begründung heißt „Mit diesem Vorgehen wird sichergestellt, dass Hochschulkliniken mit einem hohen Vorhaltevolumen (...), auch einen höheren Anteil der zusätzlichen Mittel für die spezielle Vorhaltung erhalten.“, mutet dies schon sehr nach einer schwer begründbaren Verwendung zusätzlicher Mittel an. Eine Finanzierung rein aufgrund des Türschildes „Hochschulklinik“ lehnt der GKV-Spitzenverband strikt ab. Sollte die Regelung bestehen bleiben, sind die Effekte der Zuschläge zwingend zeitnah zu evaluieren.

C) Änderungsvorschlag

§ 38 Absatz 2 ist zu streichen.

Hilfsweise:

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

„(3) Eine durch den Gesetzgeber noch zu bestimmende neutrale Institution evaluiert die Effekte der Zuschläge zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken bis zum 31. Dezember 2028. Die für den Bericht erforderlichen Daten sind dem Institut in anonymisierter Form zu übermitteln.“

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 16 – § 39 (neu) – Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin

A) Beabsichtigte Neuregelung

Krankenhäuser erhalten für bestimmte Leistungsgruppen ab dem Jahr 2027 Förderungen in folgender Höhe: Pädiatrie: 288 Mio. Euro, Geburtshilfe: 120 Mio. Euro, Stroke Unit: 35 Mio. Euro, Spezielle Traumatologie: 65 Mio. Euro, Intensivmedizin: 30 Mio. Euro. Die Beträge werden zusätzlich zum Fördervolumen verteilt, wenn die Standorte die Mindestfallzahlen erfüllen und die Leistungsgruppe zugewiesen wurde. Die Zahlung erfolgt über erhöhte Vorhaltebewertungsrelationen nach § 17b Absatz 4b Satz 5 (neu).

B) Stellungnahme

Die Festlegung von zusätzlichen Förderbeträgen wird vom GKV-Spitzenverband abgelehnt. Die für die GKV wesentliche ausgabenneutrale Umsetzung der Reform wurde insoweit aufgegeben, dass hier nun zusätzliche Finanzierungsaufgaben für einzelne Bereiche in den Gesetzentwurf aufgenommen wurden. Es besteht die Gefahr, dass weitere Bereiche folgen. Sollte die Regelung bestehen bleiben, sind die Effekte der Zuschläge zwingend zeitnah zu evaluieren.

C) Änderungsvorschlag

Die Einführung des § 39 wird abgelehnt.

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 16 – § 40 (neu) – Aufträge an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte und an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zur Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das BfArM und das InEK erhalten unter Beteiligung der Deutschen Krebsgesellschaft den Auftrag, für onkochirurgische Indikationsbereiche leistungsgruppenbezogen die Krankenhausstandorte nach Fallzahlen zu listen. Das Bezugsjahr zur Erstellung dieser Liste ist ausschließlich das 2023. Eine Veröffentlichung der Krankenhausstandorte mit den wenigsten Fällen im Jahr 2023 erfolgt über das InEK. Für diese gilt, dass sie zusammen 15 % der Fälle aller Krankenhausstandorte in dem jeweiligen Indikationsbereich aufweisen, bis einschließlich aller Krankenhausstandorte, deren Fallzahl zur Erreichung der 15 % führt. Für die je Indikationsbereich gelisteten und veröffentlichten Krankenhausstandorte erfolgt ab dem Jahr 2027 ein Vergütungsausschluss der onkochirurgischen Fälle nach § 8 Absatz 4 Satz 6 KHEntgG. Das InEK hat die Auswirkungen bis zum Jahr 2032 zu analysieren und Empfehlungen zur Weiterentwicklung abzugeben.

B) Stellungnahme

Der Gesetzgeber zielt auf eine Leistungskonzentration und Qualitätsverbesserung in der Onkochirurgie, indem er normativ festlegt, dass an den Klinikstandorten mit den wenigsten Fällen je Indikationsbereich eine Leistungsvergütung untersagt wird. Der GKV-Spitzenverband unterstützt grundsätzlich Ansätze für eine qualitativ hochwertigere onkochirurgische Versorgung der Patientinnen und Patienten an fallzahlstärkeren Standorten.

Zur Anwendung soll ein rein statistisches Modell ohne medizinisch-wissenschaftliche Kriterien kommen, welches Krankenhäuser mit Gelegenheitsversorgung auf Basis des Jahres 2023 identifiziert. Dies erscheint sinnvoll bei onkologischen Leistungen, für die es bisher keine medizinisch-wissenschaftlich begründeten Vorgaben für Mindestbringungszahlen gibt. Gelegenheitsversorgung zu unterbinden ist zur Sicherstellung von Patientensicherheit ein sehr wichtiges Ziel. Allerdings reicht ein einziges Bezugsjahr nicht aus, denn in dem einen Jahr werden wegen der großen Anzahl von Gelegenheitsversorgern lediglich Krankenhäuser identifiziert, die alle deutlich weniger als 10 Leistungen im Jahr erbringen. Es werden demnach noch sehr viele Krankenhäuser mit einer sehr geringen Leistungsmenge in der Versorgung verbleiben. Die Anwendung der Systematik sollte daher in einem zweiten Folgejahr nochmals angewendet werden, um im Sinne einer verbesserten Patientensicherheit wirken zu können.

Bei Leistungen, zu denen der G-BA Mindestmengen festgelegt hat und daher ohnehin keine Gelegenheitsversorgung mit sehr niedrigen Fallzahlen mehr existiert, ist ein zusätzliches Instrument nicht erforderlich und hat wegen des rein statistischen Modells unerwünschte Folgen für die qualitativ hochwertige Erbringung von onkologischen Leistungen. Es würden durch die Anwendung des Modells auf Leistungen, für die der G-BA bereits Mindestmengen festgelegt hat, auch Krankenhäuser von der Versorgung ausgeschlossen, die diese Mindestmenge erfüllen. Die Folgenabschätzung des G-BA, die mit dem Beschluss einer Mindestmenge jeweils erfolgt, würde dadurch faktisch unmöglich gemacht. Dies ist fachlich nicht sinnvoll und rechtlich angreifbar.

C) Änderungsvorschlag

§ 40 Absatz 2 wird wie folgt geändert und ein Satz angefügt:

„(2) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus identifiziert auf Grundlage der Leistungsdaten nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Jahr 2023 **und erneut für das Jahr 2024** alle Krankenhausstandorte, die Leistungen der Liste nach Absatz 1 Satz 4 erbracht haben, und sortiert diese Krankenhausstandorte aufsteigend entsprechend der Anzahl ihrer Fälle, bei denen Leistungen der Liste nach Absatz 1 Satz 4 erbracht worden sind, je Indikationsbereich nach Absatz 1 Satz 3. Bis zum 31. Mai 2025 veröffentlicht das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus barrierefrei auf seiner Internetseite eine nach Leistungsgruppen und Indikationsbereichen nach Absatz 1 Satz 3 differenzierte Liste mit den Krankenhausstandorten, die nach der Sortierung nach Satz 1 die wenigsten Fälle und zusammen 15 Prozent der Fälle aller Krankenhausstandorte in dem jeweiligen Indikationsbereich aufweisen, bis einschließlich aller Krankenhausstandorte, deren Fallzahl zur Erreichung der 15 Prozent führt. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat zu gewährleisten, dass Fälle eindeutig den Indikationsbereichen nach Absatz 1 Satz 3 zugeordnet werden können, und zertifiziert hierzu entwickelte Datenverarbeitungslösungen unter Berücksichtigung dieser Vorgabe. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen und der nach § 135d Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch benannten Stelle barrierefrei die in Satz 2 genannte Liste. **Ausgenommen von dieser Regelung nach den Sätzen 1 bis 4 sind Leistungen der Liste nach Absatz 1 Satz 4, welche einer Mindestmenge auf Grundlage von § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V unterliegen.**“

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 1 – Inhaltsübersicht

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen infolge der Neueinfügung der Regelungen nach § 6b und § 6c KHEntgG.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Änderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2 – § 2 Absatz 2 – Krankenhausleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung stellt eine Reaktion auf ein Urteil des Bundessozialgerichtes vom 29.08.2023 (B 1 KR 18/22) dar. Dieses Urteil besagt, dass vom Krankenhaus veranlasste Leistungen Dritter nur kodierfähig sind, wenn das Krankenhaus sie nach dem Inhalt seines Versorgungsauftrages auch selbst erbringen darf. Die avisierte Regelung hier erlaubt nun, analog zur Dialysebehandlung (§ 2 Absatz 2 Satz 3 Nummer 1), die Kodierung und Abrechnung von Fällen mit stationärem Beginn einer bereits geplanten oder der stationären Fortführung einer ambulanten Strahlentherapie oder auch wenn das Krankenhaus über keinen eigenen Versorgungsauftrag für Strahlentherapie verfügt.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sinnvoll und wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 3 – § 3 – Grundlagen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Als Folgeregelungen zu der Einführung der Vergütung über Vorhaltebudgets und zu den Vergütungen der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen über krankenhausesindividuelle Tagesentgelte werden diese in der Listung der Vergütung von allgemeinen Krankenhausleistungen ergänzt.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 4a – § 4 Absatz 1 – Vereinbarung eines Erlösbudgets

A) Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund der Einführung der Vorhaltebewertungsrelationen ist für die Budgetjahre 2025 und 2026 eine Ergänzung erforderlich, die klarstellt, dass die Erlöse aus Vorhaltebewertungsrelationen in den zwei Jahren ein Teil des Erlösbudgets sind, so dass eine Budgetneutralität in diesen beiden Jahren sichergestellt ist.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung ist folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 4b Doppelbuchstabe aa – § 4 Absatz 2a Satz 1 – Vereinbarung eines Erlösbudgets

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung legt fest, dass der dreijährige Fixkostendegressionsabschlag letztmalig für das Vereinbarungsjahr 2026 angewendet und entsprechend den gesetzlichen Vorgaben letztmalig im Jahr 2028 zu erheben ist.

B) Stellungnahme

Bereits das Eckpunktepapier der Bund-Länder-AG vom 10.07.2023 zur Krankenhausreform merkt an, dass die Vielzahl von Zu- und Abschlagstatbeständen zu einer unnötigen Bürokratielast für die Krankenhäuser führt. Gefordert wird hier eine Abschaffung bzw. Integration dieser in die Leistungsgruppen-Mindestvorgaben. Der nun vorgelegte Gesetzentwurf zeigt, dass statt einer weitgehenden Abschaffung der bisherigen Zuschläge nun neue Zuschlagstatbestände (u. a. für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben, Hochschulkliniken) geschaffen werden. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollten aber alle Zu- und Abschlagstatbestände auf den Prüfstand gestellt werden. Mit Blick auf die Bürokratielast ist der GKV-Spitzenverband bereit, über die weitergehende Vereinfachung durch Streichungen von Zuschlagstatbeständen (z. B. Obduktionszuschläge etc.) mitzuwirken.

Die einseitige Streichung des Fixkostendegressionsabschlags ist aufgrund seiner Komplexität in der Umsetzung zwar nachvollziehbar. Eine Regelung, die neben den Mehrerlösausgleichen auch bei der Vereinbarung von Mehrleistungen wirkt, ist aber auch künftig notwendig, um Anreize zu dämpfen, aus ökonomischen Gründen Mehrmengen zu erbringen. Eine einfache Mehrleistungsabschlagsregelung auf Krankenhausebene wäre auch im Rahmen der künftigen Krankenhausvergütung inklusive Vorhaltefinanzierung sachgerecht, da nun weder auf Landesebene (vormals Degression im Landesbasisfallwert) noch auf Krankenhausebene (bis dato Fixkostendegressionsabschlag) Anreize bestehen, Mehrleistungen zu dämpfen. Vor diesem Hintergrund wird hier die in dieser Form einseitige Streichung des Fixkostendegressionsabschlags abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Die vorgeschlagene gesetzliche Anpassung ist zu streichen.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 4b Doppelbuchstabe bb – § 4 Absatz 2a Satz 5 (neu) – Vereinbarung eines Erlösbudgets

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für die Jahre 2023 und 2024 ist nach § 4a für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ein Erlösvolumen zu ermitteln, welches nicht Teil des Erlösbudgets ist. Da diese Regelung nur bis einschließlich dem Jahr 2024 gilt, sind die Leistungen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Jahr 2025 wieder im Erlösbudget zu berücksichtigen. Die hier beabsichtigte Regelung besagt, dass sich die hieraus ergebende Erhöhung des Umfangs der mit Fallpauschalen bewerteten Leistungen in dem für das Jahr 2025 zu vereinbarenden Erlösbudget nicht dem Fixkostendegressionsabschlag unterliegt.

B) Stellungnahme

Die mit dem Gesetzentwurf angedachte Regelung ist zwar nachvollziehbar, lässt aber außen vor, wie vor Ort in den Budgetverhandlungen der Jahre 2023 und 2024 mit der Thematik umgegangen wurde. Mit Blick auf eine sachgerechte Ausgestaltung zur Ermittlung des Fixkostendegressionsabschlags für die Jahre 2023 und 2024 ist festzustellen, dass von der Krankenseite in den Verhandlungen häufig nicht die Notwendigkeit gesehen wurde, eine entsprechende Basisbereinigung des Ausgangsjahres 2019 um die ermittelte Erlössumme vorzunehmen. Dies hatte zur Folge, dass bei Leistungssteigerungen außerhalb des Erlösvolumens kein Fixkostendegressionsabschlag geltend gemacht werden konnte, was zur weiteren Ausgabenbelastung der GKV führte. Leistungssteigerungen in den Jahren 2023 und 2024 wurden damit unsachgerecht dem Fixkostendegressionsabschlag entzogen. Mit der nun vorgesehenen Regelung würden Krankenhäuser, die ihre Ausgangsbasis nicht um das Erlösvolumen bereinigt haben, erneut bevorteilt.

Vor diesem Hintergrund ist eine Ergänzung dieser gesetzlichen Passage notwendig, die diese Regelung nur bei den Krankenhäusern wirksam werden lässt, die auch in der Vereinbarung des Fixkostendegressionsabschlags in den Jahren 2023 und 2024 eine entsprechende Berücksichtigung der Absenkung der Erlössumme in der Ausgangsbasis zur Ermittlung des Fixkostendegressionsabschlags (Jahr 2019) vollzogen haben.

C) Änderungsvorschlag

§ 4 Absatz 2a Satz 5 (neu) wird wie folgt ergänzt:

„Abweichend von Satz 1 gilt der Fixkostendegressionsabschlag nicht für mit Fallpauschalen bewertete Leistungen, die auf Grund des Auslaufens der Regelung zum Erlösvolumen nach § 4a im Erlösbudget für das Jahr 2025 vereinbart werden, **wenn in den Jahren 2023 und 2024 eine absenkende Berücksichtigung der Vergleichsgröße des Jahres 2019 um die Leistungen des Erlösvolumens nach § 4a erfolgte.**“

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 4c – § 4 Absatz 3 – Vereinbarung eines Erlösbudgets

A) Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund der Einführung der Vorhaltefinanzierung werden Anpassungen der bisherigen Erlösausgleiche vorgenommen. Der bisherige Mengenausgleich bezieht sich zukünftig (die Fallpauschalen betreffend) nur noch auf die um das Vorhaltevolumen abgesenkten Fallpauschalen (rDRG), da sowohl das Pflege- als auch das Vorhaltebudget gesondert ausgeglichen werden.

Im Fall von Mehrerlösen beträgt der unveränderte Ausgleichssatz weiterhin 65 %. Die Mindererlösausgleiche werden aufgrund der auch bei weniger Leistungen zu finanzierenden Vorhaltevergütung gestrichen.

Daneben sind die Erlöse des Vorhaltebudgets für den endgültigen Erlösausgleich durch das bereits jetzt notwendige Wirtschaftsprüfertestat zu bestätigen.

B) Stellungnahme

Die Streichung der Mindererlösausgleichsregelungen und die Beibehaltung der Mehrerlösausgleiche ist sachgerecht. Die Regelung zur Testierung der Erlöse des Vorhaltebudgets ist zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 5a – § 5 Absatz 2a Satz 1 – Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die durch die Krankenkassen zu leistenden Förderbeträge für bedarfsnotwendige ländliche Krankenhäuser, die in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 aufgenommen wurden, sollen erhöht werden. Krankenhäuser haben zukünftig Anspruch auf 500.000 Euro statt 400.000 Euro jährlich, wenn für zwei Fachabteilungen die Vorgaben des G-BA gemäß § 136c Absatz 3 Satz 2 SGB V erfüllt werden. Für jede weitere vorgehaltene Fachabteilung gemäß den Vorgaben des G-BA besteht ein Anspruch auf 250.000 Euro statt wie bislang 200.000 Euro. Ein Krankenhaus kann somit insgesamt eine zusätzliche Förderung in Höhe von einer Million Euro pro Jahr von den Krankenkassen erhalten.

