



Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
Bundesgeschäftsstelle
Alt-Moabit 101 b
D-10559 Berlin

Tel: 030-39409689-0
Fax: 030-39409689-9
info@schmerzgesellschaft.de
www.schmerzgesellschaft.de

Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. · Alt-Moabit 101 b · 10559 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Vorsitzende Dr. Machalet, MdB

Übersendung per Mail:
anhoerungen-gesundheitsausschuss@bundestag.de

14. Dezember 2025

**Stellungnahme der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.
anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschuss für Gesundheit des Deutschen
Bundestages am 17. Dezember 2025**

Gegenstand:

Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform
(Krankenhausreformenpassungsgesetz – KHAG)

Krankenhausreform: Schmerztherapie vor dem Kollaps!

- **Einführung einer Leistungsgruppe „Spezielle Schmerztherapie“ nötig – konkrete Gesetzes-Änderungsformulierungen gemäß dieser Stellungnahme wären Lösung.**
- **Anderenfalls Kollaps der stationären multimodalen Schmerzversorgung: 22 % der Standorte, die bundesweit für 44 % der Fälle der in interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie (OPS-Klasse 8-918) stehen, sind bedroht.**

Sehr geehrte Frau Ausschussvorsitzende Dr. Machalet MdB,
sehr geehrte Damen und Herren Bundestagsabgeordnete!

Die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. dankt für die Gelegenheit der Stellungnahme und bittet Sie eindringlich, im KHAG-Gesetzentwurf den Fortbestand der für chronisch Schmerzerkrankte in Deutschland unverzichtbaren stationären Speziellen Schmerztherapie durch Änderungen am Gesetzentwurf sicherzustellen.

Präsident: Prof. Dr. Frank Petzke, Göttingen; Vize-Präsidentin: Prof. Dr. Christiane Hermann, Gießen;
Designierte Präsidentin: Prof. Dr. Nadja Nestler, Salzburg; Past-Präsident: Prof. Dr. Hans-Georg Schaible, Jena;
Schriftführerin: PD Dr. Dipl.-Psych. Ulrike Kaiser, Lübeck; Schatzmeisterin: Prof. Dr. Esther Pogatzki-Zahn, Münster;
Sprecher Ständiger Beirat: Prof. Dr. Christian Geber, Mainz; Sprecher Fachbeirat: Prof. Dr. Wolfgang Koppert, Hannover;
Geschäftsführer: Thomas Isenberg;
Bundesgeschäftsstelle: Alt-Moabit 101 b, 10559 Berlin; Service-Center: Obere Rheingasse 3, 56154 Boppard
Amtsgericht Frankfurt: 73 VR 6851; Steuer-Nr. 22/654/4513/5
Bankverbindung: Konto 18913, Volksbank Rhein-Nahe-Hunsrück eG (BLZ 560 900 00); IBAN DE70 5609 0000 0000 0189 13, BIC GENODE51KRE

Dazu wäre eine Gesetzesänderung in der Form möglich und nötig, dass im Gesetz explizit eine Leistungsgruppe für die spezielle Schmerztherapie eingefügt wird, eine konkrete Formulierungshilfe übersenden wir Ihnen am Ende in dieser Stellungnahme.

Ohne diese nötige Änderung würden gemäß aktueller Analyse bundesweit 22 Prozent der Standorte, die bundesweit 44 Prozent der Fälle der interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie (OPS-Klasse 8-918) ausmachen, akut von einem Abrechnungsausschluss gefährdet sein.

Wir erlauben uns, Sie darauf hinzuweisen, dass leider die vorliegenden anderen Änderungsvorschläge -auch seitens der Bundesländer- am KHAG diesbezüglich sehr lückenhaft und dyfunktional sind, um alternativ die klinische Versorgung chronisch Schmerzkranker sicherzustellen. Würden Sie hingegen gesetzlich (Änderungsantragsformulierungen am Ende dieser Stellungnahme) die benötigte Leistungsgruppe *Spezielle Schmerztherapie* einführen, dann ließe sich der Kollaps der stationären Versorgung chronisch Schmerzkranker in Deutschland verhindern.

Detailerläuterung:

Es fehlt im KHAG eine Leistungsgruppe für die Spezielle Schmerztherapie. Konsequenz: Aufgrund der aktuell im KHAG vorgesehenen fachfremden Zuordnung der Fälle der Speziellen Schmerztherapie in fachfremde Bereiche ist klar, dass nur die wenigsten Einrichtungen der Speziellen Schmerztherapie die qualitativ unpassenden geforderten Mindestvoraussetzungen selbst erfüllen können. Sofern am Standort selbst nicht stellvertretend eine andere Fachabteilung die geforderten Mindestvoraussetzungen erfüllt (z.B. internistische oder allgemeinchirurgische Grundversorgung), droht der Abrechnungsausschluss oder eine dreijährige „Galgenfrist“ mit Forderungen nach sinnfreien Kooperationsverträgen. Besonders betroffen sind die Standorte mit hohem Spezialisierungsgrad (ohne Grundversorgung) und schmerztherapeutischem oder intensivmedizinischem Fachabteilungsschlüssel (diese müssen stets die Mindestvoraussetzungen der beiden Leistungsgruppen *Allgemeine Innere Medizin* und *Allgemeine Chirurgie* erfüllen, da sich die Fälle auf die beiden Leistungsgruppen verteilen). Diese Standorte weisen häufig hohe Fallzahlen auf.

Es sei darauf hingewiesen, dass auch die Anpassungen der §§ 135d und 135e SGB V im KHAG in Bezug auf Fachkrankenhäuser, keine Lösung bieten. Nach derzeitigem Stand müssen selbst Fachkrankenhäuser, die in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen und von der Planungsbehörde das Level F zugewiesen bekommen haben, die personellen Vorhaltungen der mit den eigenen Fällen getroffenen Leistungsgruppen am Standort erfüllen. Ausnahmen hiervon sind nicht vorgesehen. Eine Fachkrankenhäuser für die Spezielle Schmerztherapie (Fachabteilungsschlüssel 3753) müsste daher drei internistische und drei allgemeinchirurgische (oder stattdessen je drei unfallchirurgische und orthopädische sowie drei viszeralchirurgische) Vollzeitäquivalente am Standort beschäftigen.

Eine nach Bundesländern differenzierte Auswertung bedrohter Versorgung finden Sie nachfolgend. Auf eine Auswertung für NRW wurde dabei -wie unten erläutert- verzichtet. **Die Detailauswertung zeigt, dass in den aktuell betroffenen 15 Bundesländern ca. 22% der Standorte, die für 44% der Kodierungen der interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie (OPS-Klasse 8-918) stehen, akut von einem Abrechnungsausschluss gefährdet wären.**

Durch Nichterfüllung der fachfremden personellen Ausstattung bedroht		
Bundesland	Standorte	Kodierungen OPS 8-918
Schleswig-Holstein	33%	66%
Hamburg	14%	15%
Niedersachsen	19%	19%
Bremen	25%	25%
Hessen	35%	50%
Rheinland-Pfalz	19%	54%
Baden-Württemberg	33%	53%
Bayern	28%	65%
Saarland	20%	39%
Berlin	13%	3%
Brandenburg	8%	48%
Mecklenburg-Vorpommern	10%	10%
Sachsen	7%	13%
Sachsen-Anhalt	25%	50%
Thüringen	7%	2%
Durchschnitt	22%	44%

22% der Standorte, die für 44% der Kodierungen des OPS 8-918 verantwortlich sind, wären bedroht!

In der Tabelle oben haben wir derzeit das Bundesland NRW nicht aufgeführt, da dort Fälle aus schmerzmedizinischen Einrichtungen (Fachabteilungsschlüssel 3753 oder 36**) gar keiner Leistungsgruppe zugeordnet wurden, was nach dem KHAG dies in NRW auch bis Ende 2030 Bestand haben soll. Allerdings: Bei einer Beibehaltung des derzeitigen bundesweiten Leistungsgruppensystems (derzeit ohne eine eigenständige Leistungsgruppe *Spezielle Schmerztherapie*), würde ab 2031 auch die schmerzmedizinische Versorgung in NRW gefährdet.

Die Lösung:

Die Lösung wäre die Einführung einer Leistungsgruppe *Spezielle Schmerztherapie per Änderungsantrag im parlamentarischen Verfahren der KHAG-Gesetzgebung*
Nachfolgend dazu sinnvolle konkrete Änderungs-Formulierungen des SGB V:

Entwurf einer Formulierungshilfe zur Einführung einer spezifischen Leistungsgruppe für die Spezielle Schmerztherapie

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Anlage 1 (zu § 135e) (Leistungsgruppen und Qualitätskriterien)

Nach der Leistungsgruppe 65 wird folgende Leistungsgruppe 66 ergänzt:

Spezielle Schmerztherapie

Erbringung verwandter LG, Zeile: Auswahlkriterien, Spalte: Kooperation:

LG Allgemeine Innere Medizin

LG Allgemeine Chirurgie

LG Wirbelsäuleneingriffe

LG Allgemeine Neurologie

LG Neurochirurgie

LG Allgemeine Frauenheilkunde

LG Urologie

Sachliche Ausstattung, Zeile: Auswahlkriterien:

CT (am Standort, Kooperation möglich)

MRT (am Standort, Kooperation möglich)

Personelle Ausstattung, Zeile: Mindestvoraussetzungen:

Qualifikation:

Facharzt (FA) aus einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung

ZW Spezielle Schmerztherapie

Verfügbarkeit:

Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit

Davon mindestens ein FA mit ZW Spezielle Schmerztherapie

Personelle Ausstattung, Zeile: Auswahlkriterien:

Qualifikation: Facharzt (FA) aus einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung und ZW

Spezielle Schmerztherapie

Verfügbarkeit: Mind. zwei FÄ mit ZW und unterschiedlichen Facharztqualifikationen

Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen, Zeile: Mindestvoraussetzungen:

Personal mit Approbation Psychotherapie verfügbar

Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen, Zeile: Auswahlkriterien:

Angebot sowohl einer vollstationären (OPS 8-918) als auch einer teilstationären IMST (OPS 8-91c)

Angebot einer ambulanten schmerztherapeutischen Versorgung am Standort (Poliklinik, MVZ, Ermächtigung)

Weiterbildungsbefugnis für ZW "Spezielle Schmerztherapie"

Qualitätsvertrag "Multimodale Schmerztherapie" nach § 110a SGB V

Spezielle Schmerzpsychotherapie (Curriculum Psychotherapeutenkammern)
Spezielle Schmerzpflege (Curriculum Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.)
Algesiologische Fachassistenz (Curriculum Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.)
Schmerzphysiotherapie (Curriculum Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.)
Schmerzergotherapie (Curriculum Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.)

Definition der Leistungsgruppe Spezielle Schmerztherapie

Die Leistungsgruppe *Spezielle Schmerztherapie* sollte alle Fälle mit den OPS-Kodes einer interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie (OPS-Kodes aus den Klassen 8-918, 8-91b und 8-91c) sowie alle weiteren Fälle mit dem längsten Fachabteilungsaufenthalt in einer Fachabteilung mit einem schmerztherapeutischen Fachabteilungsschlüssel nach § 301 SGB V umfassen (3753 oder 3759). Ein konkreter, differenzierter und einfach umsetzbarer Anpassungsvorschlag liegt dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus seit Februar 2025 im Rahmen des Vorschlagsverfahrens vor. Zur sachgerechten Abgrenzung der Kinder- und Jugendmedizin dürfen Fälle mit dem längsten Fachabteilungsaufenthalt in einer Fachabteilung mit einem pädiatrischen Fachabteilungsschlüssel nach § 301 SGB V nicht in die Leistungsgruppe *Spezielle Schmerztherapie* aufgenommen werden, auch wenn sie o.g. OPS-Kodes aufweisen.

Begründung:

Die Spezielle Schmerztherapie wird weit überwiegend in dafür spezialisierten Einrichtungen mit besonderen Vorhaltungen erbracht. Obwohl die Leistungen der Speziellen Schmerztherapie relativ gut definierbar sind, werden diesen durch den KHTG-Groupier des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) vielen unterschiedlichen und fachfremden Leistungsgruppen zugeordnet. Die Mindestvoraussetzungen dieser fachfremden resultierenden Leistungsgruppen können die notwendigen qualitativen Voraussetzungen für die Spezielle Schmerztherapie nicht beschreiben.

Auf der anderen Seite können Schmerzkliniken in der Regel nicht die Mindestvoraussetzungen aller möglichen resultierenden fachfremden Leistungsgruppen erfüllen. Dies stellt kein qualitatives Defizit dar, weil die fachfremden Mindestvoraussetzungen keinen Bezug zur Speziellen Schmerztherapie aufweisen. Zudem wäre die Erfüllung qualitativ nicht notwendiger Mindestvoraussetzungen unwirtschaftlich.

Zum Erreichen der Ziele der Krankenhausreform ist es daher notwendig, eine eigene Leistungsgruppe für die Spezielle Schmerztherapie zu schaffen. Im Gegensatz zu anderen, bislang noch nicht sachgerecht abgebildeten Spezialisierungen kann damit nicht bis zu einer ersten Weiterentwicklung des Leistungsgruppensystems über die Rechtsverordnung nach § 135e Abs. 1 SGB V gewartet werden, die nun nicht mehr vor dem 1. Januar 2029 in Kraft treten soll. Der Grund dafür ist, dass an vielen Standorten mit spezialisierten schmerztherapeutischen Einrichtungen, andere Fachabteilungen nicht stellvertretend für die Spezielle Schmerztherapie zur Erfüllung der fachfremden Mindestvoraussetzungen „einspringen“ können. Aufgrund des Abrechnungsverbotes nach § 8 Abs. 4 KHEntgG und der Systematik der Vorhaltefinanzierung wären viele schmerztherapeutische Einrichtungen in ihrer Existenz bedroht.

Die Nutzung der im Gesetz vorgesehenen Ausnahmemöglichkeiten ist nicht für Fehler und Lücken im Leistungsgruppensystem gedacht.

Die Ausnahmen für krankhausplanerisch ausgewiesene Fachkrankenhäuser, denen die Planungsbehörden nach § 135d Abs. 4 Satz SGB V (neu) die Versorgungsstufe „Level F“ zuweisen, betreffen nach § 135e Abs. 4 SGB V (neu) ausschließlich die Mindestvoraussetzungen in den Anforderungsbereichen „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ und „Sachliche Ausstattung“. Ausnahmen für fachfremde Anforderungen an die personelle Ausstattung (z.B. Vorhaltung von Fachärzten für Allgemeinchirurgie) sind nicht vorgesehen, sodass die Ausnahmen für die Versorgungsstufe „Level F“ für schmerztherapeutische Einrichtungen nicht ausreichend sind. Auch die geforderte Erfüllung fachlich unpassender Qualitätskriterien in den Anforderungsbereichen „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ (z.B. Leistungsgruppe Intensivmedizin) und der „Sachlichen Ausstattung“ (z.B. Operationssäle, Endoskopie) in Kooperationen und Verbünden ist aufgrund des Fehlens einer eigenen Leistungsgruppe fachlich nicht zu begründen und würde die Kosten sowie die Bürokratielast ohne qualitativen Zugewinn erhöhen.

Die auf drei Jahre befristete und im Einvernehmen mit den Krankenkassen mögliche Ausnahmeregelung des § 6a Abs. 4 KHG (neu) eignet sich ebenfalls nicht zur Kompensation von Fehlern und Lücken im Leistungsgruppensystem. Die Ausnahmeregelungen sind mit unpassenden Bedingungen (z.B. zwingende Erforderlichkeit zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung) und Verpflichtungen (Erfüllung von fachfremden Qualitätskriterien innerhalb einer „angemessenen Frist“) verknüpft. Die Ausnahmeregelung des § 6a Abs. 4 KHG (neu) bietet damit keine Perspektive für Krankenhaussträger, die Spezielle Schmerztherapie zukünftig weiterhin anbieten zu dürfen. Wenn Bundesländer, die für die Analyse von Auswirkungen notwendigen Zuweisungen zu Leistungsgruppen frühzeitig vornehmen, reicht zudem die einmalige Frist von drei Jahren vermutlich nicht aus, um die Zeit bis zur Überarbeitung des Leistungsgruppensystems durch die Rechtsverordnung zu überbrücken.

Ohne eigene Leistungsgruppe würden Krankenhausstandorte mit schmerztherapeutischen Einrichtungen außerdem fälschlicherweise eine Grundversorgung in den jeweiligen fachfremden Leistungsgruppen (Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Allgemeine Neurologie, Neurochirurgie, etc.) suggerieren. Eine bedarfsgerechte Krankenhausplanung und die Ermittlung sachgerechter Mindestvorhaltezahlen nach § 115f SGB V würden erschwert.

Erläuterung der einzelnen qualitativen Mindestvoraussetzungen und Auswahlkriterien

Erbringung verwandter LG

Für die Spezielle Schmerztherapie ist es medizinisch nicht erforderlich, dass andere Leistungen oder Leistungsbereiche am Standort vorgehalten werden. Die Spezielle Schmerztherapie kann ohne qualitative Nachteile auch an Fachkliniken ohne Grundversorgung erbracht werden. Die Erbringung bestimmter „verwandter Leistungsgruppen“ am Standort braucht daher nicht gefordert werden. Kooperationen können hingegen in Einzelfällen und je nach Schwerpunkt einer Schmerzklinik sinnvoll sein. Die Auswahl sinnvoller Kooperationen muss jedoch für jede Schmerzklinik auf Basis möglicher Subspezialisierungen und im regionalen Versorgungskontext getroffen werden. Aus diesem Grund können Kooperationen gut als Auswahlkriterien genutzt werden.

Sachliche Ausstattung

Präsident: Prof. Dr. Frank Petzke, Göttingen; Vize-Präsidentin: Prof. Dr. Christiane Hermann, Gießen;
Designierte Präsidentin: Prof. Dr. Nadja Nestler, Salzburg; Past-Präsident: Prof. Dr. Hans-Georg Schaible, Jena;
Schriftführerin: PD Dr. Dipl.-Psych. Ulrike Kaiser, Lübeck; Schatzmeisterin: Prof. Dr. Esther Pogatzki-Zahn, Münster;
Sprecher Ständiger Beirat: Prof. Dr. Christian Geber, Mainz; Sprecher Fachbeirat: Prof. Dr. Wolfgang Koppert, Hannover;
Geschäftsführer: Thomas Isenberg;
Bundesgeschäftsstelle: Alt-Moabit 101 b, 10559 Berlin; Service-Center: Obere Rheingasse 3, 56154 Boppard
Amtsgericht Frankfurt: 73 VR 6851; Steuer-Nr. 22/654/4513/5
Bankverbindung: Konto 18913, Volksbank Rhein-Nahe-Hunsrück eG (BLZ 560 900 00); IBAN DE70 5609 0000 0000 0189 13, BIC GENODE51KRE

Die Spezielle Schmerztherapie ist eine therapeutisch geprägte Behandlung. Die Schmerzmedizin nutzt keine proprietäre gerätebasierte Diagnostik oder Therapie, die für eine Spezielle Schmerztherapie am Standort zwingend vorgehalten werden müsste. Eine besondere sachliche Ausstattung am Standort braucht daher nicht gefordert werden. Menschen mit Schmerzen benötigen gelegentlich eine ausgedehntere radiologische Diagnostik. Um sonst notwendige Patiententransporte zu vermeiden, könnte im Rahmen einer Bestenauswahl, die Vorhaltung der Großgeräte CT und MRT am Standort als Auswahlkriterium genutzt werden. Eine Vorhaltung „jederzeit“ ist in der Speziellen Schmerztherapie nicht erforderlich. Kooperationen oder eine gemeinschaftliche Nutzung mit anderen Anbietern (MVZ, Vertragsärzte) sollten zulässig sein, um eine wirtschaftliche Nutzung zu ermöglichen.

Personelle Ausstattung

Der Erfolg einer Speziellen Schmerztherapie hängt von einem gut funktionierenden therapeutischen Team ab, zu dem auch das ärztliche Personal gehört. Die Spezielle Schmerztherapie ist curricular auf der Ebene einer Zusatzweiterbildung angesiedelt. Die fachärztliche Behandlungsleitung mit der erforderlichen Zusatzweiterbildung hat vor allem eine koordinierende und überwachende Funktion. In Bezug auf die Vorhaltung von fachärztlichem Personal mit der Zusatzbezeichnung *Spezielle Schmerztherapie* sichern daher die Strukturkriterien des OPS unter Beachtung der bisherigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 18.07.2013, Az. B 3 KR 7/12 R) und der etablierten Prüfkriterien des Medizinischen Dienst die Versorgungsqualität bereits ausreichend und präzise ab.

Die Zusatzbezeichnung *Spezielle Schmerztherapie* darf Personal unterschiedlicher fachärztlicher Qualifikation erwerben. Anforderungen an spezifische fachärztliche Qualifikationen sind daher nicht notwendig, solange eine fachärztliche Rufbereitschaft mit Ärzten aus Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung gewährleistet werden kann. Die Rufbereitschaft kann zusammen mit anderen Fachabteilungen oder Leistungsgruppen organisiert werden.

Die Spezielle Schmerztherapie profitiert qualitativ von einer Interdisziplinarität. Aus diesem Grund kann im Rahmen einer Bestenauswahl als Auswahlkriterium die personelle Ausstattung mit fachärztlichem Personal mit Zusatzweiterbildung *Spezielle Schmerztherapie* aber unterschiedlichen Facharztqualifikationen genutzt werden.

Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen

Wichtig für die Behandlung von Menschen mit chronischen Schmerzen ist die kontinuierliche Einbindung von psychotherapeutischer Expertise, die entsprechend auch in den Struktur- und/oder Mindestmerkmalen der OPS-Kodes der interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie gefordert wird.

Die Spezielle Schmerztherapie ist eine interprofessionelle Therapie. Auch andere weiterqualifizierte Personalgruppen sind daher wünschenswert, allerdings nicht flächendeckend verfügbar. Aus diesem Grund kann die Verfügbarkeit von Personal der Speziellen Schmerzpsychotherapie, Speziellen Schmerzpflege, der algesiologischen Fachassistenz, der Schmerzphysiotherapie und der Schmerzergotherapie derzeit nur als Auswahlkriterium bei einer Bestenauswahl genutzt werden.

Die Spezielle Schmerztherapie erfolgt voll- und teilstationär sowie ambulant. Für eine umfassende Versorgung kann es förderlich sein, wenn am Krankenhausstandort sowohl eine

Präsident: Prof. Dr. Frank Petzke, Göttingen; Vize-Präsidentin: Prof. Dr. Christiane Hermann, Gießen;
Designierte Präsidentin: Prof. Dr. Nadja Nestler, Salzburg; Past-Präsident: Prof. Dr. Hans-Georg Schaible, Jena;
Schriftführerin: PD Dr. Dipl.-Psych. Ulrike Kaiser, Lübeck; Schatzmeisterin: Prof. Dr. Esther Pogatzki-Zahn, Münster;
Sprecher Ständiger Beirat: Prof. Dr. Christian Geber, Mainz; Sprecher Fachbeirat: Prof. Dr. Wolfgang Koppert, Hannover;
Geschäftsführer: Thomas Isenberg;

Bundesgeschäftsstelle: Alt-Moabit 101 b, 10559 Berlin; Service-Center: Obere Rheingasse 3, 56154 Boppard
Amtsgericht Frankfurt: 73 VR 6851; Steuer-Nr. 22/654/4513/5

Bankverbindung: Konto 18913, Volksbank Rhein-Nahe-Hunsrück eG (BLZ 560 900 00); IBAN DE70 5609 0000 0000 0189 13, BIC GENODE51KRE

vollstationäre (OPS 8-918) als auch eine teilstationäre IMST (OPS 8-91c), sowie eine ambulante schmerztherapeutische Versorgung (Poliklinik, MVZ, Ermächtigung) angeboten wird. Entsprechende Auswahlkriterien können eine Bestenauswahl sinnvoll unterstützen. Ein wichtiger Grund für die Unterversorgung von Menschen mit chronischen Schmerzen ist die geringe Anzahl ärztlichen Personals mit der Zusatzbezeichnung *Spezielle Schmerztherapie*. Damit die Versorgung von Menschen mit chronischen Schmerzen nicht noch prekärer wird, ist eine Reduktion der Weiterbildungsstätten für die Zusatzbezeichnung *Spezielle Schmerztherapie* zu vermeiden. Die Weiterbildungsbefugnis für Zusatzbezeichnung *Spezielle Schmerztherapie* stellt daher ein sinnvolles Auswahlkriterium dar.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Multimodale Schmerztherapie am 21.07.2022 als eine Leistung ausgewählt, für die Qualitätsverträge nach § 110a SGB V erprobt werden sollen. Da es ungünstig wäre, wenn Krankenhausstandorte mit einem Qualitätsvertrag ausscheiden, ist auch das Vorhandensein eines Qualitätsvertrags ein sinnvolles Auswahlkriterium.

Zu § 275a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Prüfungen zu Qualitätskriterien, Strukturmerkmalen und Qualitätsanforderungen in Krankenhäusern)

Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 7 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Prüfungen, die auf Grund von Satz 1 vor einer voraussichtlich zum 1. Januar 2027 erfolgenden Zuweisung oder auf Grund von Satz 2 vor einem voraussichtlich zum 1. Januar 2027 erfolgenden Abschluss eines Versorgungsvertrags zu beauftragen sind, sind bis zum 31. Dezember 2025 zu beauftragen; Prüfungen für nach dem 12.12.2024 neu in Anlage 1 zu § 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aufgenommene Leistungsgruppen sind bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zweiten auf die Verkündung dieses Gesetzes folgenden Kalendermonats] zu beauftragen.“

Begründung:

Die neue Regelung im zweiten Halbsatz von Satz 7 soll gewährleisten, dass den Planungsbehörden nach Inkrafttreten des Gesetzes noch genug Zeit bleibt, die Prüfungen für die neue Leistungsgruppe „Spezielle Schmerztherapie“ zu beauftragen. Das Prüfungsvolumen ist absehbar gering, sodass eine Anpassung der Frist zum Abschluss der Prüfung der neuen Leistungsgruppe durch den Medizinischen Dienst in Satz 8 nicht notwendig ist.

Zu Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung!

gez.
Prof. Dr. med. Frank Petzke
Präsident

gez.
Thomas Isenberg
Geschäftsführer

-Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.-

Präsident: Prof. Dr. Frank Petzke, Göttingen; Vize-Präsidentin: Prof. Dr. Christiane Hermann, Gießen;
Designierte Präsidentin: Prof. Dr. Nadja Nestler, Salzburg; Past-Präsident: Prof. Dr. Hans-Georg Schaible, Jena;
Schriftführerin: PD Dr. Dipl.-Psych. Ulrike Kaiser, Lübeck; Schatzmeisterin: Prof. Dr. Esther Pogatzki-Zahn, Münster;
Sprecher Ständiger Beirat: Prof. Dr. Christian Geber, Mainz; Sprecher Fachbeirat: Prof. Dr. Wolfgang Koppert, Hannover;
Geschäftsführer: Thomas Isenberg;
Bundesgeschäftsstelle: Alt-Moabit 101 b, 10559 Berlin; Service-Center: Obere Rheingasse 3, 56154 Boppard
Amtsgericht Frankfurt: 73 VR 6851; Steuer-Nr. 22/654/4513/5
Bankverbindung: Konto 18913, Volksbank Rhein-Nahe-Hunsrück eG (BLZ 560 900 00); IBAN DE70 5609 0000 0000 0189 13, BIC GENODE51KRE

An den
Ausschuss für Gesundheit
Deutscher Bundestag
z. Hd. der Vorsitzenden
Frau Dr. Tanja Machalet
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)49(11)
gel. VB zur öffent. Anh. am
17.12.2025 - KHAG
17.12.2025

www.dgi-net.de

✉ **dgi-Geschäftsstelle**
Reinhardtstr. 1
D-10117 Berlin
E-Mail: administration@dgi-net.de

✉ **dgi-Leitung der Geschäftsstelle**
Dr. Franz Trommel
Reinhardtstr. 1
D-10117 Berlin
E-Mail: trommel@dgi-net.de

16. Oktober 2025

Stellungnahme zum Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) Streichung der Leistungsgruppe 3 „Infektiologie“

Sehr geehrte Frau Vorsitzende Dr. Machalet,
sehr geehrte Mitglieder des Ausschusses für Gesundheit,

im Rahmen des laufenden Gesetzgebungsverfahrens zum Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) weisen wir als wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaften und Berufsverbände auf eine wesentliche Lücke im aktuellen Entwurf hin: die fehlende strukturelle und vergütungsrechtliche Verankerung der Infektiologie.

Die Deutsche Gesellschaft für Infektiologie (DGI) sowie die mitunterzeichnenden Fachgesellschaften und Berufsverbände begrüßen ausdrücklich das Ziel der Reform, Versorgungsqualität, Transparenz und Effizienz in der Krankenhauslandschaft zu stärken. Um diese Ziele zu erreichen, ist jedoch die Einbeziehung der **Leistungsgruppe Infektiologie** zwingend erforderlich. Sie stellt eine zentrale Voraussetzung dar, um qualitätsgesicherte Versorgung insbesondere bei komplexen Infektionen zu gewährleisten. Infektiologische Expertise wird in vielen klinischen Bereichen, insbesondere der Intensivmedizin, der Onkologie und Transplantationsmedizin als integraler Bestandteil einer qualitätsgesicherten Versorgung benötigt.

Die Einführung der Leistungsgruppe Infektiologie trägt daher erheblich dazu bei, die zentralen Ziele der Reform zu erreichen. Eine Zuordnung von Leistungen zu der Leistungsgruppe Infektiologie kann über die Systematik der Fachabteilungsschlüssel erfolgen.

Bedeutung der Infektiologie für Versorgungsqualität und Effizienz

Infektiologische Expertise verbessert nachweislich die Behandlungsqualität und die Effizienz bei schweren Infektionskrankheiten:

- Reduktion der Sterblichkeit um 20% bei *Staphylococcus-aureus*-Blutstrominfektionen (Rieg & Küpper, *Infection* 2016);
- Verbessertes Überleben und bessere Umsetzung von leitliniengerechten Therapien bei schweren Pilzinfektionen (Mohr et al., *Infection* 2020);
- Verkürzte Liegezeiten (Schmitt et al. 2019, Butt et al. 2015);

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

- Senkung des Antibiotikaverbrauchs und Reduktion der Entwicklung von Resistenzen (Cona et al. 2020);
- Signifikante Kostenreduktion für Kliniken und Kostenträger (Pilakos et al. 2022).

Diese exemplarischen Ergebnisse sind durch weitere zahlreiche Studien belegt und zeigen sehr klar, dass die strukturelle Vorhaltung der Infektiologie eine qualitätssichernde und zugleich kosteneffiziente Strukturkomponente stationärer Versorgung darstellt. Sie trägt zur Zielerreichung des KHAG – **Qualität und Effizienz** – unmittelbar bei.

Darüber hinaus wurden seit 2020 im Rahmen des Krankenhausentgeltgesetzes erhebliche öffentliche Mittel in die Weiterbildung sowie die Zusatzweiterbildung Infektiologie von Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin und Infektiologie investiert, die sich bei der dringend notwendigen Fortführung des Programms auf ca. 100 Millionen € belaufen werden. Ohne strukturelle Verankerung im Leistungsgruppensystem und in der Abrechnung laufen diese Investitionen ins Leere.

Ohne die strukturelle Verankerung der Infektiologie in der Krankenhausreform droht auch in der ambulanten Versorgung ein Verlust an qualifiziertem Nachwuchs, wissenschaftlicher Weiterentwicklung und sektorenübergreifender Versorgungskompetenz. Die Streichung der Leistungsgruppe Infektiologie schwächt daher auch unmittelbar die ambulante Versorgung. Sie gefährdet den Wissenstransfer, die Ausbildung zukünftiger Fachärztinnen und Fachärzte sowie die Umsetzung nationaler Strategien zur Resistenzprävention und Versorgungsqualität.

Technische Abbildung – Fachabteilungsschlüssel und OPS-Systematik

Für die sachgerechte Einordnung infektiologischer Leistungen stehen bereits heute geeignete technische Instrumente zur Verfügung:

1. Fachabteilungsschlüssel:

Der bestehende Fachabteilungsschlüssel 1400 „Innere Medizin und Infektiologie“ ermöglicht seit 2021 eine valide und bundesweit einheitliche Datengrundlage zur Ermittlung infektiologischer Fallzahlen und Leistungsspektren. Er kann als Grundlage für die Definition und Zuweisung einer eigenständigen Leistungsgruppe Infektiologie dienen, in Analogie zur Abbildung anderer internistischer Leistungsgruppen.

2. OPS-Kodes (Operationen- und Prozedurenschlüssel):

Langfristig ist eine präzisere OPS-Abbildung infektiologischer Leistungen erforderlich, um komplexe Beratungs- und Behandlungsleistungen systematisch zu ordnen, bewerten und vergüten zu können.

OPS-Kodes stellen keine neuen Abrechnungswünsche dar, sondern sind eine technische Voraussetzung für eine korrekte Fallzuordnung, Qualitätssteuerung und transparente Vergütung im Rahmen des reformierten Systems.

Ein abgestuftes Vorgehen – kurzfristig Nutzung der Fachabteilungsschlüssel, mittelfristig Ergänzung durch spezifische OPS-Kodes – ist sachgerecht, realistisch und systemkonform.

Änderungsvorschläge zum KHAG-Entwurf

1. Artikel 1 Nummer 15 (§ 135e SGB V – Anlage 1)

(Leistungsgruppen nach § 135e Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V)

Die Leistungsgruppe 3 „Infektiologie“ wird beibehalten.

Begründung:

Die Infektiologie ist ein eigenständiger, interdisziplinärer Versorgungsbereich mit zentraler Bedeutung für die stationäre Behandlung komplexer Infektionskrankheiten, das Management von Infektionen mit multiresistenten Erregern und die leitliniengerechte Umsetzung von Antibiotic-Stewardship-Programmen. Ihre eigenständige Abbildung als Leistungsgruppe gewährleistet eine sachgerechte Zuordnung qualitätsgesicherter Strukturen, insbesondere im Hinblick auf personelle und technische Ausstattung sowie auf konsiliarische und infektiologisch-medizinische Anforderungen.

Die Streichung der Infektiologie aus der Leistungsgruppensystematik würde zu einer Unterbewertung infektiologischer Versorgungsleistungen führen und steht im Widerspruch zu den Zielen des § 135e Absatz 1 Satz 2 SGB V, wonach die Qualitätskriterien den aktuellen Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse und eine leitliniengerechte, sichere Versorgung abbilden sollen.

Die unterzeichnenden Fachgesellschaften und Berufsverbände empfehlen daher dringend, die Leistungsgruppe 3 „Infektiologie“ wieder in die Anlage 1 aufzunehmen und die entsprechenden Qualitätskriterien im Rahmen der Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 SGB V auszugestalten.

2. § 6a KHG (Zuweisung von Leistungsgruppen)

In Ergänzung zur standortübergreifenden Anwendbarkeit, nach Absatz 1 soll folgender Absatz 1a eingefügt werden:

1a) Für Querschnittsleistungen, insbesondere der Infektiologie, kann die Zuweisung einer Leistungsgruppe auch standortübergreifend erfolgen, sofern die personellen und strukturellen Qualitätskriterien erfüllt sind.

Begründung:

Querschnittsleistungen wie die klinische Infektiologie werden häufig in Verbundstrukturen erbracht und sind nicht an einzelne Krankenhausstandorte gebunden. Eine standortübergreifende Zuweisung ermöglicht es den Ländern, die Anforderungen an eine qualitätsgesicherte infektiologische Versorgung praxistauglich umzusetzen.

3. § 39 KHG (Krankenhaus-Transformationsfonds)

Ergänzung eines förderfähigen Tatbestands:

Die unterzeichnenden Fachgesellschaften und Berufsgenossenschaften regen an, im Rahmen des § 39 KHG sicherzustellen, dass auch Vorhaben zur Stärkung infektiologischer Versorgungsstrukturen, etwa der Aufbau und die Weiterentwicklung interdisziplinärer Zentren sowie von infektiologischen Beratungseinrichtungen (Konsiliarservice) als

förderfähig anerkannt werden. Diese Strukturen sind zentrale Bestandteile der Transformation hin zu einer qualitätsorientierten, resilienten Krankenhausversorgung.

Zusammenfassung

Die Leistungsgruppe Infektiologie ist ein notwendiger Bestandteil für die vollständige Umsetzung der Krankenhausreform. Sie verbessert die Versorgungsqualität, stärkt die Krisenresilienz und sichert den wirtschaftlichen Mitteleinsatz durch Vermeidung von Komplikationen und Resistenzentwicklung.

Die kurzfristige Nutzung der bestehenden Fachabteilungsschlüssel als Datengrundlage und die mittelfristige Weiterentwicklung spezifischer OPS-Kodes zur präziseren Abbildung infektiologischer Leistungen unterstützen eine zügige, ressourcenschonende und strukturell nachhaltige Implementierung.

Die unterzeichnenden Fachgesellschaften und Berufsverbände bitten den Ausschuss für Gesundheit, diese Aspekte im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu berücksichtigen, um die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schweren und komplexen Infektionskrankheiten langfristig sicherzustellen.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Maria Vehreschild
Deutsche Gesellschaft für Infektiologie (DGI)

Mitunterzeichnende Fachgesellschaften sowie Berufs-, Fach- und Selbsthilfverbände:

Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten (BDI)

Deutsche AIDS-Gesellschaft (DAIG)

Deutsche Aidshilfe (DAH)

Deutsche Arbeitsgemeinschaft ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte für Infektionskrankheiten und HIV- Medizin (dagnä)

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)

Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO)

Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM)

Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI)

Deutsches Zentrum für Infektionsforschung (DZIF)

Gesellschaft für Virologie (GfV)

Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Infektionstherapie (PEG)

Stellungnahme
der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)
zum Kabinettsentwurf des Krankenhausreformenpassungsgesetzes
(KHAG, Drucksache 21/2512)

12.12.2025

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, im parlamentarischen Verfahren der Krankenhausreformgesetzgebung Stellung zu beziehen und fokussieren uns hier lediglich auf den Entwurf der Bundesregierung mit der Drucksache 21/2512, Anlage 1a).

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) und dem nun vorgelegten Entwurf für das Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) plant die Bundesregierung, die Anzahl der Krankenhausbetten zu verringern und die spezialisierte Versorgung zu bündeln.

Für die Kinder- und Jugendmedizin ist dieser Abbau nichts Neues. Aufgrund anhaltender Unterfinanzierung wurden in den letzten Jahren viele Kinderabteilungen geschlossen. Deutschlandweit gab es 2023 nur noch 323 pädiatrische Standorte mit abnehmender Tendenz. Anders als in der Erwachsenenmedizin besteht somit kein weiterer Konzentrationsbedarf.

Im KHVVG war neben der Leistungsgruppe (LG) 46 „Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ die LG 47 „Spezielle Kinder- und Jugendmedizin“ vorgesehen. Das ersatzlose Streichen der LG 47 „Spezielle Kinder- und Jugendmedizin“ im KHAG-Entwurf hat unsere Fachgesellschaft irritiert. Während nahezu alle wichtigen Fachbereiche der Erwachsenenmedizin berücksichtigt werden, werden die analogen Fachbereiche der speziellen Kinder- und Jugendmedizin nicht einmal benannt, sondern „ersatzlos gestrichen“.

Diese Stellungnahme bezieht das Ergebnis eines von der DGKJ (und anderen) beauftragten unabhängigen IGES-Gutachtens ein. Dieses plädiert für die Erhaltung der LG 47, um mittel- und langfristig die spezialfachärztliche Versorgung schwer und chronisch kranker Kinder und Jugendlicher sicherzustellen.

Die nachfolgenden Forderungen werden von der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKinD) und dem Verband Leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands (VLKKD) mitgetragen:

1. Das seit 2023 laufende Sondererlösvolumen für Kinder und Jugendliche von 288 Mio. Euro (§39 KHVVG/KHAG Förderbeträge) muss über das Jahr 2028 hinaus Bestand haben und dynamisiert werden, am ehesten als Zuschlag zu den r-DRGs mit ausschließlicher Bindung an die Leistungsgruppen (LG) der Pädiatrie, da nur dort die kindgerechte Versorgung vorgehalten wird.
2. Für die nicht-chirurgischen Erwachsenen-LG muss gelten, dass die Behandlung von Kindern und Jugendlichen bis zum Abschluss des 16. Lebensjahres den Leistungsgruppen der Pädiatrie zuzuordnen ist.
3. Die Nichtberücksichtigung der LG „Spezielle Kinder- und Jugendmedizin“ schwächt die Versorgung von schwer und chronisch kranken Kinder und Jugendlichen. Sie muss in der gesundheitspolitischen Diskussion als Qualitätsmerkmal benannt werden, auch wenn sie aktuell nicht belegt wird (für den Fall der Sofortbelegung siehe Anlage 2).
4. Es muss eine Evaluation der Gesetzesfolgen erfolgen. Eine Voraussetzung dafür ist, dass die LG „Spezielle Kinder- und Jugendmedizin“ in der Gesetzgebung weiterhin benannt wird.
5. In der LG 49 muss die Einschränkung „Leukämie und Lymphome“ gestrichen werden, damit die Kinderonkologie inklusive der soliden Tumoren, die mehr als die Hälfte der kinder-onkologischen Erkrankungen ausmachen, benannt wird.
6. Der obere 20 %-Korridor der Fallzahlausweitung, innerhalb dessen das Vorhaltekostenbudget unverändert bleibt, muss für Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin auf 5 % reduziert werden.

Kontakt:

DGKJ-Geschäftsstelle: Chausseestr. 128/129, 10115 Berlin
www.dgkj.de | Tel. +49 30 308 7779-0 | politik@dgkj.de
 Präsidentin: Prof. Dr. Ursula Felderhoff-Müser
 Generalsekretär: PD Dr. Burkhard Rodeck

Anlage 1:

Änderungs- und Ergänzungsvorschläge im Gesetz:

[Die Seitenzahlen unter „Bezug“ beziehen sich auf den KHAG-Entwurf wie er als Anlage 1a der Einladung zur Stellungnahme/Anhörung beigefügt war. Die aus unserer Sicht notwendigen Ergänzungen sind in roter Schrift und zusätzlich unterstrichen gekennzeichnet.]

Nr.	Bezug	Bisheriger/Vorgesehener Gesetzestext	DGKJ-Positionierung bzw. Änderungsvorschlag	Begründung
1	KHAG-Entwurf, Artikel 2, Nr. 10, § 39 KHG (S. 25f.)	[Einführung der Förderbeträge u.a. für die Pädiatrie um ein Jahr später infolge der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung.]	Wir fordern die Dynamisierung der Förderbeträge für den Bereich Pädiatrie. Zusätzlich müssen diese an die Leistungserbringung ausschließlich in pädiatrischen Abteilungen gekoppelt werden.	Die Kalkulationsbasis der Förderbeträge war das Jahr 2019. Sie wurden 2023 erstmals in Höhe von 288 Mio Euro/Jahr als Unterstützung zur Vorhaltung kindgerechter Strukturen gewährt. Kostenerhöhungen und Inflation müssen in die Kalkulation einfließen und regelmäßig angepasst werden.
2	KHAG-Entwurf, Anhang zu Art. 1, Nr. 15 (Anlage 1 zu § 135e (S. 64) und B. Besonderer Teil (S. 101)	„Zu Leistungsgruppe Nummer 47: Die Inhalte der Leistungsgruppe 47 Spezielle Kinder- und Jugendmedizin werden ersatzlos gestrichen. Um die Gesamtsystematik zu erhalten, bleibt die Ziffer 47 erhalten, die Leistungsgruppe ansonsten als ‘nicht belegt’ bezeichnet.“	Notwendig ist folgende Ergänzung in rot: „Die Inhalte der Leistungsgruppe 47 Spezielle Kinder- und Jugendmedizin <u>und Leistungsgruppe 16 Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie</u> werden <u>aktuell nicht belegt. Das InEK ist zu verpflichten, im LG-Grouper bei allen DRGs das Patientenalter zu berücksichtigen, um die Zuordnung in die Pädiatrischen Leistungsgruppen zu gewährleisten. Leistungen aus der konservativen (nicht operativen Kinder- und Jugendmedizin) müssen der Leistungsgruppe 46</u>	Ohne Umsetzung dieses Vorschlages würde es in der Zukunft keine Verpflichtung zur Weiterführung und Neubewertung der „Speziellen Kinder- und Jugendmedizin“ geben. Ohne formales Fortführen der LG 47 und LG 16 gibt es für die Bundesländer keine Verpflichtung, den Bereich zu beplanen. Ohne ein Verbleiben der LG 47 und LG 16 im KHAG ist es denkbar, dass aus ökonomischen Gründen Kinder und Jugendliche in Erwachsenenleistungsgruppen gesteuert werden, da es in diesen keine untere Altersbegrenzung gibt. Eine Behandlung ohne kinder- und jugendärztliche bzw. kinderchirurgische

			<u>zugeordnet werden (in Ausnahmefällen ab 16 Jahren auch in Erwachsenenabteilungen).</u> <u>Das InEK ist zu verpflichten, Leistungen von den in den Krankenhausdatensatz meldenden Kliniken mit einem bundeseinheitlichen Fachabteilungsschlüssel Kinder- und Jugendmedizin bzw. Kinder- und Jugendchirurgie zu kennzeichnen, wenn die Behandlung überwiegend in einer Abteilung/Klinik für Kinder- und Jugendmedizin bzw. Kinder- und Jugendchirurgie erfolgt ist. Wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, ist das InEK zu beauftragen, eine Kalkulation und Zuordnung zu den Leistungsbereichen der Leistungsgruppe 47 bzw. Leistungsgruppe 16 (KHVVG) vorzunehmen.“</u>	Kompetenz würde so möglich gemacht. Damit würde man eine der Intentionen der Krankenhausreform – die Steigerung der Behandlungsqualität – konterkarieren. Die gesetzliche Ergänzung der Verpflichtung des InEK sollte durch eine Ergänzung des KHVVG, Art. 2, Nr. 13, § 37 KHG Aufgaben des InEK, erfolgen.
3	KHAG-Entwurf: Anhang zu Art. 1, Nr. 15 (Anlage 1 zu § 135e) (S. 65)	„Leistungsgruppe 49, Kinder-Hämatologie und Onkologie - Leukämie und Lymphome.“	„Leistungsgruppe 49, Kinder-Hämatologie und Onkologie.“ [„Leukämie und Lymphome“ soll gestrichen werden]	Alle soliden Tumoren und Hirntumoren in der Kinder- und Jugendmedizin werden in der Kinder-Hämatologie und Onkologie behandelt und machen mehr als die Hälfte aller kinderonkologischen Neuerkrankungen aus. Die Einschränkung „Leukämie und Lymphome“ muss folgerichtig wegfallen.
4	KHAG-Entwurf, Art. 3, Nr. 8b (S. 32)	[Verschiebung der Abschaffung der Abschlüsse bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer von 2027 auf 2028.]	Wir plädieren für die Streichung von Art. 3, Nr. 8b.	Die Abschaffung der unteren Grenzverweildauer hat sich bereits in zwei Wintern als unkompliziert kurzfristig realisierbar, erfolgreich und vorteilhaft erwiesen. Sie entspannt die

				Belegungssituation in Hochbelegungszeiten und reduziert Bürokratie in erheblichem Maß. Vor allem aber kommt sie dem Wunsch der Patienten und ihren Familien nach einem frühestmöglichen Entlassungszeitpunkt entgegen.
Dringend notwendige Ergänzungen des KHAG:				
5	KHVVG, Art. 1, Nr. 5b: § 118b SGB V	„Pädiatrische Institutsambulanzen Pädiatrische Krankenhäuser und Krankenhäuser mit selbständigen pädiatrischen Fachabteilungen sind zur ambulanten kinder- und jugendärztlichen Behandlung von versicherten Kindern und Jugendlichen, die aufgrund der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der Behandlung durch ein Krankenhaus bedürfen, ermächtigt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft 1. die Gruppe derjenigen pädiatrischen Patienten, die nach Satz 1 aufgrund der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der Behandlung durch ein Krankenhaus bedürfen, 2. sächliche und personelle Voraussetzungen der Leistungserbringung sowie sonstige Anforderungen an die Qualitätssicherung. Kommt die Vereinbarung bis zum 1. Juni 2025 nicht	Wir halten ff. Änderung des §118b SGB V im KHAG für notwendig: [Ergänzung ist unterstrichen in roter Schrift]: „Pädiatrische Krankenhäuser und Krankenhäuser mit selbständigen pädiatrischen Fachabteilungen sind zur ambulanten kinder- und jugendärztlichen Behandlung von versicherten Kindern und Jugendlichen, die aufgrund der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der Behandlung durch ein Krankenhaus bedürfen, ermächtigt. <u>Der Zugang zu einer Pädiatrischen Institutsambulanz wird durch einen Überweisungsvorbehalt der Vertragsärzte (in der Regel Kinder- und Jugendärzte/innen) geregelt.</u>“	Eine Definition der Patientengruppen durch die Selbstverwaltungspartner, die Zugang zur Pädiatrischen Institutsambulanz haben sollen, würde als Voraussetzung eine bereits feststehende Diagnose verlangen, die bei einem Großteil der Patienten nicht vorliegt. Diese kommen zur differenzial-diagnostischen Abklärung in die Institutsambulanz, daher wird der Überweisungsvorbehalt durch die Vertragsärzte gefordert.

		zustande, legt das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a Absatz 2 den Inhalt der Vereinbarung fest.“		
6	KHVVG, Art. 1, Nr. 24 (§ 427 SGB V) und KHAG-Entwurf: Begründung, Allg. Teil: VIII. Befristung; Evaluierung (S. 85)	„Evaluation des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes“ „Die Regelungen der Krankenhausreform, die mit diesem Gesetzentwurf angepasst werden, werden im Rahmen eines lernenden Systems eingeführt. Es erfolgen laufende kritische Überprüfungsschritte und eine umfassende Evaluation, die bereits mit dem KHVVG festgelegt wurde. Unter anderem ist eine Evaluation der Wirkungen des KHVVG sowie zu den Auswirkungen der Einführung der Vorhaltevergütung und der Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen vorgesehen.“	Im KHAG muss eine Ergänzung des KHVVG § 427 erfolgen, in einem Punkt 5: „die Auswirkungen der nicht belegten Leistungsgruppe 47 auf die spezialärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen.“ [Die aus unserer Sicht notwendige Ergänzung ist unterstrichen in roter Schrift:] „Die Regelungen der Krankenhausreform, die mit diesem Gesetzentwurf angepasst werden, werden im Rahmen eines lernenden Systems eingeführt. Es erfolgen laufende kritische Überprüfungsschritte und eine umfassende Evaluation, die bereits mit dem KHVVG festgelegt wurde. Unter anderem ist eine Evaluation der Wirkungen des KHVVG sowie zu den Auswirkungen der Einführung der Vorhaltevergütung und der Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen vorgesehen. <u>Zusätzlich ist eine Evaluation der Auswirkungen des KHAG sowie zu den Auswirkungen der Einführung der Vorhaltevergütung und der Förderung der</u>	Eine verpflichtende Evaluation der Auswirkungen auf die Leitungsbereiche der „Speziellen Kinder- und Jugendmedizin“ bzw. der „Speziellen Kinder- und Jugendchirurgie“ muss gesetzlich explizit vorgeschrieben werden.

			<u>Spezialisierung bei der Erbringung von Leistungen in den Leistungsbereichen der Speziellen Kinder- und Jugendmedizin und Speziellen Kinder- und Jugendchirurgie (LG 47 und LG 16 KHVVG) vorzusehen.“</u>	
7	KHVVG, Art. 2, Nr. 13: § 37 KHG, Absatz 2 (S.31)	„die jeweils aktuellste Anzahl der mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergüteten Fälle des betreffenden Krankenhausstandorts, für die nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes Leistungsdaten übermittelt wurden, um mehr als 20 Prozent von der bei der jeweils vorangegangenen Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils berücksichtigten Anzahl der Fälle abweicht, wobei für die an einer Leistungsverlagerung im Sinne des § 135f Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beteiligten Krankenhausstandorte jeweils die Anzahl der von der Leistungsverlagerung betroffenen Fälle erhöhend oder absenkend zu berücksichtigen ist“	Der Korridor muss für Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin auf maximal 5 % festgelegt werden.	Im KHVVG ist ein 20-Prozent-Korridor angedacht, der vorsieht, dass das Vorhaltebudget in einem Korridor von 20 Prozent mehr oder weniger Fallzahlen unverändert bleibt. Damit ist eine Anpassung der Vorhaltekostenfinanzierung für Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin praktisch ausgeschlossen. Diese sind auf Grund der bereits stattgehabten Konzentration auf aktuell etwa 320 Standorte und der naturgemäß begrenzten Anzahl von pädiatrischen Patienten dazu nicht in der Lage.

Anlage 2:

Falls die Leistungsgruppe 47 „Spezielle Kinder- und Jugendmedizin“ im KHAG doch sofort belegt werden sollte, sind zwingend Änderungen gegenüber der KHVVG-Fassung notwendig. Der wichtigste Punkt betrifft die personelle Ausstattung:

- Von den fünf FÄ Kinder- und Jugendmedizin sollten jeweils zwei FÄ über eine pädiatrische Schwerpunktweiterbildung verfügen.

Begründung:

In der Pädiatrie gibt es im Vergleich zur Erwachsenenmedizin sehr viel kleinere Patientenzahlen, was sich notwendigerweise auch in weniger Personalbedarf niederschlägt. Daher dürfen hier nicht die personellen Vorgaben aus der Inneren Medizin auf die Kinder- und Jugendmedizin übertragen werden.

Stellungnahme des Medizinischen Dienstes Bund

zum

**Entwurf eines
Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform
(Krankenhausreformenpassungsgesetz - KHAG)**

BT-Drucksache 21/2512

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Inhalt der Stellungnahme

<i>I</i>	<i>Vorbemerkungen.....</i>	<i>3</i>
<i>II</i>	<i>Stellungnahme zum Gesetzentwurf.....</i>	<i>4</i>
	<i>Zu Artikel 1 Nr. 11, § 275a SGB V, Prüfungen zu Qualitätskriterien, Strukturmerkmalen und Qualitätsanforderungen in Krankenhäusern</i>	<i>4</i>
	<i>Zu Artikel 1 Nr. 13 c) bb), § 283 Absatz 5 SGB V, Ergebnisdatenbank des Medizinischen Dienstes Bund...</i>	<i>6</i>

I Vorbemerkungen

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wurde in der vergangenen Wahlperiode eine Krankenhausreform beschlossen, die verschiedene Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus vorsah. Der Medizinische Dienst Bund hat diese Reform und das mit ihr angestrebte Ziel stets ausdrücklich begrüßt. Es ist im Sinne der Patientinnen und Patienten, wenn komplexe Leistungen auf dafür besonders qualifizierte Kliniken konzentriert werden und darüber hinaus die Grundversorgung sichergestellt ist.

Der nun vorliegende Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformanpassungsgesetz – KHAG) soll die praktische Umsetzung der mit dem KHVVG vorgenommenen Änderungen erleichtern und praxisgerecht fortentwickeln. Gemäß den hierzu bereits im schwarz-roten Koalitionsvertrag beschlossenen Maßgaben sollen unter anderem Ausnahmeregelungen für die Zuweisung von Leistungsgruppen und Kooperationsmöglichkeiten zwischen Krankenhäusern und weiteren Leistungserbringern erweitert werden.

Der Medizinische Dienst Bund regt folgende Anpassungen des Entwurfs an:

- Es wird ausdrücklich begrüßt, dass in der Ergebnisdatenbank des Medizinischen Dienstes Bund nun auch personenbezogene Daten verarbeitet werden können. Dies ist zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben in bestimmten Fällen erforderlich. Der vorgesehene gesetzliche Regelungsvorschlag ist jedoch schwer verständlich und greift zu kurz. Entsprechend wird hier eine gesetzliche Klarstellung vorgeschlagen.
- Es ist vorgesehen, dass der Medizinische Dienst eine beauftragte Leistungsgruppenprüfung unverzüglich durchzuführen und in der Regel innerhalb von zehn Wochen ab dem Zeitpunkt des Beginns der Prüfung mit einem Gutachten abzuschließen hat. Hier ist weiterhin klarzustellen, dass diese Frist erst beginnt, wenn alle erforderlichen Unterlagen beim Medizinischen Dienst vorliegen. Daneben sollte klargestellt werden, dass diese Frist für erstmalige Leistungsgruppenprüfungen nicht gilt.

Um zu verhindern, dass die erweiterten Möglichkeiten zur Abweichung von Qualitätsstandards zu Lasten der Sicherheit der Patientinnen und Patienten gehen, sollte die kurzfristige Einführung eines Meldesystems für gravierende vermeidbare unerwünschte Ereignisse (Never Events) nun gesetzlich geregelt werden.

II Stellungnahme zum Gesetzentwurf

Zu Artikel 1 Nr. 11, § 275a SGB V, Prüfungen zu Qualitätskriterien, Strukturmerkmalen und Qualitätsanforderungen in Krankenhäusern

Die Regelung sieht Fristenanpassungen vor, um den Ländern mehr Zeit zur Umsetzung ihrer Planungen auch auf Grundlage der in diesem Gesetz vorgenommenen Anpassungen bei Leistungsgruppen und Qualitätskriterien einzuräumen. Die Frist für die Beauftragung der erstmaligen Leistungsgruppenprüfungen durch den Medizinischen Dienst wird entsprechend auf den 31. Dezember 2025 verschoben. Der Abschluss der Prüfungen hat bis zum 31. Juli 2026 zu erfolgen.

Bewertung:

Der Entwurf sieht zwar Fristanpassungen für die erstmalige Leistungsgruppenprüfung durch den Medizinischen Dienst vor. Da das KHAG jedoch voraussichtlich erst nach dem 31.12.2025 in Kraft treten wird, musste die Beauftragung nach bestehender Rechtslage bis zum 30.09.2025 abgeschlossen sein. Auch mussten die Prüfungen auf der aktuellen Rechtslage durchgeführt und ggf. bereits abgeschlossen werden. Im vorliegenden Entwurf des KHAG sind wesentliche Änderungen enthalten, die Einfluss auf die Begutachtung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen durch die Medizinischen Dienste haben werden. Im KHAG fehlen jedoch Bestimmungen, die klarstellen, wie mit der Änderung der Rechtslage im laufenden Zyklus der erstmaligen Leistungsgruppenprüfung umgegangen werden soll.

Zudem ist in Bezug auf die Prüfungen durch den Medizinischen Dienst noch folgende Anpassung vorzunehmen:

§ 275a Absatz 2 Satz 5 SGB V: Zehn-Wochen-Frist

§ 275a Absatz 2 Satz 5 SGB V wird wie folgt gefasst:

“Der Medizinische Dienst hat eine auf Grund von Satz 1, 2 oder 3 beauftragte Prüfung unverzüglich durchzuführen und in der Regel innerhalb von zehn Wochen ab dem Zeitpunkt des Beginns der Prüfung Eingangs der vom Krankenhaus zu übermittelnden vollständigen Prüfunterlagen und Nachweise beim Medizinischen Dienst mit einem Gutachten abzuschließen und dieses allein der beauftragenden Stelle zuzusenden.”

Begründung:

Die Zehn-Wochen-Frist zur Erstellung der Gutachten soll “ab dem Zeitpunkt des Beginns der Prüfung” beginnen. Gemäß der bereits im KHVVG enthaltenen Begründung bedeutet dies, dass der Medizinische Dienst “unverzüglich nach Eingang einer Beauftragung zu beginnen und die Prüfung im Regelfall innerhalb von zehn Wochen ab dem Zeitpunkt des Beginns der Prüfung abzuschließen” hat. Problematisch ist hier, dass mit der Beauftragung noch keine Unterlagen des Krankenhauses vorliegen, die Krankenhäuser nach § 275a Absatz 1 Satz 7 SGB V aber sechs Wochen Zeit haben für die Übermittlung der Unterlagen nach der Anforderung durch den Medizinischen Dienst. Das würde letztlich bedeuten, dass

für den Medizinischen Dienst die Zeit für die Prüfung, die Vorarbeit und die Begutachtung der vom Krankenhaus übermittelten Unterlagen nur noch vier Wochen beträgt. Sollten vom Krankenhaus übermittelte Unterlagen unvollständig sein und der Medizinische Dienst daher Unterlagen nachfordern müssen, so verkürzt sich diese Zeit weiter.

Zudem sollte klargestellt werden, dass diese Frist bei erstmaliger Prüfung nicht gilt, da sie der Fristlogik von erstmaliger Beauftragung und erstmaligem Abschluss der Prüfungen (sieben Monate nach Abschluss der Beauftragung) nicht folgt.

Zu Artikel 1 Nr. 13 c) bb), § 283 Absatz 5 SGB V, Ergebnisdatenbank des Medizinischen Dienstes Bund

§ 283 Absatz 5 Satz 4 SGB V sieht bislang vor, dass die Verarbeitung und Veröffentlichung der Daten in der Datenbank des Medizinischen Dienstes Bund ohne Personenbezug erfolgt. Dies soll mit der vorliegenden Regelung angepasst werden. Zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund sei die Verarbeitung personenbezogener Daten in bestimmten Fällen erforderlich.

Die Erforderlichkeit der Verarbeitung personenbezogener Daten muss in der Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V jedoch im Einzelnen festgelegt und begründet werden. In der Datenbank des Medizinischen Dienstes Bund dürfen nur dort personen- und einrichtungsbezogene Daten verarbeitet werden, wo es für die Erstellung eines Prügutachtens erforderlich ist.

Bewertung:

Die Möglichkeit, dass in der Ergebnisdatenbank auch personenbezogene Daten verarbeitet werden, wird ausdrücklich begrüßt. Dies ist zur Erfüllung der gesetzlich vorgegebenen Aufgaben sowie zur Erreichung des Zwecks erforderlich.

Im Gutachten des Medizinischen Dienstes muss etwa insbesondere für das jeweils geprüfte Krankenhaus nachvollziehbar sein, welches ärztliche Personal durch den Medizinischen Dienst bei welchen Leistungsgruppen im Rahmen der Prüfung berücksichtigt wurde. Auch müssen bei der Erfüllung von Qualitätskriterien im Rahmen von Kooperationen Angaben zum Kooperationspartner enthalten sein. Da die Prügutachten der Medizinischen Dienste Gegenstand der Datenbank des Medizinischen Dienstes Bund sind, muss eine Verarbeitung personen- und einrichtungsbezogener Daten in der Datenbank des Medizinischen Dienstes Bund möglich sein.

Der vorgesehene gesetzliche Regelungsvorschlag ist jedoch schwer verständlich und greift zu kurz. Zum einen greift sie nicht alle in § 275a Absatz 1 Satz 1 SGB V genannten Prüfungen auf. Zum anderen hat die Datenbank den Zweck, Übermittlungswege zu ersetzen (siehe § 275a Absatz 11 SGB V). Dabei handelt es sich u.a. um Aufgaben, die den Medizinischen Diensten und nicht dem Medizinischen Dienstes Bund zugewiesen wurden. Auch für den vollständigen Ersatz der dort genannten Übermittlungen ist es erforderlich, dass personenbezogene Daten verarbeitet werden dürfen. Daher wird zur Konkretisierung die folgende Anpassung vorgeschlagen.

Änderungsvorschlag:

§ 283 Absatz 5 Satz 4 SGB V wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Der Medizinische Dienst Bund darf personen- und einrichtungsbezogene Daten in der Datenbank verarbeiten, soweit dies erforderlich ist, ~~um die ihm nach § 275a Absatz 2 Satz 5 und Absatz 4 Satz 1 in Verbindung mit Satz 1 Nummer 1 zugewiesenen Aufgaben zu erfüllen~~; die Erforderlichkeit der Verarbeitung personenbezogener Daten zu diesem Zweck ist jeweils in der Richtlinie nach

Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 zu begründen. Im Übrigen erfolgt die Verarbeitung und Veröffentlichung der Daten in der Datenbank ohne Personenbezug.“



DGIIN
Deutsche Gesellschaft für
Internistische Intensivmedizin
und Notfallmedizin

Prof. Dr. Matthias Kochanek
Universitätsklinikum Köln | Klinik für Innere Medizin I
Kerpener Str. 62 | 50931 Köln

Deutscher Bundestag
Ausschuss Gesundheit

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)49(14)
gel. VB zur öffent. Anh. am
17.12.2025 - KHAG
15.12.2025

Deutsche Gesellschaft für Internistische
Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V.
Geschäftsstelle
An der Wuhlheide 232 A, 12459 Berlin
Telefon: 030 2900659-4
Telefax: 030 2900659-5
E-mail: gs@dgiin.de
www.dgiin.de

Köln, 15.12.2025

Betr.: Stellungnahme zur Anhörung Krankenhausreformenpassungsgesetz
(KHAG) der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensiv- und
Notfallmedizin DGIIN e.V.

Stellungnahme der DGIIN zum KHAG

Die Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensiv- und Notfallmedizin bewertet den aktuellen Referentenentwurf zum Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) nicht als Fortschritt, sondern als gravierende Verschlechterung gegenüber den ursprünglichen Reformzielen. Aus Sicht der Gesellschaft wird die zentrale Zielsetzung der Reform – nämlich eine qualitativ hochwertige Versorgung und die Bündelung spezialisierter Leistungen an ausgewählten Standorten – durch die vorgelegten Änderungen weitgehend entkräftet. Die umfangreichen Rücknahmen und Aufweichungen im Entwurf konterkarieren die ursprüngliche Absicht der Reform und werfen nach Einschätzung der Gesellschaft erhebliche Zweifel an der Verlässlichkeit und Nachhaltigkeit politischer Entscheidungen im Gesundheitswesen auf.

Insbesondere erachten wir die folgenden Aspekte als nicht hinnehmbar:

1. Die derzeit vorgesehenen **Ausnahmeregelungen für die Zuweisung von Leistungsgruppen** sind aus qualitativer und versorgungspolitischer Sicht problematisch. Sie erlauben den Ländern, von den im KHVVG und KHAG verankerten Strukturvoraussetzungen abzuweichen, ohne dass hierfür verbindliche und nachvollziehbare Kriterien festgelegt sind. Die im ursprünglichen Reformrahmen vorgesehenen Strukturvorgaben stellen bereits den notwendigen Mindestrahmen für eine patientengerechte und qualitativ hochwertige Versorgung dar. Werden diese Mindeststandards durch großzügige Ausnahmen unterschritten, droht die Gefahr, dass die intendierten Verbesserungen der Versorgungsqualität und Patientensicherheit durch die Reform unterlaufen werden. Ausnahmen sollten daher ausschließlich auf Basis klar definierter, transparenter und

Präsident

Prof. Dr. Matthias Kochanek
Köln

Generalsekretär

Prof. Dr. Uwe Janssens
Eschweiler

Präsident elect

Prof. Dr. Hans-Jörg Busch
Freiburg

Past Präsident

Prof. Dr. Christian Karagiannidis
Köln

Schatzmeisterin

Prof. Dr. Pia Lebiecz
Münster

Medizinischer Geschäftsführer

Prof. Dr. Karl Werdan
Halle (Saale)

Vereinsregister Berlin
VR Nr. 17628 B

Bankverbindung der DGIIN:
Deutsche Apotheker- und Ärztekbank
IBAN: DE69 3006 0601
0006 1629 75
BIC: DAAEEDDD

nachprüfbarer Versorgungserfordernisse gewährt werden – nicht nach individualpolitischen Präferenzen der Bundesländer. Ansonsten besteht das Risiko, die Strukturreform in ihrer Wirkung zu schwächen und die Zielsetzung einer flächendeckenden, qualitätsgesicherten Krankenhausversorgung zu verfehlen.

Vorschlag: Wird festgestellt, dass ein Krankenhaus die Mindeststrukturvoraussetzungen für eine zugewiesene Leistungsgruppe nicht erfüllt, soll dem Krankenhaus ein Zeitraum von sechs Monaten eingeräumt werden, um die bestehenden Defizite zu beheben. Erfolgt innerhalb dieses Zeitraums keine vollständige Nachbesserung und der Nachweis der Erfüllung aller erforderlichen Strukturvoraussetzungen, ist die Zuweisung der betreffenden Leistungsgruppe zu widerrufen.

2. Die DGIIN spricht sich mit aller Entschiedenheit gegen die im Referentenentwurf des KHAG vorgesehene **vollständige Streichung der Leistungsgruppen Infektiologie, Notfallmedizin und Kinderchirurgie** aus. Die DGIIN hält diesen Schritt für fachlich in keiner Weise nachvollziehbar. Zu keinem Zeitpunkt haben die jüngsten Entwicklungen in Medizin und Gesellschaft Anlass gegeben, den Versorgungsauftrag dieser Disziplinen zu relativieren oder gar zu streichen. Im Gegenteil: Die Covid-19-Pandemie hat eindrücklich bewiesen, wie unverzichtbar eine umfassende Notfallversorgung und spezialisierte Infektiologie für die Sicherheit der Bevölkerung sind. Das gilt ebenso für die Leistungen der Kinderchirurgie, die einen zentralen Beitrag zur Versorgung junger Patientinnen und Patienten leisten. Besonders unverständlich und **gesundheitspolitisch fahrlässig** ist die Streichung der Leistungsgruppe 65 "Notfallmedizin" im Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG), die einen zentralen Bereich der Krankenversorgung betrifft: Im Jahr 2023 wurden 12,4 Millionen ambulante Notfälle in deutschen Krankenhäusern behandelt. Dies entspricht einem Durchschnitt von etwa 34.000 Patienten täglich. Diese Zahl stellt einen neuen Höchststand seit Beginn der systematischen Erfassung im Jahr 2018 dar. Schon jetzt ist die Notfallversorgung **völlig unterfinanziert** und kann die dramatisch zunehmenden Patientenzahlen kurz- und mittelfristig nicht mehr sachgerecht mit der erwarteten Qualität versorgen. Die Vergütung der Versorgung innerhalb der Notaufnahmestrukturen bildet seit Jahren nicht die hohen Vorhaltekosten ab, während gleichzeitig modernste Diagnostikeinheiten wie CT, MRT und qualifiziertes Personal für 365 Tage rund um die Uhr vorgehalten werden müssen. Der demografische Wandel verschärft diese Situation zusätzlich dramatisch: **Etwa 40 Prozent aller erwachsenen Notfallpatienten sind bereits über 65 Jahre alt.** Diese älteren Patienten sind im Vergleich zu jüngeren dringlicher behandlungsbedürftig, weisen komplexere Krankheitsbilder auf und benötigen längere Behandlungszeiten. Die Anzahl der älteren Hilfesuchenden in

Notaufnahmen steigt überproportional - beispielsweise um 6 Prozent bei über 80-Jährigen gegenüber nur 3 Prozent bei jüngeren Gruppen. Diese Entwicklung wird sich in den kommenden Jahren durch die weitere demografische Alterung massiv verstärken. Die Streichung der Leistungsgruppe 65 "Notfallmedizin" hat **weitreichende Auswirkungen auf das gesamte System der Versorgungsstufen (Level-System)**, da diese Leistungsgruppe eine zentrale Rolle in den G-BA-Vorgaben zu den dreistufigen Notfallstrukturen spielt. Ohne die **strukturellen Qualitätsvorgaben**, die in der Charakterisierung einer Leistungsgruppe verankert sind, ist eine **qualitative Schwächung der Notfallmedizin und eine Patientengefährdung zu befürchten**. Die meisten Kliniken werden aufgrund der unzureichenden Refinanzierung die notwendigen Strukturverbesserungen nicht aus eigenem Antrieb vornehmen. Die Entscheidung zur Streichung der Leistungsgruppe Notfallmedizin steht damit im direkten Widerspruch zu den gesundheitspolitischen Notwendigkeiten und gefährdet die Qualität und Sicherheit der notfallmedizinischen Versorgung von Millionen von Patienten in Deutschland.

Die DGIIN fordert stattdessen, die essenziellen Leistungsgruppen – darunter insbesondere die Innere Medizin, Angiologie sowie die genannten Bereiche Infektiologie, Notfallmedizin und Kinderchirurgie – weiter zu stärken und das Angebot bedarfsgerecht zu erweitern. Eine Ausweitung anstelle einer Verengung ist angesichts der Versorgungsrealität, des demografischen Wandels und zunehmender medizinischer Herausforderungen dringend geboten.

Die geplante Streichung wichtiger Leistungsgruppen konterkariert die Ziele einer hochwertigen, flächendeckenden und resilienten medizinischen Versorgung und steht damit aus Sicht der DGIIN in klarem Widerspruch zu den gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Erfordernissen der kommenden Jahre. **Vorschlag:** Den benannten Leistungsgruppen sollte in den nächsten 2 Jahren über den INEK-Grouper keine Fälle zugeordnet werden, aber die Strukturvoraussetzungen gelten. Eine Zuweisung kann dann entwickelt werden. Wir plädieren zudem grundsätzlich dafür der LG Notfallmedizin keine Fällen über den INEK-Grouper zuzuweisen, sondern eine echte, mindestens 80 prozentige Vorhaltevergütung einzuführen, stratifiziert nach den drei Notfallstufen.

3. Die geplante **Verschiebung des Beginns der Vorhaltevergütung** löst keinerlei Probleme, sondern verschärft die aktuellen nochmals um mindestens 12 Monate. Die erneute Verschiebung um ein Jahr stellt keine sachgerechte Anpassung dar, sondern zeigt deutliche Defizite in der konsequenten Umsetzung dringend benötigter Strukturreformen im Gesundheitswesen. Statt entschlossener und nachhaltiger Reformschritte wird eine Verzögerungstaktik verfolgt, die bestehende Herausforderungen weiter verstärkt und die ohnehin stark beanspruchten Akteure im Krankenhausbereich zusätzlich

belastet.

Vorschlag: Eine beschleunigte Einführung der Vorhaltevergütung, bereits vor dem 1. Januar 2028, sollte ernsthaft in Betracht gezogen werden.

4. Ein besonders gravierender und aus Sicht der DGIIN völlig inakzeptabler Aspekt des vorliegenden Referentenentwurfs ist die **geplante Streichung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung** (PpUGV) als Qualitätskriterium aus der Leistungsgruppensystematik. Diese Maßnahme stellt einen gefährlichen Rückschritt in der Qualitätssicherung dar und wird von der DGIIN kategorisch zurückgewiesen. Die Pflegepersonaluntergrenzen, die seit 2019 in pflegesensitiven Krankenhausbereichen gelten und kontinuierlich auf weitere Bereiche ausgeweitet wurden, sind derzeit das einzige verbindliche und flächendeckend wirksame Instrument zur Sicherung pflegerischer Mindeststandards im deutschen Krankenhauswesen. Sie definieren konkret, wie viele Pflegekräfte mindestens auf bestimmten Stationen arbeiten müssen – etwa in der Intensivmedizin mit einem Verhältnis von 2:1 in der Tagschicht und 3:1 in der Nachtschicht, oder in der Geriatrie mit 10:1 bzw. 20:1. Die im Referentenentwurf vorgesehene Begründung – Bürokratieabbau, Abbau von Doppelregelungen und vermeintliche Zweifel an der Wirksamkeit – ist aus medizinischer und versorgungspolitischer Sicht nicht nachvollziehbar. Gerade in der Intensivmedizin, wo die DGIIN ihre Kernkompetenz hat, sind die Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) ein essentieller Baustein der Patientensicherheit. Die komplexe Behandlung schwerkranker Patienten erfordert eine angemessene pflegerische Betreuung, die ohne verbindliche Mindeststandards gefährdet wäre. Internationale Studien und nationale Erfahrungen zeigen eindeutig, dass ein unzureichendes Pflegepersonal mit einer erhöhten Rate an Komplikationen wie nosokomialen Infektionen, Stürzen, Delirien und Medikationsfehlern verbunden ist. Insbesondere in der Intensivmedizin steigt bei zu hoher Arbeitsbelastung der Pflegefachpersonen das Risiko für eine unzureichende Überwachung, verspätete Interventionen und letztlich auch eine höhere Mortalität. Gleichzeitig verlängern sich Liegedauern und Rehabilitationsverläufe, was die Effizienz des gesamten Systems beeinträchtigt und zusätzliche Kosten verursacht. Damit gefährdet die Aufweichung der PpUG nicht nur die Sicherheit der Patientinnen und Patienten, sondern konterkariert auch die Ziele einer wirtschaftlich tragfähigen und qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung. Zwar soll die PpUGV formal bestehen bleiben, jedoch wird ihre Wirkung als Steuerungsinstrument in der Krankenhausplanung durch die Entkopplung von den Leistungsgruppen faktisch neutralisiert. Dies bedeutet, dass Pflegequalität künftig nicht mehr als planungsrelevantes Kriterium berücksichtigt wird – ein Umstand, der

mit dem Anspruch einer qualitätsorientierten Krankenhausreform unvereinbar ist.

Schon jetzt werden diese Untergrenzen in der Praxis häufig nicht als Sicherheitsnetz, sondern als faktische Sollgröße interpretiert. Ein Wegfall als planungsrelevantes Kriterium birgt die Gefahr, dass sich die ohnehin angespannte Personalsituation in allen pflegesensitiven Bereichen weiter verschärft.

Die DGIIN fordert daher die Bundesregierung nachdrücklich auf, von der geplanten Streichung der PpUG aus der Leistungsgruppensystematik Abstand zu nehmen.

Vorschlag: Stattdessen sollten PpUG als bundesweit einheitlich geltende, unveränderbare Basisstrukturmerkmale der Krankenhausplanung gestärkt und ebenso wie pflegesensitive Qualitätsindikatoren weiterentwickelt werden.

Fazit:

Die Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensiv- und Notfallmedizin ruft die politischen Entscheidungsträger dringend zur Kurskorrektur beim Krankenhausreformanpassungsgesetz auf:

1. Reformziele und Leistungsgruppen bewahren: Der aktuelle Referentenentwurf bedeutet eine erhebliche Verschlechterung gegenüber den ursprünglichen Zielen und entkräftet das Kernanliegen einer hochwertigen Versorgung durch Bündelung von Spezialleistungen. Die DGIIN fordert ausdrücklich die Beibehaltung der ursprünglich vorgesehenen Leistungsgruppen – insbesondere der Notfallmedizin –, um Qualität und Spezialisierung in der Versorgung zu sichern.

2. Mindeststandards und Pflegequalität garantieren: Ausnahmeregelungen ohne verbindliche Kriterien bedrohen eine patientengerechte Versorgung. Die Streichung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) als relevantes Qualitätsmerkmal schwächt die Reform und gefährdet die Patientensicherheit. Die DGIIN verlangt, sämtliche Qualitätsvorgaben, auch die PpUGV, als verbindliche Planungskriterien zu erhalten.

3. Verzögerungen beenden: Die erneute Verschiebung der Vorhaltevergütung verschärft die Herausforderungen und belastet die ohnehin stark beanspruchten Krankenhausakteure zusätzlich. Entscheidend ist eine glaubwürdige und konsequente Reformumsetzung.

4. Schnelles und entschlossenes Handeln: Die DGIIN fordert eine beschleunigte Einführung der Vorhaltevergütung vor dem 1. Januar 2028 und klare Qualitätsstandards für alle Versorgungsbereiche – besonders für die Notfallmedizin.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. M. Kochanek
Präsident DGIIN

**Stellungnahme der hauptamtlichen unparteiischen
Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)
vom 15.12.2025**

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

**Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der
Krankenhausreform**

(Krankenhausreformenpassungsgesetz – KHAG)

BT-Drs. 21/2512

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

I. Allgemeines

Mit dem Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) beabsichtigt die Bundesregierung, die mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) angestoßenen Reformen praxisgerecht fortzuentwickeln. Dazu gehören u. a. die Verschiebung zentraler Fristen, die Anpassung von Leistungsgruppen- und Qualitätskriterien, die Erweiterung von Ausnahmeregelungen sowie eine geänderte Finanzierung des Transformationsfonds.

Die Zielsetzung, die Umsetzbarkeit der Reform zu verbessern und gleichzeitig die Versorgungssicherheit zu gewährleisten, ist nachvollziehbar. Gleichwohl bestehen erhebliche Bedenken, ob die geplanten Änderungen in dieser Form den Anspruch einer strukturell tragfähigen und qualitätsorientierten bundesweit vergleichbaren Krankenhausversorgung einlösen können.

Kritisch zu sehen ist insbesondere, dass die vorgesehenen Ausnahmeregelungen zur Zuweisung von Leistungsgruppen bei Nichterfüllung von Qualitätskriterien die intendierte Qualitätsverbesserung verwässern können. Auch die mehrfachen Fristverlängerungen bergen die Gefahr, dass dringend notwendige Strukturveränderungen weiter verzögert werden. Die in der Gesetzesbegründung betonte Praxisnähe darf nicht dazu führen, dass zentrale Steuerungsinstrumente geschwächt werden.

Vor diesem Hintergrund erscheint eine sorgfältige Abwägung zwischen Flexibilität in der Umsetzung und der Sicherung der Reformziele zwingend erforderlich. Ohne klare und verbindliche Vorgaben droht das KHAG, mehr Umsetzungsaufschub als Reformfortschritt zu bewirken.

Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nehmen entsprechend der Betroffenheit des G-BA zu dem zugrundeliegenden Referentenentwurf im nachfolgenden Umfang auch unter Verweis auf die bereits erfolgten grundlegenden Ausführungen in ihren Stellungnahmen zum KHVVG vom 28. August 2023 und 23. September 2024 Stellung. Zu weiteren Aspekten wird aufgrund einer allenfalls mittelbaren Betroffenheit des G-BA auf eine Stellungnahme verzichtet.

Prof. Josef Hecken

(Unparteiischer Vorsitzender)

Karin Maag

(Unparteiisches Mitglied)

Dr. med. Bernhard van Treeck

(Unparteiisches Mitglied)

II. Spezifische Kommentare, die konkrete Teile des Dokuments betreffen

Nr im Entw	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch			
1	§ 109	Anpassung der Ausnahme für den Abschluss eines Versorgungsvertrags trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien	<u>Regelungsinhalt:</u> Durch die Änderung soll im Wesentlichen § 109 Absatz 3a Satz 4 bis 7 SGB V dergestalt ersetzt werden, dass (auch hier) die bisherigen Erreichbarkeitsvorgaben des § 6a Absatz 4 Satz 3 KHG als Ausnahmenvoraussetzung für den Abschluss eines Versorgungsvertrages mit einem Krankenhaus entfallen, das die Qualitätskriterien der zu vereinbarenden Leistungsgruppen nicht erfüllt. Nach der bisherigen Regelung ist der Abschluss eines Versorgungsvertrags zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung erforderlich, wenn ein anderes Krankenhaus, dem die jeweilige Leistungsgruppe nach § 6a Absatz 1 Satz 1 KHG zugewiesen ist oder das die jeweilige Leistungsgruppe in einem genehmigten Versorgungsvertrag vereinbart hat, für einen erheblichen Teil der Einwohner des jeweiligen Versorgungsgebiets nicht innerhalb der in § 6a Absatz 4 Satz 3 KHG genannten Fahrzeit mit einem Kraftfahrzeug erreichbar ist. Die danach maßgebliche Fahrzeit betrug für die Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie 30 Minuten und für die übrigen Leistungsgruppen 40 Minuten. <u>Begründung des Gesetzesentwurfs (S. 86 f.):</u> Entsprechend der Parallelvorschrift des § 6a KHG zur Leistungsgruppenzuweisung durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde seien nach der bisherigen Regelung zur Beurteilung der Erforderlichkeit der Ausnahme verbindliche Er-

Nr im Entw	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			reichbarkeitsvorgaben vorgesehen gewesen. Aufgrund der zur Umsetzung der im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode getroffenen Vereinbarung, dass die Länder zur Sicherstellung der stationären Versorgung besonders im ländlichen Raum erweiterte Möglichkeiten einer ausnahmsweisen Leistungsgruppenzuweisung erhalten sollen, würden in der Parallelvorschrift des § 6a Absatz 4 KHG die Erreichbarkeitsvorgaben entfallen. Diese Erreichbarkeitsvorgaben würden nunmehr auch vorliegend entfallen. Stattdessen hätten die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen innerhalb ihres eigenen Beurteilungsspielraums zu entscheiden, ob der Abschluss des Versorgungsvertrags zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich sei. <u>Bewertung:</u> Durch diese Änderung wird der durch das KHVVG bereits eröffnete und höchst bedenkliche Weg zu einer föderalen Fragmentierung und Absenkung des Qualitätsniveaus fortgesetzt und vertieft. Dieser Weg steht weiterhin in Widerspruch zu der nach den prägenden Strukturprinzipien des SGB V bundeseinheitlich zu gewährleistenden Qualitätssicherung. Ohne Sicherstellung eines bundeseinheitlichen Qualitätsniveaus der Leistungserbringung bleibt die auch durch das KHVVG selbst adressierte Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung der Patientinnen und Patienten auf einem qualitativ hohen Niveau nicht realisierbar. Nach der Begründung zum KHVVG (BT-Drs. 20/11854) vom 17. Juni 2024 sollten die gesetzlichen Erreichbarkeitskriterien zur Bemessung für die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung gerade eine bundesweit einheitliche Anwendung der ge-

Nr im Entw	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			regelten Ausnahme und damit eine insgesamt hohe Strukturqualität in der stationären Versorgung gewährleisten. Durch den Wegfall der bisher vorgesehenen Berücksichtigung der Fahrzeiten wird der Begriff „Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung“ entgegen dieser Zielsetzung folglich inhaltlich nahezu vollständig entleert und kann beliebig von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen auf Landesebene operationalisiert werden. Im Ergebnis wird mit diesem Gesetzesentwurf nochmals verdeutlicht, dass die Qualitätskriterien im Sinne von § 135e Abs. 1 SGB V keine auch nur annäherungsweise hinreichende Steuerungswirkung für das „Wie“ der Leistungserbringung haben können.
4	§ 135e	– Streichung Frist Erlass und Inkrafttreten LG-RVO – finanzielle und organisatorische Unterstützung der Patientenvertretung im Leistungsgruppen-Ausschuss – Vereinheitlichung Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern	<u>Regelungsinhalt:</u> Mit der Änderung entfällt insbesondere der bisherige Verweis von § 135e Absatz 4 Satz 2 Nummer 8 Buchstabe b) auf § 6a Absatz 4 Satz 2 und 3 KHG. <u>Begründung des Gesetzesentwurfs (S. 87 f.):</u> Die Regelung diene der Umsetzung der im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode getroffenen Vereinbarung, dass den Ländern zur Sicherstellung der stationären Versorgung besonders im ländlichen Raum Ausnahmen und erweiterte Kooperationen ermöglicht werden sollen. Dementsprechend seien die Möglichkeiten zur Ausnahme von der Erfüllung von Qualitätskriterien in § 6a Absatz 4 KHG erweitert worden. Im Zusammenhang mit dieser Erweiterung der Ausnahme werde auch die Kooperationsmöglichkeit zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erweitert. Demnach liege es künftig im alleinigen Beurteilungsspielraum der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde, in welchen Fällen und unter welchen

Nr im Entw	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		– Sonderregelung für Tages- und Nachtkliniken (Erfüllung zeitlicher Vorgaben nur zu jew. Betriebszeiten) – Vollzeitäquivalent: Anpassung anrechenbare Stundenanzahl von 40 auf 38,5 – Anpassung Berücksichtigung Belegärzte (voller vertragsärztlicher Versorgungsauftrag) – Streichung eines Verweises (entfallen)	Voraussetzungen (bspw. PKW-Fahrzeitminuten) die Erfüllung von Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich sei. <u>Bewertung:</u> Zur Bewertung der Streichung des Verweises von § 135e Abs. 4 Satz 2 Nr. 8 b SGB V auf § 6a Abs. 4 Satz 2 und 3 KHG wird auf die entsprechenden Ausführungen zur Änderung des § 109 Absatz 3a Satz 4 bis 7 SGB V verwiesen.
6	§ 136a	Verweisanpassung hebammengeleitete Kreißsäle	<u>Regelungsinhalt:</u> Im Wortlaut des § 136a Absatz 7 Satz 1 SGB V soll die Angabe „in seinen Richtlinien nach § 136 Absatz 1“ durch die Angabe „in einer Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13“ ersetzt werden. Ferner wird die entsprechende Geltung des § 136 Absatz 3 SGB V angeordnet.

Nr im Entw	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<u>Begründung des Gesetzesentwurfs (S. 90):</u> Bei dieser Ersetzung würde es sich um eine rechtstechnische Klarstellung handeln. § 136a Absatz 7 SGB V stelle eine Spezialermächtigung dar, die keine Bezugnahme auf § 136 Absatz 1 SGB V erfordere. Die vom G-BA festzulegenden sektorbezogenen Maßnahmen würden keine zwingend festzulegenden Mindestanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 darstellen, bei deren Nichterfüllung der G-BA nach § 137 Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 einen Wegfall des Vergütungsanspruchs für Leistungen vorsehen könne. Krankenhausstandorte, die die vom G-BA nach § 136a Absatz 7 festgelegten Maßnahmen erfüllen, könnten eine Förderung aus dem nach § 39 Absatz 2 Satz 3 KHG vorgesehenen Förderbetrag erhalten, mit dem die in der geburtshilflichen Versorgung bereits gut etablierten Strukturen für hebammengeleitete Kreißsäle durch finanzielle Positivanreize gestärkt werden sollen. Da es sich bei der in Absatz 7 geregelten Richtlinie nicht um eine Richtlinie nach § 136 Absatz 1 handeln solle, gelte das in § 136 Absatz 3 geregelte Beteiligungsrecht der genannten Organisationen entsprechend. <u>Bewertung:</u> Die beabsichtigten Änderungen und ihre Begründung stehen im offenen Widerspruch zu Wortlaut, Systematik als auch Sinn und Zweck der krankensicherungsrechtlichen Qualitätssicherungsvorschriften der §§ 136 ff. SGB V. Ebenso lassen sie sich nicht mit Wortlaut und Sinnzusammenhang der Förderungsvorschrift des § 39 Absatz 2 Satz 3 KHG vereinbaren.

Nr im Entw	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Auf die Qualitätsanforderungen nach §§ 136, 136a SGB V finden insbesondere die gesetzlichen Regelungen zu ihrer Prüfung und Durchsetzung gemäß §137 Absatz 1 und 3 SGB V gleichermaßen (uneingeschränkt) Anwendung. Ferner steht es auch weder im Belieben des G-BA, auf die Ausgestaltung von Mindestanforderungen zur Qualitätssicherung der Leistungserbringung eigenmächtig zu verzichten, noch losgelöst von der konkreten Ausgestaltung eine der gesetzlichen Anleitung des § 137 Absatz 1 SGB V nicht entsprechende Rechtsfolge festzulegen. Auch aus dem Sinnzusammenhang des § 136a Absatz 7 SGB V mit der geplanten Ersetzung der krankenhausesfinanzierungsrechtlichen Vorschrift des § 39 Absatz 2 Satz 3 KHG ergibt sich nichts anderes, da der Förderbetrag hiernach explizit nur für Krankenhausstandorte mit angestellter leitender Hebamme vorgesehen ist, die die vom G-BA nach § 136a Absatz 7 SGB V festgelegten Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Versorgung in Kreißsälen erfüllen. Es ist auch nicht erkennbar, dass im Allgemeinen Qualitätsanforderungen des SGB V nicht Hand in Hand mit krankenhausesfinanzierungs- und entgeltrechtlichen Sondertatbestände gehen könnten und auch gehen, wie beispielsweise § 17b Absatz 1a Satz 1 Nummer 4 und 5 KHG zeigt. In dieser Hinsicht erscheint auch weiterhin explizit regelungs- und erklärungsbedürftig, weshalb dies vorliegend nicht gerechtfertigt sein soll bzw. ist.
7	§ 136c	Spezialisierung Onkochirurgie: Abweichung von gesetzlich vorgegebener Prozentzahl für bestimmte	<u>Begründung des Gesetzesentwurfs (S. 91 f.):</u> Bislang gelte für die vom InEK gemäß § 40 KHG vorzunehmende Auswahl von Krankenhausstandorten, die onkochirurgische Leistungen nur in geringem Umfang erbringen und daher zukünftig einem partiellen Abrechnungsverbot nach § 8 Absatz 4 Satz 6 KHEntgG unterliegen würden, eine einheitliche quantitative Vorgabe. Der

Nr im Entw	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		Indikationsbereiche durch G-BA-Beschluss	neue Absatz 1 solle ein differenziertes Vorgehen ermöglichen, indem dem G-BA die Möglichkeit eingeräumt werde, für bestimmte Indikationsbereiche eine geringere Prozentzahl festzulegen als die ansonsten gesetzlich vorgesehenen 15 Prozent, wenn dies zur Aufrechterhaltung einer patienten- und bedarfsgerechten flächendeckenden Versorgung mit onkochirurgischen Leistungen zwingend erforderlich sei. Dadurch würden bereichsspezifische Unterschiede des Versorgungsangebotes und bestehende Steuerungsansätze berücksichtigt werden können. Insbesondere führe die Festlegung von Mindestmengen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 SGB V durch den G-BA in bestimmten Indikationsbereichen (insbesondere Brustkrebs) bereits zu einer Konzentration von Leistungen. Eine undifferenzierte Reduktion des Leistungsangebots könne die flächendeckende Versorgung gefährden. <u>Bewertung:</u> Um insbesondere die erwähnten unerwünschten Wechselwirkungen mit den Mindestmengenregelungen gemäß § 136b SGB V zu vermeiden, wird vorgeschlagen, von der Regelung des § 136c Absatz 1 SGB V abzusehen. Stattdessen sollte das eigenständige, spezifische Steuerungsinstrument der Mindestmengenregelungen des SGB V aus dem Anwendungsbereich des § 40 KHG ausgenommen sowie auch im Übrigen insbesondere von den Vorschriften zu den Mindestvorhaltezahlen gemäß § 135f SGB V insgesamt klar und eindeutig abgegrenzt werden. Im Ergebnis erscheint eine Festlegung weiterer Mindestmengen durch den G-BA im onkochirurgischen Leistungsbereich wesentlich zielführender. Damit würde zudem ein unnötiger zusätzlicher erheblicher fachlicher und technischer Aufwand für die Er-

Nr im Entw	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			mittlung und Bewertung der zur Aufrechterhaltung einer patienten- und bedarfsge-rechten flächendeckenden stationären Versorgung der Bevölkerung in Sinne der vor-gesehenen Regelung vermieden. Das eigenständige, spezifische und bundeseinheitlich ausgerichtete Qualitätssiche-rungsinstrument der Mindestmengenregelungen des SGB V kann allein schon wegen seines umfassend gesetzlich angeordneten Leistungsbewirkungs- und Abrechnungs-verbots einen effektiveren und wegen seiner wissenschaftlichen Evidenz auch einen wesentlich zielführenderen und rechtssichereren Wirkbeitrag zu der nach der Be-gründung des KHVVG zu § 40 KHG ebenfalls intendierten qualitätsgerechten Kon-zentration im Bereich der onkochirurgischen stationären Versorgungsstrukturen leis-ten. Im Unterschied zu den auf einer rein quantitativen bzw. rechnerischen Ableitung be-ruhenden Liste des InEK als Voraussetzung eines lediglich partiellen entgeltrechtli-chen Abrechnungsverbots, beruhen die Mindestmengenregelungen des SGB V insbe-sondere auf einer wissenschaftlich-evidenzbasierten Ermittlung und Bewertung der Abhängigkeit der Behandlungsqualität von der erbrachten Leistungsmenge sowie ei-ner entsprechend konkreten Datenanalyse zur Folgenabschätzung. Zudem führt die nach § 40 Absatz 2 KHG vorgesehene Liste des InEK gemäß § 8 Absatz 4 KHEntgG le-diglich zu einem partiellen entgeltrechtlichen Abrechnungsverbot, während für die Mindestmengenregelungen gemäß § 136b Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V ein umfas-sendes Leistungsbewirkungs- und Abrechnungsverbot gesetzlich angeordnet ist, wel-ches auch entgeltrechtlich in § 8 Absatz 4 Satz 2 KHEntgG seine Entsprechung findet. Vor diesem Hintergrund erscheint eine Berücksichtigung der in die Mindestmengen-regelungen des G-BA einbezogenen Leistungsbereiche im Rahmen der Liste des InEK

Nr im Entw	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			nicht nur überflüssig, sondern entfaltet erkennbar sogar unerwünschte und vermeidbare Folge- und Wechselwirkungen bzw. Beeinträchtigungen der beiden zu unterscheidenden Regelungsinstrumente. Insoweit bleibt unklar, wie sich die auf Grundlage des neuen § 136c Absatz 1 gewonnenen Erkenntnisse auf die Mindestmengen und weitere Richtlinien des G-BA auswirken werden. Im Allgemeinen dürfte es daher weiterhin an einer eindeutigen und klarstellenden gesetzlichen Abgrenzung und Unterscheidung zwischen den Regelungen im Kontext der Mindestvorhaltezahlen gemäß § 135f SGB V bzw. gemäß § 40 KHG auf der einen Seite und den Mindestmengenregelungen des G-BA gemäß § 136b SGB V auf der anderen Seite insgesamt fehlen. Der G-BA hat bereits auch über die in der Begründung des Gesetzentwurfs erwähnte Mindestmenge für chirurgische Behandlung des Brustkrebses hinaus weitere Mindestmengen mit einem konkret onkochirurgischen Anwendungsbereich festgelegt (z.B. zur thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen oder zur Rektum- und Kolonkarzinomchirurgie). Weitere Beratungsverfahren zur Festsetzung von Mindestmengen in diesem Leistungsbereich werden folgen bzw. sind bereits eingeleitet (z.B. für die Chirurgie bei Magenkarzinom und Karzinomen des gastroösophagealen Übergangs (AEG Typ I-III)).
neu	§136c § 21 KHEntgG	Klarstellende Regelungsvorschläge für Beauftragungen des IQTIG u.a. zur Folgenabschätzung und Weiterentwicklung der	Das IQTIG ist bereits nach geltender Rechtslage befugt, übermittelte Leistungsdaten gemäß § 21 KHEntgG sowohl für das Transparenzverzeichnis nach § 135d SGB V als auch für Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137a SGB V zu verarbeiten. Aufgrund von Schwierigkeiten bei Beauftragungen des IQTIG mit Datenauswertungen zur Folgenabschätzung und Weiterentwicklung der Vorgaben des Gemeinsamen

Nr im Entw	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		G-BA - Vorgaben nach § 136c	Bundesausschusses nach § 136c wird eine klarstellende Ergänzung des § 136c SGB V und des § 21 Absatz 3a KHEntgG vorgeschlagen. <u>Regelungsvorschlag für einen § 136c Absatz 7 (neu):</u> <i>„(7) Der Gemeinsame Bundesausschuss kann zur Folgenabschätzung und Weiterentwicklung seiner Vorgaben das Institut nach § 137a oder eine andere fachlich unabhängige, wissenschaftliche Stelle insbesondere auf Grundlage des § 21 Absatz 3a Krankenhausentgeltgesetz mit der Auswertung ausgewählter Leistungsdaten beauftragen. Für Beauftragungen des Instituts nach § 137a gilt § 137a Absatz 8 entsprechend.“</i> <u>Regelungsvorschlag für eine Ergänzung des § 21 Absatz 3a KHEntgG:</u> <i>„(3a) Das Institut nach § 137a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder eine andere vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beauftragte Stelle kann ausgewählte, gemäß Absatz 1 übermittelte Leistungsdaten nach Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe a bis f anfordern, soweit diese nach Art und Umfang notwendig und geeignet sind, um Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137a Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</i> <u>oder Aufträge nach § 136c Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</u> durchführen zu können.
neu	§ 136c § 5 Absatz 2 Satz 8 sowie § 9	Anforderungen der Notfallstufen-Regelungen auch für Sicherstellungs- und ländliche Krankenhäuser	Mit dem KHVVG wurde ausdrücklich geregelt, dass Sicherstellungszuschläge auch dann vereinbart werden können, wenn ein Krankenhaus an dem jeweiligen Standort die Anforderungen an die Notfallversorgung nach den Vorgaben des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V nicht erfüllt und nicht am gestuften System der Notfallstrukturen

Nr im Entw	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG		teilnimmt. Damit werden zwingend erforderliche Mindestanforderungen von der finanziellen Förderung strukturell entkoppelt. Die Sicherstellungszuschläge sollten gemäß der Intention des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) von 2015 jedoch gezielt diejenigen Krankenhäuser unterstützen, die tatsächlich zur Notfallversorgung beitragen, aber wirtschaftlich nicht überlebensfähig sind. Der Gesetzgeber hat damals unmissverständlich betont, dass eine Notfallversorgung in Sicherstellungskrankenhäusern notwendig vorzuhalten ist. Diese Zielsetzung wurde durch die Neuregelung im KHVVG unterlaufen. Nun können auch Krankenhäuser ohne die für eine Notfallversorgung zwingend erforderlichen Vorhaltungen und ohne entsprechend qualifiziertes Personal dauerhaft als Sicherstellungseinrichtungen geführt werden. Dadurch droht eine strukturelle Dequalifizierung der Versorgung. Zwar erreichen Patientinnen und Patienten rechnerisch innerhalb von 30 Minuten ein Krankenhaus, doch kann dieses keine adäquate Notfallversorgung leisten. Hinzu kommt ein weiterer systematischer Widerspruch: Der vorliegende Referentenentwurf zur Reform der Notfallversorgung sieht in zutreffender Weise vor, dass nur Krankenhäuser, die mindestens die Anforderungen der Basisnotfallstufe erfüllen, als Standorte für Integrierte Notfallzentren (INZ) in Betracht kommen. Die Notfallstufen des G-BA werden somit zu einem zentralen, planerisch maßgeblichen Kriterium für die künftige Struktur der Notfallversorgung. Es ist umso problematischer, wenn aufgrund der Regelungen in § 5 Absatz 2 Satz 8 sowie § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG keine bundeseinheitlichen Anforderungen an die Notfallversorgung durch Sicherstel-

Nr im Entw	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			lungskrankenhäuser gestellt werden. Dadurch werden Standorte finanziell unterstützt, die für die Reformziele nicht nutzbar sind, während zugleich die Zahl potenzieller INZ-Standorte reduziert wird. Vor diesem Hintergrund sollte die im KHVVG eingeführten Regelungen gestrichen werden, um eine kohärente, qualitätsgesicherte und verlässliche Notfallversorgung in Deutschland sicherzustellen. <u>Änderungsvorschlag:</u> 1. § 5 Absatz 2 Satz 8 KHEntgG wird gestrichen. 2. § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG wird durch die folgende Nummer 6 ersetzt: <i>„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;“</i>
15	Anlage 1	Austausch Anlage 1 mit folgenden Anpassungen: – Folgeanpassungen zur Vereinheitlichung von Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern	<u>Begründung des Gesetzesentwurfs (S. 96 ff.):</u> Die Anlage 1 zu § 135e werde neu gefasst. Unter der Einbeziehung der Empfehlungen des gemäß Absatz 3 eingerichteten Leistungsgruppen-Ausschusses seien in einigen Leistungsgruppen die Qualitätsvorgaben verändert worden. Insbesondere: <i>„Der Verweis auf die Einbeziehung der Erfüllung der PpUGV als Qualitätskriterium wird durchgängig gestrichen. Durch diese Streichung soll im Sinne des Bürokratieabbaus im Kontext der Leistungsgruppen auf eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst verzichtet werden, da diese keinen Mehrwert mit sich bringt. Die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen wird bereits nach den im § 137i SGB V festgelegten</i>

Nr im Entw	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		– Streichung Verweis auf Einbeziehung Erfüllung PpUGV – Redaktionelle Anpassung Verweise und Daten G-BA Richtlinien – Anpassung diverser Leistungsgruppen	<i>Regeln nachgewiesen und sanktioniert. Die Pflegepersonaluntergrenzen sind ein wichtiges Instrument, um die minimale notwendige Pflegepersonalausstattung in Krankenhäusern zu gewährleisten. Die vorliegende Regelung ändert nichts daran, dass die in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen für die pflegesensitiven Bereiche in Krankenhäusern verbindlich gelten und von den Krankenhäusern stets einzuhalten sind. Die Verweise sowie die Daten der letztmaligen Änderung von Beschlüssen des G-BA wurde im Anforderungsbereich Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen in den jeweils relevanten LG angepasst.“</i> <u>Bewertung:</u> Begrüßt wird die Aktualisierung der Verweise auf die in Bezug genommenen Regelungen und Richtlinien des G-BA. In der aktuell geltenden Fassung der Anlage 1 zu § 135e SGB V ist für eine Reihe von pflegeintensiven Leistungsgruppen die Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen als sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzung festgelegt. Mit der beabsichtigten Streichung dieser Strukturvoraussetzung in der Anlage 1 zu § 135e SGB V wird das einzige Qualitätskriterium zur Pflegepersonalausstattung in den Leistungsgruppen ersatzlos gestrichen, obwohl unumstritten sein dürfte, dass eine angemessene Personalausstattung in der Pflege im Krankenhaus für die Qualität der Patientenversorgung unabdingbar ist. Soweit die Streichung damit begründet wird, dass die Pflegepersonaluntergrenzen ohnehin verbindlich seien und durch die Streichung im Sinne von Bürokratieabbau Prüfaufwand verringert würde, vermag dies nicht zu überzeugen. Die Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen hat derzeit nach § 137i Absatz 5

Nr im Entw	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			SGB V lediglich retrospektiv die Vereinbarung von Vergütungsabschlägen oder einer Verringerung der Fallzahl zur Folge. Nach § 137i Absatz 4 Satz 1 SGB V ist der Erfüllungsgrad der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen schon jetzt u.a. gegenüber der jeweiligen für die Krankenhausplanung zuständigen Behörde durch Bestätigung eines Wirtschaftsprüfers nachzuweisen. Es ist nicht nachvollziehbar, warum die vorhandenen Informationen über die Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen als Qualitätskriterium von den Krankenhausplanungsbehörden bei Entscheidungen über die Zuweisung von Leistungsgruppen nicht mehr obligatorisch berücksichtigt werden sollen. Die aus der Streichung resultierende Reduktion der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen auf sachliche Ausstattung und personelle Ausstattung mit ärztlichem Personal wird der Bedeutung der Pflege für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung nicht gerecht. Im Ergebnis wird auch mit der beabsichtigten Streichung der Qualitätskriterien zur Pflegepersonalausstattung nochmals im Besonderen verdeutlicht, dass die Qualitätskriterien im Sinne von § 135e Abs. 1 SGB V keine auch nur annäherungsweise hinreichende Steuerungswirkung für das „Wie“ der Leistungserbringung haben können.

Art. 2: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes			
2	§ 6a	– Ergänzung, dass auch nach § 108 Nummer 4 SGB V zugelassene Krankenhäuser die Qualitätskriterien erfüllen müssen – Übergangsregelung für Länder, die bis zum 31.12.2024 Leistungsgruppen zugewiesen haben – Anpassung der Ausnahme für die Zuweisung von Leistungsgruppen trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien – Anpassung der Fristen zur Meldung der zugewiesenen Leistungsgruppen an InEK	<u>Regelungsinhalt:</u> Durch die Änderung soll u.a. § 6a Absatz 4 KHG dergestalt ersetzt werden, dass (auch hier) die bisherigen Erreichbarkeitsvorgaben des § 6a Absatz 4 Satz 3 KHG als Ausnahmenvoraussetzung für die Leistungsgruppenzuweisung an ein Krankenhaus, welches die maßgeblichen Qualitätskriterien der zu vereinbarenden Leistungsgruppen nicht erfüllt, entfallen. Darüber hinaus wird ein weiterer Ausnahmetatbestand für Betriebseinstellungen von Krankenhäusern bzw. für die Zusammenlegung von Krankenhausstandorten festgelegt. <u>Begründung des Gesetzesentwurfs (S. 102 f.):</u> Nach der bisherigen Regelung des Absatz 4 wären zur Beurteilung der Erforderlichkeit der Ausnahme verbindliche Erreichbarkeitsvorgaben vorgesehen. Diese Erreichbarkeitsvorgaben würden nunmehr entfallen. Stattdessen würden die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden innerhalb ihres eigenen Beurteilungsspielraums entscheiden, ob die Zuweisung einer Leistungsgruppe zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich sei. <u>Bewertung:</u> Zur Bewertung dieser Änderung wird auf die entsprechenden Ausführungen zur Änderung des § 109 Absatz 3a Satz 4 bis 7 SGB V verwiesen. Hieran gemessen kann aus der Perspektive der krankenversicherungsrechtlichen Qualitätssicherung und der mit dem KHVVG adressierten qualitativ hochwertigen und für Patienten sicheren medizinischen Versorgung auch die Erstreckung der Abweichungsmöglichkeit auf 3 Jahre nur als äußerst bedenklich bewertet

			werden; ganz zu schweigen von der vorgesehenen unbefristeten Abweichungsmöglichkeit im Fall von Sicherstellungskrankenhäusern nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG.
5	§ 12b	– Umstellung der Finanzierung des KHTF (Bundesmittel statt GKV-Mittel) – Streichung der Antragsfrist – Streichung der Verpflichtung, die Prüfung des Insolvenzrisikos nachzuweisen. – Schaffung eines Sonderzuwendungsrechts ggü. der BHO – Streichung der Vorschriften im Zusammenhang mit der Beteiligung der PKV an der Finanzierung – Regelung der Rückführung nicht verwendeter Mittel an den Bund	<u>Begründung des Gesetzesentwurfs (S. 106 f.):</u> Da der Transformationsfonds aus Bundesmitteln und nicht wie zunächst vorgesehen aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werde, werde auch die für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung geschaffene Möglichkeit, sich an der Finanzierung des Transformationsfonds zu beteiligen, nicht aufrechterhalten und die entsprechenden Regelungen gestrichen. <u>Bewertung:</u> Die vorgesehene Umstellung der Finanzierung des Transformationsfonds auf Bundesmittel wird begrüßt.
11	§ 40	Spezialisierung Onkochirurgie: – Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	<u>Regelungsinhalt:</u> Durch die Änderung soll u.a. § 40 Absatz 2 Satz 2 und 3 KHG dergestalt ersetzt werden, dass das InEK bei der Auswahl der Krankenhausstandorte eine niedrigere als die gesetzliche Prozentzahl von 15 Prozent anzuwenden hat,

		– Berücksichtigung von durch den G-BA festgelegten niedrigeren Prozentzahlen und Aktualisierung der entsprechenden Listen	wenn für den maßgeblichen Indikationsbereich eine solche vom G-BA beschlossen wurde. <u>Begründung des Gesetzesentwurfs (S. 113 f.):</u> Mit Satz 3 werde zum einen die Veröffentlichung der Liste der ausgewählten Krankenhausstandorte durch das InEK infolge der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung auf den 31. Mai 2027 verschoben. Zum anderen verpflichte Satz 3 das InEK in dem Fall, dass der G-BA nach dem 31. Mai 2027 eine niedrigere Prozentzahl als 15 Prozent nach § 136c Absatz 1 SGB V festlege, dazu, die Auswahl der Krankenhausstandorte insoweit zu aktualisieren und zu veröffentlichen. Hierdurch werde gewährleistet, dass das partielle Abrechnungsverbot des § 8 Absatz 4 Satz 6 KHEntgG nur noch für die Krankenhausstandorte gelte, die sich auf der aktualisierten Liste befinden. Auch für die aktualisierte Liste habe das InEK die nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 KHEntgG für das Kalenderjahr 2025 übermittelten Daten zu verwenden. Durch das aktualisierte, aber weiterhin abgeschlossene Bezugsjahr würden mögliche unerwünschte Fehlanreize vermieden, mehr onkochirurgische Leistungen zu erbringen, um dadurch das partielle Abrechnungsverbot zu umgehen. <u>Bewertung:</u> Zur Bewertung wird auf die entsprechenden Ausführungen zur Änderung des § 136c Absatz 1 SGB V verwiesen.

Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e. V. (DPR) zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung zu einem Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformenpassungsgesetz – KHAG)

Stand 03.11.2025

Der Deutsche Pflegerat (DPR) bedankt sich für die Möglichkeit, zum Gesetzesentwurf zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformenpassungsgesetz – KHAG) der Bundesregierung Stellung nehmen zu können.

Das Ziel des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) und des Krankenhausreformenpassungsgesetzes (KHAG) ist es, umfangreiche Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und der Vergütungsstrukturen umzusetzen. Aus Sicht des DPR kann die Reform jedoch nur dann gelingen, wenn die Relevanz pflegerischen Handelns auf das Versorgungsergebnis aktiv und direkt in den Maßnahmen des Gesetzgebers abgebildet wird. Das KHAG greift zu kurz, wenn Pflegepersonal überwiegend als Kostenfaktor gesehen wird.

Die Profession Pflege nimmt unmittelbar und direkt Einfluss auf die Versorgungssicherheit und die Versorgungsqualität. Internationale Studien und nationale Qualitätsberichte zeigen konsistent, dass eine adäquate pflegerische Personalausstattung mit geringerer Mortalität, weniger vermeidbaren Komplikationen, kürzeren Liegezeiten und höherer Patient:innenzufriedenheit einhergeht. Pflege ist damit kein nachgelagerter Kostenfaktor, sondern ein zentraler Qualitäts- und Sicherheitsfaktor der Krankenhausversorgung. Diese wichtige und größte Berufsgruppe in der Festlegung von Qualitätskriterien nicht mitzudenken und mit Blick auf Bürokratieabbau, zugleich die minimale Anforderung der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) aus der Leistungsgruppensystematik zu streichen, stellt aus Sicht des DPR ein gravierendes Versäumnis dar. Bürokratieabbau darf nicht mit Deregulierung verwechselt werden. Gerade bei sicherheitsrelevanten Personalvorgaben sind klare, überprüfbare Mindeststandards Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Versorgung, sodass der Abbau administrativer Belastungen weder zulasten der Qualität gehen noch notwendige Regelungen zu deren Erhalt und Weiterentwicklung verhindern darf. Eine effiziente und effektive Versorgung ist nur möglich, wenn alle am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen Rahmenbedingungen vorfinden, die eine qualitativ hochwertige, evidenzbasierte Versorgung von Menschen aller Altersgruppen ermöglichen.

Im Kontext der Pflegefachlichkeit und der zukünftigen Behandlung von Patient:innen in den unterschiedlichen Leistungsgruppen ist genau jetzt der richtige Zeitpunkt im Gesetzgebungsverfahren zum KHAG, begründete Anforderungen an die quantitative und qualitative personelle Ausstattung der Profession Pflege zu stellen. Mit dem Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (G-BEEP) ist in § 112a SGB V die „eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der

Krankenhausbehandlung“ vorgesehen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene sollen einen Katalog von Leistungen der ärztlichen Behandlung vereinbaren, die Pflegefachpersonen eigenverantwortlich erbringen können, sowie Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärzt:innen im Krankenhaus festlegen. Für die Umsetzung dieser Leistungen ist eine entsprechende pflegerische Qualifikation erforderlich. Diese Neuregelung markiert einen Paradigmenwechsel hin zu einer stärker kompetenzorientierten Aufgabenverteilung im Krankenhaus. Die Leistungsgruppensystematik muss diesen Wandel abbilden, um Fehlanreize, Unterforderung qualifizierter Pflegefachpersonen und Versorgungsbrüche zu vermeiden. Vor diesem Hintergrund ist es nur folgerichtig, diese Entwicklungen im Rahmen der Leistungsgruppensystematik zu verankern, damit die Versorgungsqualität und die Verantwortung von Pflegefachpersonen im Gesetz strukturell abgesichert wird.

Es ist aus Sicht des DPR insgesamt nicht nachvollziehbar, warum Mindestvoraussetzungen und Auswahlkriterien in der Leistungsgruppensystematik nahezu ausschließlich auf medizinische Versorgung und ärztliche Personalvorgaben bezogen werden, während der Gesetzgeber parallel mit der Befugniserweiterung für Pflegefachpersonen ungenutzte Potenziale in der Versorgung heben und den Verantwortungsspielraum für Pflegefachpersonen erweitern möchte. Das Ziel einer Reform zur Verbesserung der evidenzbasierten Versorgungsqualität im Krankenhaus muss diese Entwicklungen einbeziehen und Prozesse vorsehen, die eine flexible Anpassung an fachliche, demografische und epidemiologische sowie strukturelle Veränderungen ermöglichen. Andernfalls können die mit der Reform verbundenen Ziele mittel- und langfristig nicht erreicht werden.

Die Ausführungen gelten insbesondere auch für die Geburtshilfe. Qualität und Sicherheit vor, während und nach der Geburt hängen maßgeblich von der personellen und strukturellen Ausstattung mit Hebammen ab. Der DPR unterstreicht daher die Forderung, eine ausreichende Hebammenpräsenz und weitere qualitätssichernde Strukturmerkmale als verbindliche Qualitätskriterien in den entsprechenden Leistungsgruppen zu verankern und perspektivisch durch ein spezifisches Personalbemessungsinstrument für den Funktionsbereich Geburtshilfe abzusichern.

Im Folgenden nimmt der DPR zu einzelnen Regelungen Stellung.

Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nr. 1 b) - § 109 Absatz 3a Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

Auch wenn der Gesetzentwurf den im Referentenentwurf vorgesehenen Ausnahmetatbestand in § 109 Absatz 3a SGB V einschränkt und mit Befristungen sowie Nachholfristen für die Erfüllung der Qualitätskriterien verbindet, bleibt die Möglichkeit bestehen, dass ein Versorgungsvertrag geschlossen werden kann, obwohl die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt werden. Der DPR hält daher an seiner Kritik fest, dass der Abschluss eines Versorgungsvertrages trotz nicht erfüllter Qualitätskriterien, selbst aus Gründen der Sicherheit, dem Grundgedanken der Krankenhausreform widerspricht. Die dringend notwendige Konzentration von Leistungen fördert eine Verbesserung der Versorgungsqualität und der Effizienz. Deshalb muss aus Sicht des DPR auf die Schaffung eines solchen Ausnahmetatbestandes verzichtet werden.

Zu Nr. 3 b) - § 135d Absatz 4 Transparenz der Qualität der Krankenhausbehandlung

Im Transparenzverzeichnis nach § 135d SGB V wird unter anderem die personelle Ausstattung als Merkmal der Strukturqualität ausgewiesen. Aus pflegefachlicher Sicht ist es entscheidend, dass hierfür geeignete Kennzahlen gewählt werden, die den Pflegeaufwand besser darstellen und die reale quantitative und qualitative Personalausstattung aus pflegefachlicher und pflegewissenschaftlicher Sicht abbilden. Dies ist insbesondere auch mit

Blick auf die Zielsetzung des Transparenzverzeichnisses, Patient:innen sowie An- und Zugehörigen eine vergleichbare Grundlage für die Krankenhausauswahl zu ermöglichen, zu berücksichtigen und sachlogisch richtig.

Aus Sicht des DPR ist der Pflegepersonalquotient nach § 137j SGB V im Bundes-Klinik-Atlas ungeeignet. Er bildet den Pflegekostenanteil aus der DRG-Kalkulation ab, weil er auf dem Pflegeerlös-/Pflegelastkatalog basiert. Das Verhältnis zwischen fachlich begründetem Pflegeaufwand, der aus den Patient:innenzuständen und den daraus resultierenden pflegerischen Unterstützungsbedarfen abgeleitet wird, und dem eingesetzten Personal wird damit nicht dargestellt.

Transparenzinstrumente entfalten nur dann ihre intendierte Steuerungswirkung, wenn sie valide, fachlich nachvollziehbare und für Laien verständliche Informationen liefern. Pflegebezogene Kennzahlen müssen daher sowohl fachlich fundiert als auch patient:innenorientiert aufbereitet sein. Der DPR fordert daher, dass bei der Festlegung und Weiterentwicklung der pflegebezogenen Kennzahlen im Transparenzverzeichnis die maßgeblichen Berufsorganisationen der Pflege verbindlich einbezogen werden. In diesen Verfahren ist sicherzustellen, dass pflegerische Strukturqualität nicht auf ungeeignete Indikatoren reduziert wird, sondern sich an fachlich begründeten Personalbemessungssystemen orientiert. Hierbei sollten insbesondere die aus bestehenden Regelungen zu PpUG gemäß § 137i SGB V, analog dem Krankenhausverzeichnis, und zur Pflegepersonalbemessungsverordnung (PPBV) gemäß § 137k SGB V gewonnenen Daten als valide Grundlage für eine transparente Darstellung der pflegerischen Personalausstattung genutzt werden.

Der DPR nimmt die im Gesetzesentwurf vorgesehene Präzisierung der Zuordnung von Krankenhausstandorten zu Versorgungsstufen nach § 135d SGB V, insbesondere die klarere Definition von Fachkrankenhäusern (Versorgungsstufe Level F) und die damit verbundene bessere Transparenz, zur Kenntnis und begrüßt diese grundsätzlich.

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

Der § 135e SGB V ist die zentrale Norm für die Festlegung der Leistungsgruppen und der zugehörigen Qualitätskriterien. Hier werden die Mindestvoraussetzungen und die Auswahlkriterien definiert, die künftig darüber entscheiden, an welchen Standorten welche Leistungen erbracht werden dürfen. Die professionell Pflegenden leisten einen wesentlichen Beitrag zur Sicherstellung der Versorgung und der erforderlichen Qualität, insbesondere durch die Umsetzung evidenzbasierter Behandlungs- und Pflegekonzepte.

Der DPR weist daher wiederholt darauf hin, dass eine Berücksichtigung und Weiterentwicklung der Qualitätskriterien in den Leistungsgruppen in Bezug auf pflegerische Struktur- und Prozessmerkmale zwingend erforderlich sind.

Der DPR fordert die ausdrückliche Benennung und Berücksichtigung des pflegewissenschaftlichen Erkenntnisstands in § 135e Absatz 1 Satz 2. Damit wird klargestellt, dass sich Qualitätskriterien nicht allein an ärztlicher Evidenz und medizinischer Behandlungslogik orientieren, sondern auch an pflegerischer Expertise, der Wirksamkeit pflegerischer Versorgung für die Patient:innen sowie ihren An- und Zugehörigen und klinisch relevanter Pflegeforschung.

Änderungsvorschlag § 135e Absatz 1 Satz 2 SGB V

„Die nach Satz 1 Nummer 2 festgelegten Qualitätskriterien sollen den aktuellen Stand der medizinisch-wissenschaftlichen **und pflegewissenschaftlichen** Erkenntnisse berücksichtigen und zu einer leitliniengerechten, qualitativ hochwertigen und für Patienten sicheren medizinischen **und pflegerischen** Versorgung beitragen.“

Es ist zu begrüßen, dass der DPR als Vertreter der Berufsorganisationen der Pflegeberufe im Leistungsgruppen-Ausschuss nach § 135e Absatz 3 SGB V benannt ist.

Der Ausschuss hat bislang keinen ausdrücklichen Auftrag, pflegerische Struktur- und Prozesskriterien zu entwickeln. Der DPR fordert deshalb, § 135e Absatz 3, um einen Auftrag an den Ausschuss zu ergänzen, damit pflegerische Expertise und Perspektive im Ausschuss nicht nur formal, sondern auch inhaltlich wirksam wird. Damit wird der Ausschuss verpflichtet, systematisch zu prüfen, wie pflegerische Anforderungen in die Leistungsgruppen integriert werden, und nicht nur ärztliche und technische Kriterien fortzuschreiben. Hierbei zu beachtende Aspekte finden sich unter den Ausführungen zu Anlage 1.

Änderungsvorschlag § 135e Absatz 3 Satz 2 (neu) SGB V

„Das Bundesministerium für Gesundheit richtet einen Ausschuss ein, der Empfehlungen zur Weiterentwicklung der nach Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Leistungsgruppen und Qualitätskriterien beschließt. **Insbesondere hat der Ausschuss die in Anlage 1 als Mindestvoraussetzungen der speziellen Leistungsgruppen genannten Qualitätskriterien um Vorgaben zur Qualifikation der Pflegefachpersonen zu ergänzen.** Weicht das Bundesministerium für Gesundheit beim Erlass einer Rechtsverordnung nach Absatz 1 von den Empfehlungen des Ausschusses ab, hat es dem Ausschuss die Gründe für die Abweichung vor Erlass der Rechtsverordnung darzulegen. (...)“

Solange der Gesetzgeber Qualitätskriterien für die Krankenhausversorgung festlegt, ohne die aktuellen Anforderungen und Entwicklungen der Profession Pflege, von erweiterten Befugnissen über neue Rollenprofile bis hin zur Übernahme eigenständiger Verantwortung, systematisch abzubilden, bleibt diese Krankenhausreform deutlich hinter den fachlichen, wissenschaftlich geforderten und internationalen Entwicklungen zurück und verschenkt ein zentrales Qualitäts- und Innovationspotenzial.

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

Die im Gesetzentwurf gegenüber dem Referentenentwurf vorgenommenen Änderungen in § 275a SGB V betreffen vor allem Fristen, Informations- und Übermittlungspflichten sowie den Bürokratieabbau im Zusammenhang mit den Prüfungen des Medizinischen Dienstes. Sie ändern jedoch nichts daran, dass die Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) nicht mehr als Qualitätskriterium in der Leistungsgruppensystematik verankert sind und damit nicht dem „Alles-oder-Nichts-Prinzip“ der Leistungsgruppen unterliegen.

Im Hinblick darauf darf die Einhaltung von PpUG im Kern nicht nur über routinemäßige Datenlieferungen und deren Plausibilitätsprüfung gesteuert werden. Auch wenn die PpUG weiterhin formal unabhängig überwacht und sanktioniert werden, braucht es ergänzend eine wirksame, unabhängige Prüfung, etwa durch den Medizinischen Dienst (MD), die über reine Datenauswertung hinausgeht. Die in § 275a geregelten Prüfungen müssen so ausgestaltet werden, dass Verstöße gegen pflegerische Mindestbesetzung nicht nur monetär sanktioniert werden, sondern im Sinne der Leistungsgruppensystematik, auch strukturelle Konsequenzen für die Zuweisung von Leistungsgruppen haben. Die mit dem Wegfall zusätzlicher Prüfungen erzielte minimale Bürokratieersparnis steht in keinem angemessenen Verhältnis zum Verlust an Qualitätssicherung und widerspricht damit den Zielen des KHVG.

Im Übrigen verweist der DPR auf seine Ausführungen zu Anlage 1 des KHAG, in denen die Notwendigkeit einer verbindlichen Verankerung bedarfsgerechter pflegerischer Personalbemessung in der Leistungsgruppensystematik näher begründet und ausgeführt wird.

Pflegepersonaluntergrenzen, Pflegepersonalbemessung

Im Gesetzesentwurf zum KHAG ist weiterhin vorgesehen, die PpUG nicht mehr als Qualitätskriterium in der Leistungsgruppensystematik zu verankern. Der DPR lehnt diese Streichung ab und fordert, dass die PpUG als wirksames Instrument zur Sicherung von Mindeststandards für das Pflegepersonal im Krankenhaus verbindlich in der Leistungsgruppensystematik festgeschrieben werden, zumindest so lange, bis diese in den Leistungsgruppen durch weitere Qualitätsmerkmale wie die der PPR 2.0, der Kinder-PPR 2.0 und der Kinderintensiv-PPR 2.0 ersetzt werden. Die PPR 2.0, die Kinder-PPR 2.0 und die Kinderintensiv-PPR 2.0 bilden dabei aus Sicht des DPR die fachliche Referenz für eine künftige pflegerische Personalbedarfsermittlung in der Leistungsgruppensystematik. Die PpUG bilden aus Sicht des DPR die erforderliche Personalbemessung nicht sachgerecht ab, aber sie stellen einen Schutz vor Unterbesetzung dar.

Zwar bleibt der § 137i SGB V unberührt, sodass die Streichung aus der Leistungsgruppensystematik nicht mit einer Abschaffung der PpUG gleichzusetzen ist. Doch sind aus pflegfachlicher Sicht die Art der gesetzlichen Verankerung und die damit verbundene Verbindlichkeit von entscheidender Bedeutung.

Im Grundsatz folgt die Leistungsgruppensystematik dem „Alles-oder-Nichts-Prinzip“. Ungeachtet der verschiedenen Ausnahmetatbestände bedeutet das, dass es ohne Qualitätsmindeststandards keine Leistungsgruppe und kein Anspruch auf Abrechnung von Entgelten im Sinne des § 8 KHEntgG (Berechnung der Entgelte) gibt. Damit wird den Qualitätskriterien der Leistungsgruppen in § 135e SGB V insgesamt eine stärkere Verbindlichkeit zugemessen als den PpUG in ihrer heutigen Konzeption mit einem überwiegend monetären Sanktionssystem.

Die PpUG müssen als bundesweit einheitlich geltende, unveränderbare Basisstrukturmerkmale der Krankenhausplanung so lange bestehen bleiben, bis ein gleichwertiges, verpflichtendes, valides Instrument im Sinne einer bedarfsgerechten Personalbemessung in geeigneter Weise in die Leistungsgruppensystematik abgebildet ist. Die PPR 2.0, die Kinder-PPR 2.0 und die Kinderintensiv-PPR 2.0 bilden hierfür aus Sicht des DPR die zentrale fachliche Referenz. Dabei ist wesentlich, die erhobenen Daten zu nutzen. Das Bundesministerium für Gesundheit sollte von der Möglichkeit gemäß § 137k Absatz 1 Satz 4 SGB V, quartalsweise PPR-Daten beim InEK abzurufen, systematisch Gebrauch machen und die Auswertung für die systematische und evidenzbasierte Weiterentwicklung der Qualitätskriterien bereitstellen. In diesem Zusammenhang müssen frühzeitig geregelte Verfahren und Zuständigkeiten festgelegt werden, um pflegerische Strukturmerkmale schrittweise in den Qualitätskriterien der Leistungsgruppen zu verankern.

Vor diesem Hintergrund ist der nach § 135e SGB V vorgesehene Leistungsgruppen-Ausschuss aus Sicht des DPR der zentrale Ort, an dem auf Basis bedarfsgerechter Personalbemessungsinstrumente sowie weiterer pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse pflegerische Strukturmerkmale für die Leistungsgruppen schrittweise weiterentwickelt und in der Leistungsgruppensystematik verankert werden müssen.

Eng gefasst bleiben müssen auch in Zukunft die geltenden Ausnahmetatbestände zur Unterschreitung in besonderen Situationen, etwa bei außergewöhnlich starken Erhöhungen der Patient:innenzahlen wie beispielsweise bei Pandemien, Epidemien oder Großschadensereignissen.

Pflegerische Spezialisierungen und G-BA Richtlinien

Ergänzend zum Beibehalten der PpUG und der Einführung bedarfsgerechter Personalbemessungsinstrumente (PPR 2.0, Kinder-PPR 2.0, Kinderintensiv-PPR 2.0) müssen die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) weiterhin gelten. Zudem sind in allen relevanten Leistungsgruppen Pflegefachpersonen mit spezialisiertem Fachwissen als Strukturkriterium der Pflege zu verankern.

Seit Einführung des Pflegebudgets wird im gesundheitspolitischen Diskurs durch einige Akteure die Forderung zur Streichung von OPS-Strukturmerkmalen gestellt, die die pflegerische Qualifikation bzw. Personalausstattung betreffen. Dies wird damit begründet, dass mit Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System pflegerische Anforderungen in OPS-Strukturmerkmalen nicht weiter benötigt würden, da diese einem anderen Regelungsbereich unterlägen oder im DRG-System nicht mehr kalkulationsrelevant seien. Mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten ist aufgrund des Qualitätsgebotes nach § 2 Absatz 1 Satz 3 SGB V kein Automatismus zur Streichung zusätzlicher, leistungsspezifischer pflegerischer Qualitätsanforderungen aus den OPS-Strukturmerkmalen verbunden.

Gemäß DKR P001f gehören spezielle Strukturen, Geräte oder Ausbildungen zu den signifikanten Prozeduren, welche grundsätzlich zu kodieren sind. Vor diesem Hintergrund müssen auch Leistungsunterschiede abbildbar sein, die sich größtenteils aus besonderen Vorhaltungen und Spezialisierungen ergeben. Anforderungen an das Pflegefachpersonal unterliegen häufig, neben den OPS-Strukturmerkmalen, keinem anderen Regelungsbereich. Vor diesem Hintergrund ist eine ersatzlose Streichung abzulehnen und eine Zusammenführung in den Leistungsgruppen im Sinne des § 275a SGB V anzustreben.

Ergänzend sollte in der Leistungsgruppensystematik der Hinweis aufgenommen werden, dass mit der Befugnisenerweiterung akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen mit speziellen Kompetenzen den entsprechenden Leistungsgruppen zugeordnet werden.

Als Beispiele für speziellen Kompetenzen, die derzeit häufig über Weiterbildungen und Zusatzqualifikationen erworben werden, kommen darüber hinaus in Betracht:

1. Intensivpflege und Anästhesie: Pflege von schwerkranken/beatmeten Patient:innen- alle Intensivstationen
2. Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
3. Onkologische Pflege: alle Fachbereiche (Erwachsene, Kinder) in denen onkologische Patient:innen versorgt werden
4. Breast care Nurse: Gynäkologie /Brustzentren
5. Palliativpflege (Erwachsene, Kinder)
6. Aktivierend therapeutische Pflege in der Geriatrie (ATP-G)
7. Pflege in der Psychiatrie/Psychosomatik (Erwachsene, Kinder)
8. Kinder- und Jugendlichenpflege
9. Diabetesberatung (alle Altersgruppen)
10. Wundmanagement (Chirurgie/Dermatologie, Onkologie) (alle Altersgruppen)
11. Stomatherapie (alle Altersgruppen)
12. Nephrologie/Dialyse (alle Altersgruppen)
13. Fachpflege Emergency Nursing
14. Pflegeexperten Intermediate Care
15. Stroke Nurse
16. Heart Failure Nurse
17. Chest pain Nurse
18. Case- und Caremanagement (alle Altersgruppen)
19. Still- und Laktationsberaterinnen / Geburtshilfe und Pädiatrie
20. Asthma und Neurodermitis-Trainer:innen / Pädiatrie
21. Pain-Nurses und Pain Nurses Pädiatrie (Atmungstherapeut:innen)
22. Weitergebildete Pflegefachpersonen im Bereich Kinaesthetics und Kinaesthetics infant handling
23. Pflegefachpersonen mit Weiterqualifikation Basale Stimulation
24. Pflege in der Endoskopie
25. Pflege im Operationsdienst

Der nach § 135e SGB V vorgesehene Ausschuss muss aus Sicht des DPR beauftragt werden, sich systematisch einer Verankerung pflegerischer Strukturmerkmale, insbesondere

pflegerischer Spezialisierungen zu widmen und mit jeweiligen Qualitäts- und Auswahlkriterien zu hinterlegen.

Allgemeine und spezielle Leistungsgruppen

Schmerztherapie

Zudem muss aus Sicht des DPR eine eigenständige LG *Schmerztherapie* in die Leistungsgruppensystematik aufgenommen werden. Schmerztherapie ist ein hochspezialisiertes Versorgungsfeld, das in zahlreichen Fachgebieten eine zentrale Rolle spielt, bislang aber nur unsystematisch über einzelne OPS-Merkmale oder Zusatzweiterbildungen adressiert wird. Aus pflegerischer Sicht erfordert ein qualitativ hochwertiges Schmerzmanagement u. a. den Einsatz weitergebildeter Pflegeexpert:innen, wie beispielsweise Pain Nurses. Diese Qualifikationen sind als pflegerisches Strukturmerkmal in eine künftige LG *Schmerztherapie* und bis zu deren Einführung in Leistungsgruppen mit dem Erfordernis eines angemessenen Schmerzmanagements zu verankern.

Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie, Spezielle Kinder- und Jugendmedizin

Die im Gesetzesentwurf zum KHAG weiterhin vorgesehene Nicht-Belegung der LG 16 *Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie* und der LG 47 *Spezielle Kinder- und Jugendmedizin* ist aus Sicht des DPR nicht akzeptabel. Beide Leistungsgruppen müssen kurzfristig definiert und belegt werden, um das Leistungsspektrum der Kinder- und Jugendmedizin sowie der Kinder- und Jugendchirurgie sachgerecht abbilden zu können.

In den kideronkologischen LG 48/49 werden nach wie vor nicht alle kindlichen malignen Erkrankungen berücksichtigt; solide Tumoren sind ausdrücklich nicht benannt, obwohl sie in der Praxis in der Kinderonkologie versorgt werden.

Die Nicht-Berücksichtigung der LG 16 sowie LG 47 hat gravierende Folgen für die Krankenhausplanung der Kliniken/Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin und die medizinische und pflegerische Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Spezialgebiete wie u. a. die Kinderpneumologie, Kinderkardiologie oder Kinder-Rheumatologie oder auch die spezielle Neugeborenenchirurgie werden somit in der Landeskrankenhausplanung nicht abgebildet, weil die entsprechenden Leistungsgruppen nicht definiert und nicht belegbar sind. Aus Sicht des DPR ist es daher zwingend erforderlich, dass alle in Anlage 1 aufgeführten pädiatrischen und kinder-/jugendchirurgischen Leistungsgruppen vollständig definiert und im Rahmen der Krankenhausplanung belegt werden.

Geburtshilfe und Hebammenversorgung

Im Bereich der Geburtshilfe ist es aus Sicht des DPR unerlässlich, dass die Qualitätskriterien der entsprechenden Leistungsgruppen nicht nur auf ärztliche Strukturen, sondern ausdrücklich auch auf die Personalausstattung mit Hebammen Bezug nehmen. Hebammen sind die Expert:innen für den physiologischen Geburtsverlauf und tragen wesentlich zur Sicherheit von Mutter und Kind bei.

Geriatrische Komplexitätsmedizin

Abschließend besteht auch im Bereich der Geriatrie dringender Handlungsbedarf. Die aktuelle Ausgestaltung der Leistungsgruppensystematik führt dazu, dass ein erheblicher Teil der akutgeriatrischen Versorgung innerhalb der geriatrischen Leistungsgruppe nicht abgebildet wird. Aktuell umfasst die LG 56 *Geriatrie* im Kern die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung im Sinne des OPS 8-550. In den geriatrischen Fachbereichen erfolgt neben der Frührehabilitation bereits heute ein darüberhinausgehendes, breites Versorgungsspektrum im Sinne der geriatrischen Komplexbehandlung. Im Vergleich zu anderen akutmedizinischen Fachdisziplinen verfolgt die geriatrische Komplexitätsmedizin einen ressourcen- und bedarfsorientierten multidimensionalen und interprofessionellen Behandlungsansatz für die betroffenen Patient:innen sowie ihren An- und Zugehörigen. Neben der Behandlung des akuten Gesundheitsproblems liegt der Fokus bei den Betroffenen auf dem

Erhalt der Selbstversorgung, der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und der Verringerung der Mortalität sowie der Unterstützung und Befähigung ihrer An- und Zugehörigen.

Der DPR fordert daher, Anlage 1 zu § 135e SGB V um eine allgemeine geriatrische Leistungsgruppe „Geriatrische Komplexmedizin“ zu ergänzen. Sie soll analog zum NRW-Konzept, die akutgeriatrische Komplexversorgung abbilden. Sollte die Einführung einer solchen Leistungsgruppe im laufenden Verfahren nicht erfolgen, ist über eine Übergangsregelung (z. B. nach § 21 KHEntgG) sicherzustellen, dass die Versorgung akutgeriatrischer Patient:innen bundeseinheitlich als geriatrische Leistungen ausgewiesen werden.

Palliativmedizin

Aus Sicht des DPR muss die Leistungsgruppensystematik so weiterentwickelt werden, dass bestimmte Versorgungsschwerpunkte nicht strukturell benachteiligt werden. Derzeit werden am Beispiel der LG 57 Palliativmedizin viele Patient:innen auf Palliativstationen und alle durch Palliativdienste mitbehandelten Patient:innen den Leistungsgruppen der fallführenden Fachabteilungen zugeordnet und erscheinen damit nicht in der LG 57. Dies führt zu erheblichen Risiken für Vorhaltefinanzierung und Bedarfsplanung. Der DPR fordert daher zum einen eine eindeutige gesetzliche Klarstellung, dass palliativmedizinische Leistungen (insbesondere OPS 8-982, 8-98e, 8-98h) auch dann abrechenbar bleiben, wenn ein Krankenhaus keine LG 57 zugewiesen bekommen hat, sowie eine verlässliche Erfassung palliativ versorgter Patient:innen für die Bedarfsplanung. Zum anderen müssen in der LG 57 und in palliativrelevanten Leistungsgruppen spezialisierte Pflegefachpersonen als pflegerische Strukturmerkmale verankert werden, damit die multiprofessionelle palliative Versorgung in Planung und Finanzierung vollständig abgebildet wird. Darüber hinaus besteht aus Sicht des DPR Klarstellungsbedarf in Bezug auf die Auslegungen der Qualitätskriterien der LG 57 Palliativmedizin im Rahmen der beschriebenen Lage.

Artikel 2 – Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu Nr. 5 - § 12b Transformationsfonds, Verordnungsermächtigung

Die Umstellung der Finanzierung des Krankenhaustransformationsfonds aus Mitteln des Bundes aus dem Sondervermögen Infrastruktur wird befürwortet. Die bisher vorgesehene Finanzierung aus Mitteln des Gesundheitsfonds durch Krankenkassenbeiträge hätte für Versicherte und Arbeitgeber eine erhebliche zusätzliche finanzielle Belastung bedeutet.

Grundsätzlich ist aus Sicht des DPR von Bedeutung, dass bei Vorhaben zur Bündelung von Versorgungskapazitäten, zum Aufbau regionaler Krankenhausverbünde und zur Entwicklung integrierter Notfallstrukturen Krankenhäuser aller Versorgungsstufen einbezogen werden. Positiv ist, dass der aktuelle Gesetzentwurf die Beteiligungsmöglichkeiten von Hochschulkliniken erweitert und ihre Mitwirkung an entsprechenden Vorhaben ausdrücklich förderfähig stellt. Entscheidend wird sein, dass die Förderpraxis so ausgestaltet wird, dass neben Hochschulkliniken auch Kliniken anderer Versorgungsstufen sowie die pflegerischen Versorgungsstrukturen in den Regionen gleichermaßen berücksichtigt werden.

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

Aus Sicht des DPR ist sicherzustellen, dass bei der Ermittlung der Vorhaltevolumina nach § 37 KHG demografiebedingte Fallzahldynamiken angemessen berücksichtigt werden. Hierzu sind geeignete vorausschauende Instrumente (z. B. Planfallzahlen) zu nutzen, damit steigende Bedarfe in diesen Bereichen nicht durch rein retrospektive Verteilmechanismen unterfinanziert werden.

Dies gilt auch für die Geburtshilfe. Bei der Festlegung der Mindestvorhaltezahlen und der Berechnung der Vorhaltevolumina für geburtshilfliche Leistungen muss sich die Vorhaltevergütung konsequent an den realen Versorgungsbedarfen und den tatsächlichen Kosten orientieren und darf nicht primär über Fallzahlen der Vorjahre gesteuert werden.

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

Im Rahmen der Krankenhausreform sind Hochschulkliniken gefordert, zentrale Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben wahrzunehmen sowie spezielle Vorhaltungen bereitzuhalten. Durch die nun im Gesetzentwurf vorgesehene Verschiebung der Vorhaltevergütung werden die Zuschläge zur Förderung dieser Aufgaben sowie zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken jedoch um ein weiteres Jahr verzögert. Aus Sicht des DPR ist nicht nachvollziehbar, weshalb die Hochschulkliniken ihre Aufgaben bereits vollumfänglich erfüllen sollen, die dafür vorgesehenen finanziellen Mittel aber erst später zur Verfügung stehen.

Artikel 3 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Zu Nr. 13 e) - § 21 Übermittlung und Nutzung von Daten

Der DPR begrüßt die Streichung der einschränkenden Regelung des § 21 Absatz 5 Satz 6 KHEntgG.

Bisher sah die Regelung vor, dass das InEK die Anzahl der Pflegefachpersonen (Vollzeitäquivalente) oder Ärzt:innen (Vollzeitäquivalente) für die Ermittlung des Abschlags „auf der Grundlage von verfügbaren Leistungsdaten“ schätzen konnte, wenn ein Krankenhaus für einen Standort nicht die Gesamtanzahl der Pflegefachpersonen (Vollzeitäquivalente) oder der Ärzt:innen (Vollzeitäquivalente) übermittelt hat.

Die nach § 6a Absatz 3 Satz 4 KHEntgG zu übermittelnden Daten zum Pflegebudget enthalten von einem Jahresabschlussprüfer testierte Angaben zu den im Krankenhaus eingesetzten Pflegepersonen. Aus Sicht des DPR ist es sachgerecht, dass diese Daten miteinander abgeglichen und für die Klärung der tatsächlich vorliegenden Pflegepersonalausstattung eines Krankenhauses herangezogen werden und auf dieser Grundlage eine sachgerechtere Schätzung der Anzahl der Pflegefachpersonen (Vollzeitäquivalente) vorgenommen wird.

Aus Sicht des DPR braucht es neben dem InEK eine institutionelle Struktur, die im Kontext der Personalbemessung für eine konsistente Umsetzung der Systematik, eine verbindliche Auslegung der Kriterien und für fachliche Ansprechbarkeit sorgt. Ein unabhängiges Institut zur Personalbemessung der Pflege (InPeP) sollte diese Funktion übernehmen.

Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung – Drucksache 21/3056 vom 03.12.2025

Zu Nr. 38 - § 17b Absatz 4c Satz 6 – neu – KHG

Mit der Einführung des Pflegebudgets wurde ein historischer Systemfehler der Krankenhausfinanzierung teilweise korrigiert, indem notwendige Pflegepersonalkosten erstmals wieder nach dem Selbstkostendeckungsprinzip refinanziert und so vor dem unmittelbaren DRG-Kürzungsdruck geschützt werden. Die oft als „Kostenexplosion“ kritisierten Ausgabensteigerungen spiegeln zu großen Teilen Nachholeffekte aus Stellenabbau, Tarifentwicklungen und Qualifikationsaufwertung wider. Entscheidend ist daher nicht die Frage der Pflege als Kostenfaktor, sondern vielmehr, ob die Mittel sachgerecht und qualitätsorientiert eingesetzt werden.

Der Bundesrat hat in seinem jüngsten Beschlussvorstoß diese Problemlage aufgegriffen und auf Fehlanreize hingewiesen, die aus der unzureichenden Abgrenzung pflegebudgetrelevanter Tätigkeiten und Kosten entstehen. Hierzu zählen insbesondere die Gefahr der Umbuchungen pflegeferner Tätigkeiten in das Pflegebudget sowie Doppelfinanzierungen im Schnittpunkt von DRG und Pflegebudget. Die vorgeschlagene Klarstellung, wonach Mittel des Pflegebudgets auf Aufgaben und Tätigkeiten in der unmittelbaren Patient:innenversorgung zu begrenzen seien, zielte erkennbar darauf ab, die Zweckbindung zu präzisieren und Mitnahmeeffekte zu reduzieren.

Die Bundesregierung hat diesen Vorstoß unter anderem mit der Begründung zurückgewiesen, entsprechende Regelungen blieben deklaratorisch, seien normtechnisch unpräzise und erzeugten zusätzlichen bürokratischen Aufwand. Diese Einwände sind nur in Teilen nachvollziehbar. Unschärfen in der Formulierung und rein symbolische Normen würden weder Pflegepersonen entlasten noch Budgetkonflikte vermeiden.

Aus Sicht des DPR darf diese Kritik nicht dazu führen, das erkannte Problem struktureller Fehlanreize unbeantwortet zu lassen. Der Hinweis auf deklaratorische Wirkung ist kein Argument gegen eine inhaltliche Klärung, sondern im Gegenteil ein Auftrag, Rahmenbedingungen so weiterzuentwickeln, dass Zweckbindung, Abgrenzungsklarheit und Praktikabilität tatsächlich gewährleistet werden.

Der DPR bekräftigt im Zuge dessen seine Forderung, dass das Selbstkostendeckungsprinzip zwingend beibehalten werden muss, weil es den Pflegedienst ohne bestehende Qualitätsvorgaben zu Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien wirksam vor dem unmittelbaren Kürzungs- und Erlösoptimierungsdruck schützt. Zugleich schafft es die Voraussetzung, Personal bedarfsgerecht zu steuern, insbesondere durch einen angemessenen Skill- und Grademix sowie die Einbindung akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen (Bachelor und Master) in der direkten Patient:innenversorgung.

Berlin, 15.12.2025

Kontakt

Deutscher Pflegerat e.V. (DPR)

Tel.: + 49 30 / 398 77 303

Alt-Moabit 91

10559 Berlin

E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de

www.deutscher-pflegerat.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)49(17)
gel. VB zur öffent. Anh. am
17.12.2025 - KHAG
15.12.2025



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzt*innen

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform

(BT-Drucksache 21/2512 vom 03.11.2025)

15. Dezember 2025

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Vorbemerkung

Eines der Ziele der Krankenhausreform, die mit dem KHVVG der vergangenen Legislaturperiode begonnen und mit KHAG fortgeführt wird, ist die Konsolidierung der Krankenhauslandschaft durch eine Konzentration der spezialisierten Versorgung. Die Pädiatrie hat den angestrebten Strukturwandel bereits durchlaufen und erhebliche Standortschließungen sind erfolgt. So sank zwischen 1991 und 2012 die Anzahl der Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin von 440 auf 364, bis 2023 reduzierte sich diese Zahl weiter auf jetzt nur noch 323 pädiatrische Einrichtungen.¹

Im Gegensatz zur Erwachsenenmedizin besteht daher kein Bedarf mehr für eine zusätzliche Konzentration, vielmehr ist es erforderlich, um eine angemessene flächendeckende Versorgung zu gewährleisten, die bestehenden pädiatrischen Standorte mit ihren Spezialisierungen zu bewahren und finanziell abzusichern. Der Anspruch auf eine spezialisierte stationäre Versorgung darf in Deutschland nicht nur für Erwachsene, sondern muss uneingeschränkt auch für Kinder und Jugendliche gelten.

Struktur- und Qualitätsverlust

Die Kinder- und Jugendmedizin hat sich in den letzten Jahrzehnten stetig weiterentwickelt und differenziert. Kliniken und Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin halten heute eine hochspezialisierte stationäre Versorgung vor, die die Erwachsenenmedizin analog nachbildet: z.B. Kinderreumatologie und -gastroenterologie, -pneumologie, und -nephrologie, etc. Zuletzt hat der 129. Deutsche Ärztetag 2025 beschlossen, insbesondere die vorgenannten Teilgebiete, in die (Muster)Weiterbildungsordnung der Ärzt*innen im Gebiet Kinder- und Jugendmedizin als Schwerpunkte des Gebietes, aufzunehmen. Die Krankheitsbilder von Kindern- und Jugendlichen unterscheiden sich häufig deutlich von denen der Erwachsenen und daher ist diese spezialisierte Versorgung mit hoher Expertise nur durch Pädiater möglich.

Unter diesem Gesichtspunkt ist die Streichung der im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) eingeführten Leistungsgruppen *Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie* (LG 16) und *Spezielle Kinder- und Jugendmedizin* (LG 47) nicht nachzuvollziehen.

¹ <https://www.kinderaerzte-im-netz.de/news-archiv/meldung/rettet-die-kinderstation-start-der-bundesweiten-aktion-zur-sicherung-der-krankenhausversorgung-fuer-kinder-und-jugendliche/> und <https://www.dgkj.de/unsere-arbeit/politik/kein-kinderspiel-die-krankenhausreform-im-fokus>

1. Zu SGB V § 136c Beschlüsse des G-BA zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung

Bisher bekommen Krankenhausstandorte, die onkochirurgische Leistungen nur in geringem Umfang erbringen ein partielles Abrechnungsverbot. Jetzt soll dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) die Möglichkeit eingeräumt werden, für Indikationsbereiche eine niedrigere Prozentzahl festzulegen als die ansonsten gesetzlich vorgesehenen 15 Prozent, sofern dies zur Aufrechterhaltung der Versorgung mit onkochirurgischen Leistungen zwingend erforderlich ist.

BVKJ-Position:

Die höhere Flexibilität des G-BA ist zu begrüßen. Allerdings sollten die Eingriffe bei Kindern und Jugendlichen grundsätzlich getrennt erfasst und bewertet werden, um zu verhindern, dass bedarfsnotwendige kinderchirurgische Abteilungen von der Versorgung ausgeschlossen werden.

2. Zu Anlage 1

In den Spalten Qualifikation und Verfügbarkeit bei der Leistungsgruppe Nummer 2 werden die besonderen Anforderungen an die Qualitätskriterien bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen als Alternative dargestellt, um der Abgrenzung von der Erwachsenenmedizin besser Rechnung zu tragen. Die Leistungsgruppe 16 Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie wird gestrichen; auch die Inhalte der Leistungsgruppe 47 Spezielle Kinder- und Jugendmedizin werden ersatzlos gestrichen.

BVKJ-Position:

Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist in LG 2 auf die LG 47 mit einem FA Kinder- und Jugendmedizin mit ZW Kinder- und Jugend-Endokrinologie und Diabetologie zu verweisen. Sollte die LG 47 entfallen, ist wenigstens bei den Anforderungsbereichen „Personelle Ausstattung - Qualifikation und Verfügbarkeit“ jeweils das Wort „Alternative“ zu streichen und folgende Formulierung voranzustellen: „Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden:“

Die ersatzlose Streichung der LG 16 und 47 ist nicht nachvollziehbar. Eine Differenzierung der speziellen Leistungen für Kinder und Jugendliche scheint angesichts der sehr kleinteiligen Unterteilung von Subdisziplinen der Erwachsenenmedizin auf der Hand zu liegen. Eine Streichung widerspricht der Intention der Krankenhausreform nach einer Förderung der Spezialisierung unter Qualitätsgesichtspunkten. Mittels einer eigenen Leistungsgruppe ließen sich auch die strukturellen und realistischen personellen Mindestanforderungen bei der

speziellen Behandlung von Kindern und Jugendlichen transparent abbilden und in der zukünftigen Landeskrankenhausplanung klar definieren. Die Verpflichtung der Bundesländer, Einrichtungen mit einer Spezialisierung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen beplanen zu müssen, sollte nicht leichtfertig aufgegeben werden.

Es kann derzeit auch nicht ausgeschlossen werden, dass durch eine Streichung finanzielle Anreize gesetzt werden, Kinder und Jugendliche zukünftig nicht mehr von pädiatrischen Experten, sondern Erwachsenenmediziner*innen behandeln zu lassen. Dadurch droht auch der spezialisierten Weiterbildung in den pädiatrischen Schwerpunkten die Finanzierung entzogen zu werden. Es droht eine Situation, wo die spezialisierte Weiterbildung in den pädiatrischen Schwerpunkten ausschließlich an Unikliniken möglich sein wird, so geht Expertise und Versorgung, auch im niedergelassenen Bereich, in der Fläche in ganz Deutschland verloren.

Statt einer Streichung sollte das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) dazu verpflichtet werden, bei der Zuordnung von Krankenhausfällen zu Abrechnungsgruppen (dem sogenannten „Grouping“) immer auch das Alter der Patienten zu berücksichtigen. Nur so kann sichergestellt werden, dass Kinder und Jugendliche automatisch in die spezifischen pädiatrischen Fallgruppen eingeordnet werden.

Das InEK ist weiterhin zu verpflichten, Leistungen von den in den Krankenhausdatensatz meldenden Kliniken mit einem bundeseinheitlichen Fachabteilungsschlüssel Kinder- und Jugendmedizin bzw. Kinder- und Jugendchirurgie zu kennzeichnen, wenn die Behandlung überwiegend in einer Abteilung oder einer Klinik für Kinder- und Jugendmedizin bzw. Kinder- und Jugendchirurgie erfolgt ist.

Davon abgesehen ist die Verpflichtung einer Vorhaltung von drei Fachärzten für jeden Schwerpunkt in der Kinder- und Jugendmedizin nicht notwendig, um eine zeitlich umfängliche Versorgung in der Leistungsgruppe 47 (bzw. 46) sicherzustellen. Die FÄ sollten verschiedene Zusatzqualifikationen(-weiterbildungen) sowie Schwerpunkte haben dürfen. Wir verweisen hier auf die mit der AWMF im März 2025 abgestimmten Vorschlag für die Strukturvorgaben für die LG 47.

Bei der Leistungsgruppe 49 – Kinder-Hämatologie und Onkologie ist der Zusatz „Leukämie und Lymphome“ zu streichen. Alle soliden Tumoren und Hirntumoren in der Kinder- und Jugendmedizin werden in der Kinder-Hämatologie und Onkologie behandelt und machen mehr als die Hälfte aller kinderonkologischen Neuerkrankungen aus

3. Zu § 75a SGB V Weiterbildungsförderung

In der ambulanten und stationären Pädiatrie droht ein Ärztemangel, der dringend Gegenmaßnahmen erfordert. Hierzu gehört vor allem eine Stärkung der ambulanten pädiatrischen Weiterbildung. In ihrem Koalitionsvertrag haben Union und SPD beschlossen, die Kapazitäten der Weiterbildungsstellen in der Kinder- und Jugendmedizin auszubauen. Hierzu ist eine Gleichstellung der Pädiatrie mit der Allgemeinmedizin in der ambulanten Weiterbildungsförderung nach § 75 a SGB V zielführend und kann jederzeit, auch in Form eines fachfremden Änderungsantrages umgesetzt werden.

In der Weiterbildungsförderung nach § 75 a SGB V bestehen derzeit noch große Unterschiede zwischen Allgemeinmedizin und Pädiatrie, die sachlich nicht begründet werden können und die sich angesichts des Mangels an Kinder- und Jugendärzt*innen verbieten. **Der BVKJ fordert daher, die Pädiatrie in der Förderung der Weiterbildung der Allgemeinmedizin gleichzustellen.**

Hausarztzentrierte Versorgung

In der hausarztzentrierten Versorgungsrealität spielen Kinder- und Jugendärzt*innen eine existentielle Rolle, als Primärärzt*innen, die Aufgaben der Patientensteuerung im Gesundheitssystem übernehmen (Lotsensystem). **Soll die Pädiatrie in Zukunft weiterhin in die Lage versetzt werden, ihre primärärztliche Funktion zu erfüllen, braucht sie die primärärztliche Weiterbildungsförderung und damit die Gleichstellung mit der Allgemeinmedizin im Sinn des hausärztlichen Versorgungsbereichs nach § 73 1a.**

Obwohl die Pädiatrie, neben der Allgemeinmedizin, die einzige Fachgruppe ist, die komplett in der hausärztlichen Versorgung angesiedelt ist, werden Kinder- und Jugendärzt*innen bei der Weiterbildung als „grundversorgende Fachärzte“ behandelt. Dies gefährdet die Nachwuchsgenerierung in der Pädiatrie und damit das parteiübergreifend verfolgte Ziel der Politik, die hausarztzentrierte Versorgung zu stärken.

§ 75 a sieht eine Mindestförderung von 7.500 Stellen im hausärztlichen Bereich vor. Selbst unter Einbeziehung der Pädiatrie wird diese auch in den nächsten Jahren nicht ausgeschöpft. So entstehen keine neuen Haushaltsverpflichtungen für KVen oder GKV. (2023: Geförderte VZÄ in Allgemeinmedizin 5.847, Pädiatrie 417).

Weiterbildungsordnung

In der neuen Musterweiterbildungsordnung (MWBO) (2018) ist der Erwerb von Kompetenzen Grundvoraussetzung für Erlangung des Facharzttitels. In der Kinder- und Jugendmedizin gibt es mehrere Kompetenzfelder, für deren Erwerb eine **ambulante Praxiserfahrung erforderlich** ist: Impfungen, Kinder- und Jugendvorsorgeuntersuchungen, die Diagnostik und Therapie in der

Sozialpädiatrie sowie große Teile der Kompetenzen der Behandlung der psychischen und psychosomatischen Störungen.

Mindestens einen hälftigen Anteil machen ambulante Praxiserfahrungen bei weiteren Kompetenzen aus, eine rein klinische Weiterbildung garantiert keine volle Punktzahl. Hierzu gehören u.a. Infektionskrankheiten, Diabetologie, Erkrankungen des Verdauungstraktes, Erkrankungen des Bewegungsapparates, Diagnostische Verfahren. **Ein ambulanter Weiterbildungsabschnitt in der Kinder- und Jugendmedizin ist praktisch unumgänglich, um die Weiterbildungsinhalte vollständig erwerben zu können.**

Auch vor dem Hintergrund der **reduzierten Weiterbildungskapazitäten in den Kinderkliniken** werden Weiterbildungsverbünde zwischen Kliniken und weiterbildenden Praxen essentiell sein, um zukünftig noch ausreichend pädiatrischen Nachwuchs für die primärärztliche Versorgung, die Kinderkliniken und die mittlerweile gut etablierte pädiatrische Schwerpunktversorgung weiterzubilden. **Ohne eine verlässliche Förderung der ambulanten Weiterbildung droht eine Gefährdung der pädiatrischen Versorgung in Praxis und Klinik schon bald einzutreten.**

Formulierungsvorschlag

Wo im § 75a die Allgemeinmedizin erwähnt ist, muss entsprechend die Kinder- und Jugendmedizin Aufnahme finden. Insbesondere ist in Abs. 3 die Anzahl der zu fördernden Stellen auf 8.250 zu erhöhen, wovon mindestens 750 Weiterbildungsstellen in der Kinder- und Jugendmedizin geschaffen werden sollen.

Der BVKJ empfiehlt folgende Änderungen in § 75a (Ergänzungen in **Grün**, Streichungen in **Rot**):

(1)¹Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen sind zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung verpflichtet, die allgemeinmedizinische **und kinder- und jugendmedizinische** Weiterbildung in den Praxen zugelassener Ärzte und zugelassener medizinischer Versorgungszentren zu fördern. ²Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen tragen die Kosten der Förderung für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin **und Kinder- und Jugendmedizin** im ambulanten Bereich je zur Hälfte. ³Die Zuschüsse der Krankenkassen werden außerhalb der Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung gewährt. ⁴Die Förderung ist von der Weiterbildungsstelle auf die im Krankenhaus übliche Vergütung anzuheben und an den Weiterzubildenden in voller Höhe auszuzahlen.

(2)¹Die Krankenkassen sind zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung auch verpflichtet, die allgemeinmedizinische **und kinder- und jugendmedizinische** Weiterbildung in zugelassenen Krankenhäusern und in Vorsorge- und

Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, zu fördern.²Die Zuschüsse der Krankenkassen werden außerhalb der mit den Krankenhäusern vereinbarten Budgets gewährt.

(3)¹Die Anzahl der zu fördernden Stellen soll bundesweit insgesamt mindestens 7.500 betragen.²Die Kassenärztlichen Vereinigungen dürfen die Anzahl der zu fördernden Weiterbildungsstellen nicht begrenzen.

(4)¹Die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbart mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft das Nähere über den Umfang und die Durchführung der finanziellen Förderung nach den Absätzen 1 bis 3.²Sie haben insbesondere Vereinbarungen zu treffen über

1. die Höhe der finanziellen Förderung,
2. die Sicherstellung einer durchgängigen Förderung auch bei einem Wechsel in eine andere Weiterbildungsstelle in einem Bezirk einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung,
3. die Verteilung der zu fördernden Stellen auf die Kassenärztlichen Vereinigungen,
4. ein finanzielles Ausgleichsverfahren, wenn in einem Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung mehr oder weniger Weiterbildungsstellen gefördert werden, als nach Nummer 3 vorgesehen sind, sowie
5. die zu fördernden Fachärzte aus dem Bereich der allgemeinen fachärztlichen Versorgung, die an der Grundversorgung teilnehmen (grundversorgende Fachärzte).

³Mit der Bundesärztekammer ist das Benehmen herzustellen.⁴Wird eine Vereinbarung ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.

(5)¹Die Höhe der finanziellen Beteiligung der Krankenkassen an den Kosten der Förderung der allgemeinmedizinischen und kinder- und jugendmedizinischen Weiterbildung vermindert sich um den von den privaten Krankenversicherungsunternehmen gezahlten Betrag.²Über die Verträge nach Absatz 4 ist das Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung anzustreben.

(6)¹Die nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 zu vereinbarende Höhe der finanziellen Förderung ist so zu bemessen, dass die Weiterzubildenden in allen

Weiterbildungseinrichtungen nach den Absätzen 1 und 2 eine angemessene Vergütung erhalten. 2In Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für den Bereich der hausärztlichen Versorgung eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 Satz 1 getroffen hat, soll eine höhere finanzielle Förderung vorgesehen werden. 3Die Vertragspartner haben die Angemessenheit der Förderung regelmäßig zu überprüfen und soweit erforderlich anzupassen.

(7) In den Verträgen nach Absatz 4 kann auch vereinbart werden, dass

1. die Fördermittel durch eine zentrale Stelle auf Landes- oder Bundesebene verwaltet werden,
2. eine finanzielle Beteiligung an regionalen Projekten zur Förderung der Allgemeinmedizin und Kinder- und Jugendmedizin erfolgt,
3. bis zu 5 Prozent der vorgesehenen Fördermittel überregional für die Errichtung und Organisation von Einrichtungen, die die Qualität und Effizienz der Weiterbildung verbessern können, und für die Qualifizierung von Weiterbildern bereitgestellt werden,
4. in einem Förderungszeitraum nicht abgerufene Fördermittel in den darauffolgenden Förderzeitraum übertragen sowie überregional und unabhängig von der Art der Weiterbildungseinrichtung bereitgestellt werden.

(8) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können zur Erfüllung der in Absatz 1 genannten Aufgaben kooperieren oder eine Kassenärztliche Vereinigung mit der Durchführung der Aufgaben nach Absatz 1 beauftragen.

(9) 1Die Absätze 1 und 4 bis 8 gelten für die Förderung der Weiterbildung in der ambulanten grundversorgenden fachärztlichen Versorgung nach Maßgabe der Vereinbarung nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 5 entsprechend. 2Es sind bundesweit bis zu 2 000 Weiterbildungsstellen, ~~davon mindestens 250 Weiterbildungsstellen in der Kinder- und Jugendmedizin,~~ zu fördern.

Kontakt:

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen e.V. (BVKJ)

Mielenforster Straße 2, 51069 Köln

Telefon: 0221/68909-0

E-Mail: info@bvkj.de

Internet: www.bvkj.de

Präsident:

Dr. med. Michael Hubmann

Vizepräsident*innen:

Dr. med. Anke Steuerer

Dr. med. Stefan Trapp

Hauptgeschäftsführer:

Tilo Radau

Referent Gesundheitspolitik:

Simon K. Hilber

Tel.: [030 280 475 10](tel:03028047510)

E-Mail: simon.hilber@bvkj.de

Lobbyregister beim Deutschen Bundestag: Registernummer R000638

15.12.2025

Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG): Stellungnahme des BDPK zum Gesetzentwurf

Kurzfristige Anpassungsbedarfe:

▪ **Sofortige und vollständige Streichung des FDA ab dem 01.01.2026 (§ 4 Abs. 2a KHEntgG)**

Die Krankenhausreform treibt eine strukturelle Zentralisierung der Versorgung voran, die sich kurzfristig vollziehen wird. Dieser Prozess wird durch die zunehmenden, insolvenzbedingten (Teil-)Schließungen von Standorten und den Umbau der Krankenhauslandschaft durch den Krankenhaus-Transformationsfonds beschleunigt. Nach wie vor ist jedoch der Fixkostendegressionsabschlag (FDA) in Kraft und muss nun in konfliktbeladenen Verhandlungen mit den Krankenkassen in „normale“ Mehrleistungen und solche Mehrleistungen unterteilt werden, die durch die Krankenhaus Transformation entstehen.

Der Fixkostendegressionsabschlag (FDA) sollte mit Wirkung zum 1. Januar 2026 komplett abgeschafft werden. So ließe sich die „kränkelnde“ Krankenhauslandschaft für den Umbau stabilisieren. Dazu muss in § 4 Abs. 2a KHEntgG klargestellt werden, dass mit der Streichung auch zuvor vereinbarte Abschläge nicht mehr angewendet werden (vgl. hierzu die Anlage zur Stellungnahme ab Seite 6).

▪ **Aussetzung der Frist für die Abgabe der Budgetverhandlungsunterlagen sowie Aufhebung der Schiedsstellenregelung (§ 11 Abs. 6 und § 13 Abs. 3 KHEntgG und BPfIV)**

Durch Verzögerungen bei den Verhandlungen über die Erlöse der neuen Hybrid-DRG 2026 haben sich auch die Entscheidungen und die Veröffentlichung des DRG-Entgeltkatalogs 2026 sowie die Freigabe des DRG-Groupers 2026 verschoben. Dennoch müssen Krankenhäuser die Forderungsunterlagen für die Budgetverhandlungen 2026 bis zum 31. Dezember 2025 an die Vertragsparteien und die zuständige Landesbehörde schicken. Dies ist aufgrund der Verzögerungen praktisch nicht realisierbar. Wer diese Frist nicht einhält, riskiert Rechnungsabschläge in Höhe von 1 %. Die Frist für das Vereinbarungsjahr 2026 sowie die im Zusammenhang mit dem KHPfIEG eingeführten Fristenregelungen nach § 11 Abs. 6 KHEntgG und § 11 Abs. 6 BPfIV sollten dringend aufgehoben und dauerhaft auf den 30. September des Jahres, für das die Vereinbarung gelten soll, verschoben werden.

Darüber hinaus müssen die Sanktionsmöglichkeiten aus dem Gesetz gestrichen werden. Diese Regelung ist einseitig zugunsten der Krankenkassen ausgestaltet, die ihrerseits häufig selbst Verzögerungen bei den Budgetverhandlungen verursachen. Für Vertragsverhandlungen auf Augenhöhe darf ein Sanktionsinstrument nicht nur einer Seite zur Verfügung stehen. Zu Recht bezeichnet BeckOK KHR/Vollmöller (KHEntgG § 11 Rn. 12–17) die Regelung als weitere Bürokratisierung des Vergütungsrechts zulasten der Krankenhäuser.

Ähnliches gilt für die Regelung zur automatischen Anrufung der Schiedsstelle nach § 13 Abs. 3 KHEntgG und § 13 Abs. 3 BPfIV. Bereits jetzt sind die Schiedsstellen stark überlastet. Durch die zusätzlichen gesetzlichen Vorgaben steigt die Verfahrenskomplexität weiter an. Im Sinne eines Bürokratieabbaus für alle Beteiligten muss daher die Schiedsstellenregelung ersatzlos gestrichen werden.

▪ **Aufhebung des Abrechnungsverbots zur Wahrung der Länderkompetenz (u. a. § 8 Abs. 4 S. 4 KHEntgG)**

Verfassungsrechtlich liegt die Zuständigkeit für die Krankenhausplanung grundsätzlich bei den Ländern. Durch das KHVVG aber auch durch das KHAG wird diese Kompetenz infrage gestellt. Planungsentscheidungen werden zwar weiterhin auf Landesebene getroffen, allerdings nur noch unter Berücksichtigung der Qualitätskriterien des Bundes nach § 135e SGB V. Verschärft wird diese Entwicklung durch die mit dem KHVVG eingeführte Regelung nach § 8 Abs. 4 S. 4 KHEntgG, dass künftig Krankenhausleistungen grundsätzlich nicht mehr abgerechnet werden dürfen, wenn sie den Qualitätskriterien der Leistungsgruppen nicht entsprechen. Zuständig für die Prüfung und Bestätigung ist der Medizinische Dienst. Abweichungen aus Gründen der Versorgungssicherheit sind nur zeitlich befristet und unter Beteiligung bzw. Zustimmung der Krankenkassen möglich.

Die Folge wird sein, dass Krankenhäusern Leistungsgruppen aus Gründen der Sicherstellung der Versorgung zugewiesen werden, die Krankenhäuser die Leistungen aber nur noch befristet abrechnen dürfen. Nicht nachvollziehbar ist zudem, dass es nach wie vor keine Auswirkungsanalyse gibt. Aus Sicht unserer Sicht müssen die die Leistungsgruppenvorgaben daher grundsätzlich als Rahmenempfehlung für die Krankenhausplanung der Länder ausgestaltet werden. Um dies zu ermöglichen, müsste § 8 Abs. 4 S. 4 KHEntgG gestrichen werden.

▪ **Streichung der Vorhaltefinanzierung mit Mindestvorhaltezahlen (u. a. § 3 Nr. 3b, 6b, 7 KHEntgG, 37 KHG, 135f SGB V)**

Das Ziel der Einführung einer Vorhaltefinanzierung ist, den Anreiz für Krankenhäuser zu senken, eine möglichst hohe Fallzahl erreichen zu müssen (vgl. Seite 61 des Referentenentwurfs eines KHVVGs). Sie führt die Krankenhäuser jedoch nicht aus der Fallzahlabhängigkeit und schafft zudem mit den 20 % Korridoren neue Fehlanreize. Die Mindestvorhaltezahlen gemäß § 135f SGB V wurden im Zuge der Vorhaltefinanzierung eingeführt, zielen jedoch im Kern darauf ab, die Gelegenheitsversorgung zu vermeiden. Neben den bereits etablierten und vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festzulegenden Mindestmengen sind sie redundant und nicht zielführend. Die Mindestvorhaltezahlen schränken zudem die Planungshoheit der Länder erheblich ein.

Anstatt einer fallzahlabhängigen Vorhaltevergütung für alle Leistungen in allen Krankenhäusern schlagen wir daher vor, ganze Versorgungseinheiten wie beispielsweise Geburtshilfestationen pauschal durch erweiterte Sicherstellungszuschläge abzusichern. Dabei sollte es sich um Versorgungseinheiten handeln, die trotz eines bestehenden Bedarfs wegen geringer Fallzahlen wirtschaftlich nicht tragfähig betrieben werden können. Zur Vermeidung einer Doppelfinanzierung sollten von den pauschalen Sicherstellungszuschlägen die Erlöse abgezogen werden. Die Finanzierung dieser erweiterten Sicherstellungszuschläge darf dabei nicht zulasten der anderen Krankenhäuser erfolgen. Dies wäre konträr zur Intention des Gesetzgebers, mit der Reform die

wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser zu stabilisieren. Hierzu schlagen wir eine Erweiterung der Vorgaben zur Finanzierung bedarfsnotwendiger Versorgungsbereiche über Sicherstellungszuschlag sowie der Erhöhung der Fördersummen über eine zusätzliche Finanzierung über eine entsprechende Anpassung des § 5 KHEntgG und der Ergänzungsvereinbarung nach § 9 Abs. 1a Nr. 6 KHEntgG nebst weiterer Folgeänderungen vor.

▪ **Ausnahmeregelung für Fachkrankenhäuser, Besondere Einrichtungen und teilstationäre Einrichtungen (u. a. § 135e Abs. 4 SGB V)**

Die medizinisch erforderlichen Strukturen von Fachkrankenhäusern und auch Besonderen Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 10 KHG unterscheiden sich deutlich von denen der Allgemeinkrankenhäuser. Wir begrüßen daher die im Gesetzentwurf vorgenommene Anpassung der Definition der Fachkrankenhäuser sowie die Möglichkeit, die sachliche Ausstattung auch in Kooperation bereitzuhalten. Die Kooperation selbst als gesetzgeberische Vorgabe ist allerdings von der Bereitschaft der Kooperation der umliegenden Krankenhäuser abhängig. Bereits heute werden massive finanzielle Forderungen der kooperationsgebenden Krankenhäuser erhoben. Für die Fachkrankenhäuser ist jedoch die Kooperation existenziell und sie sind nun den Forderungen der benachbarten Krankenhäuser ausgeliefert.

Grundsätzlich sollten bei spezialisierten Versorgern daher nur die Strukturen gefordert werden, die im Rahmen des Behandlungskonzepts medizinisch erforderlich sind. Dies betrifft beispielsweise die Vorhaltung einer vollständig ausgestatteten Intensivstation, das Vorhandensein von zwei Operationssälen oder die Bereitstellung eines CT/MRT am Standort. Die Qualität der Versorgung wird durch die Qualitätskriterien aus den maßgeblichen OPS-Kodes gemäß § 301 Abs. 2 SGB V und den landesrechtlichen Vorgaben sichergestellt. Ähnliches gilt auch für teilstationäre Einrichtungen wie beispielsweise Tageskliniken und Nachtkliniken. Wie bereits in der Stellungnahme des Bundesrats vom 03.12.2025 hingewiesen, ist es weder sachgerecht noch praxistauglich, von diesen Einrichtungen trotz ihrer eingeschränkten Betriebszeiten die gleichen Strukturvorgaben zu fordern wie bei den Allgemeinkrankenhäusern.

Für Fachkrankenhäuser, Besondere Einrichtungen und teilstationäre Einrichtungen schlagen wir daher vor, dass die Landesplanungsbehörden nach pflichtgemäßem Ermessen über die Anwendung der Qualitätskriterien entscheiden. Hierzu schlägt der BDPK konkret die Einfügung eines Abs. 5 SGB in § 135e V vor, der wie folgt lautet:

„Die zuständigen Landesbehörden entscheiden nach pflichtgemäßem Ermessen über die Anwendung der nach Absatz 1 bis Absatz 4 geregelten Qualitätskriterien und Leistungsgruppen für die Besonderen Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 S. 10 KHG, teilstationäre Einrichtungen, die nicht mit Fallpauschalen nach § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 KHEntgG vergütet werden sowie Fachkrankenhäuser, die von ihrer zuständigen Landesbehörde der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden.“

▪ **Übernahme von Fahrkosten bei Verlegungen zwischen zwei Standorten eines Krankenhausträgers (u. a. § 60 SGB V)**

Nach der aktuellen gesetzlichen Regelung in § 60 Abs. 2 Nr. 1 SGB V können Fahrkosten bei stationären Leistungen nur dann von den Kostenträgern übernommen werden, wenn eine Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist und diese Verlegung in ein

anderes Krankenhaus erfolgt. Medizinisch indizierte Verlegungen zwischen verschiedenen Standorten eines Krankenhausträgers sind hiervon hingegen nicht erfasst.

Diese Differenzierung führt zu einer sachlich nicht gerechtfertigten Benachteiligung von Krankenhäusern mit mehreren Standorten. Sie ist aus versorgungsfachlicher Sicht, insbesondere im Hinblick auf die Kontinuität der Patientenversorgung, nicht nachvollziehbar. Es mutet willkürlich an, dass Fahrkosten für eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus finanziert werden, nicht hingegen zu einem anderen Standort des abgebenden Krankenhauses, das mit dem Patienten und seinem Krankheitsbild bereits vertraut ist. Eine entsprechende Anpassung des § 60 Abs. 2 Nr. 1 SGB V ist daher dringend geboten, insbesondere vor dem Hintergrund der künftig durch die Zuweisung von Leistungsgruppen vorgesehenen Spezialisierung und Bündelung von Versorgungsleistungen.

Mittel-/langfristige Anpassungsbedarfe:

- **Aufhebung zentralistischer Personalvorgaben und Personalbemessungsinstrumente (u. a. § 136a Abs. 2, 137i und § 137m SGB V)**

Die Personalkosten sind der größte Kostenblock in den Krankenhäusern. Allein die Einführung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUGV) hat zu signifikanten Kostensprüngen in der stationären Versorgung geführt. Die Einführung eines weiteren Personalbemessungssystems in Verbindung mit gesetzlicher Verpflichtung zur Personalvorhaltung wird erhebliche Kostensteigerungen nach sich ziehen. Zudem führt ein solches Bemessungssystem zu Mehraufwand für die Mitarbeitenden in den Kliniken. Schicht- und abteilungsbezogen muss die Anwesenheit der Ärzte erhoben, dokumentiert und überprüft werden. Perspektivische Sanktionierung wird zu einem weiteren Aufwuchs an Bürokratie führen.

Um die Krankenhausversorgung insgesamt effizienter zu gestalten, wird dringend empfohlen, die Aufhebung der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung samt Sanktions- und Nachweisvereinbarung inklusive der Ermächtigungsgrundlage § 137i SGB V nebst weiterer Folgeänderungen zu prüfen. Auch die weiteren Personalvorgaben wie die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie und das ärztliche Personalbemessungsinstrument für den ärztlichen Dienst in Krankenhäusern sollte gestrichen werden. Dabei sind die Perspektiven der finanziellen Entlastung der Krankenhäuser, Möglichkeiten der Effizienzsteigerungen in den klinischen Prozessen und die bürokratischen Entlastungen hinsichtlich der Dokumentation, Überprüfung und Sanktionierung zu betrachten.

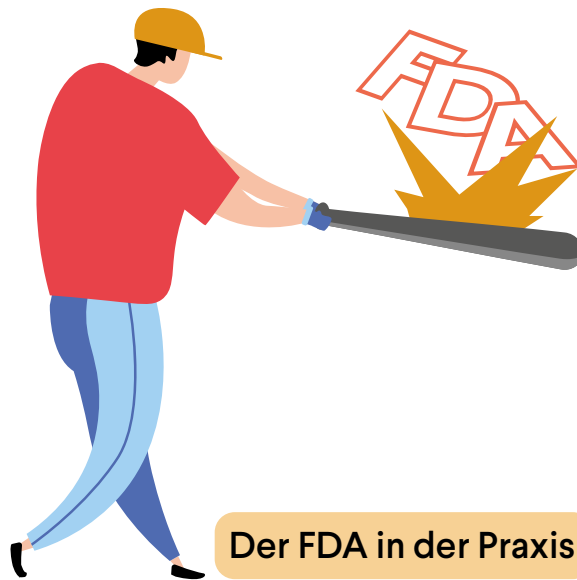
- **Aufhebung der Hybrid-DRG sowie Streichung der unteren Grenzverweildauer (u. a. § 115f SGB V)**

Die Vorgabe, zwei Millionen Krankenhausfälle über deutlich preisreduzierte Hybrid-DRG zu erbringen, wird sich nicht umsetzen lassen. Bei der Begründung der gesetzlichen Fallzahlvorgabe für die Hybrid-DRG stützt sich das BMG auf ein theoretisches Ambulantisierungspotenzial und übersieht dabei, dass dieses Potenzial nur dann erschlossen werden kann, wenn vorher tragfähige ambulante Strukturen geschaffen werden. Die Krankenhäuser haben derzeit keine Strukturen, mit denen sie die Leistungen zu geringeren Preisen erbringen können, ohne sich in weitere wirtschaftliche Bedrängnis zu bringen.

Es wird dringend empfohlen, die Aufhebung der Regelung zu den Hybrid-DRGs nach § 115f SGB V nebst weiterer Folgeänderungen zu prüfen und stattdessen bei den DRGs die Untere Grenzverweildauer zu streichen und damit den Krankenhäusern die Möglichkeit zu eröffnen, effizientere Behandlungsstrukturen zu entwickeln, die unabhängig von der stationären Aufnahme sind. Die Streichung der Unteren Grenzverweildauer würde eine Änderung der aktuellen Fallpauschalenvereinbarung sowie des Fallpauschalenkatalogs/§ 8 KHEntgG nebst weiterer Folgeänderungen erfordern. Sinkende Kosten bei den Krankenhäusern fließen ohnehin in die Kalkulation der DRGs ein und entlasten perspektivisch die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler sowie die Kostenträger. So werden die Krankenhäuser finanziell ohne Mehrkosten für die Krankenkassen stabilisiert und haben den Anreiz, ihre Leistungserbringung zu ambulantisieren.

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

FDA belastet Kliniken



Grundlagen

Was ist der Fixkostendegressionsabschlag?

Der Fixkostendegressionsabschlag (FDA) ist ein gesetzlich festgelegter Abschlag auf Erlöse von Krankenhäusern, wenn diese über die vereinbarte Leistungsmenge hinaus zusätzliche Fälle behandeln (§ 4 Abs. 2a KHEntgG). Er beträgt in der Regel **35 % und gilt jeweils über drei Jahre**.

Warum wurde der FDA 2017 eingeführt?

Der Gesetzgeber wollte verhindern, dass Krankenhäuser aus wirtschaftlichen Gründen immer mehr Fälle aufnehmen und dadurch die Gesundheitsausgaben steigen. Der Abschlag sollte finanzielle Anreize zur Mengenausweitung reduzieren. Die Realität heute ist jedoch eine andere. Seit 2019 gibt es nicht mehr, sondern weniger Behandlungsfälle. Wenn einzelne Krankenhäuser also Mehrleistungen haben, dann handelt es sich in erster Linie um Verlagerungen aus anderen Kliniken.

Wie ist die Höhe von 35 % begründet – und ist sie realistisch?

Die 35 % sollten den Anteil fixer Kosten widerspiegeln, die bei Mehrmengen „gespart“ würden. In der Praxis trifft diese Annahme selten zu: Krankenhäuser können ihre Leistungen kaum skalieren, da zusätzliche Fälle meist auch mehr Personal und Infrastruktur erfordern. Insofern ist der FDA **realitätsfern und überhöht**.

Anwendung und Ausnahmen

Wann greift der FDA – und wann nicht?

Im Regelfall gilt der FDA für den Großteil der DRG-Leistungen. Ausnahmen (Vgl. § 4 Abs. 2a KHEntgG) bestehen unter anderem für:

- Transplantationen, Polytrauma, Neuro-B-Versorgung
- Leistungen mit sehr hohem Sachkostenanteil
- zusätzliche Versorgungsaufträge, für die bislang keine Abrechnungsmöglichkeit bestand
- Leistungen in ausgewiesenen G-BA-Zentren

Bei Verlagerungen von Leistungen zwischen Krankenhäusern (ohne Mehrmenge im Einzugsgebiet) gilt der Abschlag nur **zur Hälfte** – ein Nachweis, der jedoch **praktisch nur schwer zu erbringen** ist, da dieser nur anhand von Ist-Daten im Nachhinein möglich ist.

Der FDA in der Praxis

Welche Probleme entstehen bei der Umsetzung?

Die Nachweisführung für hälftige FDA-Reduktionen ist kompliziert, insbesondere bei Fachkliniken mit großem Einzugsgebiet. Auch bei Grundversorgern gelingt sie selten. In der Praxis führt das dazu, dass **der FDA häufig voll greift**, selbst bei bloßen Leistungsverchiebungen.

Welche finanziellen Auswirkungen hat der FDA?

Der FDA kann zu **Erlöseinbußen in Millionenhöhe** führen. Diese treffen besonders jene Kliniken, die infolge von Standortschließungen oder Strukturveränderungen zusätzliche Fälle übernehmen – also gerade die Häuser, die die Versorgung aufrechterhalten.

Der FDA und die Krankenhausreform

Was ist das Ziel der Krankenhausreform?

Die Reform zielt auf eine **Konzentration medizinischer Leistungen** und eine **Steigerung der Versorgungsqualität** durch Bündelung an ausgewählten Standorten ab.

Warum steht der FDA im Widerspruch zur Reform?

Der FDA sanktioniert jene Häuser, die Reformziele praktisch umsetzen – beispielsweise durch Übernahme von Fällen nach Standortschließungen. Damit **konterkariert der FDA die politisch gewollte Konzentration** und belastet Reformakteure finanziell.

Wie hängt der FDA mit dem Transformationsfonds zusammen?

Der Transformationsfonds soll ab Mitte 2025 Strukturmaßnahmen fördern (z. B. Standortzusammenlegungen). Gleichzeitig bestraft der FDA genau diese Maßnahmen mit Abschlägen. Das führt zu einem Widerspruch zwischen Förderung und Sanktionierung.

Hybrid-DRG und Budgetfristen

Wie beeinflusst der FDA die Einführung der Hybrid-DRG?

Wenn Leistungen künftig als Hybrid-DRG außerhalb des stationären Budgets vergütet werden, entsteht eine Lücke im Erlösbudget. Ob diese **FDA-frei oder FDA-pflichtig** aufgefüllt werden darf, ist umstritten. Dies birgt großes Konfliktpotenzial in den Budgetverhandlungen 2026.

Nach § 11 Abs. 4 Satz 1 KHEntgG müssen Krankenhäuser die Forderungsunterlagen für die Budgetverhandlungen 2026 bis zum 31. Dezember 2025 an die Vertragsparteien und die zuständige Landesbehörde schicken. Wer diese Frist nicht einhält, riskiert Rechnungsabschläge. Warum muss diese Frist ausgesetzt werden?

Aufgrund von Verzögerungen bei den Entscheidungen zu den Hybrid-DRG verschiebt sich die Veröffentlichung des DRG-Katalogs 2026 samt den notwendigen Grouper-Updates.

Dadurch ist eine frist- und leistungsgerechte Planung für die Krankenhäuser faktisch unmöglich. Krankenhäuser könnten so für ein nicht selbst verschuldetes Fristversäumnis mit Rechnungsabschlägen oder Sanktionen belegt werden. Daher sollte die Frist für das Jahr 2026 ausgesetzt werden.

Wie wirken sich die Budgetfristen auf den FDA aus?

Die engen Fristen erhöhen das Risiko, dass Krankenhäuser im Rahmen der Verhandlungen zu hohe Leistungsvolumina „auf dem Papier“ vereinbaren.

Das kann in der Folge zu FDA-Belastungen von bis zu 35 % führen – selbst dann, wenn die vereinbarte Mehrleistung später gar nicht erbracht wird. Im ersten Jahr fällt der Abschlag dennoch an; erst im zweiten Jahr kann er entfallen, wenn die vereinbarten Leistungen reduziert werden. Durch die Fristsetzung steigt also das Risiko, dass Kliniken häufiger ungewollt in den FDA „hineinlaufen“, anstatt Planungssicherheit zu gewinnen. Leistungsverlagerungen lassen sich bei prospektiver Verhandlung zudem überhaupt nicht darstellen, weshalb der Ausnahmetatbestand ins Leere geht und nachträglich keine Korrekturmöglichkeit vorgesehen ist.



Landesverband der Privatkliniken
in Hessen e.V.
www.vdpk.de



Klinikverbund Hessen e.V.
www.klinikverbund-hessen.de

Reformvorschläge und Ausblick

Welche Änderungen werden gefordert?

- **Abschaffung des FDA ab 2026**, inklusive Aufhebung laufender Abschläge
- **Alternativ:** Erweiterung der Ausnahmetatbestände (§ 4 Abs. 2a Nr. 1 KHEntgG) um „Leistungsverlagerungen infolge von Strukturreformen oder Standort-schließungen“

Was wären die Folgen einer Abschaffung?

Eine Abschaffung des FDA würde **Planungssicherheit schaffen, Reformprozesse erleichtern und wirtschaftliche Stabilität** für die aufnehmenden Krankenhäuser bringen. Damit könnten die Ziele der Krankenhausreform – Qualität, Effizienz und Nachhaltigkeit – tatsächlich erreicht werden. Regelhaft führt dies auch zu erheblichen Einsparungen bei den Krankenkassen, da Kosten für Verlegungen entfallen und die Behandlung eines Patienten in einem Haus wesentlich günstiger ist im Vergleich zur Abrechnung mit zwei Behandlungsfällen.

Fazit

Der FDA ist in seiner aktuellen Form **ein Hemmnis für die Krankenhausreform**. Er belastet die Kliniken, die Reformziele umsetzen, und entzieht ihnen dringend benötigte Mittel. Seine **umgehende Abschaffung ist entscheidend für eine erfolgreiche Neuausrichtung des Krankenhausmarktes** und ein Zeichen dafür, dass die Politik ihre Reformziele ernsthaft verfolgt.



Stellungnahme

Gesetz zur Anpassung der Krankenhausreform (KHAG) Gesetzentwurf der Bundesregierung (BT-Drs. 21/2512)

15.12.2025

Inhaltsverzeichnis

1	Allgemeine Bewertung	3
2	Zu den Regelungen im Einzelnen	4
2.1	Spezielle Schmerzmedizin.....	4
3	Weiterer Regelungsbedarf.....	5
3.1	Bürokratieabbau in der Psychiatrie	5
3.2	Vollstationäre Behandlungskapazitäten in teilstationäre und ambulante Behandlungsangebote umwandeln.....	6
3.3	Finanzierung der stationären psychotherapeutischen Weiterbildung	6

1 Allgemeine Bewertung

Mit dem Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) soll die mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) auf den Weg gebrachte Krankenhausreform mit dem Ziel einer stärkeren Qualitätsorientierung in der Krankenhausplanung leichter umsetzbar werden. Wenn das KHAG die im KHVVG angelegte Reform praxistauglich machen soll, bietet sich jetzt die Gelegenheit, bislang unzureichend adressierte Versorgungsbereiche gezielt zu stärken.

Dazu gehört insbesondere die Versorgung von Menschen mit chronischen Schmerzen. Die Einführung von Leistungsgruppen darf keinesfalls zu neuen Versorgungslücken führen. Deshalb ist es notwendig, die **Spezielle Schmerzmedizin als eigene Leistungsgruppe** zu verankern. Nur so lassen sich die rechtlichen und finanziellen Grundlagen schaffen, um die interdisziplinäre Behandlung von chronischen Schmerzpatient*innen in schmerzmedizinischen Abteilungen dauerhaft zu sichern.

Auch die **stationäre Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen** erfordert eine klare Weiterentwicklung. Die Versorgungsqualität leidet seit Jahren unter übermäßiger Bürokratie, die wertvolle Fachkräfte bindet und Behandlungszeit reduziert. Ein entschlossener **Abbau der bürokratischen Hürden** ist notwendig, um das **Personal zu entlasten** und die Behandlungskapazitäten zu stärken. Zudem müssen dringend die Rahmenbedingungen für eine stärkere **Flexibilisierung und Ambulantisierung der psychiatrischen Krankenhausbehandlung** geschaffen werden. Nur durch solche strukturellen Anpassungen lässt sich die Versorgung bei einem zunehmenden Fachkräftemangel aufrechterhalten und gleichzeitig eine passgenaue, bedarfsgerechte Patientenversorgung gewährleisten.

Um die psychotherapeutische Versorgung in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen abzusichern, sind zudem verlässliche **finanzielle Rahmenbedingungen für die Umsetzung der stationären psychotherapeutischen Weiterbildung** erforderlich. Ohne eine Finanzierung werden die Einrichtungen nicht in der Lage sein, ausreichend Weiterbildungsplätze bereitzustellen und qualifiziertes psychotherapeutisches Personal für die Versorgung von Patient*innen zu gewinnen.

2 Zu den Regelungen im Einzelnen

2.1 Spezielle Schmerzmedizin

Wird die Schmerzmedizin fachfremden Leistungsgruppen zugeordnet, gefährdet dies die multimodale, evidenzbasierte Schmerztherapie, da die notwendigen OPS-Voraussetzungen insbesondere für psychotherapeutische Leistungen dort nicht erfüllt werden können. In der Folge droht vielen schmerzmedizinischen Abteilungen die Schließung. Dies würde zu einer weiteren Verschlechterung der bereits jetzt lückenhaften Versorgung von Schmerzpatient*innen in Deutschland führen. Die Spezielle Schmerzmedizin sollte daher als eigene Leistungsgruppe in den Leistungsgruppenkatalog gemäß Anlage 1 aufgenommen werden.

Die Spezielle Schmerzmedizin sichert derzeit die Versorgung von rund 23 Millionen chronischen Schmerzpatient*innen in Deutschland, von denen etwa 4 Millionen besonders beeinträchtigt sind und bspw. nicht mehr am Arbeitsleben teilnehmen können.

Ohne eine eigene Leistungsgruppe werden Schmerzpatient*innen je nach Hauptdiagnose künftig einer der geplanten fachfremden Leistungsgruppen (zum Beispiel Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie) zugeordnet. Diese bilden jedoch nicht die Erfordernisse der Speziellen Schmerzmedizin ab. Eine evidenzbasierte Behandlung chronischer Schmerzen erfolgt durch die interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (wie sie in den OPS-Kodes 8-918, 8-91b, 8-91c oder 1-910 definiert wird). Zu den Mindestvoraussetzungen gehört die Einbeziehung von mindestens zwei Fachdisziplinen, von denen eine zwingend eine psychotherapeutische, psychiatrische oder psychosomatische Disziplin sein muss, die in einen festgelegten Behandlungsplan zu integrieren ist.

Bei Zuordnung der Speziellen Schmerzmedizin zu fachfremden Leistungsgruppen entsteht das Problem, dass diese die in den OPS-Kodes definierten Voraussetzungen für eine multimodale Schmerztherapie nicht erfüllen und keine psychotherapeutischen Leistungen, die essenzieller Bestandteil einer evidenzbasierten multimodalen Schmerzbehandlung sind, erbringen können. Gleichzeitig sind die Qualitätsanforderungen fachfremder Leistungsgruppen, wie bspw. das Vorhalten dreier Vollzeitäquivalente „Innere Medizin“ und der Möglichkeit zur Endoskopie in der Leistungsgruppe „Innere Medizin“ für schmerzmedizinische Abteilungen fachlich nicht zu begründen und häufig nicht erfüllbar.

Eine eigene Leistungsgruppe für die Spezielle Schmerzmedizin mit dazu passenden qualitativen Mindestvoraussetzungen stellt deshalb die sinnvollste, nachhaltigste und am kurzfristigsten zu realisierende Lösung für den Erhalt der Speziellen Schmerztherapie dar.

Die Bundespsychotherapeutenkammer unterstützt daher ausdrücklich den Vorschlag, den die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V., der Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD), die Arbeitsgemeinschaft nicht-operativer orthopädischer manualmedizinischer Akutkliniken e.V. (ANOVA) und der Berufsverband für Physikalische und Rehabilitative Medizin (BVPRM) für eine eigene Leistungsgruppe „Spezielle Schmerzmedizin“ bereits in die Beratungen zum KHAG eingebracht haben.

3 Weiterer Regelungsbedarf

3.1 Bürokratieabbau in der Psychiatrie

Auswertungen von Routinedaten zum psychotherapeutischen Leistungsgeschehen in psychiatrischen Einrichtungen weisen darauf hin, dass derzeit nur wenig psychotherapeutische Leistungen bei den Patient*innen ankommen. Und das, obwohl die Personalvorgaben der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-Richtlinie) in den Berufsgruppen, die Psychotherapie erbringen, durchschnittlich erfüllt oder sogar übererfüllt werden (vgl. [BPtK-Studie „Psychotherapeutische Versorgung in der Psychiatrie“](#), Zugriff am 11.12.2025).

Ursachen hierfür sind unter anderem eine Leistungsverdichtung und gestiegene Anforderungen an Dokumentation und Qualitätssicherung in der stationären psychiatrischen Versorgung. Dies führt dazu, dass der Teil der Arbeitszeit, der für patientenferne Tätigkeiten aufgewendet werden muss, immer größer geworden ist und mittlerweile bei bis zu 65 Prozent liegt (<https://www.bag-psychiatrie.de/mehr-zeit-fuer-das-was-zaehlt/>).

Ziel muss es sein, die bestehenden Regelungen so zu vereinfachen, dass Transparenz und Qualität gesichert bleiben – ohne die Versorgung durch Bürokratie zu behindern. Hierzu gehört unter anderem eine Bündelung von Nachweispflichten und digitale Vereinfachungen. In vielen Kliniken müssen Daten derzeit noch mehrfach und zu unterschiedlichen Zwecken eingegeben werden, beispielsweise zur Dokumentation der Behandlung, zu Abrechnungszwecken und zum Nachweis der Personalausstattung. Das nimmt wertvolle Zeit in Anspruch, die für die Patientenbehandlung fehlt. Darüber hinaus sollte die Qualitätssicherung künftig stärker über Qualitätsindikatoren zur Abbildung von Prozess- und Ergebnisqualität als über Strukturvorgaben erfolgen, da diese (allein) offensichtlich für die Sicherung einer hinreichenden Behandlungsintensität nicht ausreichen.

3.2 Vollstationäre Behandlungskapazitäten in teilstationäre und ambulante Behandlungsangebote umwandeln

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) kam bereits 2018 in seinem Gutachten zu dem Schluss, dass 20 bis 30 Prozent der stationären psychiatrischen Behandlungen durch alternative ambulante Behandlungsangebote ersetzbar wären. Auch die Regierungskommission zur Reform der Krankenhausversorgung sieht trotz des bereits erfolgten Ausbaus teilstationärer Behandlungskapazitäten in der Psychiatrie weiterhin ein relevantes Potenzial, bislang vollstationäre Behandlungen teilstationär oder ambulant zu erbringen.

Eine Umsteuerung vollstationärer in teilstationäre Behandlungskapazitäten ginge mit Kosteneinsparungen einher und würde einen effizienteren Personaleinsatz ermöglichen. Letzterem kommt aufgrund des zunehmenden Fachkräftemangels in der Gesundheitsversorgung eine wichtige Rolle zu. Darüber hinaus zeigen die Erfahrungen mit Globalbudgets, wie sie in den Modellvorhaben nach § 64b SGB V erprobt wurden, dass von einer flexibleren, stärker ambulant orientierten psychiatrischen Krankenhausversorgung auch die Patient*innen profitieren.

3.3 Finanzierung der stationären psychotherapeutischen Weiterbildung

Mit der Verabschiedung des Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) hat der Deutsche Bundestag am 6. November 2025 einen weiteren wichtigen Baustein zur Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung beschlossen. Damit hat die Bundesregierung eine notwendige Voraussetzung geschaffen, damit Weiterbildungsambulanzen ihre Arbeit aufnehmen und Vergütungsverhandlungen mit den Krankenkassen aufnehmen können. Für die ambulante Weiterbildung in Psychotherapiepraxen wurde im Rahmen einer Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) ermöglicht, dass Psychotherapeut*innen in Weiterbildung in Praxen angestellt werden und in dem erforderlichen Umfang eigene Versorgungsleistungen erbringen können.

Neben der ambulanten ist auch die stationäre Weiterbildung obligatorischer Bestandteil der Weiterbildung zur Fachpsychotherapeut*in. Die dafür erforderlichen Weiterbildungsstellen sind grundsätzlich ab Anfang der 2030er Jahre verfügbar, wenn die postgraduale Ausbildung, das heißt das „alte“ Ausbildungssystem, endet. Doch schon in diesem Jahr sind die meisten Absolvent*innen des neuen Psychotherapiestudiengangs im Rahmen der Fachgebietsweiterbildung auf eine Weiterbildungsstelle in einer Klinik angewiesen.

Für die laufende Übergangsphase vom alten Ausbildungs- zum neuen Weiterbildungssystem fehlt deshalb eine Regelung, die Kliniken eine Finanzierung von Weiterbildungsstellen sichert, solange Planstellen für Teilnehmer*innen der postgradualen Ausbildung genutzt werden.

Es besteht also für einen begrenzten Zeitraum Förderbedarf, weil Planstellen erst sukzessive frei und damit als Weiterbildungsstellen nutzbar sein werden. Wenn Planstellen frei sind, können diese bereits heute als Weiterbildungsstelle angeboten werden. In diesen Fällen ist durch das Gesetz auch abgesichert, dass die Gehälter von Psychotherapeut*innen in Weiterbildung grundsätzlich zur Erfüllung der Personalmindestanforderungen in den Budgetverhandlungen der Psychiatrie und Psychosomatik berücksichtigt werden, inklusive Personalkostensteigerungen.

Auch auf die Patientenversorgung in den Einrichtungen wirkt sich der Übergang vom alten Ausbildungs- zum neuen Weiterbildungssystem aus, wenn für den Übergangszeitraum keine Förderung von Weiterbildungsstellen erzielt wird. Bis zum Ende der Ausbildungen von Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen wird es sukzessive weniger Psychotherapeut*innen in Ausbildung geben. Derzeit nutzen die Einrichtungen Psychotherapeut*innen in Ausbildung zusätzlich zu bestehenden Planstellen, um bestehende Versorgungslücken im Bereich der stationären Psychotherapie zu schließen. Wenn die ausschleichenden Versorgungskapazitäten der Psychotherapeut*innen in Ausbildung nicht durch Psychotherapeut*innen in Weiterbildung ersetzt werden können, ist zu erwarten, dass die psychotherapeutische Versorgung der Patient*innen in den Einrichtungen nicht mehr im bisherigen Umfang sichergestellt werden kann.

Die BPtK empfiehlt folgende Ergänzung in der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV):

§ 3 Absatz 3 BPfIV wird wie folgt geändert:

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

(...)

7. für die Dauer der praktischen Tätigkeit die Vergütungen der Ausbildungsteilnehmerinnen und Ausbildungsteilnehmer nach Maßgabe des § 27 Absatz 4 des Psychotherapeutengesetzes in Höhe von 1.000 Euro pro Monat,

8. die Personalkosten der nach Maßgabe des § 2 Psychotherapeutengesetz approbierten Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten für die Dauer der Weiterbildung, soweit diese in tarifvertraglicher Höhe vergütet werden.

Der Gesamtbetrag darf den um den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 veränderten Gesamtbetrag des Vorjahres nur überschreiten, soweit die Tatbestände nach Satz 4 Nummer 5, ~~oder 7~~ oder 8 dies erfordern oder (...)

Begründung:

Mit § 3 Absatz 3 Nummer 7 Bundespflegesatzverordnung werden die Refinanzierung der Personalkosten für die bisherigen „Psychotherapeuten*innen in Ausbildung“ und im anschließenden Satz die Ausnahme von der Begrenzung durch den Veränderungswert geregelt. Ohne eine vergleichbare Regelung für Psychotherapeut*innen in Weiterbildung in der BPfIV besteht die Gefahr, dass in der Übergangsphase von Aus- und Weiterbildungssystem keine Stellen für die Weiterbildung geschaffen werden.

Kostensteigerungen durch zusätzlich benötigte Personalstellen können in den Budgetverhandlungen von Krankenhäusern und Krankenkassen zwar grundsätzlich berücksichtigt werden, ohne explizite gesetzliche Vorgaben sind diese jedoch faktisch kaum durchzusetzen. Zudem ist die Berücksichtigung von Kostenentwicklungen durch den Veränderungswert begrenzt. Sofern der Veränderungswert bereits durch andere Tatbestände ausgeschöpft wird, ist eine Refinanzierung zusätzlicher Stellen nicht möglich. Es zeigt sich bereits heute, dass die Krankenhäuser allein wegen dieses Tatbestands die Schiedsstelle nicht anrufen und stattdessen die Nutzung von Stellen für die Weiterbildung vermieden wird.

Dem wirkt die Änderung in § 3 Absatz 3 BPfIV entgegen, indem über die Kosten der Vergütung von „Psychotherapeuten*innen in Ausbildung“ hinaus auch die Personalkosten von „Psychotherapeut*innen in Weiterbildung“ zu berücksichtigen sind, auch wenn diese nicht auf einer bereits existierenden Planstelle beschäftigt werden.



Stellungnahme
des
Marburger Bund Bundesverbandes
zum
Gesetzentwurf

Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform
(Krankenhausreformen Anpassungsgesetz – KHAG)
Kabinetts-Fassung, Stand 08.10.2025

Reinhardtstraße 36
10117 Berlin
Telefon 030 746846-0
Telefax 030 746846-16
bundesverband@marburger-bund.de
www.marburger-bund.de

Berlin, 5. November 2025

A. Grundsätzliche Anmerkungen

Wir begrüßen die grundsätzliche Bereitschaft der Koalitionsregierung zu Anpassungen an der Krankenhausreform, um die Maßnahmen aus dem KHVVG praxistauglicher zu gestalten und die Umsetzung durch Anpassung des Zeitplans und der im KHVVG vorgegebenen Fristen gangbar zu machen.

Planungssicherheit und eine verlässliche Versorgungsperspektive sind für die Bevölkerung, die Mitarbeitenden und die Krankenhäuser aus unserer Sicht zwingende Voraussetzung für die Umsetzung der Reform.

Eine praxistaugliche Nachbesserung muss aus Sicht des Marburger Bundes die notwendige Spezialisierung und Schwerpunktbildung mit dem Ziel einer wohnortnahen Grundversorgung in Einklang bringen. Das wird mit den beabsichtigten Anpassungen leider nur ansatzweise erreicht. An zentralen Stellschrauben des KHVVG verbleibt Korrekturbedarf.

Finanzierung des Transformationsfonds

Der Marburger Bund begrüßt, dass die Finanzierung des Transformationsfonds in Höhe von 25 Mrd. Euro nunmehr aus Bundesmitteln und nicht wie im KHVVG vorgesehen aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erfolgen soll. Diese Änderung ist richtig, da die Umgestaltung der Krankenhauslandschaft eine gesamtgesellschaftliche Verpflichtung darstellt, die aus Steuermitteln zu finanzieren ist.

Der Transformationsfonds ist ein wichtiger Baustein der Krankenhausreform. Deshalb begrüßen wir auch die Aufstockung des Bundesanteils an der Finanzierung des Transformationsfonds mit zusätzlichen Fördermitteln des Bundes in Höhe von jeweils 1 Milliarde Euro zusätzlich in den Jahren 2026 bis 2029.

Anpassung der Leistungsgruppen und Qualitätskriterien

Der Marburger Bund begrüßt grundsätzlich Korrekturen an den Leistungsgruppen. Bereits im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum KHVVG haben wir die Ausweitung der 60 NRW-Leistungsgruppen um fünf zusätzliche Leistungsgruppen und deren personellen fachärztlichen Anforderungen kritisch eingeschätzt. Die Klarstellungen bislang nicht definierter Begriffe in den Qualitätsanforderungen der Leistungsgruppen ist wichtig, aber noch nicht umfänglich.

Ausnahmeregelungen für die Zuweisung von Leistungsgruppen

Im Sinne der regionalen Notwendigkeiten bei der Sicherstellung der Patientenversorgung begrüßt der Marburger Bund Ausnahmeregelungen für die Zuteilung von Leistungsgruppen.

Leistungsgruppensystematik korrigieren

Für die Steuerungswirkung der Leistungsgruppen kommt es entscheidend darauf an, welche stationären Behandlungsfälle den einzelnen Leistungsgruppen zugeordnet werden und damit das Leistungsspektrum und die Finanzierung der einzelnen Krankenhäuser bestimmen.

Der vorliegende InEK-Grouper zeigt, dass es nicht sinnvoll ist, jede stationäre Leistung einer Leistungsgruppe zuzuordnen. Es sollte darauf verzichtet werden, Leistungsgruppen zusätzlich über Fachabteilungsschlüssel (FAB) zu strukturieren. Diese sind nicht geeignet,

medizinische Fallkollektive spezifisch zu beschreiben und werden zudem nicht bundeseinheitlich angewendet. Insbesondere zur Identifikation von Fallkollektiven der Spezialisierungen innerhalb der großen Gebiete der Inneren Medizin, Chirurgie sowie Kinder- und Jugendmedizin sind Fachabteilungsschlüssel unbrauchbar.

Erweiterung der Kooperationsmöglichkeiten

Kooperationen zwischen Krankenhäusern stellen ein Schlüsselement für die erfolgreiche Umsetzung der Reform dar. Aus unserer Sicht müssen die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen zu den im Gesetzentwurf vorgesehenen Kooperationsmöglichkeiten konkreter gefasst werden. Insbesondere sollte sichergestellt werden, dass im Rahmen einer stationären Behandlung notwendige Kooperationsleistungen für die Patientin / den Patienten tatsächlich erreichbar sind.

Anpassung Zwischenfristen

Wir begrüßen grundsätzlich, dass der Zeitplan für die Reform in Bezug auf die im KHVVG gesetzten Zwischenfristen angepasst werden soll. Allerdings wird die Reform voraussichtlich erst im 1. Quartal 2026 in Kraft treten können. Folglich muss sichergestellt werden, dass nach den aktuell geltenden Fristvorgaben erfolgte bzw. erfolgende Umsetzungsmaßnahmen sich nicht zum Nachteil der Betroffenen Krankenhäuser auswirken. Dies gilt insbesondere hinsichtlich der Beauftragung der Medizinischen Dienste zur Prüfung der Leistungsgruppen.

Vorhaltevergütung

Enttäuschend ist, dass der Gesetzentwurf im Hinblick auf die Vorhaltevergütung lediglich eine Fristverlängerung für deren Einführung vorsieht. Solange die Vorhaltevergütung weiterhin fallzahlabhängig ist, bleibt sie in ihrer Konstruktion fehlerhaft. Ziel der Krankenhausreform war es, sich von der rein ökonomischen Logik der Fallpauschalen zu lösen und eine bedarfsorientierte Finanzierung zu schaffen. Dieses Ziel hat der Marburger Bund immer ausdrücklich begrüßt. Es kann aber mit der jetzigen Planung der Vorhaltevergütung nicht nur nicht erreicht werden, sondern es entsteht durch die Komplexität eine erhebliche zusätzliche Dokumentationslast. Erforderlich wäre eine grundlegende Anpassung der Finanzierungssystematik, die jetzt entwickelt werden muss und insbesondere die Personalkosten transparent berücksichtigt.

Mindestvorhaltezahlen

Auch hinsichtlich der geplanten Mindestvorhaltezahlen für die Leistungsgruppen sieht der Gesetzentwurf lediglich eine Fristverlängerung für deren Entwicklung und Einführung vor. Die Vorgabe von Mindestvorhaltezahlen entspricht keiner wissenschaftlichen Evidenz. Der jüngst vorgelegte Methodenentwurf des IQWiG bestätigt, dass eine rechtssichere und evidenzbasierte Entwicklung nicht möglich ist. Eine Streichung des gesetzlichen Auftrags zu Mindestvorhaltezahlen würde zum notwendigen Bürokratieabbau beitragen und divergierende Ergebnisse zwischen den Vorgaben der Mindestmengenregelungen und den der Mindestvorhaltezahlen verhindern.

Ärztliche Weiterbildung

Ärztliche Weiterbildung muss Teil der geplanten Anpassungen der Krankenhausreform werden. Andernfalls ist die aktuelle Organisation der Weiterbildung und die zukünftige fachärztliche Versorgung in Gefahr. Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung brauchen transparente und verlässliche Weiterbildungsmöglichkeiten im stationären und ambulanten Bereich. Die Kooperationsmöglichkeit zur Erfüllung der Qualitätsvoraussetzungen von Leistungsgruppen sollte verpflichtend auch die Möglichkeit der Weiterbildungsrotation zwischen den Häusern festlegen. Damit eine Arbeitnehmerüberlassung kein Hindernis für die Umsetzung von Weiterbildungsverbünden ist, bedarf es dringend einer Ausnahme von der Erlaubnispflicht in § 1 des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes (AÜG) für Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung.

Zustimmung Bundesrat

Der Gesetzentwurf sieht in § 135e SGB V Änderungen vor, die nach geltender Regelung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats erfolgen müssten. Dies betrifft insbesondere Änderungen an Leistungsgruppen und deren Qualitätskriterien, die überwiegend auf Grundlage von Empfehlungen des Leistungsgruppenausschusses vorgenommen werden sollen (neue Anlage 1). Hier wäre grundsätzlich eine Beteiligung des Bundesrates erforderlich. Es ist im Gesetzentwurf allerdings nicht dargelegt, aus welchen Gründen davon ausgegangen wird, diese Anpassungen zustimmungsfrei vornehmen zu können.

Hinzu kommt die nunmehr einvernehmlich zwischen Krankenhausplanungsbehörde und Krankenkassen zu treffenden Ausnahmeregelungen für die Zuteilung von Leistungsgruppen, die einen Eingriff in die Planungshoheit der Bundesländer bedeuten.

Zu Regelungsbereichen und Regelungen im Einzelnen

Zu Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetz

Zu § 135d SGB V: Transparenz der Qualität der Krankenhausbehandlung

Bundes-Klinik-Atlas

Aus Sicht des Marburger Bundes ist es unverständlich, dass Anpassungsgesetz nicht zu nutzen, um den umstrittenen Bundes-Klinik-Atlas einzustellen.

Die Bundesgesundheitsministerin hatte in der Vergangenheit wiederholt geäußert, dass Doppelstrukturen nicht effizient seien. Für die Kliniken bedeutet die Weiterführung hohen bürokratischen Aufwand. Aktuell bietet er nur noch Informationen zu rund 25 Eingriffen, die nicht einmal die häufigsten Behandlungen im Krankenhaus ausmachen. Der Bundes-Klinik-Atlas mit den damit verbundenen Datenübermittlungspflichten verursacht einen überbordenden administrativen Aufwand, der in keinerlei Verhältnis zu dem äußerst geringen Informationswert steht.

Änderungsvorschlag:

Den Bundes-Klinik-Atlas einstellen und stattdessen eine sinnvolle Weiterentwicklung des von der gemeinsamen Selbstverwaltung getragenen Deutschen Krankenhausverzeichnisses.

Zu Absatz 4 NEU: Definition Fachkrankenhäuser

Wir begrüßen grundsätzlich, dass der Gesetzentwurf nunmehr eine neue Legaldefinition für „Fachkrankenhäuser“ vorsieht und eine solche nicht erst im laufenden Gesetzgebungsverfahren und nach weiteren Abstimmungen mit den Ländern erfolgt. In der vorgeschlagenen Definition sollte allerdings unterschieden werden zwischen bereits im jeweiligen Krankenhausplan ausgewiesenen Fachkrankenhäusern und solchen Krankenhäusern, die eine Umwandlung in ein Fachkrankenhaus beantragen.

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

Zu Absatz 3 – Leistungsgruppen-Ausschuss

Es wird klargestellt, dass die Empfehlungen des Leistungsgruppenausschusses nicht nur die Inhalte der Rechtsverordnung nach Absatz 1 umfassen, sondern sich auch auf die Weiterentwicklung von Leistungsgruppen und Qualitätskriterien beziehen können, die durch gesetzliche Änderungen der Anlage 1 oder des Absatzes 4 umgesetzt werden können. Diese Klarstellung ist aus unserer Sicht zu begrüßen.

Zu § 135e Absatz 4 Nummer 6

Laut Koalitionsvertrag sollen die Leistungsgruppen in Bezug auf ihre Leistungs- und/oder Qualitätsvorgaben dort wo es medizinisch sinnvoll ist verändert werden. Das wird vom Marburger Bund grundsätzlich begrüßt.

Zu Buchstabe 6a):

Sachlich richtig ist aus unserer Sicht die beabsichtigte Korrektur der Stundenvorgaben für ein Vollzeitäquivalent mit nunmehr 38,5 Wochenstunden.

Zu Buchstabe 6c): Anrechnung von Fachärztinnen/Fachärzten in mehreren Leistungsgruppen

Der Marburger Bund begrüßt, dass die auch von uns geäußerte Kritik aufgegriffen worden ist und nun auch für die Leistungsgruppe Allgemeine Innere Medizin sowie für die Leistungsgruppe Allgemeine Chirurgie die Anrechnungsmöglichkeit der Fachärztinnen und Fachärzte für 3 Leistungsgruppen gelten soll.

Zu Buchstabe 7: Erfüllung Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden

Krankenhäuser sollen ein Qualitätskriterium in Kooperationen und Verbünden insbesondere 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,
- b) dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist oder
- 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.“

Nach unserem Verständnis soll es zukünftig drei Sachverhalte geben, die Kooperationen ermöglichen. Ausschließlich für Kooperationen nach Buchstabe c) sollen Entfernungsmaßstäbe gelten.

Fachkrankenhäuser können laut Gesetzentwurf die in Anlage 1 als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien in den Anforderungsbereichen „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ und „Sachliche Ausstattung“ in Kooperationen und Verbünden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt. Demnach sollen Kooperationen für alle Leistungsgruppen zur Erfüllung der Qualitätsanforderungen möglich sein. Entfernungsmaßstäbe sind nach dem Wortlaut nicht einzuhalten.

Bewertung:

Kooperationen zwischen Krankenhäusern stellen ein Schlüsselement für die erfolgreiche Umsetzung der Regelungen dar. Hier müssen die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen geklärt werden. Insbesondere sollte sichergestellt werden, dass im Rahmen einer stationären Behandlung notwendige Kooperationsleistungen für die Patientin / den Patienten erreichbar sind.

Änderungsvorschlag:

Bei den in Anlage 1 ausgewiesenen Kooperationsmöglichkeiten zur Erbringung verwandter Leistungsgruppen und der sachlichen Ausstattung sollten zur Sicherstellung der erforderlichen Behandlungskontinuität in diesen Bereichen bundesweite Erreichbarkeitskriterien gelten wie zum Beispiel 40 Fahrzeitminuten. Entsprechendes sollte auch für Kooperationen von Fachkrankenhäusern mit anderen Leistungserbringern gelten, insbesondere wenn Fachkrankenhäuser künftig generell zur Vorhaltung der sachlichen Ausstattung kooperieren können.

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

Leider wird mit dem Gesetzentwurf an der Vorgabe von Mindestvorhaltezahlen festgehalten. Bereits in unseren Stellungnahmen zum KHVVG haben wir die Einführung von Mindestvorhaltezahlen abgelehnt.

Die Vorgabe von Mindestvorhaltezahlen für Leistungsgruppen entspricht keiner wissenschaftlichen Evidenz. Der jüngst vorgelegte Methodenentwurf des IQWiG bestätigt, dass eine rechtssichere und evidenzbasierte Entwicklung nicht möglich ist.

Die Komplexität und das Zusammenwirken der Regelungen sind nicht kalkulierbar. Die Einführung der Leistungsgruppen selbst ermöglicht bereits eine ausreichende Steuerung.

Vor allem ist es zeitlich und systematisch nicht sinnvoll, Leistungsgruppen mit Mindestvorhaltezahlen zu belegen, nachdem diese voraussichtlich bereits den Krankenhäusern im Rahmen der angelaufenen Krankenhausplanungen zugeteilt worden sind. Ein Krankenhaus, das nach derzeitiger Rechtslage eine Leistungsgruppe beantragt und per Bescheid erhält, würde bei der Vorhaltevergütung ohne Erfüllung der Mindestvorhaltezahlen nicht berücksichtigt.

Änderungsvorschlag: Streichung

Eine Streichung des gesetzlichen Auftrags zu Mindestvorhaltezahlen würde zum notwendigen Bürokratieabbau beitragen und insbesondere auch divergierende Ergebnisse zwischen den Vorgaben der Mindestmengenregelungen und den der Mindestvorhaltezahlen verhindern.

Zu § 136c Abs.1 NEU: Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung in Verbindung mit § 40 KHG: Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen

Dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) soll die Möglichkeit eingeräumt werden, für Indikationsbereiche eine niedrigere Prozentzahl festzulegen als die gesetzlich vorgesehenen 15 Prozent (§ 40 KHG), sofern dies zur Aufrechterhaltung einer patienten- und bedarfsgerechten flächendeckenden Versorgung mit onkochirurgischen Leistungen zwingend erforderlich ist.

Bewertung:

Der Marburger Bund sieht die Beauftragung des G-BA als das Bemühen, einer undifferenzierten Reduktion des Leistungsangebots begegnen zu wollen. Bereits im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum KHVVG haben wir unsere rechtlichen und sachlichen Bedenken gegenüber der 15%-Grenze zum Ausdruck gebracht. Weder handelt es sich um eine validierte Festlegung noch dürfte ein pauschaler Prozentsatz den unterschiedlichen onkochirurgischen Leistungen und ihrer unterschiedlichen Häufigkeit Rechnung tragen. Es würde ein permanenter Konzentrationsprozess stattfinden, der ungebremst zu einer Monopolisierung und damit zu einer Gefährdung der flächendeckenden Versorgung führen würde. Besser wäre es daher, die Regelung des § 40 KHG in Gänze zu streichen.

Zu § 275a SGB V: Prüfungen zu Qualitätskriterien, Strukturmerkmalen und Qualitätsanforderungen in Krankenhäusern

Die Frist für die Beauftragung des Medizinischen Dienstes durch die Länder zur Prüfung der Leistungsgruppenvoraussetzungen soll verlängert werden. Der Medizinische Dienst ist bis zum 31. Dezember 2025 zu beauftragen. Die Prüfungen sind bis zum 31. Juli 2026 abzuschließen.

Bewertung:

Da die Bundesländer die Medizinischen Dienste nach der geltenden Rechtslage bis zum 30.09.2025 beauftragen mussten, sind mit Blick auf die angestrebten Anpassungen bei den Leistungsgruppen die Durchführung von Differenzprüfungen nach Inkrafttreten der Anpassungen mit einer angepassten MD-Prüfrichtlinie zwingend sicherzustellen. Auswirkungen haben insbesondere die geplanten Änderungen zum Vollzeitäquivalent (38,5 statt 40 Stunden), die Anrechnungsfähigkeit von Fachärzten der LG Allgemeine Innere Medizin und Allgemeines Chirurgie sowie die beabsichtigten Änderungen bei den Qualitätskriterien der LG Geriatrie. Die Notwendigkeit dieser Differenzprüfung wird bedauerlicherweise sowohl für die Krankenhäuser als auch den MD relevante Personalressourcen binden. Darüber hinaus ist die zeitnahe inhaltliche Anpassung der Richtlinie „Prüfungen zur Erfüllung von Qualitätskriterien der Leistungsgruppen und von OPS-Strukturmerkmalen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 SGB V (LOPS-RL)“ an das KHAG sicherzustellen.

Zu Anlage 1 zu § 135e SGB V: Qualitätsanforderungen der Leistungsgruppen

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

Bewertung:

Der Marburger Bund begrüßt grundsätzlich die im Gesetzentwurf vorgesehenen Korrekturen an den Leistungsgruppen.

Die Streichung der Pflegepersonaluntergrenzen nach PpUGV als Qualitätskriterium der Leistungsgruppen wird begrüßt, um Doppelprüfungen des Medizinischen Dienstes zu vermeiden. Inhaltlich bleibt dadurch die Gültigkeit der PpUGV unbeeinflusst.

Der Gesetzentwurf nimmt begriffliche Klarstellungen bislang nicht definierter Begriffe in den Qualitätsanforderungen der Leistungsgruppen vor, was wir ausdrücklich begrüßen. Die Klarstellungen erfolgen allerdings nicht umfassend.

So fehlt zum Beispiel eine begriffliche Klarstellung, was unter „Basislabor“ in den LG Nummer 1, 14 und 27 zu verstehen ist. Desgleichen fehlt eine Begriffsdefinitionen für „Notfall-Labor“ und „PoC-Labor- Analytik“ in LG 64.

Die Anpassung der zeitlichen Vorhaltung der „Endoskopie“ in LG 1 von 10 auf 8 Stunden wird grundsätzlich begrüßt. Unklar bleibt allerdings, ob die 8 Stunden einen Präsenzdienst an Wochenenden und Feiertagen erfordern würde, der personell weder ärztlich noch durch Endoskopiefachpersonal in allen Kliniken leistbar noch zur Patientenversorgung notwendig wäre. Eine Gewährleistung in Rufbereitschaft an Wochenenden und Feiertagen wäre sinnvoller.

Um Unklarheiten zu vermeiden, wäre es diesbezüglich aus unserer Sicht hilfreich, der Leistungsgruppentabelle ein Glossar voranzustellen.

Entscheidend ist nach der Umsetzung aller notwendigen Änderungen bei den Qualitätsanforderungen der Leistungsgruppen die gleichgeartete Umsetzung in der Prüfungsrichtlinie des Medizinischen Dienstes.

Zu Artikel 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz

Zu § 6a Absatz 4: Erweiterte Ausnahmeregelungen von Leistungsgruppenanforderungen

Die Entscheidung über die Zuweisung einer Leistungsgruppe im Rahmen einer Ausnahme soll zukünftig im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam erfolgen.

Bewertung:

Mit dem erforderlichen Einvernehmen wird aus unserer Sicht in die Planungshoheit der Bundesländer eingegriffen, so dass wir die Regelung für rechtlich nicht tragfähig erachten. Unabhängig davon bedarf es im Sinne der Rechtssicherheit – auch für die Beschäftigten in den Krankenhäusern - einer zeitlichen Regelung, bis wann Einvernehmen herzustellen ist, und wie im Falle zu verfahren ist, wenn Einvernehmen nicht mit allen Beteiligten hergestellt werden kann.

Auch wenn eine Erweiterung des Handlungsspielraum der Bundesländer bei der Planung grundsätzlich von uns begrüßt wird, sollten im Sinne von bundeseinheitlichen Versorgungsstandards und aus Gründen der Rechts- und Planungssicherheit Leitplanken vorgegeben werden.

Der Hinweis in der Begründung, dass die Länder bei der Ausnahmenregelung nach Möglichkeit eine einheitliche Umsetzung anstreben sollen, ist rein deklaratorisch.

Die Festlegung, dass die Landesbehörde vor Zuweisung zu prüfen haben, ob die Qualitätskriterien der Leistungsgruppe nicht auch durch „Kooperationen und Verbünde“ erfüllt werden können, ist ebenfalls rein deklaratorisch.

Widersprüchlich ist zudem, dass im Gesetzestext das Erreichbarkeitskriterium gestrichen werden soll, in der Begründung dann aber wieder auf die Entfernung als ein Bewertungskriterium abgestellt wird. Dort heißt es: *„Demnach liegt es künftig im alleinigen Beurteilungsspielraum der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde, in welchen Fällen und unter welchen Voraussetzungen (bspw. PKW-Fahrzeitminuten) die Erfüllung von Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist.“*

Der Begriff der „flächendeckenden Versorgung“ ist zudem nicht definiert. Hier wäre eine Klarstellung notwendig.

Bei der geplanten Ausnahmeregelung nach § 6a Abs. 4 Nr. 1 KHG stellt sich zusätzlich die Frage, wie sich diese Regelung zu den geplanten Mindestvorhaltezahlen nach § 135f SGB V verhält. Die Ausnahmeregelung nach § 6a Abs. 4 Nr. 1 würde dazu führen, dass ein Krankenhaus, das die strukturellen und personellen Qualitätsanforderungen einer Leistungsgruppe nicht erfüllen kann, wahrscheinlich auch die für diese Leistungsgruppe vorzugebenden Mindestvorhaltezahlen nicht dauerhaft erfüllen kann. Das hätte zur Folge, dass das Krankenhaus für diese Leistungsgruppe keine Vorhaltevergütung erhält. Mindestvorhaltezahlen finden nach § 37 Abs. 2 Satz 3 Nummer 3 KHG nur dann keine Anwendung, wenn die Krankenhausstandorte in die Liste nach § 9 Abs. 1a Nr. 6 KHEntgG aufgenommen sind (zuschlagsberechtigte Sicherstellungskrankenhäuser).

Zu § 12b KHG: Transformationsfonds

Der Marburger Bund begrüßt, dass der Bundesanteil in Höhe von 25 Mrd. Euro nicht über Beitragsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern aus Steuermitteln finanziert werden soll.

Der Transformationsfonds ist ein wichtiger Baustein der Krankenhausreform. Deshalb begrüßen wir auch die Aufstockung des Bundesanteils an der Finanzierung des Transformationsfonds mit zusätzlichen Fördermitteln des Bundes in Höhe von jeweils 1 Milliarde Euro zusätzlich in den Jahren 2026 bis 2029.

Förderfähig sind bei fast allen Fördertatbeständen die Kosten für erforderliche Baumaßnahmen. Um die Transformation in diesem Bereich zügig realisieren zu können, müssen bürokratische Hürden bei der Beantragung der Baumaßnahmen deutlich reduziert werden.

Zu § 17b Absatz 4c: Vorhaltevergütung

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

Bewertung:

Es ist bedauerlich, dass das Anpassungsgesetz nicht genutzt wird, die Systematik der Vorhaltefinanzierung neu aufzustellen. Solange die Vorhaltevergütung weiterhin fallzahlabhängig ist, bleibt sie in ihrer Konstruktion fehlerhaft.

Ziel der Krankenhausreform war es, sich von der rein ökonomischen Logik der Fallpauschalen zu lösen und eine bedarfsorientierte Finanzierung zu schaffen. Dieses Ziel hat der Marburger Bund immer ausdrücklich begrüßt. Es kann aber mit der jetzigen Planung der Vorhaltevergütung nicht nur nicht erreicht werden, sondern es entsteht durch die Komplexität eine erhebliche zusätzliche Dokumentationslast.

Die vorgesehene Einführung der Vorhaltevergütung im Jahr 2028 und ihre volle Wirksamkeit ab 2030 schaffen aber zumindest zeitlichen Spielraum. Der erste Evaluationsbericht der Spitzenverbände zur Krankenhausreform soll dem BMG nunmehr schon am 31. Juli 2027 und nicht erst am 31. Dezember 2028 vorgelegt werden. Das soll eine frühere Bewertung der Leistungsgruppen vor Einführung der Vorhaltevergütung ermöglichen.

Der Zeitraum sowie Erkenntnisse aus dem ersten Evaluationsbericht muss für die Behebung sich abzeichnender Fehlentwicklungen und zu einer Neuaufstellung der Vorhaltefinanzierung genutzt werden. Ein entsprechender Auftrag sollte aus Sicht des Marburger Bund bereits in diesem Gesetz verankert werden.

Zu Artikel 4

Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung

Zu § 4 Absatz 1: Streichung der Antragsfrist für Fördervorhaben

Es kommt den unterschiedlichen Umsetzungsständen der Länder und der mit diesem Gesetzentwurf laufenden Anpassungen des KHVVG entgegen, dass bisherige Antragsfrist aufgrund der geänderten Finanzierung des Transformationsfonds in § 12b Absatz 1 KHG entbehrlich ist.

Weiterer Regelungsbedarf

Facharztweiterbildung

Völlig unzureichend ist die ärztliche Weiterbildung berücksichtigt. Schon jetzt geraten viele Weiterbildungsstellen unter Druck, weil Krankenhausstandorte geschlossen, Leistungen konzentriert und Träger fusioniert werden. Damit droht nicht nur ein Verlust an Qualifikationsmöglichkeiten für junge Ärztinnen und Ärzte, sondern auch ein struktureller Rückgang der Weiterbildungskapazitäten insgesamt. Hier müssen Bund und Länder aktiv

gegensteuern, sonst werden langfristig nicht nur Fachkräfte fehlen, es wird auch die Attraktivität der ärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus spürbar sinken.

Wir fordern deshalb eine verbindliche gesetzliche Regelung zur Sicherung und zum Ausbau von regionalen, durch die Ärztekammern zertifizierter Weiterbildungsverbünde. Diese müssen so ausgestattet sein, dass sie auch unter veränderten Rahmenbedingungen eine flächendeckende, qualitativ hochwertige Weiterbildung zur Fachärztin/ zum Facharzt ohne unnötige zeitliche Verzögerungen gewährleisten können.

Das Gesetz ermöglicht Kooperationen und Verbünde im Rahmen der Leistungsgruppenkriterien. Es ist somit nur konsequent auch Rotation zum Zwecke der Weiterbildung innerhalb solcher Kooperationen zu ermöglichen. Ein sinnvoller Ablauf muss zwischen den Kooperationspartnern geregelt werden können, ohne dass eine erlaubnispflichtige Arbeitnehmerüberlassung vorliegt. Dies könnte zum Beispiel durch entsprechende Anpassungen im Arbeitnehmerüberlassungsgesetz erfolgen.

Änderungsvorschlag:

Gesetz zur Regelung der Arbeitnehmerüberlassung (Arbeitnehmerüberlassungsgesetz - AÜG)

"Arbeitnehmerüberlassungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 3. Februar 1995 (BGBl. I S. 158), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 28. Juni 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 172) geändert worden ist.

§ 1 Arbeitnehmerüberlassung, Erlaubnispflicht

Einfügung eines Absatz 1c NEU:

Die Entsendung von Arbeitnehmern zum Zwecke der Facharztweiterbildung an eine andere Weiterbildungsstätte ist keine Arbeitnehmerüberlassung, wenn die Entsendung im Rahmen eines von den Landesärztekammern anerkannten Weiterbildungsverbundes an die am Verbund beteiligten Weiterbildungsstätten erfolgt.

Gesetz über befristete Arbeitsverträge mit Ärzten in der Weiterbildung (ÄArbVtrG)

"Gesetz über befristete Arbeitsverträge mit Ärzten in der Weiterbildung vom 15. Mai 1986 (BGBl. I S. 742), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604) geändert worden ist."

§ 1 Befristung von Arbeitsverträgen

Einfügung eines Absatz 8 NEU:

Rotationen des zur Weiterbildung beschäftigten Arztes im Rahmen eines von den Landesärztekammern anerkannten Weiterbildungsverbundes unterliegen nicht der erlaubnispflichtigen Arbeitnehmerüberlassung (§ 1 AÜG) der am Verbund beteiligten Weiterbildungsstätten. Das Arbeitnehmerüberlassungsgesetz findet auf die Entsendung keine Anwendung.

Anpassung der Leistungsgruppensystematik

Die Systematik der Zuordnung stationärer Leistungen zu den Leistungsgruppen mittels des bundesweiten InEK-Groupers wird leider im Gesetzentwurf nicht aufgegriffen.

Ohne grundlegende Veränderungen in diesem Steuerungsinstrument drohen erhebliche Fehlsteuerungen. Diese liegen darin begründet, dass vom InEK-Groupers eine relevante Anzahl von Fällen nur durch zusätzliche Verwendung eines Fachabteilungsschlüssels den Leistungsgruppen zugeordnet werden. Eine präzisere Fallzuordnung kann mittels Fachabteilungsschlüssel zwar vorgenommen werden. Allerdings spiegelt dies aufgrund der Heterogenität der Fallabteilungsschlüssel und der Heterogenität ihrer Anwendung in Deutschland nicht notwendigerweise die Zuordnung in die leistungserbringende Leistungsgruppe wieder. Dies hat zum einen Auswirkungen für die Krankenhausplanung, aber insbesondere auch für die Berechnung der Vorhaltevergütung.

Die Selbstverwaltungspartner wurden erst mit dem KHVG gem. § 301 Absatz 3 Nr. 6 SGB V beauftragt, eine „bundeseinheitliche Bezeichnung und Bestimmung von Fachabteilungen“ zu vereinbaren. Dieser Auftrag erfolgte mit Blick auf die Entwicklung des InEK-Groupers zu spät und außerdem ohne Fristsetzung und Konfliktregelung. Hier bedarf es entsprechender Anpassungen.

Darüber hinaus ist die Zuordnung für viele Bereiche problematisch. So findet zum Beispiel die Schmerztherapie keine strukturelle Berücksichtigung in den Leistungsgruppen. Fälle der speziellen und interdisziplinären Schmerztherapie streuen vielmehr über eine Vielzahl fachfremder Leistungsgruppen, deren qualitativen Mindestvoraussetzungen die spezielle und interdisziplinäre Schmerztherapie nicht erfüllen kann und die auch keinerlei Bezug zur Versorgungsqualität in der Schmerztherapie aufweisen. Darauf hat auch der Deutsche Ärztetag im Mai 2025 hingewiesen.

Der Marburger Bund hält hier eine Nachbesserung für dringend erforderlich. Für ein Ergebnis bundesweit einheitliche, medizinisch sinnvolle Rahmenbedingungen braucht es einer Anpassung des InEK-Groupers.

Hybrid-DRG

Der Marburger Bund begrüßt prinzipiell die Bestrebung die ambulante Versorgung am Krankenhaus und im vertragsärztlichen Bereich auszubauen. In welchem Rahmen eine Operation bzw. Intervention bei einem individuellen Patienten durchgeführt wird, muss im Ermessen der verantwortlichen Ärztin, des verantwortlichen Arztes bleiben.

Die Einführung von Leistungsgruppen ist ein richtiger Schritt zur Bündelung medizinischer Kompetenz an qualifizierten Standorten. Wenn nun aber identische Leistungen über Hybrid-DRGs außerhalb dieser Strukturen ohne vergleichbare Qualitätsanforderungen erbracht werden dürfen, wird die Systemlogik unterlaufen und die Steuerungsfähigkeit der Länder infrage gestellt.

Fälle, die im Zuge der Ambulantisierung über AOP oder Hybrid-DRG abzurechnen sind, schmälern zudem zukünftig die Zahl der vollstationären Fälle und somit die Vorhaltevergütung. Hier bedarf es aus unserer Sicht dringend einer sachgerechten Synchronisierung.

Bürokratieabbau

Enttäuschend ist, dass nicht abzusehen ist, wie der zunehmende bürokratische Aufwand wenigstens eingedämmt werden soll. Bereits heute belasten Dokumentationspflichten und Berichtsvorgaben den Krankenhausalltag erheblich. Die Einführung eines weiteren, parallelen Finanzierungssystems zu den bestehenden Fallpauschalen verschärft diese Situation.

Wir verweisen auf unsere umfangreichen Vorschläge zum Bürokratieabbau wie auch auf unser Thesenpapier vom 23. Mai 2025 „Krankenhausreform weiterentwickeln, Vorhaltevergütung überarbeiten, Bürokratie reduzieren“:

https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2025-05/230525%20-%20PM%20Thesenpapier%20Krankenhausreform_final_0_0.pdf

https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2024-08/Entbu%CC%88rokratisierung_MB_Positionen_und_Vorschl%C3%A4ge_final_18092023.pdf

Krisenresilienz

Im Rahmen der Krankenhausreform muss zwingend die Krisenresilienz der Krankenhäuser gestärkt und der Versorgungsbedarf der Bevölkerung bei Krisen jetzt durch die Länder mitgeplant werden. Kapazitäten die im Rahmen der Krankenhausreform abgebaut werden, sind in Krisensituationen kaum reaktivierbar.

Zusätzlich braucht es gesetzliche Vorgaben, im Bereich der Cybersicherheit, und Energieversorgung damit Krankenhäuser auch in Krisensituationen verlässlich arbeiten können. Krankenhäuser sind grundsätzlich der kritischen Infrastruktur zuzurechnen.

Klimaschutz im Krankenhaus muss beispielsweise durch Mittel des Sondervermögens gefördert und insbesondere der Hitzeschutz zügig ausgebaut werden.

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT



Stellungnahme

zum Gesetzentwurf

der Bundesregierung

für ein

**Gesetz zur Anpassung der Krankenhausreform
(Krankenhausreformenpassungsgesetz – KHAG)**

Stand: 15. Dezember 2025

Inhaltsübersicht

Vorbemerkung – Erklärung des DKG-Präsidiums vom 17.10.2025 zur Krankenhausreform und zu den aktuellen Sparplänen der Bundesregierung zugunsten der Krankenhäuser	3
Zusammenfassung der Stellungnahme	5
Grundlegende Bewertung des Gesetzentwurfes	9
Vorhaltevergütung und Fixkostendegressionsabschlag	9
Leistungsgruppen und Leistungsgruppenkatalog	10
Leistungsgruppenzuweisung – Ausweitung der Entscheidungsspielräume der Länder	12
Krankenhaustransformationsfonds	13
Standortdefinition	14
Orientierungswert	14
Onkochirurgische Leistungen	15
Definition von Fachkliniken	15
Mindestvorhaltezahlen	16
Hebammengeleitete Kreißsäle – Hebammenkreißsäle	17
Bürokratieabbau	17
Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf	19
Maßnahmen zur Verhandlungsbeschleunigung der Budgetverhandlungen	19
Hybrid-DRG	20
Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen	23
Finanzierung des Bestandspersonals in der Psychiatrie und Psychosomatik	26
Finanzierung der sachlichen Ausstattung im Rahmen der Weiterentwicklung der	
Mindestvorgaben bezogen auf die Digitalisierung	27
Krankenhaustransparenzverzeichnis/ Bundes-Klinik-Atlas	28
Fachabteilungen/ Fachabteilungsschlüssel	28
Ambulante Operationsleistungen außerhalb des zugelassenen Krankenhausstandortes	
ermöglichen	29
Ambulante Operationsleistungen außerhalb des stationären Versorgungsauftrages eines	
Krankenhauses ermöglichen	29
Einbeziehung der Krankenhäuser in die Heilmittelversorgung mit erweiterter	
Versorgungsverantwortung („Blankoverordnung“)	30
Notfallpatienten ohne Versicherungsstatus	30
Streichung des dreimonatigen Vorhaltezeitraumes bei erstmaliger oder erneuter	
Leistungserbringung	31

Vorbemerkung – Erklärung des DKG-Präsidiums vom 17.10.2025 zur Krankenhausreform und zu den aktuellen Sparplänen der Bundesregierung zulasten der Krankenhäuser

Die Politik muss endlich Verantwortung übernehmen und sich öffentlich zu den wahren Zielen der Krankenhausreform bekennen.

Die Krankenhausträger sind nicht mehr bereit, sich von der Politik hinhalten zu lassen. Angesichts der Ankündigungen erwarten die Krankenhäuser von der Bundesregierung klare Aussagen zur Zukunft der Krankenhauslandschaft. Es heißt, jetzt Verantwortung zu übernehmen und Farbe zu bekennen.

Mit dem Kabinettsbeschluss zum Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) und den geplanten Kürzungen, die mit 1,8 Milliarden Euro nahezu einseitig zulasten der Krankenhäuser ausfallen, macht die Bundesregierung den Krankenhausträgern unmissverständlich klar, dass die Politik massive Einsparungen sowie eine deutliche Reduktion von Krankenhausstandorten und Krankenhausbetten und damit verbunden insgesamt stationären Leistungen vornehmen möchte und Qualitätsverbesserung für sie nicht mehr im Vordergrund steht. Die Verantwortung dafür möchte bislang aber scheinbar niemand übernehmen. Der Bund will den Anschein erwecken, dass die Krankenhausreform keine tiefgreifenden Strukturveränderungen zur Folge hätte.

Tatsächlich werden die Krankenhäuser über ausufernde Regulierungen und nachweislich untaugliche Maßnahmen immer stärker in die Enge getrieben. Der kalte Strukturwandel soll zum deutlichen Abbau von Krankenhausstandorten führen, zu dem sich die Politik selbst nicht bekennen möchte.

Konkret sind es Maßnahmen, wie

- Festhalten an einer untauglichen Vorhaltefinanzierung, die die eigentlichen Probleme der Vorhaltung nicht löst und vor allem kleinere Krankenhäuser im Regen stehen lässt,
- weitere Regulierung des Leistungsgeschehens durch umfassende Struktur- und Personalvorgaben, unter anderem im Zusammenhang mit der Einführung der Leistungsgruppen und der Prüfungen durch den Medizinischen Dienst, von denen die Politik weiß, dass sie für viele Krankenhäuser unerfüllbar bleiben,
- umfassende Verschiebung von bisher stationären Krankenhausleistungen in den ambulanten Sektor zulasten der Kliniken, verbunden mit dem Aufbau investorengetriebener ambulanter OP-Zentren mit Fehlanreizen zur Leistungsausweitung statt Umwandlung stationärer Leistungen,
- Festhalten an der Regel, dass Gebäude eines Standorts nicht weiter als 2.000 Meter voneinander entfernt sein dürfen; dies verteuert die Leistungserbringung durch entsprechende Doppelvorhaltungen massiv und verhindert damit sinnvolle Kooperationen zum Weiterbestehen von Standorten,
- Einführung neuer Personalvorgaben im ärztlichen Bereich und darüber hinaus, die ebenso zu deutlich höheren Kosten beitragen und von denen die Politik weiß, dass ein Teil der Standorte sie nicht mehr erfüllen kann,
- erhebliche Ausweitung der ohnehin bereits ausufernden Bürokratie sowie
- erneutes Aufreißen von Finanzierungslücken durch die jüngsten politischen Entscheidungen, bei den Krankenhäusern in den Folgejahren jährlich 1,8 Milliarden Euro einzusparen.

Diese Maßnahmen verdeutlichen, dass die Bundesregierung eine fundamental andere Versorgungslandschaft erzwingen möchte, bei der es vor allem um Reduzierung geht. Das alles soll nicht in einem geordneten Prozess geschehen, bei dem Bund und Länder die Verantwortung für die planvolle Reduktion von Krankenhausstandorten übernehmen, sondern durch das Vorantreiben des kalten Strukturwandels, bei dem alle verlieren – allen voran unsere Patientinnen und Patienten sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Häusern.

Der Bund muss jetzt dringend Verantwortung übernehmen und offen und ehrlich eine ganz zentrale Frage beantworten: Wie viele Krankenhäuser und Betten sollen seiner Einschätzung nach in den jeweiligen Bundesländern künftig an welchen Standorten mit welchem stationären Leistungsvolumen noch zur Verfügung stehen und wie soll dieser Reduktionsprozess ablaufen? Lippenbekenntnisse, wie dass jeder Standort erhalten bleiben solle oder dass man aktiv keine Krankenhäuser schließe, sind nicht mehr zu akzeptieren.

Die DKG fordert die Politik auf, jetzt endlich Farbe zu bekennen und einen Krisengipfel einzuberufen, um klar und verbindlich über diese und weitere Fragen der künftigen Krankenhausversorgung, notwendiger Vorhaltung und Versorgungsplanung zu beraten. Die Krankenhäuser benötigen endlich Klarheit, wie es nach der Verabschiedung der Krankenhausreform weitergeht und was die entsprechenden Auswirkungen sind. Zu dieser Planungsunsicherheit kommt noch hinzu, dass durch die aktuellen Sparmaßnahmen kurz vor dem Beginn des neuen Jahres die Wirtschaftsplanung der Krankenhäuser zusammenbricht.

Im weiteren parlamentarischen Verfahren werden auch Bundestag und Bundesrat gefragt sein, Initiative zu zeigen und den Krankenhäusern und vor allem ihren Patientinnen und Patienten das zu geben, was sie in den vergangenen Jahren so schmerzlich versäumt haben: Einen planvollen Transformationsprozess und eine verlässliche Finanzierung – fundiert, partnerschaftlich und transparent. Es muss das gemeinsame Ziel sein, das Vertrauen in die Krankenhäuser durch einen zielorientierten Prozess zu stärken und nicht das Gegenteil zu bewirken.

Zusammenfassung der Stellungnahme

Die Krankenhäuser stehen weiterhin hinter den zentralen Zielen der in der letzten Legislaturperiode mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) auf den Weg gebrachten Krankenhausreform. In besonderem Maße gilt dies für die Einführung einer Krankenhausplanung anhand bundeseinheitlicher Leistungsgruppen. Sie hat das **Potenzial**, die **Spezialisierung** von Krankenhäusern zu **fördern** und den auch aus Sicht der Krankenhäuser notwendigen Strukturwandel zu beschleunigen. Die Krankenhäuser begrüßen, dass die Bundesregierung mit dem Gesetzentwurf erste Anpassungen an den bislang geplanten Regelungen vornimmt. Allerdings besteht an zahlreichen Stellen **weiterhin dringender Nachbesserungsbedarf**. In ihrer Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung teilen die Bundesländer diese Einschätzung eindrücklich (BR-Drucksache 554/25).

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass die Krankenhäuser nicht nachvollziehen können, weshalb die Bundesregierung ihren Gesetzentwurf als zustimmungsfrei einstuft. Wie das KHVVG **greift** auch das KHAG **massiv in die** vollumfänglich im Verantwortungsbereich der Länder liegende **Krankenhausplanung ein**. Im Gesetzgebungsverfahren zum KHVVG konnte die Zustimmungsfreiheit – zumindest hilfsweise – noch mit dem Hinweis auf die mit einer gesetzlichen Frist bis zum 31. März 2025 versehene, zustimmungspflichtige Rechtsverordnung zur Weiterentwicklung des Leistungsgruppenkataloges begründet werden. Diese Begründung trägt für das KHAG jedoch nicht mehr, da das KHAG den Leistungsgruppenkatalog und die darin vorgesehenen Strukturvorgaben für den Start der neuen Krankenhausplanung nun doch selbst – und damit ohne verbindliche Einflussmöglichkeiten der Länder – gesetzlich festlegt. Grundsätzlich besteht zwar weiterhin die Möglichkeit zum Erlass einer zustimmungspflichtigen Rechtsverordnung. Da das KHAG für den Erlass der Rechtsverordnung aber keine verbindliche Frist mehr vorsieht und diese – sofern sie überhaupt erlassen wird – gemäß Gesetzesbegründung auch nicht vor dem 01. Januar 2029 in Kraft treten soll, müsste eigentlich unstrittig sein, dass das Gesetz der Zustimmung des Bundesrates bedarf. Gemäß dem Rechtsverständnis der Krankenhäuser muss der Gesetzentwurf daher als zustimmungspflichtig deklariert werden.

Mehr Konsequenz seitens des BMG wünschen sich die Krankenhäuser insbesondere mit Blick auf die **Vorhaltefinanzierung**. Die **Verschiebung** der Einführungsfristen um ein Jahr ist, wie auch von den Bundesländern in ihrer Stellungnahme ausgeführt, **keine Lösung** des Problems. Angesichts der Fehlanreize und des beträchtlichen Bürokratiewachses, die mit der Vorhaltefinanzierung einhergehen werden, halten die Krankenhäuser an ihrer Forderung fest, die **Vorhaltefinanzierung vollständig auszusetzen** und die Selbstverwaltungspartner mit der Entwicklung eines fallzahlunabhängigen Alternativkonzeptes zu beauftragen. Bis dahin sollten die etablierten **Zuschläge** für Sicherstellung, Notfallstufen und Zentren genutzt werden. In ihrer derzeitigen Ausgestaltung ist die Vorhaltefinanzierung völlig ungeeignet, die wirtschaftliche Situation bedarfsnotwendiger Krankenhäuser nachhaltig zu sichern. Deshalb muss sie durch ein tatsächlich **fallzahlunabhängiges System** ersetzt werden. Mit der Aussetzung der Vorhaltefinanzierung entfällt die Notwendigkeit, den vom InEK entwickelten **Leistungsgruppen-Grouper** explizit für die Anforderungen der Abrechnung bereitzustellen. Insofern sollte der Leistungsgruppen-Grouper spezifisch für eine Unterstützung der Krankenhausplanung **angepasst** werden und sich dazu an den **Kriterien der Leistungsgruppen und der NRW-Systematik** orientieren.

Bereits im Gesetzgebungsverfahren zur Krankenhausreform haben die Krankenhäuser darauf hingewiesen, dass die **Zuständigkeit der Bundesländer für die Krankenhausplanung** auch zukünftig erhalten bleiben muss. Starre Strukturvorgaben als Voraussetzung für die Zuordnung einer Leistungsgruppe dürfen den **Handlungsspielraum** der Länder im Rahmen der Zuweisung der Leistungsgruppen nicht zu stark einschränken. Zur **Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung** muss es den Ländern daher möglich sein, auch Krankenhäusern, die die Strukturvorgaben nicht vollständig erfüllen, die betreffenden Leistungsgruppen dauerhaft zuzuordnen. Darüber hinaus ist es wichtig, dass die Krankenhäuser die Möglichkeit erhalten, die Strukturvorgaben sowie weitere Anforderungen insbesondere aus § 135e Absatz 4 SGB V über **Kooperationen** gemeinsam mit anderen Krankenhäusern zu erfüllen. Unverzichtbar ist zudem, dass die neue Krankenhausplanung die **Besonderheiten von Fachkliniken** berücksichtigt und die Fachkliniken ebenso wie Besondere Einrichtungen auch in Zukunft in vollem Umfang an der Krankenhausversorgung teilnehmen können. Hierbei gilt es, Diskrepanzen zwischen dem Behandlungsspektrum und den damit verbundenen Strukturen der Fachkrankenhäuser und den Anforderungen vermeintlich korrespondierender Leistungsgruppen zu unterscheiden. Sowohl die Entscheidungsspielräume der Länder im Rahmen der Zuordnung der Leistungsgruppen auf die Krankenhäuser als auch die Kooperationsmöglichkeiten der Krankenhäuser zur Erfüllung der Strukturvorgaben wurden in den gesetzlichen Vorgaben sachlogisch angepasst. Gleichwohl bleiben sie in Teilen **noch zu restriktiv formuliert**. So sollte beispielsweise innerhalb von Kooperationen regelhaft immer auch die Möglichkeit der telemedizinischen Leistungserbringung gegeben sein.

Grundlegenden Nachbesserungsbedarf weist zudem der **Leistungsgruppenkatalog** auf, in dem für jede Leistungsgruppe die von den Krankenhäusern zu erfüllenden Qualitätskriterien hinterlegt sind. Die Beibehaltung der an einigen Stellen praxisuntauglichen Strukturvorgaben würde die flächendeckende Krankenhausversorgung gefährden. Die Krankenhäuser begrüßen dennoch, dass der Gesetzentwurf zumindest viele der **zielführenden Vorschläge des Leistungsgruppenausschusses** aufgreift und die Einhaltung der **Pflegepersonaluntergrenzen** als zu prüfendes Qualitätskriterium **gestrichen** wurde.

Mit Konfliktpotential behaftet bleibt das unklare **Nebeneinander** von **Qualitätskriterien** der **Leistungsgruppen** und der durch den **Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)** festgelegten Anforderungen an die Qualitätssicherung. Die Strukturqualitätsrichtlinien und Mindestmengenregelungen des G-BA können derzeit die Zuweisungsentscheidung zu den Leistungsgruppen und damit die **Krankenhausplanung der Länder komplett aushebeln**. Hier muss dringend eine Abgrenzung und Definition des Zusammenwirkens der beiden Regelungsbereiche erfolgen, so dass die Regelungen des G-BA die Qualität sichern können, ohne die Entscheidung der Länder zur Krankenhausplanung wirkungslos zu machen.

Nicht nachvollziehbar ist, weshalb das BMG an der Entwicklung von **Mindestvorhaltezahlen** für die Leistungsgruppen festhält. Die vom InEK und vom IQWiG zu entwickelnden Mindestvorhaltezahlen werden **weder evidenzbasiert noch rechtssicher** sein. Die entsprechenden Vorgaben zur Entwicklung der Mindestvorhaltezahlen **müssen ersatzlos gestrichen werden**. Auch die Länder hatten hier zurecht Lockerungen und Ausnahmemöglichkeiten gefordert, ebenso wie die ersatzlose Streichung der geplanten **Verbotsliste für onkochirurgische Leistungen**.

Indem durch den Gesetzgeber nun festgelegt werden soll, dass die **Bundesmittel** der **Transformationskosten** wirklich vom Bund übernommen und diese nicht aus Mitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) finanziert werden, korrigiert er einen ordnungspolitischen Fehler der Reform. Die Krankenhäuser kritisieren jedoch im Schulterschluss mit den Bundesländern ausdrücklich, dass weiterhin das **Einvernehmen mit den Krankenkassen** nach § 13 KHG anzustreben ist. Da der Transformationsfonds nicht mehr aus Beitragsmitteln der GKV finanziert wird, ist diese Vorgabe **sachlich nicht mehr zu rechtfertigen** und kollidiert außerdem mit den für die Versorgung vorrangigen Kompetenzen der originär zuständigen Gebietskörperschaften. Positiv ist das Ansinnen des BMG, den Verwaltungsprozess zu entlasten, indem die Länder von der **Verpflichtung entbunden** werden sollen, eine aufwendige **Insolvenzprüfung der Krankenhäuser** vorzunehmen, bevor sie Transformationsmittel erhalten können.

Die gesetzliche **Definition des Krankenhausstandortes** mit einem maximalen Abstand der Gebäude von 2.000 Metern ist **vielerorts praxisuntauglich** und mit Aspekten der Versorgungsqualität nicht sachlich zu begründen. Auch die Länder haben auf diese Problematik bereits mehrfach hingewiesen. Daher ist die schon durch das KHVVG eingeräumte Möglichkeit, die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG in Einzelfällen über eine Ausnahme entscheiden zu lassen, wichtig und muss beibehalten werden. Zudem sollte für einen tatsächlich sachgerechten Ausgangspunkt für die Bestimmung von Krankenhausstandorten die Empfehlung der Regierungskommission zur Krankenhausreform 2024 umgesetzt und die Maximalentfernung von Gebäuden eines Standortes **auf 5.000 Meter** gesetzlich festgelegt werden. Darüber hinaus ist unbedingt auch **der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde eine Ausnahmemöglichkeit** zur Planungssicherheit in geeigneten und erforderlichen Einzelfällen einzuräumen.

Erheblichen Nachbesserungsbedarf weisen weiterhin die gesetzlichen Rahmenbedingungen für **Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (SÜV)** auf. Sowohl die Krankenhäuser als auch die Länder haben konkrete Änderungsvorschläge hierfür eingebracht. Insofern muss der Gesetzentwurf im weiteren Verfahren noch ergänzt werden. Die bereits laufenden Verhandlungen der Selbstverwaltung zur konkreten Ausgestaltung des Leistungsspektrums der SÜV zeigen, dass die **Vorgaben zu restriktiv** für eine erfolgreiche Umwandlung von kleinen Krankenhäusern in SÜV sein werden. Um den Ländern mit den SÜV ein wirksames Instrument zur Sicherstellung einer wohnortnahen und die Sektorengrenzen überwindenden Grundversorgung an die Hand zu geben, sind Verbesserungen der gesetzlichen Regelungen, insbesondere Ausweitungen des vorgesehenen Leistungsspektrums und Präzisierungen der Leistungsbeschreibung sowie der Rahmenbedingungen, erforderlich. Hierbei darf die Teilnahme an der akutmedizinischen Versorgung nach den Möglichkeiten der jeweiligen SÜV nicht ausgeschlossen sein. Die **Länder** müssen die **Entscheidungskompetenzen** zur dauerhaften Zuweisung von Versorgungsaufgaben (u. a. auch Prävention) erhalten. Die **Finanzierung** muss **aufwandsgerecht als Gesamtbudget** ausgestaltet sein.

Darüber hinaus sehen die Krankenhäuser noch zu weiteren Themenfeldern dringenden gesetzlichen Anpassungsbedarf. Dies gilt insbesondere für die dringend erforderliche **Neugestaltung der Hybrid-DRG**. Die bisherigen Rahmenbedingungen und kurzfristig ergänzten gesetzlichen Vorgaben des KHVVG für eine „spezielle sektorengleiche Vergütung“ sind keine tragfähigen Grundlagen für eine sinnvolle Ambulantisierung. Sie **gefährden** vielmehr die **Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen**

Patientenversorgung und **untergraben** die **wirtschaftliche Leistungserbringung** durch die Krankenhäuser sowie die **Krankenhausplanung der Länder**. Die aktuelle Verortung der zentralen Entscheidungen zu Hybrid-DRG in den dafür nicht geeigneten ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss (ergEBA) anstelle der im Gesetz eigentlich vorgesehenen sektorenübergreifenden Schiedsstelle nach § 89a SGB V führt außerdem zu kritischen Konsequenzen für das aG-DRG-System. Neben äußerst fragwürdigen inhaltlichen Festlegungen verunmöglicht die immer noch fehlende Festlegung des Hybrid-DRG-Kataloges derzeit auch die längst überfällige Vereinbarung des aG-DRG-Kataloges 2026. Laut Gesetz hätten aufgrund dieser Zusammenhänge alle erforderlichen Entscheidungen für das Hybrid-DRG-System spätestens zum 30.06.2025 festgelegt werden müssen. Die Bereitstellung des Vergütungssystems für das Jahr wird daher zu spät erfolgen und führt zu massiven Problemen insbesondere auch bei der Einhaltung der mit einer Präklusion verbundenen und mit Sanktionen bewährten Fristen zur Vorlage der Budgetverhandlungsunterlagen für das Jahr 2026. Mindestens diese Fristen müssen dringend ausgesetzt werden. Auch die längst überfällige **Abschaltung des Bundes-Klinik-Atlases** zugunsten der Wiederaufnahme der Förderung des Deutschen Krankenhaus Verzeichnisses sollte mit dem KHAG auf den Weg gebracht werden.

Weitere Themen sind im Kapitel „Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf“ erläutert. Die konkrete Bewertung der einzelnen Regelungen im Detail ist der Anlage zur Stellungnahme zu entnehmen.

Grundlegende Bewertung des Gesetzentwurfes

Vorhaltevergütung und Fixkostendegressionsabschlag

Die DKG befürwortet nach wie vor das Ziel, die Vorhaltung der Krankenhäuser finanziell abzusichern. Die mit dem KHVVG geregelte Vorhaltevergütung unterstützt jedoch weder die Ziele der Krankenhausreform, noch werden damit die aktuellen Probleme gelöst.

Die nunmehr mit dem KHAG vorgesehene Verlängerung der erlösneutralen Einführungsphase um ein Jahr ist weder eine Lösung für die aktuellen Probleme der Krankenhäuser noch für die Probleme, die mit der Vorhaltevergütung nach KHVVG zusätzlich entstehen werden. Nach Überzeugung der DKG ist die Vorhaltefinanzierung in dieser Form sofort auszusetzen, da eine grundsätzliche Neuausrichtung durch die weiteren Einführungsschritte im Jahr 2026 erschwert wird und aus den Änderungsvorschlägen des KHAG nicht zu erkennen ist, wie durch ein zusätzliches Einführungsjahr auch zusätzliche Erkenntnisse als Entscheidungsgrundlage gewonnen werden sollen.

Mit der vorgesehenen Vorhaltevergütung wird das Vergütungssystem für alle Beteiligten noch komplexer, aufwendiger und nicht zuletzt strategieanfälliger. Für die Finanzierung von Vorhaltung ist vorgesehen, einen Anteil der fallbezogenen DRG-Vergütung in weiterhin fallabhängige Vorhaltepauschalen zu überführen. Der ökonomische Druck zur Steigerung der stationären Fallzahlen wird lediglich an die Fallzahlkorridor Grenzen und in die Bezugsjahre der Neuberechnungen verlagert. Im Ergebnis ist diese Form einer Vorhaltefinanzierung völlig ungeeignet, die wirtschaftliche Situation bedarfsnotwendiger Krankenhäuser nachhaltig zu sichern. In vielen Fällen wird die Vorhaltevergütungssystematik sogar zu einem massiven finanziellen Risiko. Zudem wird auf der Landesebene bei Reduktion von stationären Behandlungen selbst die korrespondierende Vorhaltevergütung – nunmehr die Vorhalteanteile der Hybrid-DRG sogar im Vorgriff – vollständig entzogen, während die Strukturkosten der Krankenhäuser verbleiben. Ein wesentliches Versprechen der Finanzierungsreform – die Konsolidierung der Finanzierung von Vorhaltekosten – wird damit nicht eingelöst. Zudem wird die Akzeptanz des politischen Zieles einer massiven „Ambulantisierung“ von stationären Behandlungen deutlich behindert.

Die Einführung einer Vorhaltevergütung sollte durch die Selbstverwaltungspartner grundsätzlich neu konzipiert werden. Hier sollte die Reduktion der Fallzahlabhängigkeit im Vordergrund stehen, ohne neue ausufernde Bürokratielasten zu erzeugen. Aufgrund der Tragweite eines reformierten Vergütungssystems für den stationären Sektor muss die Umsetzung über Einführungsschritte wie einer Pilotphase, einer budgetneutralen und einer Konvergenzphase in ausreichender Länge erfolgen und kontinuierlich von einer Evaluation begleitet werden.

Anstelle einer untauglichen Vorhaltevergütung sollten übergangsweise die durch Vorhaltung bedingten strukturellen Kosten zeitnah durch Stärkung und Anpassung der bereits etablierten Finanzierungsinstrumente berücksichtigt werden. Hierzu können die etablierten Zuschläge für Sicherstellung, Notfallstufen und Zentren genutzt werden. Auch können der bestehende Fixkostendegressionsabschlag in einen Strukturkostenausgleich überführt und die Erlösausgleiche so angepasst werden, dass die Strukturkosten auch bei unerwarteten Leistungsschwankungen refinanziert werden.

Mit der Aussetzung der Vorhaltefinanzierung entfällt die Notwendigkeit, einen Leistungsgruppen-Grouper explizit für die Anforderungen der Abrechnung bereitzustellen. Insofern sollte der Leistungsgruppen-Grouper spezifisch für eine Unterstützung der Krankenhausplanung angepasst werden und sich dazu an den Kriterien der Leistungsgruppen und der NRW-Systematik orientieren.

Die Abschaffung des Fixkostendegressionsabschlages (FDA) darf nicht erst mit Einführung der Vorhaltevergütung erfolgen, sondern muss schnellstmöglich ab dem Jahr 2026 umgesetzt werden. Bereits vor Einführung der Vorhaltevergütung werden politisch gewollte Konzentrationsprozesse im Krankenhausbereich angestoßen. Werden daraus resultierende Mehrleistungen mit dem FDA belegt, widerspricht das der politischen Intention, solche Strukturanpassungen zu fördern. Wenn Konzentrationen zu Abschlägen führen, wird ein Anreiz geschaffen, solche politisch erwünschten Prozesse zu unterlassen oder zu verzögern, um wirtschaftliche Nachteile zu vermeiden. Das behindert notwendige Strukturreformen. Bei Konzentrationen haben die Krankenhäuser bei Leistungsausweitungen auch zusätzliche Fixkosten (z. B. Infrastruktur, Personal, IT, Verwaltung) zu tragen. Der FDA führt dann zu einer Kostenunterdeckung, obwohl die Ausgaben strukturell bedingt sind. Krankenhäuser, die im Rahmen der Versorgungsplanung Investitionen tätigen, um andere Standorte zu ersetzen, brauchen wirtschaftliche Planungssicherheit. Ziel vieler Konzentrationen ist außerdem eine bessere Behandlungsqualität durch Spezialisierung und höhere Fallzahlen. Der FDA wirkt in diesem Zusammenhang entgegengesetzt zur Förderung von Qualitätssicherung und ist daher versorgungsfeindlich. Es ist zumindest sicherzustellen, dass Mehrleistungen infolge versorgungspolitisch gebotener Konzentrationsprozesse oder Kooperationen vollständig abschlagsbefreit bleiben. Das ist mit den aktuell vorgegebenen Ausnahmetatbeständen nicht gewährleistet.

Leistungsgruppen und Leistungsgruppenkatalog

Der § 135e SGB V und die dazugehörige Anlage 1 haben durch das KHAG wichtige Änderungen erfahren. Diese werden seitens der Krankenhäuser überwiegend begrüßt. Die Änderungen sind insbesondere auf folgende Aspekte zurückzuführen:

- Streichung der Frist für den Erlass und das Inkrafttreten der Leistungsgruppen-Verordnung
- Vereinheitlichung und Erweiterung der Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten für Fachkrankenhäuser
- Sonderregelung für Tages- und Nachtkliniken (Erfüllung zeitlicher Vorgaben nur zu jeweiligen Betriebszeiten)
- Vollzeitäquivalent: Anpassung der anrechenbaren Stundenanzahl von 40 auf 38,5
- Anpassung der Berücksichtigung von Belegärzten (voller vertragsärztlicher Versorgungsauftrag)
- Anpassung der Qualitätskriterien an die Empfehlungen des Leistungsgruppenausschusses vom 04.08.2025
- Streichung der Regelungen zur Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen

- Streichung der Regelungen zu den Fachkrankenhäusern i. V. m. den verwandten Leistungsgruppen zur Klarstellung der generellen Regelung in § 135e Absatz 4 Satz 3 SGB V

Ausdrücklich begrüßen die Krankenhäuser die durchgängige Streichung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) als Qualitätskriterium für die Leistungsgruppen in der Anlage 1. Zum einen entfällt damit eine aufwendige Doppelprüfung durch den Medizinischen Dienst, da die Informationen der Krankenhäuser zu den PpUG den zuständigen Landesbehörden ohnehin vorliegen. Zum anderen sind die PpUG kein geeignetes Qualitätskriterium zur Festlegung der Leistungsgruppen. So besteht durchgehend keine Kohärenz zwischen dem Zuschnitt der Leistungsgruppen und den pflegesensitiven PpUG-Bereichen, was eine justiziable Überprüfung der Einhaltung de facto unmöglich macht. Zudem haben die PpUG ein eigenes gesetzlich festgelegtes Sanktionsregime. Die Nichteinhaltung der PpUG führt demnach regelmäßig zu Vergütungsabschlägen, aber zu keinem Leistungsausschluss. Letztlich ist darauf hinzuweisen, dass die Leistungsgruppen richtigerweise ausschließlich unter medizinischen Gesichtspunkten festgelegt wurden.

Weitere Änderungen dienen u. a. dem Bürokratieabbau, der Bereinigung von Widersprüchen und redundanten Regelungen, der Klärung missverständlicher Bestimmungen und fachlichen Anpassungen. Zur Erfüllung der maßgeblichen Qualitätskriterien am Standort ist es nunmehr möglich, dass neben standortübergreifenden Kooperationen auch auf Dauer angelegte Zusammenarbeiten und Dienstleistungen am Standort, wie beispielsweise zur Durchführung von diagnostischen Leistungen (insbesondere Radiologie, Labor) vielerorts üblich, anerkannt werden. Diese Änderung wird ausdrücklich begrüßt, da sie u. a. bereits langjährig bestehende und fachlich geeignete Kooperationen weiter bestehen lässt. Darüber hinaus muss ermöglicht werden, dass Fachärzte entsprechend ihrer Facharztkompetenzen für mehr als drei Leistungsgruppen angerechnet werden und auch für mehrere Leistungsgruppen parallele Rufdienste übernehmen können. Andernfalls ist mit einem erhöhten Personalbedarf zu rechnen, welcher in Anbetracht des Fachkräftemangels zu Versorgungsproblemen führen kann. Die erfolgte Streichung der diesbezüglichen Sonderregelung für die Leistungsgruppen 1 und 14, die zu einer erheblichen Vervielfachung vorzuhaltender Fachärzte (Innere Medizin und Chirurgie) geführt hätte, wird als ein erster, wichtiger Schritt in die richtige Richtung begrüßt. Trotz dieser positiven Entwicklung besteht weiterer Änderungsbedarf. Diesbezügliche Änderungsvorschläge werden unter dem weiteren gesetzlichen Änderungsbedarf dargelegt.

Auch im Hinblick auf die Anlage 1 besteht weiterer Änderungsbedarf, da weder im Leistungsgruppenausschuss noch im Gesetzentwurf alle relevanten Probleme aufgegriffen wurden. Allen Problemen voran ist die LG 27 Spezielle Traumatologie zu nennen. Sie ist in der aktuell gültigen Form nicht praxistauglich. Zudem gelten für diesen Bereich bereits zahlreiche andere Vorschriften, die die zeitnahe Anwendung der Leistungsgruppe in Frage stellen. Doppelte Vorschriften für ähnliche oder gleiche Sachverhalte sind im Sinne der Entbürokratisierung immer zu vermeiden. Die Leistungsgruppe ist demzufolge zunächst auszusetzen und grundlegend zu überarbeiten.

Auch bedarf die Anlage 1 eines vorangestellten „Allgemeinen Teils“, in dem wichtige Regelungen kurz erläutert werden, um ressourcenaufwendige, sich stets wiederholende Diskussionen zur Interpretation unbestimmter Formulierungen zwischen Fachleuten, Leistungserbringern und Vertretern des Medizinischen Dienstes zu vermeiden. Hierbei ist auch eine Definition zur Verfügbarkeit „jederzeit“ (von z. B. sachlicher Ausstattung) notwendig, die außerhalb des Regeldienstes mindestens durch Rufbereitschaft oder durch Anwesenheitsdienste wie Schicht- oder Bereitschaftsdienste

sichergestellt werden kann. Weitere ergänzende Änderungsvorschläge zu der Anlage 1 werden leistungsgruppenspezifisch in der Anlage zur Stellungnahme ausgeführt.

Leistungsgruppenzuweisung – Ausweitung der Entscheidungsspielräume der Länder

Mit dem KHAG wurden Regelungen angepasst, die den Ländern bei der Krankenhausplanung ein Abweichen von den Qualitätskriterien in bestimmten Konstellationen erlauben. Vorrangig sind in diesem Zusammenhang die § 6a KHG und § 135e SGB V zu nennen. In § 6a KHG ist insbesondere der Wegfall der Definition für die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung u. a. über Erreichbarkeitsvorgaben, wie z. B. Fahrzeitminuten, positiv hervorzuheben. Die Verpflichtung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, bei unerfülltem Qualitätskriterium und erforderlicher Sicherstellung der Versorgung zunächst zu prüfen, ob die für die Leistungsgruppe jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden erfüllt werden können, wurde zu Recht gestrichen. Es bleibt allerdings dabei, dass von einem Qualitätskriterium nur abgewichen werden kann, wenn das Kriterium am Krankenhausstandort auch nicht in Kooperationen erfüllt werden kann. Ob, wie, durch wen und mit welchem Aufwand und welcher Konsequenz diese Feststellung erfolgen soll, bleibt nun offen. Darüber hinaus bleiben andere gesetzliche Vorschriften, beispielsweise aus § 135e Absatz 4 SGB V, hier außer Acht.

Für Krankenhäuser, die auf der Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG stehen, bleibt es bei der Möglichkeit, unbefristet von den Qualitätskriterien abzuweichen. Ansonsten ist die Zuweisung einer Leistungsgruppe trotz nicht erfülltem Qualitätskriterium bei notwendiger Sicherstellung der Versorgung sowie im Rahmen bestimmter Strukturanpassungen auf 3 Jahre zu befristen. Dies kann jedoch nur noch im Einvernehmen zwischen den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden und den Landesverbänden der Krankenkassen erfolgen. Die nochmalige Befristung um höchstens weitere 3 Jahre ist im Vergleich zum Referentenentwurf zudem vollständig entfallen, das hatten auch die Länder in ihrer Stellungnahme moniert und die Möglichkeit einer mehrmaligen Ausnahmeerteilung gefordert. Durch diese jüngsten Änderungen wird den Krankenkassen ein weitreichender Gestaltungsspielraum bei der Krankenhausplanung eingeräumt, der mit erheblichen Risiken für die Krankenhäuser und deren Mitarbeitenden verbunden ist. Diese Änderungen lehnen die Krankenhäuser entschieden ab. Nach § 135e SGB V bleibt es dabei, dass Krankenhäuser Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden erfüllen können, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt und die Erfüllung in Kooperation in dem jeweiligen Qualitätskriterium vorgesehen oder dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist. Im Hinblick auf die Sicherstellung der Versorgung ist auch hier die dazugehörige Definition entfallen und damit die Erreichbarkeitsvorgaben anhand von Fahrzeitminuten. Die neue Möglichkeit, in der genannten Situation auch Leistungen über am Standort verfügbare Kooperationen erbringen zu können, wird ausdrücklich begrüßt. Die in diesem Zusammenhang ebenfalls geforderte maximale Kilometerentfernung sollte entsprechend der Stellungnahme zu § 2a KHG auch hier von den 2.000 auf 5.000 Meter erhöht werden.

Insgesamt finden sich im Gesetzentwurf durchaus hilfreiche Änderungen, die mehr Flexibilität für die Länder einräumen. Gleichwohl halten wir eine Erweiterung der Befugnisse der Landesbehörden bei der Zuweisung von Leistungsgruppen ohne vollständige Erfüllung von Qualitätskriterien aus Sicherstellungsaspekten heraus (Sicherstellungszuweisung) für erforderlich. Die Landesbehörden müssen die Möglichkeit haben, Sicherstellungszuweisungen unbefristet zu erteilen. Mindestens ist

aber eine weitere, regelhafte Verlängerungsmöglichkeit der Sicherstellungszuweisung aufzunehmen (wie bereits im Referentenentwurf vorgesehen), da die Qualitätskriterien und Vorgaben der Anlage 1 nicht vor dem Jahr 2029 weiterentwickelt werden sollen und ihnen in der derzeitigen Fassung noch keine belastbare Auswirkungsanalyse zugrunde liegt. Weiterhin ist die Regelung, wonach das Einvernehmen der Kostenträger herzustellen ist, zu streichen und allenfalls durch eine Regelung zur Herstellung des Benehmens gemäß der verfassungsrechtlichen Stellung der Länder zu ersetzen.

Die Regelung, dass Besondere Einrichtungen die Leistungsgruppenvoraussetzungen zu erfüllen haben, obwohl sie keine Vorhaltevergütung erhalten, ist nicht sachgerecht und daher zu streichen. Die gesamte Leistungsgruppensystematik ist darauf ausgerichtet, die DRG-Vergütung abzusenken und an die Stelle der wegfallenden DRG-Vergütungsanteile eine Vorhaltevergütung zu setzen. Besondere Einrichtungen werden jedoch in der Regel nicht nach DRG vergütet. Ihre Einbeziehung in die Leistungsgruppensystematik ist daher nicht nachvollziehbar und wird auch der gesonderten Stellung dieser Einrichtungen im Vergütungssystem nicht gerecht. Mindestens muss für die Länder die Möglichkeit einer weitgehenden Ausnahmeregelung geschaffen werden.

Krankenhaustransformationsfonds

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wurde ein Transformationsfonds zur Förderung von Umstrukturierungsprozessen in Krankenhäusern geschaffen. Ziele sind u. a. die Konzentration akutstationärer Kapazitäten, der Abbau von Doppelstrukturen, die Umwandlung in sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (SÜV) sowie die Förderung telemedizinischer Netzwerke. Dies wird grundsätzlich begrüßt. Der Fonds wird von 2026 bis 2035 beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) geführt. Anstelle der ursprünglich vorgesehenen Finanzierung aus Beitragsmitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sollen nun 29 Mrd. Euro Bundesmittel aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität bereitgestellt werden. Unter Einbeziehung der Eigenanteile der Länder ergibt sich damit ein Gesamtvolumen von rund 50 Mrd. Euro. Die Finanzierung erfolgt vollständig aus Bundesmitteln, die Beteiligung der Privaten Krankenversicherung (PKV) entfällt. Das Geld soll vom Bund an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds überwiesen werden. Mit dem Kabinettsbeschluss neu hinzugekommen sind die zusätzlichen 4 Mrd. Euro des Bundes für die ersten vier Jahre. Für die Jahre 2026 bis 2029 beträgt der Bundesanteil damit jeweils 3,5 Mrd. statt 2,5 Mrd. Euro (§ 12b Absatz 1 KHG). Dementsprechend wurde die Ko-Finanzierung der Länder für die in den Jahren 2026 bis 2029 zu fördernden Vorhaben auf 30 Prozent abgesenkt (§ 12b Absatz 3 KHG). Die Finanzierung erfolgt vollständig aus Bundesmitteln, die Beteiligung der PKV entfällt.

Fraglich erscheint, dass weiterhin das Einvernehmen mit den Krankenkassen gemäß § 13 KHG herzustellen ist. Demnach ist für jeden Förderantrag vor der Einreichung beim BAS die Zustimmung der Krankenkassen und Ersatzkassen abzufragen. Da der Transformationsfonds nicht mehr aus Beitragsmitteln der GKV finanziert wird, ist diese Vorgabe sachlich nicht mehr zu rechtfertigen und kollidiert außerdem mit den für die Versorgung vorrangigen Kompetenzen der originär zuständigen Gebietskörperschaften. Zudem widerspricht dies dem im KHVVG verankerten Ziel der Entbürokratisierung, da damit ein aufwendiger Verwaltungsprozess unnötig fortgeführt wird.

Positiv bewertet werden die Streichungen der Nachweispflicht eines drohenden Insolvenzrisikos, die Stärkung der Länderplanungshoheit sowie die Finanzierung der BAS-Verwaltungskosten aus den

verbliebenen Mitteln des Strukturfonds II nach § 12a KHG im Bundeshaushalt. Die Fördertatbestände und damit auch die Förderausschlüsse wurden im Rahmen des KHAG nicht erweitert. Es besteht jedoch weiterhin die Notwendigkeit, Fördermöglichkeiten für Umstrukturierungen im Zuge der Umstellung auf sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (SÜV) auch für die ambulante Versorgung sowie für Umstrukturierungsmaßnahmen im Rahmen des gesetzlich verankerten Ausbaus von Hybrid-Leistungen einschließlich der erforderlichen Investitionen in den Förderrahmen aufzunehmen. Die erweiterte Einbindung der Hochschulkliniken in zusätzliche Fördertatbestände ist zu begrüßen.

Standortdefinition

Die redaktionelle Korrektur im Gesetzentwurf dient auch der Klarstellung des Bezuges von § 2a Absatz 4 Satz 2 KHG und wird daher aus Gründen der Normenklarheit begrüßt. Gleichwohl bleibt die gesetzliche Festlegung der Standortdefinition in § 2a Absatz 1 Satz 2 KHG mit einem Abstand der Gebäude eines Krankenhauses von maximalen 2.000 Metern inadäquat und als grundlegende Definition ungeeignet. Die Standortdefinition kommt in einer Vielzahl von Anwendungsbereichen zum Tragen, so dass der Grenzwert von 2.000 Metern einer hochqualitativen Versorgung eher entgegensteht als sie zu sichern, wenn beispielsweise die räumlich übergreifende Nutzung von Expertise, auch durch Telemedizin, blockiert wird.

Es muss daher zwingend **der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde die Möglichkeit eingeräumt werden**, für Krankenhausstandorte einen größeren als den gesetzlich genannten Abstand zuzulassen, wenn nach den Umständen des Einzelfalls keine Qualitätseinbußen zu befürchten sind. Die Krankenhäuser fordern ferner, die Empfehlung der Regierungskommission ([Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung](#), S. 14) umzusetzen, den Grenzwert in § 2a Absatz 1 Satz 2 KHG **auf 5.000 Meter** festzulegen.

Orientierungswert

Mit dem KHAG soll die Ermittlung des Orientierungswertes (OW) auf einen Kalenderjahresbezug umgestellt werden. Bei der Ermittlung des OW soll der für die hierfür zu erhebenden Daten geltende Berichtszeitraum auf das jeweils abgelaufene Kalenderjahr festgelegt werden (§ 10 Absatz 6 KHEntgG), anstelle der bisherigen Berechnung aus dem ersten Halbjahr des laufenden Jahres und dem zweiten Halbjahr des Vorjahres. Diese Änderung führt jedoch zu einer inhaltlichen Inkonsistenz bei der späteren Ermittlung des Veränderungswertes (VÄW), da die Veränderungsrate (VÄR), als neben dem OW relevanten Verhandlungsparameter für den VÄW, weiterhin auf Halbjahresbasis (1. HJ laufendes Jahr und 2. HJ Vorjahr) ermittelt wird. Damit beruhen OW und VÄR künftig auf unterschiedlichen Bezugszeiträumen, was die sachgerechte Ermittlung des VÄW infrage stellt. Ein inhaltlicher Mehrwert der Neuregelung ist zudem nicht erkennbar. Darüber hinaus verschärft die Umstellung den bereits bestehenden Periodeneffekt. Der OW, der bis zum 30.09.2026 veröffentlicht wird und als Verhandlungsparameter für den VÄW 2027 herangezogen wird, wird auf Basis der Daten des Kalenderjahres 2025 ermittelt (vormals 1. HJ 2026 und 2. HJ 2025). Aktuelle Kostenentwicklungen aus dem laufenden Jahr werden somit noch zeitverzögerter in der Finanzierung berücksichtigt und ggf. gar nicht refinanziert (siehe Inflationslücke 2022/ 2023). Insofern wird die durch den Zeitversatz technisch bedingte systematische Unterfinanzierung insbesondere bei schnell steigenden Kosten tendenziell noch verstärkt, was abzulehnen ist.

Mit dem Änderungsantrag zur Umsetzung von Maßnahmen für stabile GKV-Beiträge im Jahr 2026 wird für 2026 der Veränderungswert als Preisobergrenze in Höhe des Orientierungswertes festgelegt, sowohl für den Landesbasisfallwert als auch für Budgets in Psychiatrie/ Psychosomatik. Der Orientierungswert (2,98 Prozent) wird die höheren Kostensteigerungen für 2026 aber nicht abdecken, da er nur vergangene Werte abbildet. Die Festschreibung des im Vergleich zur Veränderungsrate niedrigeren Orientierungswertes 2026 senkt zudem dauerhaft die Aufsatzbasis für die Landesbasisfallwerte, sodass diese Lücke dauerhaft fortgeschrieben werden würde. Der Rechnungszuschlag 2025/ 2026 (4 Mrd. Euro) wirkt bekanntlich einmalig ohne Sockelwirksamkeit, während die Einsparung der 1,8 Mrd. Euro dauerhaft basiswirksam für die Krankenhäuser verloren geht. Insofern würde zu der dann wieder bestehenden Inflationslücke die Unterfinanzierung aufgrund der Kürzung des Preisniveaus im Rahmen der Sparmaßnahmen additiv hinzukommen. Hier muss daher zumindest sichergestellt werden, dass diese Kürzung nur einmalig für das Jahr 2026 zur Anwendung kommt.

Onkochirurgische Leistungen

Die Krankenhäuser fordern eine ersatzlose Streichung des § 40 KHG sowie § 8 Absatz 4 Satz 6 KHEntG und entsprechende Folgeanpassungen in bzw. die Streichung von § 135d SGB V. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Neuregelung des § 136c Absatz 1 SGB V wird abgelehnt. Das Ziel der Qualitätssicherung durch Ausschluss von Gelegenheitsversorgung ist grundsätzlich zu begrüßen. Gleichwohl steht die geplante Verbotsliste für onkochirurgische Leistungen im Widerspruch zur Leistungsgruppensystematik. Sie basiert auf methodisch fragwürdigen Annahmen und führt zu erheblichen Versorgungsunsicherheiten. Eine ersatzlose Streichung ist erforderlich, um juristische Konflikte und Qualitätseinbußen zu vermeiden. Das längst etablierte System der evidenzbasierten Mindestmengen des G-BA im Zusammenspiel mit der geplanten Zuweisung von Leistungsgruppen ist grundsätzlich geeignet und ausreichend, um problematische Gelegenheitsversorgung bei komplexen onkologischen Operationen zu vermeiden. Die Anpassungen der Fristen und die neu geschaffene Möglichkeit des G-BA, auch niedrigere als die gesetzlich vorgesehenen Fallzahlgrenzen festzulegen, ändern nichts am Grundproblem: Die gesetzlich festgelegte Grenze von 15 Prozent bleibt bestehen und wurde willkürlich ohne vorherige Wirkungsanalyse und ohne Evidenz für die Wirksamkeit dieser Maßnahme festgelegt.

Dass der G-BA als Grundlage für ggf. niedrigere Festlegungen eine Folgenabschätzung durchführen soll, mildert diese grundsätzliche Problematik nur geringfügig ab. Das Abrechnungsverbot wird auf Daten eines einzigen Jahres gestützt. Fallzahlen schwanken aber von Jahr zu Jahr, weshalb die Aufnahme auf die Verbotsliste z. T. zufallsbedingt erfolgt. Wenn überhaupt, könnte den für die Krankenhausplanung der Länder zuständigen Landesbehörden zur Abmilderung des Problems eine Ausnahmeregelung eingeräumt werden.

Definition von Fachkliniken

Der Koalitionsvertrag sieht vor, die Definition der Fachkrankenhäuser mit dem Ziel zu überarbeiten, dass die in den Ländern bestehenden und für die Versorgung relevanten Fachkliniken erhalten bleiben können. Neben regional bestehenden Versorgungsmöglichkeiten sind es häufig auch besondere, krankheitsspezifische Versorgungsbedarfe, die die Entstehung von Fachkliniken fördern. Deshalb sind sie zumeist auf die Behandlung einer bestimmten Erkrankung, Krankheitsgruppe oder Personengruppe

spezialisiert. Betroffen können einzelne oder mehrere Erkrankungen einer oder weniger Leistungsgruppe/n sein. Diese Begrenzung und eine effiziente Versorgung sorgen dafür, dass die Fachkliniken nicht zwingend die durch eine Leistungsgruppe zahlreich aufgestellten Anforderungen gleichermaßen am Standort erfüllen können und müssen. Kooperationsmöglichkeiten und fachlich begründete Abweichungen von einzelnen Anforderungen sind daher unerlässlich und eindeutig zu regeln. Auch sollten zum Schutz der Patientinnen und Patienten nicht mathematische Rechenmodelle darüber entscheiden, ob eine bestimmte Patientengruppe von einer „geschützteren Versorgung“ profitiert (z. B. bei chronischem Schmerzsyndrom, Chorea Huntington, Parkinson, Versorgung von Menschen mit Behinderung). Die erfolgte Anpassung der Definition von Fachkrankenhäusern wird begrüßt. Dies gilt auch für die Möglichkeit, sich auf ein spezialisiertes Leistungsspektrum fokussieren zu können. Es bedarf allerdings noch ergänzender Regelungen, die die fachlich nachvollziehbare fehlende Kongruenz zwischen den Strukturvorgaben einer betroffenen Leistungsgruppe und den Behandlungsnotwendigkeiten bzw. dem Versorgungsauftrag eines Fachkrankenhauses berücksichtigen.

So gibt es beispielsweise Fachkrankenhäuser, deren besonderes Leistungsspektrum nur schwer einer spezifischen Leistungsgruppe zugeordnet werden kann (z. B. Spezielle Schmerzmedizin), weil sie in den 61 Leistungsgruppen nicht vorgesehen ist. In gleichen und anderen Fällen kann eine Leistung z. B. mangels eindeutiger Fachgebietszugehörigkeit über zahlreiche Leistungsgruppen streuen, die dem Versorgungsauftrag des Fachkrankenhauses in keiner Weise entsprechen. Für derartige Fallkonstellationen bedarf es zur Sicherstellung der Versorgung noch flankierender Regelungen.

Mindestvorhaltezahlen

Nordrhein-Westfalen hat bewusst auf leistungsgruppenspezifische Mindestfallzahlen verzichtet, da keine belastbare Evidenz für einen Zusammenhang mit der Ergebnisqualität besteht. Der Fokus liegt auf der Struktur- und Prozessqualität. Mit dem KHAG werden nun auch Mindestvorhaltezahlen auf Leistungsgruppen ausgeweitet, die nach § 6a Absatz 1 Satz 8 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen werden.

Die grundsätzliche Kritik bleibt bestehen: Mindestvorhaltezahlen, die sich ausschließlich an Fallzahlen orientieren, stellen faktisch eine neue Form von Mindestmengen dar, ohne dass hierfür – wie sonst üblich – ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren des G-BA zugrunde gelegt wird. Ein Konzept, das gemäß der ursprünglichen Intention des Gesetzgebers eine für eine Leistungsgruppe bundeseinheitliche betriebswirtschaftliche Mindestgröße ermitteln könnte, ist aufgrund der individuell unterschiedlichen Leistungs- und Kostenstruktur der Krankenhäuser kaum belastbar bzw. sinnvoll umsetzbar.

Für die Mindestvorhaltezahlen je Leistungsgruppe erfolgen bislang keine konkreten Vorgaben. Geplant ist ein Perzentil-Ansatz, bei dem unabhängig von Behandlungsschwerpunkten, Schweregraden und Fallzahlunterschieden eine einheitliche Zahl darüber entscheidet, ob ein Krankenhaus eine Leistungsgruppe (z. B. Urologie) erbringen darf oder mit deutlich geringeren Erlösen auskommen muss. Dies würde die Krankenhausplanung auf eine rein mathematisch hergeleitete Größe verdichten – ohne belastbare Evidenz für eine Verbesserung der Ergebnisqualität.

Eine Weiterentwicklung in Richtung Ergebnisqualität sollte ausschließlich auf Basis methodisch hochwertiger Qualitätssicherungsverfahren erfolgen. Ein willkürlicher Ausschluss bedarfsnotwendiger Leistungsanbieter darf nicht eingeführt werden.

Hebammengeleitete Kreißsäle – Hebammenkreißsäle

§ 136a Absatz 7 stellt rechtstechnisch klar, dass als Ermächtigungsgrundlage für die vorgesehene G-BA-Richtlinie nicht § 136 Absatz 1 Satz 1 SGB V, sondern § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V heranzuziehen ist. Die in der Begründung zur Anpassung erläuterte Intention wird begrüßt. Es bleibt jedoch unklar, inwiefern diese Verweisänderung dazu beitragen kann, die in der Gesetzesbegründung dargestellten Ziele zu erreichen. Es ergibt sich auch unter Zuhilfenahme der Begründung nicht eindeutig, ob eine Festlegung von Mindestanforderungen in der G-BA-Richtlinie nicht erfolgen „muss“, oder nicht erfolgen „darf“. Eine weitere Klarstellung wäre wünschenswert und für die Bearbeitung des gesetzlichen Auftrags im G-BA hilfreich.

Zudem wird in § 39 Absatz 2 Satz 3 eine Regelung ergänzt, die klarstellt, dass sich sowohl Kreißsäle, die von einer angestellten Hebamme geleitet werden, als auch Kreißsäle, die von einer Beleghebamme geleitet werden, für die Förderung qualifizieren können. Auch diese Ergänzung wird begrüßt. Es ist allerdings unklar, inwiefern die G-BA-Richtlinie und vertragliche Vereinbarungen mit Verweis auf die Einhaltung der Vorgaben aus der Richtlinie tatsächlich gleichwertig sein können und insbesondere gleichwertige Rechtsfolgen bei Verstößen festlegen können.

Um die dargestellten Ziele der Regelung zu erreichen und die Gleichbehandlung der Krankenhäuser unabhängig vom Anstellungsverhältnis der leitenden Hebammen sicherzustellen, bedarf es der weiterführenden Klarstellung, dass eine Festlegung von Mindestanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, deren Nichterfüllung gemäß der in § 137 Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 eröffneten Möglichkeit mit dem Wegfall des Vergütungsanspruches für eine Leistung einhergeht, in der Richtlinie nach § 136a Absatz 7 nicht zielführend wäre und nicht erfolgen darf.

Bürokratieabbau

Die Krankenhäuser haben in den vergangenen Jahren wiederholt auf die massiven Bürokratiezuwächse im Rahmen der Krankenhausreform hingewiesen. Dass der Erfüllungsaufwand im KHAG als insgesamt entlastend für die Krankenhäuser eingestuft wird, weil der entsprechende Erfüllungsaufwand bereits im KHVVG adressiert sei, lenkt von der Tatsache ab, dass die Krankenhäuser in den nächsten Jahren fortgesetzt mit eklatanten Mehraufwänden durch die Reform konfrontiert sein werden.

Abfederungen dieser Mehraufwände durch einzelne Anpassungen im KHAG, wie etwa bei den Leistungsgruppen und im Leistungsgruppenkatalog, werden von den Krankenhäusern begrüßt. Dennoch greifen die durch das KHAG getroffenen Anpassungen in ihrer Gesamtheit weiterhin deutlich zu kurz. Neben der bereits adressierten vollständigen Aussetzung der mit dem KHVVG angestoßenen Vorhaltefinanzierung und der Abschaffung des mit dem Krankenhaustransparenzgesetz eingeführten Krankenhaustransparenzverzeichnis inklusive der damit verbundenen zusätzlichen Meldepflichten (§ 21 Absatz 3d und Absatz 7 KHEntgG) fordern die Krankenhäuser daher dringend eine Aussetzung der Pflegepersonaluntergrenzen für Krankenhäuser, die im Vorjahr die Anforderungen der PPR 2.0 bzw. der PPBV zu mindestens 80 Prozent erfüllt haben sowie den sofortigen Stopp der mit dem KHVVG

veranlassten Einführung neuer Personalbemessungsinstrumente jenseits der bereits etablierten Pflegepersonalbemessung.

Das bereits mehrfach in Aussicht gestellte Bürokratieabbaugesetz für das Gesundheitswesen muss endlich vorgelegt werden, damit die Krankenhäuser auch von übermäßiger Bürokratie befreit werden, die bereits vor der Krankenhausreform bestand. Schon eine Stunde weniger Bürokratie pro Vollkraft und Tag setzt rein rechnerisch 123.000 Vollkräfte in den Krankenhäusern frei, darunter rund 22.100 Vollkräfte im ärztlichen und 48.900 Vollkräfte im pflegerischen Bereich. Maßnahmen zur Reduktion der Bürokratielast in den Krankenhäusern tragen somit auch zu einer Kompensation des Fachkräftemangels bei – einer der zentralen Herausforderungen der Krankenhäuser in den nächsten Jahren. Geeignete Maßnahmen umfassen neben einer grundlegenden Überarbeitung und Vereinfachung der PPP-RL und des NUB-Verfahrens unter anderem auch eine Erweiterung der Standortdefinition auf 5.000 Meter, eine Neuausrichtung der Hybrid-DRG sowie eine umfassende Straffung verschiedener Strukturvorgaben und eine Zusammenführung der damit einhergehenden Prüfungen in ein einheitliches Prüfregime.

Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf

Maßnahmen zur Verhandlungsbeschleunigung der Budgetverhandlungen

Mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfIEG) wurden verschiedene Maßnahmen zur Auflösung des Verhandlungsstaus und zur Stärkung des Prospektivitätsgrundsatzes eingeführt. Dazu gehören verbindliche Fristen zur Übermittlung der Unterlagen (§ 11 Absatz 4 KHEntgG/ BPfIV), ein Rechnungsabschlag bei Fristversäumnis, die materielle Präklusion sowie ab 2026 ein automatisches Tätigwerden der Schiedsstellen (§ 13 Absatz 3 KHEntgG/ BPfIV).

Fristen zur Unterlagenübermittlung und zu Auskünften

Die starre Frist zum 31. Dezember stellt die Krankenhäuser in der Praxis vor erhebliche Probleme. Krankenhäuser sind darauf angewiesen, dass die für die Erstellung der Forderungsunterlagen maßgeblichen Entgeltkataloge und andere verhandlungsrelevante Informationen rechtzeitig vor Ablauf der Frist vorliegen, um diese sachgerecht aufbereiten zu können. Eine angemessene Vorbereitungszeit für die Erstellung der komplexen Budgetverhandlungsunterlagen ist bei der aktuellen Fristensetzung nicht gegeben. Komplexe neue Verhandlungstatbestände – etwa durch die Ausweitung der Hybrid-DRG – sowie ständige Rechtsänderungen erhöhen den Aufwand für die Budgetverhandlungen außerdem erheblich. Personelle Engpässe sowohl auf Krankenhaus- als auch auf Krankenkassenseite können zu weiteren Verzögerungen führen. Die Vorgabe steht zudem im Widerspruch zu anderen Gesetzen, etwa der Pflicht zur Vorlage tatsächlich entstandener Pflegepersonalkosten (§ 6a Absatz 2 KHEntgG), die naturgemäß erst nach Jahresende vorliegen. Prospektive Verhandlungen bergen außerdem hohe Risiken für Fehlschätzungen bei der Leistungs- und Kostenentwicklung.

Für das Vereinbarungsjahr 2026 verschärft sich die Situation aufgrund der derzeit nicht möglichen Festlegung des aG-DRG-Kataloges für das Jahr 2026 grundlegend. Nach aktueller Terminplanung des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses sollen die Hybrid-DRG-Leistungen für das Jahr erst in der Sitzung am 31.10.2025 festgelegt werden. Erst nach diesem Zeitpunkt kann das InEK den aG-DRG-Katalog, der diese Leistungen nicht enthalten darf, fertigstellen. Es ist daher damit zu rechnen, dass der Katalog erst Mitte November vorliegt. Dabei ist zu beachten, dass die aG-DRG-Grouper, die dann erst eine Analyse der Fälle des Krankenhauses erlauben, durch die Hersteller in einem meist mehrwöchigen Verfahren zertifiziert werden müssen, bevor sie in die Krankenhausinformationssysteme (KIS) der Krankenhäuser integriert und damit anwendbar gemacht werden können. Hinzu kommt, dass gemäß Terminplanung des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses die Vergütungen der Hybrid-DRG-Leistungen erst am 11.11.2025 festgelegt werden sollen. Da die aG-DRG-Grouper 2026 im besten Falle erst im Laufe des Dezembers zur Verfügung stehen, ist eine sachgerechte und adäquate Erstellung der Verhandlungsunterlagen durch das Krankenhaus nicht mehr möglich. Der Gesetzgeber ist dringend aufgefordert, diese für die Krankenhäuser unzumutbare Situation umgehend zu klären, indem die Fristen für die Abgabe der Verhandlungsunterlagen für das Jahr 2026 aufgehoben bzw. um die vorgeschlagenen Zeiträume verschoben werden.

Schiedsstellenautomatismus und Präklusion

Die automatische Festsetzung durch die Schiedsstellen ab 2026 ist praktisch nicht umsetzbar. Weder die personellen Kapazitäten noch die Fristen lassen fristgerechte Entscheidungen in komplexen Streitfragen erwarten. Die Präklusionsregelung kann dazu führen, dass berechnigte Vergütungsansprüche allein aus formalen Gründen verloren gehen. Zudem schafft sie Anreize für strategisches Prüfverhalten der Kostenträger. Unterschiedliche Auffassungen zwischen den Vertragsparteien sind bei grundlegenden Fragen mitunter unvermeidbar. Dafür ist der Konfliktlösungsmechanismus mit Anrufung der Schiedsstelle unabdingbar. Krankenkassen und Krankenhäuser machen davon bisher nur in Ausnahmefällen Gebrauch. In diesen Fällen darf die fundierte Entscheidungsfindung nicht durch Überbeanspruchung der im Ehrenamt tätigen Schiedsstellenvorsitzenden gefährdet werden. Für den normativ vorgegebenen Schiedsstellenautomatismus gibt es überdies auch keinen sachlichen Grund, da bereits das bestehende Finanzierungsrecht ausreichend Instrumente beinhaltet, einseitige Verzögerungsstrategien zu unterbinden.

Rechnungsabschluss

Verzögerungen entstehen regelmäßig auch durch Krankenkassen oder Genehmigungsbehörden. Der einseitig gegen Krankenhäuser gerichtete Rechnungsabschluss ist daher sachlich nicht gerechtfertigt.

Forderung

Die Fristen zur Unterlagenübermittlung sowie der Schiedsstellenautomatismus einschließlich der Präklusionsregelung sind ab dem Vereinbarungszeitraum 2026 aufzuheben. Sollte dies nicht umsetzbar sein, müssen die Fristen dauerhaft praxisgerecht ausgestaltet, d. h. um mehrere Monate nach hinten verschoben werden. Zudem ist der mit den Übermittlungsfristen verbundene Rechnungsabschluss zu streichen. Das BMG wurde hierzu in einem Schreiben (05.08.2025) mit ausführlichen Erläuterungen parallel zur Stellungnahme zum Referentenentwurf über den bestehenden Anpassungsbedarf informiert. Die Schiedsstellenvorsitzenden der Landesschiedsstellen nach § 18a Absatz 1 KHG haben in einem Schreiben vom 11.08.2025 eindringlich auf die Notwendigkeit der Aufhebung des Schiedsstellenautomatismus ab dem Vereinbarungszeitraum 2026 hingewiesen. Da der aG-DRG-Katalog 2026 den Krankenhäusern voraussichtlich erst kurz vor dem Jahresende zur Verfügung steht und dieser für die Erstellung der Verhandlungsunterlagen eine zwingende Voraussetzung darstellt, muss der für die Krankenhäuser entstandenen Unmöglichkeit der Umsetzung der Frist zum 31.12.2025 umgehend mit deren Aussetzung Rechnung getragen werden.

Hybrid-DRG

Die aktuellen Inhalte des § 115f SGB V sind mit weitreichenden Folgen für die Krankenhäuser und die begonnene Ambulantisierung von bisher stationär erbrachten Leistungen verbunden.

Dies betrifft insbesondere die Vorgaben von vollstationären Krankenhausfällen in Millionenhöhe, die zukünftig über Hybrid-DRG vergütet werden sollen, in Kombination mit einer schrittweisen Anpassung der Vergütungen mit dem Ziel, dass bis 2030 die Vergütungshöhe der nach § 115b SGB V vereinbarten Leistungen erreicht werden soll. Die willkürliche Erweiterung der Hybrid-DRG um Millionen Fälle ohne die gesetzlich vorgesehene Evaluierung der ersten Stufe ist weder für die Planungssicherheit der

Krankenhäuser noch im Sinne einer gesicherten Patientenversorgung tragbar. Zudem steht eine normative Absenkung auf AOP-/ EBM-Niveau dem Ziel einer zunehmenden Ambulantisierung entgegen.

Für Hybrid-DRG-Leistungen gelten lediglich die allgemeinen Qualitätsanforderungen nach § 115b Absatz 1 Satz 5 SGB V. Wenn stationäre Leistungen unter diesen Voraussetzungen im Rahmen von Hybrid-DRG erbracht werden können, werden die mit dem KHVVG eingeführten Ziele konterkariert. Die angestrebte Konzentration auf durch die Landesbehörde zugeordnete Standorte kann somit nicht stringent umgesetzt werden. Letztlich wird die Krankenhausplanung der Länder durch eine parallele Leistungsstruktur ohne abgestimmte und vergleichbare Strukturvorgaben im ambulanten und stationären Sektor faktisch ausgehebelt.

Das gemäß MDK-Reformgesetz zur Vorbereitung der Ambulantisierung beauftragte Gutachten zeigt klar, dass die im internationalen Vergleich höheren Quoten von ambulanten Leistungen nur dann erreicht werden können, wenn komplexe ambulante Leistungen am Krankenhaus oder in mit einem Krankenhaus vergleichbaren Strukturen durchgeführt werden. Einzelne Länder unterstützen den Prozess der Ambulantisierung sogar mit einer erhöhten Vergütung. In der Umsetzung des § 115f SGB V werden diese internationalen Erfahrungen vollkommen ignoriert und teilweise sogar konterkariert, indem mittlerweile für das Jahr 2026 Hybrid-Leistungen adressiert werden, die von Vertragsärzten (zu Recht) nicht durchgeführt werden. In Verbindung mit dem Ziel, die Vergütungen der bisher stationären Leistungen schon im ersten Einführungsjahr deutlich abzusenken und mittelfristig auf das Niveau der Vergütung von Vertragsarztpraxen zu bringen, kann keine sinnvolle Ambulantisierung erreicht werden, welche die Ressourcen wirtschaftlich nutzt und die Patientenversorgung optimiert. Es sind vielmehr Fehlsteuerungen der Finanzierungsmittel und Verschlechterungen in der Versorgung zu erwarten.

Im Interesse der Patientinnen und Patienten sowie zur Sicherung des Behandlungserfolges ist es außerdem zwingend erforderlich, dass neben der originären Eingriffsleistung auch die Vor- und Nachbehandlung aus „einer Hand“ erfolgt und entsprechend finanziert wird. Auch das stellen die aktuellen Regelungen nicht sicher.

Die Krankenhäuser stehen einer Ambulantisierung grundsätzlich positiv gegenüber. Die aktuellen Rahmenbedingen des § 115f SGB V sind jedoch nicht geeignet, tragfähige Voraussetzungen für eine zunehmende ambulante Erbringung bisher vollstationär erbrachter Leistungen zu schaffen. Mit Blick auf dieses Ziel, welches auch im Koalitionsvertrag nochmals eine Bestätigung erfahren hat, greifen die aktuellen gesetzlichen Regelungen bei fehlendem ordnungspolitischen Rahmen zu kurz. Es wird lediglich eine einheitliche Vergütung für originär stationäre und ambulante Leistungen vorgegeben. Dies bewirkt, dass offensichtlich sehr unterschiedliche Leistungen einheitlich zu vergüten sind. Im Ergebnis führt das sowohl bezüglich der weiteren Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung als auch der auskömmlichen Finanzierung von Krankenhäusern zu vielen Problemen.

Eine deutliche qualitative und quantitative Ausweitung der Leistungen nach § 115f SGB V ist unter den gegebenen Voraussetzungen daher als äußerst kritisch einzuschätzen und kann erst nach einer Anpassung der gesetzlichen Regelungen erfolgen.

Die Krankenhäuser fordern daher eine **vollständige Reform des § 115f SGB V**. Im Zentrum der Neuausrichtung steht die Einführung eines separat kalkulierten sektorspezifischen Kurzlieger-DRG-Bereiches für Behandlungsfälle mit einer Verweildauer von 0 bis 2 Tagen (bis zu 3 Kalendertage). Somit können Anreize zur dynamischen Verkürzung der Verweildauer bis hin zur ambulanten Versorgung ohne Übernachtung gesetzt werden. Die Hybrid-Versorgung findet unter den gesicherten Bedingungen am Krankenhaus statt. Die dynamische Verweildauerverkürzung bedeutet sinkenden Aufwand für die Kliniken und sinkende Kosten für die Krankenkassen.

Mit der Verankerung der Hybrid-DRG in der Krankenhausfinanzierung (KHG, KHEntgG) kann das Ambulantisierungspotenzial von stationären Leistungen umfassend und ohne Gefährdung der Patientinnen und Patienten erprobt und gehoben werden. Der sektorenübergreifende Charakter der Hybrid-DRG bleibt erhalten, da es für diese Leistungen irrelevant ist, ob sie stationär oder ambulant erbracht werden. Zudem wird Recht- und Planungssicherheit geschaffen, indem die bisherige rechtliche Grauzone der Hybrid-DRG aufgelöst und die daraus resultierenden Akzeptanzprobleme vermieden werden.

Anders als das Hybrid-DRG-Modell basiert der Kurzlieger-Bereich auf einer differenzierten Kalkulation unter Berücksichtigung von Schweregraden, Sachkosten, Vor- und Nachbehandlung sowie strukturierter Qualitätssicherung.

Eckpunkte für eine verantwortbare Neuausrichtung der Hybrid-DRG im Sinne einer sektorenübergreifenden Versorgung:

- Die Hybrid-DRG werden in der Krankenhausfinanzierung verankert und in Form von Kurzzeit-Fallpauschalen für geeignete Behandlungsfälle mit einer Behandlungsdauer von bis zu 3 Kalendertagen (2 Verweildauertage) im DRG-Katalog ausgewiesen.
- Die Hybrid-DRG können wie bisher sowohl in einem stationären als auch in einem ambulanten Behandlungssetting erbracht werden, wobei die administrative Abrechnung in der etablierten Systematik des stationären Vergütungssystems erfolgt. Hierzu sind die Hybrid-DRG lediglich von der primären Fehlbelegungsprüfung auszunehmen.
- Wie bisher werden die stationären Leistungen mit Ambulantisierungspotenzial identifiziert und über Leistungs- und Patientenmerkmale in die Hybrid-DRG überführt. Zudem werden im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung die für eine primär ambulante Versorgung geeigneten Leistungen kontinuierlich in den AOP-Katalog überführt. Primär geeignete Leistungen für den AOP-Katalog bedürfen dabei grundsätzlich nicht der Ressource Krankenhaus. Die bisher unzureichende Vergütung der AOP-Leistungen muss verbessert werden, auch um diesen Prozess zu unterstützen.
- Durch die Ausgestaltung der Hybrid-DRG als Kurzzeit-Fallpauschalen entsteht ein verstärkter Anreiz zur Verweildauer- und Kostenreduktion. Diese „Kosteneinsparungen“ werden regelhaft im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung des DRG-Kataloges und mit dem üblichen Zeitversatz von zwei Jahren an die Versichertengemeinschaft weitergegeben, indem der „nationale Case-Mix“ im Rahmen der (Hybrid-)DRG-Kalkulation um diese Einsparungen abgesenkt wird.

- Zur Erbringung der Hybrid-DRG sind Krankenhäuser und sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen zugelassen. Vertragsärzte können die Hybrid-DRG in Kooperation mit einem Krankenhaus oder einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung erbringen. Dazu sind verbindliche Rahmenbedingungen gesetzlich vorzugeben (Qualifikation, Verfügbarkeit, organisatorische Einbindung, Haftungsfragen etc.).

Aus den dargestellten Gründen sind mindestens die folgenden **kurzfristigen Anpassungen im § 115f SGB V im Sinne einer Übergangslösung** dringend angezeigt:

- Aussetzung der Leistungserweiterung bis eine Evaluation vorliegt und die Datengrundlagen für eine sektorenübergreifende Definition von Hybrid-DRG und für eine sachgerechte Kalkulation der Vergütungen ermöglicht ist.
- Aussetzung der Fallzahlvorgaben
- Abschaffung der Absenkung des Vergütungsniveaus auf EBM-/ AOP-Niveau
- Auflösung der formulierten Fristen für Beauftragungen und Vereinbarungen zur Leistungsauswahl und Vergütung
- Ausgestaltung als eigenständiger Versorgungsbereich mit eigenständigen Qualitätsanforderungen
- Konfliktlösung durch das Sektorenübergreifende Bundesschiedsgremium gemäß § 89a Absatz 2 SGB V
- Grundlage für ergänzende Vergütungselemente schaffen

Eine ausführliche Darstellung des Anpassungsbedarfes ist der Anlage zu entnehmen.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (SÜV) nach § 115g SGB V sollen als Bindeglied der stationären, pflegerischen und ambulanten Versorgung eine innovative Schlüsselrolle einnehmen. Ihr Potenzial liegt in der Sicherstellung einer wohnortnahen medizinischen Grundversorgung und der akutmedizinischen Versorgung insbesondere in ländlichen Gebieten nach den jeweiligen Möglichkeiten der SÜV und der Planungsentscheidung der Länder sowie in der engen Verzahnung der verschiedenen Sektoren der medizinischen Versorgung im Rahmen regionaler Versorgungsnetzwerke.

Zudem könnten durch das Angebot der SÜV unnötige Einweisungen in Krankenhäuser höherer Versorgungsstufen verhindert, aber auch ein Beitrag zur Entlastung spezialisierter und größerer Versorger durch „Abverlegungen“ von noch stationär betreuungsbedürftigen Patientinnen und Patienten geleistet werden.

Um diese Ziele zu erreichen und die Potenziale der SÜV voll auszuschöpfen, sind gesetzliche Anpassungen u. a. zum Leistungsprofil, zum Zugang und zur Aufgabenzuweisung sowie zur Finanzierung erforderlich:

Leistungsprofil

- **Hybrid-DRG:** Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen müssen als Kompensation für eine rückläufige vertragsärztliche Versorgung in die Lage versetzt werden, umfassend ambulante Leistungen anbieten zu können. Dazu sind auch die Leistungen nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG) in den Leistungsumfang nach § 115g Absatz 1 SGB V aufzunehmen und idealerweise in das finanzielle Gesamtvolumen der SÜV einzubeziehen.
- **Ambulantes Operieren:** In § 115b SGB V (Ambulantes Operieren im Krankenhaus) müssen Zugangsregelungen verankert werden, die es allen Krankenhäusern ermöglichen, zukünftig auch außerhalb ihres stationären Versorgungsauftrages Leistungen des ambulanten Operierens zu erbringen.
- **Stationäre Leistungen:** Der auf Bundesebene gemäß § 115g Absatz 3 SGB V zu definierende Leistungskatalog darf nicht unnötig eingeschränkt werden, um den Bundesländern den nötigen Spielraum für die regional sehr unterschiedlichen Versorgungsbedarfe zu geben. Insbesondere darf die akutmedizinische Versorgung nach den Möglichkeiten der jeweiligen SÜV nicht ausgeschlossen sein. Da keine oder weniger medizinisch-komplexe Leistungen durch SÜV erbracht werden, können nicht die gleichen Anforderungen wie in den Qualitätskriterien nach § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V zu den Leistungsgruppen zum Tragen kommen. Zudem ist sicherzustellen, dass die in § 137i SGB V vorgesehenen Pflegepersonaluntergrenzen nicht für SÜV gelten. Die Qualität der Leistungen muss insgesamt durch andere und für diese Einrichtungen angemessene Maßnahmen gewährleistet werden. Zu hohe Anforderungen werden die Innovationskraft dieser neuen Versorgungsform behindern.
- **Medizinisch-pflegerische Versorgung:** Die mit dem § 115h SGB V im Referentenentwurf zum KHVVG zunächst vorgesehene, neue und unkompliziert zu nutzende „medizinisch-pflegerische Versorgung durch Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen“ hätte insbesondere ältere und multimorbide Patientinnen und Patienten adressiert. Bei dieser Patientengruppe besteht oft kein akut-stationärer, aber ein zeitlich begrenzter ärztlicher Behandlungsbedarf sowie die Notwendigkeit einer pflegerischen Versorgung (z. B. eine notwendige Beobachtung über Nacht) über die Möglichkeiten der Übergangspflege gemäß § 39e SGB V und der Kurzzeitpflege gemäß § 39c SGB V hinaus. Für eine solche wohnortnahe Behandlung dieser Patientengruppe, insbesondere im ländlichen Raum, besteht derzeit keine gesetzliche Grundlage. Folglich ist diese Form der Leistungserbringung gesetzlich zu ermöglichen.
- **Pflegerische Versorgung:** Für die konkrete Versorgung vor Ort wird es von besonderer Bedeutung sein, dass die SÜV auch pflegerisch tätig sein können. Um dies mit angemessenem bürokratischem Aufwand zu ermöglichen, sollten die Leistungen der SÜV gemäß § 115g Absatz 1 Nr. 4 SGB V (Übergangspflege nach § 39e SGB V) auf 30 Tage ausgeweitet werden.
- **Weitere Leistungen:** Ebenso muss den SÜV als (teilweise alleinigem) Gesundheitsversorger in einer Region ermöglicht werden, Präventionsmaßnahmen, Maßnahmen zum Aufbau von

Gesundheitskompetenz und ggf. die Übernahme einer Lotsenfunktion im Sinne einer Steuerung der Patientenversorgung in der Region anzubieten. Da derzeit an potenziellen SÜV zum Teil psychiatrische und psychosomatische Leistungen ggf. sogar mit Auftrag zur regionalen Pflichtversorgung erbracht werden, muss sichergestellt sein, dass neben somatischen Leistungen – je nach Entscheidung durch die Bundesländer – auch zukünftig Leistungen für psychisch erkrankte Menschen erbracht werden dürfen.

Zugang und Aufgabenzuweisung

- **Vertragsärztliche Ermächtigung:** Um der Intention einer SÜV gerecht zu werden, einen niedrigschwelligen Zugang zu ermöglichen (walk-in) und bürokratische Aufwände so gering wie möglich zu halten, ist in § 116a SGB V gesetzlich festzulegen, dass grundsätzlich **jede SÜV** eine institutionelle Ermächtigung zur hausärztlichen und – je nach Planungsentscheidung des Landes – fachärztlichen Versorgung erhält. SÜV wird so eine Teilnahme an der akutmedizinischen Versorgung mit den verfügbaren Möglichkeiten grundsätzlich ermöglicht. Die vertragsärztlichen Ermächtigungen sind nicht nur für die hausärztliche, sondern auch für die fachärztliche Versorgung unbefristet und ohne weitere Zulassungsbeschränkungen zu erteilen. Nur so kann ein dauerhaftes, verlässliches Versorgungsangebot geschaffen und die Planungssicherheit der Einrichtungen erhöht werden.
- **Aufgabenzuweisung:** Die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden haben das Ziel, die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung durch ein effizientes Netzwerk von Krankenhäusern sicherzustellen, die bezüglich ihres Versorgungsauftrages aufeinander abgestimmt sind. Dementsprechend ist den Ländern vollumfänglich und dauerhaft die Zuständigkeit für die stationäre und ambulante Aufgabenzuweisung einzuräumen. In Regionen, in denen die fachärztliche Versorgung nicht mehr durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sichergestellt werden, müssen Krankenhäuser diese Aufgaben übernehmen können.

Finanzierung

- **Kostendeckung:** Für eine erfolgreiche Etablierung von SÜV ist eine kostendeckende Finanzierung sämtlicher Betriebskosten sicherzustellen. Dazu ist es erforderlich, dass die Personal- und Sachkostensteigerungen vollumfänglich bei der Ermittlung des Gesamtvolumens berücksichtigt werden. Aktuell ist dies nur bei den Pflegepersonalkosten der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen oder, wenn Kostensteigerungen auf Leistungsveränderungen zurückzuführen sind, der Fall. Für alle anderen Kostensteigerungen ist eine Berücksichtigung dagegen nur bis zur Höhe des maßgeblichen Veränderungswertes möglich. Ab- und Zuerlegungen aus anderen Krankenhäusern und Einrichtungen müssen möglich sein und die medizinische Notwendigkeit nicht grundsätzlich in Frage gestellt werden. Gleichzeitig bedarf es einer Klarstellung, dass die Transportkosten für etwaige Verlegungen oder Fahrten nicht bereits in den vereinbarten Tagesentgelten abgegolten sind.

- **Degression:** Zur Entbürokratisierung und Entlastung der Verhandlungen auf der Ortsebene soll anstelle einer Degression der Tagesentgelte die Vereinbarung eines einheitlichen durchschnittlichen Tagesentgeltes ausreichend sein.
- **Gesamtvolumen:** Im Sinne einer vereinfachten Abrechnung erscheint es sinnvoll, neben den stationären Leistungen auch die für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen vorgesehenen pflegerischen Leistungen (Kurzzeitpflege, Übergangspflege) in das Gesamtvolumen und mithin in die Vergütung über Tagesentgelte einzubeziehen. Auch bei bestimmten aufwendigeren ambulanten Leistungen (Hybrid-DRG, AOP) könnte über eine Integration in das Gesamtvolumen nachgedacht werden.

Finanzierung des Bestandspersonals in der Psychiatrie und Psychosomatik

Das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) hat am 10.04.2025 abschließend festgestellt, dass die Berücksichtigung der Personalkosten des therapeutischen „Bestandspersonals“ unter § 3 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) nicht zulässig ist. Somit können die betroffenen Einrichtungen das für die Umsetzung der Personalmindestanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (PPP-RL des G-BA) erforderliche Personal mangels Refinanzierung nicht beschäftigen. Eine gesetzliche Klärung ist eilbedürftig, da zum 01.01.2026 empfindliche finanzielle Sanktionen des G-BA in Kraft treten, die ansonsten nur durch eine Reduktion des Behandlungsangebotes vermieden werden können.

Nach dem Verständnis der Krankenhäuser ist der Verhandlungstatbestand in § 3 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 BPfIV geschaffen worden, um den Krankenhäusern die finanzielle Umsetzung der PPP-RL zu ermöglichen, wobei für die Umsetzung der PPP-RL nicht nur zusätzliches Personal, sondern das gesamte therapeutische Personal maßgeblich ist. Dabei ist zur Höhe der vor Einführung der PPP-RL vereinbarten Personalkosten zu beachten, dass in den vorangegangenen Jahren auf Grund der gesetzlichen Vorschriften lediglich eine anteilige Refinanzierung der Personalkostenentwicklung erfolgt ist („Tarifschere“).

Nachdem der Rechtsweg mit dem Urteil des BVerwG ausgeschöpft ist, obliegt es nunmehr dem Gesetzgeber, die Inkonsistenz zwischen den beiden Regelkreisen aufzulösen. In der Erwartung, dass die PPP-RL nach dem Beschluss des G-BA vom 18.06.2025 mehr Flexibilität für Personalplanung und Personaleinsatz ermöglichen wird, beschränkt sich der folgende Vorschlag der DKG darauf, die Effekte der „Tarifschere“ aus der Vergangenheit für die betroffenen Krankenhäuser einmalig zu korrigieren. Somit wird anerkannt, dass der Gesetzgeber mit Einführung der vollständigen Tarfkostenrefinanzierung durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) vom 05.12.2024 die Finanzierung von zukünftigen Tarfkostenentwicklungen verbessert hat. Zudem wird mit einer einmaligen Korrektur der Vergangenheitswerte ein Konflikt mit der zukünftigen Finanzierung von Tarifentwicklungen vermieden und somit dem Verdacht einer „Doppelfinanzierung“ vorgebeugt.

Die Krankenhäuser schlagen vor, in § 3 Absatz 3 BPfIV die folgenden Sätze 13 und 14 anzufügen:
„¹³ Auf Verlangen des Krankenhauses sind für den Vereinbarungszeitraum 2026 die Personalkosten des therapeutischen Personals insgesamt in Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen zu vereinbaren. ¹⁴Eine Begrenzung nach Satz 5 gilt insoweit für den Vereinbarungszeitraum 2026 nicht.“

Finanzierung der sachlichen Ausstattung im Rahmen der Weiterentwicklung der Mindestvorgaben bezogen auf die Digitalisierung

Verglichen mit anderen europäischen Ländern fallen die Unterschiede bei den Personalausgaben für IT-Mitarbeitende einer Studie¹ im Auftrag der DKG zufolge besonders gravierend aus: Deutsche Krankenhäuser können nur 0,8 Prozent ihres Budgets in IT-Personal investieren. In Dänemark sind es 1,9 Prozent, in den Niederlanden 1,5 Prozent – also rund das Doppelte. Für nachhaltig digitalisierte Krankenhäuser muss die Digitalisierung Teil der Regelversorgung werden und damit dauerhaft finanzierbar sein.

Im Rahmen der Weiterentwicklung der Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung bezogen auf die sachliche Ausstattung nach § 135e Absatz 1 Satz 1 Nr. 2b SGB V sollen auch Vorgaben zur Vorhaltung erforderlicher informationstechnischer Systeme, digitaler Dienste und Prozesse berücksichtigt werden. Zur Finanzierung der zusätzlichen Vorgaben an die sachliche Ausstattung muss entsprechend ein Digitalisierungszuschlag von einer Milliarde Euro jährlich vorgesehen werden. Die Höhe des Digitalisierungszuschlages orientiert sich an den geschätzten jährlichen Aufwänden für den Betrieb der digitalen Dienste, die durch das Krankenhauszukunftsgesetz gefördert werden. Die Ausgestaltung des Zuschlages könnte der gleichen Logik folgen wie die Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben nach § 6b KHG in Verbindung mit § 5 Absatz 3j KHEntG und § 38 Absatz 1 KHG. Dabei dürften jedoch keinesfalls Einschränkungen auf Krankenhäuser bestimmter Versorgungsstufen vorgenommen werden. Neben der Fall- bzw. Bettenzahl sollte auch der digitale Reifegrad des Krankenhauses bei der Berechnung des Zuschlages berücksichtigt werden. Damit wird gewährleistet, dass nur Betriebskosten tatsächlich vorhandener Digitalisierung finanziert werden. Ohne eine Zuschlagsregelung zur Sicherstellung des Betriebes der mit Hilfe des Krankenhauszukunftsgesetzes aufgebauten informationstechnischen Systeme und digitalen Dienste ist deren nachhaltige und wertschöpfende Nutzung und Weiterentwicklung ernsthaft gefährdet.

Potentielle Aushebelung der Krankenhausplanung durch Strukturqualitätsrichtlinien und Mindestmengenregelungen des G-BA

Die Normsetzung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu den Strukturqualitätsrichtlinien nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V und zu den Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V kann in Konflikt mit den Qualitätskriterien nach § 135e Absatz 1 Nummer 2 SGB V für die Leistungsgruppen treten und damit die Krankenhausplanung der Länder wirkungslos machen. Die mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) angestrebte Nachrangigkeit (Subsidiarität) der Normsetzung des G-BA gegenüber den Qualitätskriterien nach § 135e SGB V ist nicht ausreichend klar geregelt. So können Strukturqualitätsrichtlinien oder Mindestmengenregelungen des G-BA, die sich auf ganze Leistungsgruppen beziehen und die Qualitätskriterien nach § 135e SGB V mit zusätzlichen Anforderungen ergänzen, dazu führen, dass Krankenhäuser – trotz Erfüllung der Qualitätskriterien nach § 135e SGB V und Zuteilung einer Leistungsgruppe durch das Land – die Anforderungen des G-BA nicht erfüllen. In Folge droht ein Wegfall der Vergütung für die gesamte Leistungsgruppe und faktisch eine Aushebelung der

¹ Online abrufbar unter: <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/it-ausgaben-deutscher-kliniken-im-internationalen-vergleich-besonders-niedrig/> [zuletzt abgerufen am 28.10.2025]

Zuteilungsentscheidung und des Versorgungsauftrages der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde. Um ein sinnvolles Zusammenspiel zu gewährleisten, müssen Strukturvoraussetzungen für die Leistungsgruppen einerseits und die Qualitätssicherung des G-BA andererseits klar voneinander abgegrenzt werden.

Krankenhaustransparenzverzeichnis/ Bundes-Klinik-Atlas

Die Krankenhäuser fordern die Abschaltung des Krankenhaustransparenzverzeichnisses zugunsten der Wiederaufnahme der Förderung des Deutschen Krankenhaus Verzeichnisses und die ersatzlose Streichung des § 135d SGB V und des § 21 Absatz 3d und Absatz 7 KHEntgG. Das Krankenhaustransparenzverzeichnis erzeugt erhebliche Parallelstrukturen zu den bestehenden Krankenhausportalen auf Basis des verpflichtenden gesetzlichen Qualitätsberichtes der Krankenhäuser nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr. 3. Noch dazu führt der Bundes-Klinik-Atlas zur Fehlinformation der Bevölkerung, indem er immer wieder fehlerbehaftete Informationen veröffentlicht, nicht das gesamte Spektrum der Leistungserbringung im Krankenhaus abbildet und die Leistungsbereiche Psychiatrie und Psychosomatik komplett ausspart. Die mit dem Transparenzverzeichnis zusätzlich geschaffenen Datenübermittlungspflichten gemäß § 21 Absatz 3d und Absatz 7 KHEntgG erzeugen übermäßigen, unverhältnismäßigen bürokratischen Aufwand für die Krankenhäuser.

Fachabteilungen/ Fachabteilungsschlüssel

Mit dem KHVVG wurden die Selbstverwaltungspartner durch § 301 Absatz 3 Nr. 6 SGB V mit der Vereinbarung u. a. einer bundeseinheitlichen Bezeichnung und Bestimmung von Fachabteilungen beauftragt. Die Begründung führt dazu wie folgt aus: *"Eine bundeseinheitliche Fallzuordnung, die Voraussetzung für eine daran anknüpfende Vergütungsregelung ist, setzt voraus, dass ein einheitlicher Fachabteilungsschlüssel eine bundesweit einheitliche Fachabteilung bezeichnet."*

In den bisherigen Verhandlungen wurde deutlich, dass es hier zu einer Diskrepanz zwischen dem in der Begründung dargestellten Zweck der Regelung und dem eigentlichen Gesetzestext kommt. Mit einer bundeseinheitlichen Bezeichnung von Fachabteilungsschlüsseln würde diese Diskrepanz aufgelöst und der in der Begründung des KHVVG enthaltene Formulierung Rechnung getragen werden.

Aufgabe der Vereinbarungspartner soll demnach sein, nicht etwa eine inhaltliche Definition von Fachabteilungen vorzunehmen, sondern das bestehende Schlüsselverzeichnis zu konsolidieren und bundeseinheitlich die zu verwendenden Fachabteilungsschlüssel sowie eine entsprechende Textbezeichnung gemäß Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 Absatz 3 SGB V festzulegen.

Eine Anpassung ist insofern dringend geboten, da neben die Krankenhausplanung der Länder über die Leistungsgruppen kein zweites Regime der Krankenhausplanung über Fachabteilungen mit zusätzlichen Struktur- und Personalvorgaben gestellt werden darf. Erste Forderungen nach zusätzlichen Struktur- und Personalvorgaben bis auf Ebene personeller, räumlicher oder apparativer Vorgaben wurden bereits laut. Dies war nicht das Ziel des Gesetzgebers; die Formulierung von § 301 Absatz 3 Nr. 6 muss daher präzisiert werden. Ein konkreter gesetzlicher Änderungsvorschlag ist der Anlage zu entnehmen.

Ambulante Operationsleistungen außerhalb des zugelassenen Krankenhausstandortes ermöglichen

Krankenhäuser sind derzeit aufgrund der gesetzlichen Regelungen in § 115b SGB V bei der Leistungserbringung gemäß § 115b SGB V (Ambulantes Operieren im Krankenhaus) örtlich auf ihren zugelassenen Krankenhausstandort festgelegt. Auch im Vertrag gemäß § 115b Absatz 1 SGB V (AOP-Vertrag) finden sich keine Regelungen, die es Krankenhäusern ermöglichen, ambulante Operationsleistungen außerhalb ihres zugelassenen Krankenhausstandortes zu erbringen. Die Aufnahme derartiger Regelungen in den AOP-Vertrag wurde bislang mit dem Argument abgelehnt, dass § 115b SGB V hierfür keine gesetzliche Grundlage bietet. Bei einer möglichen Schließung von Krankenhausstandorten im Zuge der Krankenhausreform werden jedoch vor allem im ländlichen Bereich Versorgungslücken zu verzeichnen sein.

Solche Versorgungslücken könnten verhindert werden, wenn andere Krankenhäuser im Versorgungsgebiet diese Standorte beispielsweise für die Erbringung ambulanter Operationsleistungen nutzen könnten. Krankenhäuser müssen daher durch eine entsprechende gesetzliche Verankerung in § 115b SGB V die Möglichkeit erhalten, auch außerhalb ihres zugelassenen Krankenhausstandortes Leistungen nach § 115b SGB V durchzuführen (ähnlich einer Zweigpraxis im Vertragsarztbereich). Für eine diesbezügliche Öffnung der Leistungserbringungsmöglichkeiten der Krankenhäuser bietet sich eine kilometermäßige Abgrenzung um den Krankenhausstandort an (beispielsweise 30 Kilometer).

Ambulante Operationsleistungen außerhalb des stationären Versorgungsauftrages eines Krankenhauses ermöglichen

Im AOP-Vertrag findet sich in § 1 Absatz 1 die Regelung, dass Krankenhäuser zur ambulanten Durchführung von Leistungen gemäß § 115b SGB V in den Leistungsbereichen zugelassen sind, in denen sie auch stationäre Krankenhausbehandlungen erbringen. Dadurch wird die Möglichkeit zur Erbringung ambulanter Leistungen gemäß § 115b SGB V mit dem stationären Versorgungsauftrag des Krankenhauses verknüpft und es wird Krankenhäusern untersagt, Leistungen des ambulanten Operierens außerhalb ihres stationären Versorgungsauftrages zu erbringen. Durch Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes wurde die Verknüpfung des ambulanten Operierens mit dem stationären Versorgungsauftrag eines Krankenhauses ebenfalls bestätigt.

Den Krankenhäusern und damit auch den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen wird aber künftig nicht mehr das bislang vorhandene stationäre Leistungsspektrum zur Verfügung stehen. Durch den Bezug zum stationären Versorgungsauftrag können diese Einrichtungen dann auch ihr bisheriges Spektrum an § 115b-Leistungen nicht mehr erbringen. Es müssen daher für den Bereich des ambulanten Operierens Zugangsregelungen in § 115b SGB V verankert werden, die eine Streichung des Bezuges zum stationären Versorgungsauftrag des Krankenhauses aus dem AOP-Vertrag ermöglichen. Dadurch würden die Krankenhäuser und damit auch die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen in die Lage versetzt werden, eine bedarfsgerechte Patientenversorgung sicherzustellen, um drohende Versorgungslücken zu vermeiden.

Einbeziehung der Krankenhäuser in die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung („Blankverordnung“)

Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen können gemäß § 124 Absatz 5 SGB V unter bestimmten Voraussetzungen an der Versorgung von GKV-Versicherten mit Heilmitteln teilnehmen. Dabei gelten die nach § 125 Absatz 1 SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer abgeschlossenen Heilmittelverträge für die Krankenhäuser und die anderen Einrichtungen entsprechend. Der GKV-Spitzenverband und die Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer können aber zusätzlich dazu gemäß § 125a SGB V Verträge über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung schließen. Die Besonderheit dieser Versorgungsform besteht darin, dass die Heilmittelerbringer dabei selbst über die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen können. Im Zuge der Reform des Heilmittelbereiches durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vom 06.05.2019 (BGBl. I, Seite 646) wurde jedoch in § 124 Absatz 5 SGB V kein Verweis auf eine entsprechende Geltung der nach § 125a SGB V geschlossenen Verträge über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung für Krankenhäuser und andere Einrichtungen aufgenommen. Krankenhäuser und andere Einrichtungen wurden daher beispielsweise in den Verträgen nach § 125a SGB V für die Heilmittelbereiche der Ergotherapie und der Physiotherapie explizit von der Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung ausgeschlossen.

Dies führt aber dazu, dass Krankenhäuser Patientinnen und Patienten mit einer Verordnung zur Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung („Blankverordnung“) abweisen müssen. Da die Versorgung mit Heilmitteln gerade im ländlichen Raum große Lücken aufweist, wird das Versorgungsangebot durch den Wegfall der Behandlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser und anderer Einrichtungen noch weiter eingeschränkt. Es muss daher in § 124 Absatz 5 SGB V die entsprechende Geltung der nach § 125a SGB V abgeschlossenen Verträge für Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen ergänzt werden. Die Problematik ist zudem bereits bekannt. Es wurde gegenüber betroffenen Einrichtungen mitgeteilt, dass sich das BMG für eine gesetzliche Klarstellung im Rahmen eines der aktuell anstehenden Gesetzgebungsvorhaben einsetzen werde, damit zukünftig auch Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen die Versorgungsform der Blankverordnung erbringen können.

Notfallpatienten ohne Versicherungsstatus

In der Vergangenheit hat die DKG wiederholt auf die enormen, stetig steigenden Erlösausfälle hingewiesen, die den Krankenhäusern durch die Notfallbehandlung von bedürftigen, obdachlosen Nicht-Versicherten oder Patientinnen und Patienten mit ungeklärtem Versichertenstatus, hier kurz Nicht-Versicherte, entstehen. Da Nicht-Versicherten der Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung wegen fehlender Krankenversicherung verwehrt ist, ist das Krankenhaus oft der einzige Ort, an dem die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen möglich ist. Dies erfolgt in der Regel im Rahmen der Notfallbehandlung. Von der stetig steigenden Inanspruchnahme sind zunächst Krankenhäuser in größeren Städten betroffen und hier insbesondere Krankenhäuser in Bahnhofsnähe. Aber auch Krankenhäuser in ländlichen Gebieten verzeichnen einen erheblichen Zuwachs an Notfallbehandlungen Nicht-Versicherter.

Nach § 6a AsylbLG und § 25 SGB XII werden die Aufwendungen des hilfeleistenden Krankenhauses im „gebotenen Umfang“ durch den Träger der Sozialhilfe erstattet, wenn es einem anderen Leistungen erbracht hat, die bei rechtzeitigem Einsetzen der Sozialhilfe nicht zu erbringen gewesen wären. Die Sozialhilfe setzt nach § 18 Absatz 1 SGB XII ein, sobald dem Träger der Sozialhilfe bekannt wird, dass die Voraussetzungen für die Leistungen vorliegen. Die praktische Durchsetzbarkeit entsprechender „Nothelferansprüche“ der Krankenhäuser wird durch die bestehende Beweislastregelung und die Zäsur-Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes erschwert. Gesetzliche Änderungen sind dringend erforderlich. Ein konkreter gesetzlicher Änderungsvorschlag ist der Anlage zu entnehmen.

Streichung des dreimonatigen Vorhaltezeitraumes bei erstmaliger oder erneuter Leistungserbringung

§ 275a Absatz 7 Satz 2 SGB V beinhaltet hinsichtlich der erstmaligen oder erneuten Erbringung und Abrechnung von Leistungen, bei denen in OPS enthaltene Strukturmerkmale einzuhalten sind, spezielle Regelungen. Dabei sorgt die Regelung des § 275a Absatz 7 Satz 2 Nr. 1 SGB V, wonach ein Krankenhaus die Strukturvoraussetzungen für die Leistung, die es erstmalig oder erneut erbringen möchte, über einen Zeitraum von drei Monaten vor der von ihm abzugebenden Anzeige der Erfüllung dieser Strukturvoraussetzungen vorzuhalten hat, zu Diskussionen zwischen Krankenhäusern, Krankenkassen und Medizinischen Diensten, bis hin zu sozialgerichtlichen Verfahren.

Kernpunkt der Diskussion ist, dass die Abrechenbarkeit von Leistungen, die in diesem dreimonatigen Vorhaltezeitraum erbracht worden sind, seitens der Kostenträger oftmals verneint und lediglich eine Abrechenbarkeit der ab dem Zeitpunkt der Anzeige erbrachten Leistungen anerkannt wird. Diese Auffassung verkennt, dass eine Vorhaltung der zur Abrechnung der neu aufzunehmenden Leistung erforderlichen Strukturmerkmale aus Sicht der Krankenhäuser nur dann möglich und wirtschaftlich vertretbar ist, wenn diese Strukturen auch eingesetzt werden. Nur, wenn ein Krankenhaus die Leistung, für deren Erbringung Strukturmerkmale vorzuhalten sind, schon im dreimonatigen Vorhaltezeitraum erbracht hat und diese erbrachte Leistung auch gegenüber den Kostenträgern abgerechnet werden darf, handelt es wirtschaftlich im Sinne des § 1 Absatz 1 KHG. Diese Frage gewinnt zudem vor dem Hintergrund der aktuellen wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser immer stärkere Bedeutung, denn kein Krankenhaus kann es sich leisten, über einen Zeitraum von drei Monaten in der Regel kostenintensive Leistungen zu erbringen, ohne diese abrechnen zu dürfen.

Diese Problematik beruht auf der unklaren Formulierung des § 275a Absatz 7 Satz 2 Nr. 1 SGB V sowie dem dort enthaltenen Element des dreimonatigen Vorhaltezeitraumes. Der Wortlaut des § 275a Absatz 7 Satz 2 Nr. 1 SGB V besagt lediglich, dass erbrachte Leistungen nach der Anzeige des Krankenhauses abgerechnet werden dürfen, beantwortet aber ebenso wenig wie die dazugehörige Gesetzesbegründung die Frage, ob auch die im dreimonatigen Vorhaltezeitraum vor der Anzeige erbrachten Leistungen des Krankenhauses von der Abrechnungsbefugnis mit umfasst werden. Krankenhäuser laufen somit Gefahr, dass sie für die erstmalige oder erneute Erbringung bestimmter Leistungen Strukturmerkmale für einen Zeitraum von drei Monaten vorhalten müssen, ohne dafür einen entsprechenden Kostenersatz zu erhalten.

Diese Regelung ist nicht nur aus wirtschaftlicher Sicht für Krankenhäuser nicht akzeptabel, sie ist auch gesetzessystematisch fraglich. In § 275a Absatz 7 Satz 1 SGB V finden sich für den Fall der Erbringung erstmalig vergütungsrelevanter Leistungen vergleichbare Sonderregelungen, allerdings ohne das

Erfordernis des dreimonatigen Vorhaltezeitraumes. Es ist vielmehr ausreichend, dass das Krankenhaus die jeweiligen Strukturmerkmale ab dem Zeitpunkt der auch in Fällen der erstmalig vergütungsrelevanten Leistungen erforderlichen Anzeige als erfüllt und nachweisbar ansieht. Ein sachlicher Grund, warum in den Fällen der erstmaligen oder erneuten Leistungserbringung die Strukturmerkmale schon über einen Zeitraum von drei Monaten vor der Anzeige vorzuhalten sind, ist nicht erkennbar.

Daher ist der dreimonatige Vorhaltezeitraum ersatzlos zu streichen und § 275a Absatz 7 Satz 2 Nr. 1 SGB V vergleichbar zur Regelung des § 275a Absatz 7 Satz 1 Nr. 1 SGB V dahingehend zu ändern, dass auch im Falle der erstmaligen oder erneuten Leistungserbringung die für die Erbringung der Leistung erforderlichen Strukturmerkmale vom Krankenhaus ab dem Zeitpunkt der Anzeige als erfüllt und nachweisbar angesehen werden. Ein konkreter gesetzlicher Änderungsantrag ist der Anlage zu entnehmen.

- Anlage -



Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

**Wegelystraße 3
10623 Berlin**

**Tel. (030) 3 98 01-0
Fax (030) 3 98 01-3000
E-Mail dkgmail@dkgev.de**

Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformenpassungsgesetz – KHAG) – Anlage

Inhaltsübersicht:

- Stellungnahme und Änderungsvorschläge zum KHAG: **S. 1 - 30**
- Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf: **S. 31 - 68**
- Leistungsgruppenspezifische Änderungsvorschläge: **S. 69 - 81**

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch			
1	§ 109	Anpassung der Ausnahme für den Abschluss eines Versorgungsvertrags trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien	
2	§ 110	Verweiskorrekturen	
3	§ 135d	– Streichung Übergangsregelung in § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V zur Veröffentlichung von Leistungsgruppen im Bundes-Klinik-Atlas – Folgeanpassung aufgrund der Streichung der LG Notfallmedizin – Definition Fachkrankenhäuser	Die Anpassung des § 135d ist in weiten Teilen inhaltlich und sachlogisch korrekt. Die DKG fordert jedoch, den Bundes-Klinik-Atlas abzuschaffen und die zusätzlichen Datenübermittlungspflichten zu streichen (siehe unter weiterem gesetzlichen Handlungsbedarf). Die Änderungen im Hinblick auf die Definition des Levels F und dessen Zuweisung zu Krankenhäusern im Rahmen der Krankenhausplanung geben den Ländern mehr Handlungsfreiheit und erlauben, bestehende und für die Versorgung relevante

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Fachkliniken zu erhalten. Auch ist es sachgerecht, Krankenhäuser dem Level F zuordnen zu können, wenn sie sich auf ein bestimmtes Leistungsspektrum (z. B. Spezielle Schmerztherapie) spezialisiert haben. Dies wird ausdrücklich begrüßt, nähere Ausführungen zur Thematik finden sich weiter unten in der Stellungnahme (siehe unter weiterem gesetzlichen Handlungsbedarf). In Abs. 4 letzter Satz wird dem Bundesministerium für Gesundheit die Befugnis eingeräumt, bei der Zuordnung eines Krankenhauses zu einer Versorgungsstufe durch das InEK für dieses Krankenhaus eine Leistungsgruppe auf Vorschlag des InEK nicht zu berücksichtigen, weil es im bundesweiten Vergleich wenig Behandlungsfälle aufweist. Diese Regelung wird abgelehnt, da hierdurch die Möglichkeit einer unmittelbaren Beeinflussung durch das BMG geschaffen wird. Zudem sei angemerkt, dass die DKG sowohl den Bundes-Klinik-Atlas als auch die Versorgungsstufen, wie an anderer Stelle ausführlich erläutert, ablehnt.
4	§ 135e	– Streichung Frist Erlass und Inkrafttreten LG-RVO – finanzielle und organisatorische Unterstützung der Patientenvertretung im Leistungsgruppen-Ausschuss – Vereinheitlichung Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern – Sonderregelung für Tages- und Nachtkliniken (Erfüllung zeitlicher Vorgaben nur zu jew. Betriebszeiten)	Die zu § 135e SGB V erfolgten Änderungen sind überwiegend zu begrüßen. Entfallen ist die Ermächtigung des BMG im Rahmen der Rechtsverordnung nach Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und 4, Regelungen mit Zustimmung des Bundesrates zur Zulässigkeit der Erfüllung der Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden zu treffen sowie festzulegen, für welche Leistungsgruppen die Zuweisung in bestimmten Fällen ausgeschlossen ist. Entsprechende Regelungsinhalte werden an anderer Stelle aufgegriffen. Sie ermöglichen Krankenhäusern, ein Qualitätskriterium auch in Kooperationen und Verbünden erfüllen zu können, sofern eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt und die Erfüllung in Kooperation im jeweiligen Qualitätskriterium vorgesehen ist, dies zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist oder sich der Kooperationspartner in einem Gebäude des jeweiligen

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		– Vollzeitäquivalent: Anpassung anrechenbare Stundenanzahl von 40 auf 38,5 – Anpassung Berücksichtigung Belegärzte (voller vertragsärztlicher Versorgungsauftrag) – Streichung eines Verweises (entfallen)	Krankenhausstandortes befindet. Grundsätzlich wird diese Regelung begrüßt, u. a. weil sie den Handlungsspielraum der Länder erweitert und sie eine auf Dauer angelegte Zusammenarbeit von unterschiedlichen Anbietern am gleichen Standort erlaubt. Wir verstehen die Regelung dahingehend, dass die Vorhaltung für die Leistungserbringung am Standort bedeutet, dass personelle und apparative Mindestvoraussetzungen am Standort für die jeweilige Versorgung grundsätzlich zur Verfügung stehen. Dies kann durch beschäftigtes Personal und eigene sachliche Ausstattung oder durch eine im geforderten Umfang am Standort verfügbare, zumeist auf Dauer angelegte Dienstleistung erfolgen, die die Patientensicherheit gleichermaßen gewährleistet. Dies wäre im Gesetzestext oder zumindest in der Begründung klarzustellen, ergänzt um den Hinweis, dass bei diagnostischen Leistungen der Standortbegriff als erfüllt gilt, wenn die physische Anwesenheit des Patienten am Standort verbleibt. Im Hinblick auf die in diesem Zusammenhang ebenfalls genannten Entfernungskilometer von 2.000 Metern Luftlinie wird auf die generelle Kritik der DKG zu § 2a KHG hingewiesen, wonach eine Anpassung dieser Grenze auf 5.000 Meter gefordert wird. Hervorzuheben ist die Klarstellung in Bezug auf die Fachkrankenhäuser, die es nunmehr ermöglicht, zu allen am Standort vorzuhaltenden verwandten Leistungsgruppen und zur sachlichen Ausstattung Kooperationen eingehen zu können. Dies gilt gleichermaßen für die neuen Regelungen zu den Tages- beziehungsweise Nachtkliniken. Hier werden die Anforderungen an die Erfüllung der Qualitätskriterien durch die Beschränkung auf die jeweiligen Betriebszeiten zudem praxisnäher geregelt.

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Erweiterte Ausnahmemöglichkeiten von der Erfüllung der Qualitätskriterien für die Länder bedürfen einer differenzierten Betrachtung. So wurden in § 135e diesbezüglich gleich mehrere Regelungen angepasst. Dies gilt gleichermaßen für dementsprechende Anforderungen in § 6a Abs. 4 KHG, so dass insgesamt ein sehr komplexes Regelwerk entstanden ist. Sind beispielsweise in einem Krankenhaus aufgrund von Spezialisierung bestimmte Leistungen/ Qualitätsanforderungen für die Versorgung eigener Patientinnen und Patienten überflüssig, ist nun sowohl nach § 135e SGB V als auch nach § 6a Krankenhausfinanzierungsgesetz die vorrangige Lösung in einer Kooperation zu suchen. Dies erfolgt unabhängig davon, ob das konkrete Qualitätskriterium vom Krankenhaus tatsächlich für die Versorgung seiner Patienten benötigt wird oder nicht. Rechte zur Abrechnung von Reisekosten für ehrenamtlich Tätige der Berufsorganisationen der Pflegeberufe und Teilnahmerechte von Vertretern der Patientenorganisationen im Leistungsgruppenausschuss (LGA) können sachlogisch nachvollzogen werden. Aufgaben der Geschäftsstelle des LGA werden zudem präzisiert. Trotz der positiven Anpassungen im KHAG sind weitere Probleme festzustellen, die ergänzende Änderungen erfordern. Diese werden unter dem weiteren gesetzlichen Handlungsbedarf weiter unten ausgeführt.
5	§ 135f	– Folgeänderung zur Änderung von § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V (Streichung Übergangsregelung) – Anpassung Geltung MVHZ auch für LG, die nach § 6a KHG als zugewiesen gelten	Mit der Änderung wird klargestellt, dass Mindestvorhaltezahlen nicht nur für die nach Anlage 1 SGB V zugewiesenen Leistungsgruppen gelten, sondern auch für die Leistungsgruppen, die gemäß § 6a Abs. 1 Satz 8 Nummer 2 KHG als zugewiesen gelten.

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		– Folgeanpassung Fristen	Mindestvorhaltezahlen, die sich ausschließlich an Fallzahlen orientieren, stellen faktisch eine neue Form von Mindestmengen dar, ohne dass hierfür – wie sonst üblich – ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zugrunde gelegt wird. Die Regelung zu MVHZ ist vollständig zu streichen.
6	§ 136a	Verweisanpassung hebammengeleitete Kreißsäle	Es ist unklar, inwiefern die Verweisänderung von § 136 Abs. 1 SGB V zu § 92 Abs. 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V zu Hebammenkreißsälen dazu beitragen kann, die in der Gesetzesbegründung dargestellten Ziele zu erreichen. In der Begründung zur Anpassung wird klargestellt, dass die Intention der Regelung ist, durch die G-BA-Richtlinie im Zusammenwirken mit der Förderung gemäß § 39 Absatz 2 Satz 3 KHG gut etablierte Strukturen durch finanzielle Positivanreize zu fördern. Diese Klarstellung wird begrüßt. Es wäre folgerichtig, eine Festlegung von Mindestanforderungen und dem damit potentiell einhergehenden Vergütungswegfall in der Richtlinie ausdrücklich nicht vorzusehen, denn dies würde die Intention der Förderung unterlaufen und eine Inkonsistenz mit der in § 39 Absatz 2 Satz 3 KHG ergänzten Regelung zu von Beleghebammen geleiteten Kreißsälen erzeugen. Jedoch ergibt sich weder juristisch aus der vorgenommenen Verweisanpassung noch aus der Begründung eindeutig, ob eine Festlegung von Mindestanforderungen in der G-BA-Richtlinie nicht erfolgen <i>muss</i>, oder nicht erfolgen <i>darf</i>. Eine weitere Klarstellung wäre wünschenswert und für die Bearbeitung des gesetzlichen Auftrags im G-BA hilfreich. Die im Zusammenhang mit § 136a Abs. 7 SGB V in § 39 Absatz 2 Satz 3 KHG aufgenommene Ergänzung, dass auch Krankenhäuser dann von der Förderung

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			nach § 39 Absatz 2 Satz 3 KHG profitieren können, wenn der Kreißaal von einem Krankenhaus betrieben und von Beleghebamme geleitet wird, sofern eine dem Niveau der nach § 136a Abs. 7 SGB V festgelegten Qualitätssicherungsmaßnahmen entsprechende Qualität der Versorgung sichergestellt wird, begrüßen wir. Sie ist sachgerecht, da Dienstbeleghebammensysteme weit verbreitet sind und das Beschäftigungsverhältnis der leitenden Hebamme im Krankenhaus in keinem Zusammenhang mit der Qualität der geburtshilflichen Versorgung steht, der einen Ausschluss von der Förderung gerechtfertigt hätte. Eine Inkonsistenz zwischen den beiden Regelungen in § 136a Abs. 7 SGB V zu Kreißsälen, die von einer im Krankenhaus angestellten Hebamme geleitet werden, und in § 39 Abs. 2 Satz 3 KHG zu Kreißsälen, die von einer Beleghebamme geleitet werden, könnte entstehen, da durch eine ergänzende Bezugnahme im Hebammenhilfevertrag oder durch einzelvertragliche Vereinbarungen der Krankenhäuser mit den Beleghebammen eine Einhaltung der in der G-BA-Richtlinie festgelegten Qualitätsanforderungen vereinbart werden kann. Eine gleichwertige Regelung einer Sanktionierung durch einen Vergütungswegfall bei Nichterfüllung erscheint jedoch kaum umsetzbar. Um die Gleichbehandlung der Krankenhäuser sicherzustellen, ist daher auch in der G-BA-Richtlinie nach § 136a Abs. 7 SGB V keine Sanktionierung festzulegen. Damit ergibt sich auch aus der insgesamt positiv zu bewertenden Ergänzung in § 39 Abs. 2 Satz 3 KHG die Notwendigkeit für die o. g. weiterführende Klarstellung zu § 136a Abs. 7 SGB V. Es sollte eindeutig klargestellt werden, dass eine Festlegung von Mindestanforderungen nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nummer 2, deren Nichterfüllung gemäß der in § 137 Abs. 1 Satz 3 Nummer 2 eröffneten Möglichkeit mit dem Wegfall des Vergütungsanspruchs für

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			eine Leistung einhergeht, in der Richtlinie nach § 136a Abs. 7 nicht zielführend wäre und nicht erfolgen darf.
7	§ 136c	Spezialisierung Onkochirurgie: Abweichung von gesetzlich vorgegebener Prozentzahl für bestimmte Indikationsbereiche durch G-BA-Beschluss	Die vorgesehene Neuregelung des § 136c Abs. 1 SGB V ist zu streichen. Vgl. Stellungnahme zu § 40 KHG (Art. 2 Nr. 11 KHAG)
8	§ 137i	Umwandlung der Risikoadjustierung der Pflegepersonaluntergrenzen als Soll-Vorschrift	Die vorgesehene Umwandlung der bisherigen Vorschrift zur Risikoadjustierung der Pflegepersonaluntergrenzen anhand des sog. Pflegelastkatalogs durch das InEK in eine SOLL-Vorschrift hat keinerlei Relevanz und ist eine rein kosmetische Korrektur aufgrund der aktuellen Rechtsprechung. Aus Sicht der Krankenhäuser ist vielmehr unverständlich, warum der Gesetzgeber weiterhin an den Pflegepersonaluntergrenzen festhält. Die Pflegepersonaluntergrenzen sind in ihrer jetzigen Form nicht mehr zeitgemäß. Aufgrund der politischen Maßnahmen zur Stärkung der Pflege haben die Krankenhäuser ihren Personalbestand deutlich ausgebaut. Heute stehen pro PatientIn rund 30 % mehr Pflegekräfte für die Versorgung zur Verfügung als noch im Jahr 2019. Angesichts einer aktuellen Erfüllungsquote von 95 % verursachen die Pflegepersonaluntergrenzen vor allem zusätzlichen bürokratischen Aufwand – ohne noch erkennbaren Mehrwert für die Versorgungsqualität zu liefern. Zudem erfolgt durch die Einführung der PPR 2.0 zum 01.10.2024 eine Doppelerhebung für zwei unterschiedliche Personalvorgaben. Des Weiteren existiert mit dem Pflegepersonalquotienten nach § 137j SGB V noch ein drittes Instrument. Die DKG fordert daher die Aussetzung der Pflegepersonaluntergrenzen. Zumindest müssen aber Krankenhäuser mit einem guten PPR 2.0-Erfüllungsgrad (mind. 80 %) von der

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Pflicht zur Dokumentation und Meldung der Pflegepersonaluntergrenzen ausgenommen werden.
9	§ 221	Streichung LKK-Anteil an der Finanzierung des Transformationsfonds	
10	§ 271	Anpassung von Mindestreserve und Obergrenze der Liquiditätsreserve im Gesundheitsfonds	
11	§ 275a	– Streichung eines Satzes zur Prüfung der PpUGV – Anpassung Fristen für LG-Prüfaufträge an MD und Abschluss – Strukturprüfung: Korrektur der Bezeichnung des Verfahrens	Die Krankenhäuser begrüßen ausdrücklich die durchgängige Streichung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) als Qualitätskriterium für die Leistungsgruppen in der Anlage 1. Zum einen entfällt damit eine aufwendige Doppelprüfung durch den Medizinischen Dienst, da die Informationen der Krankenhäuser zu den PpUG den zuständigen Landesbehörden ohnehin vorliegen. Zum anderen sind die PpUG kein geeignetes Qualitätskriterium zur Festlegung der Leistungsgruppen. So besteht durchgehend keine Kohärenz zwischen dem Zuschnitt der Leistungsgruppen und den pflegesensitiven PpUG-Bereichen, was eine justiziable Überprüfung der Einhaltung de facto unmöglich macht. Zudem haben die PpUG ein eigenes gesetzlich festgelegtes Sanktionsregime. Die Nichteinhaltung der PpUG führt demnach regelmäßig zu Vergütungsabschlägen, aber zu keinem Leistungsausschluss. Letztlich ist darauf hinzuweisen, dass die Leistungsgruppen richtigerweise ausschließlich unter medizinischen Gesichtspunkten festgelegt wurden.
12	§ 278	Streichung Fehlverweis für Berichte MD an MD Bund	

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
13	§ 283	Regelungen zur einheitlichen digitalen Umsetzung von Richtlinien durch MD Bund	
14	§ 427	Anpassung des Datums zur Vorlage des ersten Evaluierungsberichts	
15	Anlage 1	Austausch Anlage 1 mit folgenden Anpassungen: – Folgeanpassungen zur Vereinheitlichung Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern – Streichung Verweis auf Einbeziehung Erfüllung PpUGV – Redaktionelle Anpassung Verweise und Daten G-BA Richtlinien – LG 1 Anpassung Mindestanforderungen Endoskopie – LG 2 Anpassung Qualitätskriterien Versorgung Kinder und Jugendliche – Streichung der LG 3 – LG 6 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 7 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 10 Anpassung bei Erbringung verwandter LG	Die Änderungen der Anlage 1 des KHAG sind insbesondere auf folgende Aspekte zurückzuführen: • Anpassung der Qualitätskriterien an die Empfehlungen des Leistungsgruppenausschusses vom 04.08.2025 sowie ergänzende Vorschläge • Streichung der Regelungen zur Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen • Streichung der Regelungen zu den Fachkrankenhäusern i. V. m. den verwandten Leistungsgruppen Die Änderungen werden ausdrücklich begrüßt. Sie dienen u. a. dem Bürokratieabbau, der Bereinigung von Widersprüchen und redundanten Regelungen, der Klärung missverständlicher Regelungen und fachlichen Anpassungen. Trotz dieser positiven Entwicklung besteht dennoch weiterer Änderungsbedarf in der Anlage 1, da weder im Leistungsgruppenausschuss noch im Gesetzentwurf alle bekannten Probleme aufgegriffen wurden. Allen voran bedarf die LG 27 Traumatologie mindestens einer umfassenden Überarbeitung, bevor sie eingesetzt werden kann. Sie ist in der gültigen Form nicht praxistauglich. Zudem gelten für diesen Bereich bereits zahlreiche andere Regelungen, die die

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		– LG 11 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 12 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 14 Anpassung bei der personellen Ausstattung – Streichung der LG 16 – LG 19 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 20 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 24 Anpassung bei der personellen Ausstattung – LG 27 Anpassungen der sachlichen Ausstattung sowie eines Verweises in den sonstigen Struktur- und Prozessvoraussetzungen – LG 29 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 31 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 32 Anpassung bei Erbringung verwandter LG sowie bei der personellen Ausstattung	zeitnahe Verwendung der Leistungsgruppe in Frage stellen. Doppelte Regelungen für ähnliche oder gleiche Sachverhalte sind, im Sinne der Entbürokratisierung und der Rechtsklarheit, stets zu vermeiden. Vor dem Hintergrund der Einführung von Leistungsgruppen im Rahmen der Krankenhausreform sind die Auswirkungen auf die ärztliche Weiterbildung und damit auf die Fachkräftesicherung insgesamt zu berücksichtigen. So muss die Leistungsgruppensystematik auch mit der ärztlichen Weiterbildungsordnung kompatibel sein und die bisherigen Weiterbildungskapazitäten sind zu erhalten. Zudem ist bereits absehbar, dass durch die Strukturreform mehr Kooperationen und Rotationen zur Erfüllung der Pflichteinsätze notwendig werden. Daher sind auch für sozial- und arbeitsrechtliche Fragestellungen zwingend pragmatische, bürokratiearme Rahmenbedingungen notwendig. Die weiteren Änderungsvorschläge zu der Anlage 1 werden im untenstehenden Abschnitt „Weiterer gesetzlicher Änderungsbedarf“ (ab S. 31) sowie den leistungsgruppenspezifischen Anmerkungen (ab S. 67) ausgeführt.

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		– LG 33 Anpassung bei Erbringung verwandter LG sowie bei der personellen Ausstattung – LG 34 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 36 Anpassung der sachlichen Ausstattung – LG 37 Anpassung der sachlichen Ausstattung – LG 38 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 39 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 40 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – Streichung der LG 47 – LG 52 Anpassung der sachlichen Ausstattung – LG 53 Anpassung der Erbringung verwandter LG sowie sachlicher und personeller Ausstattung – LG 54 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 56 Anpassung bei Erbringung verwandter LG und der personellen Ausstattung	

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		– LG 58 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 59 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – Streichung LG 65	
Art. 2: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes			
1	§ 2a	Redaktionelle Anpassung (Verschiebung Satz 2 in Folgeabsatz)	Die redaktionelle Korrektur dient der Klarstellung des Bezuges von § 2a Abs. 4 Satz 2 KHG und wird daher begrüßt. Die gesetzliche Festlegung in § 2a Abs. 1 Satz 2 KHG, dass Gebäude eines Krankenhauses sich vollständig innerhalb einer Flächengrenze von 2.000 Metern voneinander befinden müssen, um einem Krankenhausstandort zugeordnet zu werden, bleibt jedoch inadäquat und als grundlegende Definition von Krankenhausstandorten ungeeignet. Die Standortdefinition kommt in einer Vielzahl von Anwendungsbereichen zum Tragen, so dass der Grenzwert von 2.000 Metern einer hochqualitativen Versorgung eher entgegensteht als sie zu sichern, indem er beispielsweise die räumlich übergreifende Nutzung von Expertise, auch durch Telemedizin, blockiert. Die Krankenhäuser fordern, die Empfehlung der Regierungskommission (Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, S. 14, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf) umzusetzen, den Grenzwert in § 2a Abs. 1 S. 2 KHG auf 5.000 Meter festzulegen.

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Änderungsvorschlag § 2a Abs. 1 Satz 2 KHG wird wie folgt geändert: „Ein Krankenhausstandort kann abweichend von Satz 1 aus mehreren Gebäuden oder Gebäudekomplexen eines Krankenhausträgers bestehen, wenn der Abstand zwischen den am weitesten voneinander entfernt liegenden Gebäudepunkten nicht mehr als ~~2.000~~ 5.000 Meter Luftlinie beträgt (Flächenstandort).“
2	§ 6a	– Ergänzung, dass auch nach § 108 Nummer 4 SGB V zugelassene Krankenhäuser die Qualitätskriterien erfüllen müssen – Übergangsregelung für Länder, die bis zum 31.12.2024 Leistungsgruppen zugewiesen haben – Anpassung der Ausnahme für die Zuweisung von Leistungsgruppen trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien – Anpassung der Fristen zur Meldung der zugewiesenen Leistungsgruppen an InEK	Es wird klargestellt, dass auch Bundeswehrkrankenhäuser die Qualitätskriterien erfüllen müssen. Eine Übergangsregel insbesondere für die Krankenhäuser in NRW wird eingeführt. Bezüglich der Anpassung der Ausnahmen für die Zuweisung von Leistungsgruppen trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien und die Eröffnung erweiterter Kooperationsmöglichkeiten ist Folgendes zu bedenken: Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde muss im Einzelfall Ausnahmen von der Anwendung der Mindestvoraussetzungen in einzelnen Leistungsgruppen oder von mit der Krankenhausplanung verbundenen gesetzlichen Regelungen treffen dürfen und einen Versorgungsauftrag auch erteilen können, wenn ansonsten die Sicherstellung der Versorgung gefährdet ist. Dieses Ziel wird teilweise durch die Anpassungen erreicht und ist durchaus zu begrüßen. Abzulehnen ist jedoch das nunmehr vorgesehene Einvernehmen zwischen den zuständigen Landesbehörden mit den Landesverbänden der Krankenkassen für die Zuweisung einer Leistungsgruppe, wenn Qualitätskriterien einer Leistungsgruppe durch einen Krankenhausstandort nicht erfüllt werden. Mit dieser Regelung kann es zur regelrechten Blockade des Erhalts bestehender oder der Planung neuer Standorte zur Sicherstellung der Versorgung kommen. Dies kann nicht nur zu

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			kostspieligen Fehlentwicklungen führen, sondern auch Krankenhausmitarbeitende einem gefährlichen Kräfteressen vor Ort ausliefern. Mit dem KHAG werden Anpassungen vorgenommen, die den Ländern bei der Krankenhausplanung ein Abweichen von den Qualitätskriterien in bestimmten Konstellationen erlauben. Vorrangig sind in diesem Zusammenhang die § 6a KHG und § 135e SGB V zu nennen. In § 6a KHG ist insbesondere der Wegfall der Definition für die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung u. a. über Erreichbarkeitsvorgaben und Fahrzeitminutenregelungen positiv hervorzuheben. Gleichzeitig dürfen bei unerfülltem Qualitätskriterium und erforderlicher Sicherstellung der Versorgung die für die Leistungsgruppe jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien nicht in Kooperationen und Verbünden nach § 135e Abs. 4 Satz 1 Nr. 7, Satz 2 bis 4 SGB V erfüllt werden können. Ob, wie und durch wen dies festgestellt werden soll, bleibt nunmehr offen. Überdies wurde die Verknüpfung der Sicherstellung der Versorgung i. V. m. der Zuweisung einer Leistungsgruppe bei unerfülltem Qualitätskriterium mit der Regelung nach § 135e Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 sachlogisch aufgehoben. Auch wurden neue Tatbestände für ein Abweichen von den Qualitätskriterien aufgegriffen, die der Strukturanpassung in den Ländern dienen sollen, wie beispielsweise bei geplanter Einstellung des Betriebes eines jeweiligen Standortes oder bei einem geplanten Zusammenschluss von unterschiedlichen Krankenhausstandorten. Diese Regelung wird begrüßt. Für Krankenhäuser, die auf der Liste nach § 9 Abs. 1a Nummer 6 KHEntgG stehen, bleibt es bei der Möglichkeit, unbefristet von den Qualitätskriterien abzuweichen. Ansonsten ist die ausnahmsweise Zuweisung einer Leistungsgruppe bei notwendiger Sicherstellung der Versorgung im Einvernehmen zwischen den für die

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden und den Landesverbänden der Krankenkassen vorzunehmen und auf 3 Jahre zu befristen. Die vorgenommenen Änderungen sind zwar z. T. durchaus hilfreich. Gleichwohl halten wir eine Erweiterung der Befugnisse der Landesbehörden bei der Zuweisung von Leistungsgruppen ohne Erfüllung von Qualitätskriterien aus Sicherheitsaspekten heraus (Sicherstellungszuweisung) für erforderlich. Beispielsweise müssen die Landesbehörden die Möglichkeit haben, Sicherstellungszuweisungen auch unbefristet zu erteilen. Änderungsvorschlag § 6a Abs. 4 wird wie folgt gefasst: <i>„Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann im ~~Einvernehmen~~ Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort Leistungsgruppen nach Absatz 1 Satz 1 zuweisen, obwohl abweichend von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Voraussetzungen das Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt, wenn ~~diese Qualitätskriterien durch das Krankenhaus an dem Krankenhausstandort auch nicht in Kooperationen oder Verbänden nach Absatz 3 Satz 4 oder § 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 7, Satz 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt werden können und~~</i> <i>1. dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist oder</i>

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			2. der Betrieb des jeweiligen Krankenhausstandortes vollständig oder teilweise eingestellt wird und die Zuweisung der Leistungsgruppen für die Umsetzung der Betriebseinstellung zwingend erforderlich ist oder 3. der jeweilige Krankenhausstandort mit einem oder mehreren anderen Krankenhausstandorten vollständig oder teilweise infolge eines Zusammenschlusses im Sinne des § 37 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen zusammengelegt wird und die Zuweisung der Leistungsgruppen für die Vollziehung des Zusammenschlusses zwingend erforderlich ist. Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ~~ist kann~~ in den in Satz 1 genannten Fällen ~~auf höchstens drei Jahre zu befristen~~ unbefristet oder befristet erfolgen. Wenn ein Krankenhausstandort in dem in Satz 1 Nummer 1 genannten Fall zum Zeitpunkt der Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppe in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist, kann die Leistungsgruppe ~~abweichend von Satz 2~~ ebenfalls unbefristet zugewiesen werden. ~~Mit der~~ Im Fall einer befristeten Zuweisung ist das Krankenhaus in den in Satz 1 Nummer 1 und 3 genannten Fällen zu verpflichten, an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien innerhalb einer angemessenen Frist zu erfüllen. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann sich vor Erteilung einer Auflage nach Satz 4 hierzu durch den Medizinischen Dienst beraten lassen. Bei der Entscheidung über die Erklärung des in Satz 1 genannten ~~Einvernehmens~~ Benehmens handeln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich.“

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
3	§ 6b	Anpassung der Frist zur Meldung der zugewiesenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben an InEK	Es ist nicht nachvollziehbar, warum die Zuweisung und Meldung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zwingend verschoben werden müssen. Bei Verschiebung der Vorhaltevergütung muss lediglich eine alternative Bezugsgröße für die Verteilung der Mittel genutzt werden (siehe auch Nr. 7).
4	§ 12a	Überführung nicht verwendeter Fördermittel zur Deckung der Verwaltung des Transformationsfonds sowie der für die Durchführung der Förderung erforderlichen Aufwendungen des Bundesamts für Soziale Sicherung	Es ist zu begrüßen, dass die Finanzierung der Verwaltung nicht zulasten der Fördermittel des Transformationsfonds erfolgt, sondern aus nicht verwendeten Mitteln des Strukturfonds aufgebracht wird.
5	§ 12b	– Umstellung der Finanzierung des KHTF (Bundesmittel statt GKV-Mittel) – Streichung der Antragsfrist – Streichung der Verpflichtung, die Prüfung des Insolvenzrisikos nachzuweisen. – Schaffung eines Sonderzuwendungsrechts ggü. der BHO – Streichung der Vorschriften im Zusammenhang mit der Beteiligung der PKV an der Finanzierung – Regelung der Rückführung nicht verwendeter Mittel an den Bund	Der Verweis in der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung und in § 12b KHG auf das Einholen des Einvernehmens mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach § 13 KHG muss gestrichen werden, da die Pflicht zur Zustimmung der Krankenkassen und Ersatzkassen vor Antragstellung angesichts der vollständigen Bundesfinanzierung sachlich nicht gerechtfertigt ist. Die Anpassung der Finanzierungsanteile für den Transformationsfonds wird positiv bewertet. Es werden die in BR-Drs. 281/25 zugesagte 70/30-Aufteilung für die ersten vier Jahre und damit eine Erhöhung des Bundesanteils auf 3,5 Mrd. € pro Jahr umgesetzt. Die Erweiterung der Einbeziehung von Hochschulkliniken in weiteren Fördertatbeständen des Transformationsfonds ist zu begrüßen Gesetzliche Anpassungsbedarfe

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Die Pflicht zur Herstellung des Einvernehmens mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach § 13 KHG für Förderentscheidungen im Rahmen des Transformationsfonds (§ 12b KHG) ist zu streichen. Des Weiteren besteht die Notwendigkeit, Fördermöglichkeiten für Umstrukturierungen im Zuge der Umstellung auf sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (SÜV) auch für die ambulante Versorgung sowie für Umstrukturierungsmaßnahmen im Rahmen des gesetzlich verankerten Ausbaus von Hybrid-Leistungen einschließlich der erforderlichen Investitionen in die bereits bestehenden Fördertatbestände des § 12b KHG sowie explizit in einen eigenen Fördertatbestand aufzunehmen. Hinsichtlich einer weiteren Erweiterung der Fördertatbestände wird auf die Stellungnahme und das Positionspapier der Länder Bayern, Baden-Württemberg, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein zum Änderungsbedarf am Transformationsfonds im Rahmen des KHAG hingewiesen. Die Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft darf zudem nicht ausschließlich den Neubau fördern. Ebenso entscheidend ist der Erhalt funktionierender und versorgungsrelevanter Strukturen. Daraus ergeben sich die folgenden gesetzlichen Anpassungsbedarfe: § 12b Abs. 1 Satz 4 ist um die folgende Nummer 9 zu ergänzen: <i>„9. Vorhaben zur Umstrukturierung von Krankenhausstandorten im Rahmen der Einführung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen (SÜV) und des Ausbaus von Hybrid-Leistungen.“</i> § 12b Abs. 1 Satz 6 ist zu streichen.

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
6	§ 13	Entscheidung zu den förderungsfähigen Vorhaben	Angesichts der wegfallenden Mittelherkunft aus GKV-Beiträgen ist das weiterhin im Gesetzentwurf enthaltene <i>anzustrebende Einvernehmen</i> mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nicht sachgerecht und damit zu streichen. Gesetzlicher Anpassungsbedarf: In § 13 wird Satz 5 ersatzlos gestrichen: ~~„Bei Entscheidungen nach Satz 1, die die Förderung aus dem Transformationsfonds nach § 12b betreffen, ist ein Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen anzustreben.“~~
7	§ 17b	Anpassung Fristen für Evaluation Vorhaltevergütung durch Verschiebung der Vorhaltevergütung um ein Jahr	Als Folgeänderung nachvollziehbar.
8	§ 37	Ermittlung Vorhaltevergütung: – Anpassungen Fristen für Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Prospektive Absenkung der Vorhaltevergütung auf Landesebene um Hybrid-DRG – Übergangsregelung zur Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen	Diese Form einer Vorhaltefinanzierung ist sofort auszusetzen. Nunmehr soll die Vorhaltevergütung bereits im Vorgriff um den Vorhalteanteil der Hybrid-DRG abgesenkt werden. Die Berechnung der Landesvorhaltevolumina basiert auf den Daten des Vor-Vorjahres, sodass die Vorhaltevergütung auf der Landesebene kontinuierlich sinken wird. Die „freiwillige Information über die Vorhaltevolumina in den Jahren 2026 und 2027“ ist an die Voraussetzung geknüpft, dass ein Land die erforderlichen Informationen an das InEK übermittelt hat. Somit ist in den meisten Ländern erst kurz vor der Zuweisung der Leistungsgruppen Transparenz über die Verteilung der

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		Anpassungen Fristen für freiwillige Information über Vorhaltevolumina in den Jahren 2026 und 2027	Vorhaltevolumina zu erwarten und es können vor der Scharfschaltung kaum Erfahrungen mit der Berechnungsmethodik gesammelt werden.
9	§ 38	Zuschläge Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken: Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	Es ist nicht nachvollziehbar, warum die Bereitstellung der Fördermittel zwingend verschoben werden muss. Bei Verschiebung der Vorhaltevergütung muss lediglich eine alternative Bezugsgröße für die Verteilung der Mittel genutzt werden.
10	§ 39	Förderbeträge Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie, Intensivmedizin: Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung Ergänzung, dass Krankenhäuser auch dann von der Förderung für Hebammenkreißsäle profitieren können, wenn dieser von einer Beleghebamme geleitet wird.	Es ist nicht nachvollziehbar, warum die Bereitstellung der Fördermittel für die Stroke Unit, die Spezielle Traumatologie und die Intensivmedizin zwingend verschoben werden muss. Bei Verschiebung der Vorhaltevergütung muss lediglich eine alternative Bezugsgröße für die Verteilung der Mittel genutzt werden. Positiv ist, dass die Förderbeträge für die Pädiatrie und Geburtshilfe gemäß § 5 Abs. 2b und Abs. 3k bis zum Jahr 2027 verlängert wurden. Die Ergänzung bezüglich der Förderung für Hebammenkreißsäle wird begrüßt. Es ergibt sich jedoch möglicherweise eine Inkonsistenz zwischen der Richtlinie nach § 136a Abs. 7 und möglichen entsprechenden Regelungen für Beleghebammen. Näheres dazu unter Artikel 1 Nr. 6.
11	§ 40	Spezialisierung Onkochirurgie: Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	Dem Ziel der Qualitätssicherung durch Ausschluss von Gelegenheitsversorgung wird grundsätzlich zugestimmt. Die Anpassungen der Fristen und die neu geschaffene Möglichkeit des G-BA, auch niedrigere als die gesetzlich vorgesehenen Fallzahlgrenzen festzulegen, sofern dies zur Aufrechterhaltung einer patienten- und bedarfsgerechten flächendeckenden stationären Versorgung der Bevölkerung

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		Berücksichtigung von durch den G-BA festgelegten niedrigeren Prozentzahlen und Aktualisierung der entsprechenden Listen	mit onkochirurgischen Leistungen zwingend erforderlich ist, ändern nichts am Grundproblem: Die Regelung steht in Konflikt mit der Zuteilung der Leistungsgruppen. Die gesetzlich festgelegte Grenze von 15 % bleibt bestehen und wurde willkürlich ohne vorherige Auswirkungsanalyse und ohne Evidenz für die Wirksamkeit dieser Maßnahme festgelegt. Dass der G-BA als Grundlage für ggf. niedrigere Festlegungen eine Folgenabschätzung durchführen soll, mildert diese grundsätzliche Problematik nur geringfügig ab. Das Abrechnungsverbot wird auf Daten eines einzigen Jahres (neu: 2027 anstatt 2025) gestützt. Fallzahlen schwanken aber von Jahr zu Jahr, weshalb die Aufnahme auf die Verbotsliste z. T. zufallsbedingt erfolgt. Die Krankenhäuser fordern daher eine ersatzlose Streichung des § 40 KHG sowie § 8 Abs. 4 Satz 6 KHEntG und entsprechende Folgeanpassungen in bzw. ersatzlose Streichung des § 135d SGB V. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Neuregelung des § 136c Abs. 1 SGB V wird abgelehnt.
Art. 3: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes			
1	Inhalt- übersicht/ § 10	Ergänzung der Inhaltsübersicht um § 10 Vereinbarung auf Landesebene, Verordnungsermächtigung	
2	§ 1	Ausnahmeregelung in Absatz 4 für Krankenhäuser in einem Land, in dem bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen wurden	

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
3	§ 3	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung - – Vorhaltebudget greift erst ab 2028 (statt 2027)	Die DKG unterstützt nach wie vor das Ziel, die Vorhaltung der Krankenhäuser finanziell abzusichern. Die mit dem KHVVG geregelte Vorhaltevergütung unterstützt jedoch weder die Ziele der Krankenhausreform noch werden damit die aktuellen Probleme gelöst. Nach Überzeugung der DKG ist die Vorhaltefinanzierung in dieser Form sofort auszusetzen.
4	§ 4	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung bei • Vereinbarung Erlösbudget • Fixkostendegressionsabschlag	Zum Erlösbudget siehe Nr. 3 Der Fixkostendegressionsabschlag (FDA) behindert schon jetzt massiv die erwünschten und bereits anlaufenden Konzentrationsprozesse und steht den Zielen der Krankenhausreform entgegen. Die Abschaffung des Fixkostendegressionsabschlages darf daher nicht um ein weiteres Jahr verschoben, sondern muss bereits für 2026 umgesetzt werden. Es ist zumindest sicherzustellen, dass Mehrleistungen infolge versorgungspolitisch gebotener Konzentrationsprozesse oder Kooperationen vollständig abschlagsbefreit bleiben. Das ist mit den aktuell vorgegebenen Ausnahmetatbeständen nicht gewährleistet. Darüber hinaus halten wir es für geboten, sofern der FDA nicht ab dem Jahr 2026 vollständig abgeschafft wird, zumindest die Leistungen für Kinder und Jugendliche dauerhaft von der Anwendung des FDA auszunehmen, um die Förderung dieser Leistungen gemäß § 5 Abs. 3k KHEntgG nicht zu konterkarieren.
5	§ 5	– Verlängerung der Zuschläge Pädiatrie und Geburtshilfe um ein Jahr als Folgeänderung aus Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	Die weitere Verlängerung der „alten“ Zuschläge um ein Jahr ist bei einer Verschiebung der „neuen“ Ausgestaltung der Zuschläge nach KHVVG zwingend erforderlich und zu begrüßen.

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		– Redaktionelle Korrektur bzgl. der Erhebung des Zuschlags für die Pädiatrie	
6	§ 6b	Ermittlung Vorhaltebudget: – Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Klarstellung - Vorhaltebudget nur für auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütete Krankenhausfälle – Übergangsregelung für Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen	Siehe Nr. 3
7	§ 7	Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für Abrechnung der Entgelte	Siehe Nr. 3
8	§ 8	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für die Berechnung der Entgelte – Übergangsregelung für Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht	Siehe Nr. 3 Besondere Einrichtungen haben die Leistungsgruppenvoraussetzungen zu erfüllen, obwohl sie keine Vorhaltevergütung erhalten. Die gesamte Leistungsgruppensystematik ist darauf zugeschnitten, die DRG-Vergütung zu verringern und an die Stelle der wegfallenden DRG-Vergütungsanteile eine sog. Vorhaltevergütung zu setzen. Besondere Einrichtungen werden jedoch in der Regel

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		zugewiesenen Leistungsgruppen bei Abrechnungsverboten – Ausnahmeregelung für Besondere Einrichtungen	nicht nach DRG vergütet. Ihre Einbeziehung in die Leistungsgruppensystematik ist daher nicht sachgerecht. Gesetzlicher Änderungsbedarf § 8 Abs. 4 Satz 4 ist wie folgt zu ändern: <i>„Ab dem 1. Januar 2028 dürfen, soweit Leistungen betroffen sind, die nach Fallpauschalen vergütet werden, Entgelte nicht für Leistungen aus einer Leistungsgruppe berechnet werden, die einem Krankenhaus nicht nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurde;“</i>
9	§ 9	– Erhöhung der Notfallzuschläge ab 2028 als Folgeänderung zur verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung – Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	Es ist nicht nachvollziehbar, warum die Erhöhung der Notfallzuschläge zwingend verschoben werden muss. Bei Verschiebung der Vorhaltevergütung müssen lediglich – wie vorgesehen – die aktuellen Beträge erhöht werden.
10	§ 10	Orientierungswert: Anpassung Berichtszeitraum, Klarstellung Kreis zur Übermittlung verpflichteter Krankenhäuser, Ermöglichung der Subdelegation der Verordnungsermächtigung zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts durch BMG auf Statistisches Bundesamt	Die Umstellung auf das vorangegangene Kalenderjahr als Datengrundlage ersetzt die bisherige Berechnung aus dem ersten Halbjahr des laufenden Jahres und dem zweiten Halbjahr des Vorjahres. Dadurch entsteht jedoch eine inhaltliche Inkonsistenz, da die Veränderungsrate (VÄR) weiterhin auf Halbjahresbasis (1. Halbjahr laufendes Jahr und 2. Halbjahr Vorjahr) ermittelt wird. Orientierungswert (OW) und VÄR beruhen somit künftig auf unterschiedlichen Bezugszeiträumen, was die sachgerechte Ermittlung des Veränderungswertes (VÄW) infrage stellt. Ein erkennbarer Mehrwert dieser Neuregelung ist nicht gegeben. Im Gegenteil finden im Orientierungswert noch ältere Daten

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Anwendung. Somit ergibt sich aus Sicht der Finanzierungssystematik eine Verschlechterung, die abgelehnt wird. Vor diesem Hintergrund ist die Regelung zur Berücksichtigung der Veränderungsrate von umso größerer Bedeutung (Meistbegünstigungsregelung).
11	§ 11	Übermittlung der Budgetvereinbarung und der Vereinbarung über den Rechnungsabschluss an den Verband der Privaten Krankenversicherung	Nach § 11 Abs. 4 Satz 6 KHEntgG wird die Vereinbarung über den Abschlag ausschließlich zwischen den anderen Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 Nr. 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes geschlossen – das heißt zwischen den Krankenkassen. Der Krankenhausträger ist an diesem Vereinbarungsprozess nicht beteiligt und hat daher auch keinen unmittelbaren Zugang zu dieser Vereinbarung. Es ist systemwidrig, den Krankenhausträger zur Übermittlung einer Vereinbarung zu verpflichten, bei deren Abschluss er nicht beteiligt ist. Die Übermittlungspflicht sollte bei denjenigen liegen, die als Vertragsparteien unmittelbar über beide genannten Vereinbarungen verfügen. Unabhängig davon sehen wir dringenden Anpassungsbedarf bei den aktuell geltenden Regelungen zur Verhandlungsbeschleunigung (siehe unter weiterem gesetzlichen Handlungsbedarf).
12	§ 14		
13	§ 21	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für die Datenübermittlung – Folgeänderung zur Änderung von § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V (Streichung Übergangsregelung)	

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		– Regelung zur umfassenden Nutzung von Daten für die zum Zwecke der Ermittlung des Abschlags erforderlichen Schätzung der Anzahl der Pflegevollkräfte oder ärztlichen Vollkräfte	
Art. 4 Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung			
1	§ 2	Red. Folgeänderung zu Änderung in § 12b KHG	
2	§ 3	Red. Folgeänderung zu Änderung in § 12b KHG und Klarstellung	Positiv bewerten die Krankenhäuser, dass die Fördermittel des Transformationsfonds nicht mehr um die Aufwendungen des BAS gekürzt werden, sondern diese Verwaltungskosten künftig aus den nicht verwendeten Mitteln des Strukturfonds finanziert werden.
3	§ 4	Streichung der Regelung zur Antragsfrist aufgrund Änderung in § 12b KHG, weitere Folgeänderungen zu Änderungen in § 12b KHG sowie Maßgaben des BR	Der Verweis in der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung auf das Einholen des Einvernehmens mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach § 13 KHG muss gestrichen werden. Die Pflicht zur Zustimmung der Krankenkassen und Ersatzkassen vor Antragstellung ist angesichts der vollständigen Bundesfinanzierung nicht mehr zu rechtfertigen. Gesetzliche Änderung: § 4 Abs. 1: ~~„Länder treffen gemäß § 13 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes die Entscheidung, für welche Vorhaben ein Antrag nach Satz 1 oder Satz 2 gestellt~~

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			~~werden soll, im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen.“~~ Sowie Streichung des Nachweises in § 4 Abs. 2 Nr. 10: ~~„10. den Nachweis darüber, dass mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen das Einvernehmen über die Förderung des Vorhabens und die Beantragung von Fördermitteln aus dem Transformationsfonds herbeigeführt worden ist,“~~ Eine Förderfähigkeit für ambulante Versorgungsstrukturen und deren Investitionsanteile muss durch eine gesetzliche Regelung hergestellt werden. Die Kosten für ambulante Versorgungsstrukturen müssen im Rahmen des intendierten Ziels des KHVVG und des Ausbaus von sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen gemäß § 6c Abs. 1 KHG sowie der angestrebten Ambulantisierung im Rahmen des § 115f SGB V förderungsfähig sein. Dies ist durch den aktuell geltenden Ausschluss ambulanter Versorgungsstrukturen nicht gegeben und bedarf daher einer Klarstellung in der KHTFV sowie in § 12b KHG.
4	§ 5	Streichung Regelung für Beteiligung PKV	Die Streichung der Beteiligungsmöglichkeit der PKV an der Finanzierung des Transformationsfonds ist folgerichtig.
5	§ 6	Streichung Regelungen für Beteiligung PKV	Siehe Nr. 4
6	§ 7	– Änderung der Rückforderungsvorschrift von „kann“-Regelung zu „soll“-Regelung – Streichung Regelung für Beteiligung PKV	Die verbindliche Rückforderungspflicht ist aus Sicht der Haushaltsdisziplin nachvollziehbar, da Bundesmittel aus einem Sondervermögen einer besonders strengen haushaltsrechtlichen Kontrolle unterliegen.

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		– Streichung von Abs. 8, der nach Maßgabe BR anderweitige Verwendung von nicht verausgabten Fördermitteln ermöglichte.	
7	§ 8	Ermöglichung der Aktualisierung der Förderrichtlinie	Angesichts der direkten Bezüge zu Entwicklungen, wie der Umstellung auf ein Leistungsgruppensystem, dem Erlass von Rechtsverordnungen (z. B. zu Mindestvorhaltezahlen) sowie weiteren noch im Gesetzgebungsprozess befindlichen Regelungsbereichen, ist dieser Zusatz nachvollziehbar. Dabei ist der bisherige Regelungstatbestand zu berücksichtigen: Vor dem Erlass einer Förderrichtlinie sind die Länder zu den vorgesehenen Regelungen anzuhören und es ist das Einvernehmen der Mehrheit der Länder erforderlich.
Art. 5 Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen			
1	§ 186a	Anpassung der Ausnahme von der Fusionskontrolle für Krankenhauszusammenschlüsse, die zur Verbesserung der Versorgung erforderlich sind (zuvor in § 187 Abs. 10 geregelt)	
2	§ 187	Redaktionelle Anpassung in § 187 Abs. 9 sowie redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung eines neuen § 186a	
Art. 6 Änderung der Bundespflegesatzverordnung			
1	§ 9	Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	Siehe Art. 3 Nr. 8 (§ 10 KHEntgG)

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
2	§ 11	Übermittlung der Budgetvereinbarung und der Vereinbarung über den Rechnungsabschluss an den Verband der Privaten Krankenversicherung	Nach Abs. 4 S. 5 wird die Vereinbarung über den Abschlag ausschließlich zwischen den anderen Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 Nr. 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes geschlossen – das heißt zwischen den Krankenkassen. Der Krankenhausträger ist an diesem Vereinbarungsprozess nicht beteiligt und hat daher auch keinen unmittelbaren Zugang zu dieser Vereinbarung. Es ist systemwidrig, den Krankenhausträger zur Übermittlung einer Vereinbarung zu verpflichten, bei deren Abschluss er nicht beteiligt ist. Die Übermittlungspflicht sollte bei denjenigen liegen, die als Vertragsparteien unmittelbar über beide genannten Vereinbarungen verfügen. Unabhängig davon sehen wir dringenden Anpassungsbedarf bei den aktuell geltenden Regelungen zur Verhandlungsbeschleunigung (siehe unter weiterem gesetzlichen Handlungsbedarf).
3	§ 14	Die zuständige Landesbehörde informiert den Verband der Privaten Krankenversicherung über ihre Entscheidung über die Genehmigung	
Art. 7 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch			
	§ 53d	Der Medizinische Dienst Bund kann in den in den Absätzen 2 und 3 genannten Richtlinien auch Regelungen zu einheitlichen und digitalen Prozessen zur Umsetzung der Richtlinien treffen.	

Nr.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
Art. 8 Inkrafttreten			
Erfüllungsaufwand			

Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf		
Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
§ 11 Abs. 4 KHEntgG/ BPfIV und § 13 Abs. 3 KHEntgG/ BPfIV	Maßnahmen zur Verhandlungsbeschleunigung der Budgetverhandlungen	Die DKG hat in einem gesonderten Schreiben an das BMG vom 05.08.2025 ausführlich auf den dringenden Anpassungsbedarf an den Maßnahmen zur Verhandlungsbeschleunigung hingewiesen. Dies betrifft insbesondere die starre Fristensetzung für die Übermittlung von Unterlagen in § 11 Abs. 4 Satz 1 KHEntgG/ BPfIV sowie den ab dem Vereinbarungszeitraum 2026 vorgegebenen Schiedsstellenautomatismus in § 13 Abs. 3 KHEntgG/ BPfIV. Erforderliche Anpassungen: 1a. § 11 Absatz 4 KHEntgG wird wie folgt neu gefasst: (4) Der Krankenhausträger übermittelt zur Vorbereitung der Verhandlung den anderen Vertragsparteien, den in § 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten und der zuständigen Landesbehörde die Abschnitte E1 bis E3 und B1 nach Anlage 1 dieses Gesetzes, die Unterlagen nach § 6a Absatz 3 Satz 1 und 2 und soweit erforderlich den Nachweis nach § 9 Absatz 1 Nummer 7. Die Daten sind auf maschinenlesbaren Datenträgern vorzulegen. Soweit dies zur Beurteilung der Leistungen des Krankenhauses im Rahmen seines Versorgungsauftrages im Einzelfall erforderlich ist, hat das Krankenhaus auf gemeinsames Verlangen der anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Bei dem Verlangen nach Satz 3 muss der zu erwartende Nutzen den verursachten Aufwand deutlich übersteigen. <u>hilfsweise:</u> 1b. § 11 Absatz 4 KHEntgG wird wie folgt neu gefasst:

		(4) Der Krankenhausträger übermittelt zur Vorbereitung der Verhandlung bis zum 30. September des Jahres, für das die Vereinbarung gelten soll, den anderen Vertragsparteien, den in § 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten und der zuständigen Landesbehörde die Abschnitte E1 bis E3 und B1 nach Anlage 1 dieses Gesetzes, die Unterlagen nach § 6a Absatz 3 Satz 1 und 2 und den Nachweis nach § 9 Absatz 1 Nummer 7. Die Daten sind auf maschinenlesbaren Datenträgern vorzulegen. Soweit dies zur Beurteilung der Leistungen des Krankenhauses im Rahmen seines Versorgungsauftrages im Einzelfall erforderlich ist, können die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes innerhalb von sechs Wochen nach Vorlage der Daten gemeinsam einmalig die Vorlage von zusätzlichen Unterlagen und die Erteilung von Auskünften verlangen. Das Krankenhaus hat innerhalb von sechs Wochen nach Eingang des Verlangens nach Satz 3 die zusätzlichen Unterlagen vorzulegen und die Auskünfte zu erteilen. Bei dem Verlangen nach Satz 3 muss der zu erwartende Nutzen den verursachten Aufwand deutlich übersteigen. 2. § 13 Absatz 3 KHEntgG wird aufgehoben. 3a. § 11 Absatz 4 BPflV wird wie folgt neu gefasst: (4) Der Krankenhausträger übermittelt zur Vorbereitung der Verhandlung den anderen Vertragsparteien, den in § 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten und der zuständigen Landesbehörde die Unterlagen nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 in ihrer jeweils aktuellen Fassung und soweit erforderlich den Nachweis, dass die zusätzlichen Mittel für Tarifierhöhungen von Pflegepersonal zweckentsprechend für die Finanzierung des Pflegepersonals verwendet wurden. Die Daten sind auf maschinenlesbaren Datenträgern vorzulegen. Soweit dies zur Beurteilung der Leistungen des Krankenhauses im Rahmen seines Versorgungsauftrages im

		Einzelfall erforderlich ist, hat das Krankenhaus auf gemeinsames Verlangen der anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Bei dem Verlangen nach Satz 3 muss der zu erwartende Nutzen den verursachten Aufwand deutlich übersteigen. <u>hilfsweise:</u> 3b. § 11 Absatz 4 BPflV wird wie folgt neu gefasst (4) Der Krankenhausträger übermittelt zur Vorbereitung der Verhandlung bis zum 30. September des Jahres, für das die Vereinbarung gelten soll, den anderen Vertragsparteien, den in § 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten und der zuständigen Landesbehörde 1. die Unterlagen der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 6 in ihrer jeweils aktuellen Fassung, 2. den Nachweis, dass die zusätzlichen Mittel für Tarifierhöhungen von Pflegepersonal zweckentsprechend für die Finanzierung des Pflegepersonals verwendet wurden. Die Daten sind auf maschinenlesbaren Datenträgern vorzulegen. Die anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes können innerhalb von sechs Wochen nach Vorlage der Daten gemeinsam einmalig die Vorlage von zusätzlichen Unterlagen und die Erteilung von Auskünften verlangen, soweit dies zur Beurteilung der Leistungen des Krankenhauses im Rahmen seines Versorgungsauftrags im Einzelfall erforderlich ist und wenn der zu erwartende Nutzen den verursachten Aufwand deutlich übersteigt. Das Krankenhaus hat innerhalb von sechs Wochen nach

		Eingang des Verlangens nach Satz 3 die zusätzlichen Unterlagen vorzulegen und die Auskünfte zu erteilen. 4. § 13 Absatz 3 BPflV wird aufgehoben.
§ 115f Abs. 2 Satz 1 und Abs. 5 SGB V	Aussetzung der Leistungserweiterung und dringende hilfsweise Anpassungen des § 115f SGB V bis eine Neuausrichtung der Hybrid-DRG umgesetzt wird: Harmonisierung der Fristen für die Ergebnisse der Evaluation mit der Überprüfung der Auswahl der Leistungen (Zwei-Jahres-Zeitraum).	Eine systematische Evaluation muss Grundlage jeder Weiterentwicklung sein. Die gesetzlich vorgegebene massive Ausweitung der Hybrid-Leistungen ist erfolgt, ohne dass die im Gesetz vorgesehene Evaluation nach § 115f Abs. 5 SGB V zur Kenntnis genommen werden kann. Der entsprechende Bericht soll gemäß der gesetzlichen Frist erstmals am 30.06.2026 vorgelegt werden. Angesichts der bisher noch völlig unklaren konkreten Auswirkungen der neu eingeführten Hybrid-Leistungen auf die Patientenversorgung ist die Ausweitung des Leistungskataloges aus dem Blickwinkel einer sicheren Patientenversorgung nicht zu verantworten. § 115f Abs. 2 Satz 1 – Änderung <i>Die Vertragsparteien nach Abs. 1 Satz 1 haben die Auswahl der Leistungen nach Abs. 1 Satz 1 Nummer 2 ~~jährlich~~ alle zwei Jahre zu überprüfen und, sofern zur Einhaltung der Vorgaben nach Satz 2 erforderlich, bis zum 31. März des jeweiligen Kalenderjahres, in dem die Überprüfung stattfindet, auf Grundlage des nach Satz 3 beauftragten Vorschlages mit Wirkung ab dem 1. Januar des folgenden Kalenderjahres anzupassen.</i> in Verbindung mit § 115f Abs. 5 – Ergänzung <i>„Die Weiterentwicklung des Hybrid-Leistungskataloges erfolgt frühestens nach Vorlage und Bewertung der ersten Evaluation. Bis dahin sind keine neuen Leistungsbereiche in das Vergütungssystem aufzunehmen.“</i>

§ 115f Abs. 2 Satz 2 SGB V	Aussetzung der Fallzahlvorgaben	Die Festlegung von Zielgrößen für die Anzahl der über Hybrid-DRG zu vergütenden Behandlungsfälle ist bis zur Vorlage der gemäß Abs. 5 vorgesehenen Evaluation auszusetzen. Der dritte Halbsatz entfällt. Die Vorschrift, ab dem Jahr 2026 mindestens 1. Mio., ab dem Jahr 2028 mindestens 1,5 Mio. und ab dem Jahr 2030 mindestens 2 Mio. stationäre Fälle in die Hybrid-DRG zu verlagern, gefährdet massiv die Patientensicherheit, da die Ausweitung erfolgen soll, ohne vorher die im Gesetz festgelegte Evaluierung der Auswirkungen der ersten Phase abzuwarten. Ohne valide Datenlage sind quantitative Vorgaben verantwortungslos und führen zu Fehlanreizen und Strukturverzerrungen. § 115f Abs. 2 Satz 2 – Änderung <i>Die Auswahl ~~hat so zu erfolgen~~, dass bezogen auf die gemäß § 21 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Jahr 2023 übermittelten Daten zu vollstationären Krankenhausfällen hat ohne Berücksichtigung der Krankenhaussfälle, in denen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden angewendet werden, zu erfolgen. ~~ab dem Jahr 2026 jährlich mindestens eine Million, ab dem Jahr 2028 jährlich mindestens 1,5 Millionen und ab dem Jahr 2030 jährlich mindestens zwei Millionen Fälle erfasst werden.~~</i>
§ 115f Abs. 1 Satz 8 SGB V	Abschaffung der Absenkung des Vergütungsniveaus auf EBM-/AOP-Niveau	Die Angleichung der Vergütungshöhe an das Niveau der ambulanten Versorgung ist nicht Bestandteil der gesetzlichen Zielsetzung und entfällt. Eine normative Absenkung der Vergütung auf AOP-Niveau ist bei aufwendigen, komplexen Fällen, die weiterhin die Ressource Krankenhaus benötigen, nicht zu rechtfertigen. Zudem ist diese Vorgabe methodisch nicht sinnvoll umsetzbar, da Hybrid-DRG nicht zwangsläufig aus AOP-Leistungen abgeleitet werden und somit als Zielwert kein „AOP-Niveau“ festgestellt werden kann. § 115f Abs. 1 Satz 8 – Streichung

§ 115f Abs. 1 Sätze 7 & 9; Abs. 1a Sätze 1 & 3; Abs. 2 Sätze 1 & 3 SGB V	Auflösung der formulierten Fristen für Beauftragungen und Vereinbarungen zur Leistungsauswahl bzw. Vergütung	Synchronisierung mit dem regulären DRG-Kalkulationszyklus ist erforderlich, um Systemstabilität zu gewährleisten. Der Zeitplan der Weiterentwicklung der Hybrid-DRG muss auf Grund der unvermeidbaren Wechselwirkungen zwingend an die Weiterentwicklung des DRG-Systems angepasst werden. Dazu muss lediglich die Beauftragung der Institute InBA und InEK für die Erarbeitung von Vorschlägen für die Leistungsauswahl einschließlich Vergütung bis zum 30.04. eines jeden Jahres erfolgen. Die anschließende Kalkulation der Hybrid-DRG muss zeitgleich mit der DRG-Kalkulation erfolgen, so dass eine dreiseitige Vereinbarung für Hybrid-DRG (Leistungskatalog) einschließlich deren Vergütung bis zum 30.09. möglich ist. Somit wird die Rechtsgrundlage geschaffen, dass die Fristen in Analogie zum DRG-System gelten.
§ 115f Abs. 3 SGB V	Ausgestaltung als eigenständiger Versorgungsbereich mit eigenständigen Qualitätsanforderungen	Bezüglich der Qualitätssicherung wird die aktuelle Ausgestaltung des § 115f SGB V seitens GKV-Spitzenverband und KBV so interpretiert, dass die Regelungen des AOP-Vertrages und der Qualitätssicherung des vertragsärztlichen Bereiches auch für Leistungen gemäß § 115f SGB V Anwendung finden sollen. Dies wird den höheren Anforderungen für Leistungen, die bisher aus guten Gründen vollstationär erbracht worden sind, nicht gerecht. Es reicht nicht aus, nur auf den § 135 SGB V und somit ausschließlich auf die Qualitätssicherung im vertragsärztlichen Bereich zu verweisen. Im Interesse der Patientensicherheit sollte klargestellt werden, dass die Qualitätsanforderungen der stationären Versorgung auch bei Hybrid-DRG als Leitgedanken zu nutzen sind. § 115f Abs. 3 (2. Halbsatz) – Streichung Darüber hinaus ist eine Rechtsgrundlage zu schaffen, damit einheitliche Strukturanforderungen für alle Leistungserbringer der Hybrid-DRG gelten.

§ 115f Abs. 4 Satz 2 ff. SGB V/ § 89a Abs. 2 SGB V	Konfliktlösung durch das Sektorenübergreifende Bundesschiedsgremium gemäß § 89a Abs. 2 SGB V	Nach den derzeitigen gesetzlichen Regelungen in § 115f Abs. 4 SGB V ist als Konfliktlösungsmechanismus für die Vertragsparteien eine Festsetzung der Vereinbarungen durch den ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 5a Satz 2 SGB V geregelt. Dieses Schiedsgremium ist originär für die Beschlüsse zur EBM-Vergütung zuständig und hat daher wenig Verständnis für die Anforderungen an die DRG-Kalkulation und den stationären Teil der „Hybrid Versorgung“. Daher ist die Rechtsgrundlage für eine Konfliktlösung durch das sektorenübergreifende Bundesschiedsgremium gemäß § 89a Abs. 2 SGB V erforderlich. § 115f Abs. 4 Satz 2 – Änderung <i>Kommt eine Beauftragung nach Abs. 1 Satz 7, Abs. 1a Satz 3, Abs. 2 Satz 3 oder Abs. 5 Satz 1 nicht fristgerecht zustande, erfolgt die jeweilige Beauftragung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Kommt eine Vereinbarung nach Abs. 1 Satz 9 oder Abs. 1a Satz 4 oder eine Anpassung nach Abs. 2 Satz 1 ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zustande, ~~setzt der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Abs. 5a Satz 2 den Inhalt der jeweiligen Vereinbarung mit einer Mehrheit von zwei Dritteln seiner stimmberechtigten Mitglieder innerhalb von vier Wochen fest; § 87 Abs. 5a Satz 6 und 7 gilt entsprechend.~~ <u>entscheidet das sektorenübergreifende Bundesschiedsgremium gemäß § 89a Abs. 2 SGB V.</u></i> in Verbindung mit einer Folgeänderung § 115f Abs. 4 Satz 3 ff – Streichung
§ 115f Abs. 1 SGB V	Grundlage für ergänzende Vergütungselemente schaffen	Eine sachgerechte Vergütung originärer Krankenhausleistungen ist ohne Zusatzvergütung nicht möglich. Durch die explizite Formulierung „eine Fallpauschale“ in § 115f SGB V wird die sachgerechte Vergütung von Sachmitteln verhindert. Insbesondere der GKV-Spitzenverband leitet daraus ab, dass

		ergänzende Vergütungselemente, wie im DRG-System bei Hybrid-DRG, rechtlich unzulässig sind. Daher ist eine Klarstellung erforderlich, dass neben einer Hybrid-Fallpauschale auch ergänzende Vergütungselemente genutzt werden können. In diesem Kontext sind für die Krankenhäuser auch Möglichkeiten zur Vor- und Nachbehandlung, die Erstbefüllung der ePA und die Abrechnung von Begleitpersonen zu regeln. § 115f Abs. 1 – Ergänzung <u>„Neben der Fallpauschale sind ergänzende Vergütungselemente insbesondere Zusatzentgelte, Sachkostenpauschalen sowie Zuschläge für Vor- und Nachbehandlung zulässig.“</u>
§ 39e SGB V	Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen gem. § 115g SGB V: Ausweitung des möglichen Betreuungszeitraumes im Rahmen der Übergangspflege im Krankenhaus für SÜV	Für die konkrete Versorgung vor Ort wird die pflegerische Betreuung häufig älterer Menschen eine besondere Relevanz haben. Um dies mit angemessenem bürokratischem Aufwand zu ermöglichen, sollten die Leistungen der SÜV im Rahmen der Übergangspflege nach § 39e SGB V auf 30 Tage ausgeweitet werden. Änderungsvorschlag § 39e Abs. 1 SGB V wird wie folgt geändert: „Versicherte haben im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung ~~für längstens zehn Tage~~ Anspruch auf Übergangspflege 1. in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung für längstens 30 Tage oder 2. an einem anderen Standort eines Krankenhauses für längstens zehn Tage, wenn im unmittelbaren Anschluss an die Krankenhausbehandlung in diesem Krankenhaus erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem Elften Buch nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können.“

§ 115b SGB V	Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen gem. § 115g SGB V: Verankerung von Zugangsregelungen in § 115b SGB V, die Krankenhäusern eine AOP-Leistungserbringung außerhalb ihres stationären Versorgungsauftrages ermöglichen.	In § 115b SGB V müssen für den Bereich des ambulanten Operierens Zugangsregelungen verankert werden, die es Krankenhäusern ermöglichen, Leistungen des ambulanten Operierens außerhalb ihres stationären Versorgungsauftrages zu erbringen. Dies würde durch den Verweis auf § 115b SGB V in § 115g Abs. 1 SGB V entsprechend auch für die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen gelten. Dadurch würden die Krankenhäuser und damit auch die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen in die Lage versetzt werden, eine bedarfsgerechte Patientenversorgung sicherzustellen, um drohende Versorgungslücken zu vermeiden.
§ 115g SGB V	Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen gem. § 115g SGB V: Ergänzende Klarstellung, dass SÜV auch Hybrid-DRG-Leistungen erbringen können.	Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen müssen als Kompensation für eine rückläufige vertragsärztliche Versorgung in die Lage versetzt werden, umfassend ambulante Leistungen anbieten zu können. Dazu sind auch die Leistungen nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG) in den Leistungsumfang nach § 115g Abs. 1 SGB V aufzunehmen und idealerweise in das finanzielle Gesamtvolumen der SÜV einzubeziehen. Änderungsvorschlag § 115g Abs. 1 Satz 2 SGB V wird wie folgt ergänzt: „6. Leistungen nach § 115f (spezielle sektorengleiche Vergütung).“
§ 115h SGB V	Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen gem. § 115g SGB V: Einführung eines neuen § 115h SGB V, der eine medizinisch-pflegerische Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen ermöglicht.	Mit Wegfall des – im Referentenentwurf zum KHVVG noch vorgesehenen – § 115h SGB V wird die innovative Versorgungsform „medizinisch-pflegerische Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen“ derzeit durch den Gesetzgeber nicht weiterverfolgt. Dieser Regelungsentwurf hatte allerdings die medizinisch-pflegerische Versorgung als neue und unkompliziert zu nutzende Versorgungsform, insbesondere für ältere und multimorbide Patientinnen und Patienten, adressiert. Bei dieser Patientengruppe besteht oft kein akut-stationärer

		Behandlungsbedarf, aber ein zeitlich begrenzter ärztlicher Behandlungsbedarf sowie die Notwendigkeit einer pflegerischen Versorgung (z. B. notwendige Beobachtung über Nacht). Eine solche wohnortnahe Behandlung für diese Patientengruppe, insbesondere im ländlichen Raum, kann von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen unter den derzeit vorgesehenen Rahmenbedingungen nicht gewährleistet werden. Folglich ist vorzusehen, dass diese Möglichkeit der Leistungserbringung gesetzlich wieder ermöglicht wird. Die maßgeblich betroffenen Vertragspartner legen in einer Vereinbarung die konkreten Inhalte der Versorgung inklusive der zu versorgenden Patientengruppe, die sächlichen und personellen Mindestvoraussetzungen sowie Vorgaben für Kooperationsvereinbarungen fest. Änderungsvorschlag Der neue § 115h SGB V wird wie folgt gefasst: „Medizinisch-pflegerische Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (1) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 115g Abs. 1 erbringen Krankenbehandlung als medizinisch-pflegerische Versorgung, wenn für die Versicherten eine ambulante ärztliche Behandlung auf Grund ihrer individuellen Verfassung, der persönlichen Lebenssituation oder wegen bestehender Vor- oder Begleiterkrankungen nicht ausreichend ist, weil neben dem medizinischen Behandlungsanlass ein besonderer pflegerischer Bedarf besteht. (2) Die ärztlichen Leistungen der medizinisch-pflegerischen Versorgung können auch von Vertragsärzten, mit denen die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen hat,

		erbracht werden. Die medizinisch-pflegerische Versorgung wird durch Vertragsärzte verordnet oder durch Krankenhäuser veranlasst. (3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum [einsetzen: Datum ein Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes] Einzelheiten der Erbringung der medizinisch-pflegerischen Versorgung, insbesondere 1. die Gruppe der Patientinnen und Patienten, für die die medizinisch-pflegerische Versorgung zu erbringen ist, 2. die sächlichen und personellen Mindestvoraussetzungen der medizinisch-pflegerischen Versorgung und 3. Vorgaben für Kooperationsvereinbarungen zwischen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen und Vertragsärzten. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene nach § 89a Abs. 2. (4) Die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vereinbaren den konkreten Versorgungsumfang der medizinisch-pflegerischen Versorgung in der jeweiligen Einrichtung.“
§ 6c KHEntgG	Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen gem. § 115g SGB V: - Aufhebung der Budgetdeckelung - Streichung der Degression beim Tagesentgelt - Ausweitung des Gesamtvolumens auf Pflege-, Hybrid- sowie AOP-Leistungen	Für eine erfolgreiche Etablierung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen in der Versorgungslandschaft ist eine kostendeckende Finanzierung sämtlicher Betriebskosten sicherzustellen. Dazu ist es erforderlich, dass die Personal- und Sachkostensteigerungen vollumfänglich bei der Ermittlung des Gesamtvolumens berücksichtigt werden. Aktuell ist dies nur bei den Pflegepersonalkosten der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen oder, wenn Kostensteigerungen auf Leistungsveränderungen zurückzuführen sind, der Fall. Für alle anderen

		Kostensteigerungen ist eine Berücksichtigung dagegen nur bis zur Höhe des maßgeblichen Veränderungswertes möglich. Die Deckelung über den Veränderungswert in § 6c Abs. 3 KHEntgG ist daher aufzuheben. Mit der vorgesehenen Degression der Tagesentgelte werden die Verhandlungen auf der Ortsebene unnötig zusätzlich belastet und aufwendiger. Auch im Sinne einer Entbürokratisierung sollte wie beispielsweise bei Einrichtungen der Somatik und der Psychiatrie/ Psychosomatik die Vereinbarung eines einheitlichen durchschnittlichen Tagesentgeltes ausreichend sein. Die im Gesetz vorgesehene Degression der Tagesentgelte ist zu streichen. Im Sinne einer vereinfachten Abrechnung ist es sinnvoll, neben den stationären Leistungen auch die für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen vorgesehenen pflegerischen Leistungen (Kurzzeitpflege, Übergangspflege) sowie Hybrid- und AOP-Leistungen in das Gesamtvolumen und mit in die Vergütung über Tagesentgelte einzubeziehen. Dadurch können auch bürokratische, aufwendige Abgrenzungsprobleme vermieden werden. Anpassung des § 6c Abs. 1 Satz 2 zu Nr. 2 bis 4 KHEntgG: <i>Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren in der Vereinbarung nach Satz 1 insbesondere</i> <i>1. Art und Menge der voraussichtlich zu erbringenden voll- und teilstationären Leistungen sowie Leistungen nach § 115b und § 115f SGB V</i> <i>2. ein krankenhausindividuelles Tagesentgelt für diejenigen Fälle, in denen die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung die ärztlichen Leistungen erbringt, ~~und dessen Degression~~</i>

		3. ein verringertes krankenhausesindividuelles Tagesentgelt für diejenigen Fälle, in denen die ärztlichen Leistungen durch einen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer erbracht werden, ~~und dessen Degression~~ 4. weitere krankenhausesindividuelle Tagesentgelte ~~mit Degression~~, soweit dies für eine sachgerechte Vergütung erforderlich ist, einschließlich eines krankenhausesindividuellen Tagesentgelts ~~mit Degression~~ für diejenigen Fälle, in denen die ärztlichen Leistungen teils durch die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung und teils durch einen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer erbracht werden... Die Einbeziehung der Zu- und Abschläge bei der Kalkulation des Gesamtvolumens wird als äußerst problematisch gesehen, zumal auch nachträgliche Spitzausgleiche, die bei Zu- und Abschlagstatbeständen üblich sind, nicht mehr durchführbar wären. Eine separate Abrechnungsmöglichkeit von Zu- und Abschlägen wird daher klar präferiert. In besonderen Konstellationen, bei denen ein erhöhter Kostenaufwand entsteht, der mit den degressiven Tagesentgelten nicht abgegolten wird, ist auch die Abrechnung von Zusatzentgelten außerhalb des Gesamtvolumens unabdingbar (z. B. Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern). Diesbezüglich ist eine entsprechende Öffnungsklausel erforderlich.
§ 9 KHEntgG	Streichung der Vorgaben zur Vereinbarung der näheren Einzelheiten zur Degression innerhalb der Vereinbarung durch die Vertragsparteien auf Bundesebene	Es handelt sich hierbei um eine erforderliche Folgeänderung aufgrund der Streichung der Degression in § 6c Abs. 1 KHEntgG (s. o.). Anpassung von § 9 Abs. 1 Nr. 10b KHEntgG: <u>„zu den nach § 6c Abs. 1 Satz 2 Nummer 2 bis 4 zu vereinbarenden krankenhausesindividuellen Tagesentgelten, einschließlich Degression“</u>

§ 60 SGB V	Ergänzung und Klarstellung zu Transportkosten bei Behandlungen in SÜV	Da Ab- und Zuverlegungen aus anderen Krankenhäusern und Einrichtungen in SÜV möglich sein müssen, ohne dass die medizinische Notwendigkeit grundsätzlich in Frage gestellt wird, bedarf es einer Klarstellung, dass die Transportkosten für etwaige Verlegungen oder Fahrten nicht bereits in den vereinbarten Tagesentgelten abgegolten sind. Dies betrifft auch die gemäß § 115g Abs. 1 Nr. 4 und 5 SGB V aufgenommenen pflegerischen Leistungen und die neu aufzunehmende medizinisch-pflegerische Versorgung gemäß § 115h SGB V (neu). Änderungsvorschlag Anpassung zu § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V: „1. bei Leistungen, die stationär erbracht werden; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist, oder bei einer ~~mit Einwilligung der Krankenkasse~~ erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus,“ Aufnahme in § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 (neu) SGB V: <u>„2. bei Fahrten von Versicherten in eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung zur Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V, zur Übergangspflege nach § 39e SGB V und zur medizinisch-pflegerischen Versorgung gemäß § 115h SGB V,“</u>
§ 3 Abs. 3 BPfIV	Finanzierung des Bestandspersonals in der Psychiatrie und Psychosomatik	Das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) hat am 10.04.2025 abschließend festgestellt, dass die Berücksichtigung der Personalkosten des therapeutischen „Bestandspersonals“ unter § 3 Abs. 3 Satz 4 Nr. 5 der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) nicht zulässig ist. Eine gesetzliche Klärung ist eilbedürftig, da zum 01.01.2026 empfindliche finanzielle Sanktionen des G-BA in Kraft treten, die ansonsten nur durch eine Reduktion des Behandlungsangebotes vermieden werden können. Um dies zu vermeiden, müssen für die betroffenen

		Krankenhäuser zumindest die Effekte der „Tarifschere“ aus der Vergangenheit einmalig mit der Budgetvereinbarung für 2026 korrigiert werden. Weitere Erläuterungen sind der Stellungnahme zu entnehmen. Änderungsvorschlag: In § 3 Abs. 3 BPflV sind die folgenden Sätze 13 und 14 anzufügen: <u>„Auf Verlangen des Krankenhauses sind für den Vereinbarungszeitraum 2026 die Personalkosten des therapeutischen Personals insgesamt in Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen zu vereinbaren. Eine Begrenzung nach Satz 5 gilt insoweit für den Vereinbarungszeitraum 2026 nicht.“</u>
§ 301 Abs. 3 Nr. 6 SGB V	Fachabteilungen/ Fachabteilungsschlüssel	Mit dem KHVVG wurde § 301 Abs. 3 Nr. 6 SGB V um folgenden Passus erweitert: (3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft [...] 6. eine bundeseinheitliche Bezeichnung und Bestimmung von Fachabteilungen. Die Begründung führt dazu wie folgt aus: "Eine bundeseinheitliche Fallzuordnung, die Voraussetzung für eine daran anknüpfende Vergütungsregelung ist, setzt voraus, dass ein einheitlicher Fachabteilungsschlüssel eine bundesweit einheitliche Fachabteilung bezeichnet." In den bisherigen Verhandlungen wurde deutlich, dass es hier zu einer Diskrepanz zwischen dem in der Begründung dargestellten Zweck der Regelung und dem eigentlichen Gesetzestext kommt. Mit einer bundeseinheitlichen Bezeichnung von Fachabteilungsschlüsseln würde diese Diskrepanz aufgelöst und der in der Begründung des KHVVG enthaltene Formulierung Rechnung getragen werden. Aufgabe der Vereinbarungspartner soll demnach sein, nicht etwa eine inhaltliche Definition von Fachabteilungen vorzunehmen, sondern das bestehende

		Schlüsselverzeichnis zu konsolidieren und bundeseinheitlich die zu verwendenden Fachabteilungsschlüssel sowie eine entsprechende Textbezeichnung gemäß Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V festzulegen. Eine Anpassung ist insofern dringend geboten, da neben die Krankenhausplanung der Länder über die Leistungsgruppen kein zweites Regime der Krankenhausplanung über Fachabteilungen mit zusätzlichen Struktur- und Personalvorgaben gestellt werden darf. Erste Forderungen nach zusätzlichen Struktur- und Personalvorgaben bis auf Ebene personeller, räumlicher oder apparativer Vorgaben wurden bereits laut. Dies war nicht das Ziel des Gesetzgebers, die Formulierung von § 301 Abs. 3 Nr. 6 muss daher präzisiert werden. Änderungsvorschlag § 301 Abs. 3 Nr. 6 SGB V wird wie folgt geändert: „6. eine bundeseinheitliche Bezeichnung ~~und Bestimmung~~ von Fachabteilungen <u>Fachabteilungsschlüsseln.</u>“
§§ 136, 136b SGB V	Potentielle Aushebelung der Krankenhausplanung durch Strukturqualitätsrichtlinien und Mindestmengenregelungen des G-BA: notwendige Klarstellung und Anpassung der Regelungskompetenz des G-BA	Die Normsetzung des G-BA zu den Strukturqualitätsrichtlinien nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V und zu den Mindestmengenregelungen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V kann in Konflikt mit den Qualitätskriterien nach § 135e SGB V Abs. 1 Nr. 2 für die Leistungsgruppen treten und damit die Krankenhausplanung der Länder wirkungslos machen. Die mit dem KHVG angestrebte Nachrangigkeit (Subsidiarität) der Normsetzung des G-BA gegenüber den Qualitätskriterien nach § 135e SGB V ist nicht ausreichend klar geregelt. So können Strukturqualitätsrichtlinien oder Mindestmengenregelungen des G-BA, die sich auf ganze Leistungsgruppen beziehen und die Qualitätskriterien nach § 135e SGB V mit zusätzlichen Anforderungen ergänzen, dazu führen, dass Krankenhäuser – trotz Erfüllung der Qualitätskriterien nach § 135e SGB V und Zuteilung einer

		Leistungsgruppe durch das Land – die Anforderungen des G-BA nicht erfüllen. In Folge droht ein Wegfall der Vergütung für die gesamte Leistungsgruppe und faktisch eine Aushebelung der Zuteilungsentscheidung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde. Um ein sinnvolles Zusammenspiel zu gewährleisten, müssen Strukturvoraussetzungen für die Leistungsgruppen einerseits und die Qualitätssicherung des G-BA andererseits klar voneinander abgegrenzt werden. Eine klare, konfliktfreie Abgrenzung kann erfolgen, indem die Geltungsbereiche der G-BA-Vorgaben nicht ganze Leistungsgruppen, sondern nur Teilmengen besonders komplexer, risikoreicher Leistungen innerhalb einer Leistungsgruppe betreffen dürfen, und indem unterschieden wird zwischen Voraussetzungen, die eine langfristig verbindliche Planungsentscheidung begründen, und fallbezogenen Anforderungen, die die Qualität einer einzelnen Leistung sicherstellen und deren spezifische Vergütung rechtfertigen. Strukturelle, planungsrelevante Voraussetzungen für die gesamte Leistungsgruppe sind in der Anlage 1 zu § 135e SGB V zu spezifizieren. G-BA-Vorgaben dürfen nur einen spezifischen Teilbereich der Leistungsgruppe betreffen oder nur fallbezogene Qualitätsanforderungen enthalten. Änderungsvorschlag § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 wird wie folgt geändert: „Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwendiger medizintechnischer Leistungen; dabei ~~sind~~ <u>können</u> auch <u>evidenzbasierte</u> Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität <u>für besonders risikoreiche, spezialisierte oder komplexe Leistungen als Teil einer Leistungsgruppe gemäß Anlage 1 (zu § 135e) oder als</u>

		<u>fallbezogene Mindestanforderung festgelegt werden festzulegen</u>, sofern diese nicht in den nach § 135e Abs. 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien enthalten sind <u>und sofern diese die nach § 135e Abs. 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien in erforderlicher Weise ergänzen und nicht im Widerspruch zu ihnen stehen.</u> In § 136 werden folgende Absätze 5 und 6 neu aufgenommen: <u>„(5) Sofern erforderlich kann der Gemeinsame Bundesausschuss bezogen auf eine ganze Leistungsgruppe gemäß Anlage zu § 135e evidenzbasierte Empfehlungen zu den nach § 135e Abs. 1 Satz 1 Nummer 2 festgelegten Qualitätskriterien an den Ausschuss nach § 135e Abs. 3 Satz 1 abgeben.</u> <u>(6) Die Erforderlichkeit gemäß Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und Abs. 5 sowie § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 in Bezug auf die Auswahl, den Zuschnitt und die Festlegung qualitätssichernder Maßnahmen und Mindestanforderungen einschließlich ihrer Folgewirkungen bemisst sich an dem Kriterium der Zweck-Mittel-Relation. Die Notwendigkeit einer Ergänzung der Qualitätskriterien gemäß § 135e Abs. 2 Satz 2 ist dabei aus Gründen des Patientenschutzes oder zur Verbesserung der Behandlungsqualität hinreichend genau darzulegen. Grundlage hierfür ist der zu ermittelnde und allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse. Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung.“</u> § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 wird wie folgt geändert: <u>„2. einen Katalog planbarer und besonders risikoreicher, spezialisierter oder komplexer Leistungen als Teil einer Leistungsgruppe gemäß Anlage 1 (zu § 135e), bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, sowie Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Standort eines Krankenhauses oder je Arzt und Standort eines Krankenhauses,“</u>

§ 135d SGB V/ § 21 Abs. 3d und Abs. 7 KHEntgG	Krankenhaustransparenzverzeichnis/ Bundes-Klinik-Atlas	Die Krankenhäuser fordern, den Bundes-Klinik-Atlas abzuschaffen und die zusätzlichen Datenübermittlungspflichten zu streichen. Das „Transparenzverzeichnis“ nach § 135d SGB V (Bundes-Klinik-Atlas) erzeugt erhebliche Parallelstrukturen. Mit dem „Deutschen Krankenhaus Verzeichnis“ stand bereits vor der Einführung des Bundes-Klinik-Atlas im April 2024 dem Bund ein Portal zur Verfügung, das Transparenz über die Krankenhäuser schafft. Darüber hinaus bestehen zahlreiche Portale, die u. a. durch die Krankenkassenverbände auf Basis der Qualitätsberichte der Krankenhäuser gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V geführt werden. Noch dazu führt der Bundes-Klinik-Atlas zur Fehlinformation der Bevölkerung, indem er immer wieder fehlerbehaftete Informationen veröffentlicht, nicht das gesamte Spektrum der Leistungserbringung im Krankenhaus abbildet und die Leistungsbereiche Psychiatrie und Psychosomatik komplett ausspart. Zudem wurden ausschließlich für das Transparenzverzeichnis neue Datenlieferverpflichtungen für die Krankenhäuser in § 21 KHEntgG festgelegt, die, insbesondere durch die neuen äußerst detaillierten Meldepflichten für das ärztliche Personal gemäß § 21 Abs. 7 KHEntgG, einen enormen und unverhältnismäßigen bürokratischen Aufwand erzeugen. Die in § 135d Abs. 3 Nr. 4 vorgesehene Entwicklung und Veröffentlichung von Indizes zur Bewertung von Qualität auf der Basis rein rechnerischer Methodik ist zudem wissenschaftlich nicht haltbar, inadäquat zur Darstellung und Beurteilung der Qualität und schafft keine Transparenz. Die durch das Krankenhaustransparenzgesetz eingefügten § 135d SGB V und § 21 Abs. 3d und Abs. 7 KHEntgG sind ersatzlos zu streichen. Als Ersatz sollte das „Deutsche Krankenhaus Verzeichnis“ als Portal des Bundes wieder etabliert werden, wie es bereits bis April 2024 der Fall war. Falls von gesetzgeberischer Seite auf die Transparenz und Qualitätsberichterstattung der Krankenhäuser Einfluss genommen werden soll, sollte dafür an bestehenden, etablierten Strukturen, wie

		etwa dem Deutschen Krankenhaus Verzeichnis und den Portalen des G-BA und der Krankenkassen gemäß § 136b Abs. 7, angeknüpft und darauf aufgebaut werden. Auch die Selbstverwaltung strebt an, die Veröffentlichung von Ergebnisqualitätsdaten der Krankenhäuser methodisch weiterzuentwickeln, doch der Aufbau von Parallelstrukturen und zusätzlicher Bürokratie kann diesem Ziel nicht zuträglich sein. Änderungsvorschlag Streichung von § 135d SGB V sowie § 21 Abs. 3d und Abs. 7 KHEntgG
§ 115b SGB V	Verankerung von gesetzlichen Grundlagen in § 115b SGB V, die Krankenhäusern eine AOP-Leistungserbringung außerhalb ihres zugelassenen Krankenhausstandortes ermöglichen.	Krankenhäuser sind derzeit aufgrund der gesetzlichen Regelungen in § 115b SGB V bei der Leistungserbringung gemäß § 115b SGB V (Ambulantes Operieren im Krankenhaus) örtlich auf ihren zugelassenen Krankenhausstandort festgelegt. Auch im Vertrag gemäß § 115b Abs. 1 SGB V (AOP-Vertrag) finden sich keine Regelungen, die es Krankenhäusern ermöglichen, ambulante Operationsleistungen außerhalb ihres zugelassenen Krankenhausstandortes zu erbringen. Die Aufnahme derartiger Regelungen in den AOP-Vertrag wurde bislang mit dem Argument abgelehnt, dass § 115b SGB V hierfür keine gesetzliche Grundlage bietet. Bei einer möglichen Schließung von Krankenhausstandorten im Zuge der Krankenhausreform werden jedoch vor allem im ländlichen Bereich Versorgungslücken zu verzeichnen sein. Solche Versorgungslücken könnten verhindert werden, wenn andere Krankenhäuser im Versorgungsgebiet diese Standorte beispielsweise für die Erbringung ambulanter Operationsleistungen nutzen könnten. Krankenhäuser müssen daher durch eine entsprechende gesetzliche Verankerung in § 115b SGB V die Möglichkeit erhalten, auch außerhalb ihres zugelassenen Krankenhausstandortes Leistungen nach § 115b SGB V durchzuführen (ähnlich einer Zweigpraxis im Vertragsarztbereich).

		Für eine diesbezügliche Öffnung der Leistungserbringungsmöglichkeiten der Krankenhäuser bietet sich eine kilometermäßige Abgrenzung um den Krankenhausstandort an (beispielsweise 30 Kilometer).
§ 115b SGB V	Verankerung von Zugangsregelungen in § 115b SGB V, die Krankenhäusern eine AOP-Leistungserbringung außerhalb ihres stationären Versorgungsauftrages ermöglichen.	Im AOP-Vertrag findet sich in § 1 Abs. 1 die Regelung, dass Krankenhäuser zur ambulanten Durchführung von Leistungen gemäß § 115b SGB V in den Leistungsbereichen zugelassen sind, in denen sie auch stationäre Krankenhausbehandlungen erbringen. Dadurch wird die Möglichkeit zur Erbringung ambulanter Leistungen gemäß § 115b SGB V mit dem stationären Versorgungsauftrag des Krankenhauses verknüpft und es wird Krankenhäusern untersagt, Leistungen des ambulanten Operierens außerhalb ihres stationären Versorgungsauftrages zu erbringen. Durch Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes wurde die Verknüpfung des ambulanten Operierens mit dem stationären Versorgungsauftrag eines Krankenhauses ebenfalls bestätigt. Den Krankenhäusern und damit auch den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen wird aber künftig nicht mehr das bislang vorhandene stationäre Leistungsspektrum zur Verfügung stehen. Durch den Bezug zum stationären Versorgungsauftrag können diese Einrichtungen dann auch ihr bisheriges Spektrum an § 115b-Leistungen nicht mehr erbringen. Es müssen daher für den Bereich des ambulanten Operierens Zugangsregelungen in § 115b SGB V verankert werden, die eine Streichung des Bezuges zum stationären Versorgungsauftrag des Krankenhauses aus dem AOP-Vertrag ermöglichen. Dadurch würden die Krankenhäuser und damit auch die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen in die Lage versetzt werden, eine bedarfsgerechte Patientenversorgung sicherzustellen, um drohende Versorgungslücken zu vermeiden.

§ 124 Abs. 5 Satz 3 SGB V, § 125a SGB V	- Einbeziehung der Krankenhäuser in die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung („Blankoverordnung“) - Verweises auf die nach § 125a Abs. 1 SGB V abgeschlossenen Verträge in § 124 Abs. 5 Satz 3 SGB V	Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen können gemäß § 124 Abs. 5 SGB V unter bestimmten Voraussetzungen an der Versorgung von GKV-Versicherten mit Heilmitteln teilnehmen. Dabei gelten die nach § 125 Abs. 1 SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer abgeschlossenen Heilmittelverträge für die Krankenhäuser und die anderen Einrichtungen entsprechend. Der GKV-Spitzenverband und die Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer können aber zusätzlich dazu gemäß § 125a SGB V Verträge über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung schließen. Die Besonderheit dieser Versorgungsform besteht darin, dass die Heilmittelerbringer dabei selbst über die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen können. Im Zuge der Reform des Heilmittelbereiches durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vom 06.05.2019 (BGBl. I, Seite 646) wurde jedoch in § 124 Abs. 5 SGB V kein Verweis auf eine entsprechende Geltung der nach § 125a SGB V geschlossenen Verträge über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung für Krankenhäuser und andere Einrichtungen aufgenommen. Krankenhäuser und andere Einrichtungen wurden daher beispielsweise in den Verträgen nach § 125a SGB V für die Heilmittelbereiche der Ergotherapie und der Physiotherapie explizit von der Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung ausgeschlossen. Dies führt aber dazu, dass Krankenhäuser Patientinnen und Patienten mit einer Verordnung zur Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung („Blankoverordnung“) abweisen müssen. Da die Versorgung mit Heilmitteln gerade im ländlichen Raum große Lücken aufweist, wird das Versorgungsangebot durch

		den Wegfall der Behandlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser und anderer Einrichtungen noch weiter eingeschränkt. Es muss daher in § 124 Abs. 5 SGB V die entsprechende Geltung der nach § 125a SGB V abgeschlossenen Verträge für Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen ergänzt werden. Die Problematik ist zudem bereits bekannt. Es wurde gegenüber betroffenen Einrichtungen mitgeteilt, dass sich das BMG für eine gesetzliche Klarstellung im Rahmen eines der aktuell anstehenden Gesetzgebungsvorhaben einsetzen werde, damit zukünftig auch Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen die Versorgungsform der Blankoverordnung erbringen können. Änderungsvorschlag § 124 Abs. 5 Satz 3 SGB V: „Für die in Satz 1 genannten Einrichtungen gelten die nach § 125 Abs. 1 und nach § 125a Abs. 1 abgeschlossenen Verträge entsprechend, ohne dass es einer Anerkennung dieser Verträge bedarf.“
§ 135d Abs. 4 SGB V	Definition Fachkrankenhäuser	Gemäß § 135d Abs. 4 SGB V wird einem Krankenhaus von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde in bestimmten Konstellationen die Versorgungsstufe Level F im Rahmen der neuen Krankenhausplanung zugeordnet. Diese Zuordnung sollte von den Landesplanungsbehörden unter Berücksichtigung der besonderen Versorgungserfordernisse getroffen werden. Aufgrund der sehr unterschiedlichen Anzahl und Ausgestaltung der Fachkrankenhäuser in den einzelnen Bundesländern wurde durch die Vorgabe in § 135d Abs. 4 SGB V eine intensive Auseinandersetzung über den Stellenwert der Fachkrankenhäuser im deutschen Gesundheitswesen ausgelöst. Mit einer

		einfachen Regelung kann den unterschiedlichen Versorgungsansätzen Rechnung getragen werden. Dem Vorschlag der GMK zum Änderungsbedarf am KHVVG im nun vorliegenden Gesetzentwurf überwiegend zu folgen, wird seitens der DKG ausdrücklich begrüßt. Die Verknüpfung mit den im Krankenhausplan jeweils ausgewiesenen Fachkrankenhäusern ist im Sinne des Bestandsschutzes nachvollziehbar. Ergänzende Hinweise Fachkliniken müssen, wenn medizinisch erforderlich, neben der Leistungsgruppe/ den Leistungsgruppen ihrer besonderen Spezialisierung hinaus auch Leistungen aus dem Spektrum weiterer Leistungsgruppen erbringen dürfen (unter anderem der Allgemeinen Inneren Medizin, der Allgemeinen Chirurgie, der Allgemeinen Neurologie, der Allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin). Hierbei wird durch die Landesplanungsbehörde nach Maßgabe der medizinischen Erforderlichkeit ein eingeschränkter Versorgungsauftrag zu diesen ergänzenden Leistungsgruppen festgelegt. Die Mindestvoraussetzungen dieser weiteren Leistungsgruppen müssen nicht erfüllt werden, da sich die notwendige Versorgungsqualität aus der besonderen Spezialisierung der entsprechenden Fachklinik ergibt. Beispielsweise kann ein orthopädisches Fachkrankenhaus, das sich auf die Gelenkchirurgie spezialisiert hat, neben der Endoprothetik am Hüft- und Kniegelenk auch Eingriffe im Bereich der Schulter- und Ellenbogengelenke, die der Leistungsgruppe Allgemeine Chirurgie zugeordnet werden, in einer hohen Versorgungsqualität durchführen. In gleicher Weise existieren Fachkrankenhäuser, die sich auf bestimmte Leistungen beschränken und daneben über keine Fachabteilungen im Sinne von Leistungsgruppen verfügen (z. B. Fachkrankenhaus nur für die Spezielle Schmerzmedizin). Hier bedarf es noch geeigneter Lösungen, um deren Versorgungsauftrag zu sichern.

§ 135e Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	Finanzierung der sachlichen Ausstattung im Rahmen der Weiterentwicklung der Mindestvorgaben bezogen auf die Digitalisierung	Im Rahmen der Weiterentwicklung der Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung bezogen auf die sachliche Ausstattung nach § 135e Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V sollen auch Vorgaben zur Vorhaltung erforderlicher informationstechnischer Systeme, digitaler Dienste und Prozesse berücksichtigt werden. Zur Finanzierung der zusätzlichen Vorgaben an die sachliche Ausstattung müsste entsprechend ein Digitalisierungszuschlag von einer Milliarde Euro jährlich vorgesehen werden. Die Höhe des Digitalisierungszuschlages orientiert sich an den geschätzten jährlichen Aufwänden für den Betrieb der digitalen Dienste, die durch das Krankenhauszukunftsgesetz gefördert werden. Die Ausgestaltung des Zuschlages könnte der gleichen Logik folgen wie die Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben nach § 6b KHG in Verbindung mit § 5 Abs. 3j KHEntgG und § 38 Abs. 1 KHG. Dabei dürften jedoch keinesfalls Einschränkungen auf Krankenhäuser bestimmter Versorgungsstufen vorgenommen werden. Neben der Fall- bzw. Bettenzahl sollte auch der digitale Reifegrad des Krankenhauses bei der Berechnung des Zuschlages berücksichtigt werden. Damit wird gewährleistet, dass nur Betriebskosten tatsächlich vorhandener Digitalisierung finanziert werden. Ohne eine Zuschlagsregelung zur Sicherstellung des Betriebes der mit Hilfe des Krankenhauszukunftsgesetzes aufgebauten informationstechnischen Systeme und digitalen Dienste ist deren nachhaltige und wertschöpfende Nutzung und Weiterentwicklung ernsthaft gefährdet.
§ 135e Abs. 4 SGB V/ § 6a Abs. 4 KHG	Erweiterung der Entscheidungsspielräume der Länder	Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde muss im Einzelfall Ausnahmen von der Anwendung der Qualitätskriterien in einzelnen Leistungsgruppen oder von mit der Krankenhausplanung verbundenen gesetzlichen Regelungen treffen dürfen und einen Versorgungsauftrag auch erteilen können, wenn ansonsten die Sicherstellung eines Versorgungsangebotes gefährdet ist. Die Zuweisung einer Leistungsgruppe muss in diesen Fällen auch unabhängig

		von weiteren Zusatzanforderungen, wie beispielsweise der umfassenden Prüfung möglicher Kooperationen oder dem Einvernehmen mit den Krankenkassen, möglich sein. Die erforderlichen Ausnahmemöglichkeiten lassen nicht nur eine auf den jeweiligen regionalen Versorgungsbedarf besser zugeschnittene Krankenhausplanung zu. Sie schützen gleichzeitig alle Beteiligten (Patientinnen und Patienten, Planungsverantwortliche der Länder, Krankenhäuser aller Versorgungsstufen) vor gravierenden Fehlentscheidungen durch die strikte Anwendung starrer Regelwerke in einem hochkomplexen wie finanziell herausfordernden Umstellungsprozess. Wenngleich mit der Krankenhausreform zu Recht das Ziel verbunden ist, die Krankenhausplanung neu zu denken, so müssen bei der Umsetzung dennoch das richtige Maß und die notwendige Sensibilität für einen solchen Prozess gefunden werden. Änderungsvorschlag Siehe hierzu weiterer Änderungsbedarf zu § 6a Abs. 4 KHG und § 135e Abs. 4 SGB V und nachfolgenden Vorschlag zur Schmerzmedizin, wie auch andere zahlreiche Probleme, wie bspw. in der Kinder- und Jugendmedizin und der Geriatrie.
§ 135e Abs. 4 SGB V	Abbildungsprobleme bei Spezialisierung auf ausgewählte Leistungsbereiche (z. B. Schmerzmedizin)	Die Spezialisierung von Krankenhäusern auf ausgewählte Leistungsbereiche kann in Verbindung mit dem neuen Leistungsgruppensystem für zahlreiche Krankenhäuser ganz erhebliche Risiken, bis hin zum ungewollten Verlust des Versorgungsauftrages, bergen. Dies gilt nicht nur für die Spezielle Schmerzmedizin, die als Querschnittsaufgabe in keiner eigenen Leistungsgruppe abgebildet ist, sondern auch für zahlreiche andere Spezialgebiete. Dabei ist es unerheblich, ob diese über eigene Leistungsgruppen verfügen. Neben der Schmerzmedizin sind

		auch die spezialisierte Kinder- und Jugendmedizin, die Geriatrie und viele mehr betroffen. Für die spezielle Schmerzmedizin (Interdisziplinäre multimodale Schmerzmedizin) existiert keine eigene Leistungsgruppe. Die Fälle streuen über eine Vielzahl unterschiedlicher Leistungsgruppen. Abhängig vom behandelten Diagnosespektrum werden mehr oder weniger LG von den Fällen eines spezialisierten Fachkrankenhauses oder einem Außenstandort eines Krankenhauses mit spezialisiertem Profil (diese sind im Folgenden immer mitgemeint) angesteuert, ohne dass diese zum direkten Versorgungsauftrag des Krankenhauses gehören. Um die Fälle sachgerecht abrechnen zu können, benötigt das Krankenhaus aber einen Versorgungsauftrag für alle diese, weit über die spezielle Schmerzmedizin hinausgehenden Leistungsgruppen. Da Fachkrankenhäuser häufig auf die konservative Versorgung von Schmerzpatienten spezialisiert sind, werden sie beispielsweise die Strukturanforderungen der häufig angesteuerten LG <i>Allgemeine Chirurgie</i> (z. B. drei Allgemeinchirurgen, mind. zwei Operationssäle) wie auch anderer LG nicht erfüllen können. Auch im Falle der Geriatrie wären über die eigene LG 56 <i>Geriatrie</i> zwar alle Fälle, die eine geriatrische Komplexbehandlung erhalten, sachgerecht abbildbar. Zahlreiche weitere geriatrische Fälle, die gleichermaßen im bisherigen geriatrischen Versorgungsauftrag behandelt wurden, jedoch andere Leistungen als die geriatrische Komplexbehandlung erhalten, werden anderen LG (insbesondere der LG 1 <i>Allgemeine Innere Medizin</i>) automatisch über den LG-Grupper zugeordnet. Auch hier sorgt die Spezialisierung für Schwierigkeiten, wenn die Fälle Leistungsgruppen zugeordnet werden, die in ihrem vollen Leistungsspektrum und den damit verbundenen Anforderungen weit über die Spezialisierung des Fachkrankenhauses für die Geriatrie hinausgehen. Kann ein Versorgungsauftrag für die LG 1 <i>Allgemeine Innere Medizin</i> nicht erteilt werden, verliert das

		Fachkrankenhaus diese Fälle und damit verbunden ihre Vergütung. Eine Geriatrie die NUR Komplexbehandlungen durchführt ist jedoch keine Geriatrie mehr und würde die Versorgung einstellen müssen. Diese Risiken, insbesondere für Fachkrankenhäuser und für Außenstandorte von Krankenhäusern mit spezialisiertem Profil, sind bereits bei der Krankenhausplanung in NRW aufgefallen. Die betroffenen Krankenhäuser können daher zusätzlich mit einem eingeschränkten Versorgungsauftrag für bestimmte Leistungsgruppen versehen werden (Zuteilung eines definierten Fallzahlanteils für z. B. die LG 1 <i>Allgemeine Innere Medizin</i>). Darüber hinaus wird für geriatrische Fachkrankenhäuser die Erfüllung der über die Anforderungen der LG Geriatrie hinausgehenden Mindeststrukturanforderungen der LG 1 <i>Allgemeine Innere Medizin</i> (insbesondere die spezifischen Fachärzte) nicht gefordert. Die Behandlungskonzepte der spezialisierten Versorgung in einem Fachkrankenhaus verlangen ohnehin besondere Kompetenz, teilweise über Fachdisziplinen hinweg, und bieten bereits ein besonderes Angebot auch für schwer erkrankte Patienten. Allerdings wird in diesen Fällen der Versorgungsauftrag des Krankenhauses hinsichtlich der Leistungsgruppe 1 <i>Allgemeine Innere Medizin</i> auf die Erbringung der für die geriatrische Versorgung erforderlichen Leistungen beschränkt (siehe hierzu § 16 Abs. 1 Satz 6 KHGG NRW). Änderungsvorschlag Aufnahme folgender Regelung in § 135e SGB V: „Fachkrankenhäuser und Außenstandorte von Krankenhäusern mit spezialisiertem Profil dürfen für die Sicherstellung der Versorgung über die Leistungsgruppe/die Leistungsgruppen ihrer besonderen Spezialisierung (sofern vorhanden) hinaus auch Leistungen aus dem Spektrum weiterer Leistungsgruppen erbringen (unter anderem der Allgemeinen Inneren Medizin, der Allgemeinen Chirurgie, der

		Allgemeinen Neurologie, der Allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin). Hierbei wird durch die Landesplanungsbehörde nach Maßgabe der medizinischen Erforderlichkeit ein eingeschränkter Versorgungsauftrag zu diesen ergänzenden Leistungsgruppen festgelegt. Die Mindestvoraussetzungen dieser weiteren Leistungsgruppen müssen nur insoweit erfüllt werden, wie es für die Versorgung der spezifischen Patientinnen und Patienten des spezialisierten Krankenhauses notwendig ist“.
§ 135e Abs. 4 SGB V	Keine Addition gebietsgleicher Fachärzte	Leistungsgruppen dienen u. a. der Krankenhausplanung. Während einzelne Leistungsgruppen ganze Fachgebiete abbilden, beinhalten andere lediglich definierte Leistungspakete aus einzelnen Fachgebieten. Insofern ist es nicht verwunderlich, dass bei den verwandten Leistungsgruppen zu einer bestimmten Leistungsgruppe auch gebietsgleiche Leistungsgruppen beispielsweise am Standort vorzuhalten sind. Aktuell deutet sich die Sichtweise des Medizinischen Dienstes an, die in den verwandten Leistungsgruppen aufgeführten gebietsgleichen Fachärzte additiv und für parallele Dienstlinien zu fordern. Hierdurch werden Fachärzte in einer Anzahl gefordert, wie sie den Krankenhäusern grundsätzlich nicht zur Verfügung stehen. Diese Ansicht steht jedoch im Widerspruch zu Abs. 4 Satz 1 Nr. 6c, der die Berücksichtigung der Fachärzte für bis zu drei Leistungsgruppen erlaubt. Es wird daher eine Anpassung in Abs. 4 gefordert. Änderungsvorschlag Abs. 4 Satz 1 Nr. 6c wird um den folgenden Satz ergänzt: <i>„Handelt es sich bei der jeweils betroffenen Leistungsgruppe und den verwandten Leistungsgruppen um Leistungsgruppen mit der Anforderung an gleich qualifizierte Fachärzte, und ist die Vorgabe aus Abs. 4 Satz 1 Nr. 6c erfüllt, sind in der Rufbereitschaft mehrere Dienstlinien nicht erforderlich, die geforderten Fachärzte sind demzufolge nicht zu addieren.“</i>

§ 135e Abs. 4 SGB V	Äquivalente Facharztbezeichnungen	Gemäß § 135e Abs. 2 SGB V haben Krankenhäuser, die Leistungen aus einer Leistungsgruppe erbringen, die für diese Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien zu erfüllen. In der Anlage 1 zu § 135e Abs. 4 SGB V werden die Qualifikationen gemäß der aktuellen (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) der Bundesärztekammer aufgeführt. § 135e Abs. 4 Satz 1 Nr. 5 SGB V regelt, dass die genannten Facharztbezeichnungen als erfüllt anzusehen sind, wenn der jeweilige Arzt nach landesrechtlichen Vorschriften zum Führen der entsprechenden Facharzt- oder einer vergleichbaren Bezeichnung berechtigt ist. Es stellt sich jedoch die Frage, welche Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen bzw. Zusatzweiterbildungen vergleichbar sind. Um künftige Auseinandersetzungen zu vermeiden, könnte die Bundesärztekammer eine eigens für diesen Zweck erstellte Äquivalenzliste publizieren. Ein erster Entwurf für eine solche, aktuell rechtlich unverbindliche Liste wurde dem Leistungsgruppenausschuss bereits zu der Sitzung am 04.08.2025 von der BÄK zur Kenntnisnahme vorgelegt. Eine entsprechend rechtsverbindliche Grundlage wäre hierfür wünschenswert, inkl. einer Regelung, dass in strittigen Fällen die Landesärztekammern entscheiden. Die Äquivalenzliste sollte zudem bei der Pflege der Anlage 1 berücksichtigt werden. Änderungsvorschlag In Abs. 4 Satz 1 Nr. 5 werden hinter den Worten „landesrechtlichen Vorschriften“ die Worte „oder einer von der Bundesärztekammer für diesen Zweck publizierten Äquivalenzliste“ eingefügt.
§ 135e Abs. 4 SGB V	Rufbereitschaft der Fachärzte	In Abs. 4 Satz 1 Nr. 6b wird vorgegeben, dass mindestens ein Facharzt jederzeit in Rufbereitschaft verfügbar sein muss. Diese Regelung präzisiert die regelhaften Anforderungen an die personelle Verfügbarkeit von zumeist drei geforderten Fachärzten für die Rufbereitschaft einer Leistungsgruppe insgesamt. Offen bleibt

		an dieser Stelle, ob der den Rufdienst übernehmende Facharzt entsprechend seiner Facharztkompetenzen auch für mehrere Leistungsgruppen parallel den Rufdienst übernehmen kann. Da dies in der Versorgungspraxis die Regel und nicht die Ausnahme darstellt, ist das Gesetz wie folgt zu ergänzen. Änderungsvorschlag In Abs. 4 Satz 1 Nr. 6b wird folgender Nebensatz ergänzt: <i>„dieser kann entsprechend seiner Facharztkompetenz für mehrere Leistungsgruppen parallel die Rufbereitschaft übernehmen,“</i>
§ 135e Abs. 4 SGB V	Anrechnung der Fachärzte auf LG	Ausdrücklich begrüßt wird, dass der Verweis im Wortlaut <i>„dies gilt nicht für die in Anlage 1 Nummer 1 und 14 genannten Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie“</i> ersatzlos gestrichen wurde. Ansonsten wäre es zu einem völlig unkalkulierbaren und hohen Mehrbedarf für Fachärzte der Inneren Medizin und der Chirurgie gekommen. Gemäß § 135e Abs. 4 Satz 1 Nr. 6c SGB V gilt jedoch weiterhin, dass <i>„Fachärzte für bis zu drei Leistungsgruppen, die einem Krankenhaus für diesen Krankenhausstandort nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurden, berücksichtigt werden können“.</i> Demnach können Fachärztinnen und Fachärzte mit ihrer Qualifikation auf die fachärztlichen Vorgaben in bis zu drei verschiedenen Leistungsgruppen voll angerechnet werden, wenn einem Standort mehrere Leistungsgruppen zugewiesen werden. Durch diese Regelung wird die Anrechnung von Fachärztinnen und Fachärzten künstlich auf drei Leistungsgruppen beschränkt, ohne dass es hierfür eine wissenschaftliche Begründung gibt. Damit führt das Gesetz durch erhöhten

		Personalbedarf zu einer erheblichen Verschärfung der fachärztlichen Anforderungen. Soll neben drei Leistungsgruppen aus einem medizinisch verwandten Leistungsbereich eine weitere Leistungsgruppe erbracht werden, bedarf es bei drei bereits angerechneten Fachärzten zusätzlichen fachärztlichen Personals. Beispielsweise müsste für den Leistungsbereich Orthopädie und Unfallchirurgie mit seinen zugehörigen vier endoprothetischen Leistungsgruppen Endoprothetik Hüfte, Endoprothetik Knie, Revision Hüftendoprothese und Revision Knieendoprothese und ggf. der weiteren Leistungsgruppe Wirbelsäulenchirurgie das Krankenhaus mindesten fünf, statt der drei in Anlage 1 zu § 135e SGB V jeweils geforderten Fachärzte vorhalten. Änderungsvorschlag Absatz 4 Satz 1 Nr. 6c wird wie folgt gefasst: <i>„Fachärzte innerhalb eines Gebietes entsprechend ihrer Qualifikation für alle geeigneten Leistungsgruppen des Gebietes, die einem Krankenhaus für diesen Krankenhausstandort nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurden, berücksichtigt werden können; Fachärzte können entsprechend ihrer Qualifikation grundsätzlich nur in einem Gebiet nach der (Muster)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer berücksichtigt werden; die Berücksichtigung eines Arztes oder einer Ärztin für mehrere Standorte und/ oder Gebiete setzt die Aufteilung der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit des Arztes/ der Ärztin in mehrere Stellenanteile voraus;“</i>
§ 135e Abs. 4 SGB V	Regelungen zu Belegärzten	In Absatz 4 Satz 1 Nr. 6d wurde mit dem KHAG klargestellt, dass in ausgewiesenen Belegabteilungen anstelle eines Vollzeitäquivalentes für Krankenhausärztinnen und -ärzte ein Belegarzt mit vollem vertragsärztlichen Versorgungsauftrag angerechnet werden kann. Diese Regelung ist zwar grundsätzlich zu begrüßen, sie ist bezüglich der möglichen Aufteilung des vollen vertragsärztlichen

		Versorgungsauftrages auf zwei Belegärzte jedoch auslegungsfähig. Darüber hinaus ist eine Ausnahmemöglichkeit zu fordern, die dafür Sorge tragen kann, die Sicherstellung der Versorgung auch mit zwei, anstatt den zumeist in der Anlage geforderten drei Ärzten (Belegärzten) in Einzelfällen sicherstellen zu können. Dies trägt dem Großteil der Praxis Rechnung, wonach oftmals nur zwei Belegärzte verfügbar sind, insbesondere im ländlichen Raum. Änderungsvorschlag Absatz 4 Satz 1 Nr. 6d ist somit wie folgt zu formulieren: <i>„in Fällen, in denen das Krankenhaus eine Versorgung durch Belegärzte vorsieht, dem Vollzeitäquivalent in Buchstabe a ein voller vertragsärztlicher Versorgungsauftrag entspricht; dabei kann sich ein voller Versorgungsauftrag auch aus mehreren anteiligen Versorgungsaufträgen zusammensetzen; die in den Buchstaben b und c festgelegten Kriterien gelten entsprechend; die Landesplanungsbehörden können zur Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung Ausnahmen vorsehen, und“</i>
§ 135e Abs. 4 SGB V	Teleradiologische oder telemedizinische Leistungen	Im derzeitigen Gesetzestext sind in der Anlage 1 zahlreiche Detailregelungen enthalten, die die teleradiologische Leistungserbringung sowohl innerhalb einzelner Leistungsgruppen als auch gerätebezogen unterschiedlich ausgestalten. Eine sachgerechte, aber einheitliche Regelung wäre wünschenswert. Zudem gewinnt die Telemedizin als ein unverzichtbares Instrument zentrale Bedeutung, um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten, Zugangsbarrieren abzubauen und die Effizienz des Gesundheitssystems zu steigern. „Telemedizin ermöglicht es, unter Einsatz von Kommunikationstechnologien trotz räumlicher Trennung z. B. Diagnostik, Konsultation, Monitoring und medizinische Dienste anzubieten. Insbesondere im ländlichen Raum ist Telemedizin ein wichtiger Bestandteil der medizinischen Versorgung.“

		(https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/t/telemedizin.html) Bislang ist der Einsatz von telemedizinischen Leistungen und Telekooperationen im Entwurf zum Gesetz nur unzureichend berücksichtigt und auf wenige Anwendungsfelder beschränkt. Die Krankenhäuser müssen in die Lage versetzt werden, bestimmte, aus Sicht der Krankenhausplanung notwendige Leistungen telemedizinisch anbieten zu können. Daher sollen die Planungsbehörden der Länder bei der Zuweisung von Leistungsgruppen in geeigneten Fällen die Erfüllung von Qualitätskriterien auch durch telemedizinische Leistungen berücksichtigen. Änderungsvorschlag Einfügen zweier neuer Sätze in Absatz 4 Satz 1 Nr. 4: <i>„Bei Vorliegen einer Genehmigung zur Teleradiologie gemäß StrlSchG §§ 12 und 13 können entsprechende Leistungen in teleradiologischer Form erbracht werden. Die Planungsbehörden der Länder können bei der Zuweisung von Leistungsgruppen in geeigneten Fällen die Erfüllung von Qualitätskriterien auch durch telemedizinische Leistungen berücksichtigen.“</i>
§ 135e Abs. 4 SGB V	Kooperationsmöglichkeiten nach Nr. 7	In Nr. 7b SGB V ist aktuell geregelt, dass Krankenhäuser ein Qualitätskriterium auch in Kooperationen und Verbünden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen können, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist. Hier bedarf es einer engeren Einbindung der zuständigen Landesbehörden für die Krankenhausplanung, da nur diese die Sicherstellungserforderlichkeit bestätigen können. Änderungsvorschlag § 135e Absatz 4 Nr. 7b wird wie folgt gefasst:

		„dies aus Sicht der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist.“
§ 6a Satz 1 AsylbLG, § 25 Satz 1 SGB XII	Notfallpatienten ohne Versicherungsstatus/ Reform der Nothelfer-Paragrafen	Nach § 6a AsylbLG und § 25 SGB XII werden die Aufwendungen des hilfeleistenden Krankenhauses im „gebotenen Umfang“ durch den Träger der Sozialhilfe erstattet, wenn es einem anderen Leistungen erbracht hat, die bei rechtzeitigem Einsetzen der Sozialhilfe nicht zu erbringen gewesen wären. Die Sozialhilfe setzt nach § 18 Abs. 1 SGB XII ein, sobald dem Träger der Sozialhilfe bekannt wird, dass die Voraussetzungen für die Leistungen vorliegen. Die praktische Durchsetzbarkeit entsprechender „Nothelferansprüche“ der Krankenhäuser wird durch die bestehende Beweislastregelung und die Zäsur-Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes erschwert. Die derzeitigen Regelungen des § 6a AsylbLG und des § 25 SGB XII führen im Krankenhaus zu stetig steigenden Erlösausfällen und bedürfen daher dringend einer Änderung: Änderungsvorschläge 1. § 6a Satz 1 AsylbLG und § 25 Satz 1 SGB XII werden wie folgt geändert und es wird jeweils ein neuer Satz 3 angefügt: § 25 SGB XII: <i>Hat jemand in einem Eilfall einem Anderen Leistungen erbracht, die bei rechtzeitigem Einsetzen von Sozialhilfe nicht zu erbringen gewesen wären, sind ihm die angemessenen Aufwendungen, die ihm während des gesamten Behandlungszeitraumes entstehen, zu erstatten, wenn er sie nicht auf Grund rechtlicher oder sittlicher Pflicht selbst zu tragen hat. Dies gilt nur, wenn die Erstattung innerhalb angemessener Frist beim zuständigen Träger der Sozialhilfe beantragt wird. In medizinisch unabweisbaren Notfällen werden die</i>

		Hilfebedürftigkeit und die Leistungsberechtigung des Patienten zugunsten des Krankenhauses vermutet. § 6a AsylbLG: <i>Hat jemand in einem Eilfall einem anderen Leistungen erbracht, die bei rechtzeitigem Einsetzen von Leistungen nach den §§ 3, 4 und 6 nicht zu erbringen gewesen wären, sind ihm die angemessenen Aufwendungen, die ihm während des gesamten Behandlungszeitraumes entstehen, zu erstatten, wenn er sie nicht auf Grund rechtlicher oder sittlicher Pflicht selbst zu tragen hat. Dies gilt nur, wenn die Erstattung innerhalb angemessener Frist beim zuständigen Träger des Asylbewerberleistungsgesetzes beantragt wird. In medizinisch unabweisbaren Notfällen werden die Hilfebedürftigkeit und die Leistungsberechtigung des Patienten zugunsten des Krankenhauses vermutet.</i> 2. Alternativ zu dieser möglichen Gesetzesänderung könnte der Anspruch des im Notfall tätig gewordenen Krankenhauses in Anlehnung an § 123 Abs. 6 SGB IX auch als Direktanspruch des leistungserbringenden Krankenhauses gegenüber dem Träger der Sozialhilfe ausgestaltet werden. § 25 SGB XII: <i>Hat jemand in einem Eilfall einem Anderen Leistungen erbracht, die bei rechtzeitigem Einsetzen von Sozialhilfe nicht zu erbringen gewesen wären, hat der Leistungserbringer gegen den Träger der Sozialhilfe einen Anspruch auf Vergütung der gegenüber dem Leistungsberechtigten erbrachten Leistungen der Sozialhilfe, wenn er sie nicht auf Grund rechtlicher oder sittlicher Pflicht selbst zu tragen hat.</i> § 6a AsylbLG:

		<i>Hat jemand in einem Eilfall einem anderen Leistungen erbracht, die bei rechtzeitigem Einsetzen von Leistungen nach den §§ 3, 4 und 6 nicht zu erbringen gewesen wären, hat der Leistungserbringer gegen den Träger der Sozialhilfe einen Anspruch auf Vergütung der gegenüber dem Leistungsberechtigten erbrachten Leistungen der Sozialhilfe, wenn er sie nicht auf Grund rechtlicher oder sittlicher Pflicht selbst zu tragen hat.</i> 3. Ferner wäre eine Ausnahme von dem in § 17 Abs. 1 Satz 2 SGB XII geregelten Abtretungsverbot in Erwägung zu ziehen. Den Krankenhäusern müsste die Möglichkeit eingeräumt werden, zum Zwecke der Kostenerstattung von Krankenhausbehandlung auch bereits die Feststellung des Kostenanspruches zu betreiben. Nach § 17 Abs. 1 Satz 2 SGB XII wird ein Satz 3 angefügt: <i>Der Anspruch auf Krankenbehandlung geht im Rahmen von Nothelferleistungen auf den Leistungserbringer über.</i>
§ 275a Abs. 7 S. 2 Nr. 1 SGB V	Dreimonatiger Vorhaltezeitraum bei erstmaliger oder erneuter Leistungserbringung	§ 275a Abs. 7 Satz 2 Nr. 1 SGB V sieht vor, dass Krankenhäuser, wenn sie erstmalig oder erneut eine Leistung, die das Erfüllen bestimmter, in einem OPS-Kode definierter Strukturmerkmale voraussetzt, erbringen wollen, diese Strukturmerkmale für einen Zeitraum von drei Monaten vor der Anzeige des Krankenhauses vorzuhalten haben. Diese Regelung sorgt für Unklarheit, ob die in diesem Vorhaltezeitraum vom Krankenhaus erbrachten Leistungen auch zu vergüten sind. Zudem ist kein sachlicher Grund für das Erfordernis des Vorhaltezeitraumes erkennbar. Die in § 275a Abs. 7 Satz 1 Nr. 1 SGB V enthaltene, vergleichbare Sonderregelung für den Fall der Erbringung einer erstmalig abrechnungsrelevanten Leistung sieht zwar auch eine Anzeige des Krankenhauses, aber keinen dreimonatigen Vorhaltezeitraum hinsichtlich der zu erfüllenden Strukturmerkmale vor.

		Änderungsvorschlag § 275a Abs. 7 Satz 2 Nr. 1 SGB V wird wie folgt gefasst: <i>„Krankenhäuser können abweichend von Absatz 6 Satz 6 bis zum Abschluss einer Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale, längstens bis zu sechs Monate ab dem Tag der in Nummer 1 genannten Anzeige, erbrachte Leistungen abrechnen, wenn sie dem zuständigen Medizinischen Dienst, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung unter Angabe des betreffenden Standortes des Krankenhauses auf elektronischem Wege angezeigt haben, dass sie die im Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 festgelegten Strukturmerkmale des Kodes, der der jeweiligen Leistung zugrunde liegt, während der drei dieser Anzeige vorhergehenden Kalendermonate als erfüllt und nachweisbar ansehen, und...“</i>

Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf zu <u>Anlage 1 gem. § 135e SGB V</u>		
Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
Nr. 15 (Artikel 1): Anlage 1 zu § 135e SGB V	Ergänzung der Anlage 1 um einen <i>Allgemeinen Teil</i>	Die Spaltenüberschriften der Anlage 1 geben die Struktur für die Qualitätskriterien vor (Verwandte LG, Sachliche Ausstattung, Personelle Ausstattung), wiederkehrende Formulierungen spezifizieren die Anforderungen je Leistungsgruppe. Im fachlichen Austausch zeigen sich sowohl zu den Spaltenüberschriften als auch zu wiederkehrenden Formulierungen sowie zu weiteren Inhalten deutliche Interpretationsunterschiede. Dies erschwert die sachgerechte Anwendung der Regelungen und führt zu Konflikten, die sich zwischen Leistungserbringern und Vertretern des MD bereits heute abzeichnen. Missverständliche Anforderungen sollten daher im Sinne einer konfliktfreien und bürokratiearmen Anwendung, wie auch im NRW-Krankenhausplan erfolgt, kurz und verbindlich erläutert werden. Dies trägt im Übrigen auch zu mehr Akzeptanz der Regelungen bei. Bei Bedarf wären dort zudem ergänzende Hinweise zu einfach beizubringenden Nachweisen für ein anerkanntes Prüfgeschehen vorstellbar. Der Leistungsgruppenausschuss (LGA) hat bereits mehrfach die Klärung bestimmter Formulierungen angeregt. Für diesen Zweck wird vorgeschlagen, der Anlage 1 einen <i>Allgemeinen Teil</i> voranzustellen. Änderungsvorschlag In Abs. 1 Satz 1 wird nach der Nr. 2d folgende neue Nr. 3 eingefügt: <i>„3. die Leistungsgruppen durch einen Allgemeinen Teil für ergänzende Erläuterungen zu erweitern“.</i> Die fortlaufende Nummerierung ist entsprechend anzupassen.
Nr. 15 (Artikel 1):	Definition für die Verfügbarkeit „jederzeit“ im Allgemeinen Teil	Für eine einheitliche Anwendung des Begriffes „jederzeit“ in der Anlage 1 zu § 135e SGB V ist eine Regelung erforderlich, die klarstellt, wie die Verfügbarkeit „jederzeit“ sichergestellt werden kann.

Anlage 1 zu § 135e SGB V		Änderungsvorschlag Aufnahme der folgenden Regelung in den Allgemeinen Teil, hilfsweise in § 135e SGB V. „Die Verfügbarkeit „jederzeit“ kann außerhalb des Regeldienstes mindestens durch Rufbereitschaft oder durch Anwesenheitsdienste wie Schicht- oder Bereitschaftsdienst sichergestellt werden.“
LG 1	Allgemeine Innere Medizin	Um den bürokratischen Aufwand zu reduzieren, sollten einfache, für die LG typische medizinische Ausstattungen nicht gefordert werden. Da das Sonographiegerät zur Grundausstattung eines Krankenhauses mit allgemeiner Innerer Medizin gehört, ist es in den Anforderungen der „Sachlichen Ausstattung“ zu streichen. Ebenso ist eine präzise Benennung der bestehenden Anforderungen der „Sachlichen Ausstattung“ notwendig. Entsprechend ist die Erweiterung des Begriffs „Endoskopie“ um „Gastrointestinale“ erforderlich. Änderungsvorschlag In der Spalte „Sachliche Ausstattung“ wird das Sonographiegerät gestrichen. Ebenfalls ist in dieser Spalte vor dem Begriff „Endoskopie“ das Wort „Gastrointestinale“ zu ergänzen.
LG 2	Komplexe Endokrinologie	Bei der Angabe „<i>Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden: LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin</i>“ in der Spalte <i>Standort</i> handelt es sich um einen Übertragungsfehler. Der LGA hatte sich bereits auf die unten vorgeschlagene Änderung verständigt. Die Vorhaltung der LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin wird hier durch die geänderte Formulierung mit entsprechenden Strukturanforderungen in der LG 2 verknüpft. Änderungsvorschlag Der letzte Absatz unter Erbringung verwandter LG in der Spalte <i>Standort</i> ist hier zu streichen („<i>Sofern Kinder und Jugendliche ...</i>“).

		Dafür ist in der Spalte <i>Verfügbarkeit</i> am Ende folgender Satz zu ergänzen: <i>„Diese Alternative setzt die Vorhaltung der LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin am Standort voraus.“</i> Hierdurch werden die Strukturanforderungen mit der Versorgung der Kinder verknüpft.
LG 4, 5, 6	Komplexe Gastroenterologie, Nephrologie und Pneumologie	Der Facharzt aus dem Gebiet der Inneren Medizin ist in der Spalte <i>Verfügbarkeit</i> genannt. Um widersprüchliche Regelungen zu vermeiden, ist die Ergänzung des Facharztes in der Spalte <i>Qualifikation</i> ebenfalls erforderlich. Änderungsvorschlag In den drei LG ist in der Spalte Qualifikation jeweils der „FA aus dem Gebiet der Inneren Medizin“ am Ende zu ergänzen.
LG 4	Komplexe Gastroenterologie	Um den bürokratischen Aufwand zu reduzieren, sollte einfache, für die LG typische medizinische Ausstattung nicht gefordert werden; entsprechend ist die Sonographie zu streichen. Änderungsvorschlag: In der Spalte „Sachliche Ausstattung“ ist die Sonographie zu streichen.
LG 5	Komplexe Nephrologie	Die LG „Komplexe Nephrologie“ beinhaltet eine spezialisierte stationäre Versorgung von bisweilen schwer kranken, instabilen Patienten. Zudem werden teilweise auch Isolationsräume für Patienten mit kontagiösen Erkrankungen oder Eingriffsräume für interventionelle und operative Eingriffe benötigt. Die räumliche, sachliche und personelle Ausstattung entspricht dadurch bereits in weiten Teilen einer Intensivstation. Eine zusätzliche LG Intensivstation ist somit weder räumlich noch fachlich notwendig.

		Änderungsvorschlag: Streichung der LG Intensivmedizin in den Mindestvoraussetzungen der am Standort zu erbringenden verwandten LG
LG 7	Komplexe Rheumatologie	In den LG 4-6 (Komplexe Gastroenterologie, Nephrologie und Pneumologie) sind ebenfalls FÄ aus dem Gebiet der Inneren Medizin als möglicher dritter FA in der Spalte <i>Verfügbarkeit</i> genannt. Dies sollte äquivalent auch für die Komplexe Rheumatologie gelten. Um die Spalten „Qualifikation“ und „Verfügbarkeit“ der „Personellen Ausstattung“ kongruent zu gestalten, sind der FA aus dem Gebiet der Inneren Medizin und der FA Orthopädie und Unfallchirurgie in der Spalte „Qualifikation“ aufzunehmen. Vor dem Hintergrund der begrenzten Verfügbarkeit notwendiger Fachärzte und der ohnehin langen Wartezeiten für die Versorgung der Patienten soll dieser Vorschlag einer stabileren qualifizierten Versorgung Rechnung tragen. Des Weiteren sollte einfache, für die LG typische medizinische Ausstattung nicht gefordert werden, um den bürokratischen Aufwand zu reduzieren; entsprechend ist das Sonographiegerät zu streichen. Änderungsvorschlag: In der Spalte <i>Verfügbarkeit</i> der personellen Ausstattung ist folgender Satz zu ergänzen: <i>„Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Rheumatologie oder FA Orthopädie und Unfallchirurgie mit ZW Orthopädische Rheumatologie, dritter FA kann FA aus dem Gebiet Innere Medizin oder FA für Orthopädie und Unfallchirurgie sein“.</i> In der Spalte <i>Qualifikation</i> der personellen Ausstattung sind der FA Orthopädie und Unfallchirurgie und der FA aus dem Gebiet der Inneren Medizin zu ergänzen. In der Spalte „Sachliche Ausstattung“ ist das Sonographiegerät zu streichen.

LG 8	Stammzelltransplantation	Die Anforderungen „<i>Sofern allogene Stammzelltransplantationen durchgeführt werden: Einzelzimmer mit eigener Schleuse und kontinuierlichem Überdruck und gefilterter Luftzufuhr</i>“ übersteigen in Teilen die Empfehlung „<i>Anforderungen an die Infektionsprävention bei der medizinischen Versorgung von immunsupprimierten Patienten</i>“ des Robert Koch-Instituts (Bundesgesundheitsblatt 2021, 64:232–264; https:// doi.org/ 10.1007/ s00103- 020- 03265-x), die speziell auf Patientinnen und Patienten mit Stammzelltransplantation eingeht. Die bestehende LG-Anforderung ist insofern fachlich nicht geeignet. Gleichzeitig würden hierdurch vermeidbare Doppelvorgaben im Sinne der Entbürokratisierung aufgehoben werden. Änderungsvorschlag Streichung des Absatzes „<i>Sofern allogene Stammzelltransplantationen durchgeführt werden: Einzelzimmer mit eigener Schleuse und kontinuierlichem Überdruck und gefilterter Luftzufuhr</i>“ in der Spalte <i>Sachliche Ausstattung</i>. Stattdessen ist in der Spalte „<i>Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen</i>“ auf die Richtlinie des RKI zu verweisen: „<i>Zur Unterbringung der Patienten/innen nach allogener Stammzelltransplantation gelten die diesbezüglichen „Anforderungen an die Infektionsprävention bei der medizinischen Versorgung von immunsupprimierten Patienten“ des Robert Koch-Instituts (Bundesgesundheitsblatt 2021, 64:232–264; S. 242) in seiner jeweils aktuellen Fassung.</i>“
LG 9	Leukämie und Lymphome	Die Fallzahlen in einer LG Stammzelltransplantation liegen deutlich unter denen einer LG Leukämie und Lymphome (InEK-Browser für 2024: OPS 8-863.0 Allogene Stammzelltherapie 144 Fälle, ICD-10-GM Chronische lymphatische Leukämie B-Zell-Typ = häufigste Leukämie-Form bei Erwachsenen, ohne komplette Remission 6.104 Fälle). Stammzelltransplantationen werden nur an wenigen, in aller Regel sehr großen Krankenhäusern angeboten. Die Voraussetzung einer LG Stammzelltherapie, auch in Kooperation, würde die Erbringung einer LG Leukämie und Lymphome erheblich erschweren.

		Änderungsvorschlag: Streichung der LG Stammzelltransplantation als Mindestvoraussetzung in den in Kooperation zu erbringenden verwandten LG.
LG 14	Allgemeine Chirurgie	Zahlreiche Hinweise deuten darauf hin, dass sich im Bereich der Allgemeinen Chirurgie spezialisierte chirurgische Abteilungen mit erheblichen Problemen konfrontiert sehen. Diesen Abteilungen muss es ermöglicht werden, diejenigen Fachärzte einstellen zu können, die sie für die Versorgung ihrer Patienten benötigen. Der an dieser Stelle im Leistungsgruppenkatalog einmalig vorgesehene Ersatz eines Facharztes für Allgemeinchirurgie durch zwei andere Fachärzte (ein FA für Viszeralchirurgie und ein FA für Orthopädie und Unfallchirurgie) trägt der Spezialisierung nicht Rechnung. Es ist daher erforderlich, Voraussetzungen zu schaffen, die es sowohl allgemeinchirurgisch ausgerichteten Abteilungen als auch chirurgisch spezialisierten Abteilungen ermöglichen, ihre Leistungen mit den notwendigen Fachärzten sicherzustellen. Des Weiteren soll einfache, für die LG typische medizinische Ausstattung nicht gefordert werden, um den bürokratischen Aufwand zu reduzieren; entsprechend ist das Sonographiegerät zu streichen. Änderungsvorschlag: In der Spalte <i>Verfügbarkeit</i> ist unter der personellen Ausstattung folgende Änderung vorzunehmen: Hinter den Wörtern „1 FA für Orthopädie und Unfallchirurgie“ ist das Wort „und“ durch ein „oder“ zu ersetzen. In der Spalte „Sachliche Ausstattung“ ist das Sonographiegerät zu streichen.
LG 15	Kinder- und Jugendchirurgie	Um den bürokratischen Aufwand zu reduzieren, sollte einfache, für die LG typische medizinische Ausstattung nicht gefordert werden; entsprechend ist die Sonographie zu streichen.

		Änderungsvorschlag: In der Spalte <i>Sachliche Ausstattung</i> ist die Sonographie zu streichen.
LG 19	Carotis operativ/interventionell	Zu den Handlungskompetenzen des FA Radiologie gehören laut Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer „<i>Indikation, Durchführung und Befunderstellung von interventionellen/endovaskulären, minimal-invasiven radiologischen Verfahren einschließlich vaskulärer Interventionen</i>“. Bei den Mindestvoraussetzungen ist daher in der Spalte <i>Qualifikation</i> der FA Radiologie zu ergänzen. Änderungsvorschlag Ergänzung des FA Radiologie in der Spalte <i>Qualifikation</i> bei den <i>Mindestvoraussetzungen</i>.
LG 20	Komplexe periphere arterielle Gefäße	Eingriffe an den Nierenarterien machen nur einen Bruchteil der in der LG adressierten Verfahren aus. Eine Vorhaltung der LG Komplexe Nephrologie ist daher aus fachlicher Sicht nicht erforderlich. Änderungsvorschlag In den Spalten der Verwandte LG ist die LG Komplexe Nephrologie sowohl bei den <i>Mindestvoraussetzungen</i> als auch dem <i>Auswahlkriterium</i> zu streichen.
LG 27	Spezielle Traumatologie	Die Leistungsgruppe „Spezielle Traumatologie“ sollte vorerst ausgesetzt werden, bis die konzeptionellen Anforderungen überarbeitet sind. Beispielsweise besteht unverkennbar ein enger Zusammenhang zwischen Notfallmedizin und spezieller Traumatologie, jedoch ist die Bezugnahme auf § 16 Abs. 1 Nr. 2 (NotfallSt-R) mit der kontinuierlichen Möglichkeit der perkutanen koronaren Intervention im vorliegenden Kontext nicht schlüssig. Die spezielle Traumatologie orientiert sich vielmehr an den Verletzungsarten-Verfahren der gesetzlichen Unfallversicherungen sowie an den Vorgaben des Weißbuchs zur Versorgung Schwerverletzter. Daher ist eine Überprüfung der Ausrichtung dieser Leistungsgruppe erforderlich. Die derzeitigen Anforderungen an Sachliche

		Ausstattung, Strukturen und Prozessvoraussetzungen sind teils divergierend, teils redundant und verweisen an mehreren Stellen auf Strukturempfehlungen anderer Fachgesellschaften. Änderungsvorschlag Die LG Spezielle Traumatologie wird zunächst ausgesetzt.
LG 29	Thoraxchirurgie	Unter den <i>Auswahlkriterien</i> sind verwandte LG in der Spalte <i>Kooperation</i> aufgeführt, die keine medizinische Nähe zur Thoraxchirurgie aufweisen (z. B. Endoprothetik Knie und Hüfte, Bariatrische Chirurgie, Tiefe Rektumeingriffe). Auch vor dem Hintergrund aufwendiger Nachweise sollte auf solche LG verzichtet werden. Änderungsvorschlag Hinter der LG Komplexe periphere arterielle Gefäße in der Spalte <i>Kooperation</i> in den <i>Auswahlkriterien</i> sind alle weiteren Ausführungen zu streichen.
LG 35	Augenheilkunde	Die Notwendigkeit einer allgemeinchirurgischen Mitbehandlung besteht bei Augenerkrankungen in aller Regel nicht. Des Weiteren sollte einfache, für die LG typische medizinische Ausstattung nicht gefordert werden, um den bürokratischen Aufwand zu reduzieren; entsprechend ist das Sonographiegerät zu streichen. Änderungsvorschlag Verschieben der LG Allgemeine Chirurgie aus den Verwandten LG, Spalte <i>Kooperation</i> unter den <i>Mindestvoraussetzungen</i> an die gleiche Stelle unter den <i>Auswahlkriterien</i>. In der Spalte <i>Sachliche Ausstattung</i> ist das Sonographiegerät zu streichen.
LG 36	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Für Krankheitsbilder der Dermatologie und Venerologie ist die Vorhaltung der LG Intensivmedizin am Standort aus fachlicher Sicht nicht erforderlich, da Aufenthalte auf der Intensivstation hier in aller Regel im Voraus abschätzbar sind und intensivpflichtige Notfälle das Krankenhaus über andere

		Zugangswege erreichen. Die LG Intensivmedizin sollte daher in die Spalte <i>Kooperation</i> verschoben werden. Änderungsvorschlag Verschiebung der LG Intensivmedizin aus den Verwandten LG am <i>Standort</i> in die Spalte <i>Kooperation</i>.
LG 37	MKG	Die geforderte LG Intensivmedizin am <i>Standort</i> erscheint fachlich nicht sachgerecht, da hier Aufenthalte auf der Intensivstation in aller Regel im Voraus abschätzbar sind und intensivpflichtige Notfälle das Krankenhaus über andere Zugangswege erreichen. In der Spalte <i>Kooperation</i> wäre die LG Intensivmedizin für die Versorgung der Patienten ausreichend. Ein medizinischer Zusammenhang zwischen der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie und der Endoprothetik bzw. Revision von Knie- und Hüftgelenk ist nicht herstellbar. Die Auflistung der 4 genannten Leistungsgruppen ist daher ersatzlos zu streichen. Änderungsvorschlag Die LG Intensivmedizin ist in die Spalte <i>Kooperation</i> zu überführen. In der Spalte <i>Verwandte Leistungsgruppe, Standort</i> ist in der Zeile <i>Auswahlkriterium</i> der gesamte Text nach der LG Neurochirurgie zu streichen.
LG 42, 43	Geburten, Perinataler Schwerpunkt	Die LG bedürfen einer umfassenden Prüfung und Anpassung. In LG 42 (Geburten) werden lediglich die Mütter abgebildet. Siehe hierzu auch entsprechende Hinweise des InEK. In der LG 43 (Perinataler Schwerpunkt) werden neben den der G-BA-RL entsprechenden Neugeborenen der Versorgungsstufe „Perinataler Schwerpunkt“ auch die gesunden Neugeborenen der Versorgungsstufe „Geburtsklinik“ nach G-BA-RL abgebildet. Für „Geburtskliniken“ gelten andere Strukturvorgaben als für Kliniken mit „Perinatalem Schwerpunkt“ gemäß den 4 Versorgungsstufen der G-BA-Richtlinie über „Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen“. Demnach müssten zukünftig auch „Geburtskliniken“ der Versorgungsstufe IV nach

		G-BA-RL (QFR-RL) die höheren Anforderungen der Versorgungsstufe III nach QFR-RL „Perinataler Schwerpunkt“ erfüllen. Hier ist eine Anpassung erforderlich.
LG 43-45	Perinataler Schwerpunkt, Perinatalzentrum Level 1, Perinatalzentrum Level 2	Es ist zu beachten, dass ein Krankenhaus der höchsten Versorgungsstufe mit der LG 44 – Perinatalzentrum Level 1 gleichermaßen Fälle behandelt, die anhand der Falldaten einer niedrigeren Versorgungsstufe entsprechend den Leistungsgruppen Perinatalzentrum Level 2/ Perinataler Schwerpunkt zugeordnet werden. Hier ist eine Anpassung erforderlich. Es ist eine Regelung zu schaffen, die Krankenhäusern mit einer LG, die einer höheren Versorgungsstufe entspricht, die Befugnis einräumt, Patienten zu versorgen, deren Behandlungsbedarf den Anforderungen einer LG einer niedrigeren Versorgungsstufe entspricht.
LG 48, 49	Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltrans- plantation/ Leukämie und Lymphome	In den beiden Leistungsgruppen wird „<i>Telemedizinische Behandlung</i>“ als Auswahlkriterium benannt. Dies sind die einzigen Stellen der Anlage 1, in denen die Telemedizin als Option explizit erwähnt wird. Eine telemedizinische (Mit-)Behandlung (die je nach individuellem Patientenfall Anamnese, Diagnostik und Therapie umfassen kann) stellt jedoch grundsätzlich eine Möglichkeit der effizienten und schonenden Patientenversorgung dar. Sie sollte daher sowohl am Standort als auch im Rahmen von Kooperationen für andere LG jederzeit möglich sein, sofern nicht medizinische Gründe dagegensprechen. Entsprechende Vorgaben könnten beispielsweise auch in dem ebenfalls vorgeschlagenen „Allgemeinen Teil“ aufgegriffen werden. Hier ist eine Anpassung erforderlich. Änderungsvorschlag Siehe Anlage 1 der DKG-Stellungnahme zum RefE KHAG
LG 50	HNO	In aller Regel besteht bei Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem HNO-Bereich keine Notwendigkeit einer unmittelbaren allgemeinchirurgischen oder allgemeininternistischen Mitbehandlung. Die (mögliche) Notwendigkeit einer intensivmedizinischen Behandlung ist

		regelmäßig voraussehbar. Intensivpflichtige Notfälle gelangen über andere Wege in das Krankenhaus. Die LG Allgemeine Chirurgie, LG Allgemeine Innere Medizin und LG Intensivmedizin können daher auch in <i>Kooperation</i> erbracht werden. Änderungsvorschlag Die LG Allgemeine Chirurgie, LG Allgemeine Innere Medizin und die LG Intensivmedizin sind aus der Spalte Verwandte LG, <i>Standort</i> in die Spalte <i>Kooperation</i> zu überführen.
LG 52	Neurochirurgie	Um den bürokratischen Aufwand zu reduzieren, sollten einfache, für die LG typische medizinische Ausstattungen nicht gefordert werden. Dem Beispiel des LGA folgend, können die Evozierten Potentiale analog zu EKG und Sonografie gleichermaßen gestrichen werden, ohne Gefahr zu laufen, die Patientenversorgung zu verschlechtern. Änderungsvorschlag Streichung der Evozierten Potentiale aus der Spalte <i>Sachliche Ausstattung</i>.
LG 53	Allgemeine Neurologie	Spezialisierte Kliniken, die sich auf die Versorgung bestimmter Patientengruppen fokussieren, benötigen nicht immer ein CT/ MRT (z. B. Parkinsonfachkliniken). Die Möglichkeit der Kooperation sollte daher für sie eröffnet werden, um Strukturvorgaben zu vermeiden, die nicht notwendig sind. Zudem hatte der LGA empfohlen, das EEG, EMG und ENG zu streichen, da es sich um einfache Grundleistungen handelt. Dieser Empfehlung sollte gefolgt werden. Änderungsvorschlag CT und MRT sind in der Spalte <i>Sachliche Ausstattung</i> um die Worte „für Fachkrankenhäuser mindestens in Kooperation“ zu ergänzen. Des Weiteren sind die Leistungen EEG, EMG und ENG zu streichen.
LG 54	Stroke unit	Ursachen des Schlaganfalls sind vielfach im Fachgebiet der Inneren Medizin zu suchen. Erforderlich sind in der Regel diagnostische und therapeutische Maßnahmen, für die keine allgemein-

		internistische Station vor Ort notwendig ist. Eine Kooperation mit der LG 1 wäre daher ausreichend. Die LG 1 ist aus der Spalte <i>Erbringung verwandter LG, Standort</i> in die Spalte <i>Erbringung verwandter LG, Kooperation</i> zu verschieben. Änderungsvorschlag Die LG Allgemeine Innere Medizin ist von der Spalte <i>Erbringung verwandter LG, Standort</i> in die Spalte <i>Erbringung verwandter LG, Kooperation</i> zu verschieben.
LG 57	Palliativmedizin	Unter der Personellen Ausstattung sind in der Spalte <i>Qualifikation</i> zusätzlich die FA aus den Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung gemäß MWBO zu ergänzen, da diese die ZW Klinische Palliativmedizin erwerben können. Da nur zwei FA mit ZW Palliativmedizin verfügbar sein müssen, kann der dritte FA aus der oben genannten Gruppe von FA gewählt werden. Änderungsvorschlag In der Spalte Qualifikation (Mindestvoraussetzung) ist „FA aus den Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung“ zu ergänzen.
LG 58-63	Transplantationen	In allen LG sind die aufgeführten und nachzuweisenden Transplantationsbeauftragten und die interdisziplinären Transplantkonferenzen in der Spalte <i>Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen</i> im Sinne des Bürokratieabbaus zu streichen, da sie bereits für die Krankenhäuser umfassend im § 9a Transplantationsgesetz (TPG) bzw. in den Richtlinien für die Wartelistenführung und die Organvermittlung gem. § 16 Abs. 1 S. 1 Nrn. 2 und 5 TPG der BÄK geregelt sind. Doppelvorschriften zu gleichen Sachverhalten sind auch hier zu vermeiden. Änderungsvorschlag Streichung der Transplantationsbeauftragten und der Interdisziplinären Transplantkonferenzen in den LG.

LG 62	Nierentransplantation	Eine gleichzeitige Versorgung der Patienten durch Urologen und Viszeralchirurgen ist in der Versorgungspraxis unüblich. Vielmehr wird die Versorgung entweder durch Viszeralchirurgen oder durch Urologen geführt. Insofern werden auch nur 6 FA benötigt, entweder drei Urologen und drei FA Innere Medizin und Nephrologie, oder 3 Viszeralchirurgen und 3 FA Innere Medizin und Nephrologie. Änderungsvorschlag Die Angaben in der Spalte Personelle Ausstattung, <i>Verfügbarkeit</i> sind zu ersetzen durch: <i>„Sechs FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit</i> <i>Davon mindestens drei FA Viszeralchirurgie oder drei FA Urologie sowie jeweils drei FA Innere Medizin und Nephrologie</i> <i>Davon mindestens ein FA mit ZW Transplantationsmedizin“</i>
LG 64	Intensivmedizin	In den Zeilen <i>Qualitätsanforderungen komplex und hochkomplex</i>, Spalte <i>Sachliche Ausstattung</i> wird die Verfügbarkeit bestimmter diagnostischer Verfahren an ein fixes Zeitintervall von <i>„täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr“</i> geknüpft. Dies gilt für die Flexible Bronchoskopie, Ultraschallverfahren und die TEE. Der LGA hatte sich bereits für die LG 1 Allgemeine Innere Medizin darauf verständigt, eine solche Zeitangabe auf die Worte <i>„täglich acht Stunden“</i> zu begrenzen. Fixe Zeitintervalle schränken Krankenhäuser in ihrer Verantwortung und Flexibilität unnötig ein. Eine Angleichung an die Formulierung in der LG 1 erscheint somit sachgerecht. Ansonsten würde die Frage aufgeworfen werden, warum für den gleichen Sachverhalt unterschiedliche Vorgaben in der Anlage 1 stehen. Änderungsvorschlag Änderung der Vorgaben <i>„täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18.00 Uhr“</i> in den Zeilen <i>Qualitätsanforderungen komplex und hochkomplex</i> in der Spalte <i>Sachliche Ausstattung</i> in <i>„täglich acht Stunden“</i>.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)49(2.1)
gel. VB zur öffent. Anh. am
17.12.2025 - KHAG
15.12.2025



Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Anhörung des Gesundheitsausschusses am 17. Dezember 2025

**Zum Antrag der Fraktion Die Linke „Vorhaltungen der
Krankenhäuser verlässlich finanzieren – Ausgliederung
sämtlicher Personalkosten aus den Fallpauschalen“ Bun-
destagsdrucksache 21/2707**

Entwurf Stand
10.12.2025

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

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

AOK-Bundesverband
Die Gesundheitskasse.

Zum Antrag der Linksfraktion nimmt der AOK-Bundesverband wie folgt Stellung:

Mit dem Antrag „Vorhaltungen der Krankenhäuser verlässlich finanzieren – Ausgliederung sämtlicher Personalkosten aus den Fallpauschalen“ auf Bundestagsdrucksache 21/2707 fordert die Linksfraktion, dass der Deutsche Bundestag die Bundesregierung dazu auffordert einen Gesetzentwurf vorzulegen, damit „(...) in Zukunft sämtliche Personalkosten der Krankenhäuser von den Kostenträgern kostendeckend refinanziert werden.“

Zur finanziellen Lage der Krankenhäuser

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) finanziert die Betriebskosten, also die personellen und sächlichen Aufwendungen der Krankenhäuser auskömmlich. Die Einnahmen der Krankenhäuser aus der GKV steigen kontinuierlich, von rd. 81,55 Milliarden Euro im Jahr 2020 auf 102,21 Milliarden Euro in 2024 an. Auch für das Jahr 2025 ist im Rahmen der Finanzentwicklung 1. bis 3. Quartal festzustellen, dass die Ausgaben der GKV für Krankenhausbehandlungen um 9,9 Prozent bzw. 7,4 Milliarden Euro zugenommen haben und somit den maßgeblichen Treiber der hohen Ausgabendynamik darstellen.

Weitere Einnahmen erzielen die Krankenhäuser aus der Behandlung von Patientinnen und Patienten die entweder privat Krankenversichert sind (PKV) oder deren Behandlungskosten über die Berufsgenossenschaften (BG) getragen werden.

Neben den Einnahmen aus der GKV erhielten die Krankenhäuser zwischen 2020 - 2022 rd. 21,5 Milliarden Euro an Freihaltepauschalen und Versorgungsaufschlägen sowie für 2023 und 2024 rd. 6 Milliarden Euro an Energiehilfen aus Steuermitteln. Im Rahmen des Haushaltsbegleitgesetzes 2025 wurde zudem beschlossen, den Krankenhäusern über einen Rechnungszuschlag weitere Finanzmittel zur Verfügung zu stellen. Für das Jahr 2025 wurden hierzu rd. 1,5 Milliarden Euro und für 2026 rd. 2,5 Milliarden bereitgestellt.

Die Einnahmen der Krankenhäuser aus GKV, PKV und BG summieren sich allein für 2024 auf rd. 114 Milliarden Euro – unter Berücksichtigung der rd. zwei Milliarden Euro an Energiehilfe aus Bundesmitteln resultierten rd. 116 Milliarden Euro zur Refinanzierung der Betriebskosten der Krankenhäuser.

Selbst wenn der Vermittlungsausschuss das mit dem Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) geplante kleine Sparpaket umsetzt und die Meistbegünstigungsklausel für das Jahr 2026 aussetzt, werden die Einnahmen der Krankenhäuser allein aus Mitteln der GKV um mindestens acht Milliarden auf 120 Milliarden Euro ansteigen.

Zusammenfassend ist damit festzustellen, dass **keine** Lücke bei der Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser besteht.

Zur Forderung der vollständigen Personalkostenfinanzierung

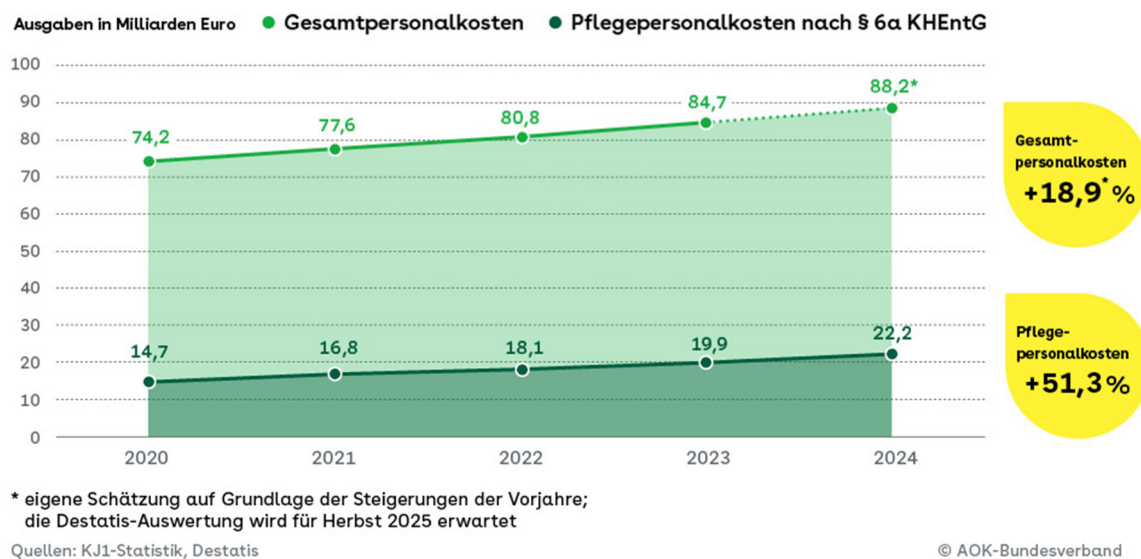
Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) wurde im Jahr 2020 ein Systemwechsel in der Krankenhausfinanzierung vollzogen: Die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen („Pflege am Bett“) wurden aus dem Fallpauschalen-System der Krankenhausversorgung herausgelöst und über ein eigenes Pflegebudget vergütet. Ziel war eine verursachungsgerechte, bedarfsgerechte und transparente Finanzierung der Pflege – vollständig refinanziert durch gesetzliche und private Krankenkassen nach dem Prinzip der Selbstkostendeckung¹.

Diese Systemumstellung verfolgte zentrale gesundheitspolitische Ziele:

- eine nachhaltige Verbesserung der Pflegequalität,
- die Förderung fairer Vergütungsbedingungen für Pflegekräfte,
- die Stärkung der Fachkräftebindung sowie
- die Beseitigung ökonomischer Fehlanreize zulasten des Pflegepersonals.

Das Volumen des Pflegebudgets stieg in den Jahren zwischen 2020 und 2024 von 14,7 auf mehr als 22 Milliarden Euro (plus 51,3 Prozent), während die Gesamtpersonalkosten im gleichen Zeitraum lediglich um 18,9 Prozent angewachsen sind. Zu diesem überproportionalen Aufwuchs trugen die steigenden Gehälter bei, aber auch „Willkommensprämien“ und „Werbefoni“, ebenso wie Ausfall- oder Einspringprämien sowie weitere durch das Selbstkostendeckungsprinzip induzierte Fehlanreize. Eine Wirtschaftlichkeitsprüfung hat der Gesetzgeber dafür ausgeschlossen.

Von 2020 bis 2024 sind die GKV-Ausgaben für Pflege von 14,7 auf 22,2 Milliarden Euro gestiegen.



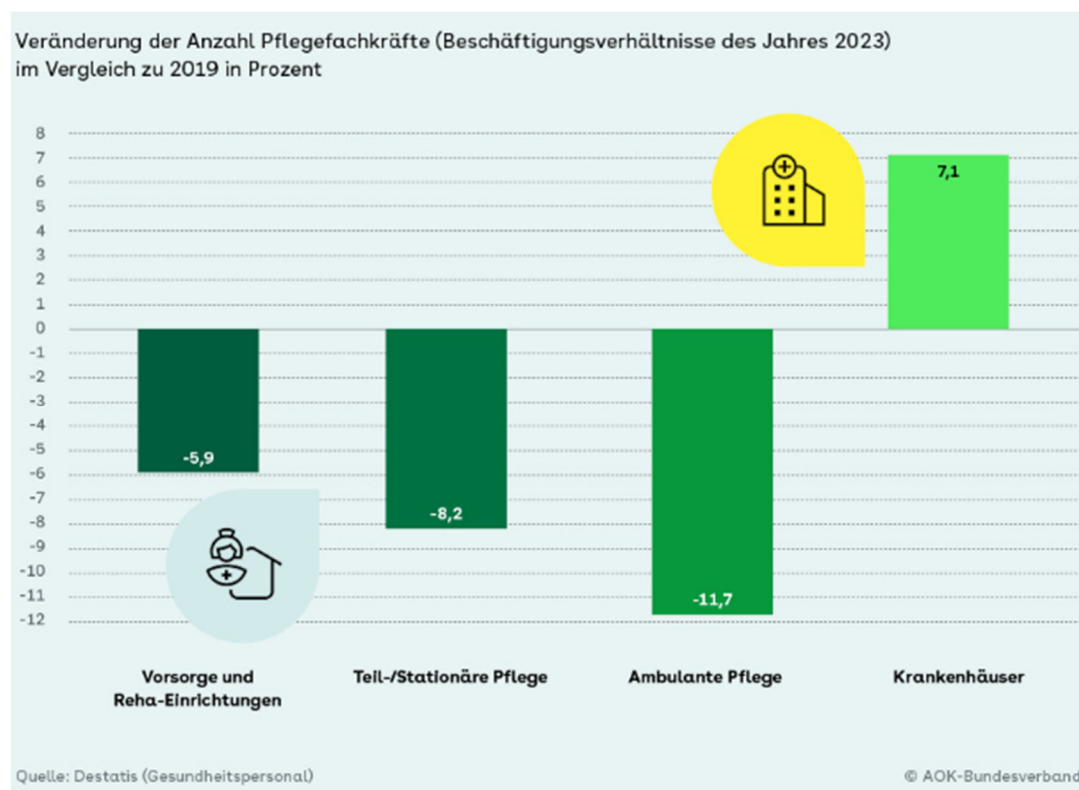
¹ Bundestagsdrucksache 19/5593, S. 87 – Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)

Für die AOK-Gemeinschaft ist klar: Pflege muss bedarfsgerecht finanziert werden – aber mit Qualität, Transparenz und Steuerbarkeit. Dazu braucht es:

- Einbindung qualitätsorientierter Parameter in die Pflegefinanzierung (z. B. Personalschlüssel, Pflegequalität, Einsatzzeiten).
- Verbindliche Transparenzstandards für das Pflegebudget – einschließlich Personalkategorien, Qualifikationsniveaus und tatsächlichem Einsatz am Bett.
- Begrenzung von Mitnahmeeffekten durch verbindliche Vorgaben zur Budgetentwicklung, Benchmarking und Wirtschaftlichkeit.
- Verzahnung mit den Strukturzielen der Krankenhausreform, etwa durch Verknüpfung von Pflegefinanzierung und Leistungsgruppenlogik.
- Pflege ist systemrelevant – aber sie braucht keine systemfremde Finanzierung.

Das Pflegebudget schafft neue Defizite

Die Krankenhäuser sind attraktive Arbeitgeber! – mitunter zum Nachteil anderer Einrichtungen, die Fachkräfte der Gesundheits- und Krankenpflege beschäftigen. Während die Kliniken ihre Personaldecke in der Pflege in den vergangenen Jahren deutlich (7,1 Prozent) stärken konnten, haben andere Einrichtungen entsprechend qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verloren.



Für die Autoren des Pflegereports der Krankenversicherung Barmer liegt die Ursache auf der Hand: „Da Krankenhäuser seit Inkrafttreten des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (...) keiner Beschränkung bei der Zahl der refinanzierbaren Pflegekräfte unterliegen, besteht für die Altenpflege eine ungünstige Konkurrenzsituation“, schreiben die Pflegeforscher Heinz Rothgang und Rolf Müller von der Universität Bremen in einem Bericht. Der Befund gilt nicht nur für stationäre Einrichtungen der Altenpflege, sondern ebenso für Reha-Kliniken und ambulante Pflegedienste: So verzeichnen Reha-Einrichtungen im Jahr 2023 bei ihren Fachkräften der Gesundheits- und Krankenpflege einen Rückgang von fast sechs Prozent gegenüber 2019, Pflegeheime mehr als acht und ambulante Pflegedienste fast zwölf Prozent.

Volle Tarifikostenrefinanzierung für Beschäftigte im Krankenhaus

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) zum 1. Januar 2025 wurde durchgesetzt, dass die Tarifsteigerungen für Beschäftigte im Krankenhaus über die Landesbasisfallwerte vollständig zu refinanzieren sind.

Die seitdem geltende volle Tarifrefinanzierung hat weitreichende Folgen für die Tarifverhandlungen zwischen den Tarifpartnern, da die Tarifpartner nun die Möglichkeit der vollständigen und direkten Weiterreichung der Kostensteigerung sowohl an die GKV als auch PKV und BG hat. Kräftige Lohnzuwächse für die Beschäftigten werden damit eins zu eins an die Beitragszahlergemeinschaft durchgereicht. Hohe Tarifsteigerungen und damit hohe Ausgabensteigerungen für die GKV sind die unmittelbare Folge. Diese Problematik hatte der AOK-Bundesverband bereits in seiner Stellungnahme zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) dargelegt und darin die Streichung der vollen Tarifikostenfinanzierung bereits gefordert.

Beitragslast für Versicherte und Arbeitgebende nicht weiter steigern

Um das Gebot der Wirtschaftlichkeit auch bei den Tarifverhandlungen zu stärken, ist die vollständige Tarifrefinanzierung zu streichen und Tarifierhöhungen werden auf den Orientierungswert begrenzt. Dies stärkt den Anreiz bei den Tarifverhandlungen wirtschaftlich tragbare Tarifabschlüsse zu erzielen.

Fazit

Die Ausgliederung sämtlicher Personalkosten aus den DRGs ist zum einen keine geeignete Form der Krankenhauskostenrefinanzierung. Zum anderen würde die vollständige Refinanzierung der Personalkosten im Krankenhaus nicht nur zu Lasten der ambulanten und stationären Pflege und der Pflege in Reha-Einrichtungen gehen, sondern auch den Sog von ärztlichen Fachkräften in den stationären Versorgungsbereich verstärken und somit die ambulant-vertragsärztliche Versorgung massiv erschweren.

Um zukunftsfähige Krankenhausstrukturen zu schaffen, muss sich die Vorhaltekostenfinanzierung am Versorgungsbedarf in der Bevölkerung orientieren. Um langfristig die realen Versorgungsbedarfe aus der Bevölkerung heraus ermitteln zu können,

muss ein wissenschaftlich fundiertes Instrument zur Bedarfsermittlung entwickelt werden. Mit diesem sollen Bevölkerungsprognosen und Erreichbarkeitsaspekte ermittelt sowie Morbidität, Mitversorgungseffekte und Ambulantisierung berücksichtigt werden.

Vorhaltefinanzierung und Krankenhausplanung müssen somit Hand in Hand gehen, um echte Impulse für die Modernisierung, Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Patientensicherheit zu setzen. Hierzu hat die AOK-Gemeinschaft mit ihrer Stellungnahme zum Gesetzentwurf zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformanpassungsgesetz – KHAG) einen Regelungsvorschlag für eine bedarfsorientierte und fallzahlunabhängige Ausgestaltung der Vorhaltevergütung eingebracht. Der Regelungsvorschlag enthält Maßnahmen, wie die im Koalitionsvertrag vorgesehene Reform der Vorhaltefinanzierung in Verbindung mit einer Reform der Krankenhausplanung umgesetzt werden kann.



15. Dezember 2025

**Stellungnahme des
Bundesverbandes der Belegärzte und Belegkrankenhäuser
zum Kabinettsentwurf des Krankenhausreformanpassungsgesetzes
(KHAG)**

1. Der BdB begrüßt ausdrücklich die vorgesehene Änderung in § 135e IV 6d, wonach „an Stelle eines Vollzeitäquivalentes ein Belegarzt mit vollem vertragsärztlichen Versorgungsauftrag angerechnet werden kann“.

Wir begrüßen zudem den Entfall des Begriffes „*ausgewiesene Belegabteilung*“ im oben bezeichneten Absatz und die in Kabinettsentwurf gewählte Formulierung: „*In Fällen, in denen Ein Krankenhaus eine Versorgung durch Belegärzte vorsieht*“.

Begründung: Die Formulierung war unscharf. Es war unklar, welcher „Ausweis“ gemeint ist. Sollte der jeweilige Landeskrankenhausplan gemeint gewesen sein, so ist zu bedenken, dass Belegabteilungen nicht in allen Bundesländern in Krankenhausplänen explizit verzeichnet werden. Belegabteilungen wären damit auf Bundesländern begrenzt gewesen, in denen nach Landesrecht im jeweiligen Krankenhausplan Belegabteilungen genannt bzw. explizit ausgewiesen werden. Für eine solche Differenzierung fehlt ein geeignetes sachliches Kriterium, das es zulässt Berufsfreiheit einzuschränken.

Im Rahmen des KHVVG werden Belegabteilungen mit weniger als 3 Belegärzten aus der Versorgung ausscheiden müssen. Es ist zu erwarten und es wird bereits in NRW beobachtet, dass Kooperationen zwischen den aus diesen „kleinen“ Abteilungen freigesetzten Belegärzten und benachbarten größeren stationären Einrichtungen erwachsen. Um die Kontinuität der sektorenübergreifenden Versorgung dadurch betroffener Patienten sicherzustellen, sollten Kooperationen zwischen Hauptabteilungen und Belegärzten gesetzlich nicht behindert werden. Die Gleichstellung des Vollzeitäquivalents mit dem vollen Vertragsarztsitz sollte auch aus diesem Grund keine eigenständige Belegabteilung voraussetzen.

2. Es ist unseres Erachtens gesetzlich klarzustellen, dass die sachliche (Geräte)-Ausstattung bei belegärztlicher Versorgung auch in der Praxis vorgehalten werden kann.

Umsetzung: In § 135e Abs. 2 soll in Satz 2 der folgende Einschub (in blau) eingefügt werden:

„Erbringen Krankenhäuser mindestens eine Leistung aus einer Leistungsgruppe, haben sie die für diese Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien am jeweiligen Krankenhausstandort *und im Fall belegärztlicher Leistungen unter Einbeziehung der sachlichen Praxisausstattung* zu erfüllen; § 135d Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend.“

Begründung: Die gesetzliche Klarstellung ist im Sinne der Versorgung, da nach den Vorgaben des § 39 Abs. 5 Satz 3 BMV-Ä Belegärzte nur solche Ärzte sein können, deren Praxis so nahe am Krankenhaus liegt, dass die unverzügliche und ordnungsgemäße Versorgung der ambulant und stationär zu betreuenden Versicherten gewährleistet ist.

**Bundesverband der Belegärzte und
Belegkrankenhäuser e. V.**

Geschäftsstelle
Hainenbachstraße 25
89522 Heidenheim

Telefon: 07321 94691-50
Telefax: 07321 94691-40
info@bundesverband-belegaeerzte.de
www.bundesverband-belegaeerzte.de

VR-Nr.: Ulm VR 721756
Amtsgericht Ulm

Bankverbindung

Deutsche Apotheker- und Ärztekasse
IBAN: DE26 3006 0601 0002 0849 96
BIC: DAAEDEDXXX

Vorstand

Dr. med. Ryszard van Rhee
Vorsitzender

Dr. med. Peter Kollenbach
Stellv. Vorsitzender

Priv.-Doz. Dr. rer. medic. Ursula Hahn
Schriftführerin

Dr. med. Stefan Drumm
Schatzmeister

Marcus Fleischhauer
Sektionssprecher Belegkrankenhäuser

Manuel Demes
Stellv. Sektionssprecher Belegkrankenhäuser

Dr. med. Wolfgang Böker
Beisitzer

Sebastian Fussek
Beisitzer

Dr. med. Claudius Hansen
Beisitzer

Dr. med. Andreas Schneider
Ehrenvorsitzender

Seite 2 des Schreibens vom 15. Dezember 2025

3. Unseres Erachtens ist die Einführung der generellen Möglichkeit zur Einbindung von Belegärzten in Hauptabteilungen über § 121 Abs. 1 SGB V unbedingt geboten.

Umsetzung: Ergänzung des blau hervorgehobenen Teilsatzes in § 121 Abs. 1 Satz 2:

„Die Krankenhäuser sollen Belegärzten gleicher Fachrichtung die Möglichkeit geben, ihre Patienten gemeinsam zu behandeln (kooperatives Belegarztwesen) *und die freiberufliche Einbindung von Belegärzten und Beleghonorärärzten in Hauptabteilungen ermöglichen (kooperative Mischabteilungen)*“.

Begründung: Angesichts der nationalen Versorgungslage und des gesetzgeberischen Ziels der Förderung eines leistungsfähigen und wirtschaftlichen Belegarztwesens ist es sachgerecht, Belegärzten die freiberufliche sektorenübergreifende Weiterbehandlung ihrer Patienten in benachbarten Hauptabteilungen zu ermöglichen, nachdem ihre Belegabteilungen im Rahmen der Umsetzung des KHVVG geschlossen wurden. Diese Maßnahme trägt zudem zum Erhalt ärztlicher Weiterbildung bei.

4. Der Bundesverband der Belegärzte und Belegkrankenhäuser schlägt die Entwicklung der bislang kaum genutzten Variante des Beleghonorararztes zu einem eigenständigen Belegarztmodell mit neuer Anreizwirkung vor.

Umsetzung: Streichung des blau markierten Satzteils aus § 18 Abs. 3 Satz 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG):

„Krankenhäuser mit Belegbetten, die nach § 121 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärzten Honorarverträge schließen, rechnen für die von Belegärzten mit Honorarverträgen behandelten Belegpatientinnen und -patienten die mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte für Hauptabteilungen *in Höhe von 80 Prozent* ab.“

Gesetzliche Regelungen zur Vermeidung der Gefahr einer Scheinselbständigkeit der beteiligten Beleghonorärärzte unter Erhalt des Belegarztstatus und des damit verbundenen Rechtsrahmens sollten ergänzt werden. Ein aktuelles Beispiel für solche Regelungen ist die Feststellung im Pflegekompetenzgesetz, dass Poolärzte in von KVen organisierten Notdienst grundsätzlich keiner Sozialversicherungspflicht unterliegen.

Begründung: Schaffung einer Anreizwirkung für alle Beteiligten und dadurch Ermöglichen der freiberuflichen sektorenübergreifenden Mitwirkung von Belegärzten in benachbarten Hauptabteilungen nach etwaiger Schließung von Belegabteilungen im Zuge der Umsetzung des KHVVG. Diese Maßnahme trägt zur Zentrumsbildung und zum Erhalt ärztlicher Weiterbildung. Sie ermöglicht darüber hinaus dem (beleg)ärztlichen Nachwuchs die Tätigkeit in größeren stationären Versorgungseinheiten.

5. Wir fordern für Belegärzte eine der sektorenübergreifenden Tätigkeit angemessene Zuweisung von Mindestvorhaltezahlen nach § 115f SGB V.

Seite 3 des Schreibens vom 15. Dezember 2025

Umsetzung: Bei der Festlegung der *Mindestvorhaltezahlen für Leistungsgruppen* werden in Belegabteilungen nicht nur rein stationär erbrachte, sondern auch ambulant und hybrid erbrachte Eingriffe berücksichtigt.

Begründung: Die Kernidee der sektorenübergreifenden Versorgung beinhaltet stationäre, sektorgleiche, also hybride und ambulante Leistungen. Alle diese Eingriffsarten können ausgesprochen gut in Belegabteilungen erbracht werden. Das Ausmaß der hierbei erworbenen Expertise des Belegarztes und seines Teams ändert sich nicht dadurch, dass ein Eingriff ambulant oder stationär erfolgt.

6. Der BdB unterstützt das Bestreben der Länder, von den Auflagen zur Erfüllung von personellen Qualitätskriterien zur Zulassung zu Leistungsgruppen im Bedarfsfall eigenständig und ohne zeitliche Beschränkungen abweichen zu dürfen, sofern die Versorgung gefährdet ist.

Umsetzung: Eine entsprechende Formulierung im § 6a Abs. 4 KHG (KHAG Kabinettsentwurf) sieht aktuell schon Ausnahmeregelungen vor, jedoch müssen diese noch weiter gefasst werden. Die Formulierung, dass diese Ausnahmen nur im Einvernehmen mit den Krankenkassen erfolgen können, sollte entfallen, da Krankenhausplanung in der Verantwortung der Länder und nicht der Krankenkassen liegt.

Begründung: In einigen Regionen kann der Erhalt der medizinischen Versorgung in einem Fachgebiet schwerer wiegen als der Wunsch nach Erfüllung der personellen Qualitätskriterien nach § 135e SGB V. Die Länder müssen die Möglichkeit behalten, zu entscheiden, ob sie in bestimmten Regionen auf die strikte Umsetzung der Auflagen des Krankenhausreformgesetzes zu Gunsten des Erhalts fachärztlicher Versorgungsstrukturen verzichten.

15. November 2025

Dr. Ryszard van Rhee
Vorsitzender des BdB



**Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft**

Stellungnahme

der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformenpassungsgesetz – KHAG)

Berlin, 15. Dezember 2025

ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft
Bundesverwaltung – Fachbereich Gesundheit,
Soziale Dienste, Bildung und Wissenschaft
Bereich Gesundheitswesen/Gesundheitspolitik
Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

Gesamteinschätzung

Die Krankenhausversorgung ist elementar für die Menschen. Hohe Versorgungsqualität und Versorgungssicherheit und verlässliche Perspektiven sind entscheidende Kriterien für die Bevölkerung und die Beschäftigten, wenn es um die Zukunft der Krankenhäuser geht. Die Krankenhausreform muss damit leisten, was über Jahre versäumt wurde. Doch damit die Transformation gelingt, sind Nachbesserungen am Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) notwendig. Die andauernde Überbelastung des Krankenhauspersonals, das bisher zu wenig Zeit für gute Pflege und Versorgung hat, muss abgestellt werden. Sollen in Zukunft genug Fachkräfte für die Arbeit in den Krankenhäusern gewonnen und gehalten werden, braucht es attraktive Arbeitsbedingungen an den Standorten.

Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) begrüßt daher die Zielsetzung, die mit dem Krankenhausreformatpassungsgesetz (KHAG) verbunden ist. Besonders die Finanzierung des Transformationsfonds aus Bundesmitteln ist sachgerecht. Damit wird verhindert, dass die Investitionskosten der Reform den gesetzlich Krankenversicherten aufgebürdet worden wären, während Privatversicherte verschont worden wären.

Unzureichend bleiben die Regelungen zur Vorhaltefinanzierung. Zwar gibt eine Fristverlängerung den Krankenhäusern mehr Möglichkeiten zur Vorbereitung und Umsetzung. Jedoch bleibt es bei der leistungsabhängigen Ausrichtung des Instruments. Fehlanreize mit negativen Folgen für die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten und für die Patientenversorgung bleiben bestehen, gleichzeitig steigt die Komplexität und Intransparenz der Krankenhausfinanzierung. Die sogenannte Vorhaltefinanzierung muss deshalb weiterentwickelt werden mit dem Ziel, die echten Vorhaltekosten, mindestens die Personalkosten, die für eine bedarfsgerechte Versorgung der Patient*innen erforderlich sind, vollständig zu refinanzieren. Die für die Ermittlung des Versorgungsbedarfs erforderlich Personalausstattung ist durch entsprechende Personalbemessungsinstrumente vorzugeben.

Die Menschen müssen sich auf eine qualitativ hochwertige Versorgung verlassen können, unabhängig davon, ob sie im Norden oder Süden, in einer Ballungsregion oder auf dem Land leben. Deshalb muss es einen bundeseinheitlichen Rahmen geben, wenn Länder an einzelne Standorte Leistungsgruppen vergeben, obwohl Qualitätskriterien nicht erfüllt werden. Um eine hochwertige Versorgung im Krankenhaus zu sichern, sind Qualitätsvorgaben gut und richtig. Klar ist allerdings: Die Versorgungsqualität hängt entscheidend davon ab, ob genug qualifiziertes Personal

zur Verfügung steht. Deshalb muss die Einhaltung bedarfsgerechter Personalvorgaben als Qualitätskriterium über den ärztlichen Bereich hinaus gelten. Die vollständige Streichung der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PPUGV) als Qualitätskriterium wird durch ver.di scharf kritisiert und abgelehnt. Auch wenn die PPUGV nicht den Pflegebedarf der Patient*innen erfasst, ist sie bisher das einzige Qualitätskriterium, was auf die Versorgungsqualität und Personalausstattung außerhalb des ärztlichen Bereichs abstellt. ver.di fordert die Wiederaufnahme der entsprechenden Regelungen und Erweiterung um weitere Personalbemessungsinstrumente.

Es fehlen bisher Szenario-Berechnungen, die potenzielle qualitative und quantitative Wirkungseffekte unter Berücksichtigung von Mobilitätsannahmen für die Krankenhausbeschäftigten valide abschätzen. Bei der geplanten Konzentration von Leistungen kann schließlich nicht selbstverständlich davon ausgegangen werden, dass das erforderliche Personal der Planung folgt. Partizipative Prozesse, die eine frühzeitige und umfassende Beteiligung aller betroffenen Beschäftigtengruppen bei Transformation in den Versorgungsregionen mit Auswirkungen auf Versorgungsstrukturen vorsehen, sind unabdingbar. Dabei ist zu bedenken, dass Krankenhäuser multiprofessionelle Versorgungseinrichtungen sind. Nicht nur die Gruppe der Pflegekräfte, auch weitere Berufsgruppen sind vom Fachkräftemangel betroffen.

Die Krankenhausreform wird nur dann gut gelingen, wenn Beschäftigte und ihre Interessenvertretungen umfassend in die Veränderungsprozesse einbezogen werden. Als größte und maßgebliche Gewerkschaft für Beschäftigte in den Krankenhäusern steht es außer Frage, dass ver.di eingebunden werden muss.

Die Stellungnahme beschränkt sich auf die aus Gewerkschaftssicht besonders relevanten Punkte.

Zu den Regelungen im Einzelnen

§ 109 SGB V - Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

Bewertung:

Die Krankenhausreform muss das Ziel haben, die Versorgung der Patient*innen qualitativ zu verbessern. Eine wesentliche Voraussetzung ist die Personalausstattung, die für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist. Die deutliche Aufweichung der Voraussetzung für einen Versorgungsvertrag ist kritisch zu bewerten. Qualitätskriterien als zentrale Voraussetzung einer leitliniengerechten Behandlung und Versorgung müssen auch im Falle des Abschlusses eines Versorgungsvertrages das Ziel darstellen, dessen Einhaltung zu erreichen ist. Die Ergänzung von Qualitätskriterien für den Auswahlprozess bei mehreren geeigneten Krankenhäusern wird von ver.di begrüßt.

Änderungsvorschlag:

ver.di fordert daher, § 109 Abs. 3a S. 4, 5 zu ergänzen:

„Versorgungsverträge, die auf Grundlage von Ausnahmegenehmigungen abgeschlossen werden, sind nach Ablauf einer zu vereinbarenden Frist auf die Erreichung von Qualitätskriterien hin zu überprüfen.“

§ 135d SGB V - Transparenz der Qualität der Krankenhausbehandlung

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

Zu den §§135d und 135e SGB V wird aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam Stellung genommen:

Bewertung:

ver.di begrüßt unter dem Gesichtspunkt der Versorgungssicherheit, dass Krankenhausträger im Einvernehmen mit den zuständigen Leistungsbehörden Leistungen untereinander verlagern können. Die Streichung der Vorgaben für Kooperationen mit Fachkrankenhäusern zur Erfüllung der Mindestanforderungen lehnt ver.di mit Blick auf mögliche negative Auswirkungen auf die Behandlungsqualität ab. Die Ausnahme vom MD-Prüfverfahren bis 2030 für landesrechtlich bereits bis zum 31.12.2024 zugewiesene Leistungsgruppen sieht ver.di ebenfalls kritisch.

Die finanzielle und organisatorische Unterstützung der Patientenvertretung im Leistungsgruppen-Ausschuss erscheint grundsätzlich sinnvoll. Um bei der Entwicklung der Leistungsgruppen die Expertise der Krankenhausbeschäftigten zu ermöglichen und zu berücksichtigen, ist deren angemessene Mitwirkung und Repräsentation erforderlich. Als größte und maßgebliche Interessenvertretung für Beschäftigte in den Krankenhäusern ist eine Beteiligung von ver.di als ständiges und stimmberechtigtes Mitglied im Ausschuss vorzusehen.

Änderungsvorschlag:

ver.di schlägt daher folgende Neufassung des § 135e Abs. 3 Satz 6 SGB V vor:

„Der Ausschuss besteht in gleicher Zahl aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen einerseits und Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der für Personalfragen der Krankenhäuser maßgeblichen Gewerkschaften, der Bundesärztekammer, der Hochschulmedizin und der Berufsorganisationen der Pflegeberufe andererseits.“

§ 271 SGB V – Gesundheitsfonds

Bewertung:

Grundsätzlich ist die die Ausweitung der Mindestreserve und Anhebung der Obergrenze der Liquiditätsreserve sinnvoll, um unvorhergesehene Belastungen im Gesundheitsfonds angemessen abzusichern. Jedoch sind für eine nachhaltige Absicherung der Finanzierung der GKV und Stabilisierung der Beitragssätze kurzfristig weitergehende Lösungen erforderlich. Dazu sind die Bundeszuschüsse an den Gesundheitsfonds regelhaft zu dynamisieren und versicherungsfremde Leistungen vollständig aus Steuermitteln zu finanzieren.

Insbesondere die vollumfängliche Finanzierung der GKV-Beiträge von Bürgergeldempfänger*innen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und darf nicht länger den GKV-Versicherten angelastet werden. Für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel als Bestandteile des Grundbedarfs ist ein einheitlicher reduzierteer Mehrwertsteuersatz zu realisieren – analog zu Regelungen in vielen anderen EU-Ländern.

Ebenso müssen entgrenzte Renditeziele von Arzneimittelherstellern durch eine wirksame Überarbeitung des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes reglementiert werden, indem etwa die Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln bereits ab dem Tag ihrer Markteinführung begrenzt wird.

Änderungsvorschlag:

Keine Änderungen.

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

Bewertung

Die Streichung des Verweises führt nur zu einer sehr geringen Entlastung beim Prüfaufwand durch den Medizinischen Dienst. Das Argument des Bürokratieabbaus zieht daher aus unserer Sicht nicht. Gleichzeitig sind Unterschreitungen der PpUGs noch immer häufig (15 % aller Schichten).

Änderungsvorschlag

ver.di fordert deshalb die Beibehaltung der Pflegepersonaluntergrenzen als Qualitätskriterium für die Leistungsgruppen. Daher ist Satz 8 in § 275a Abs. 1 zu belassen.

§ 427 SGB V - Evaluation des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes

Bewertung:

Das Vorziehen der erstmaligen Evaluierung des KHVVG vom 31.12.2028 auf den 31.07.2027 bietet vor Einführung der Vorhaltefinanzierung die Option, insbesondere bei der Ausgestaltung der sogenannten Vorhaltefinanzierung umzusteuern auf eine fallzahlunabhängige Vergütung der notwendigen Vorhaltung.

Änderungsvorschlag:

Keine Änderungen

Anlage 1 zu § 135e SGB V – Leistungsgruppen und Qualitätskriterien

Bewertung:

Die Streichung des Verweises auf die Einbeziehung und Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen wird von ver.di strikt abgelehnt.

Die Reform verfolgt das Ziel, die Versorgungsqualität für Patient*innen in den Krankenhäusern zu verbessern. Diese macht sich jedoch nicht nur an medizinischer Versorgungsqualität fest, in dem auf die personelle Ausstattung im ärztlichen Bereich verwiesen wird. Vielmehr tragen alle Berufsgruppen im Krankenhaus zu einer sicheren und qualitativ hochwertigen Versorgung bei. Auch wenn die PpUGV nicht den notwendigen Bedarf an Pflegepersonen festlegt, stellt die Streichung einen Angriff auf die Notwendigkeit einer Personalbedarfsbemessung in Krankenhäusern dar. Durch die Streichung des Verweises droht die Gefahr, dass Leistungsgruppen an Standorte zugewiesen werden, die dauerhaft nicht über das notwendige Personal verfügen. Eine Krankenhausplanung, die den Faktor Personal ausblendet, läuft Gefahr die Versorgungssicherheit in Zukunft zu gefährden.

Die Nichteinhaltung der PpUGV als absolut notwendige Personaluntergrenze wird in der Praxis lediglich mit Vergütungsabschlägen sanktioniert. Es ist zu beobachten, dass Krankenhäuser aus wirtschaftlichen Erwägungen Vergütungsabschläge in Kauf nehmen. Zu Lasten der Versorgungsqualität und auf Kosten der Arbeitsbedingungen des vorhandenen Pflegepersonals. Bei der Vergabe der Leistungsgruppen muss deshalb die Einhaltung der PpUGV Kriterium bleiben, damit diejenigen Krankenhäuser einen Vorteil haben, die die PpUGV positiv erfüllen.

Die weiteren Anpassungen und Streichungen in der Anlage 1, insbesondere die Streichungen der vier Leistungsgruppen (Infektiologie, Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie, Spezielle Kinder- und Jugendmedizin und Notfallmedizin) werden unterstützt. Die Streichung ermöglicht eine eindeutigere Zuordnung vieler Diagnosen und Therapien.

Grundsätzlich stuft ver.di die Tendenz zur Aufweichung der Qualitätsanforderungen, z.B. durch zahlreiche Anpassungen bei der Erbringung verwandter Leistungsgruppen als kritisch ein.

Änderungsvorschlag:

ver.di drängt daher auf die Beibehaltung der PpUGV als Qualitätskriterium in der Anlage 1. Bei der Weiterentwicklung der Leistungsgruppen sind sodann die auf den Versorgungsbedarf abzielenden Instrumente, wie die PPR 2.0, INPULS für den Bereich der Intensivmedizin und die Mindestvoraussetzungen der PPP-RL für den Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik einzubeziehen. Perspektivisch sind Personalbemessungssysteme weiterer Berufsgruppen aufzunehmen.

§ 6a KHG - Zuweisung von Leistungsgruppen**Bewertung:**

Die umfassende Option der Erweiterung von Ausnahmegenehmigungen für die Bundesländer ist zu kritisieren. Schließlich muss es um eine flächendeckend qualitativ hochwertige Versorgung gehen, die mit der Krankenhausreform erreicht werden soll. Diese darf nicht vom Wohnort der Menschen abhängig sein.

Die Ausnahmeregelung für NRW widerspricht dem Ziel eine bundeseinheitliche Definition von Leistungsgruppen zu etablieren. Sie erhöht die Komplexität im Gesamtsystem ohne erkennbaren Mehrwert. Die Ergänzung einer Leistungsgruppe sowie die Einhaltung der Vorgaben des Medizinischen Dienstes können auch in NRW zeitnah umgesetzt werden.

Änderungsvorschlag:

Deshalb ist mindestens ein bundeseinheitlicher Rahmen vorzugeben, der gewährleistet, dass die Bevölkerung sich flächendeckend auf eine qualitätsgesicherte Versorgung verlassen kann. Insbesondere müssen die personellen Voraussetzungen erfüllt sein, damit eine bedarfsgerechte Patient*innenversorgung gewährleistet werden kann. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll zur Entwicklung von Empfehlungen an die Bundesländer beauftragt werden.

§ 12b KHG - Transformationsfonds, Verordnungsermächtigung**Bewertung:**

ver.di begrüßt die Umsetzung der Zusage aus dem Koalitionsvertrag, die Kosten der Transformation sachgerecht hälftig aus Mitteln des Bundes zu finanzieren. Mit der nun vorliegenden Regelung werden die Länder bzw. die Krankenhäuser darüberhinausgehend entlastet, weil sie bis zum Jahr 2029 nur 30 anstatt 50 Prozent der förderfähigen Kosten aufbringen müssen.

Leider ist derzeit nicht sichergestellt, dass der Förderanteil, der nicht aus Bundesmitteln finanziert wird, dann auch zwingend komplett aus Landesmitteln finanziert werden muss. Es steht zu befürchten, dass der Druck auf die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser weiter verschärft wird, wenn die Häuser selbst aus den Betriebskosten heraus für weite Teile der Investitionen aufkommen müssen. Letztlich werden diese Mittel durch die Versicherten getragen und sind für die

Versorgung einzusetzen. Es bleibt bei der Verantwortung der Länder, die Investitionskosten für die Krankenhäuser gem. § 4 KHG zu tragen.

Wenn der Bund aufgrund der Bedeutung des Transformationsprojektes hierbei unterstützt, ist das zu begrüßen. Die gesetzlich Krankenversicherten dürfen jedoch auch über den Umweg des Trägeranteils nicht zur Finanzierung herangezogen werden.

Die durch die Entlastungen eingesparten Mittel sollten gänzlich in die bislang vernachlässigte Investitionsfinanzierung der Länder fließen.

Änderungsvorschlag:

ver.di fordert daher, §12b Abs. 3 Nr.3 wie folgt anzupassen:

„3. das jeweilige Land die förderfähigen Kosten des Vorhabens zu einem Anteil von mindestens 50 Prozent aus eigenen Haushaltsmitteln trägt.“

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

Bewertung:

Die Fristverschiebungen der für die Evaluation vorgesehenen Zeiträume und Zeitpunkte zur Vorlage des Zwischen- und Abschlussberichts durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ist sachgerecht, wenn auch die Einführung der sogenannten Vorhaltevergütung verschoben wird.

Änderungsvorschlag:

Inhaltlich ist die vorgesehene Evaluation der Krankenhausstrukturreform in Richtung Wirtschaftlichkeit und Qualität nicht hinreichend, sondern muss um personal- und arbeitsrelevante Evaluationsdimensionen im Sinne einer Transformationsbegleitung erweitert werden.

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

Bewertung:

Die Verschiebung der Einführung der sogenannten Vorhaltevergütung bietet noch keine Lösung für die bisher dysfunktionale Ausgestaltung mit weiter vorhandenen Fehlanreizen aufgrund der Fallzahlabhängigkeit. Damit die Reform der Krankenhausvergütung praxistauglich ausgestaltet und dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität dienen soll, muss das Krankenhausreformanpassungsgesetz deutlich nachgebessert und angereichert werden.

Änderungsvorschlag:

ver.di fordert die Weiterentwicklung des Pflegebudgets hin zu einer vollständigen Refinanzierung der Personalkosten, damit die unbestritten tatsächlich notwendige Vorhaltung für eine bedarfsgerechte Versorgung sachgerecht finanziert wird.

§ 21 KHEntgG - Übermittlung und Nutzung von Daten

Bewertung:

Aufgrund der an das Erfordernis eines sachgerechten Leistungsgruppen-Groupers gekoppelten Grundlage für die Zuordnung von Leistungsgruppen zu Krankenhäusern kommt dessen fehlerfreier Funktionalität eine hohe Bedeutung zu. Es ist jedoch nicht davon auszugehen, dass der Grouper diesen Anforderungen gegenwärtig entspricht, woraus sich ein Risiko für erhebliche Fehlsteuerungen aufgrund falscher bzw. nicht bedarfsgerechter Leistungsgruppenzuordnungen ergibt. Der Einsatz des Groupers darf erst erfolgen, wenn erprobt und gesichert ist, dass sich hieraus für das Versorgungsgeschehen und für die Vorhaltebudgetfinanzierung der Krankenhäuser keine Fehlsteuerungen oder Verzerrungen ergeben.

Änderungsvorschlag:

Keine Änderungen.

Stellungnahme

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform
(Krankenhausreformenpassungsgesetz – KHAG)

Und

Antrag der Fraktion DIE LINKE (Drucksache 21/2707):

Vorhaltungen der Krankenhäuser verlässlich finanzieren – Ausgliederung
sämtlicher Personalkosten aus den Fallpauschalen

15. Dezember 2025

Einleitung

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wurde in der vergangenen Legislaturperiode eine Krankenhausreform auf den Weg gebracht, die umfangreiche Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen beinhaltet.

Mit dem Gesetzentwurf werden nun weitere Schritte und Maßnahmen zur Konkretisierung der Krankenhausform vorgelegt, die zu einer Neuordnung der stationären Versorgung im Sinne eines flächendeckend guten und einheitlichen Behandlungsniveaus beitragen sollen.

Um die praktische Umsetzung der Regelungen aus dem KHVVG vornehmen zu können, sollen dazu verschiedene Anpassungen erfolgen. Hierzu sollen unter anderem Ausnahmeregelungen und Kooperationsmöglichkeiten erweitert, die Finanzierung des Transformationsfonds umgestaltet sowie Zwischenfristen, Leistungsgruppen und deren Qualitätskriterien angepasst werden.

Deutscher Gewerkschaftsbund
Bundesvorstand
Abteilung Sozialpolitik
Keithstr. 1
10787 Berlin

Bewertung zentraler Regelungen im Einzelnen

Zuweisung von Leistungsgruppen (§109 SGB V)

Der DGB begrüßt grundsätzlich die geplanten Maßnahmen, mit deren Hilfe die Krankenhausreform in die Praxis überführt werden soll. Im Focus muss dabei eine höhere Versorgungsqualität bei besserem Einsatz von finanziellen und personellen Ressourcen durch die Definition von Vorhaltepauschalen und Leistungsgruppen stehen. Besonders wichtig ist die Strukturierung der Krankenhauslandschaft durch ausdifferenzierte Leistungsgruppen, hinterlegt mit einheitlichen Qualitätsanforderungen, die nachzuweisen und öffentlich abzubilden sind. Der DGB begrüßt insbesondere, dass mit den Regelungen im Entwurf nun auch Ausnahmen für bedarfsnotwendige Häuser, die die

Verantwortlich: Markus Hofmann, Leiter Abteilung Sozialpolitik beim DGB Bundesvorstand

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Qualitätsvorgaben noch nicht erreichen, möglich sein sollen. Dazu haben die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu prüfen, ob die Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden erfüllt werden können. Der DGB verweist darauf, dass solche Ausnahmen befristet und streng darauf ausgerichtet sein müssen, die vorgegebenen Qualitätskriterien schnellstmöglich zu erfüllen, um eine bessere, flächendeckendere und einheitliche medizinische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Keinesfalls dürfen die avisierten Maßnahmen dazu führen, dass sich Qualitätsmängel verstetigen und die Patientensicherheit gefährdet wird.

Die ersatzlose Streichung der Erreichbarkeitsvorgaben wird vom DGB abgelehnt, da so regionalen Versorgungsunterschieden Tür und Tor geöffnet werden. Es sollte zumindest bundeseinheitliche Korridore für die Erreichbarkeitsvorgaben geben, um die flächendeckende Versorgung sicherzustellen.

Insofern liegt es künftig bei den Zulassungsbehörden der Länder in Abstimmung mit den Landesverbänden der Kranken- und Ersatzkassen, dafür Sorge zu tragen, dass nur für den Fall der Gefährdung der Daseinsvorsorge qualitative Ausnahmen in der Versorgung einzelner Krankenhäuser zuzulassen sind.

Qualität der Krankenhausbehandlung (§135d und §135e SGB V)

Die Erfüllung der geforderten einheitlichen Qualitätskriterien über Zusammenschlüsse, Kooperationen oder Verbünde verschiedener Krankenhäuser muss zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung insbesondere im ländlichen Raum eine zentrale Rolle spielen. Die vorgesehenen Leistungsverlagerungen, bei denen zwei oder mehr Krankenhausträger im Einvernehmen mit der zuständigen Landesbehörde Leistungen untereinander verlagern können, sind unter der Maßgabe der Versorgungssicherheit zu begrüßen, bedürfen jedoch noch konkreter Ausgestaltung darüber, nach welchen Regelungen die Kooperationen stattfinden können. Kommt es dadurch zu Arbeitsplatzverlegungen, sind die Beschäftigten über beteiligungsorientierte Prozesse in die Planungen frühzeitig mit einzubeziehen, um Abwanderungen in andere Branchen zu vermeiden.

Der DGB begrüßt die Einbeziehung der Fachkrankenhäuser und damit mehr Möglichkeiten für regionale Kooperationen im Sinne einer besseren stationären Versorgung. Allerdings ist zu kritisieren, dass die bislang in Anlage I beschriebenen Bedingungen hier nicht zur Anwendung kommen sollen. Dadurch werden die Mindestkriterien bei Kooperationen mit Fachkrankenhäusern aufgeweicht. Der DGB hält es daher für geboten, dass auch für die Kooperation mit Fachkrankenhäusern die einheitlichen Qualitätskriterien gelten.

Darüber hinaus sollte generell auf eine verpflichtende Vorhaltung allein von stationären Leistungen verzichtet, und stattdessen auch ambulante Behandlungsmöglichkeiten mit anschließenden Übernachtungsmöglichkeiten im Rahmen einer modernen und zeitgemäßen Versorgung zugelassen werden. Mit Blick auf eine Stärkung der ambulanten Versorgung ist es notwendig,

sektorenübergreifende Bedarfsplanungen zeitnah anzugehen und entsprechende Versorgungskapazitäten rechtzeitig aufzubauen, um im Falle von Klinikschließungen und Umstrukturierungen adäquate ambulante Kompensationsmöglichkeiten zur Verfügung zu haben.

Beteiligung im Ausschuss zur qualitativen Weiterentwicklung der Leistungsgruppen §135e, Abs. 3, §136c SGB V

Der DGB kritisiert, dass ausgerechnet die größte und wichtigste Gewerkschaft der Beschäftigten im Gesundheitswesen (ver.di), die sich seit vielen Jahren konstruktiv für sinnvolle Qualitätsvorgaben und gute Beschäftigungsbedingungen als Voraussetzung einer hochwertigen stationären Versorgung einsetzt, nicht im Ausschuss zur qualitativen Weiterentwicklung der Leistungsgruppen beteiligt werden soll. Der DGB fordert insofern, ver.di als maßgebliche Interessenvertretung der Krankenhausbeschäftigten als ständiges und stimmberechtigtes Mitglied in den Ausschuss zu berufen.

Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung (§135f, Abs. 2 SGB V)

Um eine bundeseinheitliche Planungs- und Versorgungsstruktur zu generieren, müssen die Leistungsgruppenplanungen durch die Landesbehörden und die Grouper-Weiterentwicklung durch das InEK verbindlich koordiniert werden. Nur so ist eine eindeutige Zuordnung aller Versorgungsfälle zu den jeweilig spezifischen Leistungsgruppen möglich, ohne dass Manipulationsmöglichkeiten und Fehlanreize geschaffen werden.

Gesundheitsfonds (§271 SGB V)

Die Erhöhung der Mindest- und Höchstreserven erscheint oberflächlich sachgerecht, da die politischen Entscheidungen zu den Ausgaben immer unsicherer werden. Jedoch werden die Unwägbarkeiten der Leistungsausgabensteigerungen durch den Bund weiterhin dem Kassenindividuellen Zusatzbeitrag überantwortet - und damit den Verwaltungsräten der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen. Diese müssen jedoch im Dezember spätestens die Haushalte beschließen und zuvor im November die Genehmigung der Aufsichtsbehörden einholen. Der DGB kritisiert diese Unwägbarkeiten und fordert den Bundesgesetzgeber auf, die Abläufe so zu regeln, dass ein Haushalt für das Folgejahr kalkulierbar ist und wenig Schätzverpflichtungen enthalten muss.

Prüfungen zu Qualitätskriterien, Strukturmerkmalen und Qualitätsanforderungen in Krankenhäusern (§275a SGB V)

Ziel der Krankenhausreform ist es, die Versorgungsqualität in der stationären Versorgung maßgeblich zu verbessern. Damit dies gelingen kann, muss ausreichend qualifiziertes Personal zur Verfügung stehen, auch und insbesondere über den ärztlichen Bereich hinaus. Bedarfsgerechte Personalvorgaben sind als hartes Qualitätskriterium maßgeblich und zwingend einzuhalten. Deshalb ist es für den DGB völlig unverständlich, dass im Gesetzentwurf die vollständige Streichung der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PpUGV) als Qualitätskriterium vorgesehen ist. Auch wenn die

PPUGV nicht den Pflegebedarf der Patient*innen erfasst, ist sie bisher das einzige Qualitätskriterium, was die Versorgungsqualität und Personalausstattung außerhalb des ärztlichen Bereichs absichert. Deshalb fordert der DGB die Beibehaltung der entsprechenden Regelungen im Gesetz sowie in der Anlage 1, und zudem eine Erweiterung um weitere Personalbemessungsinstrumente wie die PPR 2.0 und die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) für den Bereich Psychiatrie und Psychosomatik.

Zuweisung von Leistungsgruppen (§6a KHG)

Der DGB macht darauf aufmerksam, dass das erklärte Ziel der Krankenhausreform die Schaffung bundesweit einheitlicher Strukturen im Hinblick auf die Leistungsgruppen, die dazugehörigen Leistungsgruppendefinitionen und Qualitätskriterien ist. Insofern verwundert es, dass mit dem KHAG eine Sonderregelung für die Krankenhausversorgung in NRW bis 2030 festgeschrieben werden soll.

Der DGB weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die qualitativen Anforderungen im Krankenhausplan NRW, welcher die Grundlage der bundesweiten Krankenhausreform bildet, noch sehr gering sind. Für den Pflegedienst wird zumeist nur die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) verlangt, die ausdrücklich keine bedarfsgerechte Personalbesetzung zum Ziel hat, sondern nur eine Minimalausstattung. Um dies an konkreten Zahlen zu veranschaulichen: Während die PpUGV für weite Bereiche des Pflegedienstes eine Personalbesetzung von bis zu einer Pflegekraft pro 10 oder 12 Patienten pro Schicht erlaubt (1:10, 1:12), verlangen entsprechende Regelungen in Australien und den USA die Einhaltung einer Verhältniszahl von 1:5 oder 1:4.

Der DGB fordert in diesem Zusammenhang die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen so auszugestalten und finanziell zu hinterlegen, dass eine qualitativ hochwertige Versorgung stattfinden kann. Dazu ist die Definition der Qualitätskriterien für die Leistungsgruppen so zu erweitern, dass die personelle Ausstattung aller Berufsgruppen und Tätigkeitsbilder im Krankenhaus erfasst und bedarfsgerecht einbezogen wird. Darüber hinaus sind für die Bereiche der Krankenhauspflege und Intensivpflege bedarfsgerechte

Personalbemessungssysteme wie die PPR 2.0 strukturell zu verankern und Beteiligungsmöglichkeiten für die Beschäftigten vorzusehen.

Transformationsfonds (§12b KHG)

Der DGB begrüßt die Umstellung der Finanzierung des Transformationsfonds, indem diese nun anteilig aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität statt aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen soll. DGB und Gewerkschaften hatten von Beginn an darauf verwiesen, dass die Finanzierung zur Anpassung der Strukturen in der Krankenhausversorgung zur Daseinsvorsorge gehört und somit nicht aus Beitragsmitteln zu finanzieren ist.

Der DGB kritisiert die Verteilung der Gelder nach dem sog. Königsteiner Schlüssel (Einwohnerzahl und Steueraufkommen). Stattdessen müssten versorgungsrelevante Indikatoren (Morbidity, Demografie und Investitionsbedarf) zugrunde gelegt werden. Die Transformation von Kliniken in sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen oder der Ausbau telemedizinischer Netzwerke und die Bildung von Zentren zur Behandlung seltener, komplexer oder schwerer Erkrankungen machen einen hohen Mitteleinsatz notwendig, um die flächendeckende Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Darüber hinaus werden die Häuser Geld zur Bildung von Klinikverbünden oder integrierten Notfallstrukturen sowie zur Schließung von Abteilungen oder Standorten benötigen. Diese Bedarfe sind regional abzubilden und entsprechend zu finanzieren.

Vorhaltevergütung (§17, 37 KHG)

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften begrüßen generell den Ansatz zur Änderung der Finanzierungssystematik im Krankenhaus. Dazu sind die anreizgetriebenen Fehlsteuerungen komplett zu beseitigen und die vollständige Refinanzierung aller bei wirtschaftlicher Betriebsführung entstehenden Kosten und Ausgaben in Krankenhäusern ist zu gewährleisten. Dafür muss sich die Finanzierung an medizinisch notwendigen Versorgungsbedarfen ausrichten, nicht an umsatzrelevanten Kennzahlen. Das aktuell vorgesehene System auf Basis von Ist-Fallzahlen birgt dabei zu viele Fehlanreize. Das allgemeine Problem der Mengensteuerung wird mit den geplanten Vorhaltepauschalen nicht behoben. Die 20-Prozent-Korridor-Lösung bietet zudem den Fehlanreiz, möglichst wenige Behandlungen vorzunehmen, was zu Verknappung von Leistungen und zusätzlichen Wartezeiten führen könnte.

Deshalb muss die Vorhaltevergütung fallzahlenunabhängig, d.h. bedarfsgerecht ausgestaltet werden. Die verschobene Einführung der Vorhaltefinanzierung um ein Jahr bietet die Möglichkeit, ein nach wissenschaftlichen Kriterien zu entwickelndes Bedarfsbemessungsinstrument einzuführen, welches Versorgungsplanung und -finanzierung aus einer Hand ermöglicht. Eine vollständige Entökonomisierung der Krankenhausfinanzierung durch die bedarfsgerechte

Ausgestaltung des Vorhaltefinanzierungssystems in Verbindung mit der Ausgliederung der Personalkosten aller Berufsgruppen im Krankenhaus aus dem Fallpauschalensystem und deren vollständiger Refinanzierung wäre darüber hinaus aus gewerkschaftlicher Sicht ein konsequenter und erforderlicher Reformschritt.

Einen Anspruch auf die Vorhaltevergütung sollen Krankenhausstandorte nur haben, wenn sie die geforderten Mindestfallzahlen erfüllen (Mindestvorhaltezahlen). Da die Erfüllung der Mindestfallzahl erst nach Ablauf des Jahres feststellbar ist, die Vorhaltevergütung jedoch im Voraus und im laufenden Jahr gezahlt werden soll, bedarf es einer Regelung, die beides ermöglicht. Der DGB schlägt vor, dass die Mindestfallzahlen bis zur endgültigen Prüfung als erfüllt gelten, wenn sie im vorausgegangenen Jahr erfüllt wurden.

Antrag der Fraktion DIE LINKE (Drucksache 21/2707)

Vorhaltungen der Krankenhäuser verlässlich finanzieren – Ausgliederung sämtlicher Personalkosten aus den Fallpauschalen

Bewertung

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften begrüßen generell den Ansatz zur Änderung der Finanzierungssystematik im Krankenhaus. Dazu sind die anreizgetriebenen Fehlsteuerungen komplett zu beseitigen und die vollständige Refinanzierung aller bei wirtschaftlicher Betriebsführung entstehenden Kosten und Ausgaben in Krankenhäusern ist zu gewährleisten. Dafür muss sich die Finanzierung an medizinisch notwendigen Versorgungsbedarfen ausrichten, nicht an umsatzrelevanten Kennzahlen. Das aktuell vorgesehene System auf Basis von Ist-Fallzahlen birgt dabei zu viele Fehlanreize. Das allgemeine Problem der Mengensteuerung wird mit den geplanten Vorhaltepauschalen nicht behoben. Die 20-Prozent-Korridor-Lösung bietet zudem den Fehlanreiz, möglichst wenige Behandlungen vorzunehmen, was zu Verknappung von Leistungen und zusätzlichen Wartezeiten führen könnte.

Deshalb muss die Vorhaltevergütung fallzahlenunabhängig, d.h. bedarfsgerecht ausgestaltet werden. Die verschobene Einführung der Vorhaltefinanzierung um ein Jahr bietet die Möglichkeit, ein nach wissenschaftlichen Kriterien zu entwickelndes Bedarfsbemessungsinstrument einzuführen, welches Versorgungsplanung und -finanzierung aus einer Hand ermöglicht. Eine vollständige Entökonomisierung der Krankenhausfinanzierung durch die bedarfsgerechte Ausgestaltung des Vorhaltefinanzierungssystems in Verbindung mit der Ausgliederung der Personalkosten aller Berufsgruppen im Krankenhaus aus dem Fallpauschalensystem und deren vollständiger Refinanzierung wäre darüber hinaus aus gewerkschaftlicher Sicht ein konsequenter und erforderlicher Reformschritt.

**Stellungnahme des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands (VUD)
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung eines
Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (KHAG)
(Drucksache 21/2512)**

Generelle Anmerkungen:

Der Reformbedarf für die Krankenhausversorgung in Deutschland ist unbestritten. Die Ziele der mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) auf den Weg gebrachten Krankenhausreform sind angesichts des demografischen Wandels und seiner absehbaren Folgen eindeutig: strukturelle Anpassungen, die zu Leistungskonzentrationen, Qualitätssteigerung und bedarfsgerechter Versorgung führen.

Mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (KHAG) soll das KHVVG praxisgerecht fortentwickelt werden – mit dem Ziel, eine qualitative, bedarfsgerechte Krankenhausversorgung zu gewährleisten. Hierzu sollen unter anderem Ausnahmeregelungen und Kooperationsmöglichkeiten erweitert, die Finanzierung des Transformationsfonds umgestaltet sowie Zwischenfristen, Leistungsgruppen und deren Qualitätskriterien angepasst werden.

Die Universitätsklinika sehen in dem vorliegenden Entwurf des KHAG keine zielführende Anpassung der Krankenhausreform, sondern befürchten stattdessen eine Abkehr von deren Zielen – zu Lasten der Qualität, der dringend benötigten Strukturanpassung und mit absehbar negativen Folgen für die Finanzierbarkeit.

Wesentlicher Grund hierfür ist die beabsichtigte Anpassung der Ausnahmeregelungen und Kooperationsmöglichkeiten sowie die Definition von Fachkrankenhäusern: bei allen drei Regelungen wird den Ländern ein Ermessungsspielraum zugestanden, dem keine eindeutigen und messbaren Kriterien zugrunde gelegt werden und der somit eine uneinheitliche Anwendung in den einzelnen Ländern zulässt. Ein umfassender und zeitlich gestreckter Ermessensspielraum für die Krankenhausplanungsbehörden bewahrt nicht nur den Flickenteppich bei der Krankenhausplanung, sondern birgt auch die erhebliche Gefahr, dass trotz anerkannter Überkapazitäten und der Folgen des demografischen Wandels die dringend

notwendige Konzentration und die gewollte Verbesserung der Qualität – zu Lasten der Patienten¹ – verhindert werden. Der Status quo könnte zementiert und notwendige Veränderungen ausgesessen werden – selbst in überversorgten urbanen Gebieten.

Ohne zeitnahe, stringente Strukturveränderungen und Konzentrationen werden auch die im KHVVG veranschlagten Einsparungen bei den Krankenhausaufgaben nicht realisierbar sein. Vielmehr droht ein weiterer Ausgabenanstieg, der die finanzielle Lage der Krankenkassen zusätzlich belastet und infolgedessen auch die wirtschaftliche Situation der bedarfsnotwendigen Krankenhäuser weiter verschlechtern wird.

Nach der neu gefassten Ausnahmeregelung sollen Kliniken Leistungsgruppen auch ohne Nachweis von Qualitätskriterien und unabhängig von Erreichbarkeitsvorgaben im Ermessen der Länder zugewiesen werden können. Dies soll für einen Zeitraum von drei Jahren und ohne Beschränkung auf ländliche Regionen erfolgen. Es ist richtig und wichtig, dass die Landesverbände der Krankenkassen mit ihrem Einvernehmen eine zu weitgefaste Anwendung der Ausnahmeregelung in den Ländern abwenden können, aber zumindest die Voraussetzung „Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung“ sollte über messbare Vorgaben bundeseinheitlich definiert werden.

Die Ausweitung der Anerkennung von Kooperationen als Nachweis der Erfüllung von Qualitätskriterien birgt ebenso die Gefahr, dass notwendige Strukturveränderungen und Leistungskonzentrationen in der Krankenhausversorgung ausbleiben. Denn die Krankenhausplanungsbehörden können diese bei der Zuweisung von Leistungsgruppen anerkennen. Diese Regelungen müssen dringend nachgebessert werden. Deshalb ist es mindestens zwingend erforderlich, dass auch für die Anerkennung von Kooperationen das Einvernehmen mit den Krankenkassenverbänden auf Landesebene hergestellt wird und Kooperationen bei Kernleistungen generell ausgeschlossen werden. Gleichzeitig muss die Frage der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung über messbare Kriterien (z. B. in Form von Erreichbarkeitsnormen für ein alternatives Versorgungsangebot) bundeseinheitlich operationalisiert werden.

Die Ausweitung der Ausnahmen und die erweiterten Kooperationsmöglichkeiten führen zudem zu einer finanziellen Ungleichbehandlung der Krankenhäuser. Krankenhäuser, denen trotz Nichterfüllung von Qualitätsanforderungen Leistungsgruppen und dazugehörige Vorhaltevergütung zugewiesen wird, werden so wirtschaftlich bessergestellt als diejenigen, die durch finanziellen Mehraufwand die Anforderungen tatsächlich erfüllen. Einen finanziellen Vorteil haben auch (Fach-)Krankenhäuser, denen über die Anerkennung von Kooperationen Leistungsgruppen zugewiesen werden. Daher müssen die Regelungen zur Ermittlung der Vorhaltebudgets je Leistungsgruppen nachgebessert werden. Bei Leistungsgruppen, die nur über Kooperationen erfüllt werden können oder für die die Ausnahmeregelungen genutzt wurden, darf den betroffenen Krankenhäusern nur ein gemindertes Vorhaltebudget zugewiesen werden.

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird auf geschlechtsspezifische Schreibweisen verzichtet. Alle personenbezogenen Bezeichnungen beziehen sich im Sinne der Gleichbehandlung auf alle Geschlechter.

Der Gesetzentwurf sieht auch Änderungen beim Krankenhaustransformationsfonds vor. Die Finanzierung des Bundesanteils aus Steuermitteln ist ordnungspolitisch nachvollziehbar. Die Universitätsklinika sind nun auch angemessen bei den Fördertatbeständen des Transformationsfonds berücksichtigt, wie im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD vereinbart und wie es der Bundesrat in seiner Entschließung zur Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung vom 21. März 2025 beschlossen hatte. Die Universitätsklinika begrüßen die im Vergleich zum Referentenentwurf erfolgten Ergänzungen zu ihrer Beteiligung an den Fördertatbeständen des Transformationsfonds. Im Sinne der durch das KHVVG gewollten Leistungskonzentration und Strukturveränderungen sind insbesondere die Fördertatbestände der Konzentration von Versorgungskapazitäten, Bildung regionaler Krankenhausverbünde und die Bildung integrierter Notfallstrukturen auch für die Universitätsklinika von herausragender Bedeutung. Dabei ist sicherzustellen, dass diese Partizipation auch bei einem Inkrafttreten des KHAG zum 01.03.2026 noch rückwirkend für das ganze Jahr 2026 ermöglicht wird.

Dem Gesetzentwurf zufolge soll auch die Einführung der Vorhaltevergütung sowie die damit zusammenhängenden Fristen verschoben werden. Dies kann im Sinne einer guten Vorbereitung und Umsetzung der einzelnen Bausteine der Krankenhausreform sinnvoll sein. Allerdings bedeutet diese Verschiebung auch eine Verzögerung für die Umsetzung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie der Finanzierung der speziellen Vorhaltung bei den Universitätsklinika um ein Jahr. Begründet wird dies mit der verspäteten Anwendung der Vorhaltevergütung ab dem Jahr 2028, die wiederum nach § 38 KHG als Bemessungsgrundlage der Zuschläge dient. Diese Verschiebung ist inhaltlich und auch sachlich nicht nachvollziehbar. Um die positiven Effekte der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zeitnah in die Anwendung zu bringen und zu nutzen, ist es dringend geboten, die Umsetzung dieses Teils der Krankenhausreform ab dem Jahr 2027 sicherzustellen – insbesondere vor dem Hintergrund der anstehenden Notfallreform, der aktuellen Diskussion zur Resilienz des Gesundheitssystems im Krisenszenario und im Rahmen des Gesundheitssicherstellungsgesetzes. Mit der gesetzlich verankerten Koordinierungsrolle können zukünftig umfassend regionale Patientenpfade implementiert werden, wovon die Patienten unmittelbar profitieren werden. Gleichzeitig können so die vorhandenen regionalen Versorgungskapazitäten bestmöglich und entsprechend dem jeweiligen Versorgungsbedarf genutzt werden. Deshalb muss der Gesetzentwurf die Umsetzung ab dem Jahr 2027 ermöglichen und entsprechend angepasst werden. Ergänzend zu den bestehenden Regelungen zu den Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und gleichzeitig passend zur Notfallreform sollte das KHAG zudem eine Verpflichtung zur Patientenaufnahme bei Verlegungen aus Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen enthalten.

Mit dem KHAG muss auch eine Lösung für Universitätsklinika und Großkrankenhäuser infolge der Standortdefinition mit der „2-km-Regelung“ gefunden werden. Insbesondere die Leistungsgruppen und die Erfüllung der zugehörigen Qualitätsanforderungen sind an den Standort gekoppelt. Der Intention der Standortregelung ist grundsätzlich zuzustimmen. Allerdings benachteiligt die Regelung aufgrund der „2-km-Regelung“ Großkrankenhäuser, die aufgrund der begrenzten zusammenhängenden Flächen innerhalb einer Stadt die Krankenversorgung aufteilen müssen. Mit der zunehmenden Bedeutung der Standortdefinition sind daher hierfür Ausnahmen gesetzlich zu verankern, ohne die bisherige Intention der Regelung aufzugeben. So sollte bei einem Krankenhaus, das innerhalb derselben Stadt an räumlich getrennten Standorten Patienten versorgt und

einheitliche Organisations- und Leitungsstrukturen aufweist oder wenn landeshochschulrechtliche Vorschriften dies vorsehen, von einem Standort ausgegangen werden.

Das KHAG bietet keine Antwort auf die überbordende Bürokratie, der die Krankenhäuser ausgesetzt sind. Bereits in der Vergangenheit wurden vielfältige und kleinteilige Regulierungsansätze implementiert, mit denen teilweise ähnlich gelagerte Sachverhalte adressiert werden (siehe PpUG, PPR 2.0 und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses). Mit Einführung der Leistungsgruppen und ihren zugehörigen Qualitätsanforderungen werden derartige Parallelstrukturen der Qualitätsregulierung und Nachweisführung weiter verstärkt. Hier müssen dringend neue Wege zur Entbürokratisierung gefunden werden.

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
1	§ 109	Anpassung der Ausnahme für den Abschluss eines Versorgungsvertrags trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien	-
3	§ 135d	– Streichung Übergangsregelung in § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V zur Veröffentlichung von Leistungsgruppen im Bundes-Klinik-Atlas – Folgeanpassung aufgrund der Streichung der LG Notfallmedizin – Zuweisung des „Level F“ Fachkrankenhaus durch die zuständige Landesbehörde	§ 135d Abs. 4 Satz 3 – Level F bzw. Fachkrankenhaus <u>Sachverhalt:</u> Die zuständige Landesbehörde kann dem Standort eines Krankenhauses, der • sich auf die Behandlung einer bestimmten Erkrankung, Krankheitsgruppe, Personengruppe oder eines bestimmten Leistungsspektrums spezialisiert hat und • einen relevanten Versorgungsanteil in diesem Bereich leistet und • im Krankenhausplan des jeweiligen Landes als Fachkrankenhaus ausgewiesen ist, der Versorgungsstufe „Level F“ (d.h. Fachkrankenhaus) zuweisen. Die Zuordnung ist zu begründen.



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Nach § 135e Abs. 4 SGB V können Fachkrankenhäuser dann die Anforderungsbereiche „verwandte[r] Leistungsgruppen“ und „Sachliche Ausstattung“ in Kooperation insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Vertragsärzten erbringen. <u>Bewertung:</u> Auch bei der Zuweisung der Versorgungsstufe F bzw. bei der Ausweisung als Fachkrankenhaus müssen die Landesbehörden Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassenverbänden anstreben. Zudem sollte im BKA /Transparenzverzeichnis neben der vorgesehenen Kennzeichnung der entsprechenden Standorte auch die Begründung für die Zuordnung ausgewiesen werden. Darüber hinaus sollte auch die Evaluation nach § 427 SGB V eine dezidierte Auswertung der Fachkrankenhäuser, der Begründung der Zuordnung und die Qualitätskriterien der Leistungsgruppe ausgewiesen werden, die nicht am Standort erbracht werden können. Weitere Änderungsbedarfe zu § 135d Abs. 3 S.1 Nr. 3 - „personelle Ausstattung im Verhältnis zum Leistungsumfang“ <u>Sachverhalt:</u> Im Medizinforschungsgesetz wurde in § 21 KHEntgG festgelegt, dass zusätzlich zu den bereits vorhandenen Festlegungen auch die Anzahl des beschäftigten ärztlichen Personals pro Leistungsgruppe zu erfassen und im Rahmen der § 21-Datenlieferung an das InEK zu übermitteln ist. Dies wurde seinerzeit wie folgt begründet: <i>„Die Daten zum ärztlichen Personal sind zukünftig von den Krankenhäusern auch gegliedert nach den maßgeblichen Leistungsgruppen zu übermitteln. Dies ist erforderlich, da durch die</i>



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<i>vorgesehene Krankenhausreform unter anderem Mindestvoraussetzungen zur Vorhaltung von ärztlichem Personal je Leistungsgruppe nach Anlage 1 [...] getroffen werden. Die daraus gewonnen Informationen können folglich vom Medizinischen Dienst für die Prüfung der maßgeblichen Voraussetzungen genutzt werden. Zudem sollen die Informationen perspektivisch auch für das Transparenzverzeichnis [...] genutzt werden.“</i> <u>Bewertung:</u> 1. Doppelerhebung mit erheblichem Bürokratieaufwand ohne Nutzen: Der Medizinische Dienst (MD) hat in der LOPS-Richtlinie zur Überprüfung des Parameters „Anzahl Fachärzte pro Leistungsgruppe“ eigene Dokumentationsvorgaben festgelegt (vgl. Anlage 2 der LOPS-Richtlinie). Da die InEK-Vorgaben sich von den MD-Vorgaben unterscheiden, führen sie zwangsläufig zu unterschiedlichen Ergebnissen innerhalb desselben Hauses. Für die Krankenhäuser bedeutet bereits jetzt die parallele Erstellung zudem einen erheblichen Mehraufwand, da sie für einen gesetzlich vorgesehenen Parameter „Arztzahl pro Leistungsgruppe“ nun zwei völlig unterschiedliche Dokumentationssysteme, Berechnungsgrundlagen und Systematiken anwenden müssen. Derzeit werden zwar teure IT-Lösungen entwickelt, die eigene Grundannahmen treffen, um die Ärzte den Leistungsgruppen – rein hypothetisch (z. B. auf der Grundlage der InEK-Kalkulationsdaten) – zuzuordnen. Doch es ist fraglich, wie realitätsnah die damit produzierten Ergebnisse tatsächlich sein können. Aufgrund der hohen Sanktionszahlungen bei Nicht-Lieferung der § 21-Daten werden die Krankenhäuser gezwungen sein, die kostenintensive IT-Software zu beschaffen, um nachweisen zu können, die Daten erstellt und abgegeben zu haben.



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			2. Zur Aussagekraft: Inhaltlich ist unklar, was der Parameter „Anzahl Fachärzte pro Leistungsgruppe“ aussagen soll. Dies soll durch das nachfolgende Beispiel verdeutlicht werden: <u>LG 58 – Darmtransplantation:</u> <i>Nach unserer Berechnung gab es 2024 in der <u>LG Darmtransplantation</u> in Deutschland nur 1 Darmtransplantation. Es ist allerdings davon auszugehen, dass mindestens 20 Uniklinika diese LG beantragen werden. In 19 Uniklinika lautet dann der Quotient „Anzahl Fachärzte pro LG“: mind. 3 Fachärzte bei 0 Fällen pro Jahr in der LG Darmtransplantation. In 1 Uniklinikum ergibt dieser Parameter in der LG Darmtransplantation: 3 Fachärzte bei 1 Fall pro Jahr.</i> 3. Fachabteilungen mit diversen Leistungsgruppen: Da die Ärzte einer Fachabteilung über mehrere Leistungsgruppen verteilt sein können, gibt es innerhalb einer Fachabteilung bzw. auf einer Station sehr unterschiedliche Quotienten „Arzt pro Leistungsgruppe“, deren Interpretations- und Aussagekraft für die Öffentlichkeit damit völlig im Unklaren bleibt. Das folgende Beispiel für eine Fachabteilung Viszeralchirurgie soll dies verdeutlichen: <i>Fachabteilung Viszeralchirurgie mit den LG 14 – Allgemeine Chirurgie, LG 30 – Bariatrische Chirurgie, LG 31 - Lebereingriffe, LG 32 – Ösophaguseingriffe und LG 33 Pankreaseingriffe</i> <i>In dieser Fachabteilung könnte der Parameter „Arzt pro LG“ in der</i> • <i>LG 14 bei 5 Fachärzten für 1000 Fälle pro Jahr liegen,</i> • <i>LG 30 bei 3 Fachärzten für 90 Fälle pro Jahr,</i> • <i>LG 33 bei 3 Fachärzten für 50 Fälle pro Jahr.</i>



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<u>Gesamtfazit:</u> Die Verpflichtung, Arztdaten pro Leistungsgruppe anzugeben, sollte gestrichen werden. Hingegen ist die Darstellung der Arztdaten pro Fachabteilung am Standort sinnvoll. Der Medizinische Dienst wird die Ergebnisse der § 21-Daten im Rahmen der LG-Prüfung nicht nutzen. Der Medizinische Dienst hat in der LOPS-Richtlinie mit der Anlage 2 ein eigenes Dokumentationsformat für diesen Parameter festgelegt: Name des Facharztes, Geburtsdatum, Qualifikation und Facharzturkunde pro Leistungsgruppe. Diese Daten werden nach § 11 der LOPS-RL auch an das Land übermittelt. Da die über die LOPS-Richtlinie übermittelten Daten über die § 21-Daten hinausgehen, sind die § 21-Daten für den MD unnötig und die seinerzeitige Annahme des Gesetzgebers im Medizinforschungsgesetz hinfällig. Zudem ist unklar, was der Parameter „Arzt pro Leistungsgruppe“ für die Öffentlichkeit aussagen soll (vgl. obige Nr. 1 und Nr. 3). Sinnvoll ist allerdings, wie bereits vorgesehen, die Darstellung des Quotienten „Anzahl der Fälle pro Arzt- bzw. Facharzt innerhalb einer Fachabteilung“ (z. B. Viszeralchirurgie: Fälle pro VK Arzt: 93 Fälle, Fälle pro VK Facharzt: 159 Fälle). Dieser Quotient ist seit Jahren in vergleichbarer Form im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser verfügbar. Die Berechnung des Parameters „Arzt pro Leistungsgruppe“ geht mit erheblichen Ressourcen und IT-Aufwänden einher, ohne dass die im Medizinforschungsgesetz beschriebenen Zielsetzungen damit erreicht würden. Zudem hat der Medizinische Dienst in der LOPS-Richtlinie ohnehin eine eigene Dokumentation zur Überprüfung dieses Parameter vorgesehen.



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<u>Lösungsvorschlag:</u> In § 21 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe f KHEntgG: Streichung der Wörter „nach den Leistungsgruppen nach Anlage 1 zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch und“, der durch das Medizinforschungsgesetz eingefügt wurde.
4	§ 135e	– Streichung Frist Erlass und Inkrafttreten LG-RVO – finanzielle und organisatorische Unterstützung der Patientenvertretung im Leistungsgruppen-Ausschuss – Vereinheitlichung Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern – Sonderregelung für Tages- und Nachtkliniken (Erfüllung zeitlicher Vorgaben nur zu jew. Betriebszeiten) – Vollzeitäquivalent: Anpassung anrechenbare Stundenanzahl von 40 auf 38,5 – Anpassung Berücksichtigung Belegärzte (voller vertragsärztlicher Versorgungsauftrag) – Streichung eines Verweises (entfallen)	§ 135e Abs. 4 Nr. 7 – Kooperationen <u>Sachverhalt:</u> Der Kabinettsentwurf sieht nun vor, dass Krankenhäuser ein Qualitätskriterium in Kooperationen mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen können, wenn eine schriftliche Kooperation vorliegt und entweder - die Erfüllung in Kooperation mit dem jeweiligen Qualitätskriterium vorgesehen ist oder - dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist oder - 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. <u>Bewertung:</u> Mit der Formulierung unter 7b wird es möglich, dass ein Land dauerhaft nach eigenem Ermessen entscheidet, welches Krankenhaus – auch ohne die entsprechenden Qualitätskriterien aus der eigenen Organisation heraus zu erfüllen – Leistungsgruppen erbringen kann. Durch die vereinfachten Möglichkeiten, die Kriterien für Leistungsgruppen durch Kooperationen zu erfüllen, könnte es zu einer flächendeckenden Vergabe von Leistungsgruppen kommen. Dies stünde dem grundsätzlichen Reformziel einer Konzentration der Versorgung zur Erhöhung der Qualität entgegen.



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Die Entscheidungen zur Zuteilung von Leistungsgruppen an Krankenhäuser, die die Kriterien nur durch Kooperationen erfüllen, sollten daher nur auf Basis von bundeseinheitlichen Kriterien, befristet und zudem nur im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassenverbänden erfolgen können (siehe auch Lösungsvorschlag). Das gilt auch für den Buchstaben c (d.h. Abstand bis zu 2.000 m Luftlinie), wenn zum Patiententransport öffentliche Straßen benutzt werden müssen. Dies entzieht dem Rettungsdienst anderweitig notwendige Ressourcen und kann darüber hinaus auch der Patientensicherheit entgegenstehen. Unproblematisch ist diese Regelung in 7c, wenn nicht der Patient transportiert werden muss, sondern z. B. Blutproben, deren Ergebnisse nicht unmittelbar zeitlich zur Verfügung stehen müssen, Proben für mikrobiologische Untersuchungen oder histologische Gewebeproben oder Schnellschnitte für die Pathologie. <u>Lösungsvorschläge:</u> Um die Versorgungsqualität und Patientensicherheit zu gewährleisten, ist § 135e Abs. 4, Nr. 7b wie folgt anzupassen: ▪ Kooperationen sind zeitlich zu begrenzen, z. B. auf 3 Jahre (analog wie § 6a KHG), ▪ bei Kooperationen haben die Länder Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassenverbänden herzustellen; hierfür sollten die Krankenkassen bundeseinheitliche Kriterien zu Grunde legen, ▪ Kooperationen sind nicht zulässig, wenn Kernleistungen einer Leistungsgruppe über einen Kooperationsgeber erbracht werden.



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Damit auch die Patienten, die Öffentlichkeit wie auch die einweisenden Vertragsärzten Transparenz über diese Krankenhäuser erhalten, die die Qualitätskriterien einer Leistungsgruppe nur über Kooperationen nach Nr. 7b oder 7c erbringen können, ist dies im Bundes-Klinik-Atlas nach § 135d SGB V auszuweisen. Zudem sind in der Evaluierung nach § 427 SGB V die Krankenhäuser, die aufgrund der Entscheidung der Länder Leistungsgruppen über Kooperationsverträge erbringen dürfen sowie die entsprechenden Kriterien, gesondert auszuwerten. Ferner sind die Vorhaltepauschalen für Krankenhäuser, die die Qualitätskriterien nur durch Kooperationen nach Nr. 7 erfüllen können, entsprechend abzusenken. § 135e Abs. 4 Satz 2 <u>Sachverhalt:</u> Bei Fachkrankenhäusern kann die zuständige Landesbehörde die Versorgungsstufe „Level F“ zuweisen. Damit können dann die Anforderungsbereiche „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ und „Sachliche Ausstattung“ in Kooperation insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Vertragsärzten erfolgen. <u>Bewertung:</u> Damit die dauerhafte Möglichkeit von Fachkrankenhäusern, Qualitätskriterien von Leistungsgruppen in den Anforderungsbereichen „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ und „Sachliche Ausstattung“ nicht selbst, sondern durch Kooperationen zu erfüllen, nicht zu einer Absenkung der Versorgungsqualität führt, sollte auch hier Einvernehmen mit



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassenverbänden hergestellt werden. <u>Lösungsvorschlag:</u> Einfügen eines neuen Satzes in § 135e Abs. 4 nach Satz 2: <i>„Bei der Zuordnung der Versorgungsstufe „Level F“ bei den Fachkrankenhäusern hat die für die Krankenhausbehörde zuständige Landesbehörde Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. Ersatzkassenverbänden herzustellen.“</i> Damit auch die Patienten, die Öffentlichkeit wie auch die einweisenden Vertragsärzte Transparenz über die Fachkrankenhäuser erhalten, die die Qualitätskriterien einer Leistungsgruppe nur über Kooperationen erfüllen, ist dies im Bundes-Klinik-Atlas nach § 135d SGB V auszuweisen und die Qualitätskriterien, die ausschließlich über Kooperationsgeber erbracht werden, gesondert darzustellen. Zudem sind in der Evaluierung nach § 427 SGB V die Fachkrankenhäuser gesondert auszuwerten. Ferner sind die Vorhaltepauschalen für die Fachkrankenhäuser, die die Qualitätskriterien nur durch Kooperationsgeber erfüllen können, entsprechend abzusenken. Zusätzlicher Klarstellungsbedarf bei § 135e Abs. 4 S. 2 Nr. 6b und 6c - <i>„Hinsichtlich der Erfüllung der für eine Leistungsgruppe in Anlage 1 als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien gilt,</i> 1. 2. ... 7. [...] erfüllt sind, wenn Fachärzte im jeweils genannten personellen und zeitlichen Umfang vorgehalten werden, wobei



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			a) ... b) <i>mindestens ein Facharzt jederzeit in Rufbereitschaft verfügbar sein muss</i> c) <i>Fachärzte für bis zu drei Leistungsgruppen, [...], berücksichtigt werden können;</i> d) <i>in Fällen, in denen das Krankenhaus eine Versorgung durch Belegärzte vorsieht, dem Vollzeitäquivalent in Buchstabe a ein voller vertragsärztlicher Versorgungsauftrag entspricht; ... “</i> <u>Sachverhalt zu § 135e Abs. 4 S. 2 Nr. 6b:</u> Dem Wortlaut nach heißt das, dass für jede Leistungsgruppe (vgl. § 135e Abs. 4 1. Halbsatz SGB V) mindestens ein Facharzt jederzeit in Rufbereitschaftsdienst eingeteilt sein muss. Dabei gibt es allerdings Leistungsgruppen, die sehr wenige Fälle (auch über alle Krankenhäuser in Deutschland hinweg) aufweisen (LG Herztransplantation, LG Darmtransplantation, etc.). Das bedeutet, dass wenn 55 Leistungsgruppen beantragt wurden, 55 Fachärzte (mit der entsprechenden Qualifikation, die in den Qualitätskriterien der Leistungsgruppe genannt ist) Rufbereitschaft haben. <u>Bewertung:</u> Bei wörtlicher Auslegung des Gesetzes würde dies einen enormen und unwirtschaftlichen Personaleinsatz bedeuten. <u>Lösungsvorschlag:</u> 6b) <u>„mindestens ein Facharzt jederzeit in Rufbereitschaft verfügbar sein muss, dieser kann entsprechend seiner Facharztkompetenz für mehrere Leistungsgruppen parallel die Rufbereitschaft übernehmen“.</u>



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<u>Begründung:</u> Diese Ergänzung würde klarstellen, dass ein Facharzt mit der entsprechenden Qualifikation parallel Rufbereitschaft für mehrere Leistungsgruppen übernehmen könnte. Sollte die Arbeitsbelastung im Rufbereitschaftsdienst für die mehreren Leistungsgruppen zu groß werden, sehen bereits jetzt die Tarifverträge die Anordnung von einem „höheren“ Dienst vor. Das heißt: Sollte durchschnittlich im Rufdienst eine Arbeitsbelastung von über 25 Prozent anfallen, muss statt einem Rufdienst ein Bereitschaftsdienst angeordnet werden. Bei Überschreiten der Grenze im Bereitschaftsdienst muss stattdessen ein Schichtdienst angeordnet werden. <u>Sachverhalt zu § 135e Abs. 4 S. 2 Nr. 6c:</u> Es bleibt dem Gesetzestext nach unklar, ob diese Regelung „ein Facharzt für bis zu 3 Leistungsgruppen“ auch außerhalb der regulären Dienstzeiten (d.h. in Rufbereitschaft) gilt oder ob außerhalb der regulären Dienstzeiten auch mehrere Leistungsgruppen möglich sind, sofern die entsprechende Facharztqualifikation dieser Leistungsgruppen vorhanden ist. <u>Bewertung und Lösungsvorschlag:</u> Um Rechtssicherheit zu haben, ist eine gesetzliche Klarstellung hilfreich, dass die Begrenzung auf bis zu 3 Leistungsgruppen nur für den regulären Dienst gilt. Vgl. auch Anmerkungen zur Anlage 1 zu § 135e SGB V



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
7	§ 136c	Spezialisierung Onkochirurgie: Abweichung von gesetzlich vorgegebener Prozentzahl für bestimmte Indikationsbereiche durch G-BA-Beschluss	Vgl. hierzu Stellungnahme zu § 40 KHG Hier ist eine Ausnahmeregelung für den Fall beschrieben, dass der G-BA eine geringere Mindestmenge festgelegt hat und mit dem „15 Prozent Cut“ nun eine höhere Mindestmenge gelten würde. Der G-BA hat bislang deutlich mehr als 15 Prozent der bisherigen Leistungserbringer von der Leistungserbringung abgeschnitten.
8	§ 137i	InEK differenziert für die PpUGV in den pflegesensitiven Bereichen den Pflegeaufwand nach Schweregradgruppen	Die Flexibilisierung der Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen ist zu begrüßen.
9	§ 221	Streichung LKK-Anteil an der Finanzierung des Transformationsfonds	-
10	§ 271	Anpassung von Mindestreserve und Obergrenze der Liquiditätsreserve im Gesundheitsfonds	-
11	§ 275a	- Streichung eines Satzes zur Prüfung der PpUGV - Anpassung Fristen für LG-Prüfaufträge an MD und Abschluss - Strukturprüfung: Korrektur der Bezeichnung des Verfahrens	§ 275a Abs. 1. Satz 8 <u>Sachverhalt:</u> Es erfolgt die durchgängige Streichung des Verweises auf Einbeziehung der Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) als Qualitätskriterium in der Anlage 1. <u>Bewertung:</u> Der Wegfall der Prüfung der Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen durch den Medizinischen Dienst (MD) in Anlage 1 erscheint im Sinne des Bürokratieabbaus und der Reduktion von Mehrfachnennung konsequent und folgerichtig, wenn die Jahresmeldung zur Einhaltung der PpUGV ohnehin an anderer Stelle geprüft und eine Nichteinhaltung sanktioniert wird. In der Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft nach § 137i Absatz 4 SGB V ist



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			festgelegt, dass die Jahresmeldung zum jährlichen Erfüllungsgrad der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen durch einen Wirtschaftsprüfer bestätigt und an das InEK weitergeleitet werden muss. Zudem folgt die Logik der in Anlage 1 festgelegten Leistungsgruppen nicht der Struktur der pflegesensitiven Bereiche. Eine zusätzliche Nachweisführung würde nicht nur zu einer Mehrfachdokumentation, sondern zusätzlich auch noch zu einer erforderlichen Umstrukturierung der Daten führen. Zudem ist die Flexibilisierung der Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i Absatz 1 Satz 3 zu begrüßen. Weiterer Klarstellungsbedarf bei § 275a Abs. 2 und 3 SGB V <u>Sachverhalt:</u> In Absatz 2 werden die beauftragenden Stellen für Prüfungen der Qualitätskriterien von Leistungsgruppen und die Prüfverfahren normiert. Allein die beauftragende Stelle (entweder Landesbehörde oder Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen) erhält das Gutachten des MD, um ggf. auf erforderliche Korrekturen hinzuweisen. Das Krankenhaus erhält das Ergebnis der Prüfung nach Abschluss dieses Verfahrens zeitgleich mit den beauftragenden Stellen und dem IQTIG. Zukünftige Folgeprüfungen sind von den beauftragenden Stellen rechtzeitig vor Fristablauf beim MD zu beauftragen. <u>Bewertung und Lösungsvorschlag:</u> Das MD-Gutachten ist nicht nur allein der beauftragenden Stelle zuzusenden, sondern ist gleichzeitig dem Krankenhaus zu übermitteln, um den MD umgehend auf falsche Darstellungen oder Unstimmigkeiten im MD-Gutachten hinzuweisen und um Korrektur zu bitten. Zudem sind Anforderungen in den G-BA-Richtlinien, in den StrOPS und in den Qualitätskriterien der Leistungsgruppen nicht eindeutig formuliert bzw. unklar, weshalb es essenziell ist, dass die Auslegung dieser sowie die



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			entsprechende Dokumentation zum Nachweis der Erfüllung dieser Anforderung in einem gemeinsamen Verfahren erfolgt. Sollte das Ergebnis der MD-Prüfung dem Krankenhaus erst nach Verfahrensabschluss zur Verfügung gestellt werden, besteht keine Möglichkeit für das Krankenhaus, Unklarheiten oder fälschliche Darstellungen auszuräumen. Die beauftragenden Stellen sind gesetzlich zu verpflichten, zeitig und rechtzeitig (ggf. mit Zeitpuffer für Rückfragen, für Klärungen etc.) vor Ablauf des Gültigkeitszeitraums des Gutachtens den MD zu beauftragen. Es dürfen keine zeitlichen Lücken zwischen den Gutachten für die Leistungsgruppe/n entstehen, da andernfalls finanzielle Nachteile für Krankenhäuser drohen. Weiterer Klarstellungsbedarf bei § 275a i.V.m. § 283 SGB V <u>Sachverhalt:</u> In § 275a i.V.m. § 283 SGB V ist gesetzlich klarzustellen, dass die Qualitätskontrollen von G-BA-Richtlinien und die Prüfungen der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen besser aufeinander abgestimmt werden müssen und gegenseitig anzuerkennen sind: Das heißt, dass die LG 18 (Bauchaortenaneurysma) als Qualitätskriterium die Erfüllung der G-BA-Bauchaortenaneurysma-Richtlinie enthält (analog bei LG 22 – Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche mit der G-BA-Kinderherzchirurgie bzw. LG 27 – Spezielle Traumatologie, LG 43 – 45 und LG 49). <u>Bewertung und Lösungsvorschlag:</u> In der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses wird nun vorgesehen, dass nur eine Stichprobe statt aller Krankenhäuser geprüft werden soll. Im Gegensatz dazu sieht § 10 Abs. 3 der LOPS-Richtlinie vor, dass im Rahmen der Leistungsgruppenprüfungen



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			diese erneute Qualitätskontrolle nur dann <u>nicht</u> durchgeführt wird, wenn der Abschluss der Prüfung der Qualitätskontrolle nicht länger als 36 Monate zurückliegt. Andernfalls wird im Rahmen der Leistungsgruppen-Prüfung erneut eine Qualitätskontrolle der G-BA-Richtlinien durchgeführt. Hier ist eine gesetzliche Vorgabe zur Beauftragung des G-BA erforderlich, in seiner MD-Qualitätskontroll-Richtlinie diese Krankenhäuser aus der Stichprobe zu nehmen, damit sie nicht erneut geprüft werden und die Ergebnisse i.R.d. Leistungsgruppen-Prüfung anerkannt werden. Weiterer Klarstellungsbedarf bei § 275a Abs. 6 und 7 SGB V <u>Sachverhalt:</u> Die derzeitige Regelung ist missverständlich und bedarf einer dringenden Klarstellung vor dem Hintergrund, dass mit der Krankenhausreform Umstrukturierungen und Konzentrationen erfolgen sollen. vgl. auch die Stellungnahme des MD zum Referentenentwurf des KHAG: „Krankenhäuser müssen eine Leistung, die sie erstmalig abrechnen wollen, für drei Monate erbracht haben, bevor sie diese vergütet bekommen. Die Bescheinigung durch den MD darf jedoch erst ab dem Tag der Anzeige erfolgen – nicht rückwirkend.“ <u>Bewertung:</u> Der Wortlaut des § 275a Abs. 7 Satz 2 liefert diverse Auslegungsmöglichkeiten, die erkennbar Streitigkeiten, die dann durch Gerichte zu klären sind, verursachen werden. Dies sehen sowohl MD Bund (siehe oben) als auch die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling so. Krankenkassen könnten die Regelung so auslegen, dass eine 3-monatige Vorleistungspflicht ohne Vergütungsanspruch bestehen könnte. Daher wäre eine entsprechende Klarstellung sehr hilfreich, um Rechtsstreitigkeiten zu vermeiden.



Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			<u>Änderungsvorschlag zur Klarstellung in § 275a Abs. 7 Satz 2 SGB V:</u> <i>„Krankenhäuser können abweichend von Absatz 6 Satz 6 bis zum Abschluss einer Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale, längstens bis zu sechs Monate ab dem Tag der in Nummer 1 genannten Anzeige, erbrachte Leistungen abrechnen, wenn sie</i> <i>1. dem zuständigen Medizinischen Dienst, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung unter Angabe des betreffenden Standortes des Krankenhauses auf elektronischem Wege angezeigt haben, dass sie die in dem Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 festgelegten Strukturmerkmale des Codes, der der jeweiligen Leistung zugrunde liegt, während der drei dieser Anzeige vorhergehenden Kalendermonate als erfüllt und nachweisbar ansehen, und</i> <i>2. in den letzten zwölf Monaten vor der in Nummer 1 genannten Anzeige noch keine in Nummer 1 genannte Anzeige für Leistungen, denen dieser Code zugrunde liegt, vorgenommen haben.“</i>
12	§ 278	Streichung Fehlverweis für Berichte MD an MD Bund	-
13	§ 283	Regelungen zur einheitlichen digitalen Umsetzung von Richtlinien durch MD Bund	-
14	§ 427	Anpassung des Datums zur Vorlage des ersten Evaluierungsberichts	<u>Sachverhalt:</u> Der § 427 wurde hinsichtlich der Vorschriften zur Evaluation der Zuweisung von Leistungsgruppen erweitert. Gefordert ist nun die Übermittlung von



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Daten an das InEK insbesondere auch in Bezug auf die Häufigkeit und die Begründung von Ausnahmen, die nach § 6a Absatz 4 KHG bei Nichterfüllung von Qualitätskriterien der Leistungsgruppen erteilt werden. Auch die Länge der Befristungen von Leistungsgruppenzuweisungen im Rahmen einer Ausnahme sowie Verpflichtungen der Krankenhäuser zur Ergreifung qualitätssteigernder Maßnahmen sollen in die Evaluation über die langfristigen Folgen der Ausnahmeerteilung für die Krankenhausstrukturen und für die Qualität der Versorgung einfließen. Darüber hinaus wurde auch der Gegenstand der Evaluation um die von den Landesbehörden durchgeführte Zuordnung von Krankenhausstandorten zu der Versorgungsstufe „Level F“ nach § 135d Absatz 4 Satz 3 SGB V erweitert. Untersucht werden sollen hier die Art der Spezialisierung und insbesondere die Kriterien, nach denen die zuständigen Landesbehörden die Erbringung eines relevanten Versorgungsanteils durch ein Fachkrankenhaus annehmen. Dies wird umgesetzt indem geregelt wird, dass das InEK die hierzu erforderlichen Daten in anonymisierter Form an die mit der Evaluation beauftragten Stellen zu übermitteln hat. Die Anonymisierung der Daten bezieht sich auf den jeweiligen Krankenhausstandort, die Daten sollen landesbezogen auswertbar sein. <u>Bewertung:</u> Das Ziel der Evaluation, welche Auswirkungen die Leistungsgruppenzuweisungen trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien nach § 6a Absatz 4 KHG auf die Konzentration der Krankenhausleistungen und auf die bezweckte Qualitätssteigerung haben, ist ausdrücklich zu begrüßen. Ebenso zu begrüßen ist es, dass nunmehr geprüft wird, inwieweit die Länder die Ausweisung der Fachkrankenhäuser möglichst bundeseinheitlich anhand geeigneter Kriterien insbesondere im Hinblick auf



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Leistungsvolumen, Leistungskonzentration und Spezialisierung umsetzen. Zu hinterfragen ist jedoch, weshalb das InEK den mit der Evaluation beauftragten Stellen die Daten anonymisiert zur Verfügung zu stellen hat. Dies führt im Zweifel dazu, dass notwendige Konsequenzen aus den Ergebnissen der Evaluation zum Erreichen der mit der Krankenhausreform verfolgten Ziele nicht oder zumindest nicht zeitnah gezogen werden. <u>Änderungsvorschlag:</u> Es sollte grundsätzlich von Anfang an Transparenz über die Ausnahmeregelungen (nach § 6a) und über die Krankenhäuser, die über Kooperationen nach § 135e Abs. 4 Nr. 7 SGB V Qualitätskriterien sowie über die Fachkrankenhäuser, die die Qualitätskriterien über Kooperationen erfüllen, bestehen. Das heißt, in der Evaluation ist auch zu analysieren, in welchem Umfang und aus welchen Gründen Krankenhäuser die Qualitätskriterien nach § 135e Abs. 4 Nr. 7 nicht selbst erfüllen.
15	Anlage 1	Austausch Anlage 1 mit folgenden Anpassungen: – Folgeanpassungen zur Vereinheitlichung Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern – Streichung Verweis auf Einbeziehung Erfüllung PpUGV – Redaktionelle Anpassung Verweise und Daten G-BA Richtlinien – LG 1 Anpassung Mindestanforderungen Endoskopie – LG 2 Anpassung Qualitätskriterien Versorgung Kinder und Jugendliche	Generell zur Anlage 1 (Bedeutung der Spalten und der Begriffe) Der Anlage 1 kann nicht entnommen werden, was die einzelnen Spalten bedeuten. Somit eröffnen sich unterschiedliche Interpretationsmöglichkeiten. Die Medizinischen Dienste werden bei der Prüfung der Leistungsgruppen die Sachverhalte auslegen müssen. Zur Reduktion des Konfliktpotenzials (Leistungserbringer und Länder) und damit sich nicht die Gerichte damit befassen müssen, sollte die Bedeutung der Spalten eindeutig und rechtssicher geregelt werden (vgl. auch Stellungnahme zu § 135e SGB V). Folgendes Beispiel soll die unterschiedlichen Interpretationsmöglichkeiten in der Spalte „Verfügbarkeit“ verdeutlichen: <u>Zur LG 7 – Komplexe Rheumatologie:</u> Spalte: „Verfügbarkeit“: „3 FA, mind. Rufbereitschaftsdienst: jederzeit“



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		– Streichung der LG 3 – LG 6 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 7 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 10 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 11 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 12 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 14 Anpassung bei der personellen Ausstattung – Streichung der LG 16 – LG 19 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 20 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 24 Anpassung bei der personellen Ausstattung – LG 27 Anpassungen der sachlichen Ausstattung sowie eines Verweises in den sonstigen Struktur- und Prozessvoraussetzungen – LG 29 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 31 Anpassung bei Erbringung verwandter LG	• <u>Interpretationsmöglichkeit 1: ein FA hat in der LG Rheumatologie Rufbereitschaft (vgl. wörtliche Auslegung von § 135e Abs. 4 Nr. 7b SGB V)</u> • <u>Interpretationsmöglichkeit 2: 3 FA, die gleichzeitig (außerhalb der regulären Dienstzeit) mind. Rufbereitschaftsdienst (oder Bereitschaftsdienst) machen müssen</u> • <u>Interpretationsmöglichkeit 3: 3 FA (unabhängig von der Facharztqualifikation), von denen mindestens einer außerhalb der regulären Dienstzeit mindestens Rufbereitschaftsdienst machen muss.</u> • <u>Interpretationsmöglichkeit 4: einer der 3 Fachärzte, die unter der Spalte „Qualifikation“ aufgeführt sind (d.h. hier bei LG 7: <u>FA Innere Medizin und Rheumatologie FA Orthopädie und Unfallchirurgie mit ZW Orthopädische Rheumatologie</u>), macht mindestens Rufbereitschaftsdienst</u> Unklar ist auch in der Spalte „Verfügbarkeit“, ob und wie viele LG gleichzeitig von einem entsprechend qualifizierten Facharzt außerhalb der Dienstzeiten (d.h. im Rufbereitschaft- oder im Bereitschaftsdienst) erbracht werden dürfen. Hier sollte auch bedacht werden, dass tarifvertraglich festgelegt ist, dass beim Überschreiten einer bestimmten Arbeitsbelastung ein entsprechend höherer Dienst anzuordnen ist. D.h., sollte durchschnittlich eine Arbeitsbelastung von über 25 Prozent anfallen, muss statt einem Rufdienst ein Bereitschaftsdienst angeordnet werden. Bei Überschreiten der Grenze beim Bereitschaftsdienst, muss ein Schichtdienst angeordnet werden. Daher sollte klar abgegrenzt werden, ob die Anrechenbarkeitsregelung (1 FA für max. 3 Leistungsgruppen) auch außerhalb der regulären Dienstzeit im Rufdienst oder im Bereitschaftsdienst gelten kann. Dabei muss das Gesetz auch das Wirtschaftlichkeitsgebot beachten.



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		– LG 32 Anpassung bei Erbringung verwandter LG sowie bei der personellen Ausstattung – LG 33 Anpassung bei Erbringung verwandter LG sowie bei der personellen Ausstattung – LG 34 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 36 Anpassung der sachlichen Ausstattung – LG 37 Anpassung der sachlichen Ausstattung – LG 38 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 39 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 40 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – Streichung der LG 47 – LG 52 Anpassung der sachlichen Ausstattung – LG 53 Anpassung der Erbringung verwandter LG sowie sachlicher und personeller Ausstattung – LG 54 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 56 Anpassung bei Erbringung verwandter LG und der personellen Ausstattung	<i>LG 13 – Minimalinvasive Herzklappenintervention:</i> <i>Entgegen der Empfehlung des Leistungsgruppenausschusses, sind hier unter personeller Ausstattung nun die Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie aufgenommen worden, ohne dass dies entsprechend in der Gesetzesbegründung erläutert wird. Die LG, die von den FA für Innere Medizin und Kardiologie erbracht werden, finden sich allerdings in der Spalte „Erbringung verwandter LG“ am Standort.</i> Ein weiterer Punkt, der zur Rechtsunsicherheit beiträgt, ist: Wenn inhaltlich das gleiche gemeint ist, ist es auch identisch zu formulieren. <i>Dies soll das folgende Beispiel illustrieren: Spalte „Sachliche Ausstattung“ zum Sachverhalt „Teleradiologischer Befund möglich“.</i> <i>Während dieser Sachverhalt in einzelnen Leistungsgruppen aufgenommen ist, fehlt er in anderen Leistungsgruppen, wie z. B. in der LG 14 - Allgemeine Chirurgie bzw. in der LG 30 - Bariatrische Chirurgie. Manchmal steht „Teleradiologischer Befund möglich“ unter „Röntgen“, „CT“ und „MRT“, manchmal direkt unter „Röntgen jederzeit“, obwohl dann noch „CT“ und „MRT“ folgen. Hier ist klarzustellen, ob ausschließlich die Röntgenbilder oder auch die CT- oder MRT-Bilder teleradiologisch befundet werden dürfen.</i> <u>Gesamtfazit:</u> Der Leistungsgruppenkatalog sollte hier rechtssicher eindeutige Vorgaben festlegen, damit der Medizinische Dienst genau den Sachverhalt prüfen kann, den das Gesetz intendiert. <u>Lösungsvorschlag:</u> Um die Begriffsdefinitionen rechtssicher auszugestalten, sind diese im Gesetz bzw. in einer Verordnung, basierend auf den Beratungsergebnissen des Leistungsgruppenausschusses festzulegen.



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		– LG 58 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 59 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – Streichung LG 65	Weiterer, zu regelnder Sachverhalt im Kontext der Anlage 1 Auch die Definition, welche Nachweise für die Überprüfungen durch den Medizinischen Dienst vorzulegen sind, bedarf mindestens einer Entscheidung im Leistungsgruppenausschuss (LGA). Hierbei kommt es auch insbesondere darauf an, dass nicht extra Dokumente und Nachweise zur Prüfung zu erstellen sind, sondern bereits vorhandene genutzt werden. Dabei sollte der Grundsatz gelten, dass die vorzulegenden Dokumentationen und Nachweise den klinischen Behandlungswegen folgen. Ansonsten wird hier neue Bürokratie aufgebaut, die allerdings zu keiner Qualitätsverbesserung führt. Hier sollte der LGA einbezogen werden. Für alle medizinischen Behandlungen mit ionisierenden Strahlen oder radioaktiven Stoffen gibt es das Strahlenschutzgesetz. Bislang sind diese Fälle allerdings nicht in der LG Nuklearmedizin bzw. LG Strahlentherapie abgebildet, die die entsprechenden Anforderungen unter Berücksichtigung des Strahlenschutzgesetz und nachfolgender Normen – festlegen. Bislang sind die meisten nuklearmedizinischen und strahlentherapeutischen Fälle der LG 1 – Allgemeine Innere zugeordnet. Hingegen sieht diese Leistungsgruppe Qualitätskriterien vor, die nach der (Muster-)Weiterbildungsordnung oder nach dem Strahlenschutzgesetz die Behandlung dieser Fälle nicht erlauben. Z. B. kann ein FA Innere Medizin niemals die Behandlung von nuklearmedizinischen oder strahlentherapeutischen Fällen übernehmen. Zudem erfordern diese Fälle auch zwingend einen Medizinphysik-Experten. Somit werden bei nuklearmedizinischen und strahlentherapeutischen Fällen im KHAG / SGB V Anforderungen gestellt, die anderen Gesetzen widersprechen. Zur Reduktion des Bürokratieaufwands wird ausdrücklich die Streichung von § 6 PpUGV in den LG begrüßt (siehe oben unter § 275a SGB V). Somit



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			entfällt komplizierte Berechnungs- und Abgrenzungs-Bürokratie. Unabhängig von der Streichung an dieser Stelle gilt die PpUGV ohnehin und führt gemäß PpUGV-Sanktionsregelung zu Sanktionen.
			Art. 2: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
1	§ 2a	Redaktionelle Anpassung (Verschiebung Satz 2 in Folgeabsatz)	§ 2a Krankenhausstandort <u>Sachverhalt:</u> Mit dem KHVVG wurde der Standortbegriff per Gesetz neu definiert und zudem die Möglichkeit einer Ausnahmeregelung für die Standortdefinition geschaffen. Für die Ausgestaltung der Ausnahmeregelung wurden die Selbstverwaltungspartner beauftragt. Die Ausnahmeregelung sieht auch weiterhin einen Umkreisradius von maximal 2 km vor. Insbesondere die Leistungsgruppen und die Erfüllung der zugehörigen Qualitätsanforderungen sind an den Standort gekoppelt. <u>Bewertung:</u> Mit dem KHAG muss auch eine Lösung für Universitätsklinika und Großkrankenhäuser infolge der Standortdefinition mit der „2-km-Regelung“ gefunden werden. Der Intention der Standortregelung ist grundsätzlich zuzustimmen. Die Praxis zeigt allerdings, dass die aktuelle Regelung Großkrankenhäuser benachteiligt, die aufgrund der begrenzten zusammenhängenden Flächen innerhalb einer Stadt, die Krankenversorgung auf mehrere Standorte aufteilen müssen. Auch können landeshochschulrechtliche Vorgaben der Standortregelung entgegenstehen. Mit der zunehmenden Bedeutung der Standortdefinition sind daher hierfür Ausnahmen gesetzlich zu verankern, ohne die bisherige Intention der Regelung aufzugeben. <u>Lösungsvorschlag:</u> Bei einem Krankenhaus, das innerhalb derselben Stadt an räumlich getrennten Standorten Patienten versorgt und einheitliche Organisations- und Leitungsstrukturen aufweist oder landeshochschulrechtliche



Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Vorschriften dies vorsehen, sollte von einem Standort ausgegangen werden.
2	§ 6a	- Ergänzung, dass auch nach § 108 Nummer 4 SGB V zugelassene Krankenhäuser die Qualitätskriterien erfüllen müssen - Übergangsregelung für Länder, die bis zum 31.12.2024 Leistungsgruppen zugewiesen haben - Anpassung der Ausnahme für die Zuweisung von Leistungsgruppen trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien - Anpassung der Fristen zur Meldung der zugewiesenen Leistungsgruppen an InEK	§ 6a Abs. 4 <u>Sachverhalt:</u> Die bisherigen Vorgaben maximaler PKW-Fahrtzeiten, innerhalb welcher spezifische medizinische Leistungsbereiche erreichbar sein sollen, sind ersatzlos gestrichen worden. Durch den Wegfall dieser Regelung können die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nun für einen Zeitraum von bis zu 3 Jahren nach eigenem Ermessen über Abweichungen von den vom Bund definierten Qualitätskriterien bei der Zuweisung von Leistungsgruppen entscheiden. Zudem bleibt die Vorgabe an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden zu prüfen, inwieweit maßgebliche Qualitätskriterien der Leistungsgruppen ggf. mittels Kooperationen und in Verbünden erfüllt werden können, im aktuellen Gesetzentwurf bestehen. <u>Bewertung:</u> Diese umfangreiche Ausweitung der ohnehin bereits bestehenden Ausnahmeregelungen konterkariert wesentlich die grundlegenden Ziele der Krankenhausreform, durch Bündelung von Kompetenzen und Konzentration von Leistungsangeboten die Qualität der Versorgung zu verbessern. Die entfallenen Regelungen zu den Fahrzeiten bildeten einen soliden Rahmen für eine bedarfsgerechte Krankenhausplanung auf Landesebene mit Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung, insbesondere im ländlichen Raum. Nun ist konträr zu den Reformzielen einer Konzentration und Qualitätssteigerung der Leistungsangebote die Möglichkeit geschaffen worden, selbst in urbanen Regionen mit bestehender Überversorgung für bis zu 3 Jahre den Status quo zu zementieren. Auch wenn die explizite



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Möglichkeit einer Verlängerung für weitere 3 Jahre entfallen ist, bleibt unklar, ob hierdurch ein echter Anreiz zur Erfüllung der bundeseinheitlichen Qualitätskriterien gesetzt wird, oder diese dennoch fortlaufend umgangen werden können. Denkbar wäre beispielsweise, dass einem Krankenhaus nach 3 Jahren trotz Nichterfüllung der Qualitätsanforderungen weiterhin eine LG-Zuweisung aufgrund neuer Ausnahmetatbestände gewährt wird. Eine solche Umgehung der auf 3 Jahre befristeten Ausnahmeregelung ist strikt abzulehnen und von vornherein zu unterbinden. Neu ist das nun notwendige Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen ab Beginn des Ausnahmezeitraumes, das zu begrüßen ist. Die Erfüllung maßgeblicher Qualitätskriterien der Leistungsgruppen durch Kooperationen und in Verbünden für alle Krankenhäuser, was bisher insbesondere hinsichtlich der Vorhaltung verwandter Leistungsgruppen Fachkrankenhäusern der Stufe „Level F“ vorbehalten war, ist weiterhin kritisch zu sehen. Hierdurch entsteht ein massiver Fehlanreiz, das individuelle Leistungsgruppenspektrum nahezu beliebig auszuweiten auf Kosten der Versorgungsqualität. Für die hierdurch bedingte zukünftige Vorhaltefinanzierung bedeutet dies zudem, dass Krankenhäuser, welche die sachliche und personelle Ausstattung selbst vorhalten und finanzieren, deutlich benachteiligt werden. <u>Lösungsvorschlag:</u> Die bisher vorgesehenen Ausnahmeregelungen zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung sind ausreichend. Sollten die geplanten Ausnahmeregelungen und Kooperationsmöglichkeiten umgesetzt werden, muss für Krankenhäuser, welche LG zugewiesen bekommen, ohne die hierfür notwendigen Qualitätskriterien selbst bzw. nur durch Kooperationen erfüllen zu können, die Vorhaltevergütung zwingend gesenkt werden (siehe hierzu auch Bewertung und Lösungsvorschläge zu § 135e Abs. 4 SGB V).



Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Auch ist über die in § 427 SGB V geplanten Erweiterungen der Vorschriften und Gegenstände der Evaluation der Krankenhausplanung der Länder hinaus, mehr Transparenz herzustellen. Dazu ist zwingend im Bundesklinikatlas zu veröffentlichen, an welchen Standorten und nach welchen Kriterien die Länder über Ausnahmeregelungen entscheiden und Kooperationsvereinbarungen zur Erfüllung von Qualitätskriterien gelten lassen. Diese Transparenz muss auch für die von den Landesbehörden als Fachkrankenhäuser der Stufe „Level F“ ausgewiesenen Standorte gelten. § 6a Abs. 6 Satz 2 <u>Sachverhalt:</u> Die Möglichkeit zur Datenübermittlung durch die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden an das InEK wurde für die budgetneutralen Jahre 2026 (bis 31.12.2025) sowie 2027 (bis 31.12.2026) explizit ergänzt. <u>Bewertung:</u> Hierdurch ist eine Übermittlung der jeweiligen Vorhaltevolumina gemäß § 37 Abs. 5 an die Krankenhausträger, trotz der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung, ermöglicht worden. Folglich können auch die Zuschläge für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie für die spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken gemäß § 38 ermittelt werden. Diese Ergänzungen sind somit ausdrücklich zu begrüßen. <u>Lösungsvorschlag:</u> Die gemäß der Formulierung im Gesetzentwurf freiwilligen Datenlieferungen sollten, zumindest für das Kalenderjahr 2027 mit Datenlieferung bis 31.12.2026, verpflichtend gefordert werden. Hierdurch wird für die Krankenhausträger Transparenz und Planungssicherheit bereits vor der finanzwirksamen Einführung der Vorhaltevergütung gewährleistet.



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
3	§ 6b	Anpassung der Frist zur Meldung der zugewiesenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben an InEK	§ 6b Satz 1 <u>Sachverhalt und Bewertung:</u> Die Frist zur Übermittlung derjenigen Krankenhäuser an das InEK, denen die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden die nach § 6b Satz 1 genannten Aufgaben zugewiesen haben, wurde um 11 Monate, auf den 30. September 2027 verschoben. Dies wird mit der Änderung des § 38 mit Verschiebung der Auszahlung der Zuschläge für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie für die spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken um jeweils ein Jahr nach 2028 begründet. Da jedoch bereits die dortige Verschiebung nicht sachgerecht ist, ist folglich auch hier die Friständerung zu revidieren.
5	§ 12b	- Umstellung der Finanzierung des KHTF (Bundesmittel statt GKV-Mittel) - Streichung der Antragsfrist - Streichung der Verpflichtung, die Prüfung des Insolvenzrisikos nachzuweisen. - Schaffung eines Sonderzuwendungsrechts ggü. der BHO - Streichung der Vorschriften im Zusammenhang mit der Beteiligung der PKV an der Finanzierung - Regelung der Rückführung nicht verwendeter Mittel an den Bund	<u>Sachverhalt:</u> Die Finanzierung des Bundesanteils am Transformationsfonds aus Steuermitteln ist ordnungspolitisch nachvollziehbar. Die Universitätsklinika sind nun auch angemessen beim Zugang zum Transformationsfonds berücksichtigt, wie der Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD dies ausdrücklich vorsieht und es auch der Bundesrat in seiner Entschließung zur Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung vom 21. März 2025 beschlossen hatte. <u>Bewertung:</u> Die Universitätsklinika begrüßen die im Vergleich zum Referentenentwurf erfolgten Ergänzungen zu ihrer Beteiligung an den Fördertatbeständen des Transformationsfonds im Sinne des Koalitionsvertrages. Im Sinne der durch das KHVVG gewollten Leistungskonzentration und Strukturveränderungen sind insbesondere die Fördertatbestände der Konzentration von Versorgungskapazitäten, Bildung regionaler Krankenhausverbünde und die Bildung integrierter Notfallstrukturen auch für die Universitätsklinika von herausragender Bedeutung. Für einen zielgerichteten Transformationsprozess im Sinne der Krankenhausreform muss das



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Krankenhausfinanzierungsrecht insbesondere diese Fördertatbestände auch für Universitätsklinika von Anbeginn zugänglich machen. Hierzu ist ebenfalls sicherzustellen, dass diese Partizipation auch bei einem Inkrafttreten des KHAG erst am 01.03.2026 noch rückwirkend für das Jahr 2026 ermöglicht wird. Darüber hinaus sollte in Absatz 1 Satz 3 Nr. 4 die Formulierung an die entsprechende Regelung des § 3 Abs. 4 der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung angepasst werden, wonach neben Vorhaben zur Bildung auch Vorhaben „zum Ausbau von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen insbesondere an Hochschulkliniken“ aus dem Transformationsfonds gefördert werden können. Es sollte schließlich auch klargestellt werden, dass die Verpflichtung der Länder nach § 12b Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 Buchstabe a KHG (neu), „in jedem der Kalenderjahre vom Jahr der Antragstellung bis 2035 Haushaltsmittel für die Investitionskostenförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitzustellen, die der nach Satz 2 berechneten durchschnittlichen Höhe der in den Haushaltsplänen des jeweiligen Landes der Kalenderjahre 2021 bis 2023 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel zuzüglich der in Nummer 3 genannten Anteile für die aus dem Transformationsfonds geförderten Vorhaben im jeweiligen Kalenderjahr entspricht“, auch entsprechend für die Investitionsmittel für Hochschulkliniken gilt.
7	§ 17b	Anpassung Fristen für Evaluation Vorhaltevergütung durch Verschiebung der Vorhaltevergütung um ein Jahr	-



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
8	§ 37	Ermittlung Vorhaltevergütung: - Anpassungen Fristen für Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung - Übergangsregelung zur Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen - Anpassungen Fristen für freiwillige Information über Vorhaltevolumina in den Jahren 2026 und 2027	Weiterer Änderungsbedarf: § 37 Abs. 2 Satz 7 Nr. 2 <u>Sachverhalt und Bewertung:</u> Es erscheint nach wie vor fraglich, ob ein Fallzahlkorridor von plus/minus 20 Prozent bezogen auf das Vorjahr als Kriterium für die Veränderung des Vorhaltebudgets sinnvoll und zielführend ist. Unter Umständen können bei dieser Größenordnung verstärkt wirtschaftliche Anreize für Optimierungsstrategien gesetzt werden. Es könnte sich für Krankenhäuser als besonders vorteilhaft darstellen, wenn sich das Fallzahlniveau „in Richtung 81 Prozent“ absenkt. In diesem Fall wird das Vorhaltebudget auch dann noch ohne Einbußen ausgezahlt. Gleichzeitig erhalten Krankenhäuser mit Fallzahlsteigerungen von bis zu 19 Prozent ebenfalls das ursprüngliche Ausgangsbudget bei der Vorhaltefinanzierung. Eine Erhöhung des Vorhaltebudgets wird entsprechend der Regelung erst ab einer Schwelle von 20 Prozent erwirkt. Besonders herausfordernd könnte sich die Regelung auch bei Leistungsgruppen mit kleinen Fallzahlen, wie z. B. Transplantationen, erweisen. Dort können Leistungsschwankungen aufgrund einzelner, nicht zwingend strukturell bedingter Ereignisse regelmäßig und in deutlichem Umfang auftreten. <u>Lösungsvorschlag:</u> Um solche Ausschläge im Leistungsgeschehen abzufedern, sollte als Referenz statt des Vorjahres besser ein Mehrjahreszeitraum (z. B. gleitender Durchschnitt über drei Jahre) erwogen werden. Insgesamt kann sich die Regelung bzgl. der Neuermittlung der Vorhaltebudgets insbesondere für Universitätsklinika und Maximalversorger als nachteilig erweisen, wenn sie aufgrund von Krankenhausschließungen oder dem Wegfall von Leistungsgruppen bei anderen Krankenhäusern die Leistungen der betroffenen Kliniken auffangen müssen. Die Frage stellt sich daher prinzipiell, ob der Korridor nicht zu hoch angesetzt ist und stattdessen eher geringer angesetzt werden muss. Ggf. wäre auch ein asymmetrischer



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Korridor denkbar, bei dem Fallzahlzuwächse bspw. ab zehn Prozent zu einem höheren Vorhaltebudget führen, wohingegen das Vorhaltebudget erst ab einem Fallzahlrückgang von 20 Prozent abgesenkt wird. Alternativ wäre im Falle der Häuser mit absehbaren Fallzahlzuwächsen ebenfalls gut denkbar, dass die Länder mit entsprechenden Planfallzahlen kalkulieren können. § 37 Abs. 5 <u>Sachverhalt und Bewertung:</u> Die Anpassungen der Fristen für die durch das InEK an die Krankenhausträger zu übermittelnde Information über Vorhaltevolumina in den budgetneutralen Jahren 2026 und 2027, welche aus den Ergänzungen zu § 6a Absatz 6 Satz 2 Nr. 1 respektive Nr. 2 folgen, sind sachgerecht. Hierdurch wird folgerichtig die Ermittlung der Zuschläge für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie für die spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken gemäß § 38 ermöglicht.
9	§ 38	Zuschläge Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken: Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	§ 38 Abs. 1 <u>Sachverhalt:</u> Anpassungen der Fristen zur Ermittlung der Zuschläge für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken. <u>Bewertung:</u> Die Verschiebung der Förderzuschläge um ein Jahr nach 2028 ist nicht sachgerecht und deren Begründung durch die Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ebenfalls ein Jahr ist inhaltlich falsch. Die expliziten Ergänzungen in § 6a Absatz 6 Satz 2 Nr. 1 respektive Nr. 2 zur Datenübermittlung durch die Landesbehörden an das InEK, und die hieraus folgenden Anpassungen der Fristen für die Information des InEK an



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			die jeweiligen Krankenhausträger über deren Vorhaltevolumina in den Jahren 2026 und 2027, ermöglichen ja gerade eben die Ermittlung der Zuschläge zur Förderung der nach § 6b Satz 1 zugewiesenen Aufgaben und verhindern diese ausdrücklich nicht. Die vorgesehenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie die speziellen Vorhaltungen von Hochschulkliniken gemäß § 38 durch diejenigen Krankenhäuser der Level 3U (respektive Level 3), welche durch die Landesbehörden hierfür zu benennen sind, sind insbesondere jetzt in den landesspezifischen Krankenhausplanungen innerhalb der bundeseinheitlichen Leistungsgruppensystematik von essenzieller Bedeutung. Insbesondere auch vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion zur Resilienz des Gesundheitssystems im Krisenszenario und im Rahmen des Gesundheitssicherstellungsgesetzes. Die Ermittlung und Auszahlung der Förderungen ist gemäß den o.g. Anpassungen im KHAG explizit auch im budgetneutralen Jahr 2027 nach wie vor möglich, unabhängig von der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung. <u>Lösungsvorschlag:</u> Die ursprünglichen Fristen, sowohl zur Übermittlung der Krankenhäuser durch die Landesbehörden gemäß § 6b Satz 1, als auch die ursprüngliche Frist hier in § 38 Abs. 1 sind wieder einzusetzen. Sollten die hierzu benötigten Datenlieferungen der Landesbehörden an das InEK zur Ermittlung der Vorhaltevolumina für das Jahr 2027 jedoch nicht verpflichtend geregelt werden, wie unsererseits für § 6a Abs. 6 Satz 2 Nr. 2 KHG gefordert, könnte zur Ermittlung der Zuschläge gemäß § 38 alternativ auch der Case-Mix-Index herangezogen werden.



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			In diesem Zusammenhang muss der Gesetzgeber gleichzeitig auch dafür Sorge tragen, dass die Level-Zuweisungen der Krankenhäuser rechtzeitig erfolgen.
8	§ 39	Förderbeträge Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie, Intensivmedizin: Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	-
11	§ 40	Spezialisierung Onkochirurgie: - Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung - Berücksichtigung von durch den G-BA festgelegten niedrigeren Prozentzahlen und Aktualisierung der entsprechenden Listen	Vgl. auch § 136c Abs. 2 SGB V <u>Sachverhalt:</u> Neben der Änderung der Fristen wird nun auch für den Fall, dass der G-BA neben seinen Mindestmengen-Reglungen (gem. § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGBV) im nun durch den Gesetzentwurf eingefügten neuen § 136c Abs. 2 eine niedrigere Prozentzahl festlegt, die Höhe dieser Prozentzahl verwendet. <u>Bewertung:</u> Die Überlegungen zu dieser Regelung sind im Prinzip nachvollziehbar: Sie soll verhindern, dass in den Leistungsbereichen, in denen der G-BA bereits Mindestmengen festgelegt hat (Brustkrebs-Chirurgie und Lungenkrebs-Chirurgie, Major-Leberresektionen) ein weiteres Abschneiden von 15 Prozent der Leistungserbringer von onkochirurgischen Leistungen verhindert wird. Allerdings darf diese Regelung nicht über die diversen negativen Auswirkungen und die fehlende Rechtsklarheit hinwegtäuschen. Exemplarisch werden folgende Punkte genannt: 1. Zur Klarstellung sollte wenigstens in der Begründung genannt werden, dass die Anwendung des Abschneidens der unteren 15



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Prozent der Leistungserbringer von onkochirurgischen Leistungen einmalig erfolgt. 2. Das InEK ist die zentrale Institution, die das G-DRG-System jährlich kalkuliert und weiterentwickelt, u.a. auf der Basis von ICD- und OPS-Kodes. Daher ist es nicht verwunderlich, dass sich teilweise größere Unterschiede in den Fallzahlen der Krankenhäuser ergeben, wenn man auf der einen Seite die Fallzahl der Mindestmengen-Regelungen des G-BA (aufgrund anderer ICD- und OPS-Kodes) und auf der anderen Seite im Bundes-Klinik-Atlas (unter der Kachel „Krebs“) die dort ausgewiesenen Fallzahlen vergleicht. Da sowohl die Mindestmengen-Regelungen als auch § 40 KHG im Prinzip mit einem Leistungserbringungsverbot einhergehen, sollten zur Rechtssicherheit keine oder nur minimale Unterschiede bestehen. 3. Der G-BA verwendet 4 unterschiedliche Zählweisen in seinen Mindestmengen-Regelungen, was natürlich auch für die Software-Industrie einen höheren Aufwand generiert, den die Krankenhäuser bezahlen müssen. Zudem werden die meisten Software-Produkte erst unmittelbar vor dem vorgegebenen Abgabedatum fertig, so dass die Krankenhaus-Mitarbeitenden immer erhebliche Probleme und zeitliche Aufwände haben, um die maximal 13 Zahlen (= entsprechend der Fallzahlen in den max. 13 Leistungsbereichen der Mindestmengen-Regelungen) mit der Software fristgerecht bei den Landesverbänden der Krankenkassen abgeben zu können. 4. Der Gesetzgeber sieht keine Regelung für die Fallkonstellationen vor, dass der G-BA derzeit bzw. in naher Zukunft höhere Mindestmengen (in der Onkochirurgie oder in anderen Leistungen) festlegt, so dass nach dem Entfall der unteren 15 Prozent der



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Leistungserbringer in der Onkochirurgie bzw. den angedachten Mindestvorhaltezahlen in den Leistungsgruppen, die G-BA-Mindestmengen-Regelungen zu weiteren Konzentrationen führen. 5. Des Weiteren ist es derzeit sehr wohl möglich, dass bestimmte onkochirurgische Leistungen durch den Leistungsgruppen-Grouper unterschiedlichen Leistungsgruppen zugeordnet werden. Auch dieser Punkt bedarf zur Rechtssicherheit einer eindeutigen gesetzlichen Regelung. 6. Zudem ist gesetzlich unklar, ob der G-BA dann auch weiteren Mindestmengen zu onkochirurgischen Indikationen in den nächsten Jahren festlegen soll, da es ansonsten zu Doppelregelungen kommt. Vgl. Stellungnahme zu § 136c SGB V. Zudem sollte auch § 136c SGB V zeitlich begrenzt werden, da bei den onkochirurgischen Leistungen nach § 40 KHG nur einmal vorgesehen ist, die untersten 15 Prozent der Leistungserbringer von der Versorgung abzuschneiden.
			Art. 3: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
2	§ 1	– Spezielle Regelungen für Krankenhäuser, denen bis zum 31.12.2024 Leistungsgruppen nach landesrechtlichen Vorgaben zugewiesen wurden.	<u>Sachverhalt:</u> In Absatz 4 wird bestimmt, welche Regelungen des KHEntgG abweichend auf Krankenhäuser in NRW Anwendung bzw. Nicht-Anwendung finden. Unter der Nr. 3 wird bestimmt, dass der Fixkostendegressionsabschlag in NRW bis einschließlich zum Jahr 2030 anzuwenden ist. <u>Bewertung</u> Durch die bereits erfolgte Leistungsgruppenzuweisung an die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser wird es bereits ab dem kommenden Jahr zu



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern kommen. Der Fixkostendegressionsabschlag benachteiligt dabei Krankenhäuser mit Mehrleistungen infolge der beabsichtigten Leistungskonzentration. Seine Fortführung sollte bereits zum Jahr 2026 abgeschafft werden.
3	§ 3	- Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung - - Vorhaltebudget greift erst ab 2028 (statt 2027)	-
4	§ 4	- Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung bei • Vereinbarung Erlösbudget • Fixkostendegressionsabschlag	<u>Sachverhalt:</u> In Folge der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung soll der Fixkostendegressionsabschlag auch noch im Jahr 2027 Anwendung finden. <u>Bewertung:</u> In einer Reihe von Bundesländern haben die zuständigen Planungsbehörden bereits mit dem Verfahren zur Zuweisung der Leistungsgruppen begonnen oder sind kurz davor. Hieraus werden voraussichtlich bereits im Jahr 2027 Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern resultieren. Die Fristverschiebung der Abschaffung des Fixkostendegressionsabschlags hemmt allerdings den durch das KHVVG gewollten Konzentrationsprozess, da hieraus resultierende Mehrleistungen durch den Fixkostendegressionsabschlag wirtschaftlich benachteiligt werden. Gleichzeitig bedeutet dieser für die Budgetverhandlungen einen zusätzlichen bürokratischen Aufwand. Daher sollte die aktuell geltende Regelung mit einer letztmaligen Anwendung im Jahr 2026 beibehalten werden.
5	§ 5	- Verlängerung der Zuschläge Pädiatrie und Geburtshilfe um ein Jahr als Folgeänderung	-



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		aus Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Redaktionelle Korrektur bzgl. der Erhebung des Zuschlags für die Pädiatrie	
6	§ 6b	Ermittlung Vorhaltebudget: – Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Klarstellung - Vorhaltebudget nur für auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütete Krankenhausfälle – Übergangsregelung für Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen	-
7	§ 7	Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für Abrechnung der Entgelte	-
8	§ 8	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für die Berechnung der Entgelte – Übergangsregelung für Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht	Weiterer Änderungsbedarf: § 37 Abs. 2 Satz 7 Nr. 2 <u>Sachverhalt und Bewertung:</u> Bei Krankenhäusern, welche Leistungsgruppen zugewiesen bekommen, ohne die hierfür notwendigen Qualitätskriterien selbst (gemäß § 6a Abs. 4 KHG) bzw. nur durch Kooperationen (gemäß § 135e Absatz 4 SGB V) erfüllen zu können, muss die Vorhaltevergütung zwingend gesenkt werden.



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		zugewiesenen Leistungsgruppen bei Abrechnungsverboten	Die Ausweitung der Ausnahmen und die erweiterten Kooperationsmöglichkeiten führen zu einer ungleichen finanziellen Behandlung der Krankenhäuser. Benachteiligt sind diejenigen Krankenhäuser, die die Qualitätsanforderungen an die Leistungsgruppen tatsächlich erfüllen, da diese einen finanziellen Mehraufwand gegenüber denjenigen Krankenhäusern haben, die die Qualitätsanforderungen zwar nicht erfüllen, aber dennoch die vollumfängliche Vergütung erhalten. Daher ist es nur sachgerecht, wenn jene Krankenhäuser, die die Anforderungen nicht umfassend erfüllen, auch nur eine anteilige Vorhaltevergütung erhalten.
9	§ 9	– Erhöhung der Notfallzuschläge ab 2028 als Folgeänderung zur verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung – Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	-
10	§ 10	Orientierungswert: Anpassung Berichtszeitraum, Klarstellung Kreis zur Übermittlung verpflichteter Krankenhäuser, Ermöglichung der Subdelegation der Verordnungsermächtigung zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts durch BMG auf Statistisches Bundesamt	-
13	§ 21	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für die Datenübermittlung	Bezüglich § 21 Abs. 7, siehe oben zu § 135d SGB V



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		- Folgeänderung zur Änderung von § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V (Streichung Übergangsregelung) - Regelung zur umfassenden Nutzung von Daten für die zum Zwecke der Ermittlung des Abschlags erforderlichen Schätzung der Anzahl der Pflegevollkräfte oder ärztlichen Vollkräfte	
			Art. 4 Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung
1	§ 2	Red. Folgeänderung zu Änderung in § 12b KHG	-
2	§ 3	Red. Folgeänderung zu Änderung in § 12b KHG und Klarstellung	
3	§ 4	Streichung der Regelung zur Antragsfrist aufgrund Änderung in § 12b KHG, weitere Folgeänderungen zu Änderungen in § 12b KHG sowie Maßgaben des BR	§ 4 Abs. 4 Nr. 4 <u>Bewertung:</u> Die Folgeänderungen zu Vorhaben nach § 3 Abs. 4 sind sachgerecht.
4	§ 5	Streichung Regelung für Beteiligung PKV	-
5	§ 6	Streichung Regelungen für Beteiligung PKV	-
6	§ 7	- Änderung der Rückforderungsvorschrift von „kann“-Regelung zu „soll“-Regelung - Streichung Regelung für Beteiligung PKV - Streichung von Absatz 8, der nach Maßgabe BR anderweitige Verwendung von nicht verausgabten Fördermitteln ermöglichte.	-



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
7	§ 8	Ermöglichung der Aktualisierung der Förderrichtlinie	-
			Art. 5 Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen
1	§ 186a	Anpassung der Ausnahme von der Fusionskontrolle für Krankenhauszusammenschlüsse, die zur Verbesserung der Versorgung erforderlich sind (zuvor in § 187 Abs. 10 geregelt)	-
2 und 3	§ 187	Redaktionelle Anpassung in § 187 Abs. 9 sowie redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung eines neuen § 186a	-
			Art. 6 Änderung der Bundespflegesatzverordnung
	§ 9	Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	-
			Art. 7 Inkrafttreten
	Erfüllung s-aufwand	Auswirkungen auf Kostenträger und ungleiche Belastungen für Leistungserbringer	Der Gesetzentwurf sieht keine Mehrausgaben durch eine Erweiterung von Ausnahmen bei der Vergabe von Leistungsgruppen vor. De facto werden diese aber bei den Kostenträgern entstehen. Kliniken sollen Leistungsgruppen auch ohne Nachweis von Qualitätskriterien und unabhängig von Erreichbarkeitsvorgaben nach freiem Ermessen der Länder zugewiesen werden können. Dies soll für einen Zeitraum von bis zu drei Jahren und ohne Beschränkung auf ländliche Regionen erfolgen. Damit droht eine erhebliche Gefährdung der Ziele der Krankenhausreform: Einsparpotentiale und Konzentrationsprozesse werden so ausgebremsst. Der



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Status quo könnte zementiert und notwendige Veränderungen ausgesessen werden – selbst in überversorgten urbanen Gebieten. Ohne zeitnahe, stringente Strukturveränderungen und Konzentrationen werden die im KHVVG veranschlagten Einsparungen bei den Krankenhausaussgaben nicht realisierbar sein. Vielmehr droht ein weiterer Ausgabenanstieg, der die finanzielle Lage der Krankenkassen zusätzlich belastet und infolgedessen auch die wirtschaftliche Situation der bedarfsnotwendigen Krankenhäuser weiter verschlechtern wird. Die Ausweitung der Ausnahmen und die erweiterten Kooperationsmöglichkeiten führen zudem zu einer ungleichen finanziellen Behandlung der Krankenhäuser. Krankenhäuser, denen trotz Nichterfüllung von Qualitätsanforderungen Leistungsgruppen und dazugehörige Vorhaltevergütung zugewiesen wird, werden so wirtschaftlich bessergestellt als diejenigen, die durch finanziellen Mehraufwand die Anforderungen tatsächlich erfüllen.
Weitere Anmerkungen			
	Ggf. weitere Anmerkungen	Regelung für ein Clearing-Verfahren bzgl. Beantragung von Fachabteilungsschlüsseln aufnehmen	Das Vorhandensein von einem Fachabteilungsschlüssel oder die Verweildauer in einer Fachabteilung sind bei dem Leistungsgruppen-Grouper bei einer nicht kleinen Anzahl von Leistungsgruppen das maßgebliche Zuordnungskriterium. Neue Fachabteilungsschlüssel können im Rahmen der KH-Budgetverhandlungen bei den Krankenkassen beantragt werden. Bislang war es von nachgeordneter Bedeutung, falls ein Fachabteilungsschlüssel letztendlich nicht zugewiesen wurde.



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Aufgrund der neuen Regelungen zur Krankenhausplanung und -vergütung ist es erforderlich, dass es – bei unterschiedlichen Auffassungen zwischen Kostenträger und Krankenhaus über die Zuweisung von Fachabteilungsschlüsseln – ein Konfliktlösungsmechanismus eingeführt wird. Die Letztentscheidung sollte den Krankenhausplanungsbehörden obliegen.
		Übergangsregelungen für bereits geprüfte LG (ggf. noch unter KHVVG)	Im KHAG ist eine Übergangsregelung dahingehend aufzunehmen, dass bereits unter dem KHVVG erfolgten MD-Prüfungen von Leistungsgruppen weitergelten.
		Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben	Ergänzend zu den bestehenden Regelungen zu den Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sollte das KHAG zudem eine Verpflichtung zur Patientenaufnahme bei Verlegungen aus Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen enthalten.
		Mindestfallvorgaben für die Spezielle sektorengleiche Vergütung	§ 115f Abs. 2 SGB V – Mindestfallvorgaben für die Spezielle sektorengleiche Vergütung Die Ambulantisierung ist eine sinnvolle Entwicklung, von der zum einen Patienten profitieren. Zum anderen kann sie stationäre Kapazitäten und insbesondere knappes Fachpersonal entlasten. Ambulantisierung ist somit auch eine Antwort auf den Fachkräftemangel. Ambulante Krankenhausversorgung, insbesondere auch in Universitätsklinika, ist jedoch nicht immer mit einer Versorgung im vertragsärztlichen Bereich gleichzusetzen. Die mit den Hybrid-DRGs in § 115f SGB V festgelegte sektorenübergreifende Versorgung weist Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten dennoch einen gemeinsamen Leistungsbereich sowie eine einheitliche Vergütung zu. Unterstellt wird dabei, dass die als Hybrid-DRG bestimmten Leistungen von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern gleichermaßen erbracht werden. Dass dies jedoch häufig



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			nicht der Fall ist, legen die vom InEK analysierten Daten nahe. Insofern muss sich das unterschiedliche Leistungsgeschehen auch in einer nach Krankheitsschwere abgestuften und verweildauerabhängigen Vergütung widerspiegeln. Die Vergütung der Hybrid-DRGs muss für Krankenhäuser wirtschaftlich darstellbar sein, wenn Ambulantisierung tatsächlich gelingen soll. Vor diesem Hintergrund ist das von der Politik vorgegebene Ziel von mind. einer Mio. Hybrid-DRG-Fälle ab dem Jahr 2026, mind. 1,5 Mio. Hybrid-DRG-Fälle ab dem Jahr 2028 und mind. zwei Mio. ab dem Jahr 2030 besonders kritisch zu sehen. Das Ringen darüber, im geforderten Umfang geeignete Leistungen für den Hybrid-DRG-Katalog 2026 zu identifizieren, macht deutlich, dass sachlich überzeugende Argumente fehlen, auf die eine Leistungsauswahl in einem so erheblichen Umfang gestützt werden kann.
		Ermittlung der Prüfquote bei dem Umfang von Abrechnungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst	§ 275c Abs. 2 – Ermittlung der Prüfquote bei dem Umfang von Abrechnungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst Die von der GKV ermittelten Prüfquoten können aufgrund der Systematik zur Berechnung der Prüfquoten sowie aufgrund der Aufbereitung der Daten nur eingeschränkt etwas über die Richtigkeit der Krankenhausabrechnungen aussagen. Insbesondere bei Universitätsklinika und Maximalversorgern führen komplexe Fallkonstellationen, längere Verweildauern oder seltene Diagnosen häufiger zu Rechnungsbeanstandungen. Diese können oftmals erst im Rahmen des sog. Erörterungsverfahrens abschließend geklärt werden. So belegen Datenanalysen von Universitätsklinika, dass die tatsächliche Qualität der Krankenhausabrechnungen besser ist, als sie in den Statistiken des GKV-SV ausgewiesen wird. Die Systematik der Abrechnungsprüfung muss dringend dahingehend weiterentwickelt werden, dass in der Statistik zur Prüfquote erfolgreiche Widersprüche sowie das Ergebnis des Erörterungsverfahrens berücksichtigt werden. Bei Nichteinigkeit über das



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Ergebnis der Stichprobenprüfung und der Hochrechnung ist zudem eine Clearingstelle erforderlich, z. B. Landesschiedsstelle, auch um die Gerichte zu entlasten.
		Folgeänderung Medizinforschungsgesetz	§ 135d Abs. 3 SGB V aktuell Satz 8 (bzw. Satz 6 nach RefE) Der Satzteil „ <i>die Krankenhäuser bis zum 30. Juni 2025 die aktuellen Informationen über die Teilnahme an dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 136c Absatz 4 beschlossenen gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern</i> “ muss gestrichen werden, da die Übermittlungspflicht der Krankenhäuser an das IQTIG nach § 135d SGB V nicht mehr besteht. Stattdessen wurde diese Übermittlungspflicht mit dem Medizinforschungsgesetz nun in § 21 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe h KHEntgG geregelt und erfolgt von den Krankenhäusern an das InEK im Rahmen der § 21-Datenlieferungen. Eine Streichung des o.g. Satzteils stellt eindeutig klar, dass dieser Sachverhalt nicht zusätzlich noch in einem anderen Datenformat an das IQTIG zu übermitteln ist.
		Einfluss auf die Ärztliche Weiterbildung durch Strukturveränderungen	Die erwarteten Strukturveränderungen in der Versorgung werden auch Einfluss auf den Verlauf der Ärztlichen Weiterbildung haben und zur verstärkten Gründung von Weiterbildungsverbünden führen, um den vollen Weiterbildungsinhalt abbilden zu können. Zur administrativen Vereinfachung und zum Abbau bürokratischer Hürden, sollte diesbezügliche eine Anpassung am Arbeitnehmerüberlassungsgesetz vorgenommen werden.



Stellungnahme des IKK e.V.

zum

Gesetzentwurf

zur

Anpassung der Krankenhausreform
(Krankenhausreformenpassungsgesetz)
KHAG

vom 04.10.2025

15.12.2025

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen	4
Kommentierung	9
Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	9
§ 109 SGB V Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern	9
§ 135d SGB V Transparenz der Qualität der Krankenhausbehandlung	11
§ 135e SGB V Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung	13
§ 136c SGB V Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung	15
§ 275a SGB V Prüfungen zu Qualitätskriterien, Strukturmerkmalen und Qualitätsanforderungen in Krankenhäusern	16
§ 427 SGB V Evaluation des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes	17
Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)	18
§ 6a KHG Zuweisung von Leistungsgruppen	18
§ 12a KHG Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019	21
§ 12b KHG Transformationsfonds, Verordnungsermächtigung	22
§ 37 KHG Aufgaben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit der Ermittlung der Vergütung eines Vorhaltebudgets	23
§ 38 KHG Aufgaben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit Zuschlägen zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken	26
§ 39 KHG Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin	27
§ 40 KHG Aufgaben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte und des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus hinsichtlich der Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen	28
Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)	29
§ 1 KHEntgG Anwendungsbereich	29
§ 6b KHEntgG Vergütung eines Vorhaltebudgets	30
§ 9 KHEntgG Vereinbarung auf Bundesebene	31

§ 10 KHEntgG Vereinbarung auf Landesebene	32
Zu Artikel 4 (Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung).....	34
§ 4 KHTFV Antragstellung.....	34
Ergänzender Änderungsbedarf.....	35
Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch).....	35
§ 115f SGB V Spezielle sektorengleiche Vergütung.....	35
Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes).....	36
§§ 115g SGB V / 6c KHEntgG Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung – Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen	36
§ 6a KHEntgG Vereinbarung eines Pflegebudgets.....	38
Zu Bundespflegesatzverordnung (BPflV)	39
§ 3 BPflV Vereinbarung eines Gesamtbetrags	39

Grundsätzliche Anmerkungen

Die deutsche Krankenhauslandschaft steht vor einem dringend notwendigen tiefgreifenden Umgestaltungsprozess. Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), das am 1. Januar 2025 in Kraft trat, wurde eine grundlegende Reform der stationären Versorgung initiiert. Noch vor Beginn der praktischen Umsetzung werden aber nun mit dem vorgelegten Gesetzentwurf zum Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) unter dem Aspekt einer praxisgerechten Fortentwicklung Anpassungen vorgenommen.

Positiv hervorzuheben ist aus Sicht der Innungskrankenkassen, dass die noch im KHVVG vorgesehene und verfassungsrechtlich höchst bedenkliche Finanzierung von Vorhaben der Länder zur Anpassung der Strukturen der Krankenhausversorgung über einen Transformationsfonds hälftig aus Beitragsmitteln der GKV folgerichtig gestrichen wurde. Damit werden die Kosten für Vorhaben der Länder zur Anpassung der Strukturen in der Krankenhausversorgung nunmehr folgerichtig und verfassungsgemäß als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe aus Steuermitteln finanziert. Auch die zeitliche Verschiebung bei der Einführung der Vorhaltekostenfinanzierung ist sachgerecht, um damit die notwendige Zeit zu schaffen, ein wirklich zukunftsfähiges, bedarfsgerechtes System zu entwickeln und die fehlerhafte Fixierung auf Fallzahlen zu beheben.

Als problematisch sehen die Innungskrankenkassen dagegen an, dass die Vorhaltefinanzierung trotz Verschiebung nach wie vor nicht bundesweit zum gleichen Zeitpunkt Gültigkeit erlangt und darüber hinaus nicht sichergestellt ist, dass diese unter Beteiligung der gemeinsamen Selbstverwaltung auf der Bundesebene neu konzeptioniert wird.

Im Fokus der Kritik steht nach wie vor, dass die bereits im Referentenentwurf enthaltenen vielfältigen Ausnahmeregelungen für die Bundesländer insbesondere bezüglich Qualitäts- und Erreichbarkeitsvorgaben sich mit dem Kabinettentwurf nicht nur verfestigt haben, sondern sogar noch erweitert wurden. Dadurch besteht die begründete Gefahr, dass die zentrale Zielsetzung – die Festlegung einer bundesweit gewährleisteten hohen Behandlungsqualität für mehr Patientensicherheit – erheblich geschwächt wird. Individuelle Landesausnahmen, ein den Ländern eingeräumter Beurteilungsspielraum und unklare Begrifflichkeiten wie „flächendeckende Versorgung“ drohen hier zu einem Flickenteppich in der Versorgung zu führen und die Ausnahmetatbestände letztlich zur Regel werden zu lassen.

Im Einzelnen:

Zu viele Ausnahmetatbestände zu Gunsten der Bundesländer insbesondere im Bereich der Leistungsgruppen

Problematisch ist, dass – entgegen der ausdrücklichen Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung – den Bundesländern jetzt noch über die im KHVVG bereits vorgesehenen Ausnahmetatbestände weitere Ausweichmöglichkeiten eingeräumt werden, die im Vergleich zum Referentenentwurf auch noch Ausnahmen bei Fachkliniken und Kooperationsregelungen vorsehen. Die Innungskrankenkassen lehnen dies ab.

Die Vielfalt und Umfänglichkeit der Ausnahmemöglichkeiten – immer gestützt auf das Argument einer flächendeckenden Versorgung, obwohl oft nur Krankenhausstandorte „am Leben“ erhalten und Arbeitsplätze gesichert werden sollen – konterkarieren das Hauptziel der Reform: Die zwingende medizinische Verbesserung der Qualität und der Qualitätsgewährleistung durch die Zentrierung komplexer Leistungen. Die logische Folge: Kliniken können so weiter Leistungen erbringen, für die sie nicht die notwendigen Qualitätsvoraussetzungen erfüllen; die Beitragszahler finanzieren weiterhin ineffiziente Strukturen mit schlechter Qualität und das auf Kosten ihrer Gesundheit.

Es bedarf deshalb bundeseinheitlicher, verbindlicher Leistungsgruppen und Qualitätskriterien als ein zentrales Steuerungsinstrument, um eine qualitativ hochwertige Versorgung gerade auch im ländlichen bzw. unterversorgten Raum zu sichern. Sofern Ausnahmeregelungen unabdingbar sind, sind diese nur dann akzeptabel, wenn sie transparent und überprüfbar sind. Zudem bedürfen sie stets der Zustimmung der Planungsbeteiligten. Die Erweiterung der Ausnahmen mit dem Argument der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zu rechtfertigen, führt dazu, dass die wesentlichen Ziele der Reform nicht erreicht werden. Entscheiden künftig die zuständigen Landesbehörden darüber hinaus im Rahmen ihres eigenen Beurteilungsspielraums über die Erforderlichkeit einer Ausnahme, ohne hierbei an die durch das KHVVG vorgesehenen bundesweit einheitlichen Erreichbarkeitsvorgaben gebunden zu sein, sind schon jetzt langwierige gerichtliche Auseinandersetzungen absehbar.

Kritisch ist zudem, dass Leistungsgruppen zukünftig auch dann zugewiesen werden dürfen, wenn die geforderten Qualitätskriterien – wie z. B. bestimmte Facharztzahlen oder technische Ausstattung – nicht erfüllt sind, ohne dabei die bislang vorgesehenen Erreichbarkeitskriterien in Fahrzeitminuten zu berücksichtigen. Diese Ausnahmen können bis zu drei Jahre betragen; für Kliniken mit Sicherstellungszuschlägen gelten diese sogar unbefristet. Nach Auffassung der Innungskrankenkassen verliert damit das Ziel der ursprünglich geplan-

ten Konzentration von komplexen Leistungen in spezialisierten Zentren an Priorität. Ausnahmen von Qualitätsvorgaben sind deshalb nur übergangsweise gerechtfertigt, um die Versorgung eines entsprechend belegten Bedarfs der Grund- und Notfallversorgung zu sichern. Davon ausgenommen müssen spezialisierte Leistungen sein, da hier die Expertise im Sinne der Qualitätssicherung für Patientinnen und Patienten unverzichtbar und damit nicht verhandelbar ist.

Damit gilt: Ausnahmen dürfen nur für Leistungen der bedarfsnotwendigen Versorgung der Bevölkerung in ausschließlich unterversorgten Regionen sowie zeitlich befristet gelten. In diesem Zusammenhang sind auch die Rechtsbegriffe zu den Ausnahmetatbeständen zu schärfen bzw. zu konkretisieren. Begrifflichkeiten wie „Sicherung einer flächendeckenden Versorgung“ fehlt es gerade an einer rechtssicheren überprüfbaren Definition.

Darüber hinaus sehen die Innungskrankenkassen ein zeitliches Problem in Bezug auf die perspektivische Einführung der Vorhaltefinanzierung unter Weitergeltung der entsprechenden Übergangsregelung für NRW mit landesrechtlich zugewiesenen Leistungsgruppen. An dem derzeit vorgesehenen Modell existieren von allen Beteiligten erhebliche Vorbehalte über dessen Zielgenauigkeit, Umsetzbarkeit und Anreizwirkung. Um diese Bedenken und Hinweise aufzugreifen und eine allgemeine Akzeptanz zu erreichen, erscheint es angebracht, ein Konzept durch die gemeinsame Selbstverwaltung unter Einbeziehung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu entwickeln. Vor diesem Hintergrund schlagen die Innungskrankenkassen einen einheitlichen Start der Vorhaltefinanzierung ab dem Jahr 2028 vor.

Hinreichende Qualitätssicherung bzgl. der Leistungsgruppen insbesondere durch die Selbstverwaltung

Die derzeit vorgesehenen Qualitätsanforderungen der Leistungsgruppen gewährleisten aufgrund ihrer nur geringen Differenzierung keine wirkliche Qualitätssicherung für die Patientinnen und Patienten. Denn sie werden den Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zum Patientenschutz nicht gerecht.

Hinsichtlich des G-BA wird eine weitere Qualitätseinbuße insofern befürchtet, als zukünftig der G-BA Richtlinien zu Mindestanforderung für Strukturen, Prozesse und Ergebnisse nur noch vornehmen bzw. erweitern darf, soweit diese die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen in erforderlicher Weise ergänzen und nicht im Widerspruch dazu stehen. Dies ermöglicht es den Ländern, ihnen unerwünschte Mindestanforderungen auszuhebeln. Verdeutlicht wird diese Gefahr auch durch das von einigen Bundesländern aktuell eingeleitete Normenkontrollverfahren gegen Entscheidungen des G-BA zu den Mindestmengen oder anderen Richtlinien. Eine derartige „Degradierung“ des G-BA ist deshalb mit Blick auf das gesetzgeberische Ziel „Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität“ ausdrücklich abzulehnen.

Stattdessen sollten die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen federführend vom G-BA mitbestimmt werden; zumindest wäre ein Vetorecht des G-BA verbindlich vorzusehen.

Insgesamt gilt: Für die Festlegung und Weiterentwicklung der Qualitätskriterien bei den Leistungsgruppen ist eine stärkere Einbindung der Selbstverwaltung (insbesondere des G-BA) zweckdienlich und unverzichtbar. Dass diese nunmehr allein dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sowie den Bundesländern vorbehalten sein soll, ist im Hinblick auf eine wirklich qualitätsorientierte Versorgung alles andere als sachdienlich. Mit Blick insbesondere auf die Länder steht zu befürchten, dass weniger die Qualität denn der Wunsch nach Strukturerhalt (Beibehaltung des Status Quo) weiterhin im Vordergrund steht.

Finanzielle Einsparmöglichkeiten im Bereich Krankenhaus

Positiv hervor zu heben ist, dass die noch im KHVVG vorgesehene und verfassungsrechtlich höchst bedenkliche Finanzierung von Vorhaben der Länder zur Anpassung der Strukturen der Krankenhausversorgung über einen Transformationsfonds hälftig aus Beitragsmitteln der GKV folgerichtig gestrichen wurde.

Doch das genügt nicht: Aufgrund der aktuellen Rahmenbedingungen ist die Finanzlage der GKV weiterhin angespannt und mit Blick auf die Haushaltsgesetzgebung keine kurzfristige Besserung in Sicht. Aus diesem Grund weisen die Innungskrankenkassen auf zielführende Einsparmaßnahmen im Bereich des Orientierungswerts (dauerhafte Streichung der Meistbegünstigungsklausel) und des Pflegebudgets hin.

Abstimmung mit anderen Gesetzgebungsverfahren und ergänzender Änderungsbedarf

Die Innungskrankenkassen kritisieren, dass gemäß KHVVG weiterhin die zukünftigen sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen flächendeckend, d. h. auch in Ballungsgebieten, zugelassen werden sollen. Diese Doppelstrukturen lehnen die Innungskrankenkassen ausdrücklich ab und fordern eine Beschränkung nur auf ländliche und unterversorgte Regionen. Dabei ist zwingend der tatsächliche Versorgungsbedarf der Bevölkerung zu berücksichtigen.

Im Weiteren sind sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen allein durch Umwandlung bestehender Krankenhäuser mit Unterauslastung – keine Neugründung – zur Versorgung in unterversorgten ländlichen Bereichen vorzusehen und in Ballungsräumen generell auszuschließen. Zu einer Mehrung von Krankenhäusern im Krankenhausplan darf es keinesfalls kommen.

Erneut ist anzumerken, dass eine schon seit langem angestrebte ambulant-stationär vernetzte Gesundheitsversorgung jenseits der Sektorengrenzen stärker von einem gemeinsamen Ansatz her hätte mitgedacht werden müssen.

Fazit

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf liegt noch stärker als bereits mit dem KHVVG eine Finanz- denn eine Strukturreform zu Gunsten der Bundesländer und zu Lasten der Beitragszahlenden der GKV vor. Der jetzige Gesetzentwurf führt nicht dazu, dass die aufzubringenden finanziellen Mittel in eine bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte Versorgung fließen, sondern es besteht durch die vorgesehenen erweiterten Ausnahmen mehr denn je die Gefahr, dass überkommene Strukturen mit Beitragsgeldern der Gesetzlichen Krankenversicherung konserviert werden.

Die vom Gesetzgeber in der aktuellen Form auf den Weg gebrachte Krankenhausstrukturreform ist vor diesem Hintergrund noch einmal grundlegend zu überdenken und an den entscheidenden Stellen neu zu justieren, damit wirkliche Strukturverbesserungen erreicht werden. Dies gilt auch für den derzeit vorgesehenen unrealistischen Zeitplan zur Umsetzung. Die beteiligten Partner der Selbstverwaltung sollten dafür ein gemeinsames Konzept vorlegen, um die angestrebten Ziele einer qualitätsbasierten Versorgung zu erreichen und deren Realisierung bis 2028 zu sichern.

Die Innungskrankenkassen fordern die Politik auf, sich der geplanten Ausweitung der Ausnahmetatbestände noch einmal gewissenhaft anzunehmen, um damit einhergehende Gefahren insbesondere einer Qualitätseinschränkung für die Patientinnen und Patienten verlässlich auszuschließen. Denn Qualität und Patientensicherheit müssen beim KHAG oberste Priorität bleiben!

Der IKK e.V. nimmt im Folgenden Stellung zu einzelnen Aspekten des Gesetzentwurfes. Im Übrigen wird auf die detaillierte Stellungnahme des GKV-SV, deren Inhalt zuvor mit den Innungskrankenkassen abgestimmt wurde, verwiesen.

Kommentierung

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 109 SGB V Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

Beabsichtigte Neuregelung

Anpassung der Ausnahme für den Abschluss eines Versorgungsvertrags trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien

Bewertung

Die Neuregelung eröffnet auch den Landesverbänden der Krankenkassen die Möglichkeit, einen Versorgungsvertrag trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien abzuschließen, welche bisher nur den Ländern vorbehalten waren. Auch wenn dies als Folgeänderung für die Ausnahmen der Länder nachvollziehbar erscheint, existieren seitens der Innungskrankenkassen grundsätzliche Vorbehalte gegen Ausnahmen von Qualitätskriterien.

So erscheint bereits der Umstand, dass die Festlegung und Weiterentwicklung von Leistungsgruppen und deren Qualitätskriterien per Rechtsverordnung geregelt werden soll, mehr als bedenklich. Spätestens mit der erforderlichen Zustimmung des Bundesrates und damit der Länder sind langwierige Abstimmungen und Ausnahmeregelungen zu Lasten der Qualität zu befürchten. Daran vermag auch der einzurichtende Ausschuss nichts zu ändern, denn trotz Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes wird der Ausschuss vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gemeinsam mit den obersten Gesundheitsbehörden der Länder geleitet.

Eine Qualitätseinbuße wird zudem insofern befürchtet, als zukünftig der G-BA Richtlinien zu Mindestanforderungen für Strukturen, Prozesse und Ergebnisse nur noch vornehmen bzw. erweitern darf, soweit diese die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen in erforderlicher Weise ergänzen und nicht im Widerspruch dazu stehen. Dies ermöglicht es den Ländern, ihnen unerwünschte Mindestanforderungen auszuhebeln. Eine derartige Degradierung des G-BA ist deshalb mit Blick auf das gesetzgeberische Ziel „Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität“ ausdrücklich abzulehnen. Stattdessen sollten die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen federführend vom G-BA – eine seit Jahren etablierte Institution der gemeinsamen Selbstverwaltung – mitbestimmt werden; zumindest wäre ein Vetorecht des G-BA verbindlich vorzusehen. Daher werden die nun vorgesehenen Ausnahmen zur Nichterfüllung der Qualitätskriterien abgelehnt.

Im Zusammenhang mit den vorliegend geregelten Versorgungsverträgen ist überdies noch der Umgang mit Altversorgungsverträgen zu klären, weil diese nicht den neuen Regeln unterworfen werden und auch eine Anpassung nicht in Betracht käme. Altversorgungsverträge sind daher entweder zu kündigen oder in einen neuen Vertrag zu überführen.

Änderungsvorschlag

§ 109 Absatz 3a SGB V wird ein neuer Satz 8 angefügt:

„Versorgungsverträge, welche zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des KHAG oder am 31.12.2025 rechtsgültig bestehen, sind maximal für 12 Monate weiter gültig, sofern sie nicht entsprechend der Regelungen der Sätze 1 bis 7 angepasst werden.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 3b

§ 135d SGB V Transparenz der Qualität der Krankenhausbehandlung

Beabsichtigte Neuregelung

§ 135d Absatz 4 SGB V sieht vor: Anpassung der Neudefinition der Fachkrankenhäuser und die Ergänzung der Mitteilungspflicht der Länder gegenüber dem InEK dahingehend, dass diese auch die Begründung einer Zuordnung eines Krankenhausstandortes als Fachkrankenhaus der Versorgungsstufe „Level F“ zu umfassen hat.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen lehnen die vorgenommene Neudefinition der Fachkrankenhäuser ab. Bereits jetzt können über 50 Prozent der Krankenhausstandorte als Fachkrankenhäuser ausgewiesen werden. Mit der Neudefinition bestimmen de facto die Länder, was Fachkrankenhäuser sind. Können diese Krankenhausstandorte auch noch als Fachkrankenhaus der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet werden, führt dies dazu, dass eine Vielzahl an Krankenhäusern, welche die Anforderungen der Qualitätsmerkmale für Leistungsgruppen nicht erfüllen, als Fachkrankenhäuser deklariert werden.

Im Gegenzug fehlt es an einer bundeseinheitlichen Regelung, wonach im Leistungsgruppenausschuss bzw. noch besser durch den G-BA eine Definition für Fachkrankenhäuser mit einem bestimmten Spektrum und relevantem Versorgungsanteil erfolgt. Dies erscheint zur Vereinheitlichung der Ausweisungen von Fachkrankenhäusern und zur Vereinheitlichung der Qualität der Leistungserbringung sinnvoll. Jegliche Regelung sollte immer auch im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen erfolgen.

Für erste Umsetzungsstufe entsprechend Festlegung der Landesbehörden im Einvernehmen aber mittelfristig, ist es erforderlich, dass der G-BA bzw. LGA Festlegung bis zum 1. Januar 2030 macht und näher definiert.

Änderungsvorschlag

§ 135d Absatz 4 Satz 3 SGB V wird wie folgt geändert:

„...; die Zuordnung erfolgt im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen und ist zu begründen.“

Zur Festlegung bundeseinheitliche Vorgaben zur Definition von Fachkrankenhäusern durch den G-BA bzw. LGA siehe die oben ausgeführte Bewertung.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

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

Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzesentwurf sieht eine neue Regelung für Belegärzteschaft in Absatz 4 Nummer 6d) vor, wonach ein Belegarzt mit voller vertragsärztlicher Zulassung in jeder Klinik in gleicher Höhe wie ein festangestellter Arzt angerechnet werden kann.

Die neue Kooperationsregelung in Absatz 4 Nummer 7 bestimmt, dass Krankenhäuser Qualitätskriterien mit anderen Krankenhäusern oder Vertragsärztinnen / Vertragsärzten in Kooperation erbringen können sollen, 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 innerhalb von zwei Kilometern um das Krankenhaus befindet.

Darüber hinaus werden gemäß Absatz 4 Nummer 7 Satz 4 in begründeten Fällen Kooperationsmöglichkeiten für Fachkliniken erlaubt, die keine vollstationäre Behandlung erbringen und die telemedizinische Erbringung von Qualitätsmerkmale der Leistungsgruppe „Stroke Unit“ ermöglichen.

Bewertung

Die Erfüllung der als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien für eine Leistungsgruppe wird in mehreren Konstellationen aufgeweicht:

Absatz 4 Nummer 6d)

Die vorgesehene Lockerung bei Belegärzten ermöglicht es den Krankenhäusern, zur Erfüllung des Qualitätskriteriums Vorhaltung von Fachärzten Vollzeitäquivalente auch Belegärzte zu berücksichtigen. Diese Regelungsaufweichung ist aus Sicht der Innungskrankenkassen nicht sachgerecht, gefährdet die Qualität der Versorgung und entspricht überdies auch nicht dem Konsens des Leistungsgruppenausschusses.

Absatz 4 Nummer 7 a) bis c)

Auch die Kooperationsmöglichkeiten des Absatz 4 Nummer 7 in Ausnahmefällen werden stark erweitert. Dadurch werden jedoch die Qualitäts- und Vorhaltekriterien der Leistungsgruppen durch die Verwendung von „oder“ (statt „und“) obsolet, indem unbegrenzte Kooperationen bereits immer zulässig sind, wenn auch nur ein Mindestkriterium erfüllt ist.

Die Innungskrankenkassen kennen zwar die Möglichkeit von begründeten Ausnahmen in diesem Bereich an, lehnen jedoch diese Aushebelung mit Blick auf das Gebot der Patientensicherheit ausdrücklich ab.

Stattdessen ist angesichts der Standortvereinbarung nach § 2a Absatz 1 KHG und der Notwendigkeit, Leistungen am Ort des Krankenhauses auch durch Träger anderer Trägerschaft („Wand an Wand“-Lösungen) zu ermöglichen, eine klare Regelung nötig. Die Innungskrankenkassen schlagen hierzu eine Formulierung vor, die sich am bewährten Nutzungshinweis des OPS-Kataloges orientiert. Die Richtlinie „Prüfungen zur Erfüllung von Qualitätskriterien der Leistungsgruppen und von OPS-Strukturmerkmalen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 SGB V“ (LOPS-RL) des Medizinischen Dienstes Bund (MD) sieht vor, dass Kooperationen nicht physisch beim Kooperationsgeber geprüft werden, sondern lediglich die Eigenangaben in der Bescheinigung akzeptiert werden. Standorte könnten so Schlaganfallbehandlung, teilstationäre oder intensivmedizinische Leistungen allein durch Vorlage einer Bescheinigung erbringen, ohne die erforderlichen Qualitätsmerkmale real vorzuhalten. Solche „Kooperationen auf dem Papier“ untergraben das Vertrauen, dass Kliniken die Mindestanforderungen an qualifiziertem Personal und Struktur erfüllen. Zudem werden gute Kliniken, die reale Strukturen vorhalten, durch diese ungeregelte und ungeprüfte Kooperationserlaubnis unangemessen finanziell benachteiligt.

Die in Absatz 4 Nummer 7 Satz 4 vorgesehene Erfüllung der maßgeblichen Qualitätskriterien durch telemedizinische Kooperation der Leistungsgruppe „Stroke Unit“ sehen die Innungskrankenkassen kritisch. Eine solche mag beispielsweise bei SüV Standorten in der Abklärung und Erstdiagnostik sinnvoll sein, um eine etwaige Verlegung zu prüfen. Bei „Stroke Units“ geht es dagegen um eine medizinische Behandlung und damit Leistungserbringung innerhalb der Krankenhausplanung. Überdies existieren haftungsrechtliche Bedenken.

Nach Auffassung der Innungskrankenkassen sollte der Leistungsgruppenausschuss fristgebunden in der jeweiligen Leistungsgruppe konkrete Kooperationsmöglichkeiten festlegen, um qualitativ hochwertige und finanziell gerechte Kooperationen dort zu ermöglichen, wo sie tatsächlich erforderlich sind.

Änderungsvorschlag

Änderung des Gesetzesentwurfs entsprechend der oben gemachten Bewertung.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

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

Beabsichtigte Neuregelung

Nach der Neuregelung soll der G-BA niedrigere, als die gesetzlich vorgesehenen Fallzahlen für die vom InEK gemäß § 40 Absatz 2 Satz 2 KHG vorzunehmender Auswahl von Krankenhausstandorten, die onkochirurgische Leistungen nur in geringem Umfang erbringen, festlegen dürfen, sofern dies zur Aufrechterhaltung der Versorgung erforderlich ist.

Der G-BA erhält die Möglichkeit, einen niedrigeren als den mit 15 Prozent in § 40 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 KHG gesetzlich vorgesehenen Anteil an der Anzahl der Fälle aller Einträge in der jeweiligen nach § 40 Absatz 2 Satz 1 KHG erstellten und sortierten Aufstellung von Krankenhausstandorten festzulegen, bis zu dem das InEK nach § 40 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 KHG die Einträge aus der jeweiligen Aufstellung auszuwählen hat, sofern dies zur Aufrechterhaltung einer patienten- und bedarfsgerechten flächendeckenden stationären Versorgung der Bevölkerung mit onkochirurgischen Leistungen zwingend erforderlich ist.

Bewertung

Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist das Festhalten an dieser Regelung nachvollziehbar; der gesetzgeberische Ansatz einer kurzfristigen Maßnahme zur Verhinderung von Gelegenheitsversorgung wird deshalb grundsätzlich begrüßt. Die Einbeziehung des G-BA zur Überprüfung der pauschalen Quote für einzelne Leistungsbereiche ist sinnvoll, darf aber nicht zu einer grundsätzlichen Verschiebung der Maßnahmen führen.

Vor diesem Hintergrund wäre ein zweistufiges Vorgehen sinnvoll:

Zur Beschleunigung einer Spezialisierung in der Onkochirurgie wäre als kurzfristige erste Maßnahme zur Verhinderung von Gelegenheitsversorgung auch eine geringere pauschale Quote vorstellbar, die unbürokratisch und bei einmaliger Umsetzung praktikierbar wäre. Dies gilt nicht für Indikationsbereiche, bei denen der G-BA bereits Mindestmengen festgelegt hat.

In einem zweiten Schritt wird der G-BA als die richtige Institution angesehen, um ggf. eine weiterführende Bewertung für fachliche Beschränkung zu ermöglichen.

Änderungsvorschlag

Änderung des Gesetzesentwurfs entsprechend der oben gemachten Bewertung.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11 e)

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

Beabsichtigte Neuregelung

Vorgesehen sind vorwiegend redaktionelle Änderungen u. a. zur Anpassung der Fristen für Leistungsgruppen-Prüfaufträge an MD und Abschluss eines Versorgungsvtrages.

Konkret im Absatz 6 Sätze 4 bis 5 wird geregelt: Übermittlung des Ergebnisses der MD Bescheinigung über Erfüllung der jeweiligen Strukturmerkmale durch das Krankenhaus an die Landesverbände der Krankenkassen und den Ersatzkassen.

Absatz 7 Satz 3 sieht die Anzeige durch Krankenhäuser vor, wenn keine Bescheinigung seitens des MD übermittelt wurde

Bewertung

Die Anpassung der Fristen für Leistungsgruppen-Prüfaufträge erscheint pragmatisch.

Die noch zum Referentenentwurf existierenden Forderungen der Innungskrankenkassen nach einer gesetzlichen Klarstellung der Übermittlungsmöglichkeiten für den Medizinischen Dienst (MD) wurden in Absatz 6 Sätze 4 bis 5 aufgegriffen. Die Innungskrankenkassen begrüßen dies.

Sofern keine Bescheinigung nach Absatz 7 Satz 3 vorliegt und vom Krankenhaus auch nicht übermittelt wird, führt dies zu einem Nichtwissen der Krankenkassen, daher erscheint die direkte Lieferung durch den MD folgerichtig.

Änderungsvorschlag

§ 275a Absatz 7 Satz 3 SGB V wird wie folgt geändert:

„Sofern Krankenhäusern, denen nach Abschluss einer Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale, die sie beim Medizinischen Dienst nach einer in Satz 1 Nummer 1 oder Satz 2 Nummer 1 genannten Anzeige beantragt haben, keine in Absatz 6 Satz 3 genannte Bescheinigung übermittelt ~~wurde~~wird, ~~haben-teilt~~ dies der MD unverzüglich auf elektronischem Wege den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung unter Angabe des betreffenden Standortes des Krankenhauses mitzuteilen.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 14

§ 427 SGB V Evaluation des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes

Beabsichtigte Neuregelung

Anpassung des Datums zur Vorlage des ersten Evaluierungsberichts vom 31. Dezember 2028 auf den 31. Juli 2027.

Bewertung

Die Vorverlegung des ersten Evaluationsberichts auf den 31. Juli 2027 ist abzulehnen, da sie dem Transparenzwunsch nur scheinbar dient. Zu diesem Zeitpunkt werden noch keine aussagekräftigen Daten zur Wirkung der Reform vorliegen, da die Vorhaltevergütung erst 2028 budgetwirksam wird. Ein verfrühter Bericht auf unzureichender Datengrundlage führt zwangsläufig zu Fehlschlüssen und kann den Reformprozess in die Irre leiten.

Besonders kritisch sehen die Innungskrankenkassen, dass die zur Verfügung stehenden Daten des InEK nicht ausreichen, um die Kriterien und die Gründe für die Zuordnung von Krankenhäusern zur Versorgungsstufe „Level F“ valide zu untersuchen. Es fehlt schlicht an der notwendigen Datengrundlage für eine fundierte Analyse. Nach Auffassung der Innungskrankenkassen erscheint allenfalls eine erste Umsetzungsstatistik bis zu dem Zeitpunkt realistisch, jedoch kein Evaluationsbericht.

Änderungsvorschlag

Streichung von § 427 Satz 1 Nummer 5 SGB V und Änderung entsprechend der Bewertung.

Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2

§ 6a KHG Zuweisung von Leistungsgruppen

Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1 Nr. 2 enthält Sonderregelungen für Leistungsgruppen, die durch landesrechtliche Vorschriften bis zum 31. Dezember 2024 zugewiesen wurden, bis zum 31. Dezember 2030 weiterbestehen (Lex NRW).

Absatz 4 sieht folgende Regelung vor: Anpassung der Ausnahme für die Zuweisung von Leistungsgruppen trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien sowie Anpassung der Fristen zur Meldung der zugewiesenen Leistungsgruppen an InEK. Nach Absatz 4 Satz 2 ist die Zuweisung einer Leistungsgruppe in den in Satz 1 genannten Fällen auf höchstens drei Jahre zu befristen.

Bewertung

Absatz 1

Auch wenn die Fristenänderung und Übergangsregelungen nachvollziehbar erscheinen, sehen die Innungskrankenkassen die angedachten erweiterten Ausnahmen von Qualitätskriterien grundsätzlich kritisch. Zur Wahrung einer realistischen Zeitschiene und unter Berücksichtigung der bereits erfolgten Zuweisungen in einem Bundesland (NRW) und zur Wahrung einer schnellstmöglichen bundeseinheitlichen Festlegung von Leistungsgruppen und Vorhaltefinanzierung schlagen die Innungskrankenkassen einen abweichenden Zeitplan vor. Siehe dazu ausführlich die Kommentierung zu Artikel 2 Nr. 8.

Absatz 4

Ausnahmen mit dem Argument der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zu rechtfertigen, führt dazu, dass wesentliche Ziele der Reform nicht erreicht werden und sind daher nicht zielführend für die Umsetzung der Krankenhausreform. Entscheiden künftig die zuständigen Landesbehörden darüber hinaus im Rahmen ihres eigenen Beurteilungsspielraums über die Erforderlichkeit einer Ausnahme, ohne hierbei an die durch das KHVG vorgesehenen bundesweit einheitlichen Erreichbarkeitsvorgaben gebunden zu sein, sind schon jetzt langwierige gerichtliche Auseinandersetzungen absehbar.

Problematisch ist nach Meinung der Innungskrankenkassen auch, dass die Leistungsgruppen zukünftig nach dem Gesetzentwurf auch dann zugewiesen werden dürfen, wenn die geforderten Qualitätskriterien – wie z. B. bestimmte Facharztzahlen oder technische Ausstattung – nicht erfüllt sind, ohne dabei die bislang vorgesehenen Erreichbarkeitskriterien in

Fahrzeitminuten zu berücksichtigen. Diese Ausnahmen können bis zu drei Jahre betragen, für Kliniken mit Sicherstellungszuschlägen gelten diese sogar unbefristet.

Nach Auffassung der Innungskrankenkassen wird der Gesetzgeber gerade an dieser Stelle dem Ziel der ursprünglich geplanten Konzentration von komplexen Leistungen in spezialisierten Zentren nicht gerecht. Kliniken können so Leistungen erbringen, für die sie nicht die notwendigen Voraussetzungen erfüllen. Stattdessen sind bundeseinheitliche Leistungsgruppen und Qualitätskriterien als ein zentrales Steuerungsinstrument der Reform notwendig, um eine qualitativ hochwertige Versorgung auch im ländlichen Raum zu sichern. Wenn künftig jedes Bundesland selbst über Ausnahmen ohne klare und allgemeingültige Kriterien entscheiden können soll, wird lediglich das derzeit ineffiziente System weiter aufrechterhalten. Die Spezialisierung von Kliniken und die Konzentration auf Qualität werden durch die Lockerung von personellen und organisatorischen Anforderungen zulasten der Qualität für Patientinnen und Patienten ausgebremst.

Ausnahmen von Qualitätsvorgaben sind nur dann gerechtfertigt, um die Versorgung eines entsprechenden klar zu begründeten, tatsächlichen Bedarfs zu sichern. Davon ausgenommen sind jedoch spezialisierte Leistungen, da hier die erforderliche Expertise im Sinne einer Qualitätssicherung für Patientinnen und Patienten unverzichtbar und damit nicht verhandelbar ist. Daher dürfen Ausnahmen für Leistungen der bedarfsgerechten Grund- und Notfallversorgung der Bevölkerung ausschließlich nur in ländlichen Regionen und zeitlich befristet vorgesehen werden. Dadurch ist sichergestellt, dass Ausnahmen nur begrenzt bis zum Inkrafttreten einer bundeseinheitlichen Rechtsverordnung umgesetzt werden können.

Im Übrigen ist der Ausnahmetatbestand in Absatz 4 zur Sicherung einer flächendeckenden Versorgung zu unbestimmt. Zum einen fehlt eine ausreichend verbindliche Definition für „flächendeckende Versorgung“. Zudem sollte das Ziel der Versorgung ausschließlich eine bedarfsgerechte Leistung mit entsprechender Qualität, nicht dagegen nur eine „erreichbare“ Leistung sein. Der Begriff „flächendeckende Versorgung“ ist deshalb bundeseinheitlich zu definieren. Dazu bietet sich eine Regelung durch den G-BA an, der bereits differenzierte Festlegungen zu Notfallstufen und Sicherstellungshäusern getroffen hat.

Positiv ist, dass zumindest die Forderung der Innungskrankenkassen bei den Ausnahmen diese stets im Einvernehmen und nicht nur im Benehmen mit den Planungsbeteiligten (u. a. auch den Landesverbänden der Krankenkassen) erfolgt, aufgegriffen wurde.

Eine gesonderte Regelung für Sicherstellungshäuser wie in § 6a Absatz 4 Satz 3 KHG ist aus Sicht der Innungskrankenkassen dagegen nicht notwendig. Auch hier gilt, wie bei sämtlichen Ausnahmen, dass eine Umsetzung ausschließlich im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen erfolgen dürfen.

Der Verzicht auf die undifferenzierten Erreichbarkeitsnormen wird begrüßt, da diese den geplanten Konzentrationsprozessen entgegenwirken würde. Für die Sicherstellung der Notfallversorgung existieren bereits G-BA Vorgaben, die berücksichtigt werden sollten.

Zusätzlich sollte klargestellt werden, dass die Regelungen der Rechtsverordnungen nach § 135e und § 135f SGB V in jedem Fall bei Ausnahmen zu beachten sind.

Änderungsvorschlag

§ 6a Absatz 1 und 4 KHG werden wie folgt geändert:

Absatz 1:

Siehe obige Bewertung (neues Konzept).

Absatz 4 Satz 1:

„Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort Leistungsgruppen nach Absatz 1 Satz 1 zuweisen, obwohl abweichend von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Voraussetzungen das Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt, wenn

1. dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung bedarfsgerechten Grund- und Notfallversorgung der Bevölkerung in ländlichen Regionen entsprechend den Festlegungen des G-BA zwingend erforderlich ist oder ...“

Absatz 4 Satz 3:

„Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist in dem in Satz 1 genannten Fall angemessen auf ~~höchstens drei Jahre~~ zu befristen und jeweils spätestens nach 3 Jahren zu überprüfen.“

Absatz 4 Satz 4 und 5 streichen, da Sicherstellungshäuser in Satz 3 inkludiert.

Satz 4 wird wie folgt neu gefasst:

„Die Regelungen der Rechtsverordnungen nach §135e und §135f sind bei der Zuweisung zu beachten.“

Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes))

Nr. 4

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

Beabsichtigte Neuregelung

Die bis zum Ende der Laufzeit des Strukturfonds nicht abgerufenen Mittel werden von 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.

Bewertung

Die Regelung wird abgelehnt. Die Übertragung der dem Gesundheitsfonds entzogenen Beitragsmittel, die originär für die Strukturfondsmaßnahmen vorgesehen waren, ist nicht sachgerecht. Die (Rest-)Mittel des Strukturfonds sollten vollständig an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zurückfließen. Zudem erschließt sich nicht, dass die Verwaltung des Transformationsfonds in den Jahren 2026 bis 2035 nun aus GKV-Mitteln erfolgen soll.

Änderungsvorschlag

Streichen der Regelung.

Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)
Nr. 5

§ 12b KHG Transformationsfonds, Verordnungsermächtigung

Beabsichtigte Neuregelung

Vorgesehen ist die Streichung der bisher in Satz 1 Nummer 5 vorgesehenen Verpflichtung der Länder, gegenüber dem BAS nachzuweisen, dass sie das Insolvenzrisiko der am Vorhaben beteiligten Krankenhäuser geprüft haben.

Bewertung

Der Verzicht auf die bisher bestehende Verpflichtung in § 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 5 KHG, die Prüfung des Insolvenzrisikos nachzuweisen, ist nicht nachvollziehbar. Dies könnte zu einer zweckwidrigen Verwendung von für den Transformationsprozess notwendigen Finanzierungsmitteln führen. Daher plädieren die Innungskrankenkassen für eine Beibehaltung.

Änderungsbedarf

Beibehaltung der bisherigen Regelung in § 12b Absatz 3 Satz 1 Nr. 5 KHG.

Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 8

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

Beabsichtigte Neuregelung

§ 37 Absätze 1 bis 3 KHG sehen Folgeänderungen aufgrund der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr für die Ermittlung der Vorhaltevolumina durch das InEK vor.

Absatz 6 enthält eine Übergangsregelung zur Berücksichtigung der bis zum 31. Dezember 2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen.

Bewertung

Absätze 1 bis 3

Die Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr erscheint aus Sicht des Gesetzgebers folgerichtig. Die grundsätzliche Kritik der Innungskrankenkassen an der Vorhaltevergütung besteht dagegen fort: Vorhaltefinanzierung ermittelt sich auf Basis von Leistungszahlen und nicht an dem tatsächlich existierenden Bedarf. Finanzierung von Vorhaltung macht nur Sinn, wenn vorher effiziente Strukturen geschaffen wurden. Daher ist eine bedarfsorientierte ausreichende und zweckmäßige Struktur Voraussetzung für die Vorhaltevergütung.

Die Umstellung des bisherigen Fallpauschalensystems auf eine ergänzende Vorhaltefinanzierung geht nach Ansicht der Innungskrankenkassen zwar in die richtige Richtung, zumal damit auch eine risikoadjustierte Finanzierung beibehalten wird. Um eine wirkliche Strukturveränderung zu erreichen, ist es jedoch essentiell, dass sich die Höhe der krankenhausesindividuellen Vorhaltepauschalen am tatsächlichen Bedarf bzw. an der mit den Leistungsgruppen zu versorgenden Bevölkerung ausrichten. Auf diese Weise ist eine Unterstützung von Konzentrationsprozessen in Regionen mit Überkapazitäten sowie die Erhaltung von Strukturen in Regionen mit einer Unterversorgung möglich. Eine ausschließliche Berücksichtigung von Leistungskennzahlen darf keine Grundlage für die Festlegung der Leistungsgruppen sein. Ansonsten werden „Überversorgungen“ konserviert.

Bereits in der Stellungnahme zum KHVVG vom 23. September 2024 hatten die Innungskrankenkassen die vorgeschlagene undifferenzierte Pauschalierung in Höhe von 60 Prozent abgelehnt. Der sehr hohe pauschale Ansatz zur Vorhalte mit 60 Prozent beinhaltet in der jetzigen Fassung zu viele Anreize zur Konservierung der bisherigen Krankenhausstrukturen. Die Einbeziehung der Pflegekosten als Vorhaltefinanzierung ist auch nicht sachgerecht, da

sie bereits seit 2020 einer vollständigen Ist-Kosten-Finanzierung durch das Pflegebudget unterliegen. Dies hat zur Folge, dass bei unterschiedlich hohen Pflegekosten, aber starrem Prozentsatz je Leistung nicht nachvollziehbare Unterschiede bei der Höhe der Vorhaltekosten entstehen.

Der pauschale Satz ohne Pflegekosten sollte dementsprechend nur noch 30 Prozent der Gesamtfallkosten betragen. Alternativ könnte der pauschale Betrag durch die vom InEK ermittelten Kosten der medizinischen und nicht medizinischen Infrastruktur ersetzt werden.

Absatz 6

Zur Wahrung einer realistischen Zeitschiene und unter Berücksichtigung der bereits erfolgten Zuweisungen in einem Bundesland (NRW) sowie einer schnellstmöglichen bundeseinheitlichen Festlegung von Leistungsgruppen und angestrebten Vorhaltefinanzierung, schlagen die Innungskrankenkassen einen einheitlichen Start der Vorhaltefinanzierung ab dem Jahr 2028 vor:

Die beteiligten Partner der Selbstverwaltung entwickeln unter Einbeziehung des InEK gemeinsam eine umfassende Konzeption der Vorhaltefinanzierung, um die politischen Ziele zu erreichen und deren Realisierung bis 2028 zu sichern:

- Leistungszugruppenzuweisung ohne Vorhaltefinanzierung in den Jahren 2026 und 2027, wobei die bis 31. Dezember 2024 nach landesrechtlichen Vorschriften (NRW!) zugewiesenen Leistungszugruppen Geltung behalten.
- bis 31.12.2026: Partner der Selbstverwaltung erarbeiten ein Konzept für die Vorhaltefinanzierung inklusive Konvergenz mit Fokus auf die Bedarfsermittlung (Bedarfsorientierung)
- 2027: Umsetzung durch das InEK
- ab dem Jahr 2028: erneute Ausweisung der Leistungszugruppen nun nach bundeseinheitlichen Kriterien für alle Bundesländer einheitlich
- ebenfalls im Jahr 2028: erstmalige Ausweisung der Vorhaltefinanzierung budgetneutral entsprechend des Konzeptes der Selbstverwaltung.

Da die Vorhaltefinanzierung eine umfassende Änderung des bisherigen Vergütungssystems darstellt, besteht jedoch das Risiko, Fehlentwicklungen mit folgenschweren Konsequenzen zu erzeugen. Aus diesem Grund ist es erforderlich, kurzfristig auf Abweichungen von den Zielvorstellungen reagieren zu können. Die geplante Vorlage eines Zwischenberichtes bis zum 31. Dezember 2029 sowie des endgültigen Berichtes bis zum 31. Dezember 2031 erfolgt insofern zu einem zu späten Zeitpunkt. Vielmehr sollten in den ersten Jahren der Umstellung jährliche Berichte etabliert werden, um auf Umsetzungsprobleme unmittelbar reagieren zu können. Daher ist eine Weiterentwicklung der Vorhaltefinanzierung unverzichtbar,

um die geplanten Ziele zu erreichen und Fehler zu korrigieren. Auch hierfür sollte die gemeinsame Selbstverwaltung insbesondere mit der Unterstützung des InEK, gesetzlich beauftragt werden.

Änderungsvorschlag

Streichung von § 37 Absatz 6 KHG, da die gemeinsame Selbstverwaltung bis zum 31. Dezember 2026 einen Vorschlag für eine Vorhaltefinanzierung erarbeitet.

Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 9

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

Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 28 KHG sieht u.a. folgende Neuregelungen vor:

Zuschläge für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken sowie die Anpassung von Fristen aufgrund der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung.

Bewertung

Zwar werden im vorliegenden Gesetzentwurf nur Anpassungen hinsichtlich der Fristen vorgenommen. Die bereits im Gesetzgebungsverfahren zum KHVVG vorgebrachte Kritik der Innungskrankenkassen vom 23. September 2024 gilt jedoch fort, wonach wir eine weitere zusätzliche Förderung der Hochschulkliniken nicht für notwendig erachten.

Diese haben bereits spezielle Leistungsgruppen mit entsprechenden Vorhaltekosten und Zentrumszuschlägen. Koordinierung und Vernetzungsaufgaben sind grundsätzlich auch Aufgaben von Uni-Kliniken und unterliegen damit auch der landesspezifischen Hochschulfinanzierung. Die mit einer solchen zusätzlichen Förderung einhergehende Doppelfinanzierung wird daher ausdrücklich abgelehnt. Hinzu kommt das Problem der Abgrenzung, denn Forschungsaufgabe gilt allgemein hin als Ländersache. Auch werden die Zentrumszuschläge im Gegenzug nicht gestrichen.

Änderungsvorschlag

Streichung.

Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 10

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

Beabsichtigte Neuregelung

§ 39 Absatz 1 sieht vor: Anpassungen der Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung.

Bewertung

Zwar werden im vorliegenden Gesetzentwurf nur Anpassungen hinsichtlich der Fristen vorgenommen. Die bereits im Gesetzgebungsverfahren zum KHVVG vorgebrachte Kritik der Innungskrankenkassen vom 23. September 2024 gilt jedoch fort.

Bereits seit dem Jahr 2020 erhalten bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum gemäß § 5 Absatz 2a KHEntgG eine pauschale Förderung für die Fachabteilungen Innere, Chirurgie, Geburtshilfe und Pädiatrie. Diese zusätzliche Finanzierung stellt die Versorgung der Bevölkerung mit notwendiger Vorhaltung von Leistungen sicher. Diese pauschale Förderung muss bei der Einführung einer Vorhaltepauschale berücksichtigt werden, um eine Doppelfinanzierung zu vermeiden.

Darüber hinaus werden die krankenhausesindividuellen Zuschläge gemäß § 5 Absatz 2 KHEntgG beibehalten. Bei einem Defizitnachweis gemäß § 5 Absatz 2 Satz 4 KHEntgG sind die Krankenkassen verpflichtet, „nochmals“ einen Zuschlag zur kostendeckenden Finanzierung dieser Krankenhäuser zu vereinbaren. Die fortlaufende Gewährung dieses krankenhausesindividuellen Sicherstellungszuschlages ist daher ebenfalls zu streichen.

Die zuvor aufgeführten Argumente gelten ebenso für die Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin gemäß § 39 Absatz 2 KHG (neu).

Für den Fall, dass an einer zusätzlichen Finanzierung festgehalten werden sollte, müsste diese im Rahmen der Vorhaltevergütung oder bestehender Zuschläge gewährt werden. Hier böte sich aus Sicht der Innungskrankenkassen ein Notfall- oder Sicherstellungszuschlag an; eine Maßnahme, die auch zum Bürokratieabbau beitragen würde. Zudem würde so das Risiko von Doppelfinanzierungen (z.B. Pflegebudget) reduziert werden.

Änderungsvorschlag

Streichung.

Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 11

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

Beabsichtigte Neuregelung

Hinsichtlich der Spezialisierung Onkochirurgie ist u. a. vorgesehen: Die Anpassungen der Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung; des Weiteren die Berücksichtigung von durch den G-BA festgelegten niedrigeren Prozentzahlen und Aktualisierung der entsprechenden Listen.

Bewertung

Verweis auf Kommentierung zu Artikel 1 Nr. 7.

Änderungsvorschlag

Verweis auf Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nr. 7.

Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2

§ 1 KHEntgG Anwendungsbereich

Beabsichtigte Neuregelung

§ 1 Absatz 4 sieht vor: Sonderregelung für Krankenhäuser in einem Land, in dem bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen wurden.

Beabsichtigte Neuregelung

Nach dem Vorschlag der Innungskrankenkassen ist ein Konzept für eine bundeseinheitliche Vorhaltefinanzierung vorgesehen, wie in Artikel 2 Nr. 8 dargestellt. Ein Ausschluss eines Landes erübrigt sich daher.

Bewertung

Streichung.

Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 6 a, c und d

§ 6b KHEntgG Vergütung eines Vorhaltebudgets

Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung sieht u. a. folgende Detailregelungen zur Ermittlung des Vorhaltebudgets vor: Anpassung Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung; Klarstellung – Vorhaltebudget nur für auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütete Krankenhausfälle sowie eine Übergangsregelung für Berücksichtigung der bis zum 31. Dezember 2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen.

Bewertung

Die aktuellen Änderungen im Gesetzentwurf sind als notwendige Folgeänderung nachvollziehbar. Die grundsätzliche Kritik der Innungskrankenkassen an der Vorhaltefinanzierung wird jedoch aufrechterhalten. Siehe dazu unsere Stellungnahme zu Artikel 2 Nummer 8.

Änderungsvorschlag

Entsprechend obiger Bewertung.

Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 9a

§ 9 KHEntgG Vereinbarung auf Bundesebene

Beabsichtigte Neuregelung

Vorgesehen ist die Erhöhung der Notfallzuschläge ab 2028 als Folgeänderung zur verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung.

Im Weiteren: Redaktionelle Folgeänderungen zu den Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts.

Bewertung

Die vorgesehenen Änderungen dienen der Umsetzung des oben zu Nr. 8 § 39 gemachten Vorschlages. Danach werden die bisherigen Beträge zur Finanzierung der Notfallversorgung als ausreichend angesehen. Als Folge dessen ist zu beachten, dass insoweit auch das G-BA Notfallstufenkonzept anzupassen ist.

Änderungsvorschlag

Streichung.

Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 10

§ 10 KHEntgG Vereinbarung auf Landesebene

Beabsichtigte Neuregelung

§ 10 KHEntgG sieht u. a. Regelungen zur Anpassung des Berichtszeitraums, eine Klarstellung hinsichtlich des Kreises zur Übermittlung verpflichteter Krankenhäuser sowie die Ermöglichung der Subdelegation der Verordnungsermächtigung zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts durch BMG auf Statistisches Bundesamt vor.

Bewertung

Vor dem Hintergrund der desaströsen Finanzlage und -entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufgrund der Dynamik der Leistungsausgaben und ungewisser Aussicht auf kurzfristige zusätzliche finanzwirksame Maßnahmen sind sämtliche zielführenden Einsparmöglichkeiten zur Entlastung der Beitragszahlenden zu prüfen. Insoweit wird auf die mit den Innungskrankenkassen abgestimmte 77-seitige Stellungnahme des GKV- Spitzenverbandes vom 28. November 2025 an die FinanzKommission Gesundheit verwiesen.

Konkret zum Orientierungswert wird an dieser Stelle auf die bestehende Überkompensation hingewiesen, die vorliegt, wenn die Kostensteigerung unterhalb der Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen liegt. Die Krankenhäuser erhalten mit der Finanzierung in Höhe der Veränderungsrate Gelder oberhalb der eigentlichen die Versorgung sicherstellenden Kosten – kurz: eine Überkompensierung der Kostenstrukturen (Meistbegünstigungsklausel). Die Folge: Die Krankenkassen finanzieren damit einem Krankenhaus Budgetsteigerungen oberhalb der diesem Haus entstandenen Kosten.

Bisher galt eine Obergrenzenregelung, wonach die Krankenhäuser mindestens die beitragspflichtigen Einnahmen erhielten (Umkehr der Mindest- zu Maximalfinanzierung). Primär wird der Orientierungswert finanziert; sobald jedoch die Kostensteigerung oberhalb der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV liegt, ist maximal nur noch über den Veränderungswert zu verhandeln. Damit erfolgt eine Partizipation an Effizienzsteigerungen der Krankenhäuser.

Die Deckelung des Veränderungswertes in Höhe der Veränderungsrate begründet sich aus dem Grundsatz, dass nur das ausgegeben werden kann, was auch eingenommen wird. Die bisherige Regelung hat zur Folge, dass sich das finanzielle Defizit der GKV noch weiter vergrößert und weitere Beitragssatzsteigerungen unvermeidbar sind.

Im Entwurf eines Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) war diese Deckelung nur für das Jahr 2026 vorgesehen. Aus GKV Sicht besteht

aber die Notwendigkeit der dauerhaften Streichung der Meistbegünstigungsklausel (Verstetigung).

Um die mit dieser Streichung verfolgte Zielsetzung sicherzustellen, ist zusätzlich dringend eine weitere Anpassung der Finanzierungsregelungen des KHEntgG im Bereich der zusätzlichen Tarifierfinanzierung in § 10 Absatz 5 KHEntgG notwendig. Ohne eine Anpassung droht durch die Regelung der Tarifraten nach Aussetzung der Meistbegünstigungsklausel aufgrund eines falschen Bezugspunktes eine Doppelfinanzierung. Mit der Tarifraten sollen Tarifsteigerungen, die oberhalb der bereits berücksichtigten Personalkostensteigerungen liegen, refinanziert werden. Als Bezugspunkt zur Berechnung der Tarifraten wird der jeweilige Veränderungswert angesetzt. Im Veränderungswert werden aber neben Sachkostensteigerungen auch Personalkostensteigerungen berücksichtigt. Folglich würden Tarifsteigerungen praktisch doppelt finanziert.

Änderungsvorschlag

§ 10 Absatz 6 Sätze 6 und 7 KHEntgG werden wie folgt geändert:

Satz 6

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

Satz 7

Überschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, entspricht der Veränderungswert der 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 Bundespflegegesetzverordnung.

Notwendige Folgeänderung: Streichung der zusätzlichen Tarifierfinanzierung

Streichung § 10 Absatz 5 KHEntgG.

Zu Artikel 4 (Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung)

Nr. 3

§ 4 KHTFV Antragstellung

Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 4 soll die Regelung zur Antragsfrist aufgrund Änderung in § 12b KHG gestrichen werden; weitere Folgeänderungen zu Änderungen in § 12b KHG sowie Maßgaben des Bundesrates und Wegfall des Einvernehmens bei Fördervorhaben.

Bewertung

Die Krankenkassen werden durch die dauerhafte Umsetzung von Vorhaben des KHTF mit Betriebskosten/Betriebsmitteln belastet, die sie zu finanzieren haben. Aus diesem Grund sind die Krankenkassen dringend in die Bewilligung von Fördervorhaben einzubinden. Fördervorhaben sollten deshalb ausschließlich – wie derzeit noch gesetzlich (KHTFV) vorgesehen – im Einvernehmen mit den Krankenkassen erfolgen.

Änderungsvorschlag

Siehe obige Bewertung.

Ergänzender Änderungsbedarf

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 115f SGB V Spezielle sektorengleiche Vergütung

Hintergrund

Die Innungskrankenkassen fordern, die gemäß § 115f Absatz 2 Satz 2 SGB V fix vorgesehene Fallzahlausweitung bis zum Jahr 2030 entfallen lassen. Hintergrund ist, dass die Systematik von Hybrid-DRG bei der gesetzlich vorgesehenen Fallzahlausweitung Schwächen aufweist.

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 KHVVG 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 sollen, nur schwer umsetzbar.

Regelungsvorschlag

Die Innungskrankenkassen regen daher an, gemeinsame harmonisierte Regelung für Ambulantisierung und kurzstationäre Fälle zu finden. Es wird ausdrücklich auf das sogenannte Kurzliegerkonzept des GKV-SV verwiesen.

Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

§§ 115g SGB V / 6c KHEntgG Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung – Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen

Hintergrund

Wie schon in der Stellungnahme vom 23. September 2024 zum Gesetzentwurf KHVVG ausgeführt, sehen die Innungskrankenkassen in den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (SüV) grundsätzlich eine Umwandlungsoption für bestehende kleinere Krankenhäuser, die nach dem bisherigen Vergütungssystem unwirtschaftlich arbeiten. Sie bieten in unterversorgten Regionen die Chance zur Sicherstellung einer stationären, ambulanten und pflegerischen Grundversorgung. Dabei sollten sich die Einrichtungen auf ein wohnortnah erforderliches Leistungsspektrum fokussieren und sich zwingend am Versorgungsbedarf der Bevölkerung orientieren.

Allerdings: Dieser zunächst positive Ansatz ist auch mit zahlreichen Fragen (z. B. im Hinblick auf die Bereinigungsproblematik bei ambulanter Erbringung von hausärztlichen Leistungen) und Risiken behaftet.

Die aktuelle Definition der Leistung birgt das Risiko, dass die sektorenübergreifenden Einrichtungen genau in den Regionen entstehen, in denen bereits eine Überversorgung existiert. Zu kritisieren ist insbesondere, dass dem Gesetzentwurf zufolge die zukünftigen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen flächendeckend, d. h. auch in Ballungsgebieten, zugelassen werden sollen. Diese Doppelstrukturen lehnen die Innungskrankenkassen ausdrücklich ab und fordern eine Beschränkung nur auf ländliche und unterversorgte Regionen. Dabei ist zwingend der tatsächliche Versorgungsbedarf der Bevölkerung zu berücksichtigen.

Im Weiteren sind sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen allein durch Umwandlung bestehender Krankenhäuser mit Unterauslastung – keine Neugründung – zur Versorgung in unterversorgten ländlichen Bereichen vorzusehen und in Ballungsräumen generell auszuschließen. Zu einer Mehrung von Krankenhäusern im Krankenhausplan darf es keinesfalls kommen.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass Einrichtungen nach § 115g aufgrund des Nichtvorhandenseins bestimmter Strukturen wie z. B. Notfallstrukturen und geringere diagnostische Ausstattung niedrigere Fallkosten aufweisen. Daher die zusätzliche Anregung der Innungskrankenkassen, zur Sicherung maximal vergleichbarer Fallkosten von sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen mit stationären Einrichtungen. Das Gesamtvolumen darf nicht die vergleichbare Erlössumme aus DRG und Pflegekosten für Kliniken nach § 108 SGB V überschreiten.

Regelungsvorschlag

§ 115g Absatz 1 Satz 1 SGB V wird wie folgt ergänzt:

„(1) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sind Standorte von Krankenhäusern in ländlichen und unterversorgten Regionen, die...“

§ 6c Absatz1 KHEntgG wird um einen neuen Satz 3 ergänzt:

„Das Gesamtvolumen darf nicht die vergleichbare Erlössumme aus DRG und Pflegekosten für Kliniken nach § 108 überschreiten (bzw. nur in begründeten Ausnahmefällen) maximal in vergleichbarer Höhe entsprechender Fälle.“

Die bisherigen Sätze 3 ff alt verschieben sich in der Nummerierung um jeweils einen Wert nach oben.

Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

§ 6a KHEntgG Vereinbarung eines Pflegebudgets

Hintergrund: Deckelung des Pflegebudgets über Pflegepersonalquotient

Seit Einführung des Pflegebudgets sind die Ausgaben für die Pflege am Bett doppelt so stark gestiegen wie die Einnahmen der Kassen. Einer der Gründe ist die fehlende Deckelung. Die damals festgestellten Defizite sind nach nunmehr fünf Jahren behoben. Auf Basis der Wirtschaftsprüfer-Testate ist nachweisbar, dass die Anzahl und Vergütung der Pflegekräfte in Krankenhäusern seitdem stark angestiegen und deutlich oberhalb der vergleichbaren Steigerungen der beitragspflichtigen Einnahmen liegen. Das hat zu deutlichen Ausgabensteigerungen der Krankenkassen geführt. Daher ist eine Deckelung des Pflegebudgets über den Pflegepersonalquotienten notwendig. Eine Deckelung der Erhöhung hätte zudem mittelbar positive Auswirkungen vor dem Hintergrund des Pflegepersonalmangels in stationären Pflegeeinrichtungen.

Aus diesem Grund schlagen die Innungskrankenkassen vor, die Zunahme unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit mit dem Pflegepersonalquotienten zu begrenzen.

Regelungsvorschlag

§ 6a Absatz 2 S. 4ff KHEntgG wird wie folgt geändert:

„Das Pflegebudget unterliegt dem Wirtschaftlichkeitsprinzip, ist in seiner Entwicklung nicht grundsätzlich durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 begrenzt und § 275c ... Zusätzliches Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung und Pflegeentlastende Maßnahmen gemäß Satz 6ff werden nur finanziert, wenn der Pflegequotient gem. § 137j SGB V des Krankenhauses unterhalb des bundesweiten Durchschnittes liegt; ...

Zu Bundespflegesatzverordnung (BPfIV)

§ 3 BPfIV Vereinbarung eines Gesamtbetrags

§ 3 Absatz 3 BPfIV – Rückzahlungsverpflichtung bei Nichteinstellung von zusätzlich vereinbartem Personal

Entsprechend der BPfIV sind bei der Vereinbarung eines Gesamtbetrags für die Krankenhausvergütung die Qualitätsvorgaben des G-BA zur Personalausstattung (PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V) zu berücksichtigen.

Zur Einhaltung dieser Qualitätsvorgaben haben psychiatrische Krankenhäuser eine entsprechende personelle Ausstattung vorzuhalten. Falls ein höherer Gesamtbetrag zur Finanzierung von zusätzlichem Personal vereinbart wird und das Krankenhaus das Personal nicht einstellt, besteht keine gesetzliche Verpflichtung, die zusätzliche Finanzierung zurückzuzahlen. Des Weiteren ist eine Reduzierung des Gesamtbetrages nicht möglich, wenn das Krankenhaus dies mit dem Argument ablehnt, in den Folgejahren das zusätzliche Personal einzustellen.

Als Konsequenz entstehen für die Krankenkassen Ausgabensteigerungen ohne eine Verbesserung der Behandlungsqualität.

§ 3 Absatz 10 BPfIV

Grundsätzlich ist Leiharbeit in Krankenhäusern problematisch. Festangestelltes Personal ist in der Regel besser in die Abläufe des Krankenhauses integriert und kennt die Krankenakte nebst den gesundheitlichen Besonderheiten der einzelnen Patientinnen und Patienten besser, was zu einer kontinuierlicheren und qualitativ hochwertigeren Versorgung führt. Dies ist besonders für psychiatrische Krankenhäuser von Bedeutung.

Die Finanzierung der vollständigen Kosten für Leiharbeit entfaltet demgegenüber den Anreiz, zunehmend Leiharbeitskräfte zu beschäftigen, um den aufwendigen Prozess der Personaleinstellung zu umgehen. Da Leiharbeit zudem deutlich höhere Kosten als festangestelltes Personal erzeugt, entstehen den psychiatrischen Krankenhäusern zusätzliche Personalkosten. Leiharbeit sollte daher nur in Ausnahmefällen vorgesehen und nicht noch finanziell gefördert werden.

Regelungsvorschlag

§ 3 Absatz 3 BPfIV wird wie folgt geändert:

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

In § 3 BPfIV wird Absatz 10 neu ergänzt:

„Bei Beschäftigung von therapeutischem Personal ohne direktes Arbeitsverhältnis mit dem Krankenhaus, insbesondere von Leiharbeitnehmern im Sinne des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes oder von Personal aus Servicegesellschaften durch Gestellungsdienst, ist der Teil der Vergütungen, der über das tarifvertraglich vereinbarte Arbeitsentgelt für das Personal mit direktem Arbeitsverhältnis mit dem Krankenhaus hinausgeht, und damit auch die Zahlung von Vermittlungsentgelten nicht im Gesamtbetrag und im Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung nach § 18 Absatz 2 zu berücksichtigen.“

Deutsches Rotes Kreuz e.V.

Generalsekretariat

Carstennstraße 58
12205 Berlin
Tel. +49 30 85404-0
www.DRK.de
drk@DRK.de

Präsident

Hermann Gröhe

Vorsitzender des Vorstands

Christian Reuter

Bereich/Team

Bereich 4 / Team 44

Gesundheit, Seniorenarbeit und
Pflege

Bank für Sozialwirtschaft Köln

IBAN:DE58370205000005023300

BIC: BFSWDE33XXX

Berliner Sparkasse

IBAN:DE95100500006000099990

BIC: BELADEBEXX

Deutsche Bank

IBAN:DE92380700590058005000

BIC: DEUTDE33

Deutsches Rotes Kreuz e.V. - Carstennstr. 58 - 12205 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Per E-Mail an:

anhoe-
rungen-
gesundheitsausschuss@bundestag.de

Berlin, 15. Dezember 2025

**Stellungnahme des DRK e.V. zur Öffentlichen Anhörung Entwurf eines
Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform
(Krankenhausreformen Anpassungsgesetz – KHAG)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 8. Dezember 2025 und die Möglichkeit an
der Verbändeanhörung teilzunehmen.

Das Deutsche Rote Kreuz begrüßt das Ziel des
Krankenhausanpassungsgesetzes, die Versorgungsqualität zu sichern und
Krankenhausstrukturen zukunftsfest zu machen.

Auch teilen wir die Einschätzung, dass eine Reform der
Krankenhausversorgung mit Blick auf die strukturell bedingte wirtschaftliche
Lage der Krankenhäuser sowie des zunehmenden Mangels an Fachkräften
dringend notwendig ist. Der vorliegende Entwurf ist aus unserer Sicht jedoch
nicht zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, flächendeckenden und
bedarfsgerechten Krankenhausversorgung ausreichend.

Entscheidend ist aus unserer Sicht, dass die Reform durch ausreichende,
langfristig verlässliche Mittel für Personal, Ausbildung und Investitionen in
Infrastruktur und Digitalisierung begleitet wird. Nur so lassen sich Fachkräfte
gewinnen und binden sowie die Notfall- und Rettungsdienststrukturen, die das
DRK mitträgt, verlässlich aufrechterhalten. Wichtig sind zudem praxisgerechte
Übergangsfristen, klare Zuständigkeiten zwischen Bund und Ländern und die
Einbindung der Träger sozialer Hilfsorganisationen in die Umsetzung. Die
Reform muss die Erreichbarkeit der Versorgung, die Gemeinwohlorientierung
der Krankenhäuser und die Katastrophenvorsorge stärken, nicht gefährden.

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Insgesamt sollte das Gesetz dazu beitragen, eine patientenorientierte, sichere und flächendeckende Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger zu sichern.

Planerische Vorrangstellung für gemeinnützige Krankenhäuser

Gemeinnützige Krankenhäuser – als Träger der Gemeinwohlaufgabe, wichtige Ausbildungs- und Kooperationspartner und oft zentrale Versorger insbesondere in ländlichen Regionen – müssen als besonders schützenswert anerkannt und in Planung sowie Finanzierung vorrangig berücksichtigt werden. Das umfasst eine gesicherte Basisfinanzierung, Ausgleichsmechanismen für unverzichtbare, aber wirtschaftlich weniger rentable Leistungen und Schutz vor rein marktwirtschaftlich motivierten Schließungen, damit die flächendeckende, solidarisch organisierte Versorgung nachhaltig erhalten bleibt. Bitte erlauben Sie uns, speziell an § 1 Abs. 2 KHG zu erinnern, der die besondere wirtschaftliche Förderung von freigemeinnützigen Krankenhäusern beabsichtigt.

Stabile Primärversorgung und niederschwelliger Zugang

Eine starke Primärversorgung ist die Grundlage eines funktionsfähigen Gesundheitssystems. Der Ausbau reduziert nicht nur die Kosten im Gesundheitssystem, er verbessert die Lebensqualität der Bevölkerung und verhindert insbesondere die Überlastung von Kliniken. Es ist daher zwingend notwendig, parallel zur Krankenhausreform den konsequenten und sofortigen Ausbau einer stabilen Primärversorgung beispielsweise durch gezielte Förderung von interprofessionellen Gesundheitszentren, regionaler Versorgung durch Community Health Nurses und anderen niedrighschwelligen Konzepten (Gesundheitskioske etc.) voranzutreiben.

Prävention und Gesundheitsförderung

Nachhaltige Investitionen in Prävention und Gesundheitsförderung zahlen sich durch höhere Systemeffizienz, bessere Gesundheitsoutcomes für die Bevölkerung und auch dauerhafte Entlastung der Krankenhäuser aus. Prävention und Gesundheitsförderung sollte daher zwingend eine zentrale Rolle in der zukünftigen Gesundheitspolitik einnehmen.

Digitale Infrastruktur

Eine gute verlässliche digitale Infrastruktur verbessert die Kommunikation insbesondere zwischen den Sektoren und fördert die Effizienz. Es ist unabdingbar, in die Weiterentwicklung der elektronischen Patientenakte, sicherer Telemedizin und der Standardisierung digitaler Schnittstellen zu investieren.

Gesundheitskompetenz der Bevölkerung

Eine strukturierte und nachhaltige Investition in die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung hat aus Sicht des DRK vielfältige positive Effekte: weniger vermeidbare Notfallvorstellungen, geringere Zahl von Krankenhausaufnahmen insbesondere bei chronischen Erkrankungen, Förderung der Bereitschaft zur Teilnahme an Vorsorge und Impfungen. Deswegen setzen wir uns für die Schaffung eines Schulfaches Gesundheit ein. Aufgrund der geringer werdenden Kapazitäten ist es zudem sinnvoll und notwendig, Programme zur umfassenden Verbreitung und Vermittlung von Erste Hilfe – und Reanimationskenntnissen in der Bevölkerung zu fördern.

Eine gelungene Krankenhausreform ist weniger Sparinstrument, sondern ein Mittel, das Qualität, Erreichbarkeit und Krisenfestigkeit sichern sollte. Sie benötigt eine stabile Finanzierung insbesondere der gemeinnützigen Krankenhäuser, aktive Einbindung der Hilfsorganisationen und transparente, evidenzbasierte Steuerungsmechanismen, um eine verlässliche, patienten- und gemeinwohlorientierte Versorgung in ganz Deutschland sicherzustellen. Nicht zuletzt sind nachhaltige Investitionsmittel in den Ausbau einer Primärversorgung, die Stärkung von Gesundheitskompetenzen und eine gute Verschränkung mit Rettungs- sowie Katastrophensystemen essentiell, um eine gute gesundheitliche Versorgung in Deutschland zu gewährleisten.

In Bezug auf alle weiteren inhaltlichen Anmerkungen zum Gesetzentwurf verweisen wir auf die Stellungnahme der DKG.

Mit freundlichen Grüßen

Karolina Molter
Teamleiterin
Team Gesundheit, Seniorenarbeit und Pflege
DRK e.V. Generalsekretariat

15.12.2025

Stellungnahme des Deutschen Städtetages

I. Entwurf Gesetz zur Anpassung der Krankenhausreform (KHAG)

Unsere zentralen Punkte:

Krankenhausfinanzierung

Es muss unverzüglich eine auskömmliche Krankenhausfinanzierung gesichert werden. Kommunen können nicht länger zum Ausfallbürgen werden in Zeiten massiv angespannter Haushalte.

Wir verweisen diesbezüglich auf die [aktuellen Beschluss des Hauptausschusses des Deutschen Städtetages](#).

Vorhaltevergütung

Die Finanzierung der Vorhaltung der Krankenhausstrukturen ist ein legitimes und wichtiges Ziel. Es ist aber maßgeblich, dass mit der Finanzierungsreform die strukturelle Unterfinanzierung der Betriebskosten nachhaltig beseitigt wird. Das sehen wir derzeit als nicht erfüllt an.

Bürokratieabbau

Nur mit entschlossenen Schritten zur Entbürokratisierung des Gesundheitssystems kann die Gesundheitsversorgung aufrechterhalten werden. Nachweispflichten müssen auf das Wesentliche reduziert werden. Das KHAG muss zwingend nachsteuern im Hinblick auf eine zwingend erforderliche Entlastung des medizinischen Personals durch Bürokratieabbau.

Standortregelung von 2.000 Metern

Die Regel, dass ein Standort aus mehreren Gebäuden eines Krankenhausträgers bestehen kann, solange die Gebäude nicht weiter als 2.000 Meter voneinander entfernt liegen, hat sich auch in der Vergangenheit nicht bewährt und ist in Einzelfällen nicht sachgerecht.

Onkochirurgische Leistungen

§ 40 KHG muss im Sinne einer flächendeckenden Versorgung und kurzer Wartezeiten für die Behandlung von onkochirurgischen Fällen gestrichen werden.

Klarstellung Gewährung der Zuschläge für NRW

Die Zuschläge für Pädiatrie, Stroke Unit, Intensivmedizin sowie Traumatologie müssen uneingeschränkt auch für NRW zur Anwendung kommen, unabhängig von der verlängerten Übergangsfrist im Krankenhausreformenanpassungsgesetz (KHAG)

Im Detail:

Der Deutsche Städtetag unterstützt die Ziele der Krankenhausstrukturreform. Angesichts begrenzter personeller Ressourcen und Haushaltsmittel muss die Krankenhauslandschaft zügig und planvoll umstrukturiert werden. Dazu gehört eine konsequente Landeskrankenhausplanung, die eine Reduzierung von Krankenhausstandorten, die nicht versorgungsrelevant sind, nach sich zieht. Unverzüglich muss ein Strukturwandel erfolgen; Verzögerungen der Reform dürfen nicht toleriert werden. Das Schlechteste wäre ein weiter ungeordneter Strukturwandel. Notwendige inhaltliche Klärungen und Entscheidungen dürfen nicht weiter verzögert werden. Die Unsicherheiten in den Krankenhäusern steigen massiv.

Die Krankenhausfinanzierung muss endlich auskömmlich gestaltet werden. Um die stationäre Gesundheitsversorgung langfristig zu sichern, sind bürokratische Hürden zwingend abzubauen. Das wenige Personal, das wir in den kommenden Jahren noch haben, darf nicht durch bürokratische Anforderungen von der eigentlichen Arbeit am Patienten abgehalten werden. Eine stationäre Versorgung kann nur funktionieren, wenn auch der ambulante Bereich mit in den Blick genommen wird; auch hier ist eine unverzügliche Reform erforderlich.

Krankenhausfinanzierung

Die wirtschaftliche Lage kommunaler Krankenhäuser spitzt sich weiter zu. Im Jahr 2024 mussten kommunale Träger rund 4 bis 5 Milliarden Euro aufbringen, um die Defizite der Kliniken auszugleichen. Nach einer aktuellen Analyse der Beratungsgesellschaft Curacon beliefen sich die kommunalen Unterstützungsleistungen auf durchschnittlich rund 20.000 Euro pro Bett in öffentlicher Trägerschaft. Zum Vergleich: Die staatlichen Leistungen, die alle Krankenhäuser in den vergangenen fünf Jahren im Durchschnitt pro Jahr erhalten haben, betrugen etwa 12.000 Euro pro Bett. Die deutschen Krankenhäuser befinden sich in einer anhaltenden Finanzierungskrise. Seit Jahren hält die Finanzierung der Betriebskosten mit der realen Kostenentwicklung nicht Schritt. Nach Angaben von Curacon wurden den Krankenhäusern in den vergangenen 13 Jahren nahezu 39 Prozent der Erlöse entzogen.

Zuständig für eine auskömmliche Finanzierung der Krankenhäuser sind Bund und Länder. Wir erwarten, dass mit der Finanzierungsreform die strukturelle Unterfinanzierung der Krankenhäuser beseitigt wird. Denn die Folgen dieser strukturellen Unterfinanzierung werden zunehmend von den Kommunen getragen, die als Träger vieler öffentlicher Kliniken in erheblichem Umfang eigene Mittel einsetzen müssen, um den laufenden Betrieb und notwendige Investitionen zu sichern.

Diese kommunalen Unterstützungsleistungen stellen eine erhebliche, systemfremde Belastung der kommunalen Haushalte dar. Ursprünglich ist die Finanzierung der Krankenhäuser nicht Aufgabe der kommunalen Ebene; dennoch sehen sich die Kommunen gezwungen, Defizite auszugleichen, um die medizinische Versorgung vor Ort aufrechtzuerhalten. Die dadurch gebundenen Haushaltsmittel fehlen jedoch an anderer Stelle – insbesondere bei Investitionen in Infrastruktur, Bildung, Klimaschutz und soziale Daseinsvorsorge. Damit wird die

ohnehin angespannte finanzielle Situation vieler Kommunen weiter verschärft und die Handlungsfähigkeit im Kernbereich kommunaler Aufgaben zunehmend eingeschränkt.

Vorhaltevergütung

Mit der geplanten Krankenhaus- und Finanzierungsreform sollen insbesondere der ökonomische Druck auf die Krankenhäuser verringert und die Rahmenbedingungen für eine verlässliche Versorgung verbessert werden. Die Einführung von Vorhaltepauschalen muss jedoch dazu beitragen, die Finanzierung dauerhaft zu stabilisieren und die Abhängigkeit von Fallzahlen zu reduzieren.

Die budgetneutrale Phase sowie die Konvergenzphase müssen deshalb konsequent genutzt werden, um die Wirkung der neuen Finanzierungsinstrumente zu evaluieren. Fehlentwicklungen müssen unverzüglich nachgesteuert werden. Nur mit einer auskömmlichen Finanzierung kann die Gesundheitsversorgung nachhaltig gesichert werden.

Bürokratieabbau

Die bürokratischen Hürden sind in den letzten Jahren gestiegen. In Zeiten des Fachkräftemangels und zu hoher Gesundheitskosten ist diese Entwicklung nicht nachzuvollziehen. Auch das KHAG verspricht keine spürbaren Entlastungen, obwohl eine Strukturreform immer auch mit konsequenter Entbürokratisierung einhergehen sollte. Es muss dringend ein Bürokratienteilsetzungsgesetz vorgelegt werden.

Standortregelung von 2000 Metern

Krankenhäuser desselben Trägers bestehen vereinzelt aus mehreren Gebäuden, die aus historischen und städtebaulichen Gründen entstanden sind und etwa 2000 Meter voneinander entfernt liegen. Die Standortdefinition beeinflusst maßgeblich die Erfüllung der Qualitätsvorgaben, weil Leistungsgruppen, die eng miteinander verbunden sind, an einem Standort bereitgestellt und vorgehalten werden müssen. Dadurch könnte die Versorgung gefährdet werden. Die starre Regelung erschwert zudem die notwendigen Konzentrationen und Strukturveränderungen. Ineffiziente Doppelstrukturen müssen, auch aus Gründen der Kostenersparnis, zwingend abgebaut werden. Eine Erweiterung des Radius auf 5000 m erscheint dringend erforderlich.

Onkochirurgische Leistungen

Für eine Streichung des §40 KHG sprechen unter anderem folgende Punkte:

1. Die Onkologie erfordert immer mehr interdisziplinäre Kooperationen. Hierbei spielen zertifizierte, onkologische Zentren eine zunehmende Bedeutung. Die ursprüngliche Gesetzesbegründung bezieht sich genau auf den Unterschied des besseren Outcomes (Überlebensrate) bei Behandlungen in onkologischen Zentren und eben nicht auf Einzelbehandlungen für nicht näher definierte Operationen bei onkologischen Erkrankungen. Vielmehr gefährdet möglicherweise der §40m sogar den Bestand onkologischer Zentren, weil Teilgebiete

sinnwidrig herausgebrochen werden.

Hier sollte vielmehr evidenzbasiert der GBA beauftragt werden, das Ziel über Mindestmengen zu Eingriffen zu lösen. Man benötigt keine doppelte Bürokratie.

2. Die bundesweite Festlegung einer 15-Prozentperzentile für ein Abrechnungsverbot greift substanziell in die Krankenhausplanung der Länder ein und gefährdet das Leistungsangebot in der Fläche. Hier werden bestehende Versorgungsnetzwerke und möglicherweise ganze Fachabteilungen zerstört. Wie unter Punkt 1. dargestellt kann das gleiche Qualitätsziel – nämlich die Vermeidung von Zufallschirurgie – auch und vor allem zielgerichteter und evidenzbasiert über die Mindestmengenregelungen gelöst werden. Darf eine Abteilung zukünftig nicht mehr abrechnen und das Nachbarkrankenhaus schließt wegen anderer Gründe, dann gibt es kein Haus, was die dortigen Fälle behandeln kann. Die Auswirkungen der Strukturreform auf den Bestand einzelner Fachabteilungen kann noch nicht abgesehen werden.

Klarstellung Gewährung der Zuschläge für NRW

Im Koalitionsvertrag des Bundes wurde zugesagt, dass Krankenhäuser in NRW durch die Krankenhausreform des Bundes nicht schlechter gestellt werden dürfen. Um diese Zusage einzulösen, ist sicherzustellen, dass die durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) eingeführten zusätzlichen Zuschläge in den Bereichen Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Intensivmedizin sowie Traumatologie auch für die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen vollständig gelten, selbst wenn das Fallpauschalensystem hier bis Ende 2030 weitergeführt wird.

Ohne eine solche ausdrückliche Regelung besteht die Gefahr, dass Kliniken in NRW gegenüber Häusern in anderen Bundesländern strukturell benachteiligt werden. Dies betrifft vor allem jene Standorte, die bereits heute mit erheblichen Vorhaltekosten konfrontiert sind und auf die zeitnahe Einführung der neuen Zuschläge angewiesen wären.

Wir verweisen des Weiteren auf unsere Stellungnahme zum Referentenentwurf, die wir als **Anlage** beigelegt haben.

II. Antrag der Fraktion die Linke „Vorhaltungen der Krankenhäuser verlässlich finanzieren Ausgliederung sämtlicher Personalkosten aus den Fallpauschalen“

Die Analyse der Bundestagsfraktion, dass „das aktuelle Finanzierungssystem für die Betriebskosten der Krankenhäuser ... seit langem aufgrund verschiedener Dysfunktionalitäten in der Kritik steht“ ... und „den Krankenhäusern auch unabhängig von der Zahl abrechenbarer Fälle erhebliche Kosten, insbesondere für das Personal entstehen“ ist plausibel. Fraglich ist es unserer Meinung nach aber, ob die genannten „nicht abrechnungsfähigen“, dafür aber

personalintensiven Patientenbehandlungen die wesentliche Ursache der wirtschaftlichen Probleme vieler Krankenhäuser sind.

In den letzten Jahren sind die (kostenrelevanten) Strukturanforderungen an die Krankenhäuser deutlich gestiegen (Personaluntergrenzen, Vorhaltung von Medizingerätetechnik, 24/365 Einsatzbereitschaft insbesondere in den Notaufnahmen, Sicherung kritischer Infrastrukturen, Bürokratie usw.). Die Krankenhauserlöse wachsen nicht in gleichem Maße. Darüber hinaus müssen Investitionen anteilig oder vollständig aus Eigenmitteln der Krankenhäuser finanziert werden. Das Gesamtfinanzierungssystem ist dafür nicht ausgelegt. Im Ergebnis kommt es zu hohen wirtschaftlichen Verlusten, insbesondere für Krankenhäuser, welche nicht in Verbünden organisiert sind und einen umfassenden Versorgungsauftrag haben.

Der Fraktionsvorschlag, alle Personalkosten 100%ig unabhängig von den Patientenbehandlungen über die gesetzliche und private Krankenversicherung zu refinanzieren, würde die wirtschaftliche Situation ggf. für einen kurzen Zeitraum verbessern. Gleichzeitig würde der Druck für die wirklich notwendigen Änderungen (KHVVG i.V. mit bedarfsadaptierten Landesplanungs- und -investitionsprogrammen) jedoch sinken, die Krankenkassen und letztlich die Bürger finanziell überfordern (Beitragssätze) und letztlich langfristig die Situation der Krankenhäuser eher verschlechtern.

Mit freundlichen Grüßen
In Vertretung

Stefan Hahn

Anlage

Stellungnahme zum KHAG

Name des Verbandes: Deutscher Städtetag

Datum: 20.08.2025

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
1	§ 109	Anpassung der Ausnahme für den Abschluss eines Versorgungsvertrags trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien	Die Änderung in § 109 Abs. 3a S. 4 und 5 SGB V erweitert den Spielraum der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen. Bisher waren sie bei der ausnahmsweisen Zulassung eines Krankenhauses, das die Qualitätskriterien nicht erfüllt, an verbindliche Erreichbarkeitsvorgaben gebunden. Zukünftig sollen sie innerhalb ihres eigenen Beurteilungsspielraums entscheiden können, ob ein Versorgungsvertrag zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung, insbesondere im ländlichen Raum, zwingend erforderlich ist. Dies erhöht die Flexibilität der Länder, schwächt aber potenziell die bundeseinheitlichen Qualitätsstandards, da die Entscheidung stärker von regionalen Einschätzungen als von standardisierten Vorgaben abhängt. Der Referentenentwurf des KHAG sieht an mehreren Stellen Ausnahmemöglichkeiten für die zuständige Landesbehörde vor, sofern dies zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung „zwingend erforderlich“ ist. Dabei handelt es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff, dessen Auslegung im Einzelfall erfolgen muss. Die Festlegung eines Kriterienkatalogs wäre angezeigt.
2	§ 135d	– Streichung Übergangsregelung in § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V zur Veröffentlichung von Leistungsgruppen im Bundes-Klinik-Atlas – Folgeanpassung aufgrund der Streichung der LG Notfallmedizin	Hinsichtlich des Klinik-Atlas selbst ist festzustellen, dass dieser nur begrenzt neue Erkenntnisse liefert, gleichzeitig jedoch Risiken für Missverständnisse und politische Konflikte birgt. So existiert bereits ein Krankenhausverzeichnis, das ähnliche Basisinformationen bereitstellt. Zudem könnten die Veröffentlichung von Rohdaten zu Fallzahlen oder Qualitätskennzahlen ohne eine angemessene Erklärung zu falschen Schlussfolgerungen führen. Ein weiteres Problem stellt der zusätzliche Aufwand dar, der durch die Pflege

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			und regelmäßige Aktualisierung des Atlas sowie durch das Vorhandensein paralleler Systeme entsteht.
3	§ 135e	– Streichung Frist Erlass und Inkrafttreten LG-RVO – finanzielle und organisatorische Unterstützung der Patientenvertretung im Leistungsgruppen-Ausschuss – Vereinheitlichung Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern – Sonderregelung für Tages- und Nachtkliniken (Erfüllung zeitlicher Vorgaben nur zu jew. Betriebszeiten) – Vollzeitäquivalent: Anpassung anrechenbare Stundenanzahl von 40 auf 38,5 – Anpassung Berücksichtigung Belegärzte (voller vertragsärztlicher Versorgungsauftrag) – Streichung eines Verweises (entfallen)	Unabhängig von der Frage, ob die Berücksichtigung eines Belegarztes mit vollem vertragsärztlichem Versorgungsauftrag als ein Vollzeitäquivalent sachgerecht ist, ist diese Regelung auf alle angestellte Ärzte in einem Medizinischen Versorgungszentrum, die belegärztlich tätig sind, zu übertragen. Maßgeblich darf nicht der vertragsärztliche Versorgungsauftrag, sondern muss die ärztliche Qualifikation und die zeitliche Ressource sein. Diese maßgeblichen Kriterien sind bei angestellten Ärzten in einem Medizinischen Versorgungszentrum und bei Ärzten mit vollem vertragsärztlichem Versorgungsauftrag gleichermaßen gegeben. Hier bedarf es einer entsprechenden Anpassung.
4	§ 135f	– Folgeänderung zur Änderung von § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V (Streichung Übergangsregelung) – Anpassung Geltung MVHZ auch für LG, die nach §6a KHG als zugewiesen gelten – Folgeanpassung Fristen	
5	§ 136a	Verweisanpassung hebammengeleitete Kreißsäle	
6	§ 136c	Spezialisierung Onkochirurgie: Abweichung von gesetzlich vorgegebener Prozentzahl für	Hier ist unklar, woran sich der G-BA bei der Festlegung von niedrigen Prozentzahlen orientieren wird.

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		bestimmte Indikationsbereiche durch G-BA-Beschluss	
7	§ 221	Streichung LKK-Anteil an der Finanzierung des Transformationsfonds	
8	§ 271	Anpassung von Mindestreserve und Obergrenze der Liquiditätsreserve im Gesundheitsfonds	
9	§ 275a	– Streichung eines Satzes zur Prüfung der PpUGV – Anpassung Fristen für LG-Prüfaufträge an MD und Abschluss – Strukturprüfung: Korrektur der Bezeichnung des Verfahrens	
10	§ 278	Streichung Fehlverweis für Berichte MD an MD-Bund	
11	§ 283	Regelungen zur einheitlichen digitalen Umsetzung von Richtlinien durch MD-Bund	
12	§ 427	Anpassung des Datums zur Vorlage des ersten Evaluierungsberichts	
13	Anlage 1	Austausch Anlage 1 mit folgenden Anpassungen: – Folgeanpassungen zur Vereinheitlichung Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern – Streichung Verweis auf Einbeziehung Erfüllung PpUGV – Redaktionelle Anpassung Verweise und Daten G-BA Richtlinien	LG 14: Die neue 2:1-Regelung erscheint uns nicht sinnvoll, da mehr Fachärzte als ursprünglich vorgesehen, benötigt werden. LG 47: Die Streichung benachteiligt große Kinderkliniken, die eine weit höhere Menge an fachlich qualifiziertem Personal vorhalten. Somit muss es eine Vorhaltefinanzierung für Kliniken geben, die die spezielle Kindermedizin erbringen. Ohne gesonderte Ausweisung könnte die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung gefährdet werden. LG 65: Die Streichung benachteiligt gut aufgestellte Krankenhäuser, die eine hohe Notfallstufe (3) erreichen. Für die Vorhaltung und Bereitstellung

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		- LG 1 Anpassung Mindestanforderungen Endoskopie - LG 2 Anpassung Qualitätskriterien Versorgung Kinder und Jugendliche - Streichung der LG 3 - LG 6 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 7 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 10 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 11 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 12 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 14 Anpassung bei der personellen Ausstattung - Streichung der LG 16 - LG 19 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 20 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 24 Anpassung bei der personellen Ausstattung - LG 27 Anpassungen der sachlichen Ausstattung sowie eines Verweises in den sonstigen Struktur- und Prozessvoraussetzungen - LG 29 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 31 Anpassung bei Erbringung verwandter LG	der Expertise verschiedener Fachdisziplinen muss eine Vorhaltefinanzierung erfolgen.

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		- LG 32 Anpassung bei Erbringung verwandter LG sowie bei der personellen Ausstattung - LG 33 Anpassung bei Erbringung verwandter LG sowie bei der personellen Ausstattung - LG 34 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 36 Anpassung der sachlichen Ausstattung - LG 37 Anpassung der sachlichen Ausstattung - LG 38 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 39 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 40 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - Streichung der LG 47 - LG 52 Anpassung der sachlichen Ausstattung - LG 53 Anpassung der Erbringung verwandter LG sowie sachlicher und personeller Ausstattung - LG 54 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 56 Anpassung bei Erbringung verwandter LG und der personellen Ausstattung - LG 58 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 59 Anpassung bei Erbringung verwandter LG	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		– Streichung LG 65	
			Art. 2: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
1	§ 2a	Redaktionelle Anpassung (Verschiebung Satz 2 in Folgeabsatz)	Der Begriff des Krankenhaus-Standortes erfährt eine bis dato nicht vorhandene Bedeutung. Dies hat erhebliche Auswirkungen für die Versorgungslandschaft. Einige, besonders große kommunale Krankenhäuser, haben in der Vergangenheit Versorgungsschwerpunkte gebildet und in vorhandene Liegenschaften etabliert. Ein Argument war vielfach der fehlende Platz auf dem bestehenden Innenstadtbereich oder fehlende investive Möglichkeiten der Kommunen. Insofern sollte die Entfernung auf mindestens 5 Kilometer erweitert werden oder ein Krankenhaus als ein Standort auch bei getrennten Liegenschaften anerkannt werden, wenn die Kliniken in einer Stadt liegen und nachweislich eine organisatorische, wirtschaftliche und fach-medizinische Einheit bilden und zudem eine einheitliche Leitung vorliegt. Anhaltspunkte können dabei auch übergreifende Führungsstrukturen (z.B. gemeinsame Führung der Standorte, Pflegedirektion für die Standorte, KH-Hygiene, Datenschutz etc.) sein.
2	§ 6a	– Ergänzung, dass auch nach § 108 Nummer 4 SGB V zugelassene Krankenhäuser die Qualitätskriterien erfüllen müssen – Übergangsregelung für Länder, die bis zum 31.12.2024 Leistungsgruppen zugewiesen haben – Anpassung der Ausnahme für die Zuweisung von Leistungsgruppen trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien – Anpassung der Fristen zur Meldung der zugewiesenen Leistungsgruppen an InEK	Die Verschiebung der Verantwortung zu den Ländern bei der Zuweisung von Leistungsgruppen trotz Nichterfüllung von Qualitätskriterien kann zu einer bundesweit uneinheitlichen und damit nicht mehr objektiven Umsetzung der Vorgaben des Bundes führen. Es ist –wie schon derzeit bei der Umsetzung von MD-Prüfungen von StrOPS und QS-RL- davon auszugehen, dass nicht einheitliche Bewertungsmaßstäbe angelegt werden und daher die Krankenhäuser nicht mehr vergleichbar bewertet werden.

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
3	§ 6b	Anpassung der Frist zur Meldung der zugewiesenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben an InEK	
4	§ 12b	– Umstellung der Finanzierung des KHTF (Bundesmittel statt GKV-Mittel) – Streichung der Antragsfrist – Streichung der Verpflichtung, die Prüfung des Insolvenzrisikos nachzuweisen. – Schaffung eines Sonderzuwendungsrechts ggü. der BHO – Streichung der Vorschriften im Zusammenhang mit der Beteiligung der PKV an der Finanzierung – Regelung der Rückführung nicht verwendeter Mittel an den Bund	
5	§ 17b	Anpassung Fristen für Evaluation Vorhaltevergütung durch Verschiebung der Vorhaltevergütung um ein Jahr	
6	§ 37	Ermittlung Vorhaltevergütung: – Anpassungen Fristen für Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Übergangsregelung zur Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen – Anpassungen Fristen für freiwillige Information über Vorhaltevolumina in den Jahren 2026 und 2027	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
7	§ 38	Zuschläge Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken: Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	
8	§ 39	Förderbeträge Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie, Intensivmedizin: Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	Aus Sicht der betroffenen Krankenhäuser führt die im Referentenentwurf vorgesehene Verschiebung der Auszahlung der Förderbeträge gemäß § 39 KHG für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin zu erheblichen wirtschaftlichen Nachteilen. Diese Förderbeträge sind für die Aufrechterhaltung der besonderen vorhaltungsintensiven Versorgungsstrukturen in den genannten Bereichen zwingend erforderlich. Durch die im Entwurf vorgesehene zeitliche Verschiebung entfällt ein kompletter Förderrhythmus, ohne dass eine spätere Nachholung oder Kompensation der entgangenen Einnahmen vorgesehen ist. Da die Fixkosten in diesen Bereichen unverändert bestehen bleiben und zudem kein ausreichender Handlungsspielraum zur kurzfristigen Kostenreduktion besteht, entstehen den Krankenhäusern finanzielle Verluste, die nicht mehr aufgeholt werden können. Dies kann nicht in der Absicht stehen, nunmehr eine wirtschaftliche Entlastung der betroffenen Kliniken zu gewährleisten. Die weitere Zuspitzung der wirtschaftlichen Schieflage kann in einigen Fällen die wirtschaftliche Stabilität der betroffenen Einrichtungen gefährden und mittelbar auch negative Auswirkungen auf die regionale Versorgungsqualität und -sicherheit haben.

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Wir regen daher dringend an, für die betroffenen Krankenhausbereiche eine Kompensation der ausfallenden Fördermittel vorzusehen oder auf die Verschiebung der Auszahlung zu verzichten, um die Funktionsfähigkeit dieser zentralen Versorgungsstrukturen zu erhalten.
9	§ 40	Spezialisierung Onkochirurgie: – Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Berücksichtigung von durch den G-BA festgelegten niedrigeren Prozentzahlen und Aktualisierung der entsprechenden Listen	Die Regelung wird weiterhin als bedenklich erachtet, insbesondere da auch weiterhin nicht ersichtlich wird, ob es sich um eine wissenschaftlich begründete Festlegung (15%-Grenze) handelt. Die Vielfalt und Häufigkeit der onkochirurgischen Leistungen wird nicht ausreichend berücksichtigt, sodass es zu einer unkontrollierten Konzentration, die einer bedarfsorientierten Versorgung entgegenwirkt, kommen kann. Besonders problematisch wäre eine mehrmalige Anwendung dieses rein mathematischen Vorgehens. Auch die Möglichkeit zur Berücksichtigung bestehender Mindestmengen bzw. niedriger Prozentsätze kann dem nicht in ausreichendem Umfang entgegensteuern. Die Regelung sollte demnach gestrichen werden. Beispiel: Ein zertifiziertes onkologisches Zentrum verliert einen Teilbereich (z.B. Urologie/Prostatakrebs oder Gynäkologie/Brustkrebs) und damit auch alle anderen onkologischen Behandlungen, weil das Zentrum durch den Wegfall eines wichtigen Teilgebietes nicht mehr leistungsfähig ist.
			Art. 3: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
1	§ 3	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung - – Vorhaltebudget greift erst ab 2028 (statt 2027)	
2	§ 4	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung bei • Vereinbarung Erlösbudget	Der Fixkostendegressionsabschlag sollte ab 2026 komplett entfallen, da er die frühzeitige Verschiebung von LG/Fällen zwischen verschiedenen Trägern/im Verbund erschwert bzw. bestraft. Bereits heute führen Leistungsverlagerungen zwischen Standorten dazu, dass FDA zu bezahlen

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Fixkostendegressionsabschlag	ist, obwohl die Lstg zweier Standorte in Summe gleichbleibt. Das Minimum wäre eine Eingrenzung des FDA für die Fälle, wo eine Leistungsverlagerung nachgewiesen wird.
3	§ 5	- Verlängerung der Zuschläge Pädiatrie und Geburtshilfe um ein Jahr als Folgeänderung aus Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung - Redaktionelle Korrektur bzgl. der Erhebung des Zuschlags für die Pädiatrie	
4	§ 6b	Ermittlung Vorhaltebudget: - Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung - Klarstellung - Vorhaltebudget nur für auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütete Krankenhausfälle - Übergangsregelung für Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen	Die geplante Vorhaltefinanzierung ist weiterhin sehr kritisch zu betrachten bzw. teils noch klärungsbedürftig. - Nach aktuellem Verständnis ist noch unklar, wie Fälle im voraussichtlichen Referenzjahr 2025 (Krankenhausanteil) im Vorhaltebudget berücksichtigt werden, wenn sie an einem Standort entlassen werden, der nicht über die betreffende Leistungsgruppe verfügt. - Im Falle der Leistungserbringung an einem anderen Standort des Krankenhauses handelt es sich häufig um Patienten, die ein schweres Krankheitsbild sowie eine lange Verweildauer haben und zur Behandlung an mehrere Standorte eines Krankenhauses verbracht werden. Die Entlassung am Standort, der zwei Jahre später nicht über die entsprechende Leistungsgruppe verfügen wird, darf nicht dazu führen, dass der Anteil an der Vorhaltefinanzierung dem Krankenhaus nicht gewährt wird. Aus unserer Sicht ist hierfür eine Regelung erforderlich. Eine Möglichkeit wäre den Standortbegriff nochmals neu zu definieren und Ausnahmeregelungen für Krankenhäuser mit mehreren Standorten, die jeweils über verschiedene Spezialisierungen verfügen, zu treffen. - Das KHVVG und KHAG zielen u.a. auf einen Strukturwandel der deutschen Krankenhauslandschaft ab. Dieser wird nochmals durch

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			die Bekanntgabe der Mindestvorhaltezahlen im Dezember 2026 verstärkt. Folglich werden ganze Fachbereiche von einem Krankenhaus zu einem anderen (wahrscheinlich) größerem Krankenhaus verlagert (oder auch von Standort zu Standort innerhalb eines Krankenhauses). Auch bei Krankenhausschließungen erfolgt eine Übernahme der Fachbereiche (und der Patienten) durch andere Krankenhäuser. Dies wird in den meisten Fällen jedoch nicht zu einer Überschreitung des gesetzlich vorgegebenen 20%-Korridors führen. Um eine Sicherstellung der Gesundheitsversorgung und eine Übernahme der Fachbereiche und der entsprechenden Patienten zu gewährleisten, muss eine gesetzliche Regelung geschaffen werden, die eine Übertragung der jeweiligen Anteile an der Vorhaltevergütung an das übernehmende Krankenhaus bzw. den übernehmenden Standort vorsieht. Möglich wäre in diesem Kontext eine gänzliche Neuregelung des 20%-Korridors oder eine Ausnahmeregelung des 20%-Korridors für o.g. Konstellationen. In keinem Fall darf die Übernahme von Leistungen in Folge von Schließungen von Standorten oder Krankenhäusern oder Teilen von Standorten oder Krankenhäusern (und damit Verlagerung von Leistungsgruppen und Fallzahlen) dazu führen, dass die Vorhaltevergütung hierfür nicht entsprechend zur Verfügung gestellt wird. Es fehlt nach wie vor eine konkrete Auswirkungsanalyse der geplanten Vorhaltevergütung. Fraglich ist, ob das neue Finanzierungsmodell die chronische Unterfinanzierung der Betriebskosten tatsächlich beseitigt, wenn sich 40 Prozent der Vergütung weiterhin an Fallzahlen orientiert.

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
5	§ 7	Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für Abrechnung der Entgelte	
6	§ 8	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für die Berechnung der Entgelte – Übergangsregelung für Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen bei Abrechnungsverboten	
7	§ 9	– Erhöhung der Notfallzuschläge ab 2028 als Folgeänderung zur verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung – Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	Die Notfallzuschläge sollten bereits frühzeitiger angehoben werden, da die Unterfinanzierung der Notfallversorgung in ausreichend Studien nachgewiesen wurde.
8	§ 10	Orientierungswert: Anpassung Berichtszeitraum, Klarstellung Kreis zur Übermittlung verpflichteter Krankenhäuser, Ermöglichung der Subdelegation der Verordnungsermächtigung zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts durch BMG auf Statistisches Bundesamt	
9	§ 21	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für die Datenübermittlung	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		– Folgeänderung zur Änderung von § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V (Streichung Übergangsregelung) – Regelung zur umfassenden Nutzung von Daten für die zum Zwecke der Ermittlung des Abschlags erforderlichen Schätzung der Anzahl der Pflegevollkräfte oder ärztlichen Vollkräfte	
			Art. 4 Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung
1	§ 2	Red. Folgeänderung zu Änderung in § 12b KHG	
2	§ 3	Red. Folgeänderung zu Änderung in § 12b KHG und Klarstellung	
3	§ 4	Streichung der Regelung zur Antragsfrist aufgrund Änderung in § 12b KHG, weitere Folgeänderungen zu Änderungen in § 12b KHG sowie Maßgaben des BR	
4	§ 5	Streichung Regelung für Beteiligung PKV	
5	§ 6	Streichung Regelungen für Beteiligung PKV	
6	§ 7	– Änderung der Rückforderungsvorschrift von „kann“-Regelung zu „soll“-Regelung – Streichung Regelung für Beteiligung PKV – Streichung von Absatz 8, der nach Maßgabe BR anderweitige Verwendung von nicht verausgabten Fördermitteln ermöglichte.	
7	§ 8	Ermöglichung der Aktualisierung der Förderrichtlinie	
			Art. 5 Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
1	§ 186a	Anpassung der Ausnahme von der Fusionskontrolle für Krankenhauszusammenschlüsse, die zur Verbesserung der Versorgung erforderlich sind (zuvor in § 187 Abs. 10 geregelt)	
2 und 3	§ 187	Redaktionelle Anpassung in § 187 Abs. 9 sowie redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung eines neuen § 186a	
			Art. 6 Änderung der Bundespflegesatzverordnung
	§ 9	Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	
			Art. 7 Inkrafttreten
	Erfüllungsaufwand		
	Ggf. weitere Anmerkungen		Hybrid-DRGs: Im Entwurf des KHAG erfolgen keine Änderungen bei den Hybrid-DRGs, obwohl deren massive Ausweitung ab 2026 sowie die angedachte Erlösanpassung an die AOPs bis 2030 massive Verwerfungen im System zur Folge haben werden. Die Auswirkung des deutlichen Anstiegs an die Vorhaltefinanzierung ist unklar ebenso die Erfordernis der Einhaltung von Qualitätskriterien der LG. Ferner gibt es weiterhin eine Ungleichbehandlung zum ambulanten Bereich. Bei gleichen Erlösen sind die Vorhaltekosten im Krankenhaus deutlich höher als in einer ambulanten Arztpraxis. Ferner werden aufwändige und komplexe Patienten weiterhin eher im Krankenhaus behandelt, so dass auch bei den Hybrid-DRGs eine Selektion wie bisher bei den AOPs erfolgt. Eingriffe/Behandlungen mit wenig Sachaufwand und bei geringer Morbidität der Patienten werden in den Praxen erbracht und das restliche Patientengut an die KH abgegeben.

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Es sollten Ausnahmeregelungen für besondere Einrichtungen (z.B. Zentrum für Schwerbrandverletzte) getroffen werden.

Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Anhörung des Gesundheitsausschusses am 17.12.2025

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

Stand: 24.11.2025

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

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

**AOK-Bundesverband
Die Gesundheitskasse.**

Inhaltsverzeichnis

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

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

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

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

I. Zusammenfassung

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

Patientenschutz erhalten

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

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

Fallunabhängige Vorhaltefinanzierung umsetzen

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

Sektorenübergreifende Versorger weiterentwickeln

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

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

Gelegenheitsversorgung nachhaltig ausschließen

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

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

Onkologische Versorgung durch Zertifizierung sichern

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

Eindeutige Definition von Leistungsgruppen notwendig

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

Kein NRW-Sonderweg

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

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

Daseinsvorsorge zu Recht aus Steuermitteln finanziert

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

Versorgungssicherheit durch Mitwirkung der Kassen gewährleisten

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

Weitergehender Änderungsbedarf

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

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

Stellungnahme zu einzelnen Regelungen

Artikel 1 Änderung des 5. Buches Sozialgesetzbuch

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

A Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B Stellungnahme

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

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

C Änderungsvorschlag

zu a) Kein Änderungsbedarf.

zu b) Streichung der vorgesehenen Regelung.

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

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

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

A Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B Stellungnahme

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

C Änderungsvorschlag

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

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

A Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

Die Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern sollen vereinheitlicht werden.

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

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

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

B Stellungnahme

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

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

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

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

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

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

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

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

C Änderungsvorschlag

Abs. 1 S. 3

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

Abs. 4 Nr. 6 c)

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

Abs. 4 Nr. 6 d)

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

Abs. 4 Nr. 7 b)

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

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

Ergänzung Abs. 4 Satz 4:

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

Nr. 5 § 135f SGB V Mindestvorhaltezahlen für Krankenhausbehandlungen

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

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

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

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

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

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

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

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

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

zu b) Redaktionelle Folgeänderung.

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

C Änderungsvorschlag

zu a) Streichung.

zu b) Kein Änderungsbedarf.

Änderungsbedarf zu Nr. 3 b) 135 d SGB V

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

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

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

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

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Die Regelung erscheint sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

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

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf

Nr. 10 § 271 SGB V Gesundheitsfonds

A Beabsichtigte Neuregelung

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

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

Redaktionelle Anpassungen aufgrund § 12b Absatz 1 KHG

B Stellungnahme

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

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

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

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

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

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

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

C Änderungsvorschlag

Keine Änderungsbedarf.

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

A Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B Stellungnahme

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

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

C Änderungsvorschlag

Keine Änderungsbedarf.

Nr. 12 § 278 SGB V Medizinischer Dienst

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Die Streichung ist nachvollziehbar.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

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

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

C Änderungsvorschlag

Keine Änderungsbedarf.

Nr. 14 § 427 SGB V Evaluation des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes

A Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

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

B Stellungnahme

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

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

Ebenfalls begrüßt wird die Evaluation der Zuordnung zu Level F.

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

C Änderungsvorschlag

Keine Änderung des Satz 1.

Nr. 15 Anlage 1

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

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

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

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

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

C Änderungsvorschlag

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

Artikel 2 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 1 § 2a KHG Krankenhausstandort

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Redaktionelle Änderung.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 2 § 6a KHG Zuweisung von Leistungsgruppen

A Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

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

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

B Stellungnahme

zu Absatz 1

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

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

zu Absatz 2

Als redaktionelle Streichung wird Satz 3 (alt) gestrichen.

zu Absatz 4

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

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

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

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

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

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

zu Absatz 5

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

zu Absatz 6

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

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

C Änderungsvorschlag

zu Absatz 1

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

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

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

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

zu Absatz 2

Kein Änderungsbedarf.

zu Absatz 3

Kein Änderungsbedarf.

zu Absatz 4

Der Absatz 4 wird wie folgt formuliert:

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

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

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

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

Es wird ein zusätzlicher Absatz 8 (neu) eingefügt:

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

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

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

C Änderungsvorschlag

Streichung.

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

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 5 § 12b KHG Transformationsfonds, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

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

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

B Stellungnahme

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

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

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

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

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

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

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

C Änderungsvorschlag

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

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

Nr. 6 § 13 KHG Entscheidung zu den förderungsfähigen Vorhaben

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

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

C Änderungsvorschlag

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

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

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

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

A Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

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

B Stellungnahme

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

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

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

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

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

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

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

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

Grundsätzlich werden die Zuschläge zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie für die spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken abgelehnt, wie in der Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zum KHVVG bereits angebracht. § 38 ist zu streichen, denn jedes Krankenhaus hat die Aufgabe, sich an der Koordinierung und Vernetzung der Versorgung zu beteiligen. Zudem ist für den Erhalt der Zuschläge nicht mehr erforderlich, als die Zuweisung der Aufgaben. Ein Nachweis darüber, welche Koordinierungsaufgaben mit welchen zusätzlichen Kosten erbracht wurden, ist nicht vorgesehen.

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

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

C Änderungsvorschlag

§ 38 KHG wird gestrichen.

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

Eine durch den Gesetzgeber noch zu bestimmende neutrale Institution evaluiert die Effekte der Zuschläge zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie der Zuschläge zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken bis zum 31.12.2029. Die für den Bericht erforderlichen Daten sind dem Institut in anonymisierter Form zu übermitteln.

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

A Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B Stellungnahme

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

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

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

C Änderungsvorschlag

§ 39 KHG wird gestrichen.

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

Eine durch den Gesetzgeber noch zu bestimmende neutrale Institution evaluiert die Effekte der Förderung für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin bis zum 31.12.2029. Die für den Bericht erforderlichen Daten sind dem Institut in anonymisierter Form zu übermitteln.

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

A Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B Stellungnahme

Es handelt sich überwiegend um Fristverschiebungen im Sinne von Folgeanpassungen.

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

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

C Änderungsvorschlag

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

Artikel 3 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 1 Inhaltsübersicht Angabe zu § 10 KHEntgG

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Die Anpassung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsvorschlag.

Nr. 2 § 1 KHEntgG Anwendungsbereich

A Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B Stellungnahme

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

Siehe die Bewertung zu Artikel 2 Nummer 8.

C Änderungsvorschlag

Streichung.

Nr. 3 § 3 KHEntgG Grundlagen

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Die Neuregelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 4 § 4 KHEntgG Vereinbarung eines Erlösbudgets

A Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B Stellungnahme

Die Neuregelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

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

A Beabsichtigte Neuregelung

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

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

B Stellungnahme

5 a)

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

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

5 b)

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

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

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

5 c)

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

5 d)

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

bb) Die Regelung ist insgesamt zu streichen.

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

5 e)

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

5 f)

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

C Änderungsvorschlag

5 a)

aa) Die Regelung ist insgesamt zu streichen.

bb) Kein Änderungsbedarf.

5 b)

aa) Die Regelung ist insgesamt zu streichen.

bb) Die Regelung ist insgesamt zu streichen.

cc) Die Regelung ist insgesamt zu streichen.

5 c) Die Regelung ist insgesamt zu streichen.

5 d)

aa) Die Regelung ist insgesamt zu streichen.

bb) Die Regelung ist insgesamt zu streichen.

cc) Kein Änderungsbedarf.

5 e) Kein Änderungsbedarf.

5 f) Die Regelung ist insgesamt zu streichen.

Nr. 6 § 6b KHEntgG Vergütung eines Vorhaltebudgets

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

C Änderungsvorschlag

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

Nr. 7 § 7 KHEntgG Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Die Neuregelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 8 § 8 KHEntgG Berechnung der Entgelte

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Die Neuregelungen sind sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 9 § 9 KHEntgG Vereinbarung auf Bundesebene

A Beabsichtigte Neuregelung

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

9b) Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts

B Stellungnahme

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

9b) Es handelt sich um redaktionelle Änderungen.

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

C Änderungsvorschlag

Streichung von § 10 Absatz 6 Satz 6 KHEntgG.

Ein entsprechender Anpassungsvorschlag ist im ergänzenden Änderungsbedarf dieser Stellungnahme enthalten.

Nr. 10 § 10 KHEntgG Vereinbarung auf Landesebene

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 11 § 11 KHEntgG Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht und nachvollziehbar.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 12 § 14 KHEntgG Genehmigung

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 13 § 21 KHEntgG Übermittlung und Nutzung von Daten

A Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

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

B Stellungnahme

Die Neuregelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 4 Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung

Nr. 1 § 2 KHTFV Förderfähigkeit

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Die redaktionelle Änderung ist folgerichtig.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

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

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

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

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 3 § 4 KHTFV Antragstellung

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

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

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

C Änderungsvorschlag

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

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

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

Nr. 4 § 5 KHTFV Auszahlung der Fördermittel

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 5 § 6 KHTFV Verwendung der Fördermittel

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

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

Die Änderungen sind demnach sachlogisch.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 6 § 7 KHTFV Rückforderung der Fördermittel

A Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

B Stellungnahme

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

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

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

C Änderungsvorschlag

Nummer 6 Buchstabe c entfällt.

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

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 5 Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen

Nr. 1 § 186a GWB Fusionskontrolle im Krankenhausbereich

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

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

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

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

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

C Änderungsvorschlag

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

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

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

Nr. 2 § 187 GWB Übergangs- und Schlussbestimmungen

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

C Änderungsvorschlag

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

Artikel 6 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 1 § 9 BPflV Vereinbarung auf Bundesebene

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

C Änderungsvorschlag

Streichung von § 10 Absatz 6 Satz 6 KHEntgG.

Ein entsprechender Anpassungsvorschlag ist im ergänzenden Änderungsbedarf dieser Stellungnahme enthalten.

Nr. 2 § 11 BPflV Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 3 § 14 BPflV Genehmigung

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 7 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 53d SGB XI Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

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

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

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 8 Inkrafttreten

A Beabsichtigte Neuregelung

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

B Stellungnahme

Diesbezüglich gibt es keinen Änderungsbedarf.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

II. Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes

Regelungsvorschlag für eine bedarfsorientierte und fallzahlunabhängige Vorhaltefinanzierung

Sachstand

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

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

Änderungsbedarf und Begründung

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

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

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

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

Änderungsvorschlag

Angestrebte Gesetzesänderungen

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

„§ 6a KHG Zuweisung von Leistungsgruppen

(...)

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

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

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

(...)

(8) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde weist erstmalig für das Jahr 2027 Krankenhäusern je zugewiesener Leistungsgruppe einen Versorgungsanteil zu, welcher sich in Planfallzahlen ausdrücken lässt. Die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden können Versorgungsaufträge nur an Krankenhäuser vergeben, die die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen nach § 135e SGB V Absatz 1 Satz 1 erfüllen oder für die die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde eine Feststellung nach § 6b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes mitgeteilt hat. Dieser Versorgungsanteil beschreibt einen Anteil der Bevölkerung, für dessen Versorgungsbedarf das Krankenhaus in der jeweiligen Leistungsgruppe verantwortlich ist. Für diesen Versorgungsanteil erhält das Krankenhaus gemäß § 37 Absatz 2 eine Vorhaltefinanzierung. Versorgungsaufträge nach Satz 1, die an Krankenhäuser vergeben wurden, bei denen unterjährig ein Ereignis nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 bis Nummer 4 oder Nummer 5 eingetreten ist, werden durch die für Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde innerhalb von drei Monaten, nachdem das Ereignis durch den jeweiligen Krankenhausträger an die Landesbehörde gemeldet wurde, neu zugewiesen oder angepasst.

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

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

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

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

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

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

(...)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(...)

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

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

„§ 6b KHEntgG Vergütung eines Vorhaltebudgets

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

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

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

(...)

§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

Sachstand

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

Änderungsbedarf und Begründung

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

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

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

Änderungsvorschlag

Es wird ein neuer Absatz 2r hinzugefügt:

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

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

Es wird ein neuer Absatz 2s hinzugefügt:

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

§ 115f Spezielle sektorengleiche Vergütung

Sachstand

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

Änderungsbedarf und Begründung

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

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

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

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

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

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

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

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

Änderungsvorschlag

In Abs. 1 wird Satz 8 wie folgt gefasst:

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

Es wird folgender Satz 10 ergänzt:

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

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

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

In Abs. 2 wird Satz 5 gestrichen.

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

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

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

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

§ 135f SGB V Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung

Sachstand

Mit dem KHVVG wurde der § 135f SGB V „Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung“ neu eingeführt, welcher regelt, dass Krankenhäuser Mindestvorhaltezahlen je Leistungsgruppe erfüllen müssen. Dies gilt als eine der Voraussetzungen zum Erhalt der Vorhaltefinanzierung. Als erfüllt gelten die Mindestvorhaltezahlen, wenn die Anzahl der Behandlungsfälle im vorvergangenen Kalenderjahr mindestens der Mindestvorhaltezahl entspricht. Von der Regelung ausgenommen werden Krankenhäuser, für die die Krankenhausplanungsbehörde entscheidet, dass die Leistungserbringung hier zur Sicherstellung der Versorgung notwendig ist.

Das IQWiG soll wissenschaftliche Empfehlungen für Mindestvorhaltezahlen je Leistungsgruppe entwickeln. Anschließend führt das InEK eine Auswirkungsanalyse bzgl. der Empfehlungen durch und legt diese dem BMG vor. Das BMG beschließt die Mindestvorhaltezahlen via Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates bis zum 12.12.2026 (siehe KHAG).

Änderungsbedarf und Begründung

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

Es ist nachvollziehbar, dass Sicherstellungshäuser von den Regelungen ausgenommen werden. Weitere Ausnahmen sollten hingegen nicht vorgesehen werden. Nur mit einem bundeseinheitlichen Vorgehen kann hier ein wirklicher struktureller Wandel erreicht werden und die Regelung Wirkung entfalten.

Es kann noch nicht abgeschätzt werden, wie die Beachtung von weiteren Qualitätsaspekten dabei ist. Bspw. sind einzelne Leistungsgruppen so spezifisch, dass Mindestmengenregelungen des G-BA betroffen sein könnten, die anzusetzenden Mindestvorhaltezahlen müssen mindestens diesem Standard entsprechen. Mindestmengenregelung des G-BA bleiben ein wichtiges Qualitätskriterium im Sinne der Patientensicherheit und gelten weiterhin.

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

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

Änderungsvorschlag

zu Absatz 2:

Der Satz 4 wird wie folgt gefasst:

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen legt die Empfehlungen innerhalb von drei Monaten nach Erteilung des jeweiligen Auftrags **dem Ausschuss nach § 135e Absatz 3 zur Abstimmung vor. Die abgestimmten Empfehlungen werden spätestens innerhalb von drei Monaten vom Ausschuss nach § 135e** dem Bundesministerium für Gesundheit sowie dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ~~vor~~**vorgelegt**.

zu Absatz 3:

Der Satz 4 wird wie folgt gefasst:

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt zusätzlich für jeden Krankenhausstandort und jede Leistungsgruppe an die jeweilige für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde **und an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen** bis zum 30. Juni eines Kalenderjahres die Anzahl der Behandlungsfälle dieses Krankenhausstandorts im jeweiligen vorangegangenen Kalenderjahr, in denen Leistungen aus der jeweiligen Leistungsgruppe erbracht wurden, und die Information, ob der jeweilige Krankenhausstandort für das jeweils folgende Kalenderjahr die nach Absatz 4 festgelegte Mindestvorhaltezah der jeweiligen Leistungsgruppen gemäß Absatz 1 Satz 1 bis 4 erfüllt.

zu Absatz 4:

Der Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

(4) Absatz 1 Satz 3 gilt nicht, wenn die Vorhaltung der Leistungsgruppe durch ein Krankenhaus **Sicherstellungshaus, welches Zuschläge gemäß § 136c Absatz 3 SGB V erhält**, nach Einschätzung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist. § 6a Absatz 2 Satz 2 und 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gilt entsprechend. Die Entscheidung nach Satz 1 erfolgt durch Bescheid. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde teilt dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung erstmalig, spätestens bis zum 31. Oktober 2026, danach jeweils spätestens zum 31.10. eines Jahres mit, ob und bei welchen Krankenhäusern für das nächste Kalenderjahr ein Fall des Satzes 1 vorliegt.

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

Sachstand

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

Änderungsbedarf und Begründung

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

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

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

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

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

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

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

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

Änderungsvorschlag

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

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

In § 301 SGB V werden folgende Ergänzungen vorgenommen:

Absatz 2b (neu):

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

§ 341 SGB V Bestimmungen zur elektronischen Patientenakte

Sachstand

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

Begründung

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

Änderungsvorschlag

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

§ 360 SGB V Elektronische Übermittlung und Verarbeitung vertragsärztlicher elektronischer Verordnungen

Sachstand

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

Begründung

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

Änderungsvorschlag

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

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

Sachstand

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

Änderungsbedarf

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

Maßnahmen zur Entbürokratisierung

Sachstand

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

Änderungsbedarf und Begründung

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

Potenziale für Entbürokratisierung in der Qualitätssicherung

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

Potenziale für Entbürokratisierung bei den Budgetverhandlungen

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

der Somatik können durch Standardisierung und Pauschalierungen effizienter ausgestaltet werden.

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

Potenziale für Entbürokratisierung bei der Prüfung von Krankenhausabrechnungen

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

Potenziale für Entbürokratisierung bei Personalregulierungsinstrumenten

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

Potenziale für Entbürokratisierung beim Deutschen Implantateregister (IRD)

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

Streichung der tagesstationären Behandlung

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

Vereinheitlichung des ambulant-stationären Versorgungsbereiches

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

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

Änderungsvorschlag

Die Vorschläge finden sich textlich unter dem Punkt Änderungsbedarf.

Investitionskostenfinanzierung der Krankenhäuser

Sachstand

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

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

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

Änderungsbedarf und Begründung

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

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

Änderungsvorschlag

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

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

Sachstand

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

Änderungsbedarf und Begründung

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

Änderungsvorschlag

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

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

Sachstand

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

Änderungsbedarf und Begründung

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

Änderungsvorschlag

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

§ 6 KHEntgG Vereinbarung sonstiger Entgelte

Sachstand

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

Änderungsbedarf und Begründung

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

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

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

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

Bürokratiearme Umsetzung

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

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

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

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

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

Sachstand

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

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

Änderungsbedarf und Begründung

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

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

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

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

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

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

2. Sofortmaßnahme: Begrenzung des Pflegebudgets

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

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

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

Änderungsvorschlag

Ergänzung des § 17b KHG um einen Absatz 4d

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

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

§ 6a KHEntgG Streichung Pflegeentlastende Maßnahmen (PEM)

Höhe der Ausgaben

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

Intransparente Mittelverwendung

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

„Einnahmeorientierte Ausgabenpolitik“

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

Änderungsvorschlag

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

Ergänzender Änderungsbedarf Sektorenübergreifende Versorger

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

Ausgangslage

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

Problematik

Aus Sicht der AOK soll die akutstationäre Versorgung in den Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen nicht vorgesehen werden. Die medizinisch-pflegerische Versorgung soll das zentrale Kernelement der Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen sein – zum einen mit Blick auf das Ziel einer stärkeren Ambulantisierung und zum anderen mit Blick darauf, dass die entsprechenden Krankenhäuser bereits jetzt qualitativ und wirtschaftlich stationäre Leistungen nicht mehr erbringen können. Mit der Bereithaltung akutstationärer Versorgung ist diese Versorgungsform weder mit Blick auf den Fachkräftemangel noch hinsichtlich der ökonomischen Parameter dauerhaft tragfähig; auch gehen Risiken für die Versorgungsqualität sowie Patientensicherheit einher. Akutstationäre Versorgung sollte deswegen ausschließlich in Ausnahmefällen ermöglicht werden.

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

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

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

Angestrebte Gesetzesänderungen

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

§ 39 SGB V Krankenhausbehandlung

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

§ 115g Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung

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

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

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

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

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

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

§ 115h Medizinisch-pflegerische Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 6c KHG Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung

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

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

Zweiter Vorschlag: Langfristige Perspektive zur Gestaltung von Sektorenübergreifende Versorgung

Aufnahme eines neuen § 123a SGB V

§ 123a Sektorenübergreifende Versorger

(1) Als Sektorenübergreifende Versorger bieten Krankenhäuser eine Versorgung mit medizinisch-pflegerischen Leistungen. Die pflegerische Versorgung und eine ärztliche Rufbereitschaft sind für 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche sicherzustellen. Zusätzlich kann bei regionalem Bedarf eine ärztliche Versorgung im Rahmen des ambulanten Operierens nach § 115b, der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f, einer Ermächtigung, der ambulanten Notfallversorgung, oder belegärztlich erfolgen. Bei regionalem Bedarf können Sektorenübergreifende Versorger zudem eine rein pflegerisch-therapeutische Versorgung erbringen. Hierbei ist ausschließlich eine pflegerische Versorgung 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche sicherzustellen. Bei Bedarf werden weitere therapeutische Berufsgruppen hinzugezogen.

(2) Die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden können Plankrankenhäuser nach § 108 Nummer 2 SGB V im Krankenhausplan als Sektorenübergreifende Versorger mit medizinisch-pflegerischen Leistungen ausweisen. Hierbei haben die Kassenärztliche Vereinigung, die Landeskrankenhausesellschaft und die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen sowie das Gremium nach § 90a ein Stimmrecht. Die Festlegung der Krankenhäuser als Sektorenübergreifende Versorger durch die zuständigen Landesbehörden erfolgt nach Anhörung von Kassenärztlicher Vereinigung, Landeskrankenhausesellschaft und der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen. Jeweilige bestehende landesrechtliche

Regelungen zum Einbezug der Landesverbände über ein Stellungnahmerecht hinaus sind hierbei zu berücksichtigen.

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

Einrichtungen sind auf Antrag vom Zulassungsausschuss in Planungsbereichen, in denen eine Überversorgung nach § 103 Abs. 1 Satz 1 nicht festgestellt worden ist, zur vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen. Der Umfang der Ermächtigung ist so zu begrenzen, dass eine Überversorgung ausgeschlossen ist. Die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden können gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung die Ergänzung der Leistungen um eine ambulante Notfallpraxis für Sektorenübergreifende Versorger festlegen.

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

Ansonsten gelten die Regelungen dieses Buches.

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

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

1. Gewährleistung unterschiedlicher Zugangswege für die Patienten und Patientinnen sowie Sicherstellung der Weiter- oder Anschlussversorgung durch weitere Leistungserbringende.
2. Qualifizierte Pflegefachpersonen sind jederzeit vor Ort verfügbar. Eine ärztliche Rufbereitschaft ist über Kooperationsverträge zwischen dem Sektorenübergreifenden Versorger und Ärzten sicherzustellen, wobei auch telemedizinische Leistungen eingesetzt werden können. Weiteres therapeutisches Personal wird im Bedarfsfall hinzugezogen.
3. Schnittstellenmanagement.
4. Digitalisierung der Versorgungsprozesse.

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

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

1. Gewährleistung unterschiedlicher Zugangswege für die Patienten und Patientinnen sowie Sicherstellung der Weiter- oder Anschlussversorgung durch weitere Leistungserbringende.
2. Vertrag nach § 78b SGB XI (neu).
3. Pflegefachpersonen sind jederzeit vor Ort verfügbar. Die Leitung erfolgt durch eine Pflegefachperson. Diese zieht bei Bedarf Ärzte/-innen und weitere Therapeuten/-innen hinzu. Zu diesen gehören immer mindestens Physio- und Ergotherapeuten/-innen sowie Logopäden/-innen. Zudem ist ein Sozialdienst

und ein Casemanagement vorzuhalten. Bei Bedarf können weitere Berufsgruppen hinzugezogen werden.

4. Koordination der individuellen Versorgungssituation unter Einbeziehung aller benötigten therapeutischen Berufsgruppen (z. B. auch Alterspädagogik) im Rahmen einer interprofessionellen Zusammenarbeit über Festanstellung oder Nachweis von Kooperationen.

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

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

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

(5) Nach Feststellung des Bedarfs durch den Landesausschuss und im Einvernehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde kann ein Sektorenübergreifender Versorger als Primärversorgungszentrum gemäß § 73 a ausgestaltet werden.

Folgeänderungen im SGB XI

Dritter Abschnitt

Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern

§ 78b (neu) pflegerisch-therapeutische Versorgung

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

(2) In den Verträgen nach Absatz 1 ist das Nähere über Art, Inhalt und Umfang der zu erbringenden Leistungen der pflegerisch-therapeutischen Versorgung sowie deren Vergütung zu regeln. Diese Verträge können von den Vorschriften der §§ 75 und 85 abweichende Regelungen treffen.

§ 136b Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus

Angestrebte Gesetzesänderungen

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

§ 40 KHG

Streichung

§ 136b Absatz 1 neue Nummer 5 SGB V

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

1. ...

2.

3.

4.

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

Begründung

Zur Unterstützung von Konzentrationsbemühungen und Verbesserungen der Qualität im Bereich der Onkologie sollte durch die Schaffung des § 40 KHG im KHVVG und Ergänzungen im KHAG die Spezialisierung von onkochirurgischen Leistungen gefördert werden, indem die fallzahlschwächsten Krankenhausstandorte von der Leistungserbringung ausgeschlossen werden. Die Regelung beinhaltet, dass alle chirurgischen Leistungen, die aufgrund einer onkologischen Diagnose erbracht werden, über OPS- und ICD-Klassifikation durch das IQWiG bis (Datum des letzten Tages des zweiten auf die Verkündung dieses Gesetzes folgenden Kalendermonats) operationalisiert und im Weiteren Indikationsbereiche durch das InEK definiert werden. Das InEK analysiert auf Grundlage der § 21-Daten aus 2025 die Fallzahlen pro Krankenhausstandort. Es werden alle Krankenhausstandorte dargestellt, die die geringsten Fallzahlen aufweisen, bis 15 % aller Fälle über alle Krankenhausstandorte erreicht sind. Die Liste war bis zum 31.05.2025 erstmalig zu veröffentlichen, ist

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

Der Grundsatz hochspezialisierte Leistungen zu konzentrieren, ist uneingeschränkt zu unterstützen. Der Gesetzgeber fokussiert in den Regelungen des § 40 auf „onkochirurgische“ Leistungen, beschränkt sich jedoch ausschließlich auf Fallzahlen. Implizit mögen ergänzend die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen wirken, in denen die genannten onkochirurgischen Leistungen erbracht werden. Dort sind jedoch onkologische Leistungen zumeist einzelnen Organgruppen zugeordnet, ohne explizite Benennung (Ausnahme z. B. Ovarial-Carcinom). Es gibt ausreichend wissenschaftliche Evidenz, dass nicht nur Fallzahlen, sondern auch weitere Struktur- und Prozessparameter sowie im besten Fall auch messbare Ergebnisqualität die Qualität der Leistungserbringung mitbestimmen. Für einige onkologische Bereiche konnte dies eindrücklich in der vom Innovationsfonds geförderten WiZen-Studie (Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren) im Zusammenhang mit einer Zertifizierung der Krebszentren nachgewiesen werden. Eine Umsetzung der Ergebnisse dieser Studie wäre durchaus über eine klar termingebundene Beauftragung des G-BA auch zeitnah umsetzbar. Daher lehnt der AOK-Bundesverband die Regelungen des § 40 KHG ab. Der G-BA soll mit einer neuen Nummer 5 in § 136b Absatz 1 beauftragt werden, bis zum 31.12.2026 dies umzusetzen und in Folge weitere onkologische Bereiche zu prüfen und spätestens zwei Jahre später in die Richtlinie einzubinden.

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

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

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

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

Sachstand und Änderungsbedarf

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

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

Änderungsvorschlag

§ 301 Abs. 3 Nr. 6 SGB V

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

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

§ 21 - Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)

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

§ 6a Krankenhausfinanzierungsgesetz - Zuweisung von Leistungsgruppen und Fachabteilungen

[...]

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

[...]

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

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

[...]

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

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

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

[...]

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

[...]

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

Ergänzender Änderungsbedarf (hilfsweise):

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

Begründung

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

§ 10 KHEntgG Einnahmeorientierte Ausgabenpolitik

Ausgangslage / Problematik

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

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

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

Angestrebte Gesetzesänderung

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

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

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

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

§ 10 Abs. 5 KHEntgG - Streichung Tarifratenregelung

Angestrebte Gesetzesänderung

Ersatzlose Streichung von § 10 Absatz 5 KHEntgG Begründung

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

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

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

Angestrebte Gesetzesänderung

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

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

Begründung

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

11 KHEntgG - Genehmigung von vereinbarten Sanktionsabschlägen

Angestrebte Gesetzesänderung

Aktueller Wortlaut

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

Änderungsvorschlag:

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

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

Begründung

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

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

Ausgangslage

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

Problematik in den Verhandlungen vor Ort

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

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

(...)

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

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

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

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

Verringerte Anzahl von Wiederaufnahmen (sogenannte Drehtüreffekte)

Absenkung der Verweildauer, ohne die Anzahl an Wiederaufnahmen zu erhöhen

Verkürzung von AU-Zeiten

Absenkung der Ausfallzeit in einzelnen Berufsgruppen

Messbare Veränderungen nach dem Krankenhausvergleich (§ 4 BPflV), insgesamt oder mit einem vordefinierten Krankenhaus; Hierzu wäre die Berücksichtigung der Kostenteile (K-Teile) aus der AEB-Psych im Krankenhaus-Vergleich hilfreich.

höhere Therapiedichte (hierfür müsste jedoch zuerst eine OPS-Anpassung zur Ausdifferenzierung der Therapieeinheiten in Anzahl und Dauer und bezogen auf die Berufsgruppen erfolgen; Status quo (Ausgangswert) und/oder Gegebenheiten in Vergleichs-Klinik müsste zu erheben sein

im Vergleich stärkere Reduzierung und/oder Verbesserung von Komorbiditäten

im Vergleich geringere Mortalitätsraten in einem definierten Zeitraum

im Vergleich niedrigere Progression der psychischen/psychosomatischen Erkrankungen

Auch die Kombination aus verschiedenen Kriterien ist denkbar.

Aufgrund der beschriebenen unterschiedlichen Auslegungen zwischen den Vertragsparteien auf Ortsebene, gibt es bereits mehrere Schiedsstellenverfahren, die wegen ihrer grundlegenden Bedeutung wahrscheinlich auch beklagt werden. Die Verzögerungen in den Budgetverhandlungen sind bereits jetzt immens, binden im großen Umfang Ressourcen und zerstören Vertrauen zwischen den Verhandlungspartnern. Die über das gesamte Bundesgebiet verteilten Rechtsstreitigkeiten verdeutlichen, dass eine gesetzgeberische Klarstellung notwendig ist.

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

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

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

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

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

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

Ausgangslage

Die BPflV trifft in § 3 Abs. 3 Regelungen zur Vereinbarung eines Gesamtbetrags. Dabei sind nach § 3 Abs. 3 Satz 4 Nr. 5 die Regelungen der G-BA-Richtlinie nach § 136a Abs. 2 SGB V (PPP-RL) zu berücksichtigen. Hierbei handelt es sich um die Gewährleistung einer adäquaten personellen Ausstattung der Kliniken und selbständigen, gebietsärztlich geleiteten Abteilungen für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Damit einher geht ein Nachweisverfahren nach § 18 Abs. 2 BPflV. Der Gesetzgeber knüpft daran einen Budgetbereinigungsmechanismus, sofern die vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde (§ 3 Abs. 3 Sätze 8 bis 10 BPflV). Der Gesetzgeber beabsichtigt damit, nur das therapeutische Personal im Rahmen der jährlichen Budgets zu finanzieren, welches sich aus den Vorgaben zur Berechnung der Personalausstattung in der Psychiatrie (§ 3 Abs. 3 Satz 4 Nr. 5 i.V.m. § 136a Abs. 2 SGB V) grundsätzlich ergibt und auch dauerhaft und nachweisbar tatsächlich vor Ort in den Kliniken und Abteilungen vorhanden und damit am Patienten tätig ist. Es ergibt sich folglich kein Finanzierungsanspruch, wenn nicht legitimierte Personal-Berechnungen außerhalb der § 136a SGB V als Anspruchsgrundlage verwendet werden und das Personal nicht nachweisbar in der Klinik und am Patienten gearbeitet hat. Das von den Krankenkassen finanzierte zusätzliche therapeutische Personal ist somit nicht im Krankenhaus vorhanden.

Problematik in den Verhandlungen vor Ort

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

- „[...] zu vereinbaren, **inwieweit** der Gesamtbetrag abzusenken ist.“ Hervorhebung durch Verfasser

- „Eine Absenkung [...] ist nicht vorzunehmen, wenn [...] nachweist, dass nur eine **vorübergehende und keine dauerhafte** Unterschreitung [...] vorliegt.“ Hervorhebung durch den Verfasser eröffnen Interpretationsspielräume und gewähren unbestimmte Schonfristen ohne alternative Umsetzungsmöglichkeiten oder Übergangsregelungen. Die konsequente Bereinigung wird dadurch verhindert. Die Krankenhäuser argumentieren stets mit vorübergehenden Nichtbesetzungen, da ein Zeithorizont nicht eindeutig definiert ist. Ebenso wird die Gesamtbetragsabsenkung als zwingende Rechtsfolge aufgrund der Textierung „inwieweit“ negiert. Eine alternative Berücksichtigung -bspw. über Ausgleichs- nicht umgesetzter vereinbarter Stellen in einem klar definierten Übergangszeitraum sieht das Gesetz derzeit nicht vor.

Aus den vorgenannten Gründen bleiben nicht vorgenommene vereinbarte Stellenbesetzungen bisher bei der Budgetfindung ohne Konsequenzen. Dieser Umstand wird seitens der Kostenträger auch deshalb kritisch gesehen, da so erneut ein Auseinanderfallen zwischen dem tatsächlich vorhandenen therapeutischen Personal und dem auf dem Papier vereinbarten therapeutischen Personal entsteht. In der Vergangenheit hatte die BPflV für diese Umstände bereits zwei Mal Nachfinanzierungsansprüche zu Gunsten der Krankenhäuser vorgesehen, ab 2009 über § 6 Abs. 4 BPflV in

der am 31.12.2012 geltenden Fassung und nochmals von 2017 bis 2019 nach § 18 Abs. 3 BPflV in der aktuellen Fassung. Eine Soll-Finanzierung von nicht vorhandenem therapeutischem Personal ist auszuschließen. Sie widerspricht dem Wirtschaftlichkeitsgebot des SGB und stellt eine Zweckentfremdung der knappen Beitragsmittel der GKV dar. Der beschriebene Sachverhalt wird durch aktuelle Budgetforderungen der Krankenhäuser mit vielfach zweistelligen Zuwachsraten verschärft. Die überproportionalen Zuwachsraten werden mit der Notwendigkeit zur Erfüllung der Anforderungen der PPP-RL und der damit verbundenen Vermeidung von möglichen Sanktionen begründet. Die geforderten Personalzuwächse lassen sich jedoch nicht flächendeckend am Arbeitsmarkt realisieren, da das Personal schlicht nicht vorhanden ist. Setzen sich die Krankenhäuser flächendeckend mit ihren Personalforderungen durch, ohne diese in relevantem Umfang zu realisieren, droht aufgrund der interpretationsfähigen Gesetzesformulierung ein zusätzlicher Kostenaufwuchs in der Psychiatrie und Psychosomatik um einen basiswirksamen hohen dreistelligen Millionenbetrag. Es ist deshalb notwendig, eine Gesetzesanpassung für die Sätze 8, 9 und 10 des § 3 Abs. 3 BPflV vorzunehmen, um einen Gleichlauf zwischen vereinbarten und vorgenommenen Stellenbesetzungen und den daraus resultierenden Kosten zu erreichen.

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

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

Geänderter Gesetzestext § 3 Absatz 3 BPflV: „8Sofern sich auf Grundlage der Nachweise nach § 18 Absatz 2 ergibt, dass eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde **oder die vereinbarten Mittel nicht zweckentsprechend verwendet wurden, sind diese Mittel im nächstmöglichen Budgetzeitraum als Ausgleichsbetrag zurückzuzahlen und der Gesamtbetrag ist im Folgejahr entsprechend abzusenken.**

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

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

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

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

Sachstand

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

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

Änderungsbedarf und Begründung

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

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

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

Änderungsvorschlag

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

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

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

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

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

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

Deutscher Landkreistag · Postfach 11 02 52 · 10832 Berlin

Ulrich-von-Hassell-Haus
Lennéstraße 11
10785 Berlin

Deutscher Bundestag
Gesundheitsausschuss
Frau Vorsitzende
Dr. Tanja Machalet MdB

Tel.: 030 590097-332
Fax: 030 590097-430

E-Mail: Phillip.Kaes@Landkreistag.de

AZ: V-560-00/1

Datum: 15.12.2025

Ausschließlich per E-Mail:

anhoerungen-gesundheitsausschuss@bundestag.de

Öffentliche Anhörung zum Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (KHAG)

Sehr geehrte Frau Dr. Machalet,

vielen Dank für die Einladung zur Anhörung am 17.12.2025 und die Gelegenheit zur schriftlichen Stellungnahme. Wir nehmen zur Kenntnis, dass der vorliegende Entwurf des Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (KHAG) diverse Regelungen aus dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) konkretisiert bzw. korrigiert, ohne dabei einzelne Themenschwerpunkte und Umsetzungsbereiche grundsätzlich in Frage zu stellen. Dies führt zu einer höheren Transparenz hinsichtlich der Umsetzung. Dennoch bleiben weiterhin drängende Schwierigkeiten in der Umsetzung des KHVVG bestehen, die in weiten Teilen auch von den Ländern in der Stellungnahme des Bundesrates zum KHAG genannt worden sind, deren Zielsetzung vom Deutschen Landkreistag unterstützt wird. Zentral ist insbesondere, die vorgesehene Vergütungssystematik grundlegend zu überarbeiten, mehr Flexibilität bei der Planung zu erreichen und die Regelungen für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen zeitnah festzulegen und weiterzuentwickeln.

Im Einzelnen:

Ausnahmemöglichkeiten bei der Zuweisung von Leistungsgruppen in besonderen Fällen auch über den Zeitraum von 3 Jahren hinaus

Die Krankenhausreform kann nur dann erfolgreich umgesetzt werden, wenn sie den regionalen Versorgungsrealitäten Rechnung trägt und nicht durch übermäßige Bürokratie und ein Übermaß an zentraler Steuerung ausgehöhlt wird. Sie muss von den Ländern pragmatisch, rechtssicher und mit ausreichender finanzieller Unterstützung umgesetzt werden können und ihnen insbesondere ausreichend Ausnahmemöglichkeiten bei der Zuweisung von Leistungsgruppen in besonderen Fällen ermöglichen. § 6a Absatz 4 Satz 3 KHG-E sieht bei der Zuteilung der Leistungsgruppen die Möglichkeit einer auf drei Jahre befristeten Ausnahmemöglichkeit vor. Voraussetzung hierfür ist, dass die zuständige Landesbehörde hierüber Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen herstellt. Im Referentenentwurf war ein Zeitraum von maximal sechs statt drei Jahren vorgesehen. Die Verkürzung auf maximal drei Jahre lehnen wir ab. Ausnahmemöglichkeiten müssen im Sinne der Versorgungssicherheit in besonderen Fällen auch über den Zeitraum von drei Jahren hinaus möglich sein, insbesondere wenn die Abweichung von den Leistungsgruppenvoraussetzungen mit keinerlei Abstrichen in der Versorgungsqualität verbunden ist. Bestehende Ausnahmeregelungen der Länder, insbesondere in der Gynäkologie und Geburtshilfe, sollten entfristet werden. Zudem ist aus unserer Sicht eine Regelung im Benehmen statt im Einvernehmen mit den Krankenkassen ausreichend.

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Grundlegende Überarbeitung der vorgesehenen Vorhaltevergütung

Das Festhalten an der Vorhaltevergütung in der bestehenden Form lehnen wir ab. Die grundsätzliche Idee einer echten Vorhaltefinanzierung ist richtig – aber nicht in der weiterhin vorgesehenen, fallzahlenabhängigen Ausgestaltung. Daran, dass es sich um ein grundsätzlich ungeeignetes Instrument handelt, ändert auch die Fristverlängerung zur Einführung im vorliegenden Entwurf nichts. Die beschlossene Vorhaltevergütung wird weiter in einem komplizierten Verfahren in Abhängigkeit von den Fallzahlen berechnet. Die Kosten, die ein Haus hat, um die Ressourcen für die geforderte Leistungsgruppe vorzuhalten, sollten zu einem erheblichen Anteil übernommen werden, unabhängig von den Fallzahlen. Dies würde dem Versorgungsauftrag verursachungsgerecht Rechnung tragen. Wichtig wäre aus unserer Sicht, hierfür ein transparentes und unbürokratisches Regelwerk zu schaffen, das zudem auch Leistungsschwankungen ausreichend berücksichtigt.

Sicherstellung praktikabler Umsetzungsvoraussetzungen für sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (SÜV) nach § 115g SGB V

Zahlreiche Landkreise planen, relativ kurzfristig Krankenhäuser zu sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (SÜV) nach § 115g SGB V weiterzuentwickeln. Dazu fehlen jedoch noch die von der Selbstverwaltung nach § 115g Abs. 3 SGB V bis zum 31.12.2025 zu erarbeitenden Kriterien für die zu erbringenden Leistungen sowie die Höhe und Ausgestaltung der degressiven Tagesentgelte nach § 6c KHEntgG. Derzeit verhandeln die Selbstverwaltungspartner bereits über die konkrete Ausgestaltung der Vorgaben nach § 115g Abs. SGB V. Wichtig ist hierbei, dass die Anforderungen an die ärztliche Präsenz in den SÜV nicht zu hoch angesetzt werden, diese im Vergleich zu stationären Häusern von Bürokratie entlastet werden und Wege gefunden werden, wie die Instandhaltung und Verwaltung der für den Betrieb eines SÜV übergroßen Flächen in einem ehemaligen Krankenhausgebäude zumindest übergangsweise abgedeckt werden können. Wenn dies nicht gewährleistet ist bzw. von der Selbstverwaltung keine Einigung erzielt werden kann, bitten wir zeitnah zu prüfen, ob hierzu gesetzgeberischer Nachbesserungsbedarf besteht.

Außerdem regen wir an, den Ländern zumindest ein Mitentscheidungsrecht bzgl. des möglichen Leistungsspektrums von SÜV nach § 115g Abs. 2 SGB V einzuräumen und so gegebenenfalls auch weitere Leistungen zu ermöglichen. Dazu zählt die stationäre Langzeitpflege gemäß SGB XI. Daraus könnten sich bei entsprechender Ausgestaltung erhebliche Synergien insbesondere beim Flächenbedarf und dem Einsatz des Pflegepersonals ergeben. Zudem sollte so auch die Möglichkeit geschaffen werden, dass diese Einrichtungen nach örtlicher Absprache und nach klar definierten Kriterien in angemessener Weise an der Notfallversorgung teilnehmen und daher auch vom Rettungsdienst angefahren oder von Patientinnen und Patienten aufgesucht werden können. Dies kann helfen, Überlastungen und unnötige Inanspruchnahmen von Kliniken höherer Versorgungsstufen zu vermeiden.

Dauerhafte Betriebskostensicherung

Wir begrüßen, dass der Deutsche Bundestag anerkennt, dass ein Teil der Inflationskosten aus den Jahren 2022 bis 2024 bislang nicht finanziert wurde. Der beschlossene Ausgleich über einen Rechnungszuschlag ab 1.11.2025 wird unterstützt. Allerdings haben die hohen Inflationsraten dieser Jahre zu einer dauerhaften Anhebung der Betriebskosten der Krankenhäuser geführt. Im Haushaltsbegleitgesetz 2025 ist dagegen nur ein zeitlich befristeter Rechnungszuschlag vorgesehen. Hinzu kommt, dass den Krankenhäusern durch die beschlossene Aussetzung der Meistbegünstigungsklausel für das Jahr 2026 Einnahmeverluste von bis zu 1,8 Milliarden Euro drohen. Es ist zwingend erforderlich, die dauerhaft erhöhten Kosten auch dauerhaft zu finanzieren, um einen planvollen und keinen ungeordneten Strukturwandel zu ermöglichen. Ein in diesem Zusammenhang nicht zu unterschätzender Aspekt liegt dabei auf dem Abbau unnötiger und überbordender Bürokratie. Wir fordern, den Fokus stärker auf die Vereinfachung der Vielzahl an Aufzeichnungs- und Aufbewahrungsanforderungen in

Krankenhäusern und die Streichung unnötiger Regelungen zu legen sowie das Instrument des Bundes-Klinik-Atlas abzuschaffen, da es eine unnötige Doppelstruktur zum Deutschen Krankenhausverzeichnis darstellt.

Grundlegende Überarbeitung der Hybrid-DRG

Mit dem KHVVG wurde in § 115f SGB V eine unrealistische Fallzahlvorgabe für zukünftige Hybrid-DRG-Leistungen für die Verhandlungen der Selbstverwaltung vorgegeben. Diese Fallzahlvorgabe ist problematisch. Zum einen wirkt sie den Regelungen und Qualitätsvorgaben der Krankenhausreform, insbesondere hinsichtlich der Leistungsgruppen entgegen. Darüber hinaus führen die Fallzahlvorgaben zu einem Hybrid-DRG-Katalog, der nicht mehr mit dem Ziel der Ambulantisierung von Krankenhausleistungen übereinstimmt. Zudem widerspricht die Vorgabe zur Absenkung des Hybrid-DRG-Erlöses dem Ziel, ab 2030 aufgrund empirischer Daten die Kosten zu kalkulieren. Wir fordern daher bezüglich der Hybrid-DRG dringend ein Moratorium und eine grundlegende Überarbeitung von § 115f SGB V, um die bereits für das Jahr 2026 abzusehenden Fehlentwicklungen aufzuhalten.

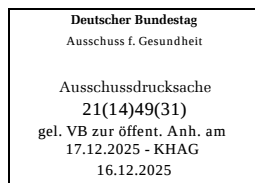
Notwendige Rahmenbedingungen für Krankenhauskooperationen durch Länder definieren

Krankenhauskooperationen sind ein wichtiger Baustein für das Gelingen der Krankenhausstrukturreform. Um praktikable Lösungen vor Ort zu sichern, sollten die Länder gestärkt werden und in die Definition der notwendigen Rahmenbedingungen für Krankenhauskooperationen eingebunden werden – mit dem Ziel, Abweichungen von den Qualitätsvorgaben zu ermöglichen, wenn dies für die Kooperation von zwei oder mehreren Krankenhausstandorten zwingend erforderlich ist.

Mit freundlichen Grüßen
In Vertretung

Freese

Stellungnahme



**Verband der
Privaten Krankenversicherung e.V.**

Gustav-Heinemann-Ufer 74 c
50968 Köln

Telefon (0221) 99 87-0
verband@pkv.de
www.pkv.de

17.12.2025

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung
**Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der
Krankenhausreform
(Krankenhausreformenanpassungsgesetz – KHAG)**
Drucksache 21/2512

- Die vorgesehene Erweiterung von Kooperationsmöglichkeiten und Verbänden zur Erfüllung von Leistungsgruppen-Qualitätskriterien wird abgelehnt. Ebenso kritisiert werden zu breite Ermessensspielräume bei der Zuweisung von Leistungsgruppen an Krankenhäuser, welche die erforderlichen Qualitätskriterien nicht erfüllen. Beide Regelungen führen dazu, dass die Ziele der Qualitätsverbesserung aus der Krankenhausreform verfehlt werden.
- Finanzielle Fehlanreize wie die Vorhaltevergütung, die volle tarifliche Refinanzierung ärztlicher und nichtärztlicher Beschäftigtengruppen sowie die Aufrechterhaltung der Meistbegünstigungsklausel werden dazu führen, dass die Krankenhauskosten weiter steigen werden. Angesichts der massiven Kostensteigerungen der letzten Jahre ist dies ein falsches Signal und wird den weiteren Anstieg der bereits auf Spitzenniveau befindlichen Beiträge der gesetzlich und privat Krankenversicherten befeuern.
- Positiv hervorzuheben ist die nun vorgesehene Finanzierung des Transformationsfonds aus Steuermitteln anstelle von Beitragsmitteln der Versicherten. Begrüßt wird auch die Bereitstellung wichtiger Informationen zu Tatbeständen der Krankenhausabrechnungen, die zukünftig auch an die Private Krankenversicherung zu übermitteln sind.

I. Allgemeine Anmerkung

Der vorliegende Gesetzentwurf zur Weiterentwicklung des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) verwässert wesentliche Ziele der Krankenhausreform. Durch die geplante Ausweitung von Kooperationsmöglichkeiten und Verbünden zur Erfüllung von Leistungsgruppen-Qualitätskriterien wird der dringend notwendige Strukturwandel der Krankenhauslandschaft behindert. Statt zu einer Konzentration auf qualitativ leistungsfähige Standorte beizutragen, schaffen die Regelung faktisch einen Erhalt nahezu aller bestehenden Krankenhäuser. Gleichzeitig eröffnen zu weit gefasste Ermessensspielräume bei der Vergabe von Leistungsgruppen die Möglichkeit, Qualitätsanforderungen zu umgehen. Beide Maßnahmen gefährden die angestrebte Verbesserung der Versorgungsqualität und eröffnen den Erhalt des Status quo unter neuen Überschriften.

Hinzu kommt, dass bestehende finanzielle Fehlanreize aus dem KHVVG (und Vorgängergesetzen) nicht korrigiert werden. Die Vorhaltevergütung, die umfassende tarifliche Refinanzierung aller Beschäftigtengruppen sowie die Beibehaltung der Meistbegünstigungsklausel führen zu weiter steigenden Krankenhauskosten. Vor dem Hintergrund der bereits massiven Ausgabensteigerungen der vergangenen Jahre setzen diese Regelungen das falsche Signal und erhöhen den Druck auf die Beiträge gesetzlich und privat Versicherter sowie die Lohnzusatzkosten, die sich bereits auf Spitzenniveau befinden.

Die Krankenhausreform wird zudem nicht ausreichend mit parallel geplanten Strukturveränderungen zur Stärkung von sektorenübergreifender und ambulanter Versorgung verzahnt. Die Regelungen für sektorenübergreifende Einrichtungen nach § 115g SGB V sind einerseits in Hinsicht auf die Interaktion mit den zukünftigen Kliniken Level 3 bis 1n zu beliebig und eröffnen andererseits für die Belegung aus dem ambulanten Bereich zu viele Spielräume. Dazu gibt es keine stringenten Vorgaben zur Vergütung, so dass im Ergebnis mit einer übersteuerten Versorgung bei zu hohen stationären Versorgungszahlen in diesen Einrichtungen zu rechnen ist. Dies wird alle Bemühungen um eine Ambulantisierung und Effizienzsteigerung konterkarieren.

Positiv hervorzuheben ist die nun vorgesehene Finanzierung des Transformationsfonds aus Steuermitteln anstelle von Beitragsmitteln der Versicherten. Begrüßt wird auch die Bereitstellung wichtiger Informationen zu Tatbeständen der Krankenhausabrechnungen, die zukünftig auch an die Private Krankenversicherung zu übermitteln sind.

Ungeachtet dessen bleiben die grundlegenden Kritikpunkte der Privaten Krankenversicherung bestehen, die schon im Zusammenhang mit dem KHVVG benannt wurden. Dies betrifft insbesondere die Ausgestaltung der Vorhaltevergütung, die Rückkehr zur Selbstkostendeckung durch die vollständige Ausfinanzierung der Lohnsteigerungen sämtlicher Beschäftigter sowie die erhebliche zusätzliche Bürokratie, die neue Finanzierungsverfahren verursachen. Auch das beibehaltene Pflegebudget zeigt exemplarisch, wie intendierte Steuerungswirkungen einer Reform durch Fehlanreize unterlaufen werden. Für die Versicherten bedeutet all dies: Die Kosten steigen weiter, während ein klar erkennbares Zielbild für die künftige medizinische Versorgung nicht sichtbar wird.

II. Zu ausgewählten Regelungen des Gesetzentwurfs

Zu Art. 1 Nr. 4, § 135e Abs. 3 Satz 6 ff. SGB V - Beteiligung am Leistungsgruppenausschuss

Vorgeschlagene Regelung:

Der mit dem KHVVG etablierte Ausschuss zur Beschließung von Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Leistungsgruppen und Qualitätskriterien sieht keine Mitwirkung von Vertretern der PKV vor.

Bewertung:

Laut der Gesetzesbegründung zum KHVVG soll in den Ausschuss das Fachwissen der gemeinsamen Selbstverwaltung und der Pflege sachgerecht einbezogen werden. Dieser Anspruch macht es erforderlich, dass der PKV-Verband als Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung im Krankenhausbereich zumindest beratend an den Sitzungen des Ausschusses teilnehmen und in diesem Rahmen auch Stellungnahmen abgeben kann. Denn ebenso wie die Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung einheitlich für alle Patienten gelten, haben die für die Leistungsgruppen festzulegenden Qualitätskriterien eine unmittelbare Relevanz für alle Patienten im Krankenhaus, einschließlich der Privatversicherten und der Beihilfeberechtigten.

Änderungsvorschlag:

Nach § 135e Abs. 3 Satz 9 SGB V wird folgender Satz eingefügt:

„Der Verband der Privaten Krankenversicherung kann beratend an den Sitzungen des Ausschusses teilnehmen.“

Zu Art. 1 Nr. 4, § 135e Abs. 4 Satz 1 Nr. 7 und Satz 2 SGB V - Erfüllung der Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden

Vorgeschlagene Regelung:

Krankenhäuser sollen ein Leistungsgruppen-Qualitätskriterium in Kooperationen und Verbünden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen können, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt und die Erfüllung in Kooperation in dem jeweiligen Qualitätskriterium vorgesehen ist, dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist oder 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. Fachkrankenhäuser können die als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien in den Anforderungsbereichen „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ und „Sachliche Ausstattung“ in Kooperationen und Verbünden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt.

Bewertung:

Die vorgesehene Erweiterung von Kooperationsmöglichkeiten und Verbünden zur Erfüllung von Leistungsgruppen-Qualitätskriterien wird abgelehnt. Es sollte aus Qualitätsgründen der Regelfall sein, dass die erforderlichen Strukturen im jeweiligen Krankenhaus vorgehalten werden. Im Falle des Erfordernisses des Rückgriffs auf externe Kooperationspartner hinsichtlich medizinischer Expertise und sachlicher Mittel kann in medizinisch dringenden Behandlungssituationen nicht immer sichergestellt werden, dass eine qualitativ ausreichende medizinische Leistung gegenüber dem Patienten erbracht wird, zumal es auch keine gesetzlichen Vorgaben hinsichtlich der inhaltlichen Ausgestaltung der zu schließenden Kooperationsvereinbarungen geben soll. Letztlich führt die Regelung dazu, dass ein Krankenhaus trotz Eingrenzung des vorgehaltenen Leistungsspektrums durch Kooperationsvereinbarungen weiterhin eine breitere oder sogar umfänglichere Leistungserbringung durchführen kann. So werden einerseits Kosten vor Ort reduziert, gleichzeitig aber Einnahmequellen u. a. über die Vorhaltevergütung gesichert. Das kann nicht Ziel der Krankenhausreform sein.

Auch im Hinblick auf Fachkliniken sind die vorgesehenen Regelungen viel zu offen. Die Erfüllung aller Qualitätskriterien über Kooperationsverträge sichert die tatsächlichen Versorgungsanforderungen nur auf dem Papier, nicht aber in der akuten Versorgungssituation für die Patientinnen und Patienten. Auch hier wird dem Erhalt (oder auch der Neuzuweisung) des Status Fachklinik Vorrang vor der erforderlichen Qualitätserbringung gegeben und behindert die erforderliche Transformation.

Zu Art. 2 Nr. 2, § 6a Abs. 4 KHG – Zuweisung von Leistungsgruppen ohne Erfüllung der Qualitätskriterien

Vorgeschlagene Regelung:

Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort unter verschiedenen Voraussetzungen Leistungsgruppen zuweisen, obwohl das Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt. Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist auf höchstens drei Jahre zu befristen; bei Sicherstellungszuschlagshäusern kann die Leistungsgruppe unbefristet zugewiesen werden. Mit der Zuweisung ist das Krankenhaus zu verpflichten, an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien innerhalb einer angemessenen Frist zu erfüllen.

Bewertung:

Es ist zu begrüßen, dass die Zuweisung von Leistungsgruppen ohne Erfüllung der entsprechenden Qualitätskriterien nicht mehr, wie noch im Referentenentwurf vorgesehen, dem alleinigen Beurteilungsspielraum der zuständigen Landesbehörde unterfällt, sondern dass nun zumindest die Landesbehörde im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen hierüber entscheiden soll. Der Ansatz, eine Ausnahmeregelung nicht gesetzlich allein an die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zu koppeln, sondern diese auch vom Ermessen der Behörde und der GKV abhängig zu machen, ist

fragwürdig. Die Ausnahmeregelung sollte restriktiver gefasst werden, die Erfüllung der Qualitätskriterien sollte grundsätzlich zwingend sein und nicht zur Disposition stehen. Zudem ist das Kriterium der Erfüllung der maßgeblichen Qualitätskriterien „innerhalb einer angemessenen Frist“ zu unbestimmt und sollte durch zeitliche Vorgaben konkretisiert werden.

Zu Art. 2 Nr. 5, § 12b KHG – Transformationsfonds/ Verordnungsermächtigung

Vorgeschlagene Regelung:

Zur Förderung von Vorhaben der Länder zur Anpassung der Strukturen in der Krankenhausversorgung an die durch das KHVVG bewirkten Rechtsänderungen wird beim BAS in den Jahren 2026 bis 2035 aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in Höhe von 29 Mrd. Euro errichtet. Zur Finanzierung des Transformationsfonds stellt der Bund der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in den Jahren 2026 bis 2029 jährlich einen Betrag von 3,5 Mrd. Euro und in den Jahren 2030 bis 2035 jährlich einen Betrag in Höhe von 2,5 Mrd. Euro zur Verfügung.

Bewertung:

Es wird begrüßt, dass die Regeln zur Finanzierung des Transformationsfonds geändert werden und dieser aus Steuermitteln gespeist wird, anstatt der ursprünglich im KHVVG vorgesehenen Finanzierung aus Beitragsmitteln der Krankenversicherten. Damit sind verfassungsrechtliche Bedenken ausgeräumt.

Zu Art. 3 Nr. 6, § 6b KHEntgG – Vorhaltevergütung

Vorgeschlagene Regelung:

Die Einführung der Vorhaltevergütung wird um ein Jahr verschoben. Erst ab dem 1. Januar 2028 erhält jedes Krankenhaus ein Vorhaltebudget zugewiesen.

Bewertung:

Aus Sicht des PKV-Verbandes ist es bedauerlich, dass an der Vorhaltevergütung und deren Umfang festgehalten wird. Diese führt zu neuen Fehlanreizen, erhöht die Bürokratie maßgeblich und löst keine der heute vorhandenen Probleme. Der Verteilungsprozess der Vorhaltevergütung in vorgesehener Höhe von 60 Prozent ist hochkomplex gestaltet. Das betrifft sowohl die initiale Verteilung der Mittel als auch die Nachjustierung, die unterjährig erfolgen kann oder auch in mehrjährigen Berechnungsphasen. Die dabei gesetzten Korridor Grenzen für eine Nachjustierung entbehren einer empirischen Datengrundlage. Außer Acht gelassen wurde das Problem der Anpassung einer Neuverteilung der Vorhaltevergütung, wenn sich die Fallverteilung über Ländergrenzen hinweg verschieben wird.

Zudem gibt es weiterhin keine Auswirkungsanalyse, welche belegt, dass ein so massiver und flächendeckender Eingriff in die Krankenhausfinanzierung erforderlich ist und besser geeignet wäre als eine Weiterentwicklung des bisherigen DRG-Systems, das ebenfalls um Struktur- und Sicherstellungskomponenten ergänzt werden kann und auch schon solche Komponenten

enthält. Von verschiedenen Akteuren, auch vom PKV-Verband, wurden Studien und Gutachten vorgelegt, welche die erheblichen finanziellen Risiken und Fehlanreize der neuen Vergütungsstruktur aufzeigen.

Fehlentwicklungen beim Pflegebudget zeigen anschaulich, zu welchen Verwerfungen finanzielle Fehlanreize führen können: So ist die Zahl der Pflegekräfte seit Einführung des Pflegebudgets 2019 um 110.000 Personen gestiegen, die Effizienz in der Behandlung aber gesunken. Zudem findet eine Rückverlagerung einfacher, nicht pflegetypischer Aufgaben von Pflegeassistenten- und Pflegehilfspersonen an examinierte Pflegefachpersonen statt. Damit wird der Fachkräftemangel in der Pflege verschärft, statt ihn zu beheben.

Zu Art. 3 Nr. 9 b) und Nr. 10 b) – Meistbegünstigung, voller Orientierungswert

Vorgeschlagene Regelung:

Die Meistbegünstigungsklausel, wonach sich die Steigerung der Landesbasisfallwerte an der Veränderungsrate oder dem Orientierungswert ausrichtet, je nach dem welcher Wert höher ist, und die Streichung der Ein-Drittel-Korridorlösung, welche die Anwendung des vollen Orientierungswertes bedeutet, sollen beibehalten werden.

Bewertung:

Diese Regelungen führen für die Kostenträger zu nicht tragbaren Steigerungen der Landesbasisfallwerte nach dem Gießkannenprinzip. Wenn die Kosten im Krankenhaus geringer als die Veränderungsrate sind, kommt es zu einer Überfinanzierung. Derartige Regelungen schwächen den Hebel der Effizienzsteigerung im Krankenhaus, der maßgeblich für eine Stabilisierung des Krankenhaussektors sein wird. Anstelle des Prinzips der Weiterreichung anfallender Kosten an die Kostenträger nach einer Selbstkostendeckungslogik muss der Fokus der Krankenhäuser weiter darauf gerichtet sein, Strukturen und Prozesse effizienter und damit kostengünstiger zu gestalten. Hier ist noch viel Potential unausgeschöpft und es sollten gesetzliche Anreize gesetzt werden. In diesem Lichte ist auch die Reduzierung der leistungsbezogenen und pauschalierenden DRG-Entgelte um die Hälfte kontraproduktiv.

Fazit: Die Meistbegünstigungsklausel und die Regelung zum vollen Orientierungswert sollten sowohl für die somatischen Häuser als auch für die der BPflV unterfallenden Häuser gestrichen werden.

III. Weiterer gesetzlicher Änderungsbedarf

Streichung der vollen Tarifrefinanzierung

Die im Zuge des KHVVG eingeführte vollständige Tarifrefinanzierung bezüglich des gesamten Personalbereichs im Krankenhaus sollte gestrichen werden, und zwar sowohl für somatische Häuser als auch für der BPflV unterfallende Häuser. Eine solche Regelung mindert den Anreiz für angemessene Tarifabschlüsse und führt zu einem fragwürdigen Aufbau von nicht mehr optimal allokiertem Personal im Krankenhaus, was die Produktivität mindert.

Stellungnahme zum KHAG

Name des Verbandes: Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI)

Datum: 20.08.2025

Für die DIVI: Prof. Dr. Uwe Janssens (Generalsekretär der DIVI)

Stellungnahme der DIVI zum Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG)

Die DIVI bewertet den aktuellen Referentenentwurf zum Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) als fundamentalen Rückschritt für die Intensiv- und Notfallmedizin in Deutschland.

Als interdisziplinäre Fachgesellschaft mit über 4.500 Mitgliedern aus allen Bereichen der Intensiv- und Notfallmedizin sieht die DIVI in dem vorliegenden Entwurf eine gravierende Gefährdung der erreichten Qualitätsstandards und eine Schwächung der ursprünglich intendierten Reformziele. Die zentrale Zielsetzung der Krankenhausreform - die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, strukturierten und spezialisierten Versorgung kritisch kranker Patienten - wird durch die geplanten Aufweichungen und Ausnahmeregelungen erheblich untergraben.

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
1	§ 109	Anpassung der Ausnahme für den Abschluss eines Versorgungsvertrags trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien	
2	§ 135d	– Streichung Übergangsregelung in § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V zur Veröffentlichung von Leistungsgruppen im Bundes-Klinik-Atlas – Folgeanpassung aufgrund der Streichung der LG Notfallmedizin	Wegfall der Leistungsgruppe Notfallmedizin bedroht Versorgungsqualität Ein besonders gravierender Fehler des KHAG-Entwurfs ist der geplante Wegfall der Leistungsgruppe Notfallmedizin. Diese Streichung stellt aus Sicht der DIVI einen inakzeptablen Rückschritt in der Strukturierung und Qualitätssicherung der notfallmedizinischen Versorgung dar. Die Leistungsgruppe Notfallmedizin war ein zentraler Baustein der ursprünglichen Krankenhausreform, um eine strukturierte, bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte Notfallversorgung zu gewährleisten. Durch verbindliche Strukturvorgaben und Mindeststandards sollten Notfallzentren gestärkt und eine angemessene personelle sowie technische Ausstattung

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			sichergestellt werden. Der Wegfall dieser Leistungsgruppe konterkariert die dringend notwendige Professionalisierung und Standardisierung der Notfallmedizin. Die DIVI fordert nachdrücklich die Wiederaufnahme der Leistungsgruppe Notfallmedizin in das KHAG. Eine qualitätsgesicherte Notfallversorgung erfordert klare strukturelle Vorgaben, definierte Personalstandards und verbindliche Ausstattungsanforderungen. Nur so kann eine flächendeckende, rund um die Uhr verfügbare Notfallversorgung auf hohem Niveau gewährleistet werden.
3	§ 135e	- Streichung Frist Erlass und Inkrafttreten LG-RVO - finanzielle und organisatorische Unterstützung der Patientenvertretung im Leistungsgruppen-Ausschuss - Vereinheitlichung Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern - Sonderregelung für Tages- und Nachtkliniken (Erfüllung zeitlicher Vorgaben nur zu jew. Betriebszeiten) - Vollzeitäquivalent: Anpassung anrechenbare Stundenanzahl von 40 auf 38,5 - Anpassung Berücksichtigung Belegärzte (voller vertragsärztlicher Versorgungsauftrag) - Streichung eines Verweises (entfallen)	
4	§ 135f	- Folgeänderung zur Änderung von § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V (Streichung Übergangsregelung) - Anpassung Geltung MVHZ auch für LG, die nach §6a KHG als zugewiesen gelten	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		– Folgeanpassung Fristen	
5	§ 136a	Verweisanpassung hebammengeleitete Kreißsäle	
6	§ 136c	Spezialisierung Onkochirurgie: Abweichung von gesetzlich vorgegebener Prozentzahl für bestimmte Indikationsbereiche durch G-BA-Beschluss	
7	§ 221	Streichung LKK-Anteil an der Finanzierung des Transformationsfonds	
8	§ 271	Anpassung von Mindestreserve und Obergrenze der Liquiditätsreserve im Gesundheitsfonds	
9	§ 275a	– Streichung eines Satzes zur Prüfung der PpUGV – Anpassung Fristen für LG-Prüfaufträge an MD und Abschluss – Strukturprüfung: Korrektur der Bezeichnung des Verfahrens	Pflegepersonaluntergrenzen als unverzichtbare Qualitätssicherung Besonders alarmierend ist die geplante Streichung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) als Qualitätskriterium aus der Leistungsgruppensystematik. Diese Maßnahme stellt aus Sicht der DIVI einen inakzeptablen Angriff auf die Patientensicherheit dar. Die seit 2019 geltenden Pflegepersonaluntergrenzen sind derzeit das einzige verbindliche und flächendeckend wirksame Instrument zur Sicherung pflegerischer Mindeststandards. In der Intensivmedizin mit den festgelegten Verhältnissen von 2:1 in der Tagschicht und 3:1 in der Nachtschicht sind diese Vorgaben essentiell für die sichere Versorgung schwerkranker Patienten. Die komplexe intensivmedizinische Behandlung erfordert eine angemessene pflegerische Betreuung, die ohne verbindliche Mindeststandards gefährdet ist. Die DIVI lehnt die Entkopplung der PpUGV von der Leistungsgruppensystematik kategorisch ab und fordert deren Stärkung als bundesweit einheitliches, unveränderliches Basisstrukturmerkmal der Krankenhausplanung. Die PpUG müssen mindestens so lange erhalten bleiben, bis bundesweit ein neues verbindliches, gesetzlich geregeltes

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Personalbemessungsinstrument wie die PPR 2.0 etabliert ist. Ein Übergang darf nur erfolgen, wenn das neue Instrument nachweislich gleichwertige oder bessere Qualitätsstandards gewährleistet.
10	§ 278	Streichung Fehlverweis für Berichte MD an MD Bund	
11	§ 283	Regelungen zur einheitlichen digitalen Umsetzung von Richtlinien durch MD Bund	
12	§ 427	Anpassung des Datums zur Vorlage des ersten Evaluierungsberichts	
13	Anlage 1	Austausch Anlage 1 mit folgenden Anpassungen: – Folgeanpassungen zur Vereinheitlichung Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern – Streichung Verweis auf Einbeziehung Erfüllung PpUGV – Redaktionelle Anpassung Verweise und Daten G-BA Richtlinien – LG 1 Anpassung Mindestanforderungen Endoskopie – LG 2 Anpassung Qualitätskriterien Versorgung Kinder und Jugendliche – Streichung der LG 3 – LG 6 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 7 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 10 Anpassung bei Erbringung verwandter LG	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		- LG 11 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 12 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 14 Anpassung bei der personellen Ausstattung - Streichung der LG 16 - LG 19 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 20 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 24 Anpassung bei der personellen Ausstattung - LG 27 Anpassungen der sachlichen Ausstattung sowie eines Verweises in den sonstigen Struktur- und Prozessvoraussetzungen - LG 29 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 31 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 32 Anpassung bei Erbringung verwandter LG sowie bei der personellen Ausstattung - LG 33 Anpassung bei Erbringung verwandter LG sowie bei der personellen Ausstattung - LG 34 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 36 Anpassung der sachlichen Ausstattung - LG 37 Anpassung der sachlichen Ausstattung	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		– LG 38 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 39 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 40 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – Streichung der LG 47 – LG 52 Anpassung der sachlichen Ausstattung – LG 53 Anpassung der Erbringung verwandter LG sowie sachlicher und personeller Ausstattung – LG 54 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 56 Anpassung bei Erbringung verwandter LG und der personellen Ausstattung – LG 58 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 59 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – Streichung LG 65	
			Art. 2: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
1	§ 2a	Redaktionelle Anpassung (Verschiebung Satz 2 in Folgeabsatz)	
2	§ 6a	– Ergänzung, dass auch nach § 108 Nummer 4 SGB V zugelassene Krankenhäuser die Qualitätskriterien erfüllen müssen	Kritische Bewertung der Ausnahmeregelungen Die vorgesehenen Ausnahmeregelungen für die Zuweisung von Leistungsgruppen stellen aus intensiv- und notfallmedizinischer Sicht einen unakzeptablen Qualitätsverlust dar. Diese ermöglichen es den

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		– Übergangsregelung für Länder, die bis zum 31.12.2024 Leistungsgruppen zugewiesen haben – Anpassung der Ausnahme für die Zuweisung von Leistungsgruppen trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien – Anpassung der Fristen zur Meldung der zugewiesenen Leistungsgruppen an InEK	Bundesländern, ohne verbindliche und nachvollziehbare Kriterien von den bewährten Strukturvoraussetzungen abzuweichen. Gerade in der Intensiv- und Notfallmedizin sind klare strukturelle Standards jedoch unerlässlich für die Patientensicherheit und Behandlungsqualität. Die DIVI fordert nachdrücklich, dass Ausnahmen ausschließlich auf Basis wissenschaftlich fundierter, transparenter und überprüfbarer Versorgungserfordernisse gewährt werden - nicht nach regionalpolitischen Erwägungen. Andernfalls droht eine Fragmentierung der Versorgungslandschaft, die dem Anspruch einer evidenzbasierten und qualitätsgesicherten Intensiv- und Notfallmedizin diametral entgegensteht.
3	§ 6b	Anpassung der Frist zur Meldung der zugewiesenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben an InEK	
4	§ 12b	– Umstellung der Finanzierung des KHTF (Bundesmittel statt GKV-Mittel) – Streichung der Antragsfrist – Streichung der Verpflichtung, die Prüfung des Insolvenzrisikos nachzuweisen. – Schaffung eines Sonderzuwendungsrechts ggü. der BHO – Streichung der Vorschriften im Zusammenhang mit der Beteiligung der PKV an der Finanzierung – Regelung der Rückführung nicht verwendeter Mittel an den Bund	
5	§ 17b	Anpassung Fristen für Evaluation Vorhaltevergütung durch Verschiebung der Vorhaltevergütung um ein Jahr	Verschiebung der Vorhaltevergütung konterkariert dringende Reformen Die erneute Verschiebung der Vorhaltevergütung um weitere zwölf Monate stellt keinen konstruktiven Reformansatz dar, sondern verschärft die bereits bestehenden strukturellen Defizite im Krankenhauswesen. Intensiv- und

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Notfallmedizin erfordern eine kontinuierliche Vorhaltung spezialisierter Ressourcen, unabhängig von der tatsächlichen Belegung. Diese Vorhaltekosten müssen endlich adäquat finanziert werden. Die DIVI fordert eine beschleunigte Einführung der Vorhaltevergütung bereits vor dem 1. Januar 2028, um den Kliniken die dringend benötigte Planungssicherheit zu geben und die Qualität der intensiv- und notfallmedizinischen Versorgung nachhaltig zu sichern.
6	§ 37	Ermittlung Vorhaltevergütung: – Anpassungen Fristen für Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Übergangsregelung zur Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen – Anpassungen Fristen für freiwillige Information über Vorhaltevolumina in den Jahren 2026 und 2027	
7	§ 38	Zuschläge Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken: Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	
8	§ 39	Förderbeträge Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie, Intensivmedizin: Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	
9	§ 40	Spezialisierung Onkochirurgie:	

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Berücksichtigung von durch den G-BA festgelegten niedrigeren Prozentzahlen und Aktualisierung der entsprechenden Listen	
			Art. 3: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
1	§ 3	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung - – Vorhaltebudget greift erst ab 2028 (statt 2027)	
2	§ 4	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung bei • Vereinbarung Erlösbudget • Fixkostendegressionsabschlag	
3	§ 5	– Verlängerung der Zuschläge Pädiatrie und Geburtshilfe um ein Jahr als Folgeänderung aus Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Redaktionelle Korrektur bzgl. der Erhebung des Zuschlags für die Pädiatrie	
4	§ 6b	Ermittlung Vorhaltebudget: – Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Klarstellung - Vorhaltebudget nur für auf der Grundlage von bundeseinheitlichen	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		Bewertungsrelationen vergütete Krankenhausfälle – Übergangsregelung für Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen	
5	§ 7	Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für Abrechnung der Entgelte	
6	§ 8	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für die Berechnung der Entgelte – Übergangsregelung für Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen bei Abrechnungsverboten	
7	§ 9	– Erhöhung der Notfallzuschläge ab 2028 als Folgeänderung zur verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung – Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	
8	§ 10	Orientierungswert: Anpassung Berichtszeitraum, Klarstellung Kreis zur Übermittlung verpflichteter Krankenhäuser, Ermöglichung der Subdelegation der Verordnungsermächtigung zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts durch BMG auf Statistisches Bundesamt	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
9	§ 21	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für die Datenübermittlung – Folgeänderung zur Änderung von § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V (Streichung Übergangsregelung) – Regelung zur umfassenden Nutzung von Daten für die zum Zwecke der Ermittlung des Abschlags erforderlichen Schätzung der Anzahl der Pflegevollkräfte oder ärztlichen Vollkräfte	
			Art. 4 Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung
1	§ 2	Red. Folgeänderung zu Änderung in § 12b KHG	
2	§ 3	Red. Folgeänderung zu Änderung in § 12b KHG und Klarstellung	
3	§ 4	Streichung der Regelung zur Antragsfrist aufgrund Änderung in § 12b KHG, weitere Folgeänderungen zu Änderungen in § 12b KHG sowie Maßgaben des BR	
4	§ 5	Streichung Regelung für Beteiligung PKV	
5	§ 6	Streichung Regelungen für Beteiligung PKV	
6	§ 7	– Änderung der Rückforderungsvorschrift von „kann“-Regelung zu „soll“-Regelung – Streichung Regelung für Beteiligung PKV – Streichung von Absatz 8, der nach Maßgabe BR anderweitige Verwendung von nicht verausgabten Fördermitteln ermöglichte.	

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
7	§ 8	Ermöglichung der Aktualisierung der Förderrichtlinie	
			Art. 5 Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen
1	§ 186a	Anpassung der Ausnahme von der Fusionskontrolle für Krankenhauszusammenschlüsse, die zur Verbesserung der Versorgung erforderlich sind (zuvor in § 187 Abs. 10 geregelt)	
2 und 3	§ 187	Redaktionelle Anpassung in § 187 Abs. 9 sowie redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung eines neuen § 186a	
			Art. 6 Änderung der Bundespflegesatzverordnung
	§ 9	Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	
			Art. 7 Inkrafttreten
	Erfüllungsaufwand		
	Ggf. weitere Anmerkungen		Fazit: 1. Wiederaufnahme der Leistungsgruppe Notfallmedizin: Die Leistungsgruppe Notfallmedizin muss als zentraler Baustein einer strukturierten und qualitätsgesicherten Notfallversorgung wieder in das KHAG aufgenommen werden. 2. Erhalt und Stärkung der Pflegepersonaluntergrenzen: Die PpUGV muss als verbindliches Qualitätskriterium in der Leistungsgruppensystematik erhalten bleiben und als Grundlage für die Krankenhausplanung dienen. Die PpUG müssen mindestens so lange

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			bestehen bleiben, bis bundesweit ein neues verbindliches, gesetzlich geregeltes Personalbemessungsinstrument wie die PPR 2.0 etabliert und dessen gleichwertige Qualitätssicherung nachgewiesen ist. 3. Beschleunigte Umsetzung der Vorhaltevergütung: Einführung bereits vor 2028 zur Sicherstellung einer adäquaten Finanzierung der intensiv- und notfallmedizinischen Infrastruktur. 4. Verbindliche Strukturvorgaben ohne willkürliche Ausnahmen: Ausnahmeregelungen dürfen nur auf Basis klar definierter, medizinisch begründeter und überprüfbarer Kriterien gewährt werden. 5. Sicherung der ursprünglichen Reformziele: Beibehaltung der vorgesehenen Leistungsgruppen zur Gewährleistung einer spezialisierten und qualitätsgesicherten Versorgung. Die DIVI appelliert eindringlich an die politischen Entscheidungsträger, die Qualität und Sicherheit der intensiv- und notfallmedizinischen Versorgung nicht durch kurzsichtige politische Kompromisse zu gefährden. Die Patientensicherheit muss oberste Priorität haben - auch und gerade in der Gesundheitspolitik.

Prof. Dr. Uwe Jannsen

Generalsekretär der DIVI

Verband kommunaler **Gesundheits**einrichtungen e.V.
Lindigallee 3, 36433 Bad Salzungen

Geschäftsadresse:
Lindigallee 3
36433 Bad Salzungen

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Tel.: 03695 641001
Fax: 03695 641002
www.vkgev.org

Ihr Zeichen/
Ihre Nachricht vom

Unser Zeichen/
Unsere Nachricht vom
mu-roh

Durchwahl
03695/64-

10 01

Telefax
03695/64-

10 02

Bad Salzungen, den
16.12.2025

Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein

Gesetz zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformenpassungsgesetz - KHAG)

Sehr geehrte Damen und Herren,

zum vorliegenden Gesetzesvorhaben möchten wir als Verband der kommunalen Gesundheits-einrichtungen e.V. wie folgt Stellung nehmen.

Zunächst erklären wir, dass wir uns der Stellungnahme der DKG voll inhaltlich anschließen. Die dort angesprochenen Themenkomplexe geben die Position unseres Verbandes wieder.

Unabhängig davon möchten wir jedoch darüber hinaus auch auf folgende inhaltlichen Aspekte eingehen.

Der Verband ist in Thüringen tätig und vertritt dort die kommunalen Kliniken. Thüringen ist ein Flächenland mit einer nicht in allen Bereichen optimalen Infrastruktur was Verkehr, Topographie und Versorgungsdichte angeht. Die Mitgliedshäuser unseres Verbandes versorgen dabei in kleineren und mittleren Kliniken insbesondere die weitgehend ländlichen Versorgungsgebiete. Daraus ergeben sich ganz spezifische Versorgungsfragen, die im Rahmen eines Bundesgesetzes nur bedingt abbildbar sind. Aus diesem Grunde benötigt das Gesetz Öffnungsklauseln für Aspekte, die speziell auf die ländlichen Räume insbesondere in den neuen Bundesländern (nicht nur in Thüringen) wirken, um dort die **reale Versorgung** aufrecht zu erhalten, damit wir dem Auftrag unserer Träger, die als Landkreise für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung verantwortlich sind, gerecht werden können.

In Thüringen, wie in allen neuen Bundesländer sind die notwendigen Konzentrationsprozesse schon weitreichend abgeschlossen. Der Unterzeichner ist Geschäftsführer des Klinikums Bad Salzungen. Nach der Wende wurde hier aus fünf Standorten im Altkreis Bad Salzungen ein

Klinikum errichtet. Dies ist exemplarisch für die Konzentrationsprozesse in Thüringen. Insofern müssen die Überlegungen der Reform innerhalb des KHAG die Versorgungssituation in den jeweiligen Bundesländern berücksichtigen und nicht im Heckenschnitt einheitlich ausgelegt werden.

Die Kliniken im ländlichen Raum sind fast durchweg die Garanten nicht nur für die stationäre, sondern auch für eine Sicherung der ambulanten Versorgung. Freie Hausarzt- und Facharzt-sitze sind die Regel, sofern sie nicht durch MVZ-Strukturen der Kliniken subsidiär aufgefangen werden. Der Wegfall von Leistungsstrukturen im Klinikbereich wird sich unmittelbar dann auch auf diese Facetten auswirken. Nur wenn eine Klinik über die notwendigen differenzierten Spektren der Versorgung verfügt, lässt sich auch im Umfeld eine solche Kompensation realisieren. Aber ohne die ambulante und stationäre Versorgung werden ländliche Räume aufgegeben. Kliniken sind wesentliche Ausbildungsstätten für die Ärzte. In vielen „kleinen“ Fächern wie beispielsweise der Augenheilkunde oder der Dermatologie kann man erkennen, welche Auswirkung die Zerstörung von klinischen Kapazitäten auf die zukünftige Ärzteversorgung hat. Durch die Ambulantisierung der Kataraktoperationen aus den Kliniken heraus sind die wirtschaftlichen Möglichkeiten der Kliniken geschrumpft, solche Abteilungen in entsprechender Größe vorzuhalten. Die Folge ist ein Schwund an Ärzten im Bereich der Augenheilkunde. Sie werden schlicht nicht mehr ausgebildet. Die weitere Folge ist, dass es keine Fachärzte in der ambulanten Versorgung mehr gibt. Das MVZ des Klinikums Bad Salzungen betreibt vier Augenarzt-sitze, um die Versorgung unserer Region sicherzustellen. Einer ist aktuell vakant. Wir können nicht nachbesetzen, weil es keine Fachärzte mehr gibt. In Thüringen wurden im Jahr 2024 insgesamt zwei Fachärzte neu mit der Facharztanerkennung ausgestattet. Zu wenig für ein Flächenland. Damit kommt in absehbarer Zeit die konservative Versorgung mit Augenheilkunde in den ländlichen Gebieten „ins Rutschen“. Die Augenheilkunde ist dabei ein Fachgebiet, das grundhaft zur Regelversorgung gehört. Ambulante fachärztliche Termine über Servicestellen je Bundesland in 50 und mehr Kilometern Entfernung sind aus unserer Sicht nicht akzeptabel, angesichts der immer älter werdenden Patienten.

Dieses Szenario der Augenheilkunde ist aber auch exemplarisch für die Wirkungsweise der aktuellen Reform und der „harten“ Umsetzung von Kriterien ohne Ausnahmeregelungen. Werden den Kliniken einzelne Leistungsgruppen aus dem System herausgeprüft und atomisiert sich das Leistungsgeschehen, kommt es zu Schiefen und Dominoeffekten für das Versorgungsgeschehen in einer Klinik. Dadurch werden wie in der Augenheilkunde Strukturen zerschlagen, die für eine umfassende Versorgung notwendig gewesen wären. Das wird aus unserer Sicht Langzeitfolgen mit sich bringen, die dann nicht oder nur mit enormem Aufwand in der Gesamtbetrachtung des Bundes behoben werden können. In Bezug auf die ländlichen Räume werden sich diese Versorgungslücken nicht wieder schließen lassen. Der ländliche Raum ohne Versorgungsoptionen ist aber keine Lebensoption mehr für junge Menschen.

Als Konsequenz für die vorliegende Gesetzesgrundlage sehen wir die Notwendigkeit, den Ländern die Möglichkeit einzuräumen aus versorgungspolitischen Erwägungen heraus Ausnahmeregelungen erlassen zu können. Da sich in aller Regel an bestimmten Engpassfaktoren wenig ändert oder auch ändern lässt, sind längerfristige Ausnahmeregelungen zur Aufrechterhaltung der Versorgungssicherheit zu ermöglichen.

Diese Regelungen müssen dabei aus unserer Sicht unabhängig vom Ermessen mit den Kostenträgern sein. Wir verstehen die Landesplanung als politische Verantwortung der jeweiligen Bundesländer. Deswegen sollten auch demokratisch legitimierte Strukturen die Letztverantwortung für grundlegende Entscheidungen derartiger Tragweite für das jeweilige Bundesland

haben. Die Einbindung der Kostenträger und der Verbände erfolgt wie in allen Bundesländern auch in Thüringen über den Planungsausschuss, in dem das Know-how der jeweiligen Verbandstrukturen in die Entscheidungsfindung der Länder einfließt.

Darüber hinaus haben wir aber auch die grundsätzliche Sorge, dass aus der eigentlichen Reform Probleme erwachsen, die die Wahrnehmung unseres Versorgungsauftrages insgesamt in Frage stellen und gerade nicht die Ziele erreichen, die sie adressieren sollte. Im Gegenteil, wir befürchten, dass es zu einer massiven Reduktion medizinischer Leistungen und damit zu einer Erzeugung von Wartelisten in einzelnen Leistungsbereichen kommen wird. Dies wird nicht nur für die Bevölkerung deutlich spürbar werden, sondern auch politische Konsequenzen vor Ort im ländlichen Raum nach sich ziehen.

Die angesprochene Konzentration der Klinikstandorte in Thüringen hat zu einem System geführt, das auch wirtschaftlich für die Träger der Krankenhäuser leistbar war. Vor allem im kommunalen Bereich ist der Spielraum für Defizitausgleiche in den neuen Bundesländern deutlich geringer als in den alten westlichen Bundesländern. Mit der nun vorgesehenen Krankenhausreform sehen wir dieses System gefährdet. Ohne Neuregulation der finanziellen Möglichkeiten insbesondere für Krankenhäuser der Grund und Regelversorgung im ländlichen Raum wird es zu wachsenden Defiziten und damit zu unkontrollierten Schließungen von Krankenhäusern kommen. Mag sein, dass dies auch der tiefere Sinn und das Ziel der geplanten Reform ist, für uns bedeutet dies jedoch eine Nichtvereinbarkeit mit unserem Auftrag kommunaler Krankenhäuser, die Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

Aus diesem Grunde fordern wir neben den Öffnungsoptionen für die Bundesländer für den ländlichen Raum auch eine ganzheitliche Strategiereform der Gesundheitsversorgung mit allen beteiligten Bereichen: Krankenhäuser, KV-Bereich, ambulante Versorgung, Rettungsdienste, Pflegeheime, Rhea-Einrichtungen usw., mit der Zielsetzung einer guten flächendeckenden Versorgungssicherheit, und wir fordern die dazu notwendige finanzielle Stabilisierung der Krankenhäuser.

Um dies umzusetzen, sollten die Hinweise der DKG und der Bundesländer zur Anpassung des KHAG genutzt werden.

Wir hoffen, mit diesen Anmerkungen Ihrer Entscheidungsfindung weitergeholfen zu haben. Gegebenenfalls stehen wir auch für direkten Kontakt vor Ort zur Verfügung.

1. Vorsitzender
Verband kommunaler Gesundheitseinrichtungen e.V.

Anlage

Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformenpassungsgesetz - KHAG) vom 15.12.2025



KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

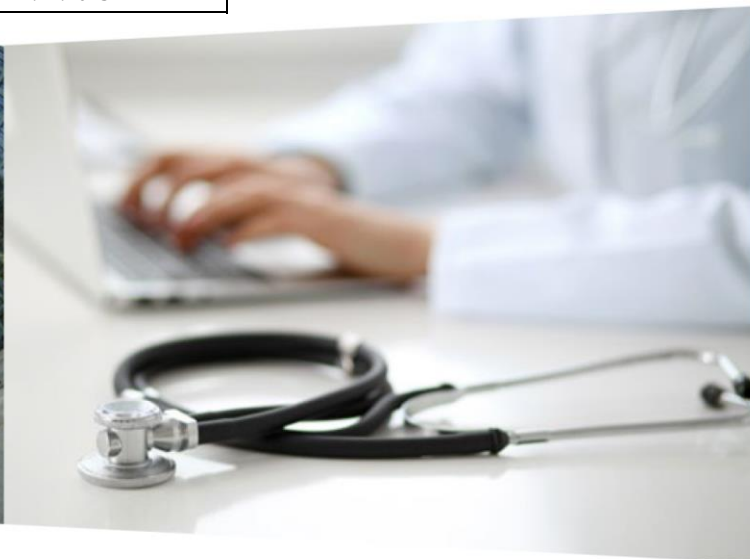
Ausschussdrucksache

21(14)49(3)

gel. VB zur öffent. Anh. am

17.12.2025 - KHAG

11.12.2025



ENTWURF EINES GESETZES ZUR ANPASSUNG DER KRANKENHAUSREFORM (KRANKENHAUSREFORM- ANPASSUNGSGESETZ – KHAG)

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM GESETZESENTWURF DER
BUNDESREGIERUNG VOM 3. NOVEMBER 2025

9. DEZEMBER 2025

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

INHALT

ZUR KOMMENTIERUNG	3
ZUSAMMENFASSUNG	3
KOMMENTIERUNG	4
1 ART. 1 NR. 4 § 135E SGB V	4
2 ART. 2 NR. 5, § 12 B KRANKENHAUSFINANZIERUNGSGESETZ	4
3 REGELUNGSVORSCHLAG ZU § 135E ABS. 3 SGB V LEISTUNGSGRUPPENAUSSCHUSS	5

ZUR KOMMENTIERUNG

Zu den einzelnen Regelungsinhalten wird im Folgenden kommentiert. Sofern keine Anmerkungen getätigt werden, wird die Regelung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) begrüßt oder sie sieht die Interessen der Vertragsärzte und -psychotherapeuten durch die Regelung nicht betroffen beziehungsweise steht dem Regelungsvorschlag neutral gegenüber.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist nur eine Form der Personenbezeichnung verwendet. Hiermit sind auch alle anderen Formen gemeint.

ZUSAMMENFASSUNG

Wir begrüßen die Intention des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) Anpassungen im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) vorzunehmen. Insbesondere in Bezug auf die Anpassungen in der belegärztlichen Versorgung. Dieser wichtige Versorgungszweig, der eine sektorenübergreifende Versorgung aus „einer Hand“ bietet, drohte ansonsten durch das KHVVG geschwächt zu werden. Allerdings bedauern wir, dass die Möglichkeit, die KBV am Leistungsgruppenausschuss zu beteiligen, mit diesem Entwurf nicht wahrgenommen wurde. Wir fordern daher, dies im weiteren Gesetzgebungsverfahren nachzuholen und im Gesetz zu verankern.

Die KBV begrüßt ferner die anvisierte Umstellung des Krankenhaustransformationsfonds (KHTF), wodurch die hälftige Finanzierung durch Mittel des Bundes erfolgen soll. Allerdings dürfen durch den KHTF keine Förderungen zum Aufbau ambulanter Versorgungsstrukturen in Krankenhäusern stattfinden. Diesbezüglich verweisen wir auf unsere [Stellungnahme zum Krankenhaustransformationsfonds vom 22. Januar 2025](#). Die KBV hatte in dieser Angelegenheit konsequenterweise Beschwerde bei der Europäischen Kommission erhoben, die sie weiterhin aufrechterhält. Damit soll nicht die grundsätzliche Notwendigkeit der Umstrukturierung des Krankenhauswesens in Frage gestellt werden. Ebenso nicht die finanzielle Förderung dafür notwendiger Maßnahmen. Wir beanstanden vielmehr die Ungleichbehandlung von stationärem gegenüber ambulantem Sektor. Und das insbesondere vor dem Hintergrund, dass auch der ambulante Sektor vor großen Herausforderungen steht, zu deren Bewältigung Investitionen in seine Infrastruktur notwendig sind. Daher fordert die KBV unter anderem eine Praxiszukunftsgesetz (siehe die [Stellungnahme der KBV zum Gesetz zur Errichtung eines Sondervermögens Infrastruktur und Klimaneutralität \(SVIKG\) vom 9. Juli 2025](#)).

Der wesentliche Erfolgsfaktor für eine gute Krankenhausreform, welches das Bundesministerium für Gesundheit mit dem vorgelegten Gesetzesentwurf für ein Krankenhausreformenpassungsgesetz verfolgt, liegt in der notwendigen und vor allem bedarfsgerechten Konzentration der stationären Versorgung auf diejenigen Standorte, die notwendig sind. Überkapazitäten notfallmedizinischer Versorgungseinrichtungen, beispielsweise in urbanen Siedlungsgebieten, die dazu führen, dass nicht bedarfsnotwendige Kapazitäten über das Anpassungsgesetz weiterhin finanziert werden und somit der notwendige Strukturwandel verhindert wird, sind konsequent abzubauen.

KOMMENTIERUNG

1 ART. 1 NR. 4 § 135E SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Durch eine Veränderung in § 135e, Absatz 4, Satz 2 Nummer 7 Buchstabe d) soll eine Vorgabe eines Qualitätskriteriums als Mindestvoraussetzung für eine Leistungsgruppe geändert werden. Und zwar bezogen auf den Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Verfügbarkeit“ (Anlage 1 des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes). Hierbei soll das Qualitätskriterium zur Vorhaltung von Fachärzten im jeweils genannten personellen und zeitlichen Umfang insofern geändert werden. Durch die Neuregelung können künftig in einer ausgewiesenen Belegabteilung an Stelle eines Vollzeit-äquivalentes ein Belegarzt mit vollem vertragsärztlichen Versorgungsauftrag oder zwei Belegärzte, die zusammen in der Summe über einen vollen vertragsärztlichen Versorgungsauftrag verfügen, angerechnet werden.

Ferner soll an gleicher Stelle beim Buchstaben a) eine Neuregelung erfolgen. Die Vorgabe „Facharzt“ soll nicht mehr einem Vollzeitäquivalent von 40 Wochenstunden, sondern 38,5 Wochenstunden entsprechen.

Bewertung

Die Anpassungen werden begrüßt, da dadurch die Berücksichtigung von Belegärzten umfänglicher als zuvor ermöglicht wird. Damit wird eine zukunftsfähige belegärztliche Versorgung gewährleistet.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Kein Änderungsvorschlag

2 ART. 2 NR. 5, § 12 B KRANKENHAUSFINANZIERUNGSGESETZ

Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Regelung soll die hälftige Finanzierung des Krankenhaustransformationsfonds (KHTF) durch Mittel des Bundes erfolgen. Zuvor sollte dies durch Mittel der Gesetzlichen Krankenversicherung bereitgestellt werden.

Bewertung

Die Umstellung der Finanzierung des KHTF wird seitens der KBV begrüßt. Allerdings verweist die KBV auch weiterhin darauf, dass die Transformation in ambulante Einrichtungen beihilferechtlich kritisch ist. Die KBV hat insofern Beschwerde bei der Europäischen Kommission erhoben, die sie weiterhin aufrechterhält.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

Kein Änderungsvorschlag

3 REGELUNGSVORSCHLAG ZU § 135E ABS. 3 SGB V LEISTUNGSGRUPPENAUSSCHUSS

Aktuelle Regelung im SGB V

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat als Teil der Krankenhausreform (gemäß KHVVG) am 8. Januar 2025 einen Leistungsgruppen-Ausschuss gemäß § 135e Abs. 3 SGB V gebildet. Dieser beschließt Empfehlungen zu den Inhalten der Leistungsgruppen-Verordnung nach § 135e Abs. 1 SGB V, d.h. zu den Qualitätskriterien für die Leistung von Krankenhäusern. Dadurch soll sichergestellt werden, dass der aktuelle Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse fortlaufend in den Leistungsgruppenkriterien Berücksichtigung findet.

Mitglieder im Leistungsgruppenausschuss sind: Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV), Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Bundesärztekammer (BÄK), Deutscher Pflegerat (DPR) und der Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD). Beratende Teilnehmer sind Patientenvertreter und der Medizinische Dienst Bund (MD Bund). Die Leitung des Ausschusses obliegt gemäß Gesetz dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und den obersten Landesgesundheitsbehörden. Zur Koordinierung der Tätigkeit des Ausschusses wird eine Geschäftsstelle beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) eingerichtet.

Bewertung

Der Leistungsgruppenausschuss gemäß §135e Abs. 3 SGB V hat seine Geschäftsstelle beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Als zwei der insgesamt vier Trägerorganisationen des G-BA sind KBV und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) weder als Mitglieder des Ausschusses noch im Rahmen einer regelhaften beratenden Teilnahme gesetzlich vorgesehen. Gleichwohl sind KBV und KZBV sowohl als Trägerorganisationen des G-BA als auch durch die mannigfaltige Verzahnung stationärer und vertragsärztlicher Behandlung und nicht zuletzt durch die in der Rechtsverordnung nach § 135e Abs. 1 SGB V zu treffenden Regelungen direkt betroffen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

KBV und KZBV sollten als Mitglieder des Leistungsgruppenausschusses durch entsprechende Ergänzung in § 135e Abs. 3 Satz 6 SGB V aufgenommen werden. Alternativ sollte ihnen mindestens eine beratende Teilnahme an den Sitzungen des Leistungsgruppenausschusses durch entsprechende Ergänzung in §135e Abs. 3 Satz 7 SGB V ermöglicht werden.

Ihre Ansprechpartner:

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-1036
politik@kbv.de, www.kbv.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 189.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 75 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)49(4)
gel. VB zur öffent. Anh. am
17.12.2025 - KHAG
11.12.2025



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum

Kabinettsentwurf eines Gesetzes zur Anpassung
der Krankenhausreform
(Krankenhausreformenpassungsgesetz KHAG)

Stand des Gesetzes: 08.10.2025

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeiner Teil	3
2. Kommentierung des Gesetzes	6
• Zu Artikel 1 Nummer 3 § 135d SGB V	6
• Zu Artikel 1 Nummer 4 § 135e SGB V	11
• Zu Artikel 1 Nummer 5 § 135f SGB V	15
• Zu Artikel 1 Nummer 7a) § 136c SGB V	16
• Zu Artikel 1 Nummer 11a) § 275a SGB V	18
• Zu Artikel 1 Nummer 14a) § 427 SGB V	20
• Zu Artikel 2 Nummer 2 § 6a KHG	21
• Zu Artikel 2 Nummer 5 § 12b KHG	24
• Zu Artikel 2 Nummer 6 § 13 KHG	26
• Zu Artikel 2 Nummer 11a) § 40 Absatz 2 KHG	27
• Zu Artikel 3 Nummer 2 § 1 KHEntgG	29
• Zu Artikel 3 Nummer 6b) § 6b Absatz 2 KHEntgG	30
• Zu Artikel 3 Nummer 10b) § 10 Absatz 6 KHEntgG	31
• Zu Artikel 4 Nummer 2b) § 3 Absatz 1 Satz 1 KHTFV	33
• Zu Artikel 4 Nummer 3 § 4 KHTFV	34
3. Ergänztender Änderungsbedarf	35
• Aussetzen der Meistbegünstigungsklausel und der Tarifrefinanzierung	35
• §§ 279 und 282 SGB V (Neuregelung Mandatsbegrenzung)	37

1. Allgemeiner Teil

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) teilt das ursprüngliche zentrale Ziel der Krankenhausreform, eine zukunftsfähige Krankenhausstruktur auf Grundlage bundesweit einheitlicher Qualitätsstandards in der Krankenhausversorgung zu schaffen und somit die Patientensicherheit zu verbessern sowie die personellen und wirtschaftlichen Ressourcen zielgerichteter einzusetzen. Mit dem am 08.10.2025 vom Bundeskabinett beschlossenen Entwurf des Krankenhausreformanpassungsgesetzes (KHAG) kann das Ziel jedoch nicht erreicht werden. In dem nunmehr vorliegenden Kabinettsentwurf wird an den weitreichenden Ausnahmeregelungen bei den Mindestqualitätsvorgaben für die Länder bei der Zuweisung von Leistungsgruppen festgehalten, die von Seiten zahlreicher Experten schon vielfach kritisiert wurden. Zudem wurden weitere Lockerungen vorgenommen. Bei der Patientensicherheit darf es jedoch keine Abstriche geben. Der vdek empfiehlt deshalb eine grundlegende Überarbeitung des Entwurfs.

Insbesondere die weitreichenden Kooperationsmöglichkeiten, mit denen Krankenhäuser z. B. fehlendes Fachpersonal kompensieren sollen, tragen zu einer Verwässerung der ursprünglichen Reform bei. Das ist sowohl in monetärer Hinsicht als auch mit Blick auf die knappen Personalressourcen hochgradig ineffizient. Der vdek befürwortet bedarfsgerechte und damit gezielte Kooperationen und Netzbildung unter Krankenhäusern. Jedoch können die aktuell vorgesehenen Regelungen dazu genutzt werden, Qualitätsanforderungen zu unterlaufen, sodass notwendige Konzentrations- und Spezialisierungseffekte ausbleiben. Wenn der Gesetzgeber Krankenhäuser mit Hilfe von Kooperationen befähigen will, Qualitätsvorgaben zu erreichen, sollte eine Kooperation nur mit einem Partnerkrankenhaus möglich sein, das die Qualitätskriterien vollumfänglich selbst erfüllt. Dabei sollte die Anzahl an Kooperationen, die ein Krankenhaus anderen Häusern anbietet, transparent gemacht und anhand der vorhandenen Ressourcen begrenzt werden. Zudem sollte die Regelung analog den Ausnahmeregelungen auf maximal drei Jahre befristet werden, damit für das die Kooperation initiiierende Haus ein Anreiz besteht, die Standards zügig zu erreichen. Für die Kooperationsvereinbarungen sollten auf der Bundesebene einheitliche Mindestanforderungen definiert werden, die verbindlich anzuwenden und durch den Medizinischen Dienst (MD) zu überprüfen sind.

Weiterhin fehlen sinnvolle gesetzliche Erreichbarkeitsvorgaben der Kliniken je nach Leistungsgruppe und Versorgungsstufe als verpflichtendes Planungskriterium. Die aktuelle Ausnahmeregelung, nach der Länder auf Basis des unbestimmten Kriteriums der sicherzustellenden flächendeckenden Versorgung Standorte festlegen können, kann willkürlich und damit länderindividuell ausgelegt werden. Erreichbarkeiten sind dagegen objektive, eindeutig zu definierende und für die Versorgung relevante Entscheidungsparameter, die differenziert angewendet werden müssen. Notfälle müssen innerhalb kürzester Zeit flächendeckend versorgt werden können, wohingegen für seltene und hochspezialisierte Behandlungen wie eine Organtransplantation andere

Erreichbarkeitsvorgaben gelten können. Kritisch ist in diesem Zusammenhang auch, dass die Länder von den bundesweit festgelegten Mindestvorhaltezahlen abweichen können, ohne dass der tatsächliche Bedarf dabei eine Rolle spielt. Auch werden Krankenkassen auf Landesebene nicht in die Entscheidung über diese Ausnahmeregelungen eingebunden. Der vdek schlägt vor, dass Erreichbarkeitsvorgaben mit bundeseinheitlich für jede Leistungsgruppe definierten Fahrtzeitminuten von den Ländern anzuwenden sind. Abweichungen von Mindestvorhaltezahlen sollten zudem nur im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen erfolgen dürfen.

Der vdek erkennt an, dass die Bundesregierung Befürchtungen einer zu weiten Auslegung der Ausnahmeregelungen durch die Länder ernst nimmt. Dass es künftig das Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen braucht, wenn Leistungsgruppen an Krankenhäuser zugewiesen werden sollen, die die dafür notwendigen Mindestqualitätskriterien (noch) nicht erfüllen, ist ein richtiger Schritt. Dies wird aber aufgrund der starken Aufweichung der Qualitätsvorgaben kaum Relevanz entfalten können. So eröffnet z. B. die landesbezogene Definition der Fachkliniken den Ländern viel Spielraum für die Standortkonservierung. Nach Auffassung des vdek braucht es eine bundesweit einheitliche vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu erarbeitende Definition von Fachkliniken, mit der ein Flickenteppich von Länderdefinitionen vermieden wird. Sie sollte eng auf spezialisierte Bereiche wie z. B. die Versorgung von Schwerbrandverletzten begrenzt sein. Weit verbreitete Leistungsbereiche wie die Endoprothetik sollten dagegen keine eigene Planungskategorie rechtfertigen.

Die geänderte Finanzierung des Transformationsfonds aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität (SVIK) statt zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist positiv zu bewerten. Allerdings müssen die Krankenkassen für die Folgekosten aus Vorhaben des Transformationsfonds aufkommen, da die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) für die Betriebskostenfinanzierung verantwortlich ist. Vor diesem Hintergrund ist es nicht nachvollziehbar, dass Entscheidungen über förderungsfähige Vorhaben künftig nicht mehr zwingend im Einvernehmen mit den Krankenkassen erfolgen müssen.

Die Ausgaben für die stationäre Versorgung sind in den vergangenen zehn Jahren um rund 50 Prozent gestiegen und weisen weiterhin Steigerungsraten auf, die deutlich über den Einnahmen der GKV liegen. Der Bundesgesetzgeber hat mit dem „kleinen Sparpaket“ bereits Maßnahmen ergriffen, um das Ausgabenwachstum zu dämpfen. So soll mit dem Gesetz zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege unter anderem die Meistbegünstigungsklausel für das Jahr 2026 ausgesetzt werden. Der vdek fordert, auch für die Folgejahre auf die Meistbegünstigungsklausel zu verzichten. Die Krankenhäuser erhalten trotzdem eine ausreichende Finanzierung, da der Orientierungswert ihre tatsächlichen Kostensteigerungen abbildet. Allerdings wird die Sparmaßnahme durch die Regelungen zur vollständigen Tarifierfinanzierung konterkariert. Nach Schätzung des vdek wird dies für das Jahr 2026 ein Ausgabenplus von

500 Millionen Euro für die Krankenkassen bedeuten und somit die angestrebte Einsparung von 1,8 Milliarden Euro erheblich verringern. Deshalb sollte auch die vollständige Tariffinanzierung für die nachfolgenden Jahre ausgesetzt werden.

Insgesamt werden grundlegende Veränderungen an den Krankenhausstrukturen, ohne die die Kliniken auf Dauer nicht wirtschaftlich zu betreiben sind, durch das Gesetz nicht erreicht werden können. Das betrifft auch die geplante Vorhaltefinanzierung. Sie darf nicht dazu dienen unwirtschaftliche Strukturen am Leben zu erhalten, sondern muss tatsächlich für die Versorgung benötigten Häusern Fehlanreize zur Fallzahlsteigerung nehmen. Aus Sicht des vdek muss daher der Umbau zu einer neuen, bedarfsgerechten Krankenhauslandschaft zwingend vor der Einführung der Vorhaltefinanzierung erfolgen. Der Transformationsfonds sollte ebenfalls nur für die Finanzierung bedarfsnotwendiger und qualitätsorientierter Krankenhausstandorte eingesetzt werden.

Ergänzend zur Regelungsmaterie des Gesetzentwurfs fordert der vdek eine Anpassung der Regelungen zur Begrenzung von Ehrenämtern der kassenseitigen Vertreter:innen in den Verwaltungsräten der MD. Hier sollte eine Gleichstellung mit anderen Beteiligten erfolgen. Nur für die Vertreter:innen der Krankenkassen geltenden aktuell Beschränkungen hinsichtlich Zahl und Dauer der Ämter (maximal zwei Ämter und maximal zwei Amtsperioden). In der Praxis führen diese Regelungen jedoch zu erheblichen Einschränkungen in der demokratischen Mitwirkung und zu Kompetenzverlusten in der Gremienarbeit. Die Begrenzung der Amtszeiten erschwert es, erfahrene und eingearbeitete Mitglieder langfristig einzubinden. Das beeinträchtigt die Kontinuität und Qualität der Entscheidungsfindung und schwächt die Selbstverwaltung insgesamt. Für die im Jahr 2026 beginnende Phase der Neubesetzung der Verwaltungsräte birgt sie die Gefahr, dass es zukünftig zu personellen Engpässen bei der Besetzung kommen könnte, insbesondere, wenn erfahrene Mitglieder durch starre Begrenzungen ausscheiden müssen, obwohl sie weiterhin zur Verfügung stünden.

Die ausführliche Kommentierung des Gesetzes erfolgt nachstehend.

2. Kommentierung des Gesetzes

Zu Artikel 1 Nummer 3
§ 135d SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht die Streichung der Übergangsregelung in § 135d Absatz 3 Satz 3 SGB V zur Veröffentlichung von Leistungsgruppen im Bundes-Klinik-Atlas und mehrere Folgeanpassungen aufgrund der Streichung der Leistungsgruppe Notfallmedizin aus der Anlage 1 vor. Außerdem wurde der Absatz 4 mit Bezug zu den Fachkrankenhäusern grundlegend umgestaltet. Die Voraussetzung eines Versorgungsanteils von mindestens 80 Prozent in höchstens vier Leistungsgruppen wird gestrichen. Stattdessen wird als Voraussetzung für die Ausweisung eines Krankenhausstandortes als Fachkrankenhaus festgelegt, dass diese erstens eine Spezialisierung nach Erkrankungen, nach Krankheitsgruppen 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.

Bewertung

Die Streichung der Leistungsgruppe Notfallmedizin ist an dieser Stelle nachvollziehbar, weil nicht mehr auf sie verwiesen werden kann. Allerdings hat der Gesetzgeber keine Alternative angeboten, was nicht sachgerecht bei der Einteilung der Kliniken in verschiedene Versorgungsstufen ist. Das zeigt sich besonders deutlich bei der Versorgungsstufe des Level 1, der niedrigsten Versorgungsstufe. Dort gibt es sogenannte sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (SÜV) 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 Nutzer:innen des Bundes-Klinik-Atlases in die Irre geführt, was insbesondere bei Notfällen weitreichende Folgen für die Gesundheit von Patient:innen 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 für die Basisnotfallstufe der G-BA-Richtlinie erfüllen. Bei den Kliniken der höheren Versorgungsstufe besteht diese Gefahr nicht so sehr, da davon auszugehen ist, dass sie bei der vom Gesetz geforderten Zusammensetzung an Leistungsgruppen ohnehin eine Notfallversorgung gewährleisten können.

Die vorgesehene Neufassung der Definition von Fachkliniken bleibt weit hinter den gesteckten Zielen der Krankenhausreform zurück. Statt dringend

benötigter Klarheit wird lediglich der Status quo zementiert. Die Streichung des bisherigen Versorgungsanteils von 80 Prozent in höchstens vier Leistungsgruppen ändert daran nichts Wesentliches – die Definition bleibt inhaltsleer. Zwar wird nun formal auf eine vermeintliche Leistungsspezialisierung in diversen Formen und einen „relevanten Versorgungsanteil“ verwiesen, doch bleiben die Begriffe unspezifisch. So ist unklar, wie hoch ein relevanter Versorgungsanteil konkret sein muss. Ebenso ist unklar, wie ausgeprägt eine Spezialisierung sein muss. Die pauschale Bezugnahme auf bestimmte Erkrankungen, Krankheitsgruppen oder Zielpopulationen öffnet der Beliebigkeit der Länder alle Möglichkeiten der Anwendung.

Diese begriffliche Unschärfe wird durch die geplante Verwässerung der Mindestqualitätsvorgaben in § 135e SGB V weiter verschärft. Die Ausweitung von Kooperationsmöglichkeiten – insbesondere für Fachkliniken – untergräbt jede Chance auf ein verlässliches und vergleichbares Qualitätsniveau in Fachkliniken. Der vdek lehnt dies ab, da so das Qualitätsniveau in Fachkliniken für Patient:innen nicht mehr sichergestellt werden kann. Die Kombination aus unklaren Definitionen und abgeschwächten Mindestqualitätsstandards schafft für die Länder einen enormen Interpretations- und Handlungsspielraum. Bereits heute werden Fachkrankenhäuser je nach Bundesland nach völlig unterschiedlichen Kriterien in den Krankenhausplänen ausgewiesen. Anstatt dieser Problematik entgegenzutreten, zementiert die vorgesehene Regelung die föderale Beliebigkeit und liefert zugleich die Möglichkeit für eine gezielte Umgehung der angestrebten Versorgungskonzentration, indem die vorhandenen Strukturen nur fortgeschrieben werden. Bestrebungen nach einer bloßen Konservierung von Strukturen zeichnen sich schon heute in einzelnen Bundesländern ab. Hinzu kommt, dass der enorme Interpretationsspielraum auch die Möglichkeit eröffnet, dass Krankenhäuser von den Landesbehörden vorsorglich als Fachklinik ausgewiesen, um beispielsweise eine Schließung oder einer Umwandlung in andere Versorgungsformen zu umgehen. Wir sehen die Gefahr, dass die Aufweichung von den Ländern genutzt wird, um Wackelkandidaten vorsorglich als Fachklinik zu deklarieren. Ebenso ist es ein Fakt, dass einzelne Länder schon jetzt die bestehenden Interpretationsspielräume nutzen, um Strukturen zu konservieren. Der weite Interpretationsspielraum wird lediglich kaschiert durch eine symbolische Begründungspflicht und einem unverbindlichen Appell nach einer möglichst bundeseinheitlichen Umsetzung. Das entspricht nicht der bisherigen und zukünftigen Planungsrealität der Länder.

Mit den Reformzielen einer Versorgungskonzentration und –spezialisierung sowie einer qualitativ hochwertigen Versorgung, darf die Definition von Fachkliniken in dem vorgesehenen Umfang nicht den Ländern überlassen werden. Es braucht eine konkrete bundeseinheitliche Festlegung zur Identifikation der Fachkrankenhäuser. Dabei müssen die eindeutigen Voraussetzungen für die Spezialisierung des Leistungsportfolios und für den relevanten Versorgungsanteil in den jeweiligen Bereichen (Versorgungskonzentration) festgelegt werden. Die fachliche Expertise ist hierfür beim G-BA vorhanden, weshalb dieser gesetzlich beauftragt werden sollte, Fachkliniken zu definieren.

Änderungsvorschlag

1. § 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 §§ 8 bis 12 der Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.05.2018 B4), der durch den Beschluss vom 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2) 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“.

2. § 135d Absatz 4 Satz 3 wird wie folgt geändert:

„³Fachkrankenhäuser, die sich auf die Behandlung einer bestimmten Erkrankung, Krankheitsgruppe oder Personengruppe spezialisiert haben und einen relevanten Versorgungsanteil in diesem Bereich leisten, werden von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet, wenn sie **die Vorgaben gemäß § 136c Absatz 3a (neu) SGB V erfüllen.**“

3. Ebenso wird eine Änderung des § 135e Absatz 4 Satz 2 vorgeschlagen, die auch im Zusammenhang mit dem Änderungsvorschlag für Fachkliniken zu verstehen ist. Siehe hierfür Bewertung und Änderungsvorschlag zu § 135e SGB V (Artikel 1, Nummer 4)].

4. § 136c Absatz 3a wird eingefügt:

„§ 136c Absatz 3a SGB V (neu) – Richtlinie zur Definition von Fachkrankenhäusern

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt erstmals bis zum [Datum einfügen] bundeseinheitliche Vorgaben zur Definition von Fachkrankenhäusern. Er hat dabei insbesondere Voraussetzungen an Leistungsvolumina, Versorgungskonzentration und Leistungsspezialisierung festzusetzen.

(2) Ergänzend zu Absatz 1 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 Gesamtfallzahl in spezifischen Altersgruppen bzw. bei einem spezifischen Geschlecht behandeln.

(3) Die bundeseinheitlichen Vorgaben nach Absatz 1 und 2 sind vom Gemeinsamen Bundesausschuss in einer Richtlinie zu beschließen und regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, zu überprüfen und anzupassen.“

Begründung

Die bisherige gesetzliche Regelung des § 135d SGB V eröffnet einen erheblichen Handlungs- und Interpretationsspielraum bei der Ausweisung von Krankenhausstandorten als Fachkrankenhäuser. Durch die Ausweisung als Fachkrankenhaus müssen wesentliche Qualitätsmerkmale der Leistungsgruppen nicht mehr am Standort eingehalten werden. Bereits jetzt werden Fachkrankenhäuser, je nach Bundesland, nach völlig unterschiedlichen Kriterien in den Krankenhausplänen ausgewiesen. Es bestehen große Ermessensspielräume bei der Beschreibung von Fachkliniken. Sowohl die jetzt im § 135d SGB V festgelegte Definition an Fachkrankenhäuser wie auch heterogen verwendeten Maßstäbe der Länder bei der bisherigen Ausweisung von Fachkrankenhäusern sind mit Blick auf die Leistungsgruppensystematik nicht zeitgemäß. Es bedarf einer bundeseinheitlichen Grundlage zur Identifikation und Festlegung der Fachkrankenhäuser. Damit Fachkrankenhäuser einheitlich ausgewiesen werden und einheitliche Mindestqualität erbringen, 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 die Krankenhausplanung der Länder und kann für die Qualitätssicherung und 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 SGB V. 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, insbesondere auf die Versorgungslandschaft und die Identifikation von „echten Fachkliniken“, zu evaluieren. 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 die Schwellenwertfestlegungen Fachkliniken als Fachkliniken identifiziert werden, wenn sie sich auf einzelne Leistungen spezialisiert haben (Leistungsspezialisierung) und es sich dabei um Leistungen handelt, die nur an vergleichsweise wenigen Krankenhäusern in der Republik erbracht werden (Konzentration der Versorgung). 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. Als Richtgröße können zu den vier Schwellenwerten folgende Werte handlungsleitend sein:

1. Gesamtmindestfallzahl des Krankenhausstandortes: Es ist eine Mindestfallzahl für den gesamten Krankenhausstandort vorzusehen, um eine geringvolumige Versorgung auszuschließen. Als Richtwert kann eine Mindestfallzahl von 500 Fällen pro Jahr dienen.

2. Mindestkonzentrationsgrad des Leistungsspektrums am Standort: Die Spezialisierung eines Standortes ist anhand der Konzentration seines Abrechnungsgeschehens auf wenige Leistungsbereiche, gemessen als Herfindahl-Hirschman-Index (HHI) der am Standort erbrachten DRGs (Standort-HHI), zu bestimmen. Ein Schwellenwert, beispielsweise 0,05, ist vorzusehen, ab dem ein Standort als spezialisiert gilt.
3. Mindestspezialisierungsgrad der relevanten Leistungen: Es sind nur solche Leistungen/DRGs zu berücksichtigen, die einen hohen Spezialisierungsgrad aufweisen, d. h. deren Erbringung sich bundesweit auf eine geringe Anzahl von Standorten konzentriert. Dies ist mittels des Herfindahl-Hirschman-Index für jede Diagnosis Related Group (DRG-HHI) zu messen. Ein Schwellenwert, beispielsweise 0,005, ist vorzusehen, ab dem eine DRG als spezialisiert bzw. konzentriert gilt.
4. Mindestfallzahl der relevanten, spezialisierten Leistungen: Eine Fachklinik muss eine Mindestfallzahl an Fällen mit Leistungen/DRGs aufweisen, die den unter Ziffer 3 genannten Spezialisierungsgrad erfüllen. Als Richtwert kann eine Mindestfallzahl von 250 dieser Spezial-DRGs pro Jahr dienen.

Beabsichtigte Neuregelung

Die Aufgabe des Ausschusses, Leistungsgruppen festzulegen, bei denen das Land keine Ausnahmen zulassen kann, entfällt. Die Frist zum Erlass der Leistungsgruppen-Rechtsverordnung wird gestrichen. Der Leistungsgruppen-Ausschuss erhält die primäre Aufgabe, die Leistungsgruppen und Qualitätskriterien weiterzuentwickeln. Damit die Patientenvertretung ihr Recht zur Mitberatung ausüben kann, werden auch für die Mitarbeit im Leistungsgruppen-Ausschuss Reisekosten, Verdienstaufschlag und Aufwandsentschädigungen gewährt. Anders als im Referentenentwurf wird die Zahl der sachkundigen Personen auf vier begrenzt. Die Ansprüche richten sich gegen den G-BA als Träger der Geschäftsstelle des Ausschusses. Außerdem wird der Umfang der finanziellen Bedarfe, die vom G-BA gegenfinanziert werden, präzisiert.

Es wird eine Sonderregelung für Tages- und Nachtkliniken geschaffen, nach der die qualitative Vorhaltung bei diesen Kliniken nur zu den eingeschränkten Betriebszeiten zu erfolgen hat. Für die ärztliche Verfügbarkeit wird vorgegeben, dass ein Vollzeitäquivalent 38,5 Wochenstunden entspricht und nicht mehr 40 Wochenstunden. Neu ist, dass der Umfang der Anrechenbarkeit von Fachärzten auch auf die Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie erweitert wird.

Anders als im Referentenentwurf können Belegärzte mit vollem vertragsärztlichen Versorgungsauftrag als Vollzeitäquivalent angerechnet werden, auch wenn das Krankenhaus nicht über eine ausgewiesene Belegabteilung verfügt. Hier genügt, dass das Krankenhaus eine Versorgung durch Belegärzte vorsieht.

In Erweiterung zum Referentenentwurf wird eine neue Möglichkeit geschaffen, zu kooperieren, solange sich der Kooperationspartner am Standort befindet. Fachkrankenhäuser dürfen neben den verwandten Leistungsgruppen nun auch sachliche Ausstattungen über Kooperationen gewährleisten. Neu ist auch, dass Krankenhausstandorte, an denen keine vollstationären Krankenhausbehandlungen erbracht werden, die Qualitätskriterien aus Anlage 1 auch in Verbünden und Kooperationen erfüllen dürfen.

Der Verweis zur Erfüllung der Erreichbarkeitsvorgaben wird gestrichen, da diese im § 6a KHG gestrichen werden. Daneben wurden zahlreiche redaktionelle Änderungen vorgenommen, zudem wurden die Stellen, die sich auf das Inkrafttreten der Rechtsverordnung beziehen, entfernt.

Bewertung

Mit dem vorliegenden Kabinettsentwurf wird klar, dass es mittelfristig keine Rechtsverordnung mit Empfehlungen des Leistungsgruppen-Ausschusses geben wird, sondern dieser die Leistungsgruppen und Qualitätskriterien nur noch weiterentwickeln soll, und das laut Begründung nicht vor 2029. Sehr problematisch ist, dass die Aufgabe des Ausschusses, Leistungsgruppen festzulegen, bei

denen das Land keine Ausnahmen zulassen kann, entfallen soll – vor allem bei elektiven und vorwiegend komplexen Leistungsgruppen ist dies im Sinne der Patientensicherheit nicht nachvollziehbar!

Die weitestgehend redaktionellen Änderungen werden nicht weiter kommentiert, weil diese nachrangig sind im Verhältnis zu den vielen Ausnahmen und Abweichmöglichkeiten, die geschaffen werden und die die Qualitätskriterien bis zur Unkenntlichkeit verwässern.

So wird es noch leichter gemacht vorgegebene Arztzahlen zu erreichen (Reduzierung Vollzeitstunden, Belegärzte etc.) bzw. können Ärzte für bis zu drei Leistungsgruppen gleichzeitig angerechnet werden. Wenn man dann noch die deutlich ausgeweiteten Möglichkeiten für Krankenhausstandorte hinzunimmt, die Vorgaben auch in Kooperation mit anderen Krankenhäusern zu erfüllen, wird deutlich, dass insbesondere Personalvorgaben nur noch reine Makulatur sind. Patient:innen werden sich nicht darauf verlassen können, dass die mit einer Leistungsgruppe suggerierte ärztliche Kompetenz zur Verfügung steht. Das größte Problem ist, dass keinerlei Vorgaben dafür existieren, dass das kooperationsgebende Krankenhaus seinerseits die Qualitätskriterien erfüllt und nicht selbst nur über die Leistungsgruppe verfügt, weil es mit anderen Häusern kooperiert oder vom Land im Rahmen einer Ausnahmegenehmigung zugelassen wurde. Es ist auch nicht sichergestellt, dass das kooperationsgebende Krankenhaus über ausreichend Kapazitäten verfügt, neben der eigenen Erfüllung der Qualitätskriterien zusätzlich weitere Krankenhäuser zu unterstützen. Es ist auch nicht begrenzt, wie viele Kooperationen ein Krankenhaus maximal bedienen darf. Es könnte sich zum attraktiven Geschäftsmodell für große Krankenhäuser entwickeln, hier möglichst oft als Kooperationsgeber zu fungieren.

Hier muss unbedingt ein Sicherheitsnetz für Patient:innen eingezogen werden. Dazu sollten bundeseinheitliche Rahmenbedingungen und Vorgaben für Kooperationen durch den Leistungsgruppen-Ausschuss (LGA) festgelegt werden. Der MD, der ohnehin einen Überblick über die Kooperationen hat, die Anzahl an Kooperationen pro kooperationsgebendes und kooperationsnehmendes Krankenhaus sowie die zur Verfügung stehenden personellen und ausstattungsbezogenen Ressourcen beim Kooperationsgeber ermitteln und dies als Auswertung an die Landesplanungsbehörde und die Krankenkassen auf Landesebene übermitteln. Diese erhalten somit Transparenz und können einschreiten, wenn sich ein Krankenhaus für zu viele Kooperationen zur Verfügung stellt. Die Planungsbehörden sollten dazu verpflichtet werden, dem BMG jährlich über die Anbieter und Nehmer von Kooperationsleistungen zu berichten. Im Klinik-Atlas sollte ebenfalls vermerkt werden, wenn die Mindestqualitätsvorgaben nur über Kooperationen sichergestellt werden können. Gleichzeitig müssen von der Bundesebene einheitliche Mindestvorgaben für Kooperationsverträge vorgegeben werden.

Durch die gleichzeitige Ausweitung der Sonderregeln für Level-F-Krankenhäuser entfallen zudem die letzten bundeseinheitlichen Rahmenvorgaben in Bezug auf die Qualität für Fachkrankenhäuser. Damit kann ein einheitliches

Qualitätsniveau in Fachkliniken für Patient:innen nicht mehr sichergestellt werden. Der vdek lehnt dies ab. Wie in der Bewertung zu § 135d SGB V dargestellt, wird zusätzlich zur Herabsetzung der Qualitätsvorgaben die gesetzliche Definition von Fachkliniken aufgeweicht und der Beliebigkeit der Bundesländer überlassen. Für eine bundesweit gleichwertige Versorgung – auch in Fachkliniken – ist jedoch eine klar gefasste gesetzliche Definition unverzichtbar. Die fachliche Expertise ist hierfür beim G-BA vorhanden, weshalb dieser gesetzlich beauftragt werden sollte, Fachkliniken zu definieren (siehe Bewertung und Änderungsvorschlag unter § 135d SGB V (Artikel 1 Nummer 4)).

Änderungsvorschlag

1. § 135e Absatz 1 Satz 1 wird um folgende Nummer 3 ergänzt:

„3. Regelungen darüber zu treffen, für welche Leistungsgruppen die Zuweisung unter Anwendung einer Ausnahmegenehmigung nach § 6a Absatz 4 KHG ausgeschlossen ist.“

2. § 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 6 Buchstabe c und d werden wie folgt gefasst:

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

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

3. § 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 7 wird wie folgt gefasst:

„7. dass Krankenhäuser ein Qualitätskriterium in Kooperationen und Verbünden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen können, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt **und diese auf maximal drei Jahre befristet ist und die Erfüllung in Kooperation in dem jeweiligen Qualitätskriterium vorgesehen ist sowie**

b) dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung nach den Vorgaben nach § 6a Absatz 4 KHG zwingend erforderlich ist oder

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.“

4. § 135e Absatz 4 Sätze 2 bis 4 werden wie folgt gefasst:

„2.Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden, können die in Anlage 1 als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien in den Anforderungsbereichen „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ und ~~„Sachliche Ausstattung“~~ in Kooperationen und

Verbünden insbesondere mit anderen Krankenhäusern ~~oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung~~ erfüllen, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt **und das kooperierende Krankenhaus seinerseits die für die Leistungsgruppen maßgeblichen Qualitätskriterien nach § 135e selbst und nicht ebenso durch Kooperationen oder Ausnahmegenehmigung erfüllt.**

[Der Änderungsvorschlag steht im Zusammenhang mit dem Änderungsvorschlag zu § 135d SGB V (Artikel 1 Nummer 3)]

³Krankenhausstandorte, an denen keine vollstationäre Krankenhausbehandlung erbracht wird, können die in Anlage 1 als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien in den Anforderungsbereichen „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ und „Personelle Ausstattung“ in Kooperation und Verbünden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt **und das kooperierende Krankenhaus seinerseits die für die Leistungsgruppen maßgeblichen Qualitätskriterien nach § 135e selbst und nicht ebenso durch Kooperationen oder Ausnahmegenehmigung erfüllt. Die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene legen dazu Mindestvorgaben für Kooperationsverträge bis zum (einsetzen: Datum 6 Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes) fest.**

⁴Ein Krankenhausstandort kann in begründeten Fällen die in den Anforderungsbereichen „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ und „Personelle Ausstattung“ maßgeblichen Qualitätskriterien der in Anlage 1 Nummer 54 genannten Leistungsgruppe „Stroke Unit“ in telemedizinischer Kooperation mit einem anderen Krankenhaus erfüllen **wenn das kooperierende Krankenhaus seinerseits die für die Leistungsgruppen maßgeblichen Qualitätskriterien nach § 135e selbst und nicht ebenso durch Kooperationen oder Ausnahmegenehmigung erfüllt."**

[Ein Änderungsvorschlag zur Auswertung der Anzahl von Kooperationen findet sich in den Anmerkungen zum § 275a SGB V (Artikel 1 Nummer 11).]

Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung von § 135d Absatz 3 Satz 3 SGB V (Streichung der Übergangsregelung). Infolge der Verschiebung der Vorhaltevergütung wird auch die Frist für den Erlass der Rechtsverordnung um ein Jahr verschoben. Die Klarstellung aus dem Referentenentwurf, dass Mindestvorhaltezahlen auch für Leistungsgruppen gelten, die von den Ländern bereits als zugewiesen gelten, wurde aufgehoben.

Bewertung

Mindestvorhaltezahlen sind eines der wenigen verbliebenen Instrumente, das den notwendigen Konzentrationsprozess der Krankenhauslandschaft befördern kann. Krankenhäuser sollen Leistungsgruppen nur anbieten dürfen, wenn dies unter qualitativen und wirtschaftlichen Aspekten sinnvoll ist. Damit werden Patient:innen 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 (siehe Bewertung zu § 6b Absatz 2 KHEntgG).

Die übrigen Änderungen sind sachgerecht und folgerichtig.

Änderungsvorschlag

Siehe Änderungsvorschlag zu § 6b Absatz 2 KHEntgG.

Beabsichtigte Neuregelung

§ 40 KHG sieht vor, dass das Institut für Entgeltsysteme im Krankenhaus (InEK) diejenigen Krankenhausstandorte identifiziert, die onkochirurgische Leistungen nur in geringem Umfang erbringen. Demnach hat das InEK die Krankenhausstandorte mit den wenigsten Fallzahlen in einem Indikationsbereich auszuwählen, die zusammen 15 Prozent aller Fälle aus dem Indikationsbereich umfassen (15. Perzentil). Diese Standorte erhalten zukünftig ein partielles Abrechnungsverbot. Mit der nun vorgesehenen Regelung erhält der G-BA die Möglichkeit für die Indikationsbereiche nach § 40 Absatz 1 Satz 3 KHG eine geringere Prozentzahl festzulegen als die ansonsten gesetzlich vorgesehenen 15 Prozent, sofern dies zur Aufrechterhaltung einer patienten- und bedarfsgerechten flächendeckenden Versorgung mit onkochirurgischen Leistungen zwingend erforderlich ist. Der G-BA muss hierbei ein analoges Vorgehen anwenden wie das InEK. Das heißt, die Festlegung einer niedrigeren Prozentzahl erfolgt anhand der sortierten Aufstellung von Krankenhausstandorten des InEK. Der G-BA muss vor einer Beschlussfassung eine Folgenabschätzung durchführen und Stellungnahmen einholen. Diesbezüglich wird vorgesehen, dass das InEK für den G-BA die Daten nach § 21 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b bis f KHEntgG bedarfsweise auswerten und dem G-BA diese Auswertungen übermitteln kann.

Bewertung

Die Berücksichtigung der Regelungskompetenz des G-BA im Zusammenhang mit den Mindestmengen ist grundsätzlich zu begrüßen. Ebenso wird begrüßt, dass für eine abweichende Festlegung des G-BA ein engerer Austausch mit dem InEK erfolgen muss – dies unter anderem in Form von Stellungnahmen und der Anforderung von Datenauswertungen. Es besteht jedoch Nachbesserungsbedarf:

Durch die Einschränkung bleibt weiterhin eine Wechselwirkung mit Leistungen unberücksichtigt, zu denen der G-BA bereits Mindestmengen festgelegt hat und bei denen bereits eine Leistungskonzentration stattgefunden hat. Aus diesem Grund muss in § 40 KHG festgelegt werden, dass Leistungen von der Regelung in § 40 KHG ausgenommen werden, für die bereits Mindestmengen vom G-BA festgelegt wurden. Das InEK hat in seinen Arbeiten zur Ermittlung der Indikationsbereiche gemäß § 40 Absatz 1 KHG die Zusammenarbeit mit der Deutschen Krebsgesellschaft und dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aufgenommen. Im Rahmen dieser Zusammenarbeit wurden bereits Krebserkrankungen aufgrund ihres seltenen Vorkommens berücksichtigt und für einen eigenen Indikationsbereich als ungeeignet erkannt. Insofern hat das InEK bereits die Kritik der Fachgesellschaften berücksichtigt, dass ein pauschaler Perzentilansatz bei seltenen Krankheitsbildern zu Versorgungslücken führen kann. Damit diese Regelung nicht zu einer Aufweichung eines guten Konzentrationsprozesses führt, sollte dem G-BA aus Sicht der Ersatzkassen daher stattdessen die Kompetenz eingeräumt werden, höhere Prozentzahlen festzulegen. Dies unter der Voraussetzung, dass eine flächendeckende

Versorgung nicht gefährdet wird. Auch sollte dies erst geschehen, nachdem das InEK seine Arbeiten gemäß § 40 Absatz 2 KHG abgeschlossen hat und eine Bereinigung um Gelegenheitsversorger mit sehr niedrigen Leistungsmengen bereits erfolgt ist.

Änderungsvorschlag

1. Satz 1 der vorgesehenen Regelung wird durch folgenden Satz ersetzt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss kann für einen nach § 40 Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes definierten Indikationsbereich ab dem [einsetzen: Datum des letzten Tages des vierten auf die Verkündung dieses Gesetzes folgenden Kalendermonats] einen Anteil von mehr als 15 Prozent an der Anzahl der Fälle aller Einträge in der jeweiligen nach § 40 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes erstellten und sortierten Aufstellung von Krankenhausstandorten festlegen, bis zu dem das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach § 40 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes die Einträge aus der jeweiligen Aufstellung auszuwählen hat, sofern die Aufrechterhaltung einer flächendeckenden stationären Versorgung der Bevölkerung nicht gefährdet wird. § 40 Absatz 3 (neu) Krankenhausfinanzierungsgesetz gilt entsprechend.“

2. Satz 6 der vorgesehenen Regelung wird durch folgenden Satz ersetzt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss führt vor der Beschlussfassung eine Folgenabschätzung zu den Auswirkungen eines nach Satz 1 festgelegten Anteils von mehr als 15 Prozent auf die Krankenhausstandorte und auf die patienten- und bedarfsgerechte flächendeckende stationäre Versorgung der Bevölkerung mit onkochirurgischen Leistungen durch und bezieht deren Ergebnisse in die Entscheidung ein.“

3. Nach § 40 Absatz 2 KHG wird folgender Absatz 3 (neu) eingefügt:

„Ausgenommen von den Regelungen nach den Absätzen 1 und 2 sind Leistungen, welche einer Mindestmenge auf Grundlage von § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V unterliegen.“

4. § 40 Absatz 3 KHG wird zu Absatz 4.

Beabsichtigte Neuregelung

Die Prüfung der Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) nach § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) durch den MD auf Grundlage der Bestätigung, durch beispielsweise einen Wirtschaftsprüfer, wird gestrichen. Es handelt sich hierbei um eine Folgeänderung aufgrund der durchgängigen Streichung des Verweises in Anlage 1.

Bewertung

Die Streichung des Verweises auf die PpUGV mag formal als Beitrag zum Bürokratieabbau nachvollziehbar erscheinen. Inhaltlich ist sie jedoch höchst problematisch. Es muss unmissverständlich sichergestellt werden, dass die PpUG weiterhin als verbindliche, planungsrelevante Mindestkriterien von den Ländern berücksichtigt werden. Ohne diese Verankerung droht ein gravierender Fehlalarm, da Standorten Leistungsgruppen zugewiesen werden könnten, die dauerhaft nicht über das notwendige Pflegepersonal verfügen. Das verfügbare Pflegepersonal wird jedoch angesichts des demografischen Wandels zukünftig der limitierende Faktor für die Leistungserbringung sein. Eine alternde Gesellschaft wird vermehrt Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen, während gleichzeitig die Zahl der Fachkräfte, die dem Arbeitsmarkt zur Verfügung steht, kleiner wird. Das verfügbare Personal muss daher effizient auf die Krankenhausstandorte verteilt werden. Eine Krankenhausplanung, die diesen limitierenden Faktor ausblendet, würde mittelfristig die Versorgungssicherheit massiv gefährden.

Ferner sind die PpUG als pflegerischer Mindeststandard unabdingbar für die Patientensicherheit. Ein Krankenhaus, das wiederholt und deutlich die PpUG unterschreitet, kann keine sichere Versorgung erbringen. Einem solchen Standort Leistungsgruppen zuzuordnen, wäre fatal. Ein Bürokratieabbau darf nicht auf Kosten von Mindeststandards erfolgen und wird durch diese Neuregelung nicht erreicht. Die PpUG-Meldungen der Krankenhäuser liegen vor und könnten ohne größeren Aufwand mit in die Prüfung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen einfließen. Mit Blick auf die Patientensicherheit und den demografischen Wandel ist es daher unabdingbar, dass die PpUG als Qualitätskriterium für die Leistungsgruppenzuweisung verankert werden. Die verbindliche Geltung der PpUG muss in § 137i SGB V sowie in § 6a KHG festgehalten werden. Mit Fortschreibung der PpUGV muss dann auch eine Übertragbarkeit der PpUG auf die Leistungsgruppen sichergestellt werden. Nur unter diesen Bedingungen ist eine Streichung des Verweises auf die PpUGV an dieser Stelle und in der Anlage 1 sachgerecht.

Die MD sollten zudem die Aufgabe erhalten, die Anzahl an Kooperationen, die ein Krankenhaus anbietet (kooperationsgebendes Krankenhaus) bzw. in Anspruch nimmt, auszuwerten und den Planungsbehörden der Länder sowie den Krankenkassen auf Landesebene zur Verfügung zu stellen. Mit der so entstehenden Transparenz können diese erkennen, wenn Krankenhäuser unzulässig

viele Kooperationen anbieten und Ressourcen nicht mehr ausreichend für die eigenen Patient:innen einsetzen können. Darauf aufbauend könnten die Landesbehörden oder Krankenkassen im Land etwa den Versorgungsauftrag bei den betroffenen Krankenhäusern anpassen. Die Planungsbehörden sollten ebenso dazu verpflichtet werden, dem BMG jährlich über die Anbieter und Nehmer von Kooperationsleistungen zu berichten. Im Klinik-Atlas sollte zudem ebenfalls vermerkt werden, wenn die Mindestqualitätsvorgaben nur über Kooperationen sichergestellt werden können.

Änderungsvorschlag

1. Nach § 137i Absatz 2 SGB V wird folgender Absatz 2a eingefügt:
„Die in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) festgelegten Vorgaben gelten unabhängig von der Einführung oder Änderung von Leistungsgruppen für die in der Verordnung bestimmten Bereiche unverändert und sind von zugelassenen Krankenhäusern im Sinne des § 108 verbindlich einzuhalten.“
2. 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 (PpUGV) festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen“
3. § 275a SGB V wird um folgenden Absatz 12 ergänzt:
„(12) Der Medizinische Dienst wertet die nach Absatz 1 erhobenen Daten zu Kooperationen in Hinblick auf Art, Gegenstand und Häufigkeit pro Krankenhausstandort aus. Dabei ist zu unterscheiden, ob ein Krankenhausstandort eine Kooperation in Anspruch nimmt oder eine Kooperation für einen anderen Krankenhausstandort erbringt. Der Medizinische Dienst übermittelt seine Auswertungen erstmalig zum 30.09.2026 für den vorangegangenen Zeitraum und in der Folge jährlich bis zum 31.03. für das vorangegangene Kalenderjahr an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen.“ Die Planungsbehörden teilen dem BMG jährlich zum 31.12. erstmals zum 31.12.2027 mit, welcher Krankenhausstandort im jeweiligen Bundesland in welchem Umfang Kooperationen anbietet und welcher Standort der Kooperationsnehmer ist. Diese Daten werden ebenfalls dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) übergeben und im Klinik-Atlas für die jeweiligen Krankenhausstandorte veröffentlicht.

Beabsichtigte Neuregelung

Die Frist für den ersten Bericht der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene zur Auswirkung der Krankenhausreform wird vom 31.12.2028 auf den 31.07.2027 vorverlegt.

Mit dem Kabinettsentwurf wird ergänzt, dass der Bericht insbesondere die Auswirkungen bei Krankenhäusern berücksichtigen soll, die die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen nicht erfüllen. Zudem soll über die Einführung der Fachkliniken berichtet werden.

Bewertung

Die Anpassung wird kritisch gesehen. Die Vorverlegung des ersten Evaluierungsberichts auf den 31.07.2027 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 vorfrüher Bericht könnte auf unzureichender Datengrundlage zu falschen Schlussfolgerungen führen und den Reformprozess fehlleiten.

Die Ergänzung des Berichts um Fachkrankenhäuser und Krankenhäuser, die die Qualitätsanforderungen nicht erfüllen, ist sachgerecht.

Änderungsvorschlag

Die Fristangabe in § 427 Satz 1 wird gestrichen.

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird ergänzt, dass auch nach § 108 Nummer 4 SGB V zugelassene Krankenhäuser die Qualitätskriterien erfüllen müssen. Für Länder, die bis zum 31.12.2024 Leistungsgruppen zugewiesen haben, gilt eine Übergangsregelung.

Länder können bei der Zuweisung der Leistungsgruppen Ausnahmen trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien nur noch im Einvernehmen mit den Krankenkassen festlegen. Dabei entfallen die Erreichbarkeitskriterien zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung. Ausnahmen sind auch bei Betriebseinstellungen oder Zusammenlegungen möglich, können jedoch nur noch befristet auf drei Jahre ohne Verlängerungsmöglichkeit festgelegt werden. Für Standorte auf der Liste der bedarfsnotwendigen ländlichen Krankenhäuser ist eine unbefristete Ausnahme nun ohne Auflagen möglich.

Die Frist für die Mitteilung der Zuweisung der Leistungsgruppen an das InEK wird im Rahmen der Verschiebung der Vorhaltefinanzierung auf den 30.09.2027 angepasst. Wenn das Land die Leistungsgruppen bereits 2025 oder 2026 mitteilt, berechnet das InEK die Vorhaltefinanzierung informativ.

Bewertung

Die Festlegung, dass Bundeswehrkrankenhäuser die Qualitätsvorgaben der zugewiesenen Leistungsgruppe erfüllen müssen, wird begrüßt.

Die Übergangsregelung, die de facto für Nordrhein-Westfalen (NRW) Anwendung finden soll, ist in ihrer Zielsetzung, nicht jedoch in der derzeit geplanten Umsetzung nachvollziehbar. Sie bedeutet, 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 einer zusätzlichen bürokratischen Belastung dringend unterbleiben.

Grundsätzlich werden Ausnahmeregelungen hinsichtlich der Erfüllung von Qualitätskriterien kritisch gesehen. Aus Sicht der Ersatzkassen sollte der Schutz der Patienten über dem Schutz von Institutionen stehen. Insbesondere wird es mit der neuen Regelung einer gefährdeten Sicherstellung in das Ermessen jedes einzelnen Landes gestellt, wann diese vorliegt. Verbindliche Kriterien fehlen. Es sollten daher mindestens bundeseinheitlich verbindliche Fahrzeitminuten vorgegeben werden, und zwar medizinisch differenziert für die verschiedenen Leistungsgruppen. Entsprechend sachgerechte Vorschläge hatte der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) bereits in seiner Stellungnahme zum Krankenhaus-versorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) gemacht.

Positiv ist, dass Länder die Ausnahmen zur Erfüllung der Mindestqualitätsvorgaben nur im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen anwenden können. Verbunden damit sollte zwischen Land und

Krankenhaus eine schriftliche Zielvereinbarung geschlossen werden, die Schritte und Zuständigkeiten hin zur Erfüllung der Qualitätskriterien festlegt. Ziel ist, dass das Land und das Krankenhaus sich darüber verständigen, welche konkreten Maßnahmen durch wen, bis wann hin zur Erfüllung erforderlich sind. Die Befristungen, Einvernehmensherstellungen und die Einführung dezidierter krankenhausesindividueller Zielvereinbarungen mit konkreten Handlungsschritten sollten ebenfalls für Kooperationen und Verbünde gelten. Die Qualitätskriterien müssen in einem engen Zeitfenster an allen Standorten erfüllt werden, die eine Leistungsgruppe anbieten.

Problematisch ist, dass nunmehr Länder bei allen Leistungsgruppen Ausnahmen bei den Qualitätskriterien vornehmen können und es keinerlei rote Linien mehr gibt, die ein Mindestmaß an Qualität für die Versorgung von Patienten im Rahmen der Krankenhausplanung sicherstellen. Im KHVVG gab es noch die Einschränkung, dass Länder bei bestimmten Leistungsgruppen keine Ausnahmen erteilen konnten – wenn dies der Leistungsgruppenausschuss so festgelegt hatte (§ 135e Absatz 1 Nummer 4 SGB V alt). Dies entfällt nun mit der Neuregelung und wird vehement abgelehnt.

Die Anpassung der Meldefristen der zugewiesenen Leistungsgruppen an das InEK dient einer realitätsnahen Umsetzung der Reform.

Änderungsvorschlag

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

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

[Änderungsvorschlag ergibt sich aus der Bewertung und dem Änderungsvorschlag zu § 275a SGB V (Artikel 1, Nummer 11a)]

2. Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort Leistungsgruppen nach Absatz 1 Satz 1 zuweisen, obwohl abweichend von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Voraussetzungen das Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt, wenn

1. dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist oder
2. der Betrieb des jeweiligen Krankenhausstandortes vollständig oder teilweise eingestellt wird und die Zuweisung der Leistungsgruppen für die Umsetzung der Betriebseinstellung zwingend erforderlich ist

und dies für die jeweilige Leistungsgruppe nicht durch die Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

ausgeschlossen ist. Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich, wenn ein anderer Krankenhausstandort, für den die jeweilige Leistungsgruppe zugewiesen ist für einen erheblichen Teil der Einwohner des Einzugsbereichs des Krankenhausstandorts, für den die Leistungsgruppe zugewiesen werden soll, nicht innerhalb der in Anlage 2 genannten Fahrzeit mit einem Kraftfahrzeug erreichbar ist.

Vor der Zuweisung einer Leistungsgruppe in **den** in Satz 1 genannten **Fällen** hat die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde zu prüfen, ob die für die Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden nach § 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 8 Satz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt werden können. Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist in **den** in Satz 1 genannten **Fällen** auf höchstens drei Jahre zu befristen. Wenn ein Krankenhausstandort in dem in Satz 1 Nummer 1 genannten Fall zum Zeitpunkt der Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppe in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist, kann die Leistungsgruppe abweichend von Satz 3 unbefristet zugewiesen werden. Mit der Zuweisung ist das Krankenhaus in dem in Satz 1 Nummer 1 genannten Fall **schriftlich** zu verpflichten, an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien innerhalb einer angemessenen Frist zu erfüllen. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann sich vor Erteilung einer Auflage nach Satz 5 hierzu durch den Medizinischen Dienst beraten lassen. **In der schriftlichen Vereinbarung ist festzulegen, wer und bis wann welche konkreten Maßnahmen ergreift, damit die Qualitätskriterien erfüllt werden können.** Bei der Entscheidung über die Erklärung des in Satz 1 genannten Einverständnisses handeln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich. Das Einverständnis nach Absatz 4 Satz 1 umfasst auch Entscheidungen zu Kooperationen und Verbünden, wenn Qualitätskriterien an einem Standort nicht erreicht werden und die Leistungsgruppe zur Sicherstellung der Versorgung zugewiesen wird.“

Es wird eine neue Anlage 2 ergänzt, die die Fahrtzeitminuten pro Leistungsgruppe festlegt (vgl. hierzu die Stellungnahme des GKV-SV).

Alternativer Änderungsvorschlag

Hilfsweise sollte wieder zur im KHVVG getroffenen Fahrzeitregelung zurückgekehrt werden.

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht die Umstellung der Finanzierung des Krankenhaustransformationsfonds aus Bundesmitteln statt GKV-Mitteln vor, wobei der durch den Bund bereitzustellende Betrag auf insgesamt 29 Milliarden Euro angehoben wurde. Auch Hochschulklinken sollen künftig von bestimmten Fördertatbeständen profitieren. Die Antragsfrist wird gestrichen, ebenso die Verpflichtung zum Nachweis der Prüfung des Insolvenzrisikos.

Es werden ein Sonderzuwendungsrecht gegenüber der Bundeshaushaltsordnung (BHO) geschaffen und Vorschriften im Zusammenhang mit der Beteiligung der privaten Krankenversicherung (PKV) an der Finanzierung gestrichen. Zudem erfolgt eine Regelung der Rückführung nicht verwendeter Mittel an den Bund.

Bewertung

Die Regelungen zur Verteilung der Kosten des Krankenhaustransformationsfonds werden ausdrücklich begrüßt. Grundsätzlich sollte über die Anträge zum Transformationsfonds erst entschieden werden, wenn die Zuweisung der Leistungsgruppen durch die Länder erfolgt ist. Daher sollte in § 12 geregelt werden, dass im Jahr 2026 nicht ausgeschöpfte Mittel im Land verbleiben und auf das Folgejahr übertragen werden.

Die im KHVVG vorgesehene Regelung, dass übriggebliebene Mittel aus dem Strukturfonds an den Krankenhaustransformationsfonds übertragen werden, muss jedoch gestrichen werden. Die Mittel müssen an die GKV zurückgeführt werden. Dies würde sonst dazu führen, dass der Bund Beitragsmittel der GKV verwendet.

Die Festschreibung der Investitionskosten bis 2035 auf das durchschnittliche Niveau der Jahre 2021 bis 2023 und einmalig gesteigert um den Orientierungswert 2024 ist problematisch. Der Anteil der Investitionskosten an den Betriebskosten wird so immer kleiner. Es sollte eine jährliche Steigerung der festgeschriebenen durchschnittlichen Investitionsmittel um den Orientierungswert erfolgen und als Fördervoraussetzung festgeschrieben werden.

Positiv zu bewerten ist, dass die Krankenkassen weiter an den Entscheidungen beteiligt sind. Die Länder sollten jedoch weiterhin das Insolvenzrisiko prüfen, insbesondere um Folgekosten im Betriebskostenbereich im Rahmen einer Insolvