



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.12.2025

zum Gesetzentwurf zur Anpassung der Krankenhausreform
(Krankenhausreformenpassungsgesetz – KHAG)

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

Inhaltsverzeichnis

I. Zusammenfassung	5
II. Stellungnahme	7
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	7
Nr. 1 – §109 Absatz 2	7
Nr. 1 – § 109 Absatz 3a Satz 4 bis 7	8
Nr. 2 – § 110 Absatz 1 Satz 3	9
Nr. 3a – § 135d Absatz 3	10
Nr. 3b – § 135d Absatz 4	11
Nr. 4 – § 135e	13
Nr. 5 – § 135f	18
Nr. 6 – § 136a Absatz 7	19
Nr. 7a – §136c Absatz 1	20
Nr. 7b – § 136c Absatz 6	21
Nr. 8 – § 137i Absatz 1 Satz 3	22
Nr. 9 – § 221 Absatz 3	23
Nr. 10a – § 271 Absatz 2	24
Nr. 11 – § 275a	27
Nr. 12 – § 278 Absatz 4 Satz 1 bis 3	28
Nr. 13a – § 283 Absatz 2 Satz 3 (neu)	29
Nr. 13b – § 283 Absatz 4 Satz 1	30
Nr. 13c – § 283 Absatz 5	31
Nr. 14 – § 427	32
Nr. 15 – Anlage 1 Leistungsgruppen und Qualitätskriterien	33
Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)	34
Nr. 1 – § 2a Absatz 4	34
Nr. 2 – § 6a Absatz 1 und 2	35
Nr. 2 – § 6a Absatz 3	36
Nr. 2 – § 6a Absatz 4 bis 7	37
Nr. 3 – § 6b Satz 8	43
Nr. 4 – § 12a Absatz 2	45
Nr. 5 – § 12b	46
Nr. 6 – § 13	50
Nr. 7 – § 17b Absatz 4c	51
Nr. 8 – § 37	52
Nr. 9 – § 38	54
Nr. 10 – § 39	55
Nr. 11 – § 40	57
Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)	59
Nr. 1 – Inhaltsübersicht	59
Nr. 2 – § 1 Absatz 4 (neu)	60

Nr. 3 – § 3	62
Nr. 4 – § 4	63
Nr. 5 a und b – § 5 Absatz 2b und 2c	64
Nr. 5c – § 5 Absatz 3j Satz 1	65
Nr. 5d – § 5 Absatz 3k	66
Nr. 5e – § 5 Absatz 3l Satz 1	67
Nr. 5f – § 5 Absatz 3m Satz 1	68
Nr. 6 – § 6b	69
Nr. 7 – § 7	70
Nr. 8 – § 8	71
Nr. 9a – § 9 Absatz 1a Nummer 5	72
Nr. 9b – § 9 Absatz 1b Satz 1	73
Nr. 10 – § 10	75
Nr. 11 – § 11 Absatz 4	76
Nr. 12 – § 14 Absatz 1b (neu)	77
Nr. 13a – § 21 Absatz 2 Nummer 1	78
Nr. 13b – § 21 Absatz 3 Satz 9	79
Nr. 13c – § 21 Absatz 3c Satz 1	80
Nr. 13d – § 21 Absatz 3d Satz 3	81
Nr. 13e – § 21 Absatz 5 Satz 6	82
Artikel 4 (Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung)	83
Nr. 1 – § 2 Absatz 1 Satz 1	83
Nr. 2 – § 3	84
Nr. 3 – § 4	85
Nr. 4 – § 5 Absatz 2 Satz 2	87
Nr. 5 – § 6	88
Nr. 6 – § 7	90
Nr. 7 – § 8 Absatz 1	91
Artikel 5 (Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen)	92
Nr. 1 – § 186a (neu)	92
Nr. 2 – § 187	94
Artikel 6 (Änderung der Bundespflegegesetzverordnung)	95
Nr. 1 – § 9 Absatz 1 Nummer 5	95
Nr. 2 – § 11 Absatz 4	96
Nr. 3 – § 14 Absatz 1 Satz 2	97
Artikel 7 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	98
Nr. 1 – § 53d Absatz 4	98
III. Ergänzender Änderungsbedarf	99
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	99
Nr. 1 – - § 60 Absatz 2 (geplante Fassung)	99
Nr. 2 – § 64e	100
Nr. 3 – § 109	103
Nr. 4 – § 109 Absatz 5	104
Nr. 5 – § 115f	105
Nr. 6 – § 115 f ff.	108
Nr. 7 – § 115g Absatz 3	109

Nr. 8 – §§ 115g Absatz 4 und 275a Absatz 1	110
Nr. 9 – § 136c	112
Nr. 10 – §§ 137i, 137j und 137k	113
Nr. 11 – § 275c Absatz 6	115
Nr. 12 – § 283 Absatz 5	116
Nr. 13 – § 295 Absatz 1 und § 301 Absatz 2b (neu)	118
Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)	121
Nr. 1 – § 6c Absatz 3 (neu)	121
Nr. 2 – § 17b	123
Nr. 3 – § 17b Absatz 4d (neu)	125
Nr. 4 – § 17c Absatz 2	126
Nr. 5 – § 26	127
Nr. 1 – §§ 5 Absatz 2 und 9 Absatz 1a Nr.6	128
Nr. 2 – §§ 6,14 und 15	131
Nr. 3 – § 6a	133
Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)	134
Nr. 4 – §§ 6a und 10	134
Nr. 5 – § 9 Absatz 1	136
Nr. 6 – § 11 Absatz 4 Satz 8	137
Artikel 6 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)	138
Nr. 1 – §§ 6 und 15	138

I. Zusammenfassung

Die Krankenhausversorgung in Deutschland steht vor tiefgreifenden Herausforderungen. Die Modernisierung und Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft ist zweifellos notwendig, damit eine qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte Versorgung für alle Versicherten bundesweit sichergestellt bleibt. Der GKV-Spitzenverband setzt sich nachdrücklich für eine zukunftsorientierte Weiterentwicklung dieses essenziellen Versorgungsbereichs ein. Dabei muss der Fokus im Sinne der Patientinnen und Patienten auf der Verbesserung der Behandlungsqualität und der Sicherstellung von Versorgungsstandards liegen.

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf für das Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) droht, dass die angestrebten Ziele bei der Krankenhausmodernisierung nicht erreicht werden. Statt einer konsequenten Fortschreibung der zentralen Qualitätsziele der Krankenhausreform zeichnet sich eine Verwässerung ab. Insbesondere die vorgesehenen weitreichenden Ausnahmeregelungen für die Länder eröffnen eine Aushebelung von Qualitätskriterien, was langfristig die Patientensicherheit gefährdet und ineffiziente, teilweise qualitätsbezogen unzureichende Strukturen fortbestehen lässt. Die geplanten Lockerungen bei Versorgungsverträgen und Qualitätsvorgaben setzen falsche Anreize und schwächen die intendierte Qualitätsorientierung der Krankenhausversorgung.

Kooperationen: Fehlende Eingrenzung

Die Möglichkeit zur Kooperation zwischen Krankenhäusern und mit niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzten kann grundsätzlich sinnvoll sein, um in strukturschwachen Regionen eine flächendeckende Versorgung oder unterstützende Leistungen wie beispielsweise Labor- oder Standard-Radiologieuntersuchungen sicherzustellen. Der vorliegende Gesetzentwurf öffnet jedoch die Tür für nahezu unbegrenzte Kooperationen ohne hinreichende Qualitätsprüfungen. Dies konterkariert eine Weiterentwicklung der Versorgung zu besserer Qualität und wird vom GKV-Spitzenverband äußerst kritisch bewertet. Solch weitreichende, intransparente Kooperationen könnten zu einer Gefährdung der Patientensicherheit führen und verzerren zudem den Wettbewerb, da Kliniken mit real vorhandenen Strukturen erheblich benachteiligt werden. Hier bedarf es klar geregelter Begrenzungen und transparenter Kontrollmechanismen.

Fachkliniken: Fehlende Bundeseinheitlichkeit gefährdet Qualitätssicherung

Die Definition von Fachkliniken soll nach dem Gesetzentwurf weitgehend den Ländern überlassen werden. Dies lehnt der GKV-Spitzenverband ab, da es zu einer weiteren Fragmentierung der Versorgungslandschaft führt und die Qualitäts- und Transparenzansprüche konterkariert. Es ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zwingend erforderlich, eine bundeseinheitliche und rechtsverbindliche Definition der Fachkliniken durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu entwickeln. Fachspezialisierung, Leistungsvolumen und Konzentration sind klar zu definieren und es bedarf verbindlicher Mindeststandards. Nur so kann gewährleistet werden, dass die Bezeichnung „Fachklinik“ eine verlässliche Orientierungshilfe für Patientinnen und Patienten bleibt.

Musterkrankenhausplanungsordnung: Für planungssichere und vergleichbare Versorgungsstrukturen

Die Entwicklung einer bundeseinheitlichen Musterkrankenhausplanungsordnung ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes eine zentrale Voraussetzung, damit Versorgungsbedarfe objektiv, transparent und bundesweit vergleichbar ermittelt werden können. Der vorliegende Gesetzentwurf verfehlt es weitgehend, Planungsinstrumente präzise und verbindlich zu gestalten, wodurch eine weitere Heterogenität in der Krankenhauslandschaft gefördert wird bzw. der Status Quo der ineffizienten Krankenhausstrukturen erhalten bleibt. Ohne verbindliche, einheitliche und transparente Planungsgrundlagen droht eine langfristige Schwächung der Steuerungs- und Lenkungswirkung der Reform.

Transformationsfonds: Finanzierung ohne nachhaltige Steuerungsmechanismen

Die Umstellung des Transformationsfonds auf Bundesmittel ist zu begrüßen. Allerdings müssen die Krankenkassen für die Folgekosten aus Vorhaben des Transformationsfonds aufkommen, da die GKV für die Betriebskostenfinanzierung zuständig ist. Vor diesem Hintergrund müssen Entscheidungen über förderungsfähige Vorhaben zwingend im Einvernehmen mit der GKV erfolgen. Zudem fehlt es im Gesetzentwurf an klaren Vorgaben zur zielgerichteten und priorisierten Mittelvergabe. Es droht damit eine Verteilung der Fondsmittel nach dem „Gießkannenprinzip“. Damit wäre eine Modernisierung der Krankenhausversorgung in Richtung gleichwertiger, qualitätsorientierter Versorgungsstrukturen nicht sichergestellt. Dies konterkariert die Erwartungen an eine effektive Transformation der Krankenhauslandschaft und verlagert die Kostenlast zunehmend auf die Beitragszahlenden der gesetzlichen Krankenversicherung, während die Bundesländer sich weiter aus ihrer Verpflichtung zur auskömmlichen Finanzierung der Investitionskosten zurückziehen.

Der GKV-Spitzenverband bekennt sich klar zur Notwendigkeit einer weitsichtigen und wirkungsvollen Krankenhausreform. Die Modernisierung der Krankenhausversorgung muss sich strikt am Bedarf der Versicherten und an höchstmöglichen Versorgungs- und Qualitätsstandards orientieren. Der vorliegende Gesetzentwurf verfehlt jedoch in mehreren zentralen Punkten dieses Ziel. Eine stärkere Fokussierung auf eine bundesweit einheitliche Qualitätsorientierung, verbindliche Regelungen bei Fachkliniken und Kooperationen sowie eine nachhaltige Steuerung und Finanzierung des Transformationsprozesses ist dringend notwendig. Nur so kann die Krankenhausreform ihr Ziel erfüllen, eine bedarfsgerechte, sichere und hochwertige Versorgung in Deutschland langfristig zu gewährleisten.

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

II. Stellungnahme

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 – §109 Absatz 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung enthält eine Klarstellung im Zusammenhang mit dem Abschluss von Versorgungsverträgen. Die bisherige Formulierung hatte nicht berücksichtigt, dass für den Abschluss von Versorgungsverträgen nach § 109 Absatz 2 Satz 2 bei der Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern nur dann die Qualitätskriterien der Zeile „Auswahlkriterien“ berücksichtigt werden müssen, wenn die zu vergebende Leistungsgruppe auch entsprechende Auswahlkriterien vorgegeben hat. Die bereits bestehende Konkretisierung in § 6a Absatz 1 Satz 5 KHG wird mit der Klarstellung nun auf § 109 Absatz 2 Satz 2 übertragen.

B) Stellungnahme

Die Klarstellung ist folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 – § 109 Absatz 3a Satz 4 bis 7

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung beinhaltet, wann ein Versorgungsvertrag trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen abgeschlossen werden darf. Demnach soll ein Abschluss von Versorgungsverträgen möglich sein, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist und die betroffenen Qualitätskriterien auch nicht über Kooperationen erbracht werden können. Ergänzend im Vergleich zum Referentenentwurf wird in Anlehnung an den § 6a KHG die Ausnahmeregelung für Sicherstellungshäusern nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG aufgenommen, nach der für diese Häuser der Versorgungsvertrag sogar unbefristet abgeschlossen werden. Das Krankenhaus ist grundsätzlich zu verpflichten, die Qualitätskriterien innerhalb von drei Jahren bzw. bei Sicherstellungshäusern innerhalb einer zu vereinbarenden Frist zu erfüllen.

B) Stellungnahme

Die Anpassung des Absatzes 3a wird aus denselben Gründen wie bei § 6a KHG aufgrund seiner weiteren Aufweichung der Ausnahmeregelung abgelehnt. Die Regelung zu § 6a Absatz 4 KHG sieht die Streichung bundeseinheitlicher Erreichbarkeitsvorgaben als objektive Kriterien für die Notwendigkeit einer Ausnahme vor und überlässt die Entscheidung dem „Beurteilungsspielraum“ der Landesverbände der Krankenkassen. Insbesondere für Krankenhäuser mit Versorgungsverträgen, die sich in der Regel auf Erkrankungsbilder spezialisieren, sind derartige Ausnahmeregelungen nicht sachgerecht. Sie öffnen aber Tür und Tor für erheblichen politischen Druck auf regionaler Ebene, Versorgungsverträge auch mit qualitativ nicht adäquaten Anbietern zu schließen, um deren Standorte zu erhalten. Die Regelung führt dazu, dass Krankenhäuser ohne ausreichende Qualität am Markt bleiben. Dies schwächt den Anreiz für andere, qualitativ hochwertige Krankenhäuser, in der Region zu investieren, da sie mit subventionierten Anbietern mit unzureichender Qualität konkurrieren müssen. Langfristig führt dies zu einem Abbau der Versorgungsqualität in der gesamten Region und Patientinnen und Patienten werden in Krankenhäusern behandelt, die in bestimmten Bereichen nicht einmal die Mindestqualitätskriterien erfüllen.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 3a Satz 4 bis 7 ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 – § 110 Absatz 1 Satz 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es werden in § 110 redaktionelle Bezüge zu § 109 angepasst.

B) Stellungnahme

Keine Stellungnahme erforderlich.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3a – § 135d Absatz 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

In der bestehenden Regelung ging es um die Ausweisung der Fallzahlen im Bundes-Klinik-Atlas von denjenigen Krankenhausstandorten, denen bereits vor Inkrafttreten des KHVG Leistungsgruppen zugewiesen wurden. Die Ausweisung musste mit Frist bis zum 31. Dezember 2025 erfolgen. Außerdem wurden Folgeanpassungen aufgrund der Streichung der Leistungsgruppe Notfallmedizin aus Anlage 1 vorgenommen.

B) Stellungnahme

Die Frist für die Ausweisung der Fallzahlen für Krankenhausstandorte, denen vor dem 28. März 2024 Leistungsgruppen zugewiesen wurden, läuft zum 31. Dezember 2025 aus. Die Streichung ist daher folgerichtig. Die Streichung der Notfallmedizin ist an dieser Stelle nachvollziehbar, weil nicht mehr auf sie verwiesen werden kann. Allerdings hat der Gesetzgeber keine Alternative angeboten, was nicht sachgerecht ist bei der Einteilung der Kliniken in verschiedene Versorgungsstufen. Das zeigt sich besonders deutlich bei der Versorgungsstufe des Level 1, der niedrigsten Versorgungsstufe. Dort gibt es sogenannte sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen vom Typ Level 1i und Kliniken mit dem Level 1n, wobei das „n“ für Notfallversorgung steht. Wenn nun aber nicht mehr sichergestellt ist, dass diese Kliniken auch wirklich an der Notfallversorgung teilnehmen, werden die Nutzerinnen und Nutzer des Bundes-Klinik-Atlases in die Irre geführt, was insbesondere bei Notfällen weitreichende Folgen für die Gesundheit von Patientinnen und Patienten haben kann. Mindestens also bei dieser Versorgungsstufe sollte eine Ergänzung erfolgen, dass Kliniken nur dann als Level 1n-Kliniken im Bundes-Klinik-Atlas deklariert werden, wenn diese auch tatsächlich die Kriterien der Basisnotfallstufe der G-BA-Richtlinie erfüllen. Bei Kliniken der höheren Versorgungsstufe besteht diese Gefahr nicht so sehr, da davon auszugehen ist, dass diese bei der vom Gesetz geforderten Zusammensetzung an Leistungsgruppen ohnehin eine Notfallversorgung gewährleisten können.

Änderungsvorschlag

§ 135d Absatz 4 Satz 2 Nummer 4 wird wie folgt geändert:

„4. Versorgungsstufe „Level 1n“, wenn an ihm Leistungen aus mindestens der Leistungsgruppe Allgemeine Innere Medizin, der Leistungsgruppe Allgemeine Chirurgie sowie der Leistungsgruppe Intensivmedizin erbracht werden **und es darüber hinaus mindestens die Anforderungen der §§ 8 bis 12 der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.05.2018 B4), der durch den Beschluss vom 20. November 2025 (BAnz AT XX.XX.2026 B2 [folgt]) geändert worden ist, erfüllt** oder wenn es sich um ein in den Sätzen 3 oder 4 genanntes Krankenhaus handelt, das noch nicht der Versorgungsstufe „Level F“ oder „Level 1i“ zugeordnet wurde“.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3b – § 135d Absatz 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Definition der Fachkrankenhäuser wurde angepasst. Als Voraussetzungen für die Ausweisung eines Krankenhausstandortes als Fachkrankenhaus werden festgelegt, dass dieser erstens eine Spezialisierung nach Erkrankungen, nach Krankheitsgruppen, nach Personengruppen oder nach Leistungsspektrum vorweisen muss; dabei kann das Fachkrankenhaus auch auf mehrere der genannten Bereiche spezialisiert sein. Zweitens muss der Krankenhausstandort einen relevanten Versorgungsanteil in diesem Bereich leisten. Drittens muss der Standort im Krankenhausplan des jeweiligen Landes als Fachkrankenhaus ausgewiesen sein. Die Zuordnung eines Krankenhausstandortes als Fachkrankenhaus ist von den Ländern zu begründen. Die Länder sollen bei der Ausweisung der Fachkrankenhäuser eine möglichst bundeseinheitliche Umsetzung anhand geeigneter Kriterien, insbesondere im Hinblick auf Leistungsvolumen, Leistungskonzentration und Spezialisierung, anstreben. Im Zusammenhang mit der Überarbeitung der Definition der Fachkrankenhäuser wird zudem auch die Mitteilungspflicht der Länder gegenüber dem InEK dahingehend ergänzt, dass diese auch die Begründung einer Zuordnung zum „Level F“ zu umfassen hat. Dies ist erforderlich, um Erkenntnisse über die Handhabung der Fachkrankenhaus-Zuordnungen für die Evaluation der Krankenhausreform nach § 427 gewinnen zu können.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung, dass die Definition der Fachkliniken den Bundesländern überlassen wird, wird abgelehnt. Sie stellt keine Verbesserung zur bisherigen Regelung dar, mit der über 50 % der Krankenhausstandorte als Fachkrankenhäuser ausgewiesen werden konnten.

Durch die Ausweisung als Fachkrankenhaus müssen in der Folge wesentliche Qualitätsmerkmale der Leistungsgruppen nicht mehr am Standort eingehalten werden. Bereits jetzt werden je nach Bundesland nach völlig unterschiedlichen Kriterien Fachkrankenhäuser in den Krankenhausplänen ausgewiesen. Aktuell bestehen große Ermessensspielräume bei der Beschreibung von Fachkliniken. Beide Varianten der Festlegung von Fachkrankenhäusern sind mit Blick auf die Leistungsgruppen-Systematik nicht zeitgemäß. Sie eröffnen erhebliche Handlungs- und Interpretationsspielräume, die die Möglichkeit bieten, die aktuellen Versorgungsstrukturen zu konservieren und die angestrebte Versorgungskonzentration zu umgehen. So besteht mit der offenen Definition von Fachkliniken auch die Gefahr, dass Krankenhäuser vorsorglich als Fachklinik ausgewiesen werden, um beispielsweise eine Schließung oder eine Umwandlung in andere Versorgungsformen zu umgehen. Stattdessen bedarf es einer bundeseinheitlichen Grundlage zur Identifikation und Festlegung der Fachkrankenhäuser.

Zur Vereinheitlichung der Ausweisungen von Fachkrankenhäusern und zur Vereinheitlichung der Qualität der Leistungserbringung ist es sinnvoll, die vom G-BA zu erarbeitenden Vorgaben (Neuregelung gemäß Änderungsvorschlag) als Basis für die entsprechende Ausweisung zu nehmen. Die Definition von Fachkliniken gemäß der Richtlinie dient als Grundlage für Entscheidungen im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder und kann für Zwecke der Qualitätssicherung und der Weiterentwicklung der Krankenhausvergütung herangezogen werden. Sie soll die bisherigen, teilweise unbestimmten Rechtsbegriffe im Zusammenhang mit Fachkrankenhäusern präzisieren und eine bundesweit einheitlichere Grundlage schaffen. Der G-BA konkretisiert mit der Definition die

Regelungen des § 135d Absatz 4. Ziel ist es, eine klare Abgrenzung von Fachkliniken gegenüber anderen Krankenhäusern zu ermöglichen und als „Leitplanke“ für die Krankenhausplanung sowie für Qualitäts- und Vergütungsaspekte zu dienen. Der G-BA hat die Auswirkungen seiner Richtlinie zu evaluieren, insbesondere auf die Versorgungslandschaft und die Identifikation von „echten Fachkliniken“. Der G-BA hat Regelungen zu treffen, die sicherstellen, dass Krankenhäuser mit einem sehr breiten Leistungsspektrum, wie insbesondere Universitätskliniken oder Krankenhäuser, die primär weit verbreitete Basisleistungen erbringen („Vollsortimenter“), nicht als Fachkliniken im Sinne dieser Definition gelten. Ebenso hat der G-BA sicherzustellen, dass durch eine Schwellenwertfestlegung Fachkliniken als Fachkliniken identifiziert werden, wenn sie sich auf einzelne Leistungen spezialisiert haben und es sich dabei um Leistungen handelt, die nur an vergleichsweise wenigen Krankenhäusern in der Republik erbracht werden. Hohe Spezialisierungsgrade und ein hohes Konzentrationsmaß in der Versorgung stehen im Mittelpunkt der Fachklinikdefinition.

Die anzusetzenden Schwellenwerte sind regelmäßig auf ihre Validität und Trennschärfe hin zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen.

C) Änderungsvorschlag

§ 136c wird um folgende Absätze – Richtlinien zur Definition von Fachkrankenhäusern – ergänzt:

- „(7) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt erstmals bis zum 31. Juli 2026 bundeseinheitliche Vorgaben zur Definition von Fachkrankenhäusern. Er hat dabei insbesondere Voraussetzungen an Leistungsvolumina, Leistungskonzentration und Spezialisierung festzusetzen.**
- (8) Ergänzend zu Absatz 7 kann der Gemeinsame Bundesausschuss Kriterien zur Definition von Fachkrankenhäusern festlegen, die sich vorrangig auf die Behandlung bestimmter Personengruppen spezialisiert haben. Dabei sind insbesondere Standorte zu berücksichtigen, die einen sehr hohen Anteil ihrer Fälle, bei einer gleichzeitig substanziellen Gesamtzahl in spezifischen Altersgruppen bzw. bei einem spezifischen Geschlecht behandeln. Die bundeseinheitlichen Vorgaben nach Absatz 7 und 8 sind vom Gemeinsamen Bundesausschuss in einer Richtlinie zu beschließen und regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, zu überprüfen und anzupassen.“**

Zudem erfolgt ein entsprechender Verweis des § 135d Absatz 4 auf diese neuen Absätze.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 – § 135e

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die (nicht eingehaltene) Frist in Absatz 1 bis zum 31. März 2025 mit Wirkung bis zum 1. Januar 2027 wurde gestrichen. Die Aufgabe des BMG, Leistungsgruppen festzulegen, bei denen das Land keine Ausnahme zulassen kann, wurde gestrichen. Der Verweis auf die Anlage 1 in Absatz 2 wurde hinzugenommen. Abweichungen von den in Absatz 4 getroffenen Regeln darf der Leistungsgruppen-Ausschuss laut Gesetzesbegründung nicht beschließen. Die Kostenerstattung der ehrenamtlichen Mitglieder des Leistungsgruppen-Ausschusses und der Patientenorganisationen wird geregelt.

In Absatz 4 werden konkrete Anwendungsregeln für die Qualitätskriterien festgelegt. Im Gegensatz zur derzeitigen Version des § 135e unterliegen diese Anwendungsregeln nicht mehr der Rechtsverordnung nach Absatz 1.

In Absatz 4 Nummer 4 wird der Inhalt geändert. Er legt jetzt fest, dass sachliche Ausstattungen in Leistungsgruppen mit dem erforderlichen Personal nur während der jeweiligen „Betriebszeiten“ eines Krankenhauses vorgehalten werden müssen.

In Absatz 4 Nummer 6a) wird die Stundenzahl eines Vollzeitäquivalentes von 40 Stunden auf 38,5 Stunden abgesenkt.

In Absatz 4 Nummer 6c) wird die Anrechenbarkeit der Fachärztinnen bzw. Fachärzte geändert. Die geänderte Regelung erlaubt, dass eine Fachärztin bzw. ein Facharzt auf bis zu drei Leistungsgruppen angerechnet werden kann. Die alte Regelung, nach der dies nicht für die (Basis-)Leistungsgruppen Allgemeine innere Medizin (LG1) und Allgemeine Chirurgie (LG14) gilt, wurde gestrichen.

In Absatz 4 Nummer 6d) wird eine neue Regelung zu Belegärztinnen bzw. Belegärzten getroffen, die besagt, dass eine Belegärztin bzw. ein Belegarzt mit voller vertragsärztlicher Zulassung in jeder Klinik in gleicher Höhe wie eine festangestellte Ärztin bzw. ein festangestellter Arzt angerechnet werden kann.

In Absatz 4 Nummer 6e) wird, wie auch schon in Nummer 4, eine Regelung eingeführt, die Personalvorhaltung nur in Betriebszeiten erlaubt.

In Absatz 4 Nummer 7 wird eine neue Kooperationsregelung eingeführt. Diese besagt, dass Krankenhäuser Qualitätskriterien mit anderen Krankenhäusern oder Vertragsärztinnen bzw. Vertragsärzten in Kooperation erbringen können, wenn die Vereinbarung in Kooperation in den Qualitätskriterien der Leistungsgruppen vorgesehen ist oder zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist oder sich der Kooperationserbringer (Vertragsärztin bzw. Vertragsarzt oder Krankenhaus) innerhalb von zwei Kilometern um das Krankenhaus befindet.

In den letzten drei Sätzen von Absatz 4 werden Kooperationsmöglichkeiten für Fachkliniken erlaubt, die keine vollstationäre Behandlung erbringen und die telemedizinische Erbringung von Qualitätsmerkmale der Leistungsgruppe „Stroke Unit“ ermöglichen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband geht davon aus, dass die Merkmale von Krankenhausbehandlungen gemäß der gängigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes und § 39 SGB V nicht nur zu bestimmten „Betriebszeiten“ erfüllt werden müssen, sondern dass auch in Nebenzeiten bei Bedarf rufbereites, in der Regel ärztliches Personal vorhanden ist. Die als Begründung genannten Tages- und Nachtkliniken spielen in der somatischen Medizin keine entscheidende Rolle.

Die Absenkung der Stundenzahl eines Vollzeitäquivalentes ist vertretbar, wobei sich die Ableitung der Zahl auch aus der Gesetzesbegründung nicht ergibt.

Die Anrechenbarkeit von Fachärztinnen bzw. Fachärzten ist eine der entscheidenden übergeordneten Regelungen zur Zuordnung von Leistungsgruppen. 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 einer Ärztin oder eines Arztes für mehrere Leistungsgruppen, die von ihrer Weiterbildung erfasst werden, erscheinen hingegen unschädlich (z. B. die Heranziehung einer Orthopädin bzw. eines Orthopäden und einer Unfallchirurgin bzw. eines Unfallchirurgen für die Leistungsgruppen Hüftendoprothetik, Knieendoprothetik usw.).

Die Regelung zu Belegärztinnen bzw. Belegärzten musste geändert werden, weil die derzeitige Regelung in Absatz 7d) für Belegärztinnen bzw. Belegärzte praktisch nicht zu erfüllen war. Deswegen hatte der Leistungsgruppen-Ausschuss einen gemeinsam konsentierten Vorschlag unterbreitet, der leider vom Gesetzgeber nicht aufgegriffen wurde. Die jetzige sehr weitreichende Regelung erlaubt den Krankenhäusern, durch die Streichung des Passus („in einer ausgewiesenen Belegabteilung“) Vollzeitäquivalente mit Belegärztinnen bzw. Belegärzten „aufzufüllen“. Dies ist nicht sachgerecht, gefährdet die Qualität der Versorgung und entspricht nicht dem Konsens des Leistungsgruppen-Ausschusses.

Die großzügige Regelung für Tages- und Nachtkliniken spielt, wie oben geschildert, in der somatischen Medizin keine Rolle und sollte gestrichen werden.

Die sehr weitreichende Kooperationsregelung in Absatz 4 Nummer 7 erlaubt aufgrund der Kommasetzung mit „oder“ entgegen den Ausführungen in der Gesetzesbegründung unbegrenzte Kooperationen, wenn nur eines der o. g. Kriterien erfüllt ist. Damit ist sie geeignet, die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen und die sich daraus ergebende Kalkulation der Vorhaltekosten und der Mindestvorhaltezahlen komplett auszuhebeln, und wird entschieden abgelehnt.

Die in § 135e Absatz 4 Nr. 7 vorgesehene Möglichkeit, Qualitätskriterien über Kooperationen mit anderen Einrichtungen zu erfüllen, widerspricht dem Grundgedanken der leistungsbezogenen Qualitätsbewertung. Qualitätsanforderungen müssen vom jeweiligen Krankenhaus selbst erfüllt werden, um Transparenz und Verantwortlichkeit sicherzustellen. Eine Erfüllung über Kooperationen würde insbesondere bei Mindestqualitätskriterien die Aussagekraft und Verbindlichkeit der Qualitätsanforderungen unterlaufen. Diese Mindestvorgaben sollen gerade sicherstellen, dass grundlegende Struktur- und Leistungsqualität eigenverantwortlich am jeweiligen Standort gewährleistet wird. Der GKV-Spitzenverband spricht sich daher für die vollständige Streichung dieser Regelung aus.

Sollte die Regelung zu Kooperationen entgegen dieser Einschätzung beibehalten werden, ist die Formulierung zwingend zu präzisieren. Die Verbindung der Voraussetzungen nach Buchstaben a) bis c) muss kumulativ erfolgen. Nur wenn *alle* genannten Bedingungen erfüllt sind – insbesondere die Notwendigkeit zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung *und* die räumliche Nähe innerhalb eines definierten Versorgungsradius – kann eine Kooperation den Qualitätsanforderungen gerecht werden. Eine Formulierung mit „und“ anstelle von „oder“ ist daher erforderlich, um missbräuchliche Ausweitungen zu vermeiden und die Zielrichtung der Regelung zu schärfen.

Zur Sicherstellung einer realistischen und überprüfbaren räumlichen Abgrenzung sollten Versorgungsradien analog zum KHVVG wieder ausdrücklich festgelegt werden. Für Leistungen der Basis- und Notfallversorgung (z. B. Innere Medizin, Allgemein- und Unfallchirurgie) ist eine maximale Fahrzeit von 30 Minuten angemessen, um die wohnortnahe Versorgung aufrechtzuerhalten. Für spezialisierte Leistungsgruppen mit geringerem Regelbedarf können längere Fahrzeiten von bis zu 40 Minuten zugelassen werden. Diese Differenzierung trägt sowohl der Versorgungsrealität als auch dem Qualitätsziel einer sinnvollen Leistungsbündelung Rechnung.

Sofern Kooperationen ausnahmsweise zugelassen werden, sollte deren Zulässigkeit nur im *Einvernehmen* mit den Landesverbänden der Krankenkassen erfolgen. Dies entspricht der bestehenden Praxis bei Maßnahmen zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (§ 136b Abs. 4 SGB V) und gewährleistet eine abgestimmte, qualitätsorientierte Entscheidung unter Berücksichtigung regionaler Versorgungsstrukturen.

Der Leistungsgruppen-Ausschuss sollte mit einer Frist in der jeweiligen Leistungsgruppe entsprechende Kooperationsmöglichkeiten festlegen, um qualitativ hochwertige und finanzielle gerechte Kooperationen wo erforderlich in den jeweiligen Leistungsgruppen zu erlauben.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 4 Nummer 4 wird wie folgt ergänzt:

„4. dass die im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“ genannten Qualitätskriterien jeweils dann erfüllt sind, wenn die in diesem Anforderungsbereich genannten Geräte, Einrichtungen, Untersuchungs- und Behandlungsangebote mit dem dafür erforderlichen **entsprechend qualifizierten** Personal vorgehalten werden.“

Absatz 4 Nummer 6 Buchstabe c wird wie folgt gefasst:

„c) **beschäftigte** Fachärzte für bis zu drei Leistungsgruppen, die einem Krankenhaus für diesen diesem Krankenhausstandort nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurden, berücksichtigt werden können, **sofern das Fachgebiet dieser Fachärzte diese Leistungsgruppen inhaltlich und gemäß der Musterweiterbildungsordnung umfasst; verfügen Ärzte über mehrere Facharztbezeichnungen, kann nur eine ihrer Facharztbezeichnung für eine Leistungsgruppe insgesamt herangezogen werden,**“

Absatz 4 Nummer 6 Buchstabe d wird wie folgt neu gefasst:

„d) **in einer ausgewiesenen Belegabteilung an Stelle eines Vollzeitäquivalentes ein Belegarzt mit voller vertragsärztlicher Zulassung angerechnet wird; die in den Buchstaben b und c festgelegten Kriterien gelten entsprechend.**“

Absatz 4 Nummer 6 Buchstabe e wird gestrichen.

Zum Absatz 4 Nummer 7 schlägt der GKV-Spitzenverband nachfolgend vier Vorschläge vor:

1. Streichung der Regelung:

- Die Regelung mit den Kooperationen wird komplett gestrichen.

2. Eine Änderung im Gesetz von „oder“ in „und“:

7. dass Krankenhäuser ein Qualitätskriterium in Kooperationen und Verbänden ins[1]besondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen können, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt und

- a) die Erfüllung in Kooperation in dem jeweiligen Qualitätskriterium vorgesehen ist **und**
- b) dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist ~~oder~~ **und**

c) sich der Kooperationspartner in einem Gebäude des jeweiligen Krankenhausstandortes befindet oder der Abstand zwischen den am weitesten voneinander entfernt liegenden Gebäudepunkten des jeweiligen Krankenhausstandortes und des Kooperationspartners nicht mehr als 2 000 Meter Luftlinie beträgt.

3. Radien wieder einsetzen (Vorschlag KHVVG)

- Beispiel: für Leistungen der Basis- und Notfallversorgung (Innere Medizin und Allgemeine/Unfallchirurgie) wird ein engerer Rahmen (30 Minuten) gewählt, um die wohnortnahe Verfügbarkeit sicherzustellen
- Für spezialisierte Leistungsgruppen (z.B. bestimmte operative Fächer, komplexe Eingriffe) werden längere Fahrzeiten von bis zu 40 Minuten gewählt, da einerseits kein täglicher Regelbedarf besteht und andererseits die Konzentration hier besonders starke Qualitätsgewinne verspricht

4. Einvernehmen herstellen

- Kooperation zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung geht nur „im Einvernehmen“ mit den Landeskrankenassenverbänden, so wie bereits jetzt auch geregelt zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung für 3 Jahre

Die letzten drei Sätze von Absatz 4 beginnend mit „Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde“ und endend mit „mit einem anderen Krankenhaus erfüllen.“ werden gestrichen. Sie werden durch folgenden Satz ersetzt:

„Der Leistungsgruppen-Ausschuss erstellt bis zum 1. Juni 2026 Empfehlungen zur Anlage1 zur Erbringung von Qualitätsmerkmalen durch Fachkrankenhäuser, zur Erbringung von Qualitätsmerkmalen im Rahmen der teilstationären Behandlung und zur telemedizinischen Erbringung von Qualitätsmerkmalen im Rahmen der Leistungsgruppe 54 Stroke Unit.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5 – § 135f

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung. Die Frist für den Erlass der Rechtsverordnung zu den Mindestvorhaltezahlen nach § 135f wird um ein Jahr auf den 12. Dezember 2026 verschoben. Die Klarstellung aus dem Referentenentwurf, dass Mindestvorhaltezahlen auch für Leistungsgruppen gelten, die von den Ländern bereits als zugewiesen gelten, wurde aufgehoben.

B) Stellungnahme

Die Verschiebung der Rechtsverordnung ist aufgrund der Verschiebung des Zeitplanes des KHVG durch das KHAG nachvollziehbar.

Mindestvorhaltezahlen sind eines der wenigen verbliebenen Instrumente, die den notwendigen Konzentrationsprozess der Krankenhauslandschaft befördern können. Krankenhäuser sollen Leistungsgruppen nur anbieten dürfen, wenn dies unter qualitativen und wirtschaftlichen Aspekten sinnvoll ist. Damit werden Patientinnen und Patienten vor Gelegenheitsversorgung geschützt und die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung wird zudem gewährleistet. Umso kritischer ist es, dass Länder nun Ausnahmen bei vermeintlich gefährdeter Sicherstellung der Versorgung erteilen können, die weder ein Einvernehmen mit den Krankenkassen im Land erfordern noch sich an verbindlichen Erreichbarkeitskriterien orientieren müssen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6 – § 136a Absatz 7

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Streichung des Verweises auf § 136 Absatz 1 handelt es sich laut Gesetzesbegründung um eine rechtstechnische Klarstellung. Die Änderung geht jedoch inhaltlich über eine reine rechtstechnische Klarstellung hinaus und wird abgelehnt.

B) Stellungnahme

Um Gelder aus dem Förderbetrag nach § 39 Absatz 2 Satz 3 KHG erhalten zu können, ist es notwendig, bestimmte Mindestanforderungen an die Qualität der geburtshilflichen Versorgung in hebammengeleiteten Kreißsälen zu erfüllen. Nur wenn diese Qualitätsanforderungen erfüllt werden können, darf dort eine Versorgung und Vergütung erfolgen. Dies dient primär der Sicherheit der Versorgung der Gebärenden und des Neugeborenen unter verantwortlicher Leitung von Hebammen und erst sekundär einer Ermöglichung finanzieller Förderungsmöglichkeiten. Die vom G-BA festzulegenden sektorenbezogenen Vorgaben stellen daher zu Recht Mindestanforderungen im Sinne von § 137 Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 auf Grundlage des § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 dar.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderung in § 136a Absatz 7 Satz 1 ist zu streichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7a – §136c Absatz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nummer 11 (§ 40 KHG).

B) Stellungnahme

Keine.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderung wird abgelehnt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7b – § 136c Absatz 6

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

B) Stellungnahme

Keine.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8 – § 137i Absatz 1 Satz 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung des § 137i Absatz 1 Satz 3 SGB V wird klargestellt, dass Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen im Krankenhaus festzulegen sind und dabei abhängig vom Pflegeaufwand nach dem vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) entwickelten Katalog zur Risikoadjustierung für den Pflegeaufwand bestimmt nach Schweregradgruppen differenziert werden sollen.

B) Stellungnahme

Von einer zwingenden Differenzierung nach Schweregradgruppen bei der Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen wird mit der Neuregelung abgesehen. Diese Flexibilisierung ist sachgerecht entsprechend den in der Praxis bereits eingeführten Pflegepersonaluntergrenzen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9 – § 221 Absatz 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der ersetzte Absatz 3 in § 221 regelt, dass der Überweisungsbetrag an die landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK) um deren Anteil an der Finanzierung zweier Fonds reduziert wird: Zum einen um den Anteil an der Finanzierung des Innovationsfonds nach § 92a Absatz 3 und 4, zum anderen ab dem Jahr 2016 um den Anteil an der Finanzierung des Strukturfonds nach den §§ 12 und 12a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Diese Anteile werden jeweils den entsprechenden Fonds zugeführt. Die genaue Höhe dieser Anteile wird nach Vorliegen der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds für das abgelaufene Kalenderjahr festgelegt und mit der landwirtschaftlichen Krankenkasse abgerechnet. Bis zur endgültigen Festsetzung kann das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) vorläufige Beträge festlegen und regelt auch das weitere Verfahren zur Festsetzung und Abrechnung mit der LKK.

B) Stellungnahme

Dies ist eine zwingende und folgerichtige Anpassung an die Umstellung der Finanzierung des Transformationsfonds auf Bundesmittel. Wenn der Fonds aus Steuermitteln finanziert wird, entfällt die Notwendigkeit einer Beteiligung der Landwirtschaftlichen Krankenkasse (LKK) aus Beitragsmitteln

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10a – § 271 Absatz 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der geänderte § 271 Absatz 2 regelt die Pflicht des Gesundheitsfonds, eine Liquiditätsreserve vorzuhalten. Diese Reserve dient dazu, kurzfristige Schwankungen bei den Einnahmen, unerwartete Einnahmeausfälle sowie die Kosten für den Einkommensausgleich nach § 270a zu decken. Die Höhe der Liquiditätsreserve muss nach einem Geschäftsjahr mindestens 22,5 Prozent und darf höchstens 30 Prozent der durchschnittlichen monatlichen Ausgaben des Gesundheitsfonds betragen. Für das Geschäftsjahr 2026 gelten dieselben Mindest- und Höchstgrenzen. Wenn die Liquiditätsreserve abzüglich geplanter Entnahmen für das Folgejahr die festgelegten Obergrenzen überschreitet, müssen die überschüssigen Mittel im nächsten Jahr als Einnahmen des Gesundheitsfonds verbucht werden.

B) Stellungnahme

Mit der vorgesehenen Anhebung der Mindestreserve auf 22,5 % und der Obergrenze der Liquiditätsreserve im Gesundheitsfonds auf 30 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Gesundheitsfonds wird die Spanne zwischen der Obergrenze und der Untergrenze der Liquiditätsreserve geringfügig um 2,5 Prozentpunkte auf 7,5 Prozentpunkte ausgeweitet. Die Spanne sollte jedoch aufgrund vergangener wie auch aktueller Erfahrungen mindestens 20 Prozentpunkte betragen. Mit der Absenkung der Obergrenze von ursprünglich 50 % auf 25 % (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz vom 07.11.2022) konnten für das Jahr 2024 2,717 Mrd. Euro zuweisungserhöhend – und damit die Zusatzbeitragssatzsteigerungen begrenzend – der Liquiditätsreserve entnommen werden. Mit der geringen Spanne von aktuell nur fünf Prozentpunkten zwischen der zuvor bereits mit dem GKV-Betriebsrentenfreibetragsgesetz vom 21.12.2019 auf 20 % abgesenkten Mindestreserve und der Obergrenze von 25 % liegt der Finanzpuffer zwischen einer Auszahlung an die Krankenkassen bei Überschreitung der Obergrenze und erforderlicher Zuweisungskürzung bei Unterschreitung der Mindestreserve bei nur noch rd. 1,2 Mrd. Euro. Dass dieser Liquiditätspuffer zu gering ist, zeigt sich aktuell in der Notwendigkeit, dem Gesundheitsfonds bereits in 2025 ein Darlehen von 2,3 Mrd. Euro gewähren und die Rückzahlung eines Darlehens aus dem Jahr 2023 in Höhe von 1 Mrd. Euro von Ende 2026 auf Ende 2033 verschieben zu müssen, um eine Unterschreitung der Mindestreserve zum 15.01.2027 zu vermeiden. Denn die geringe Liquiditätsausstattung des Gesundheitsfonds hätte ohne Darlehensgewährung notwendigerweise zu einer relevanten Zuweisungskürzung für das Jahr 2026 und damit zu einem zusätzlichen Anstieg der Zusatzbeitragssätze zum Jahreswechsel geführt. Die geringe Spanne zwischen Mindestreserve und Obergrenze kann somit in kurzer zeitlicher Folge von einer Zuweisungserhöhung in eine drohende Zuweisungskürzung münden und wirkt insoweit destabilisierend.

Die Mindestreserve erhöht sich mit der vorgesehenen Berücksichtigung der Aufwendungen des Einkommensausgleichs für das Jahr 2026 gegenüber geltendem Recht (20 % einer Monatsausgabe als Untergrenze) um rd. 1 Mrd. Euro auf rd. 6 Mrd. Euro. Aufgrund des deutlich angestiegenen Niveaus der Zusatzbeitragssätze ist die Berücksichtigung der Aufwendungen des Gesundheitsfonds für den Einkommensausgleich sachgerecht. Jedoch sollte die Obergrenze ab 2026 nicht wie vorgesehen 30 %, sondern 40 % einer Monatsausgabe betragen. Bei einer Mindestreserve von 20 % und einer Obergrenze von 40 % beträgt die Differenz zwischen Ober- und Untergrenze der Liquiditätsreserve rd.

6 Mrd. Euro, eine Größenordnung, die sich in der Vergangenheit unter Stabilitätsgesichtspunkten bewährt hat.

Gegen die vorgesehene Anhebung der Mindestreserve auf 22,5 % spricht, dass sie zusammen mit der Berücksichtigung der Aufwendungen für den Einkommensausgleich dazu führen kann, dass die Mindestreserve unterschritten und somit eine Kürzung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds notwendig wird. Das ist bei der vorgesehenen Regelung auch bedacht worden. Aber statt auf die Berücksichtigung der Aufwendungen für den Einkommensausgleich im Jahr 2026 zu verzichten, sollte die Höhe der Mindestreserve unverändert bleiben

C) Änderungsvorschlag

§ 271 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„Der Gesundheitsfonds hat liquide Mittel als Liquiditätsreserve vorzuhalten. Aus der Liquiditätsreserve sind unterjährige Schwankungen in den Einnahmen, nicht berücksichtigte Einnahmeausfälle in den nach § 242a Absatz 1 zugrunde gelegten voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds und die erforderlichen Aufwendungen für die Durchführung des Einkommensausgleichs nach § 270a zu decken. Die Höhe der Liquiditätsreserve muss nach Ablauf eines Geschäftsjahres mindestens **20** Prozent der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds einschließlich der notwendigen Aufwendungen für die Mittel nach § 270a Absatz 2 auf Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a maßgeblichen Werte für dieses Geschäftsjahr betragen. Sie darf nach Ablauf eines Geschäftsjahres einen Betrag von **40** Prozent der durchschnittlich auf den Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds einschließlich der notwendigen Aufwendungen für die Mittel nach § 270a Absatz 2 auf Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a maßgeblichen Werte für dieses Geschäftsjahr nicht überschreiten. Überschreitet die erwartete Höhe der Liquiditätsreserve abzüglich der gesetzlich vorgesehenen Entnahmen aus der Liquiditätsreserve für das Folgejahr den Betrag nach Satz 4, sind die überschüssigen Mittel in die Einnahmen des Gesundheitsfonds im Folgejahr zu überführen.“

Damit dieser Regelungsvorschlag nicht in einer zeitnahen Zuweisungskürzung mündet, sollte zugleich folgende gewichtige Ursache für ein Aufwachen des Defizits im Einkommensausgleich bei steigenden Zusatzbeitragssätzen beseitigt werden:

Nach § 247 wird aus organisatorischen Gründen auf Seiten der Rentenversicherung eine Änderung des Zusatzbeitragssatzes einer Krankenkasse bei versicherungspflichtigen Beziehenden einer gesetzlichen Rente erst mit zweimonatigem Verzug wirksam. In 2025 führt diese verzögerte Geltung der Zusatzbeitragssatzänderung zu Mindereinnahmen des Gesundheitsfonds beim Einkommensausgleich in Höhe von rd. 650 Mio. Euro. Die Zahlung aus dem Einkommensausgleich an die Krankenkassen berücksichtigt hingegen den neuen Zusatzbeitragssatz für jedes Mitglied stets ab dem ersten Monat der Veränderung. Dies ist erforderlich, damit die Mitgliedschaft von Rentnerinnen und Rentnern für eine Krankenkasse keinen einnahmeseitigen Nachteil darstellt. Der resultierende Negativsaldo im Einkommensausgleich belastet die Liquiditätsreserve. In 2025 führte dies zu der Notwendigkeit, 600 Mio. Euro aus der Prozenrate des Bundeszuschusses auf den Monat Mai vorziehen zu müssen.

Die nachfolgend formulierten ergänzenden Änderungsvorschläge sehen eine Nachzahlung der für die ersten beiden Monate nicht entrichteten Anteile der Zusatzbeiträge allein für die Rentenversicherungsträger vor; die Rentnerinnen und Rentner werden nicht mit Nachzahlungen

belastet. Dabei wird den Rentenversicherungsträgern für den nachträglichen Ausgleich des Differenzbetrages ein Umsetzungszeitraum von vier Monaten ab dem Geltungszeitpunkt des veränderten Zusatzbeitragssatzes gewährt. Zur weiteren Verfahrensvereinfachung unterscheidet die Fälligkeitsregelung nicht zwischen vor- und nachschüssig gezahlten Renten. Im Falle einer Zusatzbeitragssatzsenkung werden selbstverständlich zu viel gezahlte Zusatzbeiträge mit den laufenden Beitragszahlungen an den Gesundheitsfonds verrechnet.

Es ist insbesondere angesichts organisatorisch leistbarer Ausgleichsregelungen nicht sachgerecht, dass die Rentenversicherungsträger dauerhaft finanzielle Vorteile zu Lasten der Liquiditätsreserve und damit der übrigen Beitragszahlenden erlangen.

Die nachfolgend vorgeschlagenen Änderungen gelten gleichermaßen für unterjährige Zusatzbeitragssatzanpassungen.

Änderungsvorschlag:

§ 247 wird wie folgt gefasst:

„Für Versicherungspflichtige findet für die Bemessung der Beiträge aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung der allgemeine Beitragssatz nach § 241 Anwendung. Abweichend von Satz 1 gilt bei Versicherungspflichtigen für die Bemessung der Beiträge aus ausländischen Renten nach § 228 Absatz 1 Satz 2 die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes und abweichend von § 242 Absatz 1 Satz 2 die Hälfte des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes. Veränderungen des Zusatzbeitragssatzes gelten jeweils vom ersten Tag des zweiten auf die Veränderung folgenden Kalendermonats an, **soweit die Beiträge vom Versicherten zu tragen sind**; dies gilt nicht für ausländische Renten nach § 228 Absatz 1 Satz 2.“

§ 255 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„Soweit im Folgenden nichts Abweichendes bestimmt ist, werden die Beiträge nach den Absätzen 1 und 2 am letzten Bankarbeitstag des Monats fällig, der dem Monat folgt, für den die Rente gezahlt wird. Wird eine Rente am letzten Bankarbeitstag des Monats ausgezahlt, der dem Monat vorausgeht, in dem sie fällig wird (§ 272a des Sechsten Buches), werden die Beiträge nach den Absätzen 1 und 2 abweichend von Satz 1 am letzten Bankarbeitstag des Monats, für den die Rente gezahlt wird, fällig. **Abweichend von den Sätzen 1 und 2 werden die von den Trägern der Rentenversicherung in den Fällen nach § 247 Satz 3 für die ersten beiden auf die Veränderung des Zusatzbeitragssatzes folgenden Monate zu zahlende Beiträge am letzten Bankarbeitstag des dritten auf die Veränderung des Zusatzbeitragssatzes folgenden Monats fällig, soweit sie auf die Veränderung des Zusatzbeitragssatzes entfallen.** Am Achten eines Monats wird ein Betrag in Höhe von 300 Millionen Euro fällig; die im selben Monat fälligen Beträge nach den Sätzen 1 und 2 verringern sich um diesen Betrag. Die Deutsche Rentenversicherung Bund leitet die Beiträge nach den Absätzen 1 und 2 an den Gesundheitsfonds weiter und teilt dem Bundesamt für Soziale Sicherung bis zum 15. des Monats die voraussichtliche Höhe der am letzten Bankarbeitstag fälligen Beträge mit.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11 – § 275a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die hier vorgenommenen Regelungen sind vorwiegend redaktioneller Natur (a), tragen der Fristenverschiebung bei der Prüfung von Versorgungsverträgen Rechnung (b), erweitern die Selbstmitteilungspflicht bei der Nichterfüllung von Qualitätsmerkmale um das IQTIQ und den PKV-Verband (c). Zusätzlich werden unter d) und e) die Beantragung von Prüfungen und die Mitteilung nach Strukturprüfungen von OPS-Kodes abgebildet. Unter f) erfolgt eine Verweiskorrektur.

B) Stellungnahme

Normadressaten sind die Landesverbände der Krankenkassen, der PKV-Verband und der Medizinische Dienst.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12 – § 278 Absatz 4 Satz 1 bis 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 278 Absatz 4 Satz 1 bis 3 regelt die Datenlieferung der Medizinischen Dienste an den Medizinischen Dienst Bund.

B) Stellungnahme

Normadressat ist der Medizinische Dienst Bund. Der GKV-Spitzenverband bedarf aufgrund seiner vielfältigen Aufgaben Zugang zur Datenbank nach § 283 Absatz 5 Satz 1. Einen entsprechenden Regelungsvorschlag ist im Ergänzenden Änderungsbedarf enthalten.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13a – § 283 Absatz 2 Satz 3 (neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 283 Absatz 2 Satz 3 überträgt dem Medizinischen Dienst Bund die Regelungskompetenz für einheitliche und digitale Prozesse zur Umsetzung der Richtlinie.

B) Stellungnahme

Die Änderungen sind sinnvoll.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13b – § 283 Absatz 4 Satz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird geregelt, dass der Medizinische Dienst Bund die in der Datenbank nach Absatz 5 enthaltenen Daten zum Zwecke seiner Berichterstattung nach § 278 Absatz 4 nutzen darf. Damit soll der Aufwand verringert werden, der bisher durch die Pflicht zur Übermittlung von Daten durch die Medizinischen Dienste im Rahmen des Berichtswesens entsteht.

B) Stellungnahme

Im Sinne der Aufwandsreduktion ist die Nutzung bestehender Informationen aus der Datenbank nach § 283 Absatz 5 nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13c – § 283 Absatz 5

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung umfasst die Erweiterung der in der Datenbank des Medizinischen Bundes auszuweisenden Tatbestände um die Selbstanzeigen der Krankenhäuser zur Einhaltung der OPS-Strukturmerkmale sofern noch keine Bescheinigung vorliegt und der Zeitraum nicht 3 Monate nach anzeige überschreitet. Die Änderung wird vorgenommen, damit für die Berichte des Medizinisches Dienst Bund auf ergänzende Berichte der Medizinischen Dienste verzichtet werden kann.

B) Stellungnahme

Die Anpassung ist zum Zwecke der Aufwandsreduktion und effizienten Berichtslegung nachvollziehbar.

Die Selbstverwaltungspartner müssen zum Zwecke der Qualitätssicherung, zur Weiterentwicklung der Leistungsgruppen und zur Weiterentwicklung der OPS-Strukturkodes Zugang zur Datenbank erhalten. Ein entsprechender Antrag findet sich im ergänzenden Änderungsbedarf.

C) Änderungsvorschlag

Datenzugriff- siehe Vorschlag im ergänzenden Änderungsbedarf.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14 – § 427

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung beinhaltet eine Vorverlegung der Frist für die erste Berichterstellung zur Bewertung der Leistungsgruppen-Einteilung vom 31. Dezember 2028 auf den 31. Juli 2027. Zudem wird der Evaluationsinhalt erweitert. Demnach soll neben der allgemeinen Bewertung der Leistungsgruppen-Einteilung auch die Auswirkungen der Ausnahmen auf die Konzentration der Krankenhausleistungen (Krankenhausstrukturen) und die Qualität der Versorgung untersucht werden. Des Weiteren soll die Zuordnung von Krankenhausstandorten zu den Versorgungsstufen nach § 135d Absatz 4 Satz 3 untersucht werden, beispielsweise was die Gründe für die Ausweisung von Krankenhausstandorten als Fachkrankenhäuser sind oder ob für die Ausweisung bundeseinheitliche Kriterien angewendet werden.

B) Stellungnahme

Die Vorverlegung des ersten Evaluierungsberichts auf den 31. Juli 2027 ist zwar dem Wunsch nach früher Transparenz geschuldet, birgt aber die Gefahr, dass zu diesem Zeitpunkt noch keine aussagekräftigen Daten über die Wirkungen der Reform vorliegen werden, insbesondere da die Vorhaltevergütung erst 2028 budgetwirksam wird. Ein verfrühter Bericht könnte auf unzureichender Datengrundlage zu falschen Schlussfolgerungen führen und den Reformprozess fehlerhaft machen. Hinsichtlich der Untersuchung der Zuordnung zu den Versorgungsstufen und dabei angewendeter Kriterien fehlt es den Berichterstellern an der notwendigen Datenlage. Allein die vom InEK übermittelten Daten gemäß Satz 4 ermöglichen keine Erörterung der Gründe für die Zuordnung zur Versorgungsstufe „Level F“.

C) Änderungsvorschlag

In § 427 Satz 1 wird die Angabe „31. Dezember 2028“ nicht durch die Angabe „31. Juli 2027“ ersetzt.

§ 427 Satz 1 Nummer 5 wird gestrichen. Alternativ wird Satz 4 (neu) wie folgt ergänzt:

„Die für die nach den Sätzen 1 und 2 vorzulegenden Berichte über die in Satz 1 Nummer 5 genannte Zuordnung erforderlichen Daten sind dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, dem Verband der Privaten Krankenversicherung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem nach § 142 Absatz 1 Satz 1 berufenen Sachverständigenrat von dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus **und den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden** in anonymisierter Form und landesbezogen zu übermitteln.“

In § 427 Satz 1 wird in Nummer 4 der Punkt gestrichen und folgende Nummer 5 hinzugefügt:

„5. **die Auswirkungen erfolgter Ausnahmen nach § 6 Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf die Patientenversorgung und Behandlungsqualität.**“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15 – Anlage 1 Leistungsgruppen und Qualitätskriterien

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Anlage 1 zu § 135e enthält eine Vielzahl von Änderungen, die überwiegend auf Empfehlungen des Leistungsgruppen-Ausschusses gemäß § 135e Absatz 3 vom 4. August 2025 zurückgehen.

Zusätzlich wurde u. a. bei zahlreichen Leistungsgruppen der Verweis auf Fachkliniken in der Spalte „Sachlichen Ausstattung“ entfernt, weil eine neue Regelung unter § 135e Absatz 4 Satz 2 eingefügt wurde. Der Verweis auf die Pflegepersonaluntergrenzen wurde in der Spalte „Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen“ gestrichen. Als Detailregelung wurde in der Leistungsgruppe Nummer 13 (minimalinvasive Herzklappenintervention) in der Spalte „Qualifikation“ der Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie ergänzt.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung des Facharztes für Innere Medizin in der Spalte „Qualifikation“ der Leistungsgruppe 13 (minimalinvasive Herzklappeninterventionen) erscheint vertretbar. Damit die Regelung aber konform mit § 5 Absätze 1, 2, 5 und 6 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung von minimalinvasiven Herzklappeninterventionen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser – MHI-RL ist, muss sichergestellt werden, dass sowohl ein Kardiologe als auch ein Herzchirurg in Rufbereitschaft verfügbar sind.

Die Streichung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) ist aus rein bürokratischen Gesichtspunkten nachvollziehbar. Allerdings muss unmissverständlich sichergestellt werden, dass die Erfüllung der PpUG zwingend als Auswahlkriterium bei der Zuweisung der Leistungskommen und somit als Entscheidungsinstrument bei der Krankenhausplanung berücksichtigt wird. Nicht ohne Grund findet sie sich in den Qualitätskriterien der Leistungsgruppen aus NRW. Mit dem demografischen Wandel wird die Zahl der verfügbaren Fachkräfte zukünftig kleiner. Eine Krankenhausplanung, die dies ausblendet, wird mittelfristig die Versorgungssicherheit gefährden.

C) Änderungsvorschlag

In der Anlage 1 zu § 135e wird unter der Leistungsgruppe 13 in der Spalte „Verfügbarkeit“ der Passus: „Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit“ ersetzt durch den Passus: **„Drei FA für Herzchirurgie und drei FA für Kardiologie, mindestens jeweils ein FA in Rufbereitschaft“**

Nach § 6a Absatz 1 Satz 1 KHG wird folgender Satz eingefügt:

„Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde berücksichtigt bei der Zuweisung nach Satz 1 die Erfüllung der in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen.“

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 1 – § 2a Absatz 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Berichtigung, mit der klargestellt wird, dass der Konfliktlösungsmechanismus der Schiedsstelle für beide Vereinbarungstatbestände in Satz 1 gilt.

B) Stellungnahme

Es ist keine Stellungnahme erforderlich.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2 – § 6a Absatz 1 und 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1 regelt die Zuweisung der Leistungsgruppen durch die zuständige Landesbehörde. Der Absatz ist gegenüber dem KHVVG weitestgehend unverändert. Die Bundesländer können den Krankenhäusern standortbezogenen Leistungsgruppen zuweisen, sofern die für die jeweilige Leistungsgruppe geltenden Qualitätskriterien erfüllt sind. Es sind Planvorhaltezahlen vorzugeben. 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. In Absatz 1 Nummer 2 wird festgelegt, dass Leistungsgruppen, die durch landesrechtliche Vorschriften bis zum 31. Dezember 2024 zugewiesen wurden, bis zum 31. Dezember 2030 weiterbestehen.

Absatz 2 regelt die Übertragung der Leistungsgruppe nach Prüfung der Qualitätsmerkmale durch die Medizinischen Dienste.

B) Stellungnahme

Die In Absatz 1 Nummer 2 geregelte Weitergeltung führt dazu, dass die Leistungsgruppen in Nordrhein-Westfalen bis 2030 parallel zu den Leistungsgruppen in den anderen Bundesländern weitergelten. Da die Leistungsgruppen in Anlage 1 dieses Gesetzes und die Leistungsgruppen in NRW zunehmend voneinander abweichen, ist der Ansatz einer bundesweiten Krankenhausreform und einer darauf beruhenden einheitlichen Finanzierung gefährdet. Zudem bedeutet die Regelung, dass die Leistungsgruppenlogik des InEK und die Qualitätskriterien der Bundesebene für die nächsten fünf Jahre in NRW nicht gelten. Die Belastung der bundesweiten Abrechnungssysteme mit zwei unterschiedlichen Abrechnungsstrukturen sollte zur Vermeidung zusätzlicher bürokratischer Aufwände dringend unterbleiben.

Die Regelung in Absatz 2 Satz 3, die den Krankenhäusern nach „begründeter Selbsteinschätzung“ Leistungserbringung in Leistungsgruppen ohne MD-Prüfung der Qualitätskriterien erlaubt, gefährdet die Patientensicherheit und muss gestrichen werden.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 1 Nummer 1 endet hinter dem Wort „wurden“ mit einem Punkt und wird an Absatz 1 angefügt. Die Nummerierung entfällt.

Absatz 1 Nummer 2 wird gestrichen.

Absatz 2 Satz 3 wird gestrichen.

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2 – § 6a Absatz 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Absatz 3 regelt die Übertragung der Leistungsgruppen an Bundeswehrkrankenhäuser und BG-Kliniken. Das Bundesministerium für Verteidigung teilt der zuständigen Landesbehörde mit, welche Ressourcen das Bundeswehrkrankenhaus vorhält. BG-Kliniken sollen Leistungsgruppen von der zuständigen Landesbehörde zugewiesen bekommen, die ihrer Aufgabenstellung nach dem SGB VII entspricht. Diese Kliniken können die Leistung in Kooperation erbringen.

B) Stellungnahme

Die ungeprüfte Zuweisung der Leistungsgruppen an Bundeswehrkrankenhäuser und BG-Kliniken, die in großem Maße auch Patientinnen und Patienten der GKV versorgen, verschafft diesen Krankenhausträger einen Wettbewerbsvorteil und ist nicht im Sinne der Patientensicherheit. Eine Prüfung und eine Zustimmung der GKV ist erforderlich. Die weitgehende Kooperationsregelung wird abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 3 wird Satz 3 gestrichen.

Es wird folgender Satz angefügt:

„Behandeln Bundeswehrkrankenhäuser oder Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen Patienten nach den Maßgaben des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, muss die zuständige Landesbehörde vor der Übertragung von Leistungsgruppen eine Prüfung nach § 275a Absatz 4 Satz1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch veranlassen und das Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen herstellen.“

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2 – § 6a Absatz 4 bis 7

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Regelung für die maßgeblichen Fahrzeiten der Leistungsgruppe nach § 6a Absatz 4 Satz 2 und 3 (alt) wurde gestrichen.

In Absatz 4 werden die Ausnahmen für die Zuweisung von Leistungsgruppen trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien geregelt. Demnach darf eine Leistungsgruppe auch ohne Einhaltung der Qualitätskriterien zugewiesen werden, wenn die Qualitätskriterien nicht in Kooperationen oder Verbänden erbracht werden können und die Zuweisung der Leistungsgruppe zur Sicherstellung zwingend erforderlich ist, der Betrieb eines Krankenhauses sukzessive eingestellt werden soll oder Krankenhausstandorte fusionieren. Die Zuweisung ist auf drei Jahre zu begrenzen.

Anders sieht dies bei Krankenhausstandorten aus, die in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG aufgenommen sind. Hier ist die Zuweisung der Leistungsgruppe trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien nicht begrenzt. Die bisher zur Beurteilung der zwingenden Erforderlichkeit einer Zuweisung herangezogenen Erreichbarkeitsvorgaben entfallen vollständig. Zudem können außerhalb der vier förderfähigen Fachabteilungen von Sicherstellungshäusern auch für andere Bereiche (unbefristete) Ausnahmen gemacht werden.

In Absatz 5 werden die Tatbestände geregelt, wann eine zugewiesene Leistungsgruppe von der Landesbehörde aufgehoben werden muss und wann nicht.

Absatz 6 regelt die Datenübermittlung der Länder an das InEK. Die Regelung beinhaltet die Verschiebung der Fristen. Die Übermittlung der notwendigen Daten hat erstmals bis zum 30. September 2027 zu erfolgen.

In Absatz 7 werden die an das IQTIG und an die nach § 135d Absatz 1 Satz 3 benannte Stelle zu meldende Tatbestände im Zusammenhang mit der Zuweisung von Leistungsgruppen aufgelistet.

B) Stellungnahme

Die gänzliche Streichung der Regelung zu den maßgeblichen Fahrzeiten ist nicht sachgerecht. Stattdessen wird eine sachgerechte Differenzierung der Fahrzeiten notwendig. Die ursprüngliche Regelung nach Satz 2 und 3 brachte die Gefahr der Ausweisung von elektiven Leistungsgruppen ohne Erforderlichkeit bei Erreichen der 40-Minuten-Grenze. Der Begriff der Gefährdung der flächendeckenden Versorgung ist jedoch weiterhin zu definieren. Zudem sollte verbindlich vorgegeben werden, dass für bestimmte komplexe und elektive Leistungsgruppen keine Ausnahmeregelungen Anwendung finden dürfen.

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 auf der Basis von Expertenmeinungen ermittelt und in der nachfolgenden Anlage 2 (neu) (vgl. Änderungsvorschlag) aufgeführt.

Die Möglichkeiten für Ausnahmen sind eindeutig zu umfangreich und weichen die Qualitätsvorgaben und -absichten der Krankenhausreform essenziell auf. Allein die Möglichkeit der Erbringung von Qualitätskriterien in Kooperationen, ohne dass die Kooperationen geprüft werden, eröffnet allen Einrichtungen eine leichte Erfüllung der Anforderungen der Leistungsgruppen, ohne dass klar ist, ob die Erfüllung des Qualitätskriteriums dann tatsächlich realisiert wird. Zudem erscheint es nicht sachgerecht, dass außerhalb der vier förderfähigen Fachabteilungen von Sicherstellungshäusern auch für andere Bereiche (unbefristete) Ausnahmen gemacht werden dürfen. Auch die Streichung der objektiven, bundeseinheitlichen Erreichbarkeitsvorgaben wird vom GKV-Spitzenverband versorgungspolitisch überaus kritisch bewertet. Dadurch besteht die große Gefahr, dass Ausnahmen zum Erhalt von Standorten zur Regel und die Qualitätskriterien umfangreich unterlaufen werden. Die Nachteile für Patientinnen und Patienten ergeben sich aus dem damit verbundenen Wegfall der originären Zielstellung der Qualitätskriterien selbst. Es wird einen bundesweit uneinheitlichen Standard in der Versorgung geben und für die Patientin bzw. den Patienten nicht einmal klar sein, ob sie bzw. er in einem Krankenhausstandort behandelt wird, in dem die Mindestqualitätsanforderungen der jeweiligen Leistungsgruppe eingehalten wird oder nicht.

Zudem ist es zwingend erforderlich, dass auch Patientinnen und Patienten in geeigneter Weise einfach zugänglich transparent gemacht wird, welcher Krankenhausstandort eine Leistungsgruppe ohne Einhaltung der Qualitätskriterien zugewiesen bekommen hat und warum.

C) Änderungsvorschlag

Der GKV-Spitzenverband schlägt die Erarbeitung einer Musterkrankenhausplanungsordnung im G-BA vor, um je Leistungsgruppe sinnvolle Erreichbarkeitsvorgaben zu etablieren und die Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse zu gewährleisten. Die genaue Regelung ist unserem ergänzenden Änderungsvorschlag zur Musterkrankenhausplanungsordnung zu entnehmen.

Hilfsweise ist in Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 wie folgt zu ändern:

„1. dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist, **was der Fall ist, wenn die Fahrtzeiten nach Anlage 2 nicht eingehalten werden können,**“

Hinsichtlich der Leistungserbringung in Kooperation wird auf den Änderungsvorschlag zu § 135e Absatz 4 Nummer 7 verwiesen.

Dem Absatz 7 wird folgende Nummer 2 hinzugefügt:

„4.jede Zuweisung einer Leistungsgruppe bei der es eine Ausnahme zur Einhaltung der Qualitätskriterien gibt.“

Die Nummern 2 bis 4 werden zu Nummer 3 bis 5.

Es wird ein zusätzlicher Absatz 8 (neu) eingefügt:

Für Ausnahmen nach Absatz 4 wird die Ergebnisqualität gegenüber der Regelversorgung zeitnah evaluiert. Ausnahmeregelungen haben nur so lange einen Vergütungsanspruch, wie die Versorgungsqualität nicht im unteren Quartil der Versorgungsqualität der Regelversorgung liegt. Die Bewertung wird durch geeignete wissenschaftliche Begleitforschung erstellt.

Anlage 2 (neu)

Leistungsgruppe	Leistungsgruppe Text	Fahrtzeitminuten
001	Allgemeine Innere Medizin	30
002	Komplexe Endokrinologie und Diabetologie	90
003	(nicht belegt)	
004	Komplexe Gastroenterologie	90
005	Komplexe Nephrologie	90
006	Komplexe Pneumologie	45
007	Komplexe Rheumatologie	90
008	Stammzelltransplantation	180
009	Leukämie und Lymphome	180
010	EPU/Ablation	45
011	Interventionelle Kardiologie	45
012	Kardiale Devices	45
013	Minimalinvasive Herzklappenintervention	180
014	Allgemeine Chirurgie	30
015	Kinder- und Jugendchirurgie	45
016	(nicht belegt)	
017	Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	180
018	Bauchaortenaneurysma	90
019	Carotis operativ/interventionell	90
020	Komplexe periphere arterielle Gefäße	180
021	Herzchirurgie	45

022	Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche	90
023	Endoprothetik Hüfte	45
024	Endoprothetik Knie	45
025	Revision Hüftendoprothese	180
026	Revision Knieendoprothese	180
027	Spezielle Traumatologie	45
028	Wirbelsäuleneingriffe	90
029	Thoraxchirurgie	45
030	Bariatrische Chirurgie	180
031	Lebereingriffe	180
032	Ösophaguseingriffe	180
033	Pankreaseingriffe	180
034	Tiefe Rektumeingriffe	180
035	Augenheilkunde	45
036	Haut- und Geschlechtskrankheiten	45
037	MKG	90
038	Urologie	30
039	Allgemeine Frauenheilkunde	30
040	Ovarial-CA	180
041	Senologie	180
042	Geburten	30
043	Perinataler Schwerpunkt	30
044	Perinatalzentrum Level 1	90

045	Perinatalzentrum Level 2	45
046	Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin	30
047	(nicht belegt)	
048	Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation	180
049	Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome	180
050	HNO	30
051	Cochleaimplantate	180
052	Neurochirurgie	45
053	Allgemeine Neurologie	90
054	Stroke Unit	30
055	Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)	90
056	Geriatric	45
057	Palliativmedizin	45
058	Darmtransplantation	180
059	Herztransplantation	180
060	Lebertransplantation	180
061	Lungentransplantation	180
062	Nierentransplantation	180
063	Pankreastransplantation	180

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 3 – § 6b Satz 8

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Frist zur Meldung der zugewiesenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben an das InEK wird angepasst. Künftig ist die Meldung jeweils bis zum 30. September eines Kalenderjahres vorzunehmen, erstmalig bis zum 30. September 2027.

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

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Folgeänderung wird zur Kenntnis genommen. Die zugrundeliegende Regelung der Zuschläge für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben wird jedoch weiterhin kritisch gesehen, da eine klare Abgrenzung zu bereits bestehenden Strukturen fehlt und die Gefahr von Doppelfinanzierung besteht.

Die 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 zum KHVG 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 weiterhin 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 wird hier auf die Traumazentren oder die am 24. Januar 2024 in Kraft getretene Regelung zu Zentren für Intensivmedizin hingewiesen.

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

C) Änderungsvorschlag

§ 6b wird gestrichen.

Sollte die Regelung in § 6b bestehen bleiben, 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 6b 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 2029. Die für den Bericht erforderlichen Daten sind dem Institut in anonymisierter Form zu übermitteln.“

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 4 – § 12a Absatz 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bis zum Ende der Laufzeit des Strukturfonds nicht beantragten Mittel werden in den Jahren 2026 bis 2035 zur Finanzierung der Verwaltung des Transformationsfonds und der für die Durchführung der Förderung notwendigen Aufwendungen des BAS eingesetzt und hierzu in entsprechenden Jahresbeträgen an den Transformationsfonds übertragen.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird abgelehnt. Die Übertragung der dem Gesundheitsfonds entzogenen Beitragsmittel, die originär für die Strukturfonds-Maßnahmen vorgesehen waren, ist nicht sachgerecht. Die Mittel sollten vollständig an den Gesundheitsfonds zurückfließen. Zudem erschließt sich nicht, dass die Verwaltung des Transformationsfonds in den Jahren 2026 bis 2035 nun aus GKV-Mitteln erfolgen soll (vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nummern 5 und 6).

C) Änderungsvorschlag

Die Regelung ist zu streichen, die (Rest-)Mittel des Strukturfonds sind an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds rückzuführen.

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 5 – § 12b

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Gesetzesentwurf werden Änderungen an dem bisher schon im § 12b angelegten Transformationsfonds insbesondere in den folgenden Bereichen vorgenommen:

- **Finanzierung:** Umstellung der bisherigen GKV-Finanzierung des Anteils an dem Transformationsfonds. Der Bund finanziert nun in den kommenden zehn Jahren die 25 Mrd. Euro, die bisher die GKV tragen sollte, sowie zusätzlich als Entlastung der Länder 4 Mrd. Euro in den Jahren 2026 bis 2029.
- **Hochschulkliniken:** Es ist nun eine stärkere Einbeziehung der Hochschulkliniken in ausgewählte Fördertatbestände des § 12b vorgesehen. Dies umfasst die Fördertatbestände der Konzentration von Versorgungskapazitäten, die Bildung regionaler Krankenhausverbünde (§ 12b Absatz 1 Satz 3 Nummer 5) sowie die Bildung integrierter Notfallstrukturen (§ 12b Absatz 1 Satz 3 Nummer 6). Die bereits bestehende Beteiligung von Universitätskliniken bei der Bildung von Zentren zur Behandlung von komplexen oder seltenen Erkrankungen (§ 12b Absatz 1 Satz 3 Nummer 4) ist nicht mehr von der Einbindung eines nichtuniversitären Krankenhauses abhängig.
- **Antragsstellung:** Die bisher in Satz 1 Nummer 5 vorgesehene Verpflichtung der Länder, gegenüber dem BAS nachzuweisen, dass sie das Insolvenzrisiko der am Vorhaben beteiligten Krankenhäuser geprüft haben, wird gestrichen.
- **Verwaltungskosten:** Die Verwaltungskosten des BAS für den Transformationsfonds sollen künftig nicht mehr aus dem Fördervolumen des Transformationsfonds selbst, sondern aus den übertragenen (Rest-)Mitteln des Krankenhausstrukturfonds getragen werden.

B) Stellungnahme

Aspekte, die mit dem KHAG nun angepasst werden:

- **Finanzierung:** Die Finanzierung des Transformationsfonds aus Bundesmitteln wird ausdrücklich und uneingeschränkt begrüßt. Diese Änderung setzt eine zentrale und durchgehende Forderung des GKV-Spitzenverbandes um. Die strukturelle Neuausrichtung der Krankenhauslandschaft ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und muss aus Steuermitteln finanziert werden. Die primäre Verantwortung für die zukunftsfähige Planung liegt bei den Ländern, die ohnehin einen erheblichen Eigenanteil finanzieren und daher ein ureigenes Interesse an der Nachhaltigkeit der geförderten Projekte haben müssen. Dieser Erfolg schafft einen wichtigen Präzedenzfall, der verhindert, dass die GKV zur „Reparaturwerkstatt“ für strukturelle Defizite gemacht wird, die in der Verantwortung von Bund und Ländern liegen. Die zusätzliche „Entlastung der Länder“ in Höhe von weiteren 4 Mrd. Euro wird zur Kenntnis genommen.
- **Hochschulkliniken:** Die stärkere Einbeziehung der Hochschulkliniken in ausgewählte Fördertatbestände wird zur Kenntnis genommen.

- **Antragsstellung:** Die Streichung der Verpflichtung, das Insolvenzrisiko zu prüfen, wird abgelehnt. Es besteht nunmehr das Risiko, dass Fördermittel an wirtschaftlich nicht überlebensfähige Krankenhäuser fließen und damit für die notwendigen Transformationsmaßnahmen nicht mehr zur Verfügung stehen. Richtigerweise führt die Gesetzesbegründung aus, dass es bei den Förderungen aus dem Transformationsfonds um eine Umstrukturierung der Krankenhausstrukturen zur langfristigen Sicherstellung einer patienten- und bedarfsgerechten Krankenhausversorgung geht. Daraus ergibt sich direkt aus der Planungshoheit der Länder die dringende Verpflichtung, die wirtschaftliche Überlebensfähigkeit eines Krankenhauses bei den Planungsentscheidungen zu berücksichtigen. Mit diesen sind direkte Ausgaben aus dem Landeshaushalt, aber auch von Bundesmitteln über den Transformationsfonds und von Beitragsgeldern der GKV über die Betriebskostenfinanzierung verbunden. Eine ersatzlose Streichung der Nachweisverpflichtung über eine erfolgte Prüfung des Insolvenzrisikos wird dieser Sachlage nicht gerecht.
- **Verwaltungskosten:** Die Verwaltung des Transformationsfonds soll nun aus Mitteln des Strukturfonds und damit aus Mitteln der GKV (aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds) finanziert werden. Die PKV wird nicht beteiligt. Diese Regelung wird vom GKV-Spitzenverband auch mit Blick auf die Abschaffung der Herstellung des Einvernehmens bei der Maßnahmenauswahl auf Landesebene (vergleiche Stellungnahme zu Artikel 2 Nummer 6 - § 13) abgelehnt.

Weitere Aspekte, die aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zudem im Rahmen der Einführung des Transformationsfonds adressiert werden müssen:

- Unzureichende Investitionen der Länder:
 - Würden die Länder der Investitionskostenfinanzierung in ausreichendem Maße nachkommen, gäbe es die Notwendigkeit eines Transformationsfonds nicht. Die von den Ländern jährlich bereitgestellten Investitionsmittel sind völlig unzureichend, die Investitionsquote sinkt kontinuierlich. Jährlich fehlen somit bundesweit über 4 Mrd. Euro an Ländermitteln. Folgen sind Querfinanzierungen aus Betriebsmitteln entweder über Fallpauschalenerlöse zu Lasten der GKV oder eben, wie hier nun angedacht, über den Transformationsfonds. Die von den Ländern zu verantwortenden strukturellen Fehlentwicklungen aufgrund unzureichender Investitionen und Planungsentscheidungen werden derzeit von den Beitragszahlern der GKV und/oder dem Steuerzahler aufgefangen.
 - Die Regelungen zum Transformationsfonds sehen zumindest vor, dass die jetzigen, deutlich zu niedrigen Investitionsquoten künftig weiterhin erfüllt werden müssen. Eine Förderbedingung sieht vor, dass die Länder auch weiterhin die durchschnittlichen Investitionsmittel der Jahre 2021 bis 2023 (plus Erhöhung um Orientierungswert 2024) über Pauschal- und Einzelinvestitionen an die Krankenhäuser ausschütten. Nach der jetzigen Regelung gilt der Durchschnittswert bis zum Ablauf des Förderzeitraumes – somit bis 2035 – unverändert fort. Sachgerecht wäre es, diese durchschnittlichen Werte nicht nur mit dem Steigerungswert 2024, sondern auch mit den in den Folgejahren vorzufindenden 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.

- **Transparenz:** Die Transparenz über die Maßnahmen ist deutlich zu verbessern. Die in der Krankenhaustransformationsfondsverordnung (KHTFV) bislang festgelegte Regelung, dass das BAS das Fördergeschehen in zusammengefasster Form monatlich in seinem Internetauftritt veröffentlicht, wird ausdrücklich begrüßt. Um den gesamten Prozess der Festlegung auf die Fördermaßnahmen von Beginn an aber angemessen zu gestalten, sollten die Bundesländer verpflichtet werden, die Krankenkassen auf Landesebene über alle eingehenden Anträge unverzüglich und einheitlich strukturiert zu informieren. Die vollständige und zeitnahe Übersicht über alle Anträge ist wesentlich für eine sachgerechte Festlegung.
- **Insuffiziente Mittelvergabe - Zielbild und Fördermaßnahmen:** Dem Transformationsfonds fehlt ein bundeseinheitliches Zielbild einer zukünftigen Versorgungsstruktur, welches aber eine Grundvoraussetzung für eine Vergabe von Mitteln in dieser Höhe ist. Es kann nicht über eine Verteilung von Geldern entschieden werden, wenn grundlegende Voraussetzungen, wie die Leistungsgruppensystematik, nicht bereits konsequent in den Ländern angewendet werden. Die KHVVG-Maßnahmen müssen ineinandergreifen, damit sie sich nicht konterkarieren. Ansonsten besteht die große Gefahr, dass Mittel des Transformationsfonds in Strukturen fließen, die im Rahmen der künftigen Leistungsgruppenplanung nicht mehr notwendig sind. Die mit dem Krankenhausstrukturfonds gemachten Fehler der vergangenen Jahre sollten hier nicht noch einmal wiederholt werden. Das fehlende Zielbild und die fehlende Priorisierung der Maßnahmen hat dazu geführt, dass der Strukturfonds nicht die gewünschten Effekte gebracht hat. Statt im Bereich der Konzentration und Schließungen von Kapazitäten, ist hier ein Großteil der Anträge im Bereich der telemedizinischen Netzwerkstrukturen, IT-Vorhaben und Ausbildungskapazitäten zu finden. Insbesondere wird mit der KHTFV bzw. dem Transformationsfonds der Missstand eines fehlenden Zielbildes in einer weit größeren finanziellen Dimension fortgeführt.

Benötigt werden daher bundeseinheitliche Leitplanken für die Mittelvergabe. Zur Annäherung an das geforderte Zielbild der Krankenhausreform sollte die Bedarfsnotwendigkeit bei den hier angedachten Fördermechanismen Berücksichtigung finden. Ein entsprechendes generisches Modell zur Ermittlung der standortbezogenen Versorgungsbedeutung und Bedarfsnotwendigkeit wurde u. a. unter Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes erarbeitet.

Der GKV-Spitzenverband hat den Vorschlag einer Musterkrankenshausplanungsverordnung eingebracht. Kriterien, die vom G-BA erarbeitet werden, könnten so als Leitplanke für die Planungsentscheidungen der Länder dienen und wären auch für die Mittelvergabe und Priorisierung der Transformationsfondsmaßnahmen handlungsleitend. Die Empfehlungen wären zur Unterstützung der Länder für deren Zwecke erarbeitet und sind entsprechend in gemeinsamen Beratungen zu entwickeln. Um die Prozesse zu vereinfachen und um langjährige, gerichtliche Auseinandersetzungen zu vermeiden, sind Leitplanken für rechtssichere Planungsentscheidungen auch hier erforderlich. Es stellt sich dabei auch die Frage, wie der Erfolg des Transformationsfonds und dieses immensen Mitteleinsatzes in Höhe von 50 Mrd. Euro ohne ein klares Zielbild gemessen werden kann. Die Auswirkungen des Mitteleinsatzes können nicht adäquat bewertet werden, wenn die Förderzwecke, wie im Gesetz und in der entsprechenden Rechtsverordnung vorgesehen, breit angelegt sind und keine bundeseinheitlichen Vorgaben zur Entscheidung über die Verwendung der Mittel vorliegen.

- **Förderzwecke zu weit gefasst/Fehlende Priorisierung der Maßnahmen:** Die im § 12b verankerten Förderzwecke sind zu weit gefasst. Es zeigt sich, dass sich diese Maßnahmen nun weit vom originären Zweck des Transformationsfonds entfernt haben. Es gibt keinen Fokus auf strukturelle Anpassungen und Schließungen: Eine Begrenzung auf die Fördertatbestände „Schließung, Konzentration und Umwidmung“ sollten zwingend verankert werden, um tatsächlich strukturelle Anpassungen zu erreichen. Zudem fehlt es weiterhin an einer Priorisierung der Maßnahmen, d. h. einem klaren Vorrang für Standortschließungen in Ballungsgebieten zum Abbau von Überversorgung. Es ist somit 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). Es drohen strategische Mitnahmeeffekte und eine Zweckentfremdung der Mittel, da nicht auszuschließen ist, dass die Länder die Vorhaben nicht allein nach versorgungspolitischer Notwendigkeit auswählen werden. Die Priorisierung sollte sich an der Relevanz der Maßnahme für die Versorgung orientieren, auch hierfür wären aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes Leitplanken des G-BA sinnvoll. Auch wird dem Umstand, dass sich der Anpassungsbedarf je Bundesland deutlich unterscheidet, weiterhin nicht in die Überlegungen miteinbezogen. Ein zielführender Einsatz der finanziellen Mittel wird durch die Anwendung des Königsteiner Schlüssels bei der Mittelverteilung gehemmt. Stattdessen sollte der tatsächliche Anpassungsbedarf je Bundesland auch die Höhe der zugeteilten Mittel bestimmen. Es bedarf auch hier bundeseinheitlicher Leitplanken für die Mittelvergabe.

C) Änderungsvorschlag

Vgl. Stellungnahme.

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 6 – § 13

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für die Entscheidung der Länder, welche Vorhaben aus dem Transformationsfonds gefördert werden sollen, ist anders als im bisherigen Strukturfonds nicht Voraussetzung, dass das Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen hergestellt wird. Es reicht, dass das Einvernehmen angestrebt wird.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Neuregelung wird abgelehnt. Auch wenn die Finanzierung des Transformationsfonds nun aus Bundesmitteln und nicht mehr aus GKV-Mitteln erfolgt, ist die Beteiligung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen an der Entscheidung unerlässlich.

Mit dem Transformationsfonds sollen, wie auch bereits mit dem Strukturfonds 1 und 2, die Krankenhausstrukturen bedarfsgerecht verändert werden. Diese Strukturen werden aktuell und künftig zu einem Großteil aus GKV-Mitteln finanziert. Daher ist das Einvernehmen mit den Kassen bei den Entscheidungen, welche Maßnahmen zu finanzieren sind, weiterhin notwendig, da diese letztlich die Betriebskosten der Strukturen und damit die Folgekosten dauerhaft tragen.

C) Änderungsvorschlag

Satz 5 (Neu) wird gestrichen.

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 7 – § 17b Absatz 4c

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Die Verschiebung der Evaluationsfristen ist eine logische Konsequenz aus der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung. Es handelt sich somit um eine notwendige Folgeänderung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 8 – § 37

A) Beabsichtigte Neuregelung zu Absatz 1, 2 und 3

Es handelt sich um inhaltsgleiche Verschiebungen und Klarstellungen sowie um Folgeänderungen aufgrund der verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr. Die Jahre 2026 und 2027 stellen nun budgetneutrale Jahre dar und in den Jahren 2028 und 2029 wird mittels einer Konvergenz die Vorhaltevergütung eingeführt.

zu Absatz 5

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr. Außerdem werden die Fristen angepasst, bis zu denen das InEK den Krankenhausträgern die Information über die Höhe des je Krankenhausstandort und je Leistungsgruppe aufgeteilten Vorhaltevolumens in einem Land zu übermitteln hat, in dem die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde bereits für das Kalenderjahr 2026 oder das Kalenderjahr 2027 eine Zuweisung von Leistungsgruppen und eine Übermittlung nach § 6a Absatz 6 vornimmt.

Zudem wird geregelt, dass die an einen Krankenhausträger übermittelte Information über die Höhe der Vorhaltevolumina je Leistungsgruppe, ebenso wie die Bescheide, durch das InEK zu veröffentlichen ist. Damit wird sichergestellt, dass die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden ebenfalls Kenntnis über die ermittelten Vorhaltevolumina erhalten und Transparenz über die Auswirkungen der Einführung der Vorhaltevergütung erhöht wird.

zu Absatz 6

Die Regelung stellt sicher, dass in Ländern, die bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen zugewiesen haben, diese Zuweisung rechtswirksam bleibt und als Basis für die Vergütung genutzt wird. Krankenhäuser in diesen Ländern erhalten für die Jahre 2028 bis 2030 eine nicht vergütungsrelevante Information über die Höhe des Vorhaltevolumens, das ihnen nach bundesrechtlichen Vorschriften zugewiesen würde.

B) Stellungnahme

Die Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr wird zur Kenntnis genommen. Die zugrundeliegende Methodik und die Übergangsregelung werden jedoch weiterhin kritisiert.

Die Verschiebung ändert nichts an der konzeptionellen Schwäche des Modells. Die Vorhaltevergütung orientiert sich weiterhin an historischen Leistungsdaten und nicht am tatsächlichen, populationsbezogenen Versorgungsbedarf. Dies wirkt strukturkonservierend und belohnt die Leistungsmengen der Vergangenheit, anstatt eine bedarfsgerechte Zukunft zu gestalten. Die Übergangsregelung für nach Landesrecht zugewiesene Leistungsgruppen verschärft dieses Problem, indem sie die Vergütung weiter fragmentiert und von einer bedarfsgerechten Allokation entfernt. Die Verschiebung um ein Jahr wäre eine Chance gewesen, das Vergütungsmodell grundlegend zu überarbeiten. Stattdessen wird die Einführung eines fehlerhaften Systems lediglich verzögert.

Das bisher im Gesetz vorgesehene Konzept zur Vorhaltefinanzierung verfehlt die politischen Ziele zur Unterstützung der Konzentration komplexer Leistungen in Zentren und die angemessene Finanzierung von bedarfsnotwendigen Grundversorgungsstandorten im ländlichen Raum. Gleichzeitig ist die fallzahlabhängige und an die LG gekoppelte Vorhaltefinanzierung ein Hindernis für die Bereitschaft der Krankenhäuser, im Rahmen der anstehenden Krankenhausplanung eigeninitiativ Leistungsgruppen aufzugeben bzw. zu tauschen, weil damit unmittelbar der Wegfall von Vorhaltefinanzierungsanteilen verbunden ist.

Eine für die Krankenhausplanung der Länder verbindliche Definition der Leistungsinhalte der Leistungsgruppen ist bisher nicht erfolgt. Die Abrechnungsfähigkeit von Leistungen der Leistungsgruppe sollte vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses im Rahmen der Krankenhausplanung abhängen und nicht alleinig von der DRG. Letzteres führt zur Inkongruenz von Versorgungsauftrag und Abrechnungsfähigkeit und damit zu Rechtsunsicherheiten. Im Zusammenspiel mit der Definition der Leistungsgruppe im Leistungsgruppen-Ausschuss sollte der Leistungsgruppen-Grouper des InEK in Richtung einer transparenten Exklusivlistenlogik weiterentwickelt werden. Die Prüfung der Einhaltung des Versorgungsauftrages des Krankenhauses erfolgt im Rahmen der Abrechnungsprüfung.

Der GKV-Spitzenverband plädiert deshalb dafür, die Selbstverwaltungspartner mit der Konzeption der Vorhaltefinanzierung mit dem Fokus auf Bedarfsermittlung, Kalkulation, Anspruchsermittlung und Anreizwirkung zu beauftragen. Die Selbstverwaltungspartner sollten in den kommenden drei Jahren in Zusammenarbeit mit dem InEK eine umfassende Konzeption zur Erreichung der definierten politischen Ziele ausarbeiten und die Umsetzung bis 2029 garantieren. Hilfsweise könnte mit der im Gesetz angelegten Vorhaltesystematik begonnen werden (Einstiegsphase – Status quo) und eine Weiterentwicklung der Finanzierungssystematik durch die Selbstverwaltungspartner (2. Phase – Bedarfsorientierung) im Rahmen eines lernenden Systems vorgesehen werden.

C) Änderungsvorschlag

Vgl. Stellungnahme.

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 9 – § 38

A) Beabsichtigte Neuregelung

Infolge der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr werden auch die Zuschläge zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken ein Jahr später eingeführt. Die Einführung soll erstmals 2028 erfolgen.

Zudem wird ein fehlerhafter Verweis korrigiert.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine notwendige Änderung infolge der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung. Die Folgeänderung steht auch im Zusammenhang mit § 6b.

Die grundsätzliche Kritik an der Regelung in § 6b, insbesondere die unklare Abgrenzung zu bereits bestehenden Strukturen und die Gefahr der Doppelfinanzierung dieser Zuschläge, besteht weiterhin. Die Regelung ist vor diesem Hintergrund zu streichen. Sollte die Regelung bestehen bleiben, sind die Effekte der Zuschläge zwingend zeitnah zu evaluieren.

Die redaktionelle Korrektur wird zudem zur Kenntnis genommen.

C) Änderungsvorschlag

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 2029. Die für den Bericht erforderlichen Daten sind dem Institut in anonymisierter Form zu übermitteln.“

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 10 – § 39

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 nach Ermittlung der Höhe durch das InEK über die ermittelten standortindividuellen Förderbeträge.

Zusätzlich werden 20 Mio. Euro für die Förderung des Versorgungskonzeptes hebammengeleiteter Kreissäle allokiert.

B) Stellungnahme

Ausweislich der Gesetzesbegründung zum KHVVG sollen die leistungsunabhängigen zusätzlichen Mittel die Versorgung der geförderten Bereiche noch stärker unabhängig von der leistungsorientierten Logik des Fallpauschalensystems machen und sie zusätzlich zu der neu eingeführten Vorhaltevergütung absichern. Dieses Ziel kann mit der avisierten Regelung nicht erreicht werden

Allein die Intensivmedizin hat ein Kostenvolumen von über 14 Mrd. Euro pro Jahr und ein Fallzahlvolumen von über 640.000 Fälle. Die Förderfinanzierung würde in diesem Bereich knapp 45 Euro pro Fall ausmachen. Für die Stroke Units ist von einem Betrag von ca. 160 Euro pro Fall und für die Geburtshilfe von ca. 450 Euro pro Fall (14 % der Kosten einer normalen Geburt) auszugehen. Die Geburtshilfe und die Kinder- und Jugendmedizin werden bereits im Rahmen der Sicherstellungszuschläge nach § 136c Absatz 3 SGB V in Verbindung § 5 Absatz 2 Satz 5 KHEntgG gezielt gefördert. Weder die erratische Auswahl dieser Leistungsgruppen noch die Höhe der Förderung wurden seinerzeit begründet. Vielmehr sind alle diese Bereiche im Vollkostenansatz der DRG und durch die Selbstkostendeckung in der Pflege auskömmlich finanziert, was auch die Abschlussberichte des InEK in jedem Jahr zeigen. Zusätzlich steht zur Förderung der freiberuflichen Hebammen die Leistung nach § 134a SGB V zur Verfügung.

Es handelt sich um eine weitestgehend bedingungslose Grundförderung jeglicher, auch unspezialisierter Leistungserbringung, die über einen sehr bürokratischen Weg relativ kleine Geldmengen im Einzelfall ungezielt verteilt. Summiert über die Anzahl der Fälle entsteht hier ein sehr großes Ausgabenvolumen ohne jeglichen Veränderungsanreiz. Durch diese Finanzierung mit der Gießkanne werden lediglich Mitnahmeeffekte ohne Veränderung auf Kosten der Beitragszahler von 548 Mio. Euro generiert.

C) Änderungsvorschlag

§ 39 wird gestrichen.

Hilfsweise:

Sollte die Regelung erhalten bleiben, wird folgender Absatz 6 neu eingefügt:

- „(6) Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt eine unabhängige Institution mit der Evaluierung der Effekte der Förderung für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin auf die Versorgung der betroffenen Patienten. Die für den Bericht erforderlichen Daten sind dem Auftragnehmer durch Krankenkassen und Krankenhäuser in anonymisierter Form zu übermitteln. Der Bericht ist bis zum 31.12.2029 zu veröffentlichen.“**

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 11 – § 40

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei onkochirurgischen Leistungen, zu denen es keine Mindestmengenregelung gibt, kann § 40 einen Beitrag zur Zentralisierung leisten. Eine Regelung zur Beobachtung der Auswirkungen und daraus abzuleitender Empfehlungen zur Weiterentwicklung ist in § 40 Absatz 3 bereits enthalten. Die vorgeschlagene Regelung nach § 136c eröffnet die Möglichkeit, das Wirksamwerden der Regelung nach § 40 zu verzögern durch Beratungsanträge im G-BA auf Basis von § 136c.

B) Stellungnahme

Während die Mindestmengenregelungen des G-BA bereits auf einer fachlich fundierten Basis die Leistungserbringung wesentlicher onkochirurgischer Leistungen durch bundeseinheitlich geltende Mindestfallzahlen auf Standorte mit Expertise einschränken, erzeugt der § 40 (i. d. F. des KHVVG) mit seiner Regelung zur Onkochirurgie eine Überlappung von Zuständigkeiten. Dies kann zu einer Verschlechterung der Versorgung führen, sofern eine bestehende Mindestmenge die adressierte Leistung bereits zentralisiert hat. Eine weitere Ausdünnung derjenigen Standorte, die die geltende Mindestmenge erfüllen, aber mit ihren Leistungszahlen gemeinsam zu den unteren 15 % des Gesamtleistungsvolumens gehören, würde zu einer fachlich nicht mehr gerechtfertigten Beschränkung der Versorgung führen. Standorten würde dann die Leistungsgruppe verweigert werden, obwohl sie nach den fachlich sorgfältigen und rechtssicher erstellten Standards der (Mindestmengen-Regelung (Mm-R) eine Berechtigung zur Leistungserbringung haben sollten. Ohnehin eignen sich gerade onkochirurgische Leistungen fachlich besonders gut für eine qualitätsverbessernde Steuerung durch Mindestmengen-Regelungen.

Die mit Artikel 1 Nummer 7 vorgeschlagene Änderung des § 136c SGB V soll dem G-BA nunmehr die Möglichkeit geben, das o. g. Problem dadurch zu lösen, dass er für „einen Indikationsbereich“ eine „niedrigere Prozentzahl“ festlegen kann, „sofern dies zur Aufrechterhaltung einer patienten- und bedarfsgerechten flächendeckenden stationären Versorgung der Bevölkerung mit onkochirurgischen Leistungen zwingend erforderlich ist.“

Der G-BA, der mit seinen Mindestmengen bereits fachlich begründet auf Basis der besten verfügbaren Evidenz zum Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Ergebnisqualität für die wichtigsten onkochirurgischen Leistungen absolute Mindestfallzahlen festgelegt hat, soll nunmehr zumindest zum Teil zu denselben Leistungen für diejenigen „Indikationsbereiche“ (zu denen er schon eigene und fachlich begründete Mindestfallzahlen festgelegt hat) eine erneute, fachlich kaum begründbare Prozentzahl festlegen.

Dadurch entstünde ein sehr hoher Aufwand in einem sehr komplexen vom G-BA und vom InEK umzusetzenden Verfahren, der angesichts bereits bestehender und besser begründeter Regelungen zu den Mindestmengen völlig unnötig ist und auch keinen Mehrwert bietet. Im Sinne der Rechtsklarheit und der Bürokratievermeidung sollte immer nur entweder die Mindestmengenregelung oder die Regelung zur Onkochirurgie auf bestimmte onkologische Leistungen angewandt werden, wobei die Mindestmengen-Regelungen vorrangig anzuwenden sind.

Wir schlagen deshalb vor, alle mit Mindestmengen beregelten onkologischen Leistungen von der Geltung der Regelung nach § 40 auszunehmen. Die Anwendung der Regelung nach § 40 sollte auf Leistungen beschränkt werden, zu denen der G-BA keine Mindestmengen-Regelungen festgelegt hat.

C) Änderungsvorschlag

Der Vorschlag in Artikel 1 Nummer 7 wird abgelehnt und sollte gestrichen werden.

Alternativvorschlag: § 40 Absatz 2 wird ein Satz angefügt:

„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 der Fünften Buches Sozialgesetzbuch unterliegen.“

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 1 – Inhaltsübersicht

A) Beabsichtigte Neuregelung

Infolge der Anpassung der Überschrift des § 10 ist eine Änderung der Inhaltsangabe erforderlich.

B) Stellungnahme

Keine.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2 – § 1 Absatz 4 (neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung dient der Umsetzung der im Koalitionsvertrag getroffenen Vereinbarung, wonach bis einschließlich 2030 in Ländern, die bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen auf Grundlage landesrechtlicher Vorschriften zugewiesen haben, diese Leistungsgruppen als Basis der Vergütung genutzt werden können. In den betroffenen Ländern wurde die Planung auf Grundlage der bisherigen Vergütungsregelungen ohne Vorhaltevergütung vorgenommen. Gleichzeitig ist nicht sichergestellt, dass die von den betroffenen Ländern als Grundlage für ihre Krankenhausplanung genutzte Leistungsgruppen-Systematik mit der Leistungsgruppen-Systematik nach Bundesrecht vollständig kompatibel sowie für Zwecke der Vergütung anwendbar ist. In der Folge würden sich Probleme bei der Ermittlung und Verteilung eines Vorhaltebudgets ergeben. Um den Krankenhäusern in den betroffenen Ländern Planungssicherheit zu geben, wird vorgesehen, dass die voll- und teilstationären Leistungen für Krankenhäuser in den betroffenen Ländern für die Dauer der Ausnahme weiterhin über die pauschalen Entgelte vergütet werden. Um weiterhin dem Grundsatz einer einheitlichen Vergütung Rechnung zu tragen und die unterschiedlichen Leistungsgruppensystematiken einander anzunähern, wird vorgesehen, dass Krankenhäuser in den betroffenen Ländern die Höhe der abzurechnenden Entgelte weiterhin nach den bundeseinheitlichen Vorschriften ermitteln (Verwendung der bundeseinheitlichen Entgeltkataloge und des bundeseinheitlichen Groupers), die Unterschiede der Leistungsgruppen-Systematiken jedoch keine Auswirkungen auf die Vergütung haben. Für Krankenhäuser in den betroffenen Ländern soll somit die bisherige Vergütungssystematik im Rahmen, der für alle Krankenhäuser für die Jahre 2026 und 2027 vorgesehenen Übergangsregelungen bis einschließlich 2030 verlängert werden.

Daher wird für die betroffenen Länder u. a. geregelt:

- Es gibt kein Vorhaltebudget bis 2030.
- Der Fixkostendegressionsabschlag bleibt bis 2030.
- Die bisherige Höhe des Mindererlösausgleichs von 20 % bleibt bis 2030.
- Die effektive Bewertungsrelation umfasst bis 2030 auch die Vorhaltebewertungsrelation.

B) Stellungnahme

Die Übergangsregelung für die Länder, die bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen auf Grundlage landesrechtlicher Vorschriften zugewiesen haben, wird abgelehnt. Diese Spezialregelung würde ausschließlich für das Land Nordrhein-Westfalen gelten. Sie schafft bis Ende 2030 einen „Flickenteppich“ und untergräbt das zentrale Ziel bundeseinheitlicher Qualitätsstandards. Sie zementiert bestehende Unterschiede in der Versorgungsqualität, erschwert die Transparenz für Patientinnen und Patienten und konterkariert den Gedanken einer deutschlandweit vergleichbaren und qualitativ hochwertigen Versorgung.

Zudem ist es nicht zu rechtfertigen, nach einer weiteren Verschiebung der Einführung der Vorhaltefinanzierung und einer budgetneutralen Phase in den Jahren 2026 und 2027 den Aufwand eines kompletten Parallelsystems nur für NRW aufrechtzuerhalten. Die Komplexität und vor allem die

entstehende Bürokratie ist durch eine Streichung der Sonderregelungen vermeidbar. Die Sonderregelung erscheint für die Budgetverhandlungen und die Abrechnung nicht praxistauglich.

C) Änderungsvorschlag

§ 1 Absatz 4 ist zu streichen.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 3 – §3

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Keine.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 4 – § 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr. Die Jahre 2026 und 2027 stellen budgetneutrale Jahre dar, in denen die Vorhaltebewertungsrelationen Teil des jeweiligen Erlösbudgets sind. Durch die um ein Jahr verschobene Einführung der Vorhaltevergütung wird auch die Abschaffung des Fixkostendegressionsabschlags ein Jahr später vorgenommen. Zudem gilt erst mit Beginn der Konvergenzphase zur Einführung der Vorhaltevergütung im Jahr 2028 die Regelung, dass Mindererlöse nicht ausgeglichen werden.

B) Stellungnahme

Keine.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 5 a und b – § 5 Absatz 2b und 2c

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der beabsichtigten Neuregelung wird die zusätzliche Finanzierungsmaßnahme für die Geburtshilfe um ein weiteres Jahr bis einschließlich 2027 verlängert.

B) Stellungnahme

Die Fristanpassungen sind technisch notwendige Folgeänderungen der verschobenen Einführung der Förderbeträge nach § 39 KHG.

Die Verlängerung des Zuschlags um ein Jahr ist eine logische Konsequenz, um Finanzierungslücken zu vermeiden. Sie unterstreicht jedoch die Abhängigkeit des Systems von Sondersubventionen, anstatt eine nachhaltige, strukturell saubere Finanzierung zu etablieren. Ursprünglich war diese Zusatzfinanzierung als kurzfristige Überbrückungsmaßnahme ausschließlich für die Jahre 2023 und 2024 vorgesehen. Mit der beabsichtigten Verlängerung wird die Regelung nun über fünf Jahre angewendet. Somit werden insgesamt 600 Mio. Euro zusätzliche finanzielle Mittel mit der Gießkanne an Krankenhäuser ausgeschüttet. Dies trägt nicht zu einer gezielten Verbesserung der Versorgungsstruktur bei und belastet die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler unangemessen.

Die Regelung ist daher nicht weiter zu verlängern.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelungen in Absatz 2b und 2c zur Verlängerung der Zuschläge für die Geburtshilfe um das Jahr 2027 sind zu streichen.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 5c – § 5 Absatz 3j Satz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der um ein Jahr verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung. Dadurch beginnt auch die Erhebung des Zuschlags zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung für die Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben von zuschlagsberechtigten Krankenhäusern erst ein Jahr später.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine notwendige Änderung infolge der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung. Die Folgeänderung steht im Zusammenhang mit § 6b KHG.

Die grundsätzliche Kritik an der Regelung in § 6b KHG, insbesondere die unklare Abgrenzung zu bereits bestehenden Strukturen und die Gefahr der Doppelfinanzierung dieser Zuschläge, besteht weiterhin. Die Regelung ist vor diesem Hintergrund zu streichen.

Die redaktionelle Korrektur wird zur Kenntnis genommen.

C) Änderungsvorschlag

§ 5 Absatz 3j ist zu streichen.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 5d – § 5 Absatz 3k

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der beabsichtigten Neuregelung wird die zusätzliche Finanzierungsmaßnahme für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen um ein weiteres Jahr bis einschließlich 2027 verlängert. Des Weiteren wird die Erhebung des Zuschlags auf die Vergütung des Vorhaltebudgets korrigiert.

B) Stellungnahme

Die Fristanpassungen sind technisch notwendige Folgeänderungen der verschobenen Einführung der Förderbeträge nach § 39 KHG. Sachlich richtig ist die Korrektur der Erhebung des Zuschlags auf die Vorhaltevergütung, da die Auszahlung und die Erhebung des Zuschlags weiterhin über die effektiven Bewertungsrelationen der bundesweit bewerteten DRG-Fallpauschalen erfolgen, die nach § 7 Absatz 2 Satz 3 in den Jahren 2026 und 2027 auch die sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog ergebenden Vorhaltebewertungsrelation umfassen. Es handelt sich insoweit um eine entsprechende redaktionelle Korrektur.

Die Verlängerung des Zuschlags um ein Jahr ist eine logische Konsequenz, um Finanzierungslücken zu vermeiden. Sie unterstreicht jedoch die Abhängigkeit des Systems von Sondersubventionen, anstatt eine nachhaltige, strukturell saubere Finanzierung zu etablieren. Ursprünglich war diese Zusatzfinanzierung als kurzfristige Überbrückungsmaßnahme über § 4a ausschließlich für die Jahre 2023 und 2024 vorgesehen. Mit der beabsichtigten Verlängerung wird die Regelung nun über fünf Jahre angewendet. Somit werden insgesamt 1,5 Mrd. Euro zusätzliche finanzielle Mittel mit der Gießkanne an Krankenhäuser ausgeschüttet. Dies trägt nicht zu einer gezielten Verbesserung der Versorgungsstruktur bei und belastet die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler unangemessen.

Die Regelung ist daher nicht weiter zu verlängern.

C) Änderungsvorschlag

Keine Anpassung der Regelungen in Absatz 3k zur Verlängerung der Zuschläge für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen um das Jahr 2027

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 5e – § 5 Absatz 3l Satz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der beabsichtigten Neuregelung wird die zusätzliche Finanzierungsmaßnahme für stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen für besondere Einrichtungen, die nicht am DRG-Vergütungssystem teilnehmen, um ein Jahr auf 2028 verschoben.

B) Stellungnahme

Die zusätzliche Finanzierungsmaßnahme für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen wird über die Regelung der Förderbeträge für den Bereich Pädiatrie in § 39 KHG verstetigt. Mit dem KHAG wird dies auf das Jahr 2028 verschoben. Da den besonderen Einrichtungen keine Leistungsgruppen zugewiesen werden, können sie nicht an dieser Förderung teilhaben. Mit der Regelung in Absatz 3l wird daher die bestehende Förderung ab dem Jahr 2028 verstetigt.

Mit der beabsichtigten Neuregelung wird der für das Kalenderjahr 2027 ermittelte Zuschlagssatz für die besonderen Einrichtungen für alle folgenden Jahre unverändert weiter angewendet. Die Anzahl der besonderen Einrichtungen sowie das von diesen erbrachte Leistungsvolumen kann sich jedoch in jedem Jahr ändern. In der Folge kann die Summe der erhobenen Rechnungszuschläge die vom Gesetzgeber beabsichtigte Förderhöhe für diese besonderen Einrichtungen von 12 Mio. Euro jährlich übersteigen. Zur Vermeidung dieser nicht beabsichtigten Mehrbelastung der Beitragszahlenden ist der Prozentsatz vom InEK jährlich neu zu ermitteln.

C) Änderungsvorschlag

Die Berechnungsregel des Zuschlagssatzes nach Absatz 3k Satz 5 ist in eine jährliche Neuberechnung durch das InEK ab dem Jahr 2028 zu überführen.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 5f – § 5 Absatz 3m Satz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der um ein Jahr verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung. Dadurch beginnt auch die Erhebung des Zuschlags zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung für die Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben von zuschlagsberechtigten Krankenhäusern erst ein Jahr später.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine notwendige Änderung infolge der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung. Die Folgeänderung steht im Zusammenhang mit § 6b KHG.

Die grundsätzliche Kritik an der Regelung in § 6b KHG, insbesondere die unklare Abgrenzung zu bereits bestehenden Strukturen und die Gefahr der Doppelfinanzierung dieser Zuschläge, besteht weiterhin. Die Regelung ist vor diesem Hintergrund zu streichen.

Die redaktionelle Korrektur wird zur Kenntnis genommen.

C) Änderungsvorschlag

§ 5 Absatz 3m ist zu streichen.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 6 – § 6b

A) Beabsichtigte Neuregelung zu den Buchstaben a), c) und d)

Die Einführung der Vorhaltevergütung wird um ein Jahr verschoben. In der Folge ist die entsprechende Frist für die Vergütung eines Vorhaltebudgets anzupassen.

Darüber hinaus handelt es sich um eine Klarstellung entsprechend den in § 37 KHG vorgesehenen Regelungen für die Ermittlung und rechnerische Aufteilung der Vorhaltevolumina. Erbringt das Krankenhaus in einer Leistungsgruppe ausschließlich Fälle, die nicht auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen, d. h. nicht mit Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vergütet werden, erhält das Krankenhaus für diese Leistungsgruppe kein Vorhaltebudget.

zu Buchstabe b)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Streichung der Erreichbarkeitsvorgaben in § 6a Absatz 4 KHG.

B) Stellungnahme zu den Buchstaben a), c) und d)

Die Verschiebung der Einführung der Vorhaltefinanzierung ändert nichts an der konzeptionellen Schwäche des zugrunde liegenden Modells (vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nummer 8).

Die Fristanpassungen sind technisch notwendige Folgeänderungen der verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung. Einzelne materielle Änderungen sind jedoch kritisch zu sehen und es sind weitere Anpassungen erforderlich. Die Vielzahl an notwendigen Detailanpassungen in fast allen zentralen Paragraphen des KHEntgG zeigt, wie tief das bisherige System verankert ist und welche Kaskade an Folgeänderungen selbst eine einjährige Verschiebung auslöst. Die zunehmende Steuerung des Gesundheitswesens über kleinteilige gesetzliche Vorgaben und deren permanente Änderung anstelle von praxisnahen, vertraglichen Selbstverwaltungslösungen löst bürokratische Aufwände und zeitliche Verzögerungen aus. Das zweite KHAG ist bereits jetzt absehbar.

Die Klarstellung in § 6b Absatz 1, dass das Vorhaltebudget nur für Fälle mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen gilt, wird begrüßt, da sie für Klarheit sorgt.

zu Buchstabe b)

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nummer 2.

C) Änderungsvorschlag zu den Buchstaben a), c) und d)

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nummer 8.

zu Buchstabe b)

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nummer 2.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 7 – § 7

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass der Entgeltkatalog auch die Vorhaltebewertungsrelationen enthalten wird. Da die verbindliche Anwendung verschoben wurde, wird das Abbildungsjahr 2026 auf die Jahre 2026 und 2027 erweitert.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung. Es ist keine Stellungnahme notwendig.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 8 – § 8

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung für die Berechnung der Entgelte (u. a. dürfen Entgelte nicht mehr für Leistungen abgerechnet werden, wenn das Krankenhaus keine zugewiesene Leistungsgruppe hat) wurden lediglich redaktionell auf das Jahr 2028 angepasst.

B) Stellungnahme

Diese Regelung ist redaktionell und eine Stellungnahme ist nicht notwendig.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 9a – § 9 Absatz 1a Nummer 5

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht eine Verschiebung der mit dem KHVG vom 5. Dezember 2024 eingeführten Erhöhung der Zuschläge für eine Teilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung um ein Jahr vor. Die einmalige Erhöhung der Zuschläge um 33 Mio. Euro soll nunmehr so von den Vertragspartnern auf der Bundesebene vereinbart werden, dass diese ab dem Jahr 2028 einmalig vereinbart und gezahlt werden. Die weiterhin beabsichtigte Erhöhung der Zuschläge 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. Laut Begründung zum Gesetzesentwurf des KHVG stellt die Erhöhung der Zuschläge nach § 9 Absatz 1a Nummer 5 die Vorhaltevergütung für die Leistungsgruppe Notfallmedizin sowie eine zusätzliche Förderung der Notfallversorgung dar. Die beabsichtigte Verschiebung der Erhöhung entspricht der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr.

B) Stellungnahme

Die mit der Neuregelung beabsichtigte Verschiebung der mit dem KHVG eingeführten Erhöhung der Zuschläge um ein Jahr ist eine Folgeänderungen der verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung. Da die Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr verschoben wird, ist die beabsichtigte Neuregelung durch das KHAG in § 9 Absatz 1a Nummer 5 insofern sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 9b – § 9 Absatz 1b Satz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um die Korrektur fehlerhafter Verweise im Zusammenhang mit der Vereinbarung des Veränderungswertes. Darüber hinaus wird eine abgelaufene Frist gestrichen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Korrektur eines fehlerhaften Verweises. Die Neuregelung aktualisiert den Verweis auf die sogenannte „Meistbegünstigungsklausel“ (Geltung der Grundlohnrate als Obergrenze, wenn diese höher ist als der Orientierungswert). Die Meistbegünstigungsklausel hat in den vergangenen Jahren zu erheblichen, nicht sachgerechten Mehrbelastungen der GKV geführt. Im Sinne einer verursachungsgerechten Vergütung und zur Vermeidung unbegründeter Kostensteigerungen ist die Regelung umzukehren.

Die in diesem Zusammenhang mit dem Gesetz zur Befugnisweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) aufgegriffene Aussetzung der Meistbegünstigungsklausel für das Jahr 2026 ist zu begrüßen. Auch in den Folgejahren darf es nicht wieder zu einer Anwendung dieser sachlich falschen Klausel kommen. Vor diesem Hintergrund ist diese Klausel zu streichen.

Diese Klausel hat in den vergangenen Jahren im Bereich der Somatik zu nicht sachgerechten Steigerungen der Landesbasisfallwerte geführt. Auch im Psychiatrie-Bereich hatte diese Klausel nicht sachgerechte Ausgabensteigerungen der GKV zur Folge. Eine Streichung dieser Meistbegünstigungsklausel wird seitens des GKV-Spitzenverbandes seit über zehn Jahren gefordert. Die nun mit dem BEEP vorgesehene Aussetzung für 2026 ist ein erster Schritt, diese unsachgemäßen Ausgabensteigerungen zu vermeiden. Konsequenter und sachgerechter wäre allerdings eine komplette Streichung der Meistbegünstigungsklausel.

Neben der Streichung der Meistbegünstigungsklausel ist dringend eine weitere Anpassung der Finanzierungsregelungen des KHEntgG im Bereich der zusätzlichen Tarifierfinanzierung in § 10 Absatz 5 notwendig. Ohne eine ergänzende Anpassung der Regelungen zur Tarifraterate wird die Entlastungswirkung deutlich reduziert. Vereinfacht gesagt gilt: Je niedriger der Veränderungswert, desto stärker wirkt die zusätzliche volle Tarifierfinanzierung. Daneben erzeugt diese Regelung immense Fehlanreize: Wenn Arbeitgeber Tarifabschlüsse vollständig an die GKV weitergeben können, fehlt der Anreiz für wirtschaftlich angemessene Verhandlungen. Dies führt zu überhöhten Tarifsteigerungen auf Kosten der GKV, wie die Erfahrungen im Pflegebudget seit 2020 eindrücklich zeigen. Vor diesem Hintergrund ist die zusätzliche Tarifraterate dauerhaft zu streichen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Meistbegünstigungsklausel

In § 10 Absatz 6 sind die Sätze 6 und 7 wie folgt zu fassen:

„Unterschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, entspricht der Veränderungswert ~~der Veränderungsrate~~ **dem Orientierungswert**. Überschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene den Veränderungswert gemäß § 9 Absatz 1b Satz 1 und § 9 Absatz 1 Nummer 5 der Bundespflegesatzverordnung **entspricht der Veränderungswert der Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**.“

Streichung der zusätzlichen Tarifrefinanzierung

§ 10 Absatz 5 wird gestrichen.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 10 – § 10

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bestehende Verordnungsermächtigung des BMG wird in der Bezeichnung der Überschrift ergänzt.

Im Zusammenhang mit der angestrebten Weiterentwicklung des Orientierungswertes wird der Berichtszeitraum, den das Statistische Bundesamt für den Orientierungswert zugrunde zu legen hat, geändert. Die bisherige gesetzliche Regelung sieht vor, dass der Berichtszeitraum die zweite Hälfte des Vorjahres und die erste Hälfte des laufenden Jahres umfasst. Künftig soll der Berichtszeitraum jeweils dem vorangegangenen Kalenderjahr entsprechen.

Zudem wird der Kreis der zur Erhebung von Daten verpflichteten Krankenhäuser konkretisiert.

B) Stellungnahme

Der Orientierungswert gewinnt als zentrale Größe der Preissetzung im Krankenhausbereich immer mehr an Gewicht. Im Zusammenhang mit dem Verfahren der Ermittlung des Orientierungswertes gibt es 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 zugrunde gelegten Daten inklusive der Berechnungsmethodik differenziert zu veröffentlichen. Daneben ist im Rahmen der Weiterentwicklung dieser zentralen Größe der Preis- und damit auch der GKV-Ausgabenentwicklung dem GKV-Spitzenverband zumindest eine Möglichkeit der Stellungnahme einzuräumen und gesetzlich zu verankern. Dies gilt auch bei Anpassungen des Berichtszeitraumes. Da die von den Krankenhäusern an das Statistische Bundesamt übermittelten Daten künftig über die Höhe der Ausgaben der Krankenkassen entscheiden werden, bedarf es einer klaren Regelung, wie diese Meldedaten plausibilisiert und verifiziert werden können. Der Prozess der Weiterentwicklung des Orientierungswertes darf nicht ohne einen Einbezug des GKV-Spitzenverbandes erfolgen.

Daneben sind aufgrund der Notwendigkeit der dauerhaften Streichung der sogenannten „Meistbegünstigungsklausel“ Anpassungen im § 10 Absatz 6 notwendig (vgl. Stellungnahme zu Artikel 3 Nummer 9b).

C) Änderungsvorschlag

Zum Verfahren der Ermittlung des Orientierungswertes

Vgl. Stellungnahme.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 11 – § 11 Absatz 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenhausträger werden verpflichtet, dem PKV-Verband die Budgetvereinbarungen zu übermitteln.

B) Stellungnahme

Bislang ist nicht geregelt, wie der PKV-Verband über die Ergebnisse der Budgetvereinbarungen informiert wird. Die Budgetvereinbarungen liegen den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG – dies sind neben dem Krankenhausträger die Krankenkassen oder Arbeitsgemeinschaften von Krankenkassen, deren Belegungsanteil über 5 % liegt, vor. Die PKV liegt in der Regel unterhalb dieser Schwelle, so dass ihr die Unterlagen nicht vorliegen. Gleiches gilt für die Übermittlung der Vereinbarung über einen Abschlag für den Fall, dass der Krankenhausträger seiner Verpflichtung zur umfassenden und fristgerechten Unterlagenübermittlung nicht nachkommt. Die Verpflichtung der Krankenhausträger, den PKV-Verband zu informieren, ist sachgerecht, da die Krankenhäuser gegenüber der PKV auf der Grundlage der Budgetvereinbarungen abrechnen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 12 – § 14 Absatz 1b (neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Landesbehörden werden verpflichtet, den PKV-Verband über die Genehmigung der budgetrelevanten Vereinbarungen zu informieren. Dies umfasst unter anderem den Landesbasisfallwert, das Erlösbudget, das Pflegebudget sowie die Konvergenzbeträge des Vorhaltebudgets.

B) Stellungnahme

Bislang ist nicht geregelt, wie der PKV-Verband über die Genehmigungen der Landesbehörden informiert wird. Die Verpflichtung, den PKV-Verband zu informieren ist sachgerecht, da die Krankenhäuser gegenüber der PKV auf der Grundlage der genehmigten Vereinbarungen abrechnen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 13a – § 21 Absatz 2 Nummer 1

A) Beabsichtigte Neuregelung zu Buchstabe d)

Die derzeit im Gesetz genannten Jahre, ab denen von den Krankenhäusern Angaben zu den Vorhaltebewertungsrelationen zu übermitteln sind, werden an die verschobene Einführung der Vorhaltevergütung angepasst.

zu Buchstabe f)

Die Referenzierung der Leistungsgruppen wird von „Anlage 1 zum SGB V“ auf „§ 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V“ geändert.

zu Buchstabe g)

Die bis zum 31. Dezember 2025 befristete Sonderregelung für von § 135d Absatz 3 Satz 3 SGB V betroffene Krankenhäuser wird gestrichen.

zu Buchstabe i)

Die bis zum 31. Dezember 2025 befristete Sonderregelung für von § 135d Absatz 3 Satz 3 SGB V betroffene Krankenhäuser wird gestrichen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um redaktionelle Änderungen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 13b – § 21 Absatz 3 Satz 9

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es findet eine direkte Übernahme einer Ausnahmeregelung zu § 21 aus dem bisherigen § 187 Absatz 10 Satz 8 GWB in die Norm selbst statt.

B) Stellungnahme

Die rechtssystematische Vereinfachung wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 13c – § 21 Absatz 3c Satz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisher einmalige Aufgabe des InEK zur Entwicklung eines Leistungsgruppen-Groupers wird zu einer Daueraufgabe gemacht.

B) Stellungnahme

Angesichts der Abhängigkeit der Leistungsgruppen-Zuordnung von veränderlichen Definitionen von Fallpauschalen, Diagnosen, Prozeduren und Fachabteilungsschlüsseln ist diese Anpassung folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 13d – § 21 Absatz 3d Satz 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das InEK hat dem IQTiG und der für das Transparenzverzeichnis zuständigen Stelle in Zukunft auch Angaben darüber zu übermitteln, ob es sich bei einem Krankenhausstandort um eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung oder eine Fachklinik handelt.

B) Stellungnahme

Da diese Angaben für Versicherte, die das Transparenzverzeichnis nutzen, sinnvoll sein können, ist diese Änderung zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 13e – § 21 Absatz 5 Satz 6

A) Beabsichtigte Neuregelung

Soweit das Krankenhaus seine Verpflichtung zur Lieferung von Angaben zum ärztlichen und/oder Pflegepersonal nicht erfüllt, darf das InEK für die Ermittlung des dafür bei den Budgetverhandlungen der Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 zu vereinbarenden Abschlags in Zukunft nicht nur auf die Falldaten, sondern auch auf andere Datenquellen (z. B. die Testate zum Pflegebudget) zurückgreifen.

B) Stellungnahme

Um eine möglichst valide Schätzung zu gewährleisten, ist die Aufhebung dieser Einschränkung zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung)

Nr. 1 – § 2 Absatz 1 Satz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Keine.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung)

Nr. 2 – § 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Folgeänderungen zu den Änderungen in § 12b Absatz 1 Satz 3 KHG sowie um rein redaktionelle sprachliche Anpassungen.

B) Stellungnahme

Die Anpassungen sind sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung)

Nr. 3 – § 4

A) Beabsichtigte Neuregelung zu Buchstabe a)

Die bisherige Antragsfrist wird aufgrund der geänderten Finanzierung des Transformationsfonds gestrichen.

Zudem: Aufgrund der Regelung im § 13 Satz 5 KHG erfolgt eine Streichung der bisherigen Regelung, dass die Länder die Entscheidung, für welche Vorhaben ein Antrag gestellt werden soll, im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen treffen.

zu Buchstabe b)

Es handelt sich um Folgeänderungen zu den Änderungen in § 12b Absatz 3 KHG sowie um rein redaktionelle sprachliche Anpassungen.

zu Buchstabe b) Doppelbuchstabe dd)

Aufgrund der Erweiterung der Fördermöglichkeiten für Hochschulkliniken wird eine neue Antragsvoraussetzung eingeführt. Stellt ein Land einen Förderantrag, mit dem eine Hochschulklinik gefördert werden soll, hat es bei der Antragstellung eine Erklärung abzugeben und auf das Portal hochzuladen, in der es bestätigt, dass die beantragten Fördermittel ausschließlich für die Finanzierung krankenhausbbezogener Strukturmaßnahmen und nicht für die Finanzierung hochschulrechtlich geregelter Aufgaben eingesetzt werden.

zu Buchstabe b) Doppelbuchstabe ff)

Es handelt sich um eine durch die Änderung in § 13 KHG veranlasste Folgeänderung. Sofern ein Einvernehmen mit der GKV auf Landesebene nicht hergestellt werden konnte, sind Unterlagen zu übermitteln, mit denen nachgewiesen wird, dass das Einvernehmen angestrebt wurde.

zu Buchstabe c)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

zu Buchstabe d) Doppelbuchstabe aa)

Es handelt sich um eine Anpassung, um einen Gleichlaut mit § 3 Absatz 4 herzustellen, der vorsieht, dass die Bildung und der Aufbau von Zentren zur Behandlung seltener, komplexer oder schwerwiegender Erkrankungen an Hochschulkliniken gefördert werden können.

zu Buchstabe d) Doppelbuchstabe bb)

Die Informationspflicht des Landes wird mit der Anpassung auf den Stand des Insolvenzverfahrens beschränkt.

**B) Stellungnahme
zu Buchstabe a)**

Die Streichung aufgrund der neuen Regelung im § 13 Satz 5 KHG, dass die Länder die Entscheidung, für welche Vorhaben ein Antrag gestellt werden soll, im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen treffen, wird abgelehnt. Die Regelung muss beibehalten werden (vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nummer 6 - § 13 Satz 5 KHG)

zu Buchstabe b) Doppelbuchstabe dd)

Die Nachweiserbringung bei Förderungen von Hochschulkliniken, dass die beantragten Fördermittel ausschließlich für die Finanzierung krankenhausbbezogener und nicht für die Finanzierung hochschulbezogener Maßnahmen eingesetzt werden, ist sachgerecht.

zu Buchstabe b) Doppelbuchstabe ff)

Die grundsätzliche Regelung im § 13 Satz 5 KHG wird abgelehnt (vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nummer 6 - § 13 Satz 5 KHG).

zu Buchstabe c)

Die Anpassung ist nachvollziehbar.

zu Buchstabe d) Doppelbuchstabe aa)

Die Anpassung ist nachvollziehbar.

zu Buchstabe d) Doppelbuchstabe bb)

Die auf Veranlassung des Bundesrates vorgesehene Streichung der Verpflichtung der Länder, das BAS fortlaufend und auf Nachfrage nicht nur über den Stand eines Insolvenzverfahrens, sondern auch über das Bestehen einer Fortführungsperspektive des Krankenhausbetriebes zu informieren, dient nur dem Eigeninteresse der Länder, ihren Aufwand zu reduzieren, und ist abzulehnen. Es ist Aufgabe des BAS, die ordnungsgemäße, wirtschaftliche und zweckentsprechende Verwendung der Mittel zu gewährleisten und diese gegebenenfalls auch von den Ländern zurückzufordern. Daher ist in Insolvenzfällen die Sicherstellung einer ausreichenden Information des BAS durch die Länder angemessen und zu gewährleisten.

C) Änderungsvorschlag

Zur Änderung der Einvernehmensregelung mit der GKV auf Landesebene vgl. Stellungnahme zu Artikel 2 Nummer 6 - § 13 Satz 5 KHG.

Artikel 4 (Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung)

Nr. 4 – § 5 Absatz 2 Satz 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Da der Transformationsfonds nunmehr aus Bundesmitteln und nicht aus GKV-Mitteln finanziert wird, wird auch die Möglichkeit der Beteiligung der PKV an der Finanzierung des Transformationsfonds gestrichen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeregelung der Streichung der Möglichkeit der freiwilligen Beteiligung der PKV an der Finanzierung des Transformationsfonds.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung)

Nr. 5 – § 6

A) Beabsichtigte Neuregelung zu Buchstabe a)

Da der Transformationsfonds nunmehr aus Bundesmitteln und nicht aus GKV-Mitteln finanziert wird, wird auch die für die PKV geschaffene Möglichkeit, sich an der Finanzierung des Transformationsfonds zu beteiligen, gestrichen.

zu Buchstabe b)

Da der Transformationsfonds nunmehr aus Bundesmitteln und nicht aus GKV-Mitteln finanziert wird, wird auch die für die PKV geschaffene Möglichkeit, sich an der Finanzierung des Transformationsfonds zu beteiligen, gestrichen.

Zudem wird eine weitere jährliche Übermittlungspflicht der Länder aufgestellt, die für die Fälle greift, in denen Hochschulkliniken gefördert werden. In diesen Fällen hat das jeweilige Land, das eine Förderung aus dem Transformationsfonds für eine Hochschulklinik erhält, einmal jährlich zum 1. April über das elektronische Verwaltungsportal Nachweise hochzuladen, aus denen sich ergibt, dass die beantragten Fördermittel ausschließlich für die Finanzierung krankenhausbbezogener und nicht für die Finanzierung hochschulbezogener Maßnahmen eingesetzt werden.

zu Buchstabe c)

Da der Transformationsfonds nunmehr aus Bundesmitteln und nicht aus GKV-Mitteln finanziert wird, wird auch die für die PKV geschaffene Möglichkeit, sich an der Finanzierung des Transformationsfonds zu beteiligen, gestrichen.

B) Stellungnahme

zu Buchstabe a)

Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeregelung der Streichung der Möglichkeit der freiwilligen Beteiligung der PKV an der Finanzierung des Transformationsfonds.

zu Buchstabe b)

Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeregelung der Streichung der Möglichkeit der freiwilligen Beteiligung der PKV an der Finanzierung des Transformationsfonds.

In Fällen, in denen Hochschulkliniken gefördert werden, ist die Nachweiserbringung, dass die beantragten Fördermittel ausschließlich für die Finanzierung krankenhausbbezogener und nicht für die Finanzierung hochschulbezogener Maßnahmen eingesetzt werden, sachgerecht.

zu Buchstabe c)

Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeregelung der Streichung der Möglichkeit der freiwilligen Beteiligung der PKV an der Finanzierung des Transformationsfonds.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung)

Nr. 6 – § 7

A) Beabsichtigte Neuregelung

zu Buchstabe a)

Die Rückforderungsregelung des BAS gegenüber den Ländern von einer „Kann“- zu einer „Soll“-Regelung wird geändert.

zu Buchstabe b)

Es handelt sich um eine Änderung infolge der Streichung der Regelung für die Beteiligung der PKV im Zuge der Umstellung der Finanzierung des Krankenhaustransformationsfonds hin zur Bereitstellung aus einem Sondervermögen des Bundes.

zu Buchstabe c)

Die Möglichkeit, für ein gefördertes Vorhaben nicht verausgabte Fördermittel innerhalb von zwölf Monaten in Abstimmung mit den Landesverbänden der Krankenkassen als sonstige Investition in das Krankenhaus zur Verbesserung der Versorgung zu verwenden, wird gestrichen.

B) Stellungnahme

zu Buchstabe a)

Die Schärfung der Rückforderungsverpflichtung des BAS gegenüber den Ländern von einer „Kann“- hin zu einer „Soll“-Vorschrift ist ausdrücklich zu begrüßen. Es ist schlichtweg nicht nachvollziehbar, warum zweckwidrig eingesetzte oder überzahlte Fördermittel bei einem Land verbleiben sollten. Bei der bisherigen Finanzierung durch die Beitragszahlenden der GKV wäre aus den gleichen Beweggründen diese Schärfe der Rückforderungsverpflichtung sachgerecht und geboten gewesen - und nicht erst jetzt, wo der Bund eine „erhöhte“ Rückforderungsverantwortung erst dann sieht, wenn es um seine eigenen Mittel geht.

zu Buchstabe b)

Es handelt sich um eine sachgerechte Streichung der Regelungen zur Beteiligung der PKV infolge der Umstellung auf eine Finanzierung aus Bundesmitteln.

zu Buchstabe c)

Die Streichung von Absatz 8 wird abgelehnt. Es sollte die Regelung beibehalten werden, dass für ein Vorhaben nicht verausgabte Fördermittel, die binnen 12 Monaten nach Abschluss des Vorhabens erneut als Investition in das Krankenhaus zur Verbesserung der Versorgung in Abstimmung mit den Landesverbänden der Krankenkassen verwendet werden, nicht zurückgefordert werden.

C) Änderungsvorschlag

zu Buchstabe c)

Absatz 8 wird nicht gestrichen.

Artikel 4 (Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung)

Nr. 7 – § 8 Absatz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Das Ermöglichen einer Aktualisierung der Förderrichtlinie ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 5 (Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen)

Nr. 1 – § 186a (neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisher in § 187 Absatz 10 geregelte Ausnahme von der Fusionskontrolle für Krankenhauszusammenschlüsse, die zur Verbesserung der Versorgung erforderlich sind, wird in einen eigenen neuen § 186a mit klarstellenden Anpassungen überführt.

B) Stellungnahme

Mit dem KHVG wurde die Bewilligung eines Zusammenschlusses von Krankenhäusern (als Ausnahme vom regulären Verfahren der Fusionskontrolle nach GWB) auf die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden übertragen, um Zusammenschlüsse vorrangig anhand von gesundheitspolitischen Erwägungen billigen zu können. Dazu zählt insbesondere die Entscheidung über die Zuweisung von Leistungsgruppen. Die damit verbundene Transformation der Krankenhausversorgungsstruktur ist zentrales Anliegen der Krankenhausreform und die Ausnahmemöglichkeit von der Fusionskontrolle ist daher sachgerecht und erforderlich. Die mit der geplanten Neustrukturierung und -formulierung beabsichtigten Anpassungen zur Klarstellung sowie Vereinfachung und Verbesserung der Rechtssicherheit des Verfahrens sind begrüßenswert, erreichen ihr Ziel jedoch nur bedingt.

Die Begrifflichkeiten im neu eingeführten § 186a, der § 187 Absatz 10 ersetzt, weichen von § 187 Absatz 9 ab, werden dort jedoch nicht angepasst. Eine Begründung für die unterschiedlichen Begrifflichkeiten (z. B. Krankenhaus im Sinne des § 107 Absatz 1 SGB V, Fachbereich/Fachrichtungen, standortübergreifende Konzentration) ist aus dem Gesetzentwurf nicht ersichtlich und wäre auch aus fachlich-rechtlicher Sicht nicht schlüssig. Vor diesem Hintergrund sollten die Begrifflichkeiten einheitlich gehandhabt werden.

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

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

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

C) Änderungsvorschlag

Zur Anpassung der Begrifflichkeiten siehe Stellungnahme.

In § 186a Absatz 1 (neu) werden vor dem bisherigen Satz 3 folgende Sätze eingefügt:

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

„In § 186a Absatz 3 Nummer 2 (neu) wird das Wort „**ausschließlich**“ durch das Wort „**überwiegend**“ ersetzt.

Redaktioneller Hinweis: Sollten entgegen des begründeten Anpassungsbedarfs der Begrifflichkeiten diese nicht vorgenommen werden, so ist zumindest Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 wie folgt zu ergänzen:

„[...] oder medizinische Fachbereiche der am Zusammenschluss beteiligten Krankenhäuser in § 39 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannte Leistungen erbringen.“

Artikel 5 (Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen)

Nr. 2 – § 187

A) Beabsichtigte Neuregelung zu Buchstabe a)

Infolge der Anpassungen der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung wird § 187 Absatz 9 redaktionell angepasst.

zu Buchstabe b)

Der Regelungsgehalt von § 187 Absatz 10 wird in § 186a (neu) verschoben.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um redaktionelle Folgeanpassungen. Hinsichtlich der Notwendigkeit zu einer Vereinheitlichung der Begrifflichkeiten wird auf die Stellungnahme zu § 186a verwiesen. Unterschiedliche Begriffe in § 186a Absatz 1 (Krankenhäuser im Sinne des § 107 Absatz 1 SGB V oder einzelne medizinische Fachbereiche) und § 187 Absatz 9 (standortübergreifende Konzentration von mehreren Krankenhäusern oder einzelnen Fachrichtungen) führen zu Rechtsunklarheiten und sind zu vermeiden.

C) Änderungsvorschlag

Die Begrifflichkeiten in § 186a und § 187 Absatz 9 sind anzugleichen.

Artikel 6 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 1 – §9 Absatz 1 Nummer 5

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich, wie im Geltungsbereich des KHEntgG (vgl. Stellungnahme zu Artikel 3 Nummer 9b), um die Korrektur fehlerhafter Verweise im Zusammenhang mit der Vereinbarung des Veränderungswertes. Darüber hinaus wird eine abgelaufene Frist gestrichen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um ein Folgeänderungen zur Änderung der Berechnungsvorgaben zum Orientierungswert (vgl. Stellungnahme zu Artikel 3 Nummer 9b).

C) Änderungsvorschlag

Der Änderungsvorschlag zur Streichung der Meistbegünstigungsklausel in § 10 Absatz 6 KHEntgG muss auch im Geltungsbereich der BPfIV Anwendung finden (vgl. Stellungnahme zu Artikel 3 Nummer 9b).

Artikel 6 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 2 – § 11 Absatz 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenhausträger werden, wie im Geltungsbereich des KHEntgG (vgl. Stellungnahme zu Artikel 3 Nummer 11) verpflichtet, dem PKV-Verband die Budgetvereinbarungen zu übermitteln.

B) Stellungnahme

Bislang ist nicht geregelt, wie der PKV-Verband über die Ergebnisse der Budgetvereinbarungen informiert wird. Die Verpflichtung der Krankenhausträger, den PKV-Verband zu informieren, ist sachgerecht, da die Krankenhäuser gegenüber der PKV auf der Grundlage der Budgetvereinbarungen abrechnen. (vgl. Stellungnahme zu Artikel 3 Nummer 11).

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 6 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 3 – § 14 Absatz 1 Satz 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Landesbehörden werden, wie im Geltungsbereich des KHEntgG (vgl. Stellungnahme zu Artikel 3 Nummer 12) verpflichtet, den PKV-Verband über die Genehmigung der budgetrelevanten Vereinbarungen zu informieren.

B) Stellungnahme

Bislang ist nicht geregelt, wie der PKV-Verband über die Genehmigungen der Landesbehörden informiert wird. Die Verpflichtung, den PKV-Verband zu informieren ist sachgerecht, da die Krankenhäuser gegenüber der PKV auf der Grundlage der genehmigten Vereinbarungen abrechnen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 7 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 – § 53d Absatz 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit einem neu einzufügenden Absatz 4 wird geregelt, dass der Medizinische Dienst Bund in seinen Richtlinien auch Regelungen zu einheitlichen und digitalen Prozessen zur Umsetzung der Richtlinien treffen kann.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung wird unterstützt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

III. Ergänzender Änderungsbedarf

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 – - § 60 Absatz 2 (geplante Fassung)

A) Neuregelungsbedarf

Künftig soll auch nach § 60 SGB V eine Verlegung kostenübernahmefähig sein, wenn die besonderen Mittel eines Krankenhauses der höheren Versorgungsstufe für die Behandlung des Versicherten nicht oder nicht mehr erforderlich sind und die dortigen Versorgungskapazitäten für andere Patientinnen und Patienten benötigt werden. Zwar verfolgt die geplante gesetzliche Änderung das Ziel, spezialisierte Krankenhauskapazitäten effizienter zu nutzen und Versorgungsengpässe zu vermeiden, jedoch besteht die Gefahr, dass ohne zusätzliche Vorgaben Verlegungen primär aus ökonomischen Gründen erfolgen. Dies könnte zu einer Verschlechterung der Patientenversorgung, Erhöhung der Komplikations- und Wiedereinweisungsrate und Verlängerung der Krankenhausaufenthalte führen sowie ökonomische Fehlanreize schaffen, die insgesamt zu einer finanziellen Mehrbelastung der GKV führen. Die geplante Regelung ist daher zu streichen.

B) Änderungsvorschlag

§ 60 Absatz 2 (geplante Fassung) wird wie folgt geändert:

„(2) Die Krankenkasse übernimmt nach Absatz 1 Satz 1 die Kosten für Krankenfahrten und Krankentransporte und Krankenfahrten bei

1. Fahrten zur stationären Behandlung,

2. Fahrten im Zuge einer Verlegung

a) in ein anderes Krankenhaus während einer stationären Behandlung, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist ~~oder soweit es zur Behandlung des Versicherten der besonderen Mittel des Krankenhauses der höheren Stufe nicht oder nicht mehr bedarf~~ und die dortigen Versorgungskapazitäten für andere Patienten benötigt werden,

b) in ein anderes Krankenhaus zur Behandlung im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a oder

c) in ein wohnortnahes Krankenhaus, wenn die Krankenkasse in die Verlegung eingewilligt hat,“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 – § 64e

A) Neuregelungsbedarf

Im letzten Teilnahmeantragsverfahren wurde die Verbindlichkeit der vom GKV-Spitzenverband nach § 64e Absatz 3 veröffentlichten Kriterien für die Teilnahme von Leistungserbringern am Modellvorhaben Genomsequenzierung nach § 64e angefochten. Gestützt wurde dies durch eine allein auf dem Wortlaut von Satz 6 beruhende Interpretation der gesetzlichen Regelung. Dennoch zeigt das Vorgehen, das Antragstellende leistungserbringerrechtliche Schritte einleiten, um am Modellvorhaben teilzunehmen. Dies hätte weitreichende Folgen für das Modellvorhaben, da die gesamte vertragliche Gestaltung einschließlich Versorgung und Finanzierung auf der derzeitigen Eingrenzung des Teilnehmerkreises aufgrund dieser Teilnahmekriterien beruht. Um hier für Rechtssicherheit zu sorgen und unnötige Aufwände im Verwaltungsverfahren zur Feststellung der Teilnahmeberechtigung von Leistungserbringern in den kommenden, gesetzlich vorgeschriebenen Teilnahmeantragsverfahren zu vermeiden, ist die gesetzliche Verbindlichkeit der vom GKV-Spitzenverband im breiten fachlichen Konsens erarbeiteten Teilnahmekriterien erforderlich.

Weiterhin ermöglicht § 64e Absatz 1 Satz 8 generell Leistungserbringern die Möglichkeit zum Vertragsbeitritt auch während der Laufzeit des Modellvorhabens. Um das dazu erforderliche Antragsverfahren nach Absatz 4 Satz 1 ordnungsgemäß und angepasst an die vertraglich vereinbarten Geltungszeiträume und Beitrittsmodalitäten durchführen zu können, ist es erforderlich, dem GKV-Spitzenverband die nähere Ausgestaltung des Antragsverfahrens zu übertragen.

Die gesetzliche Regelung in Absatz 3 Satz 1 öffnet grundsätzlich einem sehr großen und sehr unterschiedlichen Kreis von Leistungserbringern eine Teilnahmemöglichkeit am Modellvorhaben. So sind insbesondere die Netzwerke teilweise sehr weit verzweigte Konstrukte, die bis zu einzelnen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten reichen. Teilweise sind an diesen auch Institutionen beteiligt, die selbst keine Versorgungsfunktion übernehmen.

In der Ausgestaltung der Teilnahmekriterien und des Antragsverfahrens war der GKV-Spitzenverband darauf bedacht, den Leistungserbringerbegriff der gesetzlichen Regelung so zu konkretisieren, dass für die hochkomplexe und forschungsnahe Versorgung im Modellvorhaben grundsätzlich nur Hochschulkliniken infrage kommen, die bereits über nachweisbare Erfahrung im Bereich Genomsequenzierung verfügen. Da diese zugleich an den in der bisherigen Nummer 2 in Satz 1 angeführten Netzwerken beteiligt sind, konnte so auch die gesetzlich vorgesehene Berücksichtigung dieser Netzwerke umgesetzt werden.

Jedoch führt die bisherige Nennung von Netzwerken immer wieder zu Anfragen von nicht-universitären Leistungserbringern zu den Teilnahmemöglichkeiten. Mit der Anpassung in Satz 1 wird diese Interpretationsmöglichkeit klargestellt, in dem der Netzwerkgedanke auf die teilnehmenden Krankenhäuser konkretisiert wird. Die Einbeziehung der Kompetenz des Nationalen Zentrums für Tumorerkrankungen (NCT) und hier insbesondere des Deutschen Krebsforschungszentrums konnte im 64e-Vertrag in gleicher Konstruktion über die am NCT als Träger beteiligten Hochschulkliniken sichergestellt werden. Mit der vorgeschlagenen gesetzlichen Konkretisierung des Leistungserbringerbegriffs wird für das Modellvorhaben Rechtssicherheit geschaffen und die von BMG,

den Leistungserbringern selbst sowie der GKV insgesamt begrüßte Eingrenzung des Teilnehmerkreises auf ausgewählte Universitätskliniken gesetzlich festgeschrieben.

Der bisherige Satz 6 setzte voraus, dass der GKV-Spitzenverband die Voraussetzungen für eine Teilnahme konkretisiert sowie geeignete weitere Voraussetzungen beschließt und damit die für eine Teilnahme der Leistungserbringer erforderlichen Qualitätsstandards festlegt: „Bei der Festlegung der Qualitätsstandards durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen sind insbesondere die Deutsche Krebsgesellschaft, die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie sowie die Deutsche Krebshilfe anzuhören.“ (Bericht Gesundheitsausschuss zum Entwurf des GVWG, BT-Drucksache 19/30560, Seite 31; Hervorhebung nur hier). Jedoch besteht juristischer Interpretationsspielraum hinsichtlich des zulässigen Umfangs und des Bindungscharakters. So wurde im letzten Antragsverfahren in einer nur auf dem Wortlaut von Satz 6 aufbauenden Argumentation vorgebracht, dass es sich bei den Teilnahmekriterien nicht um Empfehlungen für die Konkretisierung seitens der DKG handele, diese selbst eben nur Empfehlungscharakter haben könnten und aus der Norm keine Ermächtigung des GKV-Spitzenverbandes folge, eigene Kriterien aufzustellen. Mit dem neu eingefügten Satz 6 wird dies klargestellt. Die neuen Sätzen 7 und 8 enthalten damit zusammenhängende Folgeanpassungen.

Die Konkretisierung der Teilnahmekriterien wurden 2021 nach einem umfangreichen Anhörungs- und Abstimmungsprozess mit Fachpersonen und Verbänden erarbeitet. In den bisherigen beiden Antragsverfahren konnte auf dieser Grundlage die Bescheidung der Teilnahmeanträge so erfolgen, dass der potenziell weite Kreis von Leistungserbringern nach Satz 1 auf diejenigen Hochschulkliniken eingegrenzt wurde auf solche mit nachgewiesener Erfahrung auf dem Gebiet der Genomanalyse. Es besteht ein breiter Konsens, dass das Modellvorhaben bei diesen Leistungserbringern in den richtigen Händen ist. Daher sollen auch in den noch ausstehenden Antragsverfahren auf derselben Grundlage entschieden werden. Um die bestehenden Rechtsunsicherheiten zu adressieren und mögliche formaljuristische Vorgehen gegen die Teilnahmekriterien zu unterbinden, ist die hier vorgeschlagene Anpassung des Wortlauts von Satz 6 erforderlich. So kann das Risiko minimiert werden, dass in einem gerichtlichen Verfahren die Teilnahmekriterien insgesamt und die auf dieser Grundlage ergangenen Bescheide für rechtswidrig erklärt.

Die gesetzlich vorgesehene Möglichkeit des Vertragsbeitritts von Leistungserbringern auch während der Laufzeit des Modellvorhabens wurde im Vertrag durch entsprechende Bestimmungen zu Stichtagen, Fristen und Verfahren der Beitrittserklärung umgesetzt. Die vor einem Beitritt erforderliche Feststellung der Teilnahmeberechtigung durch den GKV-Spitzenverband nach Absatz 4 Satz 1 muss durch daran angepasste Verfahrensvorschriften so gestaltet werden, dass eine diesen Vorgaben entsprechende Beitrittserklärung möglich ist. Dies beinhaltet insbesondere die Festlegung von Ausschlussfristen und Formvorschriften.

B) Änderungsvorschlag

§ 64e Absatz 3 SGB V ist wie folgt anzupassen:

„(3) ¹Zur Teilnahme an dem Modellvorhaben berechnigte Leistungserbringer sind:

1. Krankenhäuser, insbesondere Hochschulkliniken, die über ein Zentrum für seltene oder onkologische Erkrankungen verfügen, das die Qualitätsanforderungen in Anlage 1 oder 2 des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 erfüllt. ~~oder~~

2. ~~in Netzwerken organisierte onkologische Zentren, insbesondere das Deutsche Netzwerk für Personalisierte Medizin, das Nationale Netzwerk Genomische Medizin Lungenkrebs, das Deutsche Konsortium Familiärer Brust- und Eierstockkrebs, das Deutsche Konsortium für Translationale Krebsforschung und das Nationale Centrum für Tumorerkrankungen.~~

²Die Ausweisung und Festlegung als Zentrum oder eine gleichartige Festlegung durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus wird nicht vorausgesetzt. ³Maßgeblich für die Teilnahme am Modellprojekt ist eine therapie- oder maßnahmenbegleitende Datenerhebung, die eine Evaluation und gegebenenfalls Anpassung der empfohlenen Therapien und Maßnahmen ermöglicht. ⁴Die Leistungserbringer nach Satz 1 müssen über ein qualitätsgesichertes, interdisziplinäres und multiprofessionelles Versorgungsangebot verfügen sowie die Aufgaben zur Diagnostik und Therapiefindung nach Absatz 2 übernehmen. ⁵Eine Teilnahme des Leistungserbringers an multidisziplinären Fallkonferenzen im Bereich der Diagnostik von seltenen oder von onkologischen Erkrankungen ist nachzuweisen. **⁶Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt eine für alle Antragssteller verbindliche Konkretisierung der in den Sätzen 1 bis 5 genannten Anforderungen sowie weitere geeignete Voraussetzungen für eine Teilnahme der Leistungserbringer nach Satz 1 am Modellvorhaben fest. Er legt ferner verbindlich das Nähere zum Antragsverfahren nach Absatz 4 Satz 1 fest.** ⁷⁶Die Deutsche Krankenhausgesellschaft teilt dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen **hierfür** Empfehlungen für die Konkretisierung der in den Sätzen 1 bis 5 genannten Anforderungen sowie für weitere geeignete Voraussetzungen für die Teilnahme der Leistungserbringer nach Satz 1 am Modellvorhaben mit, die bei der Prüfung nach Absatz 4 Satz 2 berücksichtigt werden sollen. ⁸⁷Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat die anzuwendenden Empfehlungen **Festlegungen nach Satz 6** zu veröffentlichen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gegenüber zu begründen, wenn Empfehlungen **nach Satz 7** nicht angewendet werden.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 – § 109

A) Neuregelungsbedarf

Es bestehen Rechtsunsicherheiten zum Umgang mit Krankenhäusern, die eine Zulassung nach § 108 Nummer 3, somit einen Versorgungsvertrag nach § 109 abgeschlossen haben und damit nicht im Krankenhausplan der jeweiligen Länder aufgenommen sind. Aufgrund der Einführung von Leistungsgruppen müssten auch diese Versorgungsverträge an die neue Systematik angepasst werden. Der Gesetzgeber hat aber keine Generalklausel in das Gesetz aufgenommen, wonach zu einem Stichtag die bestehenden Versorgungsverträge enden bzw. angepasst werden sollen. Der Wortlaut des § 109 muss eindeutiger formuliert werden, sodass auch alle diesbezüglichen Verträge verbindlich an die neue Leistungsgruppen-Systematik und eine MD-Vorabprüfung zur Erfüllung der Mindestqualitätsvorgaben angepasst werden. Die bisherigen Kündigungsoptionen sehen nicht vor, dass bestehende Verträge allein aufgrund der Leistungsgruppe gekündigt und angepasst werden dürfen.

B) Änderungsvorschlag

Vgl. Neuregelungsbedarf.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 – § 109 Absatz 5

A) Neuregelungsbedarf

Die bisherige fünftägige Zahlungsfrist ist sowohl für Krankenhäuser als auch Krankenkassen nachteilig, da sie auf beiden Seiten vermeidbare bürokratische Aufwände nach sich zieht. Diese entstehen kassenseitig aufgrund der kurzen Frist, die nicht ausreichend ist, um Sachverhalte, wie z. B. ungeklärte Versicherungsverhältnisse, zu prüfen, an dessen Klärung wiederum die Leistungspflicht der Krankenkasse geknüpft ist. Auf Seiten des Krankenhauses werden in der Folge unnötigerweise Mahnprozesse ausgelöst und wieder zurückabgewickelt. Im Übrigen stellen Samstage, Sonntage und gesetzliche Feiertag keine Bankarbeitstage dar. Es ist praxisfern, wenn dieser Umstand in der gesetzlichen Regelung unberücksichtigt bliebe.

Mit dem KHVG wurde die verkürzte Zahlungsfrist verstetigt. Zur Klarstellung sollte auch Satz 3 der Übergangsregelung zur Zahlungsfrist in § 109 Absatz 5 SGB V übernommen werden.

B) Änderungsvorschlag

Satz 7 wird wie folgt angefügt: **„Ist der Fälligkeitstag ein Samstag, Sonntag oder gesetzlicher Feiertag, so verschiebt er sich auf den nächstfolgenden Arbeitstag.“**

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5 – § 115f

A) Neuregelungsbedarf

Hybrid-DRGs erschließen nur einen Teil des möglichen Ambulantisierungspotenzials. Der Gesetzgeber hat mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG) mit der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f, den sogenannten Hybrid-DRGs, eine neue Vergütungsform geschaffen mit dem Ziel, bestehende Ambulantisierungspotenziale von bislang stationär erbrachten Leistungen zu heben. Nach der gegenwärtigen Systematik zeigt sich der hybride Charakter der Hybrid-DRGs in der sektorengleichen Leistungserbringung durch Krankenhäuser und Vertragsärzte. Derzeit zielen die Hybrid-DRGs auf Operationen und Eingriffe ab, die innerhalb des DRG-Systems vergütungsrelevant sind und als Leistung in der vertragsärztlichen Versorgung eindeutig abgebildet und grundsätzlich erbringbar sind. Sektorengleichheit zeigt sich hier also über die Frage, wer die ambulantisierbare Leistung erbringen darf.

Mit dieser Systematik erschließen Hybrid-DRGs jedoch nur einen Teil des Ambulantisierungspotenzials in Krankenhäusern. Um das Ambulantisierungspotential in vollem Umfang zu heben, sollte der hybride Charakter einer ambulantisierbaren Leistung darin liegen, wie die Leistung erbracht werden darf - ambulant oder stationär (auch unabhängig von der Verweildauer).

Die Umsetzung der Hybrid-DRGs in den letzten drei Jahren hat gezeigt, dass das Konstrukt der Hybrid-DRG-Fallpauschalen, die sektorengleich durch Krankenhäuser und Vertragsärzte erbracht werden können und anteilig auf Basis stationärer Kosten und vertragsärztlicher Vergütung kalkuliert werden, zunehmend an seine Grenzen stößt. Insbesondere die mit dem KHVG gesetzlich verankerte Fallzahlausweitung der Hybrid-DRG-Leistungen auf bis zu zwei Millionen stationäre Fälle bis zum Jahr 2030 ist unter der Maßgabe, dass die Leistungen gleichermaßen von Krankenhäusern und Vertragsärzten erbracht werden können sollen, nur schwer umsetzbar. Andere Fallarten in Krankenhäusern, wie beispielsweise Beobachtungsfälle, die nur wenige Tage umfassen (Observation Care), die viele mögliche unspezifische Leistungen umfassen können und häufig über die Notfallaufnahme den Weg ins Krankenhaus finden, lassen sich mit den bestehenden Regelungen der Hybrid-DRGs nicht abbilden. Auch mangelt es derzeit noch an ausreichenden Strukturen außerhalb der Krankenhäuser, um solche Fälle adäquat zu behandeln.

Für solche Kurzliegerfälle bedarf es einer Vergütungslösung innerhalb des DRG-Systems. Im Folgenden werden sogenannte Kurzzeit-Fallpauschalen als Lösungsvorschlag konzeptionell dargestellt. Ziel der Kurzzeit-Fallpauschalen ist es, Anreize für eine Verweildauerverkürzung von Kurzliegerfällen in Krankenhäusern zu setzen und perspektivisch eine ambulante Behandlung dieser Fälle (auch durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte) möglich zu machen. Die bereits in den Hybrid-DRG-Katalog nach § 115f aufgenommenen Leistungen bleiben hiervon unberührt.

Einführung von Kurzzeit-Fallpauschalen zur Verweildauerverkürzung im Krankenhaus

Kern des Konzepts ist die Verankerung von sogenannten Kurzzeit-Fallpauschalen für Kurzliegerfälle in der Krankenhausfinanzierung als ergänzende Vergütungskomponente neben den bestehenden aG-

DRG-Fallpauschalen, den Hybrid-DRG-Fallpauschalen nach § 115f sowie der regulären vertragsärztlichen Versorgung mit EBM-Vergütung.

Die neuen Kurzzeit-Fallpauschalen gelten für alle Behandlungsfälle mit einer Verweildauer von bis zu drei Tagen und werden separat im DRG-Katalog ausgewiesen. Die Leistungen können weiterhin sowohl stationär als auch ambulant am Krankenhaus erbracht werden und werden unabhängig von der Art der Leistungserbringung und Verweildauer mit den kalkulierten Kurzzeit-Fallpauschalen vergütet. Die Abrechnung über die Kurzzeit-Fallpauschale wird auf das bisherige kurzstationäre Leistungsvolumen des jeweiligen Krankenhauses begrenzt, um eine unkontrollierte Mengenausweitung zu verhindern. Jeder Behandlungsfall eines Krankenhauses wird mithilfe eines Groupierungsprozesses eindeutig einer aG-DRG, einer Kurzzeit-Fallpauschale oder einer Hybrid-DRG nach § 115f zugewiesen und entsprechend abgerechnet. Wahlmöglichkeiten zwischen den Vergütungsformen bestehen nicht.

Ein wichtiger Aspekt ist die dynamische Weiterentwicklung der Kurzzeit-Fallpauschalen: Die neuen Kurzzeit-Fallpauschalen sind originär eine Teilmenge der bisherigen stationären DRG-Fallpauschalen. Ein algorithmischer Prozess identifiziert jährlich im aG-DRG-System stationäre Leistungen mit hohem Kurzliegeranteil ($\geq 60\%$ Fälle mit Verweildauer ≤ 3 Tage) und überführt diese automatisch in die Kurzlieger-Fallpauschalen. Damit werden Anreize zur Reduktion von Verweildauer und Kosten geschaffen. Die resultierenden Einsparungen werden im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung des DRG-Kataloges durch eine Absenkung des nationalen Casemix zeitversetzt an die Versichertengemeinschaft weitergegeben.

Die dynamische Weiterentwicklung umfasst auch die kontinuierliche Überführung von Leistungen aus den Kurzzeit-Fallpauschalen in die sektorengleiche oder vertragsärztliche Versorgung. Ein algorithmischer Prozess identifiziert jährlich diejenigen Leistungen aus den Kurzzeit-Fallpauschalen, die einen gesetzlich festgelegten Mindestanteil an Fällen mit einer Verweildauer von nur einem Tag erreicht haben und überführt diese in den Hybrid-DRG-Katalog nach § 115f oder die reguläre vertragsärztliche Versorgung. Eine alternative Abrechnungsmöglichkeit über das aG-DRG-System darf es dann nicht mehr geben. Erreicht eine Leistung aufgrund ihres Ambulantisierungsprozesses den Bereich der Hybrid-DRGs oder der regulären vertragsärztlichen Versorgung, kann die Leistung ambulant sowohl durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte als auch ambulant durch Krankenhäuser erbracht werden. Im Groupierungsprozess ist bei den entsprechenden vertragsärztlichen Leistungen ein Hinweis aufzunehmen, dass der EBM die Grundlage der Abrechnung ist.

Zur Erbringung der neuen Kurzlieger-Fallpauschalen sind Krankenhäuser und Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen (SüV) nach § 115g zugelassen. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können in Kooperation mit diesen Einrichtungen im Rahmen des Belegarztwesens (§ 121) oder als Honorarärzte tätig werden. Die jeweils für die Behandlung verantwortliche Ärztin oder der Arzt muss aus Transparenzgründen und für die Überprüfbarkeit der Einhaltung von Qualitätssicherungsanforderungen eindeutig identifizierbar sein. Hierfür eignet sich die Angabe der lebenslangen Arztnummer (LANR) bei der Leistungsabrechnung.

Eine normative Absenkung der Kurzzeit-Fallpauschalen ist nicht vorgesehen; stattdessen erfolgt eine dynamische Kalkulation, bei der sinkende Verweildauern im Zeitverlauf zu niedrigeren Relativgewichten führen. Die Abrechnung über die Kurzzeit-Fallpauschale wird auf das bisherige kurzstationäre

Leistungsvolumen des jeweiligen Krankenhauses begrenzt, um eine unkontrollierte Mengenausweitung zu verhindern.

Für die gesetzliche Verankerung der Kurzzeit-Fallpauschalen sind zunächst im KHG neue Regelungen zu schaffen. Eine analoge Gestaltung zu den Regelungen nach § 17b KHG erscheint grundsätzlich sachgerecht.

So sollten neben der Festlegung der Grundsätze und Zielstellung der neuen Kurzzeit-Fallpauschalen die Vertragspartner auf der Bundesebene beauftragt werden, das neue Vergütungssystem für Kurzliegerfälle zu vereinbaren sowie jährlich weiterzuentwickeln und anzupassen. Hierbei ist auf die konzeptionelle und zeitliche Kongruenz zum DRG-System zu achten. Es sollte die Einbindung des InEK für die Erarbeitung eines Kalkulationskonzepts sowie, falls erforderlich, die Erhebung repräsentativer Kalkulationsdaten von Krankenhäusern geregelt werden. Zudem sollte ein Konfliktlösungsmechanismus gesetzlich verankert sowie eine Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems für Kurzliegerfälle beauftragt werden. Die Regelungen können als ein neuer Paragraph im dritten Abschnitt des KHG oder als Ergänzung der Regelung nach § 17b KHG erfolgen.

In der Folge sind Anpassungen verschiedener Regelungen des KHEntgG sowie in § 115f vorzunehmen. So ist in den Regelungen zu den Hybrid-DRGs nach § 115f klarzustellen, dass die gesetzlich vorgesehene Fallzahlausweitung bis zum Jahr 2030 (§ 115f Absatz 2 Satz 2) sowohl durch Leistungen nach § 115f als auch durch Leistungen aus dem Bereich der neuen Kurzzeit-Fallpauschalen erfolgen kann.

B) Änderungsvorschlag

Vgl. Neuregelungsbedarf.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6 – § 115 f ff.

A) Neuregelungsbedarf

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz im Jahr 1992 wurden die damals noch eher rudimentären Regelungen zur Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten im SGB V erstmals mit den Regelungen zum Ambulanten Operieren im Krankenhaus nach § 115b näher spezifiziert und differenziert. In den letzten drei Jahrzehnten wurden in das SGB V zahlreiche weitere Regelungen aufgenommen, die eine Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern fördern, den Übergang zwischen den Sektoren erleichtern oder Krankenhäuser zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung öffnen sollen.

Mit den durch das KHVG neu hinzugefügten Ambulanzen und den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen nach § 115g umfasst der Grenzbereich zwischen ambulanter und stationärer Versorgung derzeit 26 verschiedene gesetzliche Rechtsformen mit unterschiedlichen Regelungen zur Zulassung von Leistungserbringern, Patientenzugang, Preisfindung und Abrechnung sowie Qualitäts- und Dokumentationsanforderungen.

Die Vielzahl an verschiedenen Regelungen im Grenzbereich zwischen ambulanter und stationärer Versorgung führt auf allen Seiten zu einem hohen bürokratischen Aufwand. Es entstehen zahlreiche Abgrenzungsprobleme, die nicht immer im Sinne einer bedarfsgerechten Patientenversorgung gelöst werden. Zudem bietet die unübersichtliche Vielzahl schwer abgrenzbarer Regelungen Möglichkeiten zur Erlösoptimierung auf Seiten der Leistungserbringer.

Der Grenzbereich zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sollte bereinigt, neu geordnet und strategisch gestaltet werden. Dabei sollte der Fokus auf der Ambulantisierung bislang stationär erbrachter Leistungen liegen und hochspezialisierte ambulante Leistungen sollten regelungstechnisch gebündelt werden. Bestehende Leistungsbereiche, die in der Praxis nicht die gewünschten Versorgungseffekte erzielt haben, wie etwa die tagesstationäre Behandlung, müssen folgerichtig wieder abgeschafft werden. Zudem wird eine gemeinsame Bedarfsplanung für alle ambulant tätigen Leistungserbringenden benötigt. Voraussetzung hierfür ist, dass es zu einer definierten Arbeitsteilung der Sektoren kommt, die die Frage beantwortet, wer welche Leistung zu welcher Zeit an welchem Ort erbringen soll.

Für die gesetzliche Etablierung eines strategisch gestalteten Grenzbereichs zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sollten die Regelungen des SGB V in einem Kapitel und Abschnitt zusammengefasst und dort unter Beachtung von Synergien und Bürokratieabbau regelungstechnisch gebündelt und neu geregelt werden.

B) Änderungsvorschlag

Vgl. Neuregelungsbedarf.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7 – § 115g Absatz 3

A) Neuregelungsbedarf

Die vorgesehene Formulierung in § 115g Absatz 3 Satz 1 Nummer 3, wonach sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen „über die nach den Nummern 1 und 2 vereinbarten stationären Leistungen hinaus“ zusätzliche Leistungen erbringen können, sofern sie telemedizinisch unterstützt werden, ist aus Versorgungssicht nicht sachgerecht. Sie widerspricht dem gesetzgeberischen Ziel des § 115g SGB V, das auf eine Konzentration der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen auf eine Grundversorgung und eine Reduktion der bisherigen Leistungsangebote abzielt. Telemedizinische Unterstützung ist als Instrument zur Qualitätssicherung und zur Sicherstellung der Versorgung in strukturschwachen Regionen konzipiert, nicht als Hebel zur Ausweitung des stationären Leistungsspektrums. Eine solche Öffnung unterläuft die klare Begrenzung des Versorgungsauftrags, Doppelstrukturen werden gefördert und der Wettbewerb um Fachkräfte verschärft, was dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 70 zuwiderläuft.

Zudem schafft die Formulierung Rechtsunsicherheit, da die Krankenhausplanung nach § 6c KHG eine eindeutige Festlegung des Versorgungsauftrags erfordert. Die telemedizinische Unterstützung sollte sich daher ausschließlich auf die gesetzlich definierten erweiterten Leistungen nach § 115g Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 beschränken. Nur so bleibt der Transformationsgedanke gewahrt, die Versorgung bedarfsgerecht und die Ressourcen effizient eingesetzt.

B) Änderungsvorschlag

§ 115g Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 SGB V wird wie folgt geändert:

„3. welche stationären Leistungen eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung über die nach Nummer 2 vereinbarten stationären Leistungen hinaus erbringen kann, wenn sie hierbei telemedizinisch von einem kooperierenden Krankenhaus unterstützt **werden können**, und“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8 – §§ 115g Absatz 4 und 275a Absatz 1

A) Neuregelungsbedarf

Die vorgesehene Änderung des § 275a liegt in der Ergänzung und Sicherstellung des Prüfauftrags des Medizinischen Dienstes um die Anforderungen der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen nach § 115g Absatz 3 Nummer 4. Dies ist aus Gründen der Qualitätssicherung und Patientensicherheit zwingend erforderlich. Die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen sollen stationäre Leistungen erbringen, die zum Teil in ihrer Art und Komplexität den Leistungen der Leistungsgruppen nach § 135e Absatz 2 Satz 2 entsprechen oder vergleichbar sind. Damit entsteht die Notwendigkeit, die Einhaltung der hierfür vereinbarten Qualitätsanforderungen nicht nur festzulegen, sondern auch wirksam zu kontrollieren.

Die gesetzgeberische Zielsetzung des § 115g liegt in der Sicherstellung einer bedarfsgerechten, qualitätsorientierten Versorgung unter Vermeidung von Doppelstrukturen. Dieses Ziel kann nur erreicht werden, wenn die für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen vereinbarten Qualitätsanforderungen nicht bloß deklaratorisch bleiben, sondern durch verlässliche Prüfmechanismen abgesichert werden. Die Ergänzung in § 275a schafft hierfür die notwendige Rechtsgrundlage.

Die Prüfungen durch den Medizinischen Dienst gewährleisten, dass die sektorenübergreifenden Einrichtungen die vergleichbaren Qualitätsstandards einhalten wie Krankenhäuser höherer Versorgungsstufen, die entsprechende Leistungen erbringen. Dies ist insbesondere für die Patientensicherheit von zentraler Bedeutung: Fehlende oder unzureichende Strukturen in sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen könnten zu erhöhten Risiken bei der Behandlung führen. Durch die Einbindung des Medizinischen Dienstes wird sichergestellt, dass die vereinbarten Anforderungen nicht nur theoretisch bestehen, sondern praktisch überprüft und bei Bedarf nachgesteuert werden.

Darüber hinaus dient die Ergänzung der Rechtsklarheit und Einheitlichkeit der Prüfpraxis. Die Anforderungen nach § 115g Absatz 3 Nummer 4 sind neu und betreffen eine Versorgungsform, die bislang nicht in den Prüfkatalog des § 275a integriert war. Ohne die Ergänzung bestünde die Gefahr einer Fragmentierung der Prüfverfahren und einer uneinheitlichen Umsetzung der Qualitätsanforderungen. Die gesetzliche Verankerung ermöglicht eine aufwandsarme, standardisierte Prüfung und steht im Einklang mit den bestehenden Verfahren nach § 275a. Dies reduziert Bürokratie und stärkt die Akzeptanz bei den Leistungserbringern.

Die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen sind ein neues Versorgungsmodell, das nur dann erfolgreich sein kann, wenn die Qualität der erbrachten Leistungen transparent und überprüfbar ist. Die Beauftragung des Medizinischen Dienstes zur Prüfung der Einhaltung der Anforderungen nach § 115g Absatz 3 Nummer 4 ist daher ein unverzichtbarer Baustein zur Sicherstellung einer hochwertigen, sicheren und patientenorientierten Versorgung.

B) Änderungsvorschlag

§ 275a Absatz 1 wird wie folgt ergänzt:

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

1. der nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien,
2. von Strukturmerkmalen, die nach § 301 Absatz 2 in dem vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssel für einzelne Kodes festgelegt werden,
3. der Qualitätsanforderungen nach den §§ 135b und 136 bis 136c einschließlich der Prüfung der Richtigkeit der von den Krankenhäusern im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung vorzunehmenden Dokumentation und
4. der von den Ländern landesrechtlich vorgesehenen Qualitätsanforderungen **und**
5. **der nach § 115g Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 festgelegten Anforderungen an die Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation der Erbringung der nach den § 115g Absatz 3 Satz 1 Nummern 1 bis 3 vereinbarten stationären Leistungen und an die in § 115g Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 genannte Kooperation“**

§ 115g wird um folgenden Absatz 4 (neu) ergänzt:

„Der Medizinische Dienst prüft gemäß § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 i. V. m. § 283 die nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 festgelegten Anforderungen.“

Der aktuelle § 115g Absatz 4 wird zu Absatz 5.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9 – § 136c

A) Neuregelungsbedarf

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.

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.

B) Änderungsvorschlag

§ 136c wird um folgenden Absatz (neu) ergänzt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt erstmals bis zum 30. Juni 2026 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.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10 – §§ 137i, 137j und 137k

A) Neuregelungsbedarf

Die parallele Umsetzung und Zunahme von Instrumenten zur Personalbemessung erfordert eine sinnvolle Balance zwischen verpflichtend einzuhaltendem und flexiblem Personaleinsatz in Krankenhäusern. In den nachstehenden konzeptuellen Überlegungen werden die jeweiligen Instrumente nach den §§ 137i, 137j und 137k SGB V mit Ziel, Zweck und Durchsetzung unter der Maßgabe des Abbaus von überbordender Bürokratie mittelfristig in einem Instrument neu geordnet.

Der Pflegepersonalquotient ist in der Neuordnung Ausgangspunkt für die aufwandsorientierte Personalausstattung und Finanzierung auf Standortebene. Die Pflegepersonaluntergrenzen sind notwendig, da sie im Sinne einer „roten Linie“ die Patientinnen und Patienten vor unerwünschten Ereignissen und Pflegepersonen vor Überlastung schützen sollen. Somit sind die Pflegepersonaluntergrenzen von Krankenhäusern verpflichtend einzuhalten. Das Überprüfen der Einhaltung in der bisherigen Detailtiefe (je Monat, je Station und je Schicht) erfolgt zukünftig anlassbezogen und entfällt, sofern der Pflegepersonalquotient unauffällig ist. Erst wenn bezogen auf den Pflegeaufwand zu wenige Pflegepersonen im Krankenhausstandort vorhanden sind, erfolgt somit der anlassbezogene Blick auf die Pflegepersonaluntergrenzen.

Durch die kurzfristige Begrenzung des Pflegebudgets soll sich der Pflegepersonaleinsatz wirtschaftlich und zweckgebunden auf die pflegerische Versorgung fokussieren und patientenferne Tätigkeiten reduzieren. Der Pflegepersonalquotient könnte perspektivisch zu einer Obergrenze, bis zu der Pflegepersonen finanziert werden, weiterentwickelt werden. Zudem sollten weitere Maßnahmen diskutiert werden, wie die kurzfristig umzusetzende Ausgabenbegrenzung über eine entsprechende Absenkung der Landesbasisfallwerte (vgl. Ergänzender Änderungsbedarf zu §§ 6a und 10 KHEntgG), die Streichung der pflegeentlastenden Maßnahmen (§ 6a KHEntgG) und die Definition von Pflege am Bett (vgl. Ergänzender Änderungsbedarf zu § 17b Absatz 4d (neu) KHG), um eine zweckfremde Aufgabenverlagerung auf die Pflege zu vermeiden (z. B. Servicetätigkeiten).

Die Personalbedarfsbemessung anhand der Pflegepersonalregelung (PPR) 2.0 dient einem Soll-Ist-Abgleich der bedarfsorientierten Planung und Zuordnung von Personal der Krankenhäuser. Pflegefachpersonen stufen hierbei täglich alle Patientinnen und Patienten in ein Kategoriensystem ein, wonach der Personalbedarf ermittelt wird – das ist hochbürokratisch und die Ergebnisse sind in einem bundesweiten Vergleich fraglich. Das Instrument ist mit der Erhebungsmethodik weder geeignet Finanzforderungen abzuleiten, noch ergeben sich daraus Sanktionstatbestände, insofern ist ein Mehrwert im Verhältnis der Leistungsbeziehung zwischen Kliniken und Krankenkassen nicht gegeben. Von einer Personalbedarfsbemessung des ärztlichen Personals und weiteren Gesundheitsberufen ist aufgrund von Überregulierung und Bürokratielast abzusehen.

Diese Grundsätze der Personalvorgaben müssen auch im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik konsequent angewendet werden: verpflichtende Mindestvorgaben zum Schutz von Patientinnen und Patienten vor versorgungsqualitätsgefährdenden Personalengpässen sind essenziell, von einer Personalbemessung mit Zusatzdokumentation ist abzusehen. Ein Konsens über eine bedarfsgerechte

und zugleich finanzierbare Personalausstattung im Rahmen der Finanzierungsstrukturen ermöglicht eine Reduzierung der Nachweise.

Datenmeldungen sind „once only“ zu den mit Personalvorgaben verbundenen Kennzahlen zu übermitteln. Auf den Datenserver haben alle Stellen Zugriff, die die Angaben überprüfen müssen. Damit würden derzeit geregelte verschiedene Zeitpunkte und zum Teil redundante Datenmeldungen vereinheitlicht bzw. entfallen und ein immenser Bürokratieabbau umgesetzt.

B) Änderungsvorschlag

Vgl. Neuregelungsbedarf.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11 – § 275c Absatz 6

A) Neuregelungsbedarf

Mit dem KHVVG wurden die bisherigen Prüfungsausschlüsse in § 275c Absatz 6 um den Ausschluss der Prüfung von Vorhaltebewertungsrelationen ergänzt, wobei Prüfergebnisse gemäß der Gesetzesbegründung zum KHVVG aus anderweitigen Prüfanlässen umgesetzt werden sollen. In der etablierten gesetzlichen Regelung fehlt der Umgang mit den Prüfergebnissen aus anderweitigen, zulässigen Prüfanlässen. Bei dem Änderungsvorschlag handelt es sich daher im Interesse der Rechtssicherheit um eine Klarstellung der bislang lediglich aus der Gesetzesbegründung zum KHVVG erkennbaren Vorgehensweise.

B) Änderungsvorschlag

§ 275c Absatz 6 Nummer 3 wird wie folgt gefasst: „3. hinsichtlich der Abrechnung der Vergütung des Vorhaltebudgets nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b des Krankenhausentgeltgesetzes;

Prüfergebnisse aus anderweitigen Prüfanlässen werden vollständig umgesetzt.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12 – § 283 Absatz 5

A) Neuregelungsbedarf

Der Medizinische Dienst Bund soll gemäß Neufassung von § 283 im KHVVVG bis zum 12. Dezember 2025 eine Datenbank erstellen, in der alle Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 enthalten sind. Konkret sollen in der Datenbank 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 standortbezogen zu führen.

Leider wurde nicht berücksichtigt, dass die Partner der Selbstverwaltung im Rahmen der Überarbeitung der Leistungsgruppen, der Struktur-OPS-Kodes und der Qualitätssicherungsverfahren Zugang zu dieser Datenbank benötigen. Satz 8 besagt, dass der Medizinische Dienst das Nähere zum Verfahren, zur Art und insbesondere zum Umfang des Zuganges zur Datenbank festlegt. Leider hat damit der GKV-Spitzenverband gemäß KHVVVG keinen klar geregelten gesetzlichen Zugang zur Strukturdatenbank nach § 283 Absatz 4 erhalten.

Hier wäre eine Nutzung der Daten durch die Selbstverwaltungspartner zur Weiterentwicklung unter diesen drei Gesichtspunkten sinnvoll:

- Weiterentwicklung der Qualitätssicherung: Warum kommt es zu Mängeln in der Qualität? Gibt es regionale Häufungen? Bei welchen Leistungen kommt es zu Qualitätssicherungsproblemen und bei welchen nicht? Was muss geändert werden? Sind die bestehenden Mindestmenge zu hoch oder zu niedrig?
- Weiterentwicklung der OPS-Komplexkodes: Warum bestehen bestimmte Krankenhäuser die OPS-Strukturprüfungen nicht? Sind einige Medizinische Dienste zu streng? Gibt es Merkmale, die geändert werden müssen, weil sie zu streng oder zu schlecht definiert sind?
- Weiterentwicklung der Leistungsgruppen: Warum und wo fallen Kliniken durch die Kriterien der Leistungsgruppen? Welche Merkmale sind zu streng? Wo wird welche Leistungsgruppe erbracht?

B) Änderungsvorschlag

Die Selbstverwaltungspartner erhalten zum Zwecke der Qualitätssicherung, zur Weiterentwicklung der Leistungsgruppen und zur Weiterentwicklung der OPS-Strukturkodes Zugang zur Datenbank.

In § 283 Absatz 5 wird folgender Satz 10 (neu) angefügt:

„Der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft erhalten zum Zweck der Weiterentwicklung der der Qualitätssicherung, zur Weiterentwicklung der Leistungsgruppen und zur Weiterentwicklung der OPS-Strukturkodes Zugang zur Datenbank nach Satz 1 bis 3.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13 – § 295 Absatz 1 und § 301 Absatz 2b (neu)

A) Neuregelungsbedarf

Der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) enthält derzeit eine Vielzahl von Codes, die sich ausschließlich durch die Anzahl der durchgeführten medizinischen Leistungen oder die Dosierung von Medikamenten unterscheiden. Dies betrifft insbesondere die Gabe von Arzneimitteln, Transfusionen, Beatmungstunden, Dialyseanzahl sowie Implantationen und andere mengenabhängige Leistungen. Die Angabe von Mengen im OPS-Katalog erfolgt bislang über separate endstellige „Unterkodes“, die nach Größe, Anzahl oder Menge differenziert sind. Diese Systematik führt zu einer enormen Codevielfalt, erhöht den Kodieraufwand und erschwert die elektronische Plausibilisierung sowie die Prüfung durch Krankenkassen und den Medizinischen Dienst (MD).

Ein prägnantes Beispiel liefert die Codegruppe 6-00, die allein 669 Einzelcodes für gestaffelte Dosisklassen von Medikamenten umfasst. Bei mehrfacher Gabe eines Medikaments muss der OPS-Code entsprechend oft angegeben werden – in Extremfällen sogar im dreistelligen Bereich. Dies erhöht nicht nur die Fehleranfälligkeit in der Falldokumentation, sondern auch den Aufwand bei der Abrechnung und Prüfung. Zusätzlich existieren zahlreiche, teils krankenhausespezifische Entgeltschlüssel, die passend zum OPS mit den Kostenträgern abgerechnet werden und die Datenmenge weiter potenzieren.

Um diese Problematik zu entschärfen, wird die Einführung eines strukturierten Mengenfeldes im OPS-Katalog vorgeschlagen. Dieses Feld soll die exakte Dosierung von Arzneimitteln, die Anzahl von Implantaten oder anderen Medizinprodukten, Therapieeinheiten und weitere Mengenangaben erfassen. Beispiel: Statt 6-002.83 für 40 mg bis unter 50 mg → OPS-Code: 6-002.8 + Mengenfeld: 49 mg. Die bisherige Mengenstaffelung würde entfallen, und die Abrechnung mengenabhängiger Leistungen würde erheblich vereinfacht. Eine exakte Bestimmung der im Einzelfall verabreichten Menge ermöglicht dem InEK eine präzisere Kalkulation und reduziert die Anzahl der OPS-Codes drastisch. Fehlkodierungen durch falsche Angaben von Unterkodes würden vermindert, und die elektronische Plausibilisierung würde erleichtert.

Mit dem Vorschlag lassen sich mehrere tausend bestehende OPS-Codes einsparen. Die Systematik wird übersichtlicher, da bei stark ausdifferenzierten Mengenbereichen das Ausweichen auf weitere Nummernkreise vermieden werden kann. Beispielsweise existieren im OPS 246 Codes für verschiedene Dosisklassen an Thrombozytenkonzentraten, aber lediglich sechs unterschiedliche Produktarten. Auch ein ungewöhnlich hoher Verbrauch eines Medikaments oder eine hohe Anzahl bestimmter Medizinprodukte wird sachgerecht abgebildet und verschwindet nicht mehr in einer unspezifischen Dosisklasse „mehr als ...“, was bislang zu Unterfinanzierungen führen kann.

Die Vorteile für Kliniken sind vielfältig:

- Reduzierter Kodieraufwand und geringere Schulungskosten
- Effizienzsteigerung und bessere Datenqualität
- Weniger Fehler bei der Kodierung und langfristig weniger MD-Prüfungen
- Passgenauere und kostengünstigere Bestellung von Medikamenten

- Vereinfachte Fallzusammenführungen durch standardisierte Mengenangaben.

Auch Krankenkassen profitieren:

- Höhere Datenqualität und bessere Grundlage für Erstattungsverhandlungen mit Pharmaunternehmen
- Reduzierter Aufwand in Budgetverhandlungen
- Vereinfachte Prüfprozesse durch klarere Mengenangaben
- Effizienzsteigerung und bessere Steuerung sowie Budgetplanung
- Grundlage für innovative Vergütungsmodelle und weniger Streitfälle.

Für das InEK und die DRG-Preisgestaltung ergeben sich ebenfalls positive Effekte. Die DRG-Bewertungsrelationen basieren derzeit auf Ist-Kosten, wobei mengenabhängige OPS-Kodes die Leistungsdifferenzierung beeinflussen. Die Einführung eines Mengenfeldes würde eine neue Kalkulationslogik ermöglichen, mit höherer Präzision in der Kostenberechnung. Statt Sprungkosten (z. B. 1–2 Stents vs. ≥ 6 Stents) könnte eine lineare oder dynamische Kostenberechnung basierend auf der tatsächlichen Menge erfolgen. Dies schafft mehr Transparenz und ermöglicht flexiblere Vergütungsmodelle.

Langfristig führt die Einführung eines Mengenfeldes zu einer deutlichen Vereinfachung, Kostensenkung und mehr Transparenz im gesamten Vergütungssystem. Mit konkreten Mengenangaben können kostentrennende Schwellen besser identifiziert werden als mit bisherigen Intervall-Kodes. Insbesondere bei innovativen Medikamenten, bei denen primär zu geringe Dosisobergrenzen definiert wurden, entfällt die Notwendigkeit ständiger Nachbesserungen. Bei rund 3,8 Millionen Kodiervorgängen mengenabhängiger Prozeduren (Destatis 2023) und einem durchschnittlichen Zeitaufwand von 10 Sekunden pro Vorgang entstehen jährlich etwa 10.556 Arbeitsstunden allein für die Mengenkodierung – von denen mindestens die Hälfte eingespart werden könnte.

Bereits seit 2005 wurden entsprechende Vorschläge mehrfach beraten. 2017 wurde in der AG OPS des Kuratoriums für Klinische Kodierfragen im Gesundheitswesen mehrheitlich die grundsätzliche Entscheidung getroffen, die OPS-Systematik mit einem dimensionslosen Mengenfeld zu ergänzen. Die Umsetzung scheiterte bislang an fehlendem Konsens innerhalb der AG OPS. Da die Einführung eines Mengenfeldes größere Umbauten bei der Krankenhausabrechnung nach sich zieht, ist eine verbindliche Rechtsgrundlage notwendig.

Die Umsetzung erfordert Anpassungen der Datenübermittlung nach § 301 SGB V sowie der Grouper-Software, Entgeltkataloge und klinischen Kodiersysteme. Viele Dokumentationssysteme sind jedoch bereits vorbereitet, und konkrete Anwendungsbeispiele sowie Mustervorschläge für die Metadaten liegen vor. Eine mittelfristige Umsetzung ist daher realistisch und würde zu einer erheblichen Vereinfachung der Datenerhebung und Kodierung führen – mit Vorteilen für alle Beteiligten und einer sachgerechteren Versorgung der Patientinnen und Patienten.

B) Änderungsvorschlag

In § 295 Absatz 1 werden nach Satz 5 die folgenden Sätze 6 und 7 (neu) eingefügt:

„Bei der Kodierung von Operationen und sonstigen Prozeduren nach Satz 4 ist die Anzahl oder Menge und die Einheit gesondert zur Mengenangabe anzugeben. Das Nähere hierzu legt das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte bis zum 30. September 2026 fest.“

Die Nummerierung der nachfolgenden Sätze ändert sich zu Satz 8 bis 12.

§ 301 wird um folgenden Absatz 2b (neu) ergänzt:

„Bei durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren nach Absatz 1 Nummer 6 ist die Anzahl oder Menge und die Einheit gesondert zur Mengenangabe anzugeben. Das Nähere hierzu legt das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte bis zum 30. September 2026 fest.“

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 1 – § 6c Absatz 3 (neu)

A) Neuregelungsbedarf

Die vorgeschlagene Änderung zielt auf eine verbindliche Festlegung des Versorgungsauftrags der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen durch die Landesplanungsbehörden im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen ab. Sie ergänzt § 6c um eine entsprechende Regelung.

Die bisherige Regelung des § 6c ermöglicht zwar die Bestimmung von Krankenhäusern als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen, stellt jedoch nicht sicher, dass deren Leistungsangebot die regionalen Versorgungsbedarfe ausreichend berücksichtigt. Ohne Konkretisierung des Versorgungsauftrages droht, dass sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen ihre Funktion zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten und flächendeckenden stationären Versorgung verfehlen.

Dabei ist klarzustellen, dass der nach § 115g Absatz 3 Nummer 1 SGB V vereinbarte Katalog an stationären Mindestleistungen weiterhin für alle sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen ausnahmslos und verbindlich gilt. Für die zusätzlichen Leistungen aus dem erweiterten stationären Leistungskatalog nach § 115g Nummer 2 SGB V ist hingegen eine differenzierte Festlegung erforderlich. Der Versorgungsauftrag für diese zusätzlichen Leistungen sollte nicht pauschal bestimmt werden, sondern muss sich konsequent am regionalen Bedarf orientieren.

Während Ballungsräume häufig ein breites stationäres Angebot aufweisen, bestehen in ländlichen Gebieten Versorgungslücken, die durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen gezielt geschlossen werden können. Eine pauschale Anwendung des nach § 115g Absatz 3 Nummer 2 SGB V vereinbarten erweiterten stationären Leistungskatalogs genügt daher nicht. Vielmehr bedarf es einer individuellen Festlegung des Versorgungsauftrages. Dabei ist insbesondere das bestehende stationäre Versorgungsangebot umliegender Krankenhäuser zu berücksichtigen, um Doppelstrukturen zu vermeiden und Ressourcen effizient einzusetzen.

Ein Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen ist zudem entscheidend, um regionale Besonderheiten und Bedarfe angemessen zu berücksichtigen. Dies ermöglicht eine an den regionalen Versorgungsbedarf angepasste Krankenhausversorgung, die sowohl medizinische Qualität als auch wirtschaftliche Tragfähigkeit sicherstellt.

Die vorgeschlagene Ergänzung schafft die notwendige Rechtsgrundlage für eine bedarfsgerechte und individuelle Festlegung zusätzlicher stationärer Leistungen aus dem erweiterten Leistungskatalog der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen. Sie verbindet die planerische Verantwortung der Länder mit der Expertise der Landesverbände der Krankenkassen und den Ersatzkassen und trägt zu einer flächendeckenden, qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Krankenhausversorgung bei.

Darüber hinaus zielt die Einführung von sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen nicht auf die Neugründung zusätzlicher Strukturen, sondern auf die Transformation von bestehenden Krankenhausstandorten ab. Sie konzentriert sich auf die stationäre Grundversorgung und die

Reduktion überbreiter stationärer Leistungsangebote, um Standorte in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu sichern. Eine Aufnahme bislang nicht geplanter Einrichtungen in den Krankenhausplan ist daher auszuschließen, da zuerst bereits bestehende Krankenhausstandorte in den Transformationsprozess übergeleitet werden müssen.

Die vorgeschlagenen Ergänzungen schaffen die notwendige Rechtsgrundlage für eine bedarfsgerechte und individuelle Festlegung zusätzlicher stationärer Leistungen aus dem erweiterten Leistungskatalog der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen. Sie verbindet die planerische Verantwortung der Länder mit der Expertise der Landesverbände der Krankenkassen und den Ersatzkassen und trägt zu einer flächendeckenden, qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Krankenhausversorgung bei.

B) Änderungsvorschlag

§ 6c wird wie folgt geändert:

„§ 6c Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung **und Festlegung des Versorgungsauftrages**

- (1) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann **bestehende** Standorte von Krankenhäusern im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Pflegekassen sowie den Ersatzkassen, der Landeskrankengesellschaft oder der Vereinigung der Krankenhausträger im Land sowie der Kassenärztlichen Vereinigung durch Bescheid als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmen, wenn das jeweilige Krankenhaus in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen wurde.

[...]

- (3) **Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde legt für die nach Absatz 1 bestimmten sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen fest, für welche der nach § 115g Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vereinbarten weiteren stationären Leistungen ein Versorgungsauftrag erteilt wird.“**

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2 – § 17b

A) Neuregelungsbedarf

Vor dem Hintergrund der dramatischen Finanzierungslage der GKV und der aktuellen Ausgabensteigerungen im größten Ausgabenblock, dem Krankenhausbereich, in Höhe von über 8 Mrd. Euro in 2024 stellt sich die Frage, wie diese Ausgabendynamik gestoppt werden kann. Auch im Jahr 2025 geht die Steigerung der Ausgaben ungebremst weiter.

Neben den hohen Ausgabensteigerungen verharrt die Auslastung der Krankenhäuser auf einem Niveau knapp über 70 %, die stationären Leistungen sind nach den Coronajahren weiterhin auf niedrigem Niveau, gleichzeitig steigen Personal und Personalkosten ungebremst. Die Produktivität ist in der Folge deutlich gesunken – Effizienzreserven müssen gehoben werden. Grundsätzlich muss ein Mechanismus implementiert werden, der sicherstellt, dass das notwendige Heben von Effizienzreserven und die dadurch erzielten Einsparungen bei den Beitragszahlern ankommen können.

In den vergangenen Jahren wurden durch unterschiedliche Anpassungen der Finanzierungssystematik aber alle Instrumente gestrichen, die eine Weitergabe dieser erzielten Einsparungen ermöglichen würden. Diese sind:

- Absenkende Berücksichtigung von Mengensteigerungen im Landesbasisfallwert (LBFW)
- Mehrleistungsabschläge
- Fixkostendegressionsabschlag.

Aktuell profitieren damit allein die Krankentuäger von einer Hebung der Effizienzreserven. Kommt es beispielsweise durch die Schließung eines nicht bedarfsnotwendigen Krankenhauses zu der Situation, dass die Patientinnen und Patienten nun von umliegenden Krankenhäusern behandelt werden, bleiben die Kosten für die GKV gleich. Die Krankenhäuser, die die Patientinnen und Patienten nun behandeln, profitieren hingegen von einer höheren Auslastung und von der Finanzierung des Gesamtfalls, obwohl lediglich variable Kosten anfallen. Die Vergütungssteigerung der Krankenhäuser, zu denen die Patientinnen und Patienten wandern, dürften nicht auch die Fixkostenvergütung beinhalten.

Durch die Krankenhausreform sollen u. a. die Versorgungsstrukturen optimiert werden – es wird u. a. zu Schließungen von nicht bedarfsnotwendigen Strukturen kommen müssen. Bereits mit der Einführung des KHVVG wurden die Entlastungen der GKV durch die Reform kumuliert auf einige Milliarden Euro taxiert. Im Wortlaut (KHVVG-Gesetzentwurf):

„In der Gesamtbetrachtung ist aufgrund dieser Wirkmechanismen im Jahr 2025 für die gesetzlichen Krankenkassen von Minderausgaben in Höhe 330 Millionen Euro auszugehen. Diese Minderausgaben steigen 2026 auf eine Milliarde Euro und nachfolgend jährlich um jeweils eine Milliarde Euro an.“

In den entsprechenden Stellungnahmen hat der GKV-Spitzenverband bereits diese Annahmen kritisiert, da zu dem Zeitpunkt keinerlei Möglichkeiten zur Hebung von Effizienzreserven mehr in der

Finanzierungssystematik vorzufinden waren. Unabhängig davon verschiebt sich mit dem Zeitplan der Einführung der Krankenhausreform auch diese Annahme.

Auch im Rahmen der Weiterentwicklung des DRG-Systems (Normierungsprozess) erfolgt keine Weitergabe der durch effizientere Strukturen erzielten Einsparungen, da der nationale Casemix, der zur Ausschüttung kommt, jährlich konstant gehalten wird. Durch die Kalkulationsverzögerung (Basis der Kalkulation sind immer zwei Jahre „alte“ Kostendaten) verbleiben die Einsparungen zunächst für zwei Jahre bei den einzelnen Krankenhäusern, bis sie dann in die Gesamtkalkulation übernommen werden. Damit verbleiben auch in diesem Prozess nach den zwei Jahren, die durch das Heben von Effizienzreserven erzielten, zusätzlichen Erlöse alleine bei den Krankenhausträgern.

Es ist nun sicherzustellen, dass diese geplanten Minderausgaben tatsächlich bei den Beitragszahlern ankommen. Die entsprechenden Vorgaben bezüglich der Weiterentwicklung des Finanzierungssystems sind anzupassen. Das InEK hat die im Rahmen des KHVVG (siehe Begründung zum Gesetzentwurf) eingebrachten Einsparungen in Höhe von einer Milliarde Euro im Rahmen des Normierungsprozesses durch eine Anpassung des Casemixvolumens umzusetzen. Daneben sind künftig dauerhaft, nachdem sie zwei Jahre als Einsparungen bei dem einzelnen Krankenhaus verblieben sind, im Normierungsprozess die erzielten Effizienzsteigerungen zu heben und an die Beitragszahler weiterzugeben.

B) Änderungsvorschlag

§ 17b - Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG- Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung – ist wie folgt anzupassen:

In Absatz 1 ist nach Satz 6 folgender neuer Satz 7 einzufügen:

„7Aufgrund von Effizienzsteigerungen sind im Entgeltkatalog für DRG- Krankenhäuser für die Jahre ab 2026 im Rahmen der Normierung Bewertungsrelationen im Wert von einer Milliarde Euro absenkend zu berücksichtigen.“

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 3 – § 17b Absatz 4d (neu)

A) Neuregelungsbedarf

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

B) Änderungsvorschlag

§ 17b wird um folgende Absatz 4d (neu) ergänzt:

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

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 4 – § 17c Absatz 2

A) Neuregelungsbedarf

Die gesetzliche Einschränkung von MD-Prüfungen durch das MDK-Reformgesetz führte zu einer erheblichen Reduzierung geprüfter Abrechnungsfälle von Krankenhäusern und somit zu Mehreinnahmen der Krankenhäuser in Höhe von mehr als einer Milliarde Euro. Die derzeitige Quotierung der Prüfungen schadet daher der Versichertengemeinschaft und hat Einfluss auf die Höhe des Beitragssatzes. Die künstliche quartalsweise Taktung mit quartalsbezogenen Datenmeldungen, Veröffentlichungen und dem Monitoring der gestuften Prüfquoten ist hochaufwendig. Die Quotierung der MD-Prüfungen ist abzuschaffen oder zumindest durch eine angemessene einheitliche Prüfquote zu ersetzen. Medizinische Dienste, Krankenhäuser und Krankenkassen würden so von unnötigem Verwaltungsaufwand entlastet. Berichtspflichten könnten bereinigt, Informationen ausschließlich jahresbezogen erhoben und transparent gemacht werden.

Ein sinnvoller Schritt zur weiteren Stärkung des Vorverfahrens sollte schnell und rechtssicher auf den Weg gebracht werden. Die Krankenkassen erhalten seit der Etablierung des Erörterungsverfahrens gemäß § 17c Absatz 2b die Fallunterlagen der Krankenhäuser für die Durchführung der Erörterung. Es ist dringend geboten, den Krankenhäusern bereits für Falldialoge (Vorverfahren gemäß § 17c Absatz 2 Satz 2 Nummer 3) die Übermittlung medizinischer Fallunterlagen zu erlauben, da dies ein effizienter Weg ist, Fallklärungen frühzeitig und ohne Einschaltung des Medizinischen Dienstes zu ermöglichen. Bei Krankenhäusern, die diese Möglichkeit partnerschaftlich mit den Krankenkassen nutzen, wird der Prüfaufwand entsprechend sinken.

B) Änderungsvorschlag

Für die Umsetzung sollte § 17c Absatz 2 wie folgt ergänzt werden:

„Die Krankenhäuser und Krankenkassen sind befugt, personen- und einrichtungsbezogene Daten für das Verfahren gemäß Satz 2 Nummer 3 im erforderlichen Umfang zu verarbeiten.“

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 5 – § 26

A) Neuregelungsbedarf

Wie andere pandemiebedingte Sonderregelungen ist auch diese Regelung nach dem Ende der COVID-19-Pandemie nicht mehr erforderlich.

B) Änderungsvorschlag

§ 26 KHG i. d. F. der Bekanntmachung vom 10.04.1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 8a des Gesetzes vom 22.03.2024 (BGBl. 2024 I Nummer 101) geändert worden ist, wird aufgehoben.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 1 – §§ 5 Absatz 2 und 9 Absatz 1a Nr.6

A) Neuregelungsbedarf

Die Aussetzung der Mindestanforderung „Teilnahme an der Basisnotfallversorgung“ für die Gewährung eines Sicherstellungszuschlags gemäß §5 Absatz 2 KHEntgG sowie auch für Krankenhäuser in ländlichen Regionen nach §9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG wird zurückgenommen. Hintergrund ist, dass der Anreiz zur Aufrechterhaltung der Notfallversorgung infolge der aktuellen Gesetzeslage entfällt. Zudem besteht der ursprüngliche Anlass für die Aussetzung nicht mehr: Ziel war es, den Transformationsprozess und die darauf aufbauenden Planungsentscheidungen der Länder im Zuge der Einführung der Leistungsgruppen nicht zu beeinträchtigen. Auch mit Blick auf die geplante Reform der Notfallversorgung und den vorgesehenen flächendeckenden Aufbau von Integrierten Notfallzentren (INZ) ist es erforderlich, insbesondere für Krankenhäuser im ländlichen Raum die Teilnahme an der Basisnotfallversorgung verbindlich vorzusehen.

Bedarfsnotwendige Krankenhäuser im Sinne des § 5 Absatz 2 KHEntgG erhalten weiterhin einen Sicherstellungszuschlag zur Sicherung der Versorgung. Daneben unterstützt die Förderung der in der Liste gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG aufgeführten Krankenhäuser insbesondere die wohnortnahe Notfallversorgung im ländlichen Raum durch den Zuschlag für die Teilnahme an der flächendeckenden stationären Versorgung.

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 136c Absatz 4 SGB V beschlossenen Anforderungen an das gestufte System der Notfallstrukturen in Krankenhäusern gewährleisten bundesweit einheitliche und qualitativ hochwertige Versorgungsstrukturen. Insbesondere die Basisnotfallstufen sichern, dass teilnehmende Krankenhäuser über die erforderlichen personellen, technischen und organisatorischen Voraussetzungen verfügen, um Patienten in Notfallsituationen angemessen zu behandeln. Dies stärkt die Patientensicherheit und erhöht die Effizienz des Gesundheitssystems.

Durch die Verknüpfung der Notfallstufen mit der Anspruchsberechtigung auf zusätzliche Finanzierung entsteht ein gezielter Anreiz – auch für Krankenhäuser im ländlichen Raum –, diese Strukturen aufrechtzuerhalten. Damit wird die Qualität der Notfallversorgung gefördert und die nachhaltige Sicherstellung einer wohnortnahen Versorgung gewährleistet.

B) Änderungsvorschlag

Vorschlag zur Rücknahme der Ausnahmeregelung durch Streichung der Passagen im § 9 Absatz 1a Nr.6 KHEntgG:

Nummer 6 wird wie folgt gefasst:

„6. jährlich zum 30. Juni, eine Liste der Krankenhausstandorte, der Kinderkrankenhausstandorte und der Krankenhausstandorte mit Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin, welche die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zu § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen; eine Aufnahme in die Liste ist abweichend von den, und die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorzusehen, auch wenn das Krankenhaus an dem jeweiligen Standort nicht die Anforderungen an die Notfallversorgung

nach dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beschlossenen gestuften System der Notfallstrukturen in Krankenhäusern erfüllt, wobei die Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 9. Januar 2025 eine Erweiterung der für das Kalenderjahr 2025 bereits vereinbarten Liste mit Krankenhausstandorten zu prüfen und bei Bedarf vorzunehmen haben; erfüllen.“

Vorschlag zur Änderung des § 5 Abs 2 KHEntgG:

Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) ¹Zur Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen, die auf Grund des geringen Versorgungsbedarfs mit den auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten nicht kostendeckend finanzierbar ist, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 bei Erfüllung der Vorgaben nach den Sätzen 2, 4 und 5 sowie der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Sicherstellungszuschläge nach § 17b Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. ²Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung ergänzende oder abweichende Vorgaben zu erlassen, insbesondere um regionalen Besonderheiten bei der Vorhaltung der für die Versorgung notwendigen Leistungseinheiten Rechnung zu tragen; dabei sind die Interessen anderer Krankenhäuser zu berücksichtigen. ³Die Landesregierungen können diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen. ⁴Voraussetzung für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags ist zudem, dass das Krankenhaus für das Kalenderjahr vor der Vereinbarung ein Defizit in der Bilanz ausweist. ⁵Die zuständige Landesbehörde prüft auf Antrag einer Vertragspartei nach § 11, ob die Vorgaben für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags nach Satz 1 erfüllt sind, und entscheidet, ob ein Sicherstellungszuschlag zu vereinbaren ist; sie hat dabei auch zu prüfen, ob die Leistung durch ein anderes geeignetes Krankenhaus, das diese Leistungsart bereits erbringt, ohne Zuschlag erbracht werden kann. ⁶Im Falle einer Krankenhausfusion erfolgt bei Krankenhäusern mit unterschiedlichen Betriebsstätten die Prüfung der Weitergewährung eines Sicherstellungszuschlags durch die zuständige Landesbehörde betriebsstättenbezogen, sofern folgende Kriterien erfüllt sind:

1. die Betriebsstätte ist im Krankenhausplan als gesonderter Standort ausgewiesen,
2. an diesem gesonderten Standort werden mindestens drei im Krankenhausplan ausgewiesene, organisatorisch selbständig bettenführende Fachgebiete betrieben und
3. das negative wirtschaftliche Ergebnis der Betriebsstätte ist aus der Bilanz des Krankenhauses eindeutig ersichtlich und wird von einem Jahresabschlussprüfer im Auftrag der Krankenkassen bestätigt;

der Sicherstellungszuschlag kann in diesem Fall für bis zu drei Jahre weiter vereinbart werden. ⁷Klagen gegen das Ergebnis der Prüfung nach den Sätzen 5 oder 6 haben keine aufschiebende Wirkung. ⁸Eine Vereinbarung nach Satz 1 kann abweichend von den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auch getroffen werden, wenn das Krankenhaus an dem jeweiligen Standort nicht die Anforderungen an die Notfallversorgung nach dem

~~vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beschlossenen gestuften System der Notfallstrukturen in Krankenhäusern erfüllt.~~

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2 – §§ 6,14 und 15

A) Neuregelungsbedarf

Mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz hat der Gesetzgeber in § 6 Absatz 2 Satz 11 klargestellt, dass der Erstattungsbetrag gemäß § 130b SGB V auch im stationären Bereich als Preisobergrenze gilt. Diese Regelung greift jedoch zu kurz, da bisher nicht eindeutig geregelt ist, inwiefern krankenhausesindividuelle Entgelte in Form der unbewerteten Zusatzentgelte mit dieser Regelung berücksichtigt bleiben. Um Rechtsklarheit zu schaffen, ist es daher erforderlich, die Geltung des Erstattungsbetrags als Obergrenze auch explizit im Normtext zu den krankenhausesindividuellen Entgelten gemäß § 6 Absatz 1 zu verankern.

Darüber hinaus sieht die derzeitige Gesetzeslage vor, dass bei jeder Änderung eines NUB-Entgelts infolge des Inkrafttretens eines neuen oder angepassten Erstattungsbetrags eine Neuvereinbarung des NUB-Entgelts erfolgen muss. Diese Neuvereinbarung erfordert wiederum eine Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde. Dieses Verfahren ist jedoch aus mehreren Gründen nicht sachgerecht: Zum einen ist eine Genehmigung entbehrlich, da der Erstattungsbetrag nach § 130b SGB V ohnehin die Obergrenze für das jeweils geltende Entgelt bildet. Zum anderen ist das Verfahren angesichts der Vielzahl unterjährig in Kraft tretender Erstattungsbeträge oder deren Anpassungen unverhältnismäßig aufwendig und in der Praxis kaum umsetzbar. In der Folge muss die Verpflichtung zur Neuvereinbarung sowie die Genehmigungsregelung gestrichen werden.

Ein weiterer Regelungsbedarf ergibt sich im Hinblick auf den Ausgleich von Differenzbeträgen zwischen dem Erstattungsbetrag und dem vereinbarten Entgelt. Derzeit erfolgt dieser Ausgleich über den allgemeinen Mehr- oder Mindererlösausgleich unabhängig davon, welche Krankenkasse die tatsächlichen Kosten getragen hat. Gerade bei hochpreisigen Arzneimitteln führt dies zu einer nicht verursachungsgerechten Verteilung der finanziellen Lasten. Darüber hinaus werden im Morbi-RSA lediglich die Kosten in Höhe des Erstattungsbetrags gutgeschrieben. Aus wirtschaftlichen Gründen ist es daher unabdingbar, dass Ausgleichszahlungen kostenträgerspezifisch erfolgen. Nur die Krankenkasse, die die überhöhten Kosten getragen hat, soll auch die entsprechende Ausgleichszahlung erhalten.

Schließlich ist zu berücksichtigen, dass die Regelung zum Ausgleich von Differenzen zwischen Erstattungsbetrag und NUB bzw. unbewerteten Zusatzentgelt derzeit nur für somatische Krankenhäuser gelten. Die beschriebenen Herausforderungen und der daraus resultierende Handlungsbedarf bestehen jedoch gleichermaßen für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, in denen Arzneimittel mit Erstattungsbetrag angewendet und abgerechnet werden. In der Folge muss auch in der Bundespflegegesetz die Regelung zur Geltung des Erstattungsbetrages als Preisobergrenze aufgenommen werden (vgl. Ergänzenden Änderungsbedarf zu §§ 6 und 15 BPfIV).

B) Änderungsvorschlag

§ 6 Absatz 1 wird um folgenden Satz 3 (neu) ergänzt:

„Für Leistungen nach Satz 1, die die Gabe eines Arzneimittels mit einem Wirkstoff enthalten, für das ein in § 130b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannter Erstattungsbetrag gilt, bildet

dieser ab seinem Geltungsbeginn die Obergrenze für die Höhe des jeweiligen Entgelts im jeweiligen in § 11 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 genannten Vereinbarungszeitraums, ohne dass es der Genehmigung der Landesbehörde nach § 14 Absatz 1 bedarf.“

§ 6 Absatz 2 Satz 11 wird wie folgt geändert:

„Sofern für eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, die die Gabe eines Arzneimittels mit einem neuen Wirkstoff enthält, für das ein Erstattungsbetrag nach § 130b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt, **bildet dieser ab seinem Geltungsbeginn die Obergrenze für die Höhe des jeweiligen Entgelts im jeweiligen in § 11 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 genannten Vereinbarungszeitraums, ohne dass es der Genehmigung der Landesbehörde nach § 14 Absatz 1 bedarf.** ein Entgelt vereinbart wurde, ist das Entgelt mit Wirkung ab dem Zeitpunkt der Geltung des Erstattungsbetrags nach § 130b Absatz 3a oder Absatz 4 Satz 3 SGB V unter Berücksichtigung der Höhe des Erstattungsbetrags neu zu vereinbaren.“

§ 14 Absatz 1 wird um folgenden Satz 2 (neu) ergänzt; die Nummerierungen der Sätze 2 und 3 (alt) ändern sich entsprechend:

„Ausgenommen sind Entgeltanpassungen nach § 6 Absatz 1 Satz 3, § 6 Absatz 2 Satz 11 sowie § 6 Absatz 1 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung.“

§ 15 Absatz 2 – Laufzeit – wird um folgenden Satz 5 (neu) ergänzt:

„Ab dem Geltungsbeginn eines in § 130b des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch genannten Erstattungsbetrages ist ein zu diesem Zeitpunkt nach § 6 Absatz 1 und Absatz 2 geltendes Entgelt maximal in Höhe des Erstattungsbetrages zu erheben.“

§ 15 Absatz 3 – Laufzeit – wird Satz 3 (alt) ersetzt durch Satz 3 (neu):

„Die Sätze 1 und 2 sind auch auf Entgelte nach § 6 Absatz 2 anzuwenden, die erstmalig vereinbart werden oder für die aufgrund eines nach § 130b SGB V geltenden Erstattungsbetrags für ein Vereinbarungsjahr eine abweichende unterjährige Höhe vereinbart wurde. **Abrechnungen für Leistungen nach § 6 Absatz 1 und 2, die im Vereinbarungszeitraum erstmalig vor Genehmigung der Vereinbarung nach § 14 erbracht werden, sowie Abrechnungen von Ausgleichszahlungen für Differenzbeträge aufgrund der Regelung nach § 6 Absatz 1 Satz 3 und § 6 Absatz 2 Satz 11 erfolgen abweichend von den Sätzen 1 und 2 gegenüber dem Kostenträger, der das ursprüngliche Entgelt beglichen hat.“**

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 3 – § 6a

A) Neuregelungsbedarf

Pflegebudget: Streichung der Finanzierung der Pflegeentlastenden Maßnahmen (PEM)

Im Pflegebudget werden Maßnahmen, die zu einer Entlastung von Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen führen, pauschal in einer Höhe von 2,5 % des Pflegebudgets in allen Krankenhäusern erhöhend berücksichtigt. Dies erfolgt zusätzlich zu den bereits in dem System der Selbstkostendeckung finanzierten kompletten Pflegepersonalkosten.

Bei den pflegeentlastenden Maßnahmen handelt es sich um schwer abgrenzbare Kosten, die regelhaft bereits über die DRG-Fallpauschalenerlöse finanziert werden. Zudem werden mit der Rückführung des „Sonstigen Personals“ in das DRG-System seit dem Jahr 2025 die diese Beschäftigten betreffenden pflegeentlastenden Tätigkeiten einkalkuliert.

Mit Blick auf eine Beseitigung von Doppelfinanzierungen sollten aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes die zusätzlichen Finanzierungsmöglichkeiten von pflegeentlastenden Maßnahmen im Pflegebudget gestrichen werden.

In 2025 werden die Ausgaben der GKV für die Pflegebudgets ca. 25 Mrd. Euro betragen (Hochrechnung der KV 45 Zahlen 2. HJ 2025). Auf dieser Basis berechnet beträgt das Einsparvolumen einer Streichung der pflegeentlastenden Maßnahmen ca. 600 Mio. Euro jährlich (2,5 % von 25 Mrd. Euro).

B) Änderungsvorschlag

§ 6a Absatz 2 Satz 10 ist zu streichen.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 4 – §§ 6a und 10

A) Neuregelungsbedarf

Neben der unzureichenden Weitergabe der gehobenen Effizienzreserven an die Beitragszahler sind auch die weiteren Vorgaben der Preissetzung nicht mehr austariert (vgl. hier Stellungnahme zum ergänzenden Änderungsbedarf Artikel 2 Nummer 2 - § 17b KHG). Es ist wenig verwunderlich, dass die Ausgaben der GKV in die Höhe schießen, wenn man sich diese gesetzlichen Rahmenbedingungen genauer anschaut. So werden u. a. seit dem Jahr 2025 neben der so genannten Meistbegünstigungsklausel den Krankenhäusern nun auch der volle Orientierungswert und zusätzlich noch die volle Tarifrefinanzierung garantiert. Damit kommt es in mehrfacher Sicht zu Doppelfinanzierungen in der Basis. Wie in dieser Stellungnahme unter zu Artikel 3 Nummer 9 dargelegt, ist vor diesem Hintergrund „Meistbegünstigungsklausel“ dauerhaft zu streichen und auch die zusätzliche volle Tarifrefinanzierung insbesondere aufgrund der Fehlanreize dringend anzupassen.

Am dramatischsten stellt sich die Lage im Bereich des **Pflegebudgets** dar: Hier werden seit 2020 alle Kosten 1:1 an die GKV durchgereicht – ohne jegliche Obergrenze einer wirtschaftlichen Leistungserbringung. Durch die vollständige Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen (DRG-System) und deren separate Refinanzierung über das Pflegebudget sind die finanziellen Belastungen für die Kostenträger erheblich angewachsen. In den vergangenen fünf Jahren sind die Ausgaben in diesem Bereich von 15,2 Mrd. Euro auf nunmehr 22,6 Mrd. Euro gestiegen – eine Steigerung von fast 50 %. Dies wirft Fragen nach der langfristigen Finanzierbarkeit auf. Es stellt sich die Frage, ob unter Berücksichtigung des im SGB V geforderten Wirtschaftlichkeitsgebots ein unreguliertes Anwachsen weiterhin gerechtfertigt ist.

Das Pflegebudget hat zweifellos positive Impulse für die Personalentwicklung in Krankenhäusern gesetzt. Doch die Kostenexplosion, die Verdrängungseffekte auf andere Versorgungsbereiche, Fehlanreize im Personaleinsatz und mangelnde Effizienz zeigen, dass dringend nachgesteuert werden muss. Eine gezielte Steuerung ist notwendig, um die Pflegeversorgung insgesamt zu sichern und nachhaltig zu gestalten. Ein zentrales Problem ist das Fehlen einer Obergrenze für das Pflegebudget im Krankenhaus. Ohne klare Begrenzung und Steuerung wird es zu einem ineffizienten Einsatz dieser wertvollen Ressource kommen. Bis eine Obergrenze für die Steigerungen des Pflegebudgets, beispielsweise auf Basis des Pflegepersonalquotienten, festgelegt wird, ist kurzfristig zur Eindämmung der enormen Kostensteigerungen eine Begrenzung der maximal möglichen Steigerungen des Pflegebudgets auf Basis der Einnahmeseite der GKV festzusetzen.

Die Steigerungen insgesamt dürfen die Veränderungsrate nicht übersteigen. Um dieses Ziel zu erreichen sind Ausgabenveränderungen, die darüber liegen, absenkend im Rahmen der Ermittlung des Landesbasisfallwertes zu berücksichtigen.

B) Änderungsvorschlag

Pflegebudgetsteigerung - Beitragssatzstabilität

§ 6a wird um Absatz 8 (neu) ergänzt:

„Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist zu beachten; Maßstab für die Beachtung ist die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Das Pflegebudget darf, das um die maßgebliche Rate veränderten Pflegebudget des Vorjahres nicht überschreiten.“

Zudem wird in § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 wie folgt geändert:

„(3) Bei der Vereinbarung sind insbesondere zu berücksichtigen:

[...]

4. ~~(weggefallen)~~ **absenkend die Steigerungen der Pflegebudgets, die oberhalb der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch liegen,**

Zudem: vgl. Stellungnahme zu Artikel 3 Nummer 9b:

- Streichung der vollständigen Tarifrefinanzierung
- Streichung der Meistbegünstigungsklausel

Zudem: vgl. Stellungnahme zu EÄ (Artikel 2 Nummer 2):

- Hebung von Effizienzreserven im DRG-System

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 5 – § 9 Absatz 1

A) Neuregelungsbedarf

Es handelt sich um eine hilfswise Änderung, falls die Streichung in § 60 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe a SGB V (geplante Fassung) nicht erfolgt.

Die grundsätzliche Kritik an der geplanten Regelung in § 60 SGB V, dass Verlegungen aus Kapazitätsgründen kostenübernahmefähig werden sollen, besteht weiterhin. Die Regelung ist vor diesem Hintergrund zu streichen.

Hilfswise sollten Verlegungen aus Kapazitätsgründen daher nur dann kostenübernahmefähig sein, wenn ein festgestellter Engpass an stationären Versorgungskapazitäten vorliegt. Die Kriterien für das Vorliegen eines Versorgungsengpasses (z. B. eine Bettenauslastung von mindestens 95 %) sind im Fallpauschalen-Katalog gemäß § 9 verbindlich durch die Selbstverwaltungspartner zu definieren. Diese verfügen über die notwendige fachliche Expertise und sind ohnehin beauftragt, Regelungen zu Verlegungsfällen im Fallpauschalen-Katalog zu vereinbaren.

Um die Einhaltung dieser Kriterien sicherzustellen, ist ein objektiver und nachvollziehbarer Nachweis erforderlich. Als maßgebliche Grundlage sollte z. B. ein Versorgungskapazitätenachweis gemäß des geplanten § 133c SGB V dienen. Dabei muss gewährleistet sein, dass die gemeldeten Kapazitäten der tatsächlichen Auslastung entsprechen und nicht durch strategische Abmeldungen seitens der Krankenhäuser beeinflusst werden. Nur so entsteht eine belastbare und transparente Entscheidungsbasis für die Kostenübernahme.

In der Begründung zu § 60 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe a SGB V (geplante Fassung) sollte dann zudem zum Ausdruck gebracht werden, dass Verlegungen aus Kapazitätsgründen ausschließlich in den in diesem Katalog genannten Fällen möglich sind.

B) Änderungsvorschlag

§ 9 Absatz 1 Nummer 1 wird wie folgt ergänzt:

„(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Vertragsparteien auf Bundesebene) mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 insbesondere

1. einen Fallpauschalen-Katalog nach § 17b Absatz 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zu Verlegungsfällen, **inklusive Kriterien, wann Verlegungen aus Kapazitätsgründen zugelassen sind**, und zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelten oder vorzunehmenden Abschlägen (effektive Bewertungsrelationen),“

In der Begründung zu § 60 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe a SGB V (geplante Fassung) wird ergänzt, dass Verlegungen aus Kapazitätsgründen ausschließlich in den im Fallpauschalen-Katalog nach § 17b Absatz 1 Satz KHG genannten Fällen möglich sind.

Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 6 – § 11 Absatz 4 Satz 8

A) Neuregelungsbedarf

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

B) Änderungsvorschlag

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

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

Artikel 6 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 1 – §§ 6 und 15

A) Neuregelungsbedarf

Vgl. Ergänzenden Stellungnahmebedarf zu den §§ 6, 14 und 15 KHEntgG.

B) Änderungsvorschlag

§ 6 Absatz 1 - Vereinbarung sonstiger Entgelte – wird um folgenden Satz 2 (neu) ergänzt:

„Für Leistungen nach Satz 1, die die Gabe eines Arzneimittels mit einem Wirkstoff enthalten, für das ein in § 130b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannter Erstattungsbetrag gilt, bildet dieser ab seinem Geltungsbeginn die Obergrenze für die Höhe des jeweiligen Entgelts im jeweiligen in § 11 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 genannten Vereinbarungszeitraum.“

In § 6 Absatz 4 wird Satz 2 wie folgt angepasst:

„Für die Einzelheiten des Verfahrens ist § 6 Absatz 2 Satz 2 bis 4~~11~~ des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend anzuwenden.“

§ 15 Absatz 1 – Laufzeit – wird um folgenden Satz 5 (neu) ergänzt:

„Ab dem Geltungsbeginn eines in § 130b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Erstattungsbetrags ist ein zu diesem Zeitpunkt nach § 6 Absatz 1 oder Absatz 4 geltendes Entgelt maximal in Höhe des Erstattungsbetrages zu erheben, ohne dass es der Genehmigung der Landesbehörde nach § 14 Absatz 1 bedarf.“

§ 15 Absatz 2 – Laufzeit – wird um folgenden Satz 6 (neu) ergänzt:

„Abrechnungen für Leistungen nach § 6 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 4 Satz 2, die im Vereinbarungszeitraum erstmalig vor Genehmigung der Vereinbarung nach § 14 erbracht werden, sowie Abrechnungen von Ausgleichszahlungen für Differenzbeträge aufgrund der Regelung nach § 6 Absatz 1 Satz 2 und § 6 Absatz 4 erfolgen gegenüber dem Kostenträger, der die Kosten getragen hat.“