B) Stellungnahme

Die Erhöhung der Zuschläge ist abzulehnen. Fördermittel sollen für bedarfsnotwendige Fachabteilungen von den Krankenhäusern zielgerichtet für die Vorhaltung dieser Versorgungsstrukturen eingesetzt werden. Die Sicherstellung der Vorhaltung dieser Versorgungsstrukturen wird durch die Ausnahmeregelung des § 6a Absatz 2 Satz 5 gefährdet. Vor diesem Hintergrund ist eine Erhöhung der pauschalen Förderung nicht begründbar, da die Erfüllung der betreffenden Qualitätskriterien damit verknüpft ist. Des Weiteren werden die Strukturen mehrfach finanziert: Zum einen durch die Einführung der Vorhaltevergütung mit der Zuweisung der Leistungsgruppen, zum anderen erhalten Krankenhäuser neben der Vorhaltevergütung weitere zusätzliche finanzielle Mittel für die Leistungsgruppen Pädiatrie, Geburtshilfe gemäß § 39 Absatz 1 KHG (neu).

C) Änderungsvorschlag

Die Änderungen sind zu streichen.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 5b und c – § 5 Absatz 2b und 2c – Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der beabsichtigten Änderung wird die mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG) in das KHEntgG aufgenommene kurzfristige Finanzierungsmaßnahme für die Geburtshilfe auch in den Jahren 2025 und 2026 fortgeführt. Seinerzeit war sie explizit als Überbrückungsmaßnahme zeitlich auf die beiden Jahre 2023 und 2024 eingeführt worden. Abgesehen von der Verlängerung der Regelung bleibt sie inhaltlich unverändert.

B) Stellungnahme

Aufgrund der inhaltlich unveränderten Fortführung der Regelung bleibt der größte Kritikpunkt an der Fördermaßnahme, dass hier Finanzmittel der GKV der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds entnommen werden und die Länder die Verfügungsgewalt darüber erhalten, an welche Krankenhäuser und in welcher Höhe sie diese verteilen. Die bundesgesetzlichen Vorgaben zur Mittelvergabe stellen kaum relevante Maßgaben dar. Mit der Fortführung bestärkt sich die bereits bei der Einführung geäußerte Befürchtung, dass der Gesundheitsfonds nicht nur immer mehr unter die Verfügungsgewalt des BMG gerät, sondern seine Mittel nun auch für die Finanzierung der Umsetzung von originären Landesentscheidungen herangezogen werden.

Vor dem Hintergrund einer Krankenhausreform, die in ihrer ursprünglichen Konzeption stark von einer bundeseinheitlichen Herangehensweise geprägt war, kann der hier weiter beabsichtigte nahezu völlige Verzicht auf eine solche nur als politisches Zugeständnis an die Länder verstanden werden. Diese bestimmen weiterhin, welche Krankenhäuser in welcher Höhe eine Förderung erhalten. Die fünf bundesgesetzlichen Vorgaben dazu entfalten durch den Umsetzungsspielraum der Länder, den drei von ihnen ermöglichen, faktisch keine Steuerungswirkung.

Mit der Fortführung der Regelung lässt der Gesetzgeber erneut eine unspezifische Streuung der Mittel zu, statt diese bereits über die Bindung an die Erfüllung einheitlicher qualitätsrelevanter Strukturkriterien zur Annäherung an das geforderte Zielbild der Krankenhausreform einzusetzen. Vor allem aber sollte die Bedarfsnotwendigkeit einer geburtshilflichen Fachabteilung Berücksichtigung finden, gemessen nicht nur lediglich an der Geburtenzahl, sondern populationsbezogen unter Berücksichtigung der Kapazität eines Krankenhausstandorts. Ein entsprechendes generisches Modell zur Ermittlung der standortbezogenen Versorgungsbedeutung und Bedarfsnotwendigkeit, das sich auch auf die Geburtshilfe anwenden lässt, wurde u. a. durch den GKV-Spitzenverband miterarbeitet (vgl. Kommentierung zu Artikel 3 Nummer 8d (§ 17b Absatz 4b (neu))).

Begrüßenswert ist, dass die Nachweispflicht bezüglich einer dem Förderzweck der Maßnahme entsprechenden Mittelverwendung bestehen bleiben soll. Die durch die ursprüngliche gesetzliche Regelung offengelassenen Fragen konnten die Vertragsparteien auf Bundesebene durch eine entsprechende Vereinbarung einer tragfähigen Lösung zuführen.

C) Änderungsvorschlag

Vgl. Stellungnahme.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 5d – § 5 Absatz 3j (neu) – Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung beschreibt, wie in Form eines Rechnungszuschlags für die Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben von zuschlagsberechtigten Krankenhäusern zusätzliche finanzielle Mittel für diese zur Verfügung gestellt werden. Die Zuschläge werden durch die Krankenhausträger ermittelt, indem der krankenspezifische Betrag durch die voraussichtliche Summe der voll- und teilstationären Fälle des Krankenhauses für das Jahr, für das der Betrag ermittelt wird, dividiert wird. Zudem ist ein Erlösausgleich bei Mehr- oder Mindererlösen durch diese Zuschlagssystematik vorgesehen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung im Zusammenhang mit den Neuerungen in § 6b KHG i. V. m. § 38 Absatz 1 KHG. Die im Gesetzentwurf und in der zugehörigen Begründung beschriebene Abrechnungslogik für die einzelnen zuschlagsberechtigten Krankenhäuser ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Es besteht kein Änderungsbedarf, sollten die Neuerungen in § 6b KHG und § 38 Absatz 1 KHG, wie im Entwurf angedacht, umgesetzt werden. Grundsätzlich sind die Zuschläge für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben abzulehnen.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 5d – § 5 Absatz 3k und 3l – Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der beabsichtigten Regelung in Absatz 3k wird die mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfIEG) als neuer § 4a in das KHEntgG aufgenommene kurzfristige Finanzierungsmaßnahme des Erlösvolumens für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen auch in den Jahren 2025 und 2026 fortgeführt. Seinerzeit war sie explizit als zeitlich auf die beiden Jahre 2023 und 2024 begrenzte Überbrückungsmaßnahme eingeführt worden. Die vorgesehene Regelung übernimmt grundsätzlich die Verteilung zusätzlicher Finanzmittel in Höhe von 300 Mio. Euro in jedem der Anwendungsjahre, die wie in § 4a per Zuschlag abgerechnet werden; dessen Erhebung wird an die ab dem Jahr 2025 eingeführten Vorhaltebudgets angepasst. Die Leistungsvergütung ist hingegen nicht mehr Teil der Finanzierungsmaßnahme, insofern erhalten die Häuser keine Garantievergütung mehr. Die Anpassung an aktuelle Preise soll über den einheitlichen Basisfallwert erfolgen, statt wie bisher über die Landesbasisfallwerte. Die bislang bestehende Zweckbindung der Mittel mit entsprechender Nachweispflicht wird aufgehoben.

Besondere Einrichtungen können auch die Versorgung von Kindern und Jugendlichen erbringen. Diese sind jedoch nicht in die Regelungen zur Vorhaltefinanzierung eingebunden und erhalten somit ab dem Jahr 2027 auch keine Förderbeträge nach § 39 KHG. Daher regelt Absatz 3l eine Weiterführung der Zuschlagsregelung aus Absatz 3k für Besondere Einrichtungen für die Jahre ab 2027.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung führt das Förderprinzip des Erlösvolumens nach § 4a prinzipiell fort. Damit werden weiterhin Beitragsmittel in Höhe von 270 Mio. Euro in jedem der beiden Anwendungsjahre vorgeblich für die Verbesserung der akutstationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen aufgewendet. De facto wird dieses Geld nun nicht nur ohne jeden Versuch einer Qualitätsverbesserung der Versorgung (wie schon bei der ursprünglichen Regelung fehlt die Bindung an eine pädiatrische Fachabteilung oder Mindestfallzahlen), sondern nun sogar ohne jede Zweckbindung an alle Häuser ausgeschüttet, bei denen in den Bezugsjahren auch nur ein Kind oder Jugendlicher im maßgeblichen Alter in einem der Betten lag. So wurden die Gelder für das Jahr 2023 an etwa 1.200 Häuser verteilt, teilweise mit Beträgen unter 50 Euro pro Haus. Gefördert wurde so auf breiter Linie der Verwaltungsaufwand (rund 380 Häuser erhielten unter 100.000 Euro einschließlich DRG-Vergütung), statt die Gelder zielgerichtet den bekannten und auf Kinder und Jugendliche spezialisierten rund 330 Häusern zukommen zu lassen.

Dass nun auch die Zweckbindung der Fördermittel entfallen soll, ist abzulehnen. Damit wird lediglich der Finanzspielraum der Krankenhausträger erhöht. Die vorgesehene Regelung ist daher insgesamt abzulehnen, einschließlich deren Fortführung für Besondere Einrichtungen ab dem Jahr 2027. Insbesondere dürfen für eine reine Finanzierungsmaßnahme privatwirtschaftlich agierender Krankenhausträger keine GKV-Gelder herangezogen werden. Der Verzicht auf die Einbeziehung der Leistungsvergütung in die Fördermaßnahme vermeidet zwar die großen Umsetzungsprobleme und offenen Fragen der ursprünglichen Regelung des § 4a, kann die grundsätzliche Ablehnung der beabsichtigten Neuregelung aber nicht entkräften. Stattdessen sollte der Gesetzgeber bereits hier die

Weichen in die Richtung stellen, die er ab dem Jahr 2027 über die Regelung in § 39 KHG vorsieht: Die Bindung von Förderbeträgen an Leistungsgruppen und damit an definierte Strukturen oder Mindestfallzahlen. Eine zweckentsprechende Mittelverwendung zusätzlicher Fördermittel ist von den Krankenhäusern auf jeden Fall nachzuweisen und anderweitig verwendete Gelder sind zurückzuzahlen. Zur Annäherung an das geforderte Zielbild der Krankenhausreform sollte die Bedarfsnotwendigkeit bei den Fördermechanismen Berücksichtigung finden, gemessen nicht nur an historisch erbrachten Bewertungsrelationen, sondern populationsbezogen unter Berücksichtigung der Kapazität eines Krankenhausstandorts. Ein entsprechendes generisches Modell zur Ermittlung der standortbezogenen Versorgungsbedeutung und Bedarfsnotwendigkeit, das sich auch für die Pädiatrie anwenden lässt, wurde u. a. unter Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes erarbeitet.

C) Änderungsvorschlag

Vgl. Stellungnahme.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 5d – § 5 Absatz 3m (neu) – Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung beschreibt, wie in Form eines Rechnungszuschlags für die spezielle Vorhaltung von zuschlagsberechtigten Hochschulkliniken zusätzliche finanzielle Mittel für diese zur Verfügung gestellt werden. Die Zuschläge werden durch die Krankenhausträger ermittelt, indem der krankenhaushausindividuelle Betrag durch die voraussichtliche Summe der voll- und teilstationären Fälle der Hochschulklinik für das Jahr, für das der Betrag ermittelt wird, dividiert wird. Zudem ist ein Erlösausgleich bei Mehr- oder Mindererlösen durch diese Zuschlagssystematik vorgesehen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung im Zusammenhang mit den Neuerungen in § 38 Absatz 2 KHG. Die im Gesetzentwurf und in der zugehörigen Begründung beschriebene Abrechnungslogik für die einzelnen zuschlagsberechtigten Krankenhäuser ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Da bereits die ursprüngliche gesetzliche Anpassung in § 38 Absatz 2 KHG abgelehnt wird, ist auch § 5 Absatz 3m (neu) vollständig zu streichen.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 6 – § 6 – Vereinbarung sonstiger Entgelte

A) Beabsichtigte Neuregelung

zu a)

Die Regelung in Absatz 2a Satz 1 sieht aufgrund der einzuführenden Vorhaltevergütung eine Ergänzung vor. In die Prüfung für die Vereinbarung eines gesonderten Zusatzentgeltes ist nun auch die Vorhaltevergütung mit einzubeziehen, um zu ermitteln, ob die Voraussetzung für die Vereinbarung eines solchen Entgeltes dem Grunde nach vorliegt, da die Leistung nicht sachgerecht vergütet ist.

zu b) aa)

Die Regelung in Absatz 3 Satz 5 sieht ab 2024 eine frühzeitige und vollständige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen noch im laufenden Kalenderjahr für Besondere Einrichtungen vor. Auf Verlangen einer Vertragspartei ist der Erhöhungsbetrag bereits über das Budget des laufenden Pflegesatzzeitraums abzuwickeln.

zu b) bb)

Für Besondere Einrichtungen ist die Erlössumme 2025 aufgrund des nochmals zu vereinbarenden Veränderungswertes 2025 (voller Korridor) erneut zu vereinbaren.

B) Stellungnahme

zu a)

Die Ergänzung ist sachgerecht.

zu b) aa)

Die Regelung zur Tarifierhöhungsrates wird abgelehnt (vgl. Kommentierung zu Artikel 3 Nummer 12b).

zu b) bb)

Die Regelung zur erneuten Vereinbarung der Erlössumme für Besondere Einrichtungen wird abgelehnt (vgl. Kommentierung zu Artikel 3 Nummer 11c).

C) Änderungsvorschlag

zu a)

Keiner.

zu b) aa)

Die Änderung ist zu streichen.

zu b) bb)

Die Änderung ist zu streichen.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 7 – § 6a Absatz 1 Satz 1 – Vereinbarung eines Pflegebudgets

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung stellt klar, dass für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen keine Notwendigkeit besteht, ein Pflegebudget zu vereinbaren, da die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen in den krankenhaushausindividuellen Tagesentgelten für die Vergütung dieser Einrichtungen bereits umfasst sind.

B) Stellungnahme

Diese Änderung ist folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 8 – § 6b (neu) – Vergütung eines Vorhaltebudgets

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der hier dargelegten Anpassung wird festgelegt, dass jedes Krankenhaus künftig ein Vorhaltebudget je Leistungsgruppe erhält, soweit das Land dem Krankenhaus diese Leistungsgruppe zugewiesen hat und die Mindestvorhaltezahlen erfüllt werden (oder eine Ausnahme von der Erfüllung der Mindestvorhaltezahl vorliegt). Das für ein Krankenhaus und eine Leistungsgruppe in einem Kalenderjahr vorgesehene Vorhaltebudget ergibt sich aus dem durch das InEK dem Krankenhaus einmal jährlich erteilten Bescheid.

Im Rahmen dieser umfangreichen gesetzlichen Anpassung wird die künftige Vorhaltebudgetvergütung dargelegt. Neben der grundsätzlichen Ermittlungsmethodik, der Auszahlungssystematik der Vorhaltevergütung, einer unterjährigen Zuschlagsoption, Ausgleichsberechnungen (Mehr- oder Mindererlösen ab dem Jahr 2027) werden Regelungen zur Ausgestaltung der Konvergenzphase in 2027 und 2028 getroffen.

B) Stellungnahme

Vgl. Kommentierung zu Artikel 2 Nummer 8d (§ 17b Absatz 4b (neu)).

C) Änderungsvorschlag

Vgl. Kommentierung zu Artikel 2 Nummer 8d (§ 17b Absatz 4b (neu)).

Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt ergänzt:

„Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann durch Bescheid feststellen, dass die Erbringung von Leistungen aus einer Leistungsgruppe durch ein Krankenhaus, **welches Zuschläge gemäß § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 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.“

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 8 – § 6c (neu) – Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit § 6c (neu) wird die Vergütung der durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen erbrachten voll- und teilstationären Krankenhausleistungen geregelt. Die Vertragsparteien nach § 11 (sogenannte Ortsebene) treffen regelmäßig Vereinbarungen über das finanzielle Gesamtvolumen für die Vergütung der o. g. Leistungen. Diese umfassen

1. ein krankenhausesindividuelles Tagesentgelt für solche Fälle, in denen die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung die ärztlichen Leistungen erbringt, dessen Degression,
2. ein verringertes krankenhausesindividuelles Tagesentgelt inklusive dessen Degression für solche Fälle, in denen die ärztlichen Leistungen durch einen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer erbracht werden,
3. soweit erforderlich weitere krankenhausesindividuelle Tagesentgelte inklusive deren Degression.
4. die sachgerechte Aufteilung des Gesamtvolumens auf die in den Nummern 1 bis 3 genannten Tagesentgelte,
5. Art und Menge der voraussichtlich zu erbringenden voll- und teilstationären Leistungen,
6. die Höhe der Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und den Anteil dieser Pflegepersonalkosten an dem Gesamtvolumen, sowie
7. die Mehr- und Mindererlösausgleiche nach Absatz 5.

Die Höhe des Gesamtvolumens soll so bemessen sein, dass Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V (neu) bei wirtschaftlicher Betriebsführung damit auskömmlich wirtschaften können. Die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen nach § 17b Absatz 4 KHG sind vollständig im Gesamtvolumen zu berücksichtigen. Das Gesamtvolumen ist in seiner Veränderung im Vergleich zum Vorjahr grundsätzlich durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 begrenzt. Ausgenommen sind Überschreitungen, die durch Kostensteigerungen für das Pflegepersonal für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen bedingt sind, sowie Überschreitungen durch veränderte Leistungen nach § 115g SGB V (neu).

Für die stationären Leistungen können ausschließlich die o. g. krankenhausesindividuellen Tagesentgelte abgerechnet werden. Des Weiteren erfolgt die Vergütung von ambulanten Leistungen sowie Leistungen des SGB XI nach den schon bisher geltenden Regelungen.

Es ist vorgesehen, Mindererlöse von Krankenhäusern nach § 115g SGB V (neu) zu 40 % auszugleichen. Mehrerlöse von Krankenhäusern nach § 115g SGB V (neu) sind grundsätzlich zu 65 % auszugleichen. Die Verhandlungen über das Gesamtvolumen, die krankenhausesindividuellen Tagesentgelte und Mehr- und Mindererlöse sollen unter Berücksichtigung der Sechswochenfrist des § 18 Absatz 4 KHG so abgeschlossen werden, dass diese für das Folgejahr gelten können. Eine Neuvereinbarung des krankenhausesindividuellen Gesamtvolumens ist bei wesentlichen Änderungen der für das vereinbarte Gesamtvolumen zugrunde gelegten Annahmen, z. B. über Inhalt oder Umfang der Leistungen, möglich.

Es ist eine Übergangsregelung für Krankenhäuser nach § 6c KHG vorgesehen, für die noch keine krankenhausesindividuellen Tagesentgelte vereinbart werden konnten. Diese Krankenhäuser rechnen zunächst die vorläufigen Tagesentgelte ab, die von den Vertragsparteien auf Bundesebene in ihrer Vereinbarung für die Kalkulation sowie für die Abrechnungsbestimmungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 (neu) zu vereinbaren sind.

B) Stellungnahme

Die Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen über krankenhausesindividuelle Tagesentgelte, die über ein Gesamtbudget gedeckelt sind, ist vor dem Hintergrund des politischen Ziels, für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen eine möglichst leistungsunabhängige Finanzierung zu schaffen, nachvollziehbar. Allerdings ist dringend zu vermeiden, dass die Vergütung über Tagesentgelte sich zu einer Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip entwickelt. Die Tagesentgelte sollen degressiv sein. Dies ist angemessen und trägt dem Umstand Rechnung, dass die im Krankenhaus entstehenden Behandlungskosten mit zunehmender Behandlungsdauer sinken. Darüber hinaus kann die Degression der Tagesentgelte die vergütungsbedingten Anreize für längere Krankenhausaufenthalte abmildern.

Die Vereinbarung eines finanziellen Gesamtvolumens durch die Vertragsparteien auf Ortsebene unter Beachtung der von den Vertragspartnern festzulegenden Vorgaben nach § 9 Absatz 9 Nummer 1 ist nachvollziehbar. Ausdrücklich unterstützt wird in diesem Zusammenhang, dass bereits bestehende Vergütungsregelungen (wie z. B. ambulantes Operieren nach § 115b SGB V) beibehalten werden sollen. Entsprechend werden über die krankenhausesindividuellen Entgelte die nach § 115g Absatz 1 SGB V (neu) erbrachten voll- und teilstationären Krankenhausleistungen vergütet. Der Entwurf sieht drei Arten von Tagesentgelten vor. Die Unterscheidung von Tagesentgelten für Fälle, in denen die ärztliche Leistung vom Krankenhaus erbracht wird, und für Fälle, in denen die ärztliche Leistung durch einen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer erbracht wird, ist sachgerecht. Darüber hinaus schlägt der GKV-Spitzenverband vor, differenzierte Tagesentgelte für konservative und chirurgische Behandlungen festzulegen. Zwischen den beiden Behandlungsformen ist regelhaft mit deutlich unterschiedlichen (personellen) Ressourceneinsätzen zu rechnen, die Berücksichtigung finden sollten. Unabhängig davon sollte bei der Kalkulation des krankenhausesindividuellen Tagesentgelts stets die Zusammensetzung der Behandlungsfälle des Krankenhauses beachtet werden.

Die Festlegung vorübergehender Tagesentgelte inklusive deren Degression auf Bundesebene für die Krankenhäuser, die bei ihrer erstmaligen Bestimmung als sektorenübergreifende Einrichtung noch kein krankenhausesindividuelles Tagesentgelt verhandelt haben, ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

§ 6c Absatz 1 (neu) wird wie folgt geändert:

„(1) Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren für voll- und teilstationäre Leistungen, die einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung im Sinne des § 115g Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nach § 6c Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen sind, unter Beachtung des Versorgungsauftrags dieser sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung sowie der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 ein finanzielles Gesamtvolumen (Gesamtvolumen). Die Vertragsparteien nach § 11 bestimmen in der Vereinbarung nach Satz 1 insbesondere:

1. ein krankenhausesindividuelles Tagesentgelt, für diejenigen **konservativ behandelten voll- und teilstationären** Fälle, in denen die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung die ärztlichen Leistungen erbringt, sowie dessen Degression,
2. ein verringertes krankenhausesindividuelles Tagesentgelt, für diejenigen **konservativ behandelten voll- und teilstationären** Fälle, in denen die ärztlichen Leistungen durch einen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer erbracht werden, sowie dessen Degression sowie
3. **ein krankenhausesindividuelles Tagesentgelt, für diejenigen operativ behandelten voll- und teilstationären Fälle, in denen die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung die ärztlichen Leistungen erbringt, sowie dessen Degression,**
4. **ein verringertes krankenhausesindividuelles Tagesentgelt, für diejenigen operativ behandelten voll- und teilstationären Fälle, in denen die ärztlichen Leistungen durch einen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer erbracht werden, sowie dessen Degression,**
- ~~5. weitere krankenhausesindividuelle Tagesentgelte mit Degression, soweit dies für eine sachgerechte Vergütung erforderlich ist,~~
6. die sachgerechte Aufteilung des Gesamtvolumens auf die in den Nummern 1 **bis 5** genannten Tagesentgelte,
7. Art und Menge der voraussichtlich zu erbringenden voll- und teilstationären Leistungen,
8. die Höhe der Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und den Anteil dieser Pflegepersonalkosten an dem Gesamtvolumen sowie
9. die Mehr- und Mindererlösausgleiche nach Absatz 5.“

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 9 – § 7 Absätze 1 und 2 – Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vergütung des Vorhaltebudgets wird als allgemeine Krankenhausleistung und damit als abrechenbare Entgelte gegenüber den Kostenträgern erklärt. Die krankenhausesindividuellen Tagesentgelte oder vorläufigen Tagesentgelte der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen werden ebenfalls künftig als Krankenhausleistung und damit abrechenbare Leistungen gegenüber den Kostenträgern erklärt.

Es gibt redaktionelle Änderungen. Unter anderem wird die Aufzählung im bisherigen § 7 Nummern 1 bis 4 in mehreren Sätzen zusammengefasst und um die Regelung ergänzt, dass erhöhte Vorhaltebewertungsrelationen nach § 17b Absatz 4b Satz 4 KHG gesondert ausgewiesen und mit dem Landesbasisfallwert berechnet werden.

B) Stellungnahme

Die Zuordnung der Abzahlung des Vorhaltebudgets als allgemeine Krankenhausleistung ist redaktionell und in § 7 korrekt zugeordnet.

Diskussionswürdig ist die Zuordnung von medizinisch-ärztlichen Leistungen der sogenannten Level 1i-Klinken als künftige allgemeine Krankenhausleistung. Hier ist insbesondere unter Beachtung der noch offenen inhaltlichen Regelung der Leistungen nach § 115h SGB V i. V. m. § 6c KHEntgG abzuwarten, welche Leistungen künftig diese Einrichtungen erbringen dürfen. Hier werden eventuell ambulante Leistungen oder Leistungen bestimmter Pflege zu Krankenhausleistungen erklärt, die vorher anderen Bereichen zugeordnet waren. Eventuell ist an dieser Stelle ein analoges Vorgehen, wie bei Hybrid-DRGs oder AOP-Leistungen, sinnvoll, bei dem diese Bereiche separat dargestellt und nicht als Krankenhausleistung definiert werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 10 – § 8 – Berechnung der Entgelte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Neben redaktionellen Punkten wird klargestellt, dass ab dem Jahr 2027 Leistungen nicht berechnet werden dürfen, die keiner Leistungsgruppe zugeordnet werden. Ausnahmen gelten nur für Notfallpatientinnen und -patienten. Auch wenn die Zuordnung ab 2025 erfolgt, gilt die Regelung erst ab 2027 und soll Krankenhäusern einen Übergang gewähren.

Bei onkologischen Leistungen dürfen die Entgelte für das Pflegebudget und die Vorhaltekosten weiter abgerechnet werden, auch wenn ein Krankenhaus nicht auf der Liste des InEK nach § 40 KHG aufgeführt ist; dies soll Gelegenheitsversorgung unterbinden.

Des Weiteren dürfen Krankenhäuser, bei denen Standorte auf der Liste nach § 40 Absatz 2 Satz 2 KHG (Liste des InEK zur Behandlung im chirurgischen Bereich mit einer onkologischen Diagnose, bei denen Krankenhäuser die unteren 15 % dieser Leistungen erbringen) aufgeführt sind, keine Krankenhausleistungen wie DRGs, Zusatzentgelte (ZE), NUBs etc. mehr abrechnen, sondern nur noch Pflegeentgelte und Entgelte zur Abzahlung des Vorhaltebudgets.

B) Stellungnahme

Die Nichtabrechenbarkeit von Leistungen ist gesetzgeberisch konsequent und wird begrüßt. Die Ausnahmen für Notfallpatientinnen und -patienten mag medizinisch nachvollziehbar sein, ist jedoch nicht bundeseinheitlich definiert, für Krankenhäuser ist ein Umgehen der Regelung leicht möglich. Dies darf keinesfalls alle Fälle ohne ärztliche Einweisung betreffen oder Fälle, in denen das Krankenhaus selbst angibt, dass es sich um einen Notfall handelt (z. B. Aufnahmegrund). Hier sollte der Gesetzgeber klarstellen, wann es sich um die Behandlung von Notfallpatientinnen und -patienten handelt. Sollte ein Krankenhaus die bestehende Regelung durch wiederholtes Behandeln von „angeblichen“ Notfallpatientinnen und -patienten unterlaufen, sollte dies gegenüber den Ländern auffällig gestellt und eventuell Sanktionen ergriffen werden. Diese Ausnahme ist aus dem Gesetz zu streichen.

Krankenhäuser, die in der Liste des InEK zu chirurgisch-onkologischen Leistungen die unteren 15 % an Fällen bundesweit erbringen, sollten konsequenterweise nicht nur bestimmte Entgelte nicht abrechnen, sondern analog den Regelungen zu den Leistungsstufen aus der Versorgung herausgenommen werden. Worin der Anreiz besteht, nur noch bestimmte Entgelte zuzulassen, erschließt sich nicht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 11a – § 9 Absatz 1 Nummer 10 (neu) – Vereinbarung auf Bundesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-Spitzenverband gemeinsam mit dem PKV-Verband und die DKG sind beauftragt, nähere Einzelheiten zur Verhandlung des Gesamtvolumens nach § 6c Absatz 1 Satz 1 und der sachgerechten Aufteilung des Gesamtvolumens auf die krankenhausesindividuellen Tagesentgelte, einschließlich deren Degression, nach § 6c Absatz 1 Satz 2 sowie zu Abrechnungsbestimmungen der krankenhausesindividuellen Tagesentgelte zu vereinbaren. Die Vereinbarung ist innerhalb von drei Monaten nach Zustandekommen der Vereinbarung oder Festlegung nach § 115g Absatz 3 SGB V (neu) von den Vertragsparteien auf Bundesebene mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 zu schließen.

Als Konfliktlösungsmechanismus wird die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG festgelegt.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt, dass die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene Vorgaben für die Vereinbarung des Gesamtbudgets und der krankenhausesindividuellen Tagesentgelte vor Ort festlegen, damit ein einheitlicher bundesweiter Rahmen besteht. Insbesondere wird begrüßt, dass auf Bundesebene Vorgaben zur Degression der Tagesentgelte und Vorgaben zur Abrechnungsbestimmung vereinbart werden, die ökonomischen Fehlanreize zu medizinisch nicht indizierten langen Liegedauern, Verlegungen und Wiederaufnahmen entgegenwirken sollen. Die Festlegung vorübergehender Tagesentgelte inklusive deren Degression auf Bundesebene für die Krankenhäuser, die bei ihrer erstmaligen Bestimmung als sektorenübergreifende Einrichtung noch kein krankenhausesindividuelles Tagesentgelt verhandelt haben, ist sachgerecht, soweit sich die Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen auf Krankenhäuser in dünn besiedelten (ländlichen oder strukturschwachen) Regionen mit einer geringen Krankenhausesdichte und daraus resultierenden weiten Entfernungen zum nächsten Krankenhaus beschränkt.

Die Vereinbarungsfrist von drei Monaten nach Zustandekommen der Vereinbarung oder Festlegung nach § 115g Absatz 3 SGB V (neu) ist zu kurz, um alle fachlich relevanten Sachverhalte angemessen zu berücksichtigen. Die Frist sollte mindestens auf sechs Monate verlängert werden.

C) Änderungsvorschlag

§9 Absatz 1 Nummer 10 (neu) wird wie folgt geändert:

„10. innerhalb von ~~drei~~ **sechs** Monaten nach Zustandekommen der Vereinbarung oder Festlegung nach § 115g Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch [...]“

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 11b – § 9 Absatz 1a Nummer 5 – Vereinbarung auf Bundesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung sieht eine Ergänzung vor, nach der die Zuschläge für diejenigen Krankenhäuser, die an der Notfallversorgung gemäß dem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern nach § 136c Absatz 4 SGB V teilnehmen, ab dem Jahr 2027 um insgesamt 33 Mio. Euro erhöht werden sollen. Dies entspricht einer Erhöhung um 10 % des ursprünglichen Finanzvolumens. Die Vertragsparteien auf Bundesebene sind beauftragt, die zusätzlichen Finanzmittel sachgerecht auf die dem Stufensystem zu den Mindestvoraussetzungen für eine Teilnahme an der Notfallversorgung des G-BA nach § 136c Absatz 4 SGB V entsprechenden Zuschlägen zu verteilen. Damit wird eine Anpassung der Notfallstufenvergütungsvereinbarung nach § 9 Absatz 1a Nummer 5 notwendig. Laut Gesetzesbegründung wird die Vorhaltevergütung für die Leistungsgruppe Notfallmedizin somit über die Zuschläge für die Teilnahme der Krankenhäuser an der Notfallversorgung finanziert. Damit würde die Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung umgesetzt, die eine Förderung der Notfallversorgung vorsieht.

B) Stellungnahme

Mit Verweis auf die Kommentierung zu Artikel 3 Nummer 12 (§§ 38 und 39 KHEntgG) lehnt der GKV-Spitzenverband grundsätzlich die zusätzlichen Fördertöpfe mit Blick auf die hier nicht mehr gegebene und für die GKV wesentliche ausgabenneutrale Umsetzung der Vergütungsreform ab.

Die Verknüpfung einer Vorhaltefinanzierung für die neu zu schaffende Leistungsgruppe Notfallmedizin auf dem im G-BA beschlossenen System der Notfallstufen nach § 136c Absatz 4 SGB V erscheint aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes vor dem Hintergrund der avisierten Reform sachgerecht und nachvollziehbar. Das System der Notfallstufen stellt aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes die Einhaltung der wichtigsten Mindestanforderungen für die stationäre Notfallversorgung sicher und ist in der Versorgung mittlerweile bewährt. Die Umsetzung der Vorhaltefinanzierung für die Leistungsgruppe Notfallmedizin über eine Anpassung der Notfallstufenvergütungsvereinbarung nach § 9 Absatz 1a Nummer 5 erscheint daher sachgerecht.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes muss allerdings die Bindung an das im G-BA beschlossene System der Notfallstufen nach § 136c Absatz 4 SGB V zwingend dauerhaft erhalten bleiben und darf keine nur vorübergehende Lösung sein. Eine mögliche zeitliche Befristung dieser Neuregelung wird in der Gesetzesbegründung durch das Wort „gegenwärtig“ (Seite 255) angedeutet. Auch bleibt in der beabsichtigten Neuregelung unklar, in welchem Verhältnis genau zukünftig die neue Leistungsgruppe Notfallmedizin zum bestehenden System der Notfallstufen nach § 136c Absatz 4 SGB V stehen soll. Hier bedarf es einer gesetzlichen Klarstellung.

Die Leistungsgruppe Notfallmedizin differenziert in ihrer im Gesetzentwurf vorgesehenen Ausgestaltung nicht zwischen den verschiedenen Stufen der stationären Notfallversorgung, wie sie der G-BA definiert hat. Das im G-BA beschlossene System der Notfallstufen nach § 136c Absatz 4 SGB V differenziert drei Stufen der Notfallversorgung mit nach Höhe der Stufe ansteigenden Mindestanforderungen an die strukturelle, personelle und technische Ausstattung und berücksichtigt

darüber hinaus noch verschiedene fachspezifische Module der Notfallversorgung. Das System der Notfallstufen ist daher gut geeignet, die Unterschiede in der Vorhaltung zwischen Basisversorgern und Krankenhäusern mit umfassenderen Notfallvorhaltungen differenziert abzubilden. Eine Vorhaltefinanzierung anhand der Leistungsgruppe Notfallmedizin würde einen erheblichen Rückschritt bedeuten, da diese ausschließlich auf die Anforderungen der Basisnotfallversorgung abstellt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 11c – § 9 Absatz 1b Satz 1 – Vereinbarung auf Bundesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der jährlichen Vereinbarung des Veränderungswertes soll ab dem Jahr 2025 die bislang geltende anteilige Orientierungswertregelung durch die Anwendung des vollen Orientierungswertes ersetzt werden. In dem Fall, dass der Orientierungswert oberhalb der Veränderungsrate liegt, ist der Verhandlungskorridor nicht mehr gesetzlich auf maximal ein Drittel der Differenz zwischen Orientierungswert und Grundlohnrate beschränkt. Vielmehr ist ab 2025 der volle Orientierungswert zu Grunde zu legen. Bei der Vereinbarung sind bereits anderweitig finanzierte Kostensteigerungen zu berücksichtigen. Dies gilt z. B. für Tarifikostensteigerungen, die bereits durch eine unterjährige Anhebung der Landesbasisfallwerte refinanziert worden sind.

Aufgrund des voraussichtlichen Inkrafttretens des KHVVG zum 01.01.2025 werden die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene zudem verpflichtet, den zum 31.10.2024 vereinbarten Veränderungswert für das Jahr 2025 neu zu vereinbaren, sofern der Orientierungswert für das Jahr 2025 oberhalb der Grundlohnrate für das Jahr 2025 liegt.

B) Stellungnahme

Die Streichung der Ein-Drittel-Korridorlösung und die damit einhergehende Anwendung des vollen Orientierungswertes als Grundlage für die Verhandlung des Veränderungswertes wird abgelehnt. Diese Regelung beinhaltet weitere Mittel für alle Krankenhäuser, die über eine Landesbasisfallwerterhöhung („Gießkanne“) ausgeschüttet werden. Die Streichung der Ein-Drittel-Korridorlösung und die damit verbundene Einführung des vollen Orientierungswertes bergen hohe finanzielle Risiken für die GKV. Wäre diese Regelung bereits in 2024 zur Anwendung gekommen, hätte die Ausdehnung des Verhandlungskorridors zum Veränderungswert auf die volle Differenz zwischen Orientierungswert und Grundlohnrate eine basiswirksame Mehrbelastung für die GKV bedeutet. Statt der bislang schon deutlichen Landesbasisfallwertsteigerung in Höhe von + 5,13 %, welche für die GKV Mehrausgaben in Höhe von + 3,2 Mrd. Euro bedeutet, wären Kostensteigerungen in Höhe von + 6,95 %, d. h. + 4,4 Mrd. Euro alleine für die GKV zu verbuchen gewesen. Die Differenz, d. h. + 1,2 Mrd. Euro, wären also die zusätzlichen Mehrausgaben auf Basis dieser Regelung gewesen. Auch in den kommenden Jahren kann diese Maßnahme folglich zu Mehrbelastungen in Milliardenhöhe führen.

Ein weiterer Aspekt ist die notwendige Streichung der Meistbegünstigungsklausel. Im Rahmen der Weiterentwicklung der Vergütungssystematik sollte nun endlich die sogenannte Meistbegünstigungsklausel (Geltung der Grundlohnrate als Obergrenze, wenn diese höher als der Orientierungswert ist) abgeschafft werden. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der dadurch in den Jahren 2014 bis 2020 verursachten unbegründeten Mehrausgaben vollkommen unverständlich. Allein in 2020 hat die Anwendung dieser Klausel zu mehr als 400 Mio. Euro basiserhöhenden Mehrausgaben geführt. Die Meistbegünstigungsklausel ist fachlich nicht begründet und eine Streichung mehr als überfällig.

Hilfsweise:

Die im Gesetzentwurf gewählte Formulierung sollte eindeutig die in der Begründung dargestellte Systematik widerspiegeln. Statt bei der Vereinbarung des Veränderungswertes von dem vollen Orientierungswert auszugehen, sollte wie bisher die Formulierung so gewählt werden, dass in dem Falle, in dem der Orientierungswert oberhalb der Grundlohnrate liegt, unter Berücksichtigung der bereits anderweitig finanzierten Kostensteigerungen eine maximale Anhebung des Veränderungswertes bis zum Orientierungswert erfolgen kann. Ganz klar sollte deshalb ausformuliert sein, dass der Veränderungswert bis maximal zum Orientierungswert vereinbart werden kann und dass, wenn vom Orientierungswert ausgegangen wird, die bereits anderweitig finanzierten Kostensteigerungen absenkend in die Vereinbarung des Veränderungswertes eingehen.

C) Änderungsvorschlag

Beibehaltung der bisherigen Ein-Drittel-Korridorlösung:

§ 9 Absatz 1b bleibt unverändert.

Streichung der Meistbegünstigungsklausel.

§ 10 Absatz 6 Satz 2 ist wie folgt anzupassen:

„Unterschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, entspricht der Veränderungswert ~~der Veränderungsrate~~ **dem Orientierungswert.**“

Hilfsweise:

Die im Gesetzentwurf gewählte Formulierung sollte eindeutig die in der Begründung dargestellte Systematik widerspiegeln:

§ 9 Absatz 1b Satz 1 ist wie folgt anzupassen:

„(1b) Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren mit Wirkung für die Vertragsparteien auf Landesebene bis zum 31. Oktober jeden Jahres den Veränderungswert nach Maßgabe des § 10 Absatz 6 Satz 2 oder Satz 3 für die Begrenzung der Entwicklung des Basisfallwerts nach § 10 Absatz 4, wobei bereits anderweitig finanzierte Kostensteigerungen zu berücksichtigen sind, soweit dadurch die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht unterschritten wird; im Falle des § 10 Absatz 6 Satz 3 ist ~~die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch~~ unter Berücksichtigung der Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung und von Personal- und Sachkostensteigerungen um bis zu ein Drittel dieser Differenz zu erhöhen **der Veränderungswert** ausgehend vom **bis maximal zur Höhe des Orientierungswerts nach § 10 Absatz 6 Satz 1 unter Berücksichtigung bereits anderweitig finanzierter Kostensteigerungen zu vereinbaren, für das Jahr 2025 ist der bis zum 31. Oktober 2024 vereinbarte Veränderungswert bis zum [Einsetzen: zwei Wochen nach Datum des Inkrafttretens nach Artikel 7 Satz 1] entsprechend neu zu vereinbaren.**“

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 12a – § 10 Absatz 4 Satz 4 – Vereinbarung auf Landesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung sollen im Rahmen der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte aufgrund der Ausgliederung der Vorhaltevergütung aus den Fallpauschalen entstehende mögliche Katalogeffekte nicht zu einer Minderung oder Erhöhung der Landesbasisfallwerte führen.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht. Eine gleichlautende Regelung wird dringend auch für die Ausgliederung der Fälle aufgrund der Einführung und Weiterentwicklung der Hybrid-DRG sowie der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen benötigt. Bei der Ausgliederung dieser Fälle handelt es sich nicht um einen technisch bedingten Katalogeffekt, sondern um die Verlagerung in einen anderen Vergütungsbereich. Eine Verlagerung in einen anderen Vergütungsbereich darf nicht zu einer Veränderung der Landesbasisfallwerte führen.

C) Änderungsvorschlag

§ 10 wird wie folgt geändert:

In Absatz 4 Satz 4 werden nach „§ 6a“ ein Komma und die Wörter „mit der Einführung der Vergütung eines Vorhaltebudgets nach § 6b, **der Einführung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen nach § 115g des Fünften Buch Sozialgesetzbuch sowie der Einführung und Weiterentwicklung der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**“ eingefügt.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 12b – § 10 Absatz 5 – Vereinbarung auf Landesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung wird vorgesehen, dass im Rahmen der auf Bundesebene zu vereinbarenden Tariferhöhungsrate Tariferhöhungen für Löhne und Gehälter von Krankenhausbeschäftigten erstmals beim Landesbasisfallwert für das Jahr 2024 unterjährig zu berücksichtigen sind. Anstelle der bislang hälftigen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen wird nun eine vollständige Tariflohnrefinanzierung, die bislang nur für den Pflegedienst galt, für alle Beschäftigtengruppen eingeführt. Die Vertragsparteien auf Bundesebene werden verpflichtet, die Erhöhungsrate innerhalb von vier Wochen nach Wirksamwerden der maßgeblichen tarifvertraglichen Vereinbarungen zu vereinbaren. Auf Antrag einer Vertragspartei hat die Schiedsstelle innerhalb von sechs Wochen eine Entscheidung zu treffen. Die Erhöhungsrate kann auf Verlangen einer Vertragspartei bereits unterjährig im Landesbasisfallwert für das laufende Kalenderjahr berücksichtigt werden.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die vorgesehene Maßnahme ab.

Die bislang im Rahmen der auf Bundesebene zu vereinbarenden Tariferhöhungsrate hälftige Refinanzierung von Tarifsteigerungen wird künftig durch eine vollständige Tarifrefinanzierung ersetzt. Die Folge werden weitere flächendeckende und basiswirksame Steigerungen der Landesbasisfallwerte („Gießkannen“) sein, die völlig unabhängig von der Einnahmeseite der GKV von allen Beitragszahlenden in Zukunft zu tragen sind.

Aufgrund der Vielzahl an sich überschneidenden Finanzierungsregelungen im Krankenhausbereich ist schon die bisherige zusätzliche hälftige Tarifrefinanzierung unnötig – gleiches gilt entsprechend auch für die vollständige Tarifrefinanzierung.

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. Damit verbunden ist, die Meistbegünstigungsklausel bei der Landesbasisfallwertberechnung ersatzlos zu streichen.

C) Änderungsvorschlag

§ 10 Absatz 5 ist bereits für das Jahr 2024 zu streichen.

Hilfsweise:

§ 10 Absatz 5 ist ab dem Jahr 2025 zu streichen. Lediglich für das Jahr 2024 wird die Regelung beibehalten. Ab dem Jahr 2025 wird mit der in Artikel 3 Nummer 11c vorgesehenen Regelung zur Anpassung der Vereinbarungen zum Veränderungswert (voller Korridor) eine weitreichende Regelung zur Refinanzierung der Kostensteigerungen geschaffen.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 12c – § 10 Absatz 6 – Vereinbarung auf Landesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die in Artikel 3 Nummer 11c vorgesehene Anpassung zur Vereinbarung des Veränderungswertes (Streichung des Ein-Drittel-Korridors, Anwendung des vollen Korridors) wird hiermit eine Folgeänderung vorgenommen. Die für die Vertragsparteien auf Bundesebene bislang geltende Vorgabe für die Ermittlung der Differenz zwischen dem Orientierungswert und der Grundlohnrate wird aufgehoben.

B) Stellungnahme

Die Änderung in § 10 Absatz 6 Satz 3 wird abgelehnt.

Die Streichung der Ein-Drittel-Korridorlösung und die damit einhergehende Anwendung des vollen Orientierungswertes als Grundlage für die Verhandlung des Veränderungswertes wird vom GKV-Spitzenverband abgelehnt (vgl. Kommentierung zu Artikel 3 Nummer 11c).

C) Änderungsvorschlag

Die Neuregelung wird gestrichen und die in § 10 Absatz 6 Satz 3 formulierte Ermittlung der Differenz zwischen dem Orientierungswert und der Grundlohnrate wird beibehalten.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 12d – § 10 Absatz 6a (neu) – Vereinbarung auf Landesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung wird dem BMG die Befugnis eingeräumt, die ihm nach Absatz 6 Satz 1 zweiter Halbsatz gesetzlich eingeräumte Ermächtigung, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates die vom Statistischen Bundesamt zu erhebenden Daten von den Krankenhäusern zum Zwecke der Ermittlung eines weiterentwickelten Orientierungswertes festzulegen, im Wege der Rechtsverordnung auf das Statistische Bundesamt zu übertragen (Subdelegation).

B) Stellungnahme

Der Orientierungswert gewinnt als zentrale Größe der Preissetzung im Krankenhausbereich immer mehr an Gewicht. Über die mit diesem Gesetzentwurf angestrebten Regelungen (Stichwort: voller Korridor) werden die Veränderungswerte als Preissetzungsspielräume der Landesbasisfallwerte künftig noch mehr von dieser durch das Statistische Bundesamt ermittelten Größe abhängen.

Grundsätzlich hat der GKV-Spitzenverband keine Einwände gegen die mit dieser Regelung festgelegten Übertragung der Rechtsverordnung auf das Statistische Bundesamt. Dennoch gibt es in dem Verfahren der Ermittlung des Orientierungswertes seit Jahren folgenden wesentlichen Anpassungsbedarf, der einerseits die Transparenz des Verfahrens und andererseits die Einbeziehung der GKV zur Ermittlung des Orientierungswertes betrifft.

Das Statistische Bundesamt sollte gesetzlich verpflichtet werden, die für die Ermittlung des Personalkostenorientierungswertes und des Sachkostenorientierungswertes zu Grunde gelegten Daten inklusive der Berechnungsmethodik differenziert zu veröffentlichen.

Daneben ist im Rahmen der Weiterentwicklung dieser zentralen Größe der Preis- und damit auch GKV-Ausgabenentwicklung dem GKV-Spitzenverband zumindest eine Möglichkeit der Stellungnahme einzuräumen und gesetzlich zu verankern. Da die von den Krankenhäusern an das Statistische Bundesamt übermittelten Daten künftig über die Höhe der Ausgaben der Krankenkassen entscheiden werden, ist eine Plausibilisierung durch das Statistische Bundesamt nicht mehr ausreichend. Der Prozess der Weiterentwicklung des Orientierungswertes darf nicht ohne einen Einbezug des GKV-Spitzenverbandes erfolgen.

C) Änderungsvorschlag

Vgl. Stellungnahme.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 12e – § 10 Absatz 10 Satz 1 – Vereinbarung auf Landesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Landesbasisfallwerte für das Jahr 2025, die bis zum 30.11.2024 zu vereinbaren sind, sollen unter Berücksichtigung des Veränderungswertes, der für 2025 auf der Grundlage des vollen Orientierungswertes neu vereinbart worden ist, innerhalb von sechs Wochen nach Inkrafttreten des Gesetzes neu vereinbart werden.

B) Stellungnahme

Die Änderung in § 10 Absatz 10 Satz 1 wird abgelehnt.

Die Streichung der Ein-Drittel-Korridorlösung und die damit einhergehende Anwendung des vollen Orientierungswertes als Grundlage für die Verhandlung des Veränderungswertes ab 2025 wird vom GKV-Spitzenverband abgelehnt (vgl. Kommentierung zu Artikel 3 Nummer 11c).

C) Änderungsvorschlag

Die Regelung ist zu streichen.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 13 – § 11 – Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

zu a)

Es handelt sich um Folgeänderungen in § 11 Absatz 1 Satz 1 aufgrund der Einführung des Vorhaltebudgets sowie zudem um eine redaktionelle Anpassung aufgrund der Integration der Strukturprüfungen nach dem bisherigen § 275d SGB V in den neuen § 275a SGB V.

zu b)

Durch die Regelung in § 11 Absatz 3 werden die Selbstverwaltungspartner vor Ort verpflichtet, das Erlösbudget für das Jahr 2025 unter Berücksichtigung des Veränderungswertes, der auf der Grundlage des vollen Orientierungswertes neu vereinbart worden ist, neu zu vereinbaren.

B) Stellungnahme

zu a)

Keine.

zu b)

Die Streichung der Ein-Drittel-Korridorlösung und die damit einhergehende Anwendung des vollen Orientierungswertes als Grundlage für die Verhandlung des Veränderungswertes ab 2025 wird vom GKV-Spitzenverband abgelehnt (vgl. Kommentierung zu Artikel 3 Nummer 11c). Zudem verursacht eine nochmalige Vereinbarung aller bereits vereinbarten Krankenhausbudgets 2025 einen vermeidbaren bürokratischen Aufwand.

C) Änderungsvorschlag

zu a)

Keiner.

zu b)

Diese Regelung ist zu streichen.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 14 – § 12 Satz 1 – Vorläufige Vereinbarung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Ergänzung in § 12 handelt es sich um eine Folgeregelung aufgrund der Einführung des neuen § 6c. Sie stellt klar, dass eine vorläufige Vereinbarung auch bei Nichteinigung der Vertragsparteien über die Höhe des Gesamtvolumens und der krankenhausesindividuellen Tagesentgelte nach § 6c Absatz 6 geschlossen werden kann, soweit die Höhe unstrittig ist.

B) Stellungnahme

Bei der beabsichtigten Neuregelung handelt es sich um eine Folgeänderung aufgrund der Neufassung von § 6c.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 15 – § 13 Absatz 1 Satz 1 – Schiedsstelle

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Ergänzung in § 13 handelt es sich um eine Folgeregelung aufgrund der Einführung des neuen § 6c. Sie stellt klar, dass bei einem ganz oder teilweise nicht Zustandekommen der Vereinbarung nach § 6c Absatz 6 die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 KHG auf Antrag einer der Vertragsparteien auf Landesebene oder der Vertragsparteien auf Ortsebene entscheidet.

B) Stellungnahme

Bei der beabsichtigten Neuregelung handelt es sich um eine Folgeänderung aufgrund der Neufassung von § 6c.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 16a – § 14 Absatz 1 Satz 1 – Genehmigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Ergänzung in § 14 handelt es sich um eine Folgeregelung aufgrund der Einführung des neuen § 6c. Die krankenhaushausindividuellen Tagesentgelte nach § 6c für Krankenhäuser nach § 115g Absatz 1 SGB V (neu) sind zur Genehmigung bei der zuständigen Landesbehörde von einer der Vertragsparteien zu beantragen.

Damit der errechnete Ausgleichsbetrag im Rahmen der Vorhaltevergütung rechtliche Wirkung entfaltet, ist eine Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde erforderlich. Damit etwaige Fehl- oder Überzahlungsbeträge des Vorhaltebudgets zeitnah zur Finanzierung kommen, ist eine kurze Genehmigungsfrist für die Landesbehörden von 14 Tagen erforderlich. Die 14-tägige Genehmigungsfrist gilt gleichermaßen für den Konvergenzbetrag.

B) Stellungnahme

Bei der beabsichtigten Neuregelung handelt es sich um eine Folgeänderung aufgrund der Neufassung von § 6c.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 16b – § 14 Absatz 1a (neu) – Genehmigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Damit der errechnete Ausgleichsbetrag im Rahmen der Vorhaltevergütung rechtliche Wirkung entfaltet, ist eine Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde erforderlich. Damit etwaige Fehl- oder Überzahlungsbeträge des Vorhaltebudgets zeitnah zur Finanzierung kommen, ist eine kurze Genehmigungsfrist für die Landesbehörden von 14 Tagen erforderlich. Die 14-tägige Genehmigungsfrist gilt gleichermaßen für den Konvergenzbetrag.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 17 – § 18 – Belegärzte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderungen umfassen eine Klarstellung, dass bei Patientenbehandlungen durch Belegärzte in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen die krankenhausesindividuellen Tagesentgelte nach § 6c gelten und die belegärztlichen Leistungen nach § 121 SGB V vergütet werden.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um Folgeänderungen durch die Einführung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen nach § 115g SGB V (neu) und die dazugehörigen Vergütungsregelungen nach § 6c. Die Folgeänderungen sind sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 18 – § 21 – Übermittlung und Nutzung von Daten

A) Beabsichtigte Neuregelung

In der Datenübermittlung nach § 21 werden die Daten, die das Krankenhaus übermittelt (Strukturdatensatz und je Krankenhausfall), um die Leistungsgruppen und Tagesentgelte für Level 1i-Krankenhäuser ergänzt.

Es wird ergänzt, dass bei fehlender Lieferung der Daten für die Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis ein Abschlag von 20.000 Euro fällig wird (nicht bis zu 500.000 Euro).

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionell sinnvolle Änderung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 1 – § 2 Absatz 2 – Krankenhausleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Analog zu einer Änderung für somatische Krankenhäuser im KHEntgG werden auch psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser, die keinen Versorgungsauftrag zur Erbringung strahlentherapeutischer Leistungen haben, von der Verpflichtung zur Erbringung strahlentherapeutischer Behandlungen im Rahmen ihrer Gesamtbehandlungsverantwortung entbunden, soweit dadurch eine bereits vor Aufnahme geplante Strahlentherapie begonnen hat oder eine solche fortgeführt wird

B) Stellungnahme

Die Änderung erfolgt infolge der durch ein BSG-Urteil entfallenden Abrechnungsmöglichkeit von strahlentherapeutisch veranlassten ambulanten Drittleistungen. Aus medizinischer sowie strahlenschutztechnischer Sicht ist es erforderlich, entsprechende strahlentherapeutische Leistungen auch während einer vollstationären Krankenhausbehandlung weiter durch den ursprünglichen Leistungserbringer fortzuführen und den geplanten Therapiezyklus nicht zu unterbrechen. Die Änderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 2 – § 3 Absätze 4 und 5 – Vereinbarung eines Gesamtbetrags

A) Beabsichtigte Neuregelung

Analog zum somatischen Bereich sollen ab 2024 Tariflohnsteigerungen unterjährig und vollständig refinanziert werden. Durch den bisherigen Prozentsatz in der Regelung war eine vollständige Tarifrefinanzierung für den Pflegedienst und eine hälftige Refinanzierung für alle anderen Personalbereiche vorgesehen. Durch die neu vorgesehene unterjährige Erhöhung des Basisentgeltwertes sollen die Tariflohnsteigerungen bereits im laufenden Kalenderjahr refinanziert werden können. Bisher erfolgt dies mit der krankenhausesindividuellen Budgetvereinbarung zu einem späteren Zeitpunkt.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung wird abgelehnt.

Durch eine vollständige Tarifrefinanzierung für alle Berufsgruppen sind erhebliche Ausgabensteigerungen der GKV auch bereits im Jahr 2024 zu erwarten. Eine genaue Abschätzung für 2024 ist aber noch nicht möglich, da noch nicht alle tarifvertraglichen Grundlagen vorliegen. Eine vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen ist insbesondere mit der Gefahr zukünftiger Mehrausgaben verbunden, wenn die finanziellen Auswirkungen der Einigungen der Tarifpartner vollständig von der GKV zu finanzieren sind, ohne dass diese bei den Verhandlungen maßgeblich beteiligt ist.

Laut Gesetzesbegründung handelt es sich im Absatz 5 um eine Folgeänderung zu den Regelungen in den §§ 6 Absatz 3 und 10 Absatz 5 KHEntgG zur Einführung einer frühzeitigen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen noch im laufenden Kalenderjahr, um eine gleichberechtigte Behandlung gegenüber somatischen Krankenhäusern zu bewirken. Jedoch sieht § 10 Absatz 5 Satz 8 KHEntgG vor, dass auf Verlangen einer Vertragspartei während des laufenden Kalenderjahres eine Anpassung des Basisfallwertes neu zu vereinbaren ist. Im Bereich der BPfIV erachtet der Gesetzgeber hingegen eine entsprechende Vereinbarung nicht als erforderlich. Stattdessen legen Krankenhäuser eigenmächtig unterjährig angepasste Basisentgeltwerte fest, über deren Berechnung kein Austausch mit den Krankenkassen erfolgen soll und die auch nicht von den zuständigen Landesbehörden genehmigt werden müssen. Es handelt sich somit um eine Besserstellung der Krankenhäuser nach BPfIV im Vergleich zu somatischen Krankenhäusern. Zudem ist unklar, auf welchem Basisentgeltwert Budgetvereinbarungen für einen Folgezeitraum aufsetzen sollen: dem letzten vereinbarten Basisentgeltwert oder dem vom Krankenhaus eigenständig angepassten Basisentgeltwert. Gleichwohl ist auch eine unterjährige Neuvereinbarung des Basisentgeltwertes im Bereich der BPfIV unpraktikabel, da die Verhandlungen mit jedem Krankenhaus einzeln geführt werden müssen.

Im Bereich der BPfIV würde die vollständige Refinanzierung auch vereinbarte Stellen umfassen, die vom Krankenhaus aufgrund fehlender Fachkräfte oder zweckfremder Mittelverwendung nicht umgesetzt wurden. Bisher fehlt es an einer Regelung, nach der nicht zweckentsprechend eingesetzte Budgetmittel für Personal zurückzuzahlen sind.

Vgl. Kommentierung zu Artikel 3 Nummer 12b (§ 10 Absatz 5 KHEntgG).

Im Ergänzenden Änderungsbedarf werden die Vorschläge zu den Anpassungen der Vorgaben in § 3 konkretisiert und näher erläutert.

C) Änderungsvorschlag

Die Neuregelung ist zu streichen.

Artikel 4 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 3 – § 8 Absatz 3 – Berechnung der Entgelte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung aufgrund der Neustrukturierung der §§ 275d SGB V (alt) und 275a SGB V (neu).

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 4 – § 9 Absatz 1 Nummer 5- Vereinbarung auf Bundesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Analog zum somatischen Bereich sollen bei der jährlichen Vereinbarung des Veränderungswertes ab dem Jahr 2025 die bislang geltende anteilige Orientierungswertregelung durch die Anwendung des vollen Orientierungswertes ersetzt werden. In dem Fall, dass der Orientierungswert oberhalb der Veränderungsrate liegt, ist die Erhöhung nicht mehr auf 40 % der Differenz beschränkt, sondern der Orientierungswert zu Grunde zu legen. Bei der Vereinbarung sind bereits anderweitig finanzierte Kostensteigerungen zu berücksichtigen. Dies gilt z. B. für Tarifkostensteigerungen, die bereits durch eine unterjährige Anhebung der Basisentgeltwertes refinanziert worden sind.

B) Stellungnahme

Die Streichung der bestehenden Regelung und die damit einhergehende Anwendung des vollen Orientierungswertes als Grundlage für die Verhandlung des Veränderungswertes wird vom GKV-Spitzenverband abgelehnt. Eine Streichung der bislang geltenden anteiligen Orientierungswertregelung und die damit verbundene Einführung des vollen Orientierungswertes bergen hohe finanzielle Risiken für die GKV (vgl. Kommentierung zu Artikel 3 Nummer 11c).

C) Änderungsvorschlag

Die bisherige Regelung ist beizubehalten.

§ 9 Absatz 1 Nummer 5 BPfIV bleibt unverändert.

Vgl. auch Kommentierung zu Artikel 3 Nummer 11c.

Durch den Verweis auf die Regelungen im KHEntgG kommt die vorgeschlagene Streichung der Meistbegünstigungsklausel auch im Bereich der BPfIV zur Anwendung.

Artikel 4 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 5a – § 11 Absatz 1 Satz 1 – Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung ist eine Folgeänderung zu § 275d SGB V infolge der Neustrukturierung des § 275a SGB V (neu).

B) Stellungnahme

Vgl. Kommentierung zu Artikel 1 Nummern 15 und 17.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 5b – § 11 Absatz 3 – Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragsparteien vor Ort werden verpflichtet, das Budget für das Jahr 2025 unter Berücksichtigung des Veränderungswertes, der auf der Grundlage des vollen Orientierungswertes neu vereinbart worden ist, zu vereinbaren. Sofern das Budget zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes bereits vereinbart worden ist, ist es innerhalb von zwei Monaten entsprechend anzupassen.

B) Stellungnahme

Die Streichung der anteiligen Orientierungswertregelung und die damit einhergehende Anwendung des vollen Orientierungswertes als Grundlage für die Verhandlung des Veränderungswertes ab 2025 wird vom GKV-Spitzenverband abgelehnt (vgl. Kommentierung zu Artikel 5 Nummer 3).

Laut Gesetzesbegründung wird beabsichtigt zu gewährleisten, dass der volle Orientierungswert bereits in 2025 für Krankenhäuser nach BPfIV finanzwirksam wird. Zwar geht der Gesetzgeber in seiner Begründung davon aus, dass der Vereinbarungsaufwand gering ist, da gegenüber der ursprünglichen Vereinbarung lediglich der neu vereinbarte Veränderungswert als neue Obergrenze für den Anstieg gegenüber dem Vorjahr zu berücksichtigen sei. Jedoch bleibt die Möglichkeit bestehen, dass die Regelung für Nachverhandlungen genutzt wird und weitere Tatbestände in die Verhandlungen eingebracht werden. Der Abschluss frühzeitiger Budgetvereinbarungen für 2025 bereits in 2024 wird daher unattraktiv, da Verhandlungen ggf. doppelt geführt werden müssen. Zudem besteht der Bedarf an der Regelung nicht, da bereits § 11 Absatz 6 Satz 1 Nummer 6 in der derzeit geltenden Fassung vorsieht, dass bis zum 30.09.2025 für den Vereinbarungszeitraum 2025 Budgetverhandlungen aufgenommen werden.

C) Änderungsvorschlag

Die Neuregelung ist zu streichen.

Artikel 5 (Änderung der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser)

A) Beabsichtigte Neuregelung

In der Verordnung wurde die Zahlungsfrist nach § 415 Satz 1 SGB V bis zum 31.12.2024 auf fünf Tage verkürzt. Durch die Neuregelung des § 109 Satz 5 SGB V ist die Regelung entbehrlich und entfällt.

B) Stellungnahme

Diese Änderung ist folgerichtig. Im Übrigen wird auf die Kommentierung zu Artikel 1 Nummer 2e (§ 109 SGB V) verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 6 (Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen)

Nr. 1 und 2 – § 187 Absatz 9 Satz 1 Nummern 2 und 3 – Übergangs- und Schlussbestimmungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Anwendungsbereich der für Zusammenschlüsse im Krankenhausbereich geltenden Freistellung von der Fusionskontrollpflicht wird erweitert. Damit werden auch Zusammenschlüsse von Krankenhäusern zeitlich befristet aus dem Anwendungsbereich der Fusionskontrolle ausgenommen, die aus Mitteln des Transformationsfonds gefördert werden. Die Befristung der Freistellung von der Fusionskontrolle wird bis zum 31.12.2038 verlängert und damit an die vorgesehene Laufzeit des Transformationsfonds, einschließlich einer angemessenen Zeit zur Umsetzung bewilligter Vorhaben, angepasst.

B) Stellungnahme

Die Anpassung ist nachvollziehbar. Es wird auf die allgemeine Stellungnahme zum Transformationsfonds verwiesen (vgl. Kommentierung zu Artikel 2 Nummer 6 (§ 12b KHG)).

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 6 (Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen)

Nr. 3 – § 187 Absatz 9 Satz 1 Nummer 4 - Übergangs- und Schlussbestimmungen

Beabsichtigte Neuregelung

Die Befristung der Freistellung von der Fusionskontrolle wird entsprechend der Laufzeit des Transformationsfonds bis zum 31.12.2038 verlängert.

Stellungnahme

Die Anpassung ist nachvollziehbar. Es wird auf die allgemeine Stellungnahme zum Transformationsfonds verwiesen (vgl. Kommentierung zu Artikel 2 Nummer 6 (§ 12b KHG)).

Änderungsvorschlag

Keiner.

Ergänzender Änderungsbedarf

**§ 123 SGB V (neu) – Übermittlung und Nutzung von Daten ambulanter Krankenhausleistungen,
§ 115b SGB V – Ambulantes Operieren im Krankenhaus,
§ 115f SGB V – Spezielle sektorengleiche Vergütung, Verordnungsermächtigung
und
§ 21 KHEntgG – Übermittlung und Nutzung von Daten**

Neuregelungsbedarf

Die vorgeschlagene Änderung zielt auf die Übermittlung und Nutzung von Daten ambulanter Krankenhausleistungen nach den §§ 115b und 115f SGB V ab und sieht hierfür einen neuen § 123 vor. Der Vorschlag beinhaltet zudem zwei konkrete gesetzliche Verwendungszwecke: die Kalkulation von Fallpauschalen für die spezielle sektorengleiche Vergütung gemäß § 115f Absatz 1 SGB V sowie die Kalkulation von leistungsbezogenen Sachkostenpauschalen für die einheitliche Vergütung von AOP-Leistungen gemäß § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V. Ziel ist es, Leistungsdaten ambulanter Fälle in Krankenhäusern nach den §§ 115b und 115f SGB V von allen nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern über die Datenstelle des InEK zu erheben. Mit dieser Datenerhebung wird das tatsächlich erbrachte ambulante Leistungsgeschehen von Krankenhäusern nach den §§ 115b und 115f SGB V erstmals transparent dargelegt. Nur durch die Erhebung ambulanter Leistungsdaten von Krankenhäusern ist es möglich, vorhandene Versorgungsstrukturen nachzuvollziehen, zu analysieren und anschließend weiterzuentwickeln. Zudem ermöglicht die Datenerhebung, die Qualität der medizinischen Versorgung zu erfassen und diese vor dem Hintergrund knapper Ressourcen zu optimieren. Die Versorgungsstrukturen, insbesondere im ambulanten Versorgungsbereich, sind in den letzten Jahren immer komplexer geworden. Aktuelle Änderungen stellen insbesondere die Erweiterung des AOP-Katalogs und die Weiterentwicklung der Regelungen zum ambulanten Operieren von Krankenhäusern sowie die Einführung einer speziellen sektorengleichen Vergütung für ausgewählte Leistungen des AOP-Katalogs (Hybrid-DRG) dar. Um Versorgungsdefizite in der derzeitigen ambulanten Versorgung nach den §§ 115b und 115f SGB V erkennen und ineffiziente Versorgungsstrukturen abbauen zu können, bedarf es einer Darstellung der tatsächlichen ambulanten Versorgungsleistungen der Krankenhäuser nach den §§ 115b und 115f SGB V. Damit bietet sich die Möglichkeit, auf Basis empirisch erhobener ambulanter Leistungsdaten von Krankenhäusern die ambulanten Versorgungsstrukturen aktiv zu gestalten, die Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten zu verbessern sowie Leistungserbringende zu entlasten. Zudem wird mit dieser Regelung ein erster Baustein dafür umgesetzt, zukünftig neben den Daten über die stationäre Leistungserbringung von Krankenhäusern nach § 21 KHEntgG auch Daten über die ambulante Leistungserbringung von Krankenhäusern zu erheben und damit einen umfassenden Überblick über das gesamte Leistungsgeschehen von Krankenhäusern gesetzlich zu etablieren.

Ein weiteres zentrales Ziel ist es, empirische Kostendaten von ambulanten Krankenhausleistungen nach den §§ 115b und 115f SGB V zu erheben und damit eine Datengrundlage für die Vereinbarung und Weiterentwicklung der Vergütung dieser ambulanten Krankenhausleistungen zu schaffen. Insbesondere die spezielle sektorengleiche Vergütung nach § 115f SGB V schreibt die Kalkulation von

Fallpauschalen auf Grundlage empirischer Kostendaten vor. Des Weiteren sollen bei AOP-Leistungen nach § 115b SGB V anfallende Sachkosten pauschaliert vergütet werden. Für diese Verwendungszwecke liefert § 123 SGB V die notwendige Datengrundlage.

Die in dem ergänzenden Änderungsbedarf hinterlegte Zeitschiene sieht vor, dass in einem ersten Schritt die ambulanten Leistungsdaten aller nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser erhoben werden. Damit liegt dann erstmals und ab dann jährlich vollständige Transparenz über das ambulante Leistungsgeschehen der Krankenhäuser in Deutschland vor. Auf dieser neuen Datenbasis ist es dem InEK dadurch erstmals möglich, diejenigen Krankenhäuser zu bestimmen, die zusätzlich zu den Leistungsdaten auch die Kostendaten ihrer ambulanten Leistungserbringung nach den §§ 115b und 115f SGB V zu übermitteln. Die empirischen ambulanten Kostendaten von Krankenhäusern können demnach immer erst ein Jahr später als die Übermittlung der ambulanten Leistungsdaten aller Krankenhäuser erfolgen. Dies bedeutet, wenn die Krankenhäuser gemäß des neuen § 123 SGB V gesetzlich verpflichtet werden, ihre ambulanten Leistungsdaten nach den §§ 115b und 115 SGB V jährlich zum 31.03., erstmals zum 31.03.2025, an die Datenstelle des InEK zu übermitteln, ist eine Erhebung empirischer ambulanter Kostendaten von Krankenhäusern im Wege einer repräsentativen Stichprobe erstmals erst zum 31.03.2026 umsetzbar. Die Erhebung, Auswertung und Bereitstellung von Daten vertragsärztlicher Leistungserbringer zum Zweck der Anpassung und Weiterentwicklung der Hybrid-Fallpauschalen erfolgt durch das Institut des Bewertungsausschusses im Auftrag des ergänzten Bewertungsausschusses. Dem folgend können dann erstmals mit Wirkung zum 01.01.2027 Hybrid-DRG Fallpauschalen auf Basis empirischer stationärer und ambulanter Kostendaten von Krankenhäusern sowie empirischer Kostendaten von Vertragsärzten kalkuliert und festgelegt werden.

Für die Umsetzung sieht der Gesetzgebungsvorschlag vor, dass der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V spätestens mit Wirkung zum 01.01.2026 auf Grundlage der dann vorliegenden fallbezogenen ambulanten und stationären Kostendaten die Fallpauschalen für eine sektorenübergreifende Vergütung beschließt. Mit der Übertragung dieser Aufgabe auf den ergänzten Bewertungsausschuss werden die umfangreichen und erforderlichen Maßnahmen bis hin zur Entscheidungsfindung auf eine etablierte Gremien- und Arbeitsstruktur übertragen. Kommt eine Entscheidung des ergänzten Bewertungsausschusses ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet gemäß § 87 Absatz 5a SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss in erweiterter Besetzung. Darüber hinaus wird durch die Ergänzung in § 115f Absatz 4 klargestellt, dass die Regelungen des § 87 Absatz 6 SGB V gleichfalls entsprechend gelten und damit dem BMG die Möglichkeit gegeben wird, Entscheidungen des Gremiums herbeizuführen.

Die vereinbarten Leistungen sind auf der Grundlage der vereinbarten sektorengleichen Vergütung durch die Krankenkassen zu vergüten. Das Gesetz spricht in § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 von einer „speziellen“ sektorengleichen Vergütung und hat als spezielle Regelung Anwendungsvorrang gegenüber anderen als der sektorengleichen Vergütung. Eine alternative Abrechnungsmöglichkeit (z. B. einheitlicher Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen nach § 87 Absatz 1) für Leistungserbringer ist daher ausgeschlossen. Zur Klarstellung wird § 115 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ergänzt.

Mit der ergänzenden Formulierung in § 115f Absatz 3 wird klargestellt, dass die Vertragspartner das Nähere zum Abrechnungsverfahren sowie den erforderlichen Vordrucken zu vereinbaren haben.

Änderungsvorschlag

Es wird folgender § 123 SGB V (neu) eingefügt:

„§ 123 Übermittlung und Nutzung von Daten ambulanter Krankenhausleistungen

- (1) Das nach § 108 zugelassene Krankenhaus übermittelt auf elektronischem Wege jährlich jeweils zum 31.03., erstmals zum 31.03.2025, für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr zum Zweck der Vereinbarung und Weiterentwicklung der Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen nach den §§ 115b und 115f die Daten nach Absatz 2 an die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus geführte Datenstelle auf Bundesebene.**
- (2) ¹Zu übermitteln sind je ambulantem Fall im Krankenhaus nach den §§ 115b und 115f ein Datensatz mit folgenden ambulanten Leistungsdaten:**
 - 1. unveränderbarer Teil der Krankenversichertennummer nach § 290 Absatz 1 Satz 2 oder, sofern eine Krankenversichertennummer nicht besteht, das krankenhauserne Kennzeichen des ambulanten Behandlungsfalls,**
 - 2. Institutionskennzeichen des Krankenhauses sowie das Standortkennzeichen nach § 293 Absatz 6 für den behandelnden Standort oder die Betriebsstättennummer,**
 - 3. Institutionskennzeichen der Krankenkasse,**
 - 4. Geburtsjahr und Geschlecht der Patientin bzw. des Patienten sowie die Postleitzahl und der Wohnort der Patientin bzw. des Patienten, in den Stadtstaaten der Stadtteil, bei Kindern bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres außerdem der Geburtsmonat,**
 - 5. Tag des Zugangs, Tage der Behandlung, Überweisungsdiagnosen, behandelnde Fachabteilungen,**
 - 6. Behandlungsdiagnosen sowie sonstige Diagnosen und deren Art, Datum und Art der durchgeführten Operationen und Prozeduren nach den jeweils gültigen Fassungen der Schlüssel nach § 301 Absatz 2 Satz 1 und 2, einschließlich der Angabe der jeweiligen Versionen,**
 - 7. Verarbeitungskennzeichen,**
 - 8. alle Angaben aus der Abrechnung zu der Version, der Art, der Anzahl und der Höhe aller abgerechneten Entgelte einschließlich der Gebührenordnungspositionen, Sachkosten und Pauschalen je Behandlungstag sowie Zuzahlungsbetrag und Rechnungsbetrag,**
 - 9. Angabe, ob Leistungen durch eine am Krankenhaus tätige Belegärztin bzw. einen dort tätigen Belegarzt bzw. eine kooperierende Vertragsärztin bzw. einen kooperierenden Vertragsarzt erbracht wurden.**

²Zu übermitteln sind je Fall im Krankenhaus nach § 115f ein Datensatz nach § 21 Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes sowie zusätzlich je Fall im Krankenhaus nach § 115f Angaben zu den Einweisungsdiagnosen und den Aufnahmediagnosen.

- (3) **¹Die Datenstelle prüft die Daten nach Absatz 2 auf Plausibilität und übermittelt jährlich bis zum 01.07., erstmals bis zum 01.07.2025, die Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 in pseudonymisierter Form, die Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 bis 9, sowie die Daten nach Absatz 2 Satz 2 an die Deutsche Krankenhausgesellschaft, den GKV-Spitzenverband und den Verband der Privaten Krankenversicherung. ²Nach Abschluss der Plausibilitätsprüfung darf die Herstellung eines Personenbezugs nicht mehr möglich sein. ³Die Daten nach Satz 1 dürfen ausschließlich für in diesem Gesetz vorgesehene Zwecke verwendet werden. ⁴Die Datenstelle veröffentlicht die Daten nach Satz 1 jeweils bis zum 01.09., erstmals bis zum 01.09.2025, in anonymisierter und zusammengefasster Form, gegliedert nach bundes- und landesweiten Ergebnissen, barrierefrei auf der Internetseite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus; eine Nutzung der veröffentlichten Daten durch Dritte ist ausschließlich zu nicht-kommerziellen Zwecken zulässig. ⁵Näheres zu den Daten nach Absatz 2 ist bis zum 31.12.2024 auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus von der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem GKV-Spitzenverband zu vereinbaren. ⁶Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband vereinbaren im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung, dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und dem Bundesamt für die Sicherheit in der Informationstechnik bis zum 31.12.2024 die weiteren Einzelheiten der Datenübermittlung. ⁷Kommt eine Vereinbarung nach Satz 5 und oder 6 ganz oder teilweise nicht zustande, erlässt das Bundesministerium für Gesundheit die Vorgaben nach Satz 5 und oder 6 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates. ⁸Die notwendigen Aufwendungen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Erfüllung dieser Aufgaben sind aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren, der erforderlichenfalls entsprechend zu erhöhen ist.**
- (4) **¹Für den Fall der Nichterfüllung, der nicht vollständigen oder nicht rechtzeitigen Erfüllung von Datenübermittlungspflichten nach Absatz 1 vereinbaren die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband, im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung, bis zum 31.03.2025 die Höhe und nähere Ausgestaltung der Vergütungsabschläge. ²Der Abschlag hat mindestens 20 000 Euro für jeden Standort des Krankenhauses zu betragen, soweit hierdurch für das Krankenhaus keine unbillige Härte entsteht; die Datenstelle regelt das Nähere zu den Voraussetzungen unbilliger Härtefälle. ³Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht zustande, erlässt das Bundesministerium für Gesundheit die Vorgaben nach Satz 1 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates. ⁴Erfüllen Krankenhäuser ihre Datenübermittlungspflichten nach Absatz 1 nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig, erfolgen Vergütungsabschläge entsprechend der Vereinbarung nach Satz 1 oder Rechtsverordnung nach Satz 3. ⁵Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus unterrichtet jeweils die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft, den GKV-Spitzenverband und den Verband der Privaten Krankenversicherung, über Verstöße gegen Datenübermittlungspflichten nach Absatz 1.**

- (5) ¹Zur Unterstützung der Vereinbarung und Weiterentwicklung der Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen nach den §§ 115b und 115f übermitteln die nach Satz 6 festgelegten Krankenhäuser die Kostendaten ihrer ambulanten Fälle nach den §§ 115b und 115f jährlich zum 31.03. für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr, erstmals bis zum 31.03.2026, an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus auf elektronischem Wege. ²Für die Datenübermittlung nach Satz 1 erstellt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus einen Vorschlag für ein Konzept zur Abfrage und Übermittlung von repräsentativen Kostendaten der ambulanten Fälle in Krankenhäusern nach den §§ 115b und 115f und übermittelt diesen Vorschlag erstmalig bis zum 30.09.2025 an die Deutsche Krankenhausgesellschaft, den GKV-Spitzenverband und den Verband der Privaten Krankenversicherung. ³Der Konzeptvorschlag nach Satz 2 muss Art und Umfang der zu übermittelnden Daten beschreiben. ⁴Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband vereinbaren im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung unter Berücksichtigung des Vorschlags des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach Satz 2 ein Konzept zur Datenerhebung erstmalig bis zum 31.12.2025. ⁵Soweit für die Herstellung der repräsentativen Datengrundlage nicht Daten aller nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser erforderlich sind, bestimmt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus die näheren Anforderungen, insbesondere Kalkulationsvorgaben und Mindestfallzahlen für ambulante Krankenhausleistungen für diejenigen Krankenhäuser, die Daten nach Satz 1 zu übermitteln haben, sowie Maßnahmen, die die Abgrenzung zu stationären und weiteren ambulanten Leistungen gewährleisten und die Überprüfung der Richtigkeit der übermittelten Daten ermöglichen. ⁶Zur Herstellung einer repräsentativen Datengrundlage legt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus auf der Grundlage der Vereinbarung nach Satz 4 aus der Gruppe der an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäuser diejenigen sowie falls erforderlich weitere Krankenhäuser fest, die Daten nach Satz 1 zu übermitteln haben; diese Krankenhäuser sind zur Übermittlung der für die Kalkulation erforderlichen Daten an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus verpflichtet. ⁷Kommt eine Vereinbarung nach Satz 4 ganz oder teilweise nicht zustande, erlässt das Bundesministerium für Gesundheit die Vorgaben nach Satz 4 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates. ⁸Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht jährlich in geeigneter Weise die Ergebnisse der Datenerhebung nach Satz 1 zu den Kosten ambulanter Krankenhausleistungen nach den §§ 115b und 115f in anonymisierter und zusammengefasster Form barrierefrei auf der Internetseite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus; die der Datenauswertung zugrundeliegenden Daten einzelner Krankenhäuser sind vertraulich. ⁹Die notwendigen Aufwendungen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Erfüllung dieser Aufgaben sind aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren, der erforderlichenfalls entsprechend zu erhöhen ist.
- (6) ¹Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband vereinbaren im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum 31.03.2026 Pauschalen, mit denen der Aufwand abgegolten wird, der bei den Krankenhäusern für die Übermittlung der Daten nach Absatz 5 Satz 1 entsteht. ²Die Pauschalen sollen in Abhängigkeit von Anzahl und Qualität der übermittelten Datensätze gezahlt werden. ³Die Pauschalen nach Satz 1 sind aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des

Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren, der erforderlichenfalls entsprechend zu erhöhen ist. ⁴Die notwendigen Aufwendungen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 5 sind aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren, der erforderlichenfalls entsprechend zu erhöhen ist. ⁵Für den Fall der Nichterfüllung, der nicht vollständigen oder nicht rechtzeitigen Erfüllung von Datenübermittlungspflichten nach Absatz 5 Satz 1 vereinbaren die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband, im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung, bis zum 31.03.2026 die Höhe und nähere Ausgestaltung der Vergütungsabschläge. ⁶Der Abschlag nach Satz 5 ergibt sich aus der Multiplikation der Anzahl der ambulanten Krankenhausfälle nach den §§ 115b und 115f, deren Daten durch das Krankenhaus je Krankenhausstandort nicht übermittelt werden oder zwar übermittelt werden, aber durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nicht verwertbar sind, mit einem fallbezogenen Abschlagswert. ⁷Der fallbezogene Abschlagswert beträgt im ersten Jahr der Datenübermittlung, in dem eine Übermittlung nicht, nicht vollständig oder nicht fristgerecht erfolgt, 20 Euro je ambulanten Krankenhausfall nach den §§ 115b und 115f, dessen Daten nicht übermittelt werden oder zwar übermittelt werden, aber durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nicht verwertbar sind. ⁸Für jedes weitere Jahr der Datenübermittlung, in dem eine Übermittlung nicht, nicht vollständig oder nicht fristgerecht erfolgt, erhöht sich der fallbezogene Abschlagswert nach Satz 7 um jeweils 10 Euro. ⁹Eine Übermittlung gilt als nicht vollständig, wenn die Daten der für den jeweiligen Standort eines Krankenhauses an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelten ambulanten Fälle im Krankenhaus nach den §§ 115b und 115f zu weniger als 95 Prozent verwertbar sind. ¹⁰Kommt eine Vereinbarung nach Satz 5 ganz oder teilweise nicht zustande, erlässt das Bundesministerium für Gesundheit die Vorgaben nach Satz 5 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates. ¹¹Erfüllen Krankenhäuser ihre Datenübermittlungspflichten nach Absatz 5 Satz 1 nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig, erfolgen Vergütungsabschläge entsprechend der Vereinbarung nach Satz 5 oder Rechtsverordnung nach Satz 10. ¹²Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus unterrichtet jeweils die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft, den GKV-Spitzenverband und den Verband der Privaten Krankenversicherung über Verstöße gegen Datenübermittlungspflichten nach Absatz 5 und die Höhe des jeweiligen Abschlags nach Satz 6.

- (7) Die Verwendung der durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach Absatz 1 und Absatz 5 Satz 1 erhobenen Daten ambulanter Krankenhausleistungen nach den §§ 115b und 115f ist ausschließlich in den jeweils durch oder auf Grund dieses Gesetzes vorgesehenen Fällen nach Maßgabe der jeweiligen Regelungen zulässig.“

In § 115b SGB V werden folgende Ergänzungen vorgenommen:

- „(1) ¹Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren auf der Grundlage des Gutachtens nach Absatz 1a bis zum 31.01.2022

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen,
2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.

²Die Vereinbarung nach Satz 1 tritt mit ihrem Wirksamwerden an die Stelle der am 31.12.2019 geltenden Vereinbarung. ³In die Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 sind die in dem Gutachten nach Absatz 1a benannten ambulant durchführbaren Operationen und die stationsersetzenden Eingriffe und stationsersetzenden Behandlungen aufzunehmen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, sowie allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. ⁴Die Vergütung nach Satz 1 Nummer 2 ist nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren und erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage, ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen. **⁵Die einheitliche Vergütung nach Satz 1 Nummer 2 hat für die Sachkosten einer Leistung aus dem Katalog nach Satz 1 Nummer 1 in der Regel pauschaliert zu erfolgen. ⁶Für die Vereinbarung und Weiterentwicklung der Vergütung von Sachkosten nach Satz 5 hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstmalig bis zum 30.06.2026 einen Vorschlag für ein Konzept zur Auswertung von Daten nach § 123 zu erstellen, der die Verteilung der Sachkosten von ambulanten Fällen in Krankenhäusern in sachgerechter Differenzierung darstellt und leistungsbezogene Sachkostenpauschalen für Leistungen des Katalogs nach Satz 1 Nummer 1 kalkuliert. ⁷Die Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbaren unter Berücksichtigung des Vorschlags nach Satz 6 ein Konzept zur Datenauswertung und Kalkulation von leistungsbezogene Sachkostenpauschalen erstmalig bis zum 30.09.2026. ⁸Kommt die Vereinbarungen nach Satz 7 ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a; die Stimmen der Vertreter der Krankenkassen zählen hierbei doppelt. ⁹Die Leistungen des Katalogs nach Satz 1 Nummer 1, für die Auswertungen von Daten nach § 123 erstellt und leistungsbezogene Sachkostenpauschalen kalkuliert werden, werden jährlich zum 31.03., erstmals zum 31.03.2025, von den Vertragsparteien nach Satz 1 auf Grundlage eines Vorschlags vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für das Folgejahr vereinbart. ¹⁰Kommt eine Vereinbarung nach Satz 9 ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a; die Stimmen der Vertreter der Krankenkassen zählen hierbei doppelt. ¹¹Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt jährlich zum 01.11. die Auswertungen der Daten nach § 123, erstmals zum 01.11.2026, an die Vertragsparteien nach Satz 1. ¹²In der Vereinbarung nach Satz 1 sind die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Absatz 2 sowie die Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 und den §§ 136 bis 136b zu berücksichtigen. ¹³In der Vereinbarung nach Satz 1 ist vorzusehen, dass die Leistungen nach Satz 1 auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht werden können. ¹⁴Die Vereinbarung nach Satz 1 ist mindestens alle zwei Jahre, erstmals zum 31.12.2023, durch Vereinbarung an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. ¹⁵Der Vereinbarungsteil nach Satz 1 Nummer 1 bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.“**

In § 115f SGB V werden folgende Ergänzungen vorgenommen:

„(1) ¹Die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 vereinbaren bis zum 31.03.2023

1. eine spezielle sektorengleiche Vergütung, die unabhängig davon erfolgt, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär erbracht wird, und
2. für welche der in dem nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalog genannten Leistungen die Vergütung ausschließlich nach Nummer 1 erfolgt.

²Die nach Satz 1 Nummer 1 vereinbarte Vergütung ist für jede nach Satz 1 Nummer 2 vereinbarte Leistung individuell als Fallpauschale zu kalkulieren. ³Unterschiede nach dem Schweregrad der Fälle sind dabei durch die Bildung von Stufen zu berücksichtigen. ⁴Bei der erstmaligen Kalkulation sind die für die jeweilige Leistung im stationären und ambulanten Bereich für das zum Zeitpunkt der Kalkulation letzte Abrechnungsjahr gezahlten Vergütungsvolumina sowie die Anzahl der erbrachten Fälle zu berücksichtigen. ⁵Berücksichtigt werden können auch die jeweiligen Anteile der ambulanten und stationären Fälle an der Gesamtzahl der Fälle und die Kosten der ausschließlich stationären Behandlung. ⁶Spätestens ab dem Jahr 2026 ist die Fallpauschale auf Grundlage geeigneter empirischer Kostendaten des ambulanten und stationären Bereichs zu kalkulieren und anzupassen **fallbezogener ambulanter Kostendaten der Krankenhäuser nach § 123, fallbezogener stationärer Kostendaten der Krankenhäuser sowie fallbezogener Kostendaten vertragsärztlicher Leistungserbringer zu kalkulieren und jährlich anzupassen.** ⁷Hierzu trifft der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V spätestens bis zum 30.09.2026 mit Wirkung zum 01.01.2027 erstmalig einen Beschluss. ⁸Die aggregierten Daten nach § 123 dürfen für die Zwecke des Satzes 7 verarbeitet werden. ⁹Die den Datenauswertungen zugrundeliegenden Daten einzelner Krankenhäuser sind vertraulich. ¹⁰Das Institut des Bewertungsausschusses sowie das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus können insbesondere zum Zweck der für den Beschluss nach Satz 7 erforderlichen Datenauswertungen, der Erstellung eines Kalkulationskonzeptes sowie der Kalkulation von Fallpauschalen beauftragt werden. ¹¹Das Institut des Bewertungsausschusses kann darüber hinaus für den Zweck der für den Beschluss nach Satz 7 erforderlichen Datenerhebung und -bereitstellung beauftragt werden. ¹²Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus kann an Sitzungen des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V sowie von diesen gebildeten Unterausschüssen und Arbeitsgruppen teilnehmen.“

In § 115f Absatz 3 wird der folgende Satz angefügt:

„Das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie über die erforderlichen Vordrucke wird von den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 vereinbart.“

In § 115f Absatz 4 wird der folgende Satz angefügt.

„Für Beschlüsse des ergänzten Bewertungsausschusses nach Absatz 1 Satz 7 gelten die Regelungen des § 87 Absatz 6 entsprechend.“

In § 21 Absatz 3 KHEntgG werden folgende Ergänzungen vorgenommen:

„(3) Die Datenstelle prüft die Daten nach Absatz 1 auf Plausibilität und übermittelt jeweils bis zum 01.07.

1. die Daten nach Absatz 2 Nummer 1 und Nummer 2 Buchstabe b bis h zur Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie zur Weiterentwicklung des Entgeltsystems nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Investitionsbewertungsrelationen nach § 10 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes **sowie zur Weiterentwicklung der Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen nach den §§ 115b und 115f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch** an die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“

§ 137a Absätze 10 und 11 SGB V – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Neuregelungsbedarf

Die gesetzlich eingeräumten Möglichkeiten der Datennutzung für Zwecke der wissenschaftlichen Forschung und der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung durch Dritte beziehen sich bislang nur auf die datenbasierte QS (DeQS-RL). Dem G-BA liegen mittlerweile aber auch viele substanziiell für die wissenschaftliche Forschung relevante Daten mehrerer Jahre aus Strukturabfragen zum Beispiel der Perinatalmedizin, zur Personalausstattung in der Psychiatrie und Psychosomatik sowie der Hüftgelenksnahmen Femurfraktur vor (PPP-RL, QFR-RL und QSFFx-RL). Diese Daten sind mit der aktuell bestehenden Einschränkung auf Daten nach § 136 Absatz 1 Satz Nummer 1 für eine wissenschaftliche Nutzung durch Dritte nicht zugänglich. Im Hinblick auf die Beantwortung wissenschaftlicher Fragestellungen zur Verbesserung und Weiterentwicklung von Versorgungsqualität insbesondere mit Bezug zur Relevanz bestimmter Strukturmerkmale ist eine Änderung notwendig, um auch für diese Daten einen allgemeinen Zugang für eine wissenschaftliche Nutzung zu ermöglichen.

Änderungsvorschlag

§ 137a Absätze 10 und 11 werden wie folgt geändert:

- „(10) Der Gemeinsame Bundesausschuss kann das Institut oder eine andere an der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beteiligte Stelle beauftragen, die bei den verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz ~~1 Nummer 1~~ erhobenen Daten auf Antrag eines Dritten für Zwecke der wissenschaftlichen Forschung und der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung auszuwerten. Jede natürliche oder juristische Person kann hierzu beim Gemeinsamen Bundesausschuss oder bei einer nach Satz 1 beauftragten Stelle einen Antrag auf Auswertung und Übermittlung der Auswertungsergebnisse stellen. Das Institut oder eine andere nach Satz 1 beauftragte Stelle übermittelt dem Antragstellenden nach Prüfung des berechtigten Interesses die anonymisierten Auswertungsergebnisse, wenn dieser sich bei der Antragstellung zur Übernahme der entstehenden Kosten bereit erklärt hat. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in der Verfahrensordnung für die Auswertung der nach § 136 Absatz 1 Satz ~~1 Nummer 1~~ erhobenen Daten und die Übermittlung der Auswertungsergebnisse unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben und des Gebotes der Datensicherheit ein transparentes Verfahren sowie das Nähere zum Verfahren der Kostenübernahme nach Satz 3. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur Verbesserung des Datenschutzes und der Datensicherheit das für die Wahrnehmung der Aufgaben nach den Sätzen 1 und 3 notwendige Datenschutzkonzept regelmäßig durch unabhängige Gutachter prüfen und bewerten zu lassen; das Ergebnis der Prüfung ist zu veröffentlichen.
- (11) Der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt das Institut, die bei den verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz ~~1 Nummer 1~~ erhobenen Daten den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden oder von diesen bestimmten Stellen auf Antrag für konkrete Zwecke der qualitätsorientierten Krankenhausplanung oder ihrer Weiterentwicklung, soweit erforderlich auch einrichtungsbezogen sowie versichertenbezogen, in pseudonymisierter Form zu übermitteln. Die Landesbehörde hat ein berechtigtes Interesse an der Verarbeitung der Daten darzulegen und sicherzustellen, dass die Daten nur für die im Antrag genannten konkreten Zwecke verarbeitet werden. Eine Übermittlung der Daten durch die

Landesbehörden oder von diesen bestimmten Stellen an Dritte ist nicht zulässig. In dem Antrag ist der Tag, bis zu dem die übermittelten Daten aufbewahrt werden dürfen, genau zu bezeichnen. Absatz 10 Satz 3 bis 5 gilt entsprechend.“

§ 135d Absatz 3 SGB V – Transparenz der Qualität der Krankenhausbehandlung

Neuregelungsbedarf

Das Transparenzverzeichnis ermöglicht eine laienverständliche Übersicht zur Qualität der Krankenhausbehandlung, um qualitätsorientierte Auswahlentscheidungen der Patientinnen und Patienten zu unterstützen. Qualitätsergebnisse sollen in übersichtlicher Form und allgemeinverständlicher Sprache veröffentlicht werden. Es soll Transparenz hergestellt werden, welches Krankenhaus welche Leistungen mit welcher Qualität anbietet. Bisher umfasst die gesetzliche Vorgabe nur einen Teil der beim G-BA zur Verfügung stehenden Qualitätsinformationen. Die jährlichen Erhebungen zur Strukturqualität im Bereich der Perinatalmedizin oder der Versorgung der hüftgelenksnahen Femurfraktur, aber auch zur Personalausstattung in der Psychiatrie und Psychosomatik werden nicht in umfassender Weise einbezogen. Eine umfassende Qualitätstransparenz in den für Patientinnen und Patienten relevanten Bereichen im Bundes-Klinik-Atlas sollte die explizite Legitimation alle erhobenen Daten umfassen. Daher wird vorgeschlagen, die hier genannten in die gesetzlichen Regelungen mit aufzunehmen.

Ferner sollten zur Reduktion unnötiger Aufwände und im Sinne der Datensparsamkeit die dem G-BA bereits vorliegende Daten zu den Prognosemeldungen gemäß § 136b Absatz 5 Satz 7 genutzt werden, sodass kein zusätzlicher Datenfluss zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Ersatzkassen und dem IQTIG zum Zwecke der Prognoseübermittlung spezifiziert, aufgebaut und beschickt werden muss.

Änderungsvorschlag

§ 135d Absatz 3 wird um eine Nummer 8. ergänzt:

„8. die patientenrelevanten Daten und Ergebnisse aus Strukturabfragen zu aus den in § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und § 136a Absatz 2 Satz 1 festgelegten Kriterien und Mindestanforderungen.“

§ 299 SGB V – Datenverarbeitung für Zwecke der Qualitätssicherung

Neuregelungsbedarf

Aufhebung der Pseudonymisierungspflicht

Mit dem Krankenhaustransparenzgesetz wurde § 299 dahingehend geändert, dass die einrichtungsbezogenen Daten der Krankenhäuser, die für Qualitätssicherungsverfahren erhoben werden, nicht zu pseudonymisieren sind. Zudem wurde durch die Einführung eines neuen Absatzes 7 das IQTIG explizit legitimiert, die gemäß § 299 Absatz 1 Satz 1 erhobenen Qualitätssicherungsdaten, Daten aus den strukturierten Qualitätsberichten und die gemäß § 21 Absatz 3d und Absatz 7 KHEntgG übermittelten Daten für erforderliche Vorarbeiten für die Veröffentlichung eines Transparenzverzeichnisses durch das BMG gemäß § 135d zu verarbeiten.

Die Änderung im Hinblick auf die Aufhebung der Pseudonymisierungspflicht der einrichtungsbezogenen Daten nur für die Krankenhäuser sollte für alle an der datenbasierten Qualitätssicherung des G-BA nach § 136 eingebundenen Leistungserbringer Anwendung finden, da die Datenverarbeitungsprozesse nun aufgrund der zwei unterschiedlichen Vorgehensweisen (Krankenhäuser ohne Pseudonymisierungserfordernis und Gruppe der Leistungserbringer mit Pseudonymisierungserfordernis) von großer Komplexität, Datenverarbeitungsaufwänden und Fehleranfälligkeit gekennzeichnet sind. In den Datenannahmestellen müssen diese Daten je nach Herkunft bzw. Leistungserbringer separiert und dann im weiteren Prozess unterschiedlich verarbeitet werden. Die Daten aller Leistungserbringer werden inhaltlich für alle Leistungserbringer gleich ausgewertet und bestimmte Ergebnisse der Qualitätssicherung später veröffentlicht. Eine Pseudonymisierung ist datenschutzrechtlich nicht erforderlich und führt im Ergebnis durch die unterschiedlich zu beachtenden Vorgaben zu vermeidbar stark erhöhtem Umsetzungs- und Bürokratieaufwand. Um eine neutrale Auswertung und Ergebnisberechnung sicher zu stellen, könnte jedoch eine Vorgabe gegenüber dem IQTIG aufgenommen werden, die unmittelbar bei Dateneingang im IQTIG eine Pseudonymisierung durch eine interne Stelle vorsieht, so dass nicht alle an den Auswertungen beteiligten MitarbeiterInnen die Identität der Leistungserbringer kennen. Dieses Verfahren wird vom IQTIG bereits auf freiwilliger Basis angewendet, um intern den Datenschutz zu verbessern.

Transparenzverzeichnis

Um im Transparenzverzeichnis weitere relevante Informationen zur Information und Aufklärung von Patientinnen und Patienten aufnehmen zu können, sollte die Aufzählung der nutzbaren Daten um weitere dem G-BA vorliegende Daten gemäß den Richtlinien nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und § 136a Absatz 2 Satz 1 ergänzt werden, da hier ebenfalls für eine Patienteninformation relevante Daten aus den Krankenhäusern vorliegen, die so nicht in den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 enthalten sind.

Ergänzung von § 299 Absatz 4 um Regelungen zur Datenlieferung von Klinischen Krebsregistern zum Zweck der Durchführung von Patientenbefragungen

Klinische Krebsregister haben nach §65c SGB V Absatz 1 Nummer 5 sowie Absatz 8 die Aufgabe, sich an der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung des G-BA zu beteiligen. Bei Patientenbefragungen, die als ein Element von Qualitätssicherungsverfahren im Bereich der Onkologie durchgeführt werden, sollte die Auslösung der Befragung auch über die klinischen Krebsregister

erfolgen können. Es sollte ermöglicht werden, dass die von den Leistungserbringern an die klinischen Krebsregister gemeldeten Daten auch für den Versand, die Auswahl und die Risikoadjustierung der Patientenbefragung genutzt werden können. Dazu müssen die klinischen Krebsregister die Daten direkt in der Funktion als Datenannahmestelle gemäß § 65c Absatz 8 i. V. m. DeQS-RL Teil 1 § 9 oder in aufbereiteter Form, z. B. nach einer Zusammenführung oder eines Abgleichs von Daten aus verschiedenen Meldungen an die Versendestelle übermitteln können. Auf die Weise können im Sinne des Bürokratieabbaus Doppelstrukturen vermieden werden, in dem die Meldungen der Leistungserbringer an die klinischen Krebsregister gemäß § 65c gleichzeitig für die Qualitätssicherung des G-BA nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 in Verbindung mit § 135a Absatz 2 Nummer 1 genutzt werden können. Andernfalls müssten die Leistungserbringer ausschließlich für die Patientenbefragung eigene Dokumentationssoftware anschaffen und diese für die Versendung benötigten Daten nochmals separat dokumentieren und an die Versendestelle übermitteln.

Änderungsvorschlag

Änderungsvorschlag Aufhebung der Pseudonymisierungspflicht

§ 299 Absatz 1 letzter Satz wird wie folgt geändert und um einen weiteren Satz ergänzt:

„Einrichtungsbezogene Daten der Krankenhäuser **Leistungserbringer**, deren Verarbeitung in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vorgesehen ist, sind nicht zu pseudonymisieren. **Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen hat sicherzustellen, dass ab Erhalt der Daten für die internen Prozesse der Datenverarbeitung und Auswertung die Identität der Leistungserbringer durch eine temporäre Pseudonymisierung in einer räumlich und personell getrennten Stelle geschützt wird.**“

Änderungsvorschlag Transparenzverzeichnis

§ 299 Absatz 7 Satz 1 wird um die Nummern 4, 5 und 6 ergänzt:

- „4. dem Gemeinsamen Bundesausschuss vorliegende Daten gemäß den Richtlinien nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2,
5. dem Gemeinsamen Bundesausschuss vorliegende Daten gemäß der Richtlinie nach § 136a Absatz 2 Satz 1,
6. dem Gemeinsamen Bundesausschuss vorliegende Daten gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 (Mindestmengenregelungen).“

Änderungsvorschlag Patientenbefragungen zur besseren Risikoadjustierung und Krebsregister

§ 299 Absatz 4 Satz 3 wird wie folgt ergänzt:

„Dabei kann er auch die Übermittlung nicht pseudonymisierter personenbezogener Daten der Versicherten und nicht pseudonymisierter personen- oder einrichtungsbezogener Daten der Leistungserbringer **sowie entsprechende Daten der klinischen Krebsregister zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 65c Absatz 8** vorsehen, soweit dies für die Auswahl der Versicherten, die Versendung der Fragebögen, die Risikoadjustierung der Auswertungen oder die wissenschaftliche Begleitung der Patientenbefragungen erforderlich ist.“

§ 10 KHEntgG- Vereinbarung auf Landesebene (Landesbasisfallwerte)

Neuregelungsbedarf

Mit der Änderung wird klargestellt, dass mit der Ausgliederung der Leistungen nach § 115f SGB V aus dem DRG-System keine Minderung oder Erhöhung des Landesbasisfallwertes einhergehen soll.

Bei der Ausgliederung dieser Fälle handelt es sich nicht um einen technisch bedingten Katalogeffekt, sondern um die Verlagerung in einen anderen Vergütungsbereich. Eine Verlagerung in einen anderen Vergütungsbereich darf nicht zu einer Veränderung der Landesbasisfallwerte führen.

Um dies klarzustellen, gibt die Änderung vor, dass für die Verhandlung des Landesbasisfallwertes sowohl Veränderungen der Leistungsseite (effektive Bewertungsrelationen) wie auch der Erlösseite zu berücksichtigen sind; und zwar so, dass eine durch die Einführung und Erweiterung des neuen Leistungsbereichs nach § 115f SGB V bedingte Veränderung des Landesbasisfallwertes ausgeschlossen ist. Die Regelung dient dazu, dass im Bereich der über den Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen eine Doppelfinanzierung von Leistungen vermieden wird.

Änderungsvorschlag

Klarstellung zu § 10 Absatz1 Satz 7:

§ 10 Absatz 1 Satz 7 werden nach "§ 6a" folgende Wörter eingefügt: „**und § 115f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**“

Klarstellung zu § 10 Absatz 4 Satz 4 KHEntgG:

In § 10 Absatz 4 Satz 4 werden nach "§ 6a" folgende Wörter eingefügt: „**sowie mit der Einführung und Weiterentwicklung der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**“

§ 6a KHEntG – Vereinbarung eines Pflegebudgets

Neuregelungsbedarf

Pflegeentlastende Maßnahmen:

Mit Blick auf eine weitere Komplexitätsreduktion und Beschleunigung der Verhandlungen sollten aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes die zusätzlichen Finanzierungsmöglichkeiten von pflegeentlastenden Maßnahmen im Pflegebudget vereinfacht werden. Neben den in dem System der Selbstkostendeckung finanzierten kompletten Pflegepersonalkosten werden bislang bis zu 4 % des Pflegebudgets zusätzlich von der GKV finanziert, falls diese entsprechend durch das Krankenhaus nachgewiesen werden können. Dieser Punkt ist in den Verhandlungen der vergangenen Jahre sehr Streitbehaftet gewesen, da es sich bei diesen Maßnahmen um schwer abgrenzbare Tatbestände handelt, die regelhaft bereits über Fallpauschalenerlöse finanziert wurden. Eine Pauschalierung dieser Regelung wäre im Hinblick auf eine Beschleunigung der Verhandlungen sachgerecht. Im Rahmen einer Pauschalierung könnten die Nachweispflichten entfallen.

Änderungsvorschlag

In § 6a werden in Absatz 2 die entsprechenden wie folgt gefasst:

"[...] Sofern das Krankenhaus ab dem Jahr 2020 Maßnahmen ergreift oder bereits ergriffene Maßnahmen fortsetzt, die zu einer Entlastung von Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen führen, ist von den Vertragsparteien nach § 11 zu vereinbaren, inwieweit hierdurch ohne eine Beeinträchtigung der Patientensicherheit Pflegepersonalkosten eingespart werden. Die Höhe der eingesparten Pflegepersonalkosten ist im Pflegebudget in einer Höhe von bis zu 4 Prozent des Pflegebudgets erhöhend zu berücksichtigen. Die ergriffenen Maßnahmen nach Satz 6 sowie die Pflegepersonalkosten einsparende Wirkung dieser Maßnahmen sind vom Krankenhaus gegenüber den anderen Vertragsparteien nach § 11 zu benennen und die Durchführung der Maßnahmen ist den anderen Vertragsparteien nach § 11 durch Vorlage einer Vereinbarung mit der Vertretung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer des Krankenhauses und, soweit möglich, durch die Vorlage von Rechnungen nachzuweisen. **Pflegeentlastende Maßnahmen sind pauschal in einer Höhe von zwei Prozent des Pflegebudgets erhöhend zu berücksichtigen. [...]**"

§ 3 BPfIV – Vergütung der Krankenhausleistungen

Neuregelungsbedarf

In § 3 Absatz 3 werden Regelungen zur Vereinbarung eines Gesamtbetrags getroffen. Dabei sind nach § 3 Absatz 3 Satz 4 Nummer 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 selbstständigen, 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 Absatz 2. Der Gesetzgeber knüpft daran einen Budgetbereinigungsmechanismus, sofern die vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde (§ 3 Absatz 3 Sätze 8 bis 10). Damit soll sichergestellt werden, dass nur das therapeutische Personal im Rahmen der jährlichen Budgets zu finanzieren ist, welches sich aus den Vorgaben zur Berechnung der Personalausstattung in der Psychiatrie (§ 3 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 BPfIV i. V. m. § 136a Absatz 2 SGB V) ergibt und auch dauerhaft und nachweisbar tatsächlich vor Ort in den Kliniken und Abteilungen vorhanden und damit an der Patientin oder am Patienten tätig ist.

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 Absatz 3 Sätze 8 und 9

- „⁸[...] zu vereinbaren, **inwieweit** der Gesamtbetrag abzusenken ist.“
- „⁹Eine Absenkung [...] ist nicht vorzunehmen, wenn [...] nachweist, dass nur eine **vorübergehende und keine dauerhafte** Unterschreitung [...] vorliegt.“

eröffnen Interpretationsspielräume und verhindern die konsequente Budgetbereinigung. Die Krankenhäuser argumentieren mit vorübergehenden Nichtbesetzungen, da ein Zeithorizont nicht eindeutig definiert ist. Ebenso wird die Gesamtbetragsabsenkung als zwingende Rechtsfolge aufgrund der Textierung „inwieweit“ negiert. Eine alternative Rückforderung des überzahlten Budgets, bspw. über Ausgleich, ist ebenfalls nicht möglich, da es dafür keine gesetzliche Grundlage gibt. Selbst wenn die Krankenhäuser die Stellen vorhalten können, aber die Kosten nicht zweckentsprechend nachweisen, gibt es keinen gesetzlich geregelten Rückforderungsanspruch. Aus den vorgenannten Gründen bleiben nicht vorgenommene vereinbarte Stellenbesetzungen und nicht zweckentsprechende Mittelverwendungen bisher bei der Budgetfindung ohne Konsequenzen. Dieser Umstand wird seitens der Kostenträger kritisch gesehen, da so ein Auseinanderfallen zwischen dem tatsächlich vorhandenen therapeutischen Personal und dem auf dem Papier vereinbarten therapeutischen Personal entsteht. Diese Problematik wird sich mit zunehmender Prospektivität der Budgetverhandlungen im Rahmen der Budgetbeschleunigung noch vergrößern, da die zukünftige Personalsituation schwer abschätzbar ist und es so immer zu einer Vereinbarung von Sollgrößen kommt, die erst im darauffolgenden Jahr mit Istpersonalzahlen nachgewiesen werden können. Es ist wichtig, eine Sollfinanzierung von nicht vorhandenem therapeutischem Personal auszuschließen. Sie widerspricht dem Wirtschaftlichkeitsgebot des SGB V und stellt eine Zweckentfremdung der knappen Beitragsmittel der GKV dar.

In den Verhandlungen vor Ort hat sich in den letzten Monaten gezeigt, dass sich die vom Gesetzgeber gewollte Fortschreibung des Gesamtbetrags unter den derzeitigen gesetzlichen Bestimmungen nur konfliktär umsetzen lässt. Die bisherige Formulierung des § 3 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 eröffnet Interpretationsspielräume und verhindert so eine zügige Budgetverhandlung. Die Regelung lautet wie folgt:

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

[...]

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

[„,“]

Die Krankenhauseseite leitet aus Nummer 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. 65 % des Gesamtbetrages der psychiatrischen/psychosomatischen Kliniken ausmacht, die Selbstkostendeckung begehrt.

Diese Problematik wird seitens der gesetzlichen Krankenkassen kritisch gesehen. Der Gesetzgeber kann unter Hinzuziehung der Bestimmungen in § 3 Absatz 3 Sätze 2 und 3, 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 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 hergeleitet werden.

Aufgrund der beschriebenen unterschiedlichen Auslegungen zwischen den Vertragsparteien auf Ortsebene, gibt es bereits mehrere Schiedsstellenverfahren, die wegen ihrer grundlegenden Bedeutung 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.

Das in der BpflV weiterhin geltende 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.

Aus Sicht der GKV ist es daher erforderlich, eine Gesetzesanpassung des § 3 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 vorzunehmen, um die dargestellten Unklarheiten zu beseitigen, sowie einen Beitrag zur Stabilisierung der GKV-Finzen zu leisten. Die Verhandlungen vor Ort erhalten dadurch mehr Verbindlichkeit und werden durch die Verringerung von Interpretationsspielräumen erleichtert und verkürzt; Schiedsstellenverfahren werden vermieden. 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.

Änderungsvorschlag

Zur Rückzahlungsverpflichtung nicht zweckentsprechend verwendeter Mittel für therapeutisches Personal wird § 3 Absatz 3 Sätze 8 ff. wie folgt geändert:

„⁸Sofern sich auf Grundlage der Nachweise nach § 18 Absatz 2 ergibt, dass eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde, ~~haben die Vertragsparteien zu vereinbaren, inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist~~ **oder die vereinbarten Mittel nicht zweckentsprechend verwendet wurden, sind diese Mittel im nächstmöglichen Budgetzeitraum als Ausgleichsbetrag zurückzuzahlen und der Gesamtbetrag ist im Folgejahr entsprechend abzusenken.** ⁹Eine Absenkung des Gesamtbetrags nach Satz 8 ist nicht vorzunehmen, wenn das Krankenhaus nachweist, dass nur eine vorübergehende und keine dauerhafte Unterschreitung der vereinbarten Stellenzahl **oder der vereinbarten Mittel** vorliegt. ¹⁰**Übergangsweise werden nicht zweckentsprechend verwendete Mittel über ein Ausgleichsverfahren zurückbezahlt.** ¹⁰⁻¹¹Wird nach einer Absenkung des Gesamtbetrags eine Stellenbesetzung vorgenommen, ist der Gesamtbetrag für den nächsten Vereinbarungszeitraum in Höhe der entstehenden zusätzlichen Kosten zu erhöhen.“

Zur Klarstellung der Berücksichtigung des therapeutischen Personals im Gesamtbetrag wird § 3 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 wie folgt ergänzt:

„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 eine darüberhinausgehende erforderliche Ausstattung mit therapeutischem Personal,“

§ 136c Absatz 3a (neu) SGB V Entwurf einer Formulierung eines gesetzlichen Auftrags an den Gemeinsamen Bundesausschuss („Musterkrankenhausverordnung“)

Hilfsweiser Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes zur Erstellung einer Musterkrankenhausplanung für vereinfachte und langjährige Planungsentscheidungen

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes verfügt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) über umfassende Erfahrungen, die im Rahmen der vorgesehenen Änderungen hin zu einer Strukturierung der Krankenhausversorgung durch Leistungsgruppen genutzt werden sollten (s. Kommentierung zu Art. 1 Nr. 8 §135e (neu) SGB V). Sollte an der vorgesehenen Ausgestaltung festgehalten werden, schlägt der GKV-Spitzenverband hilfsweise vor, den G-BA mit der Erstellung einer Musterkrankenhausplanungsordnung der Länder sowie Empfehlungen zur Anwendung von Planfallzahlen für die Vorhaltefinanzierung zu beauftragen unter Fristvorgabe.

Änderungsvorschlag

(3a neu) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt erstmals bis zum 30. September 2025 Empfehlungen zum Zwecke der Erstellung einer Musterkrankenhausplanungsordnung der Länder sowie Empfehlungen zur Anwendung von Planfallzahlen für die Vorhaltefinanzierung. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat insbesondere Empfehlungen zu beschließen:

1. zur Festlegung der Erreichbarkeitsgrenzen jeder Leistungsgruppe (Minutenwerte),
2. zur Ermittlung der bevölkerungsbezogenen Versorgungsrelevanz und Erreichbarkeit von Krankenhausstandorten in den Leistungsgruppen, unter Berücksichtigung des Ambulantisierungspotenzials und der Bevölkerungsdichte,
3. zur Strukturierung der Leistungsgruppen hinsichtlich einer Bündelung und Hierarchisierung,
4. zur Operationalisierung der Anforderungen an Kooperationen.

Die Empfehlungen beinhalten Analysen der Auswirkungen auf die Versorgung. Den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind bei der Beschlussfassung zu berücksichtigen.

Begründung

Durch die bundeseinheitliche Vorgabe von Leistungsgruppen als Grundlage der Krankenhausplanung wird die Krankenhausplanung der Länder erstmals unmittelbar vergleichbar. Umfassende Änderungen der Krankenhauspläne und Krankenhausgesetze stehen in allen Ländern an. Um die Planungsentscheidungen zu vereinfachen und um langjährige, gerichtliche Auseinandersetzungen zu vermeiden, sind Leitplanken für rechtssichere Planungsentscheidungen hilfreich. Insbesondere bei der Bewertung der Angebote im Hinblick auf Versorgungsrelevanz und Erreichbarkeit ist die Gleichartigkeit

der Lebensverhältnisse und unterschiedliche Ausgangslagen zu beachten. In Analogie zur Musterbauordnung der Länder entwickelt der G-BA hierzu Empfehlungen für die Länder zur Anwendung in einer Musterkrankenhausplanungsordnung. Eine Folgenabschätzung zu den Empfehlungen ist obligat. An der Gremienstruktur des G-BA müssen keine Änderungen vorgenommen werden. Die Empfehlungen werden zur Unterstützung der Länder für deren Zwecke erarbeitet und sind entsprechend in gemeinsamen Beratungen zu entwickeln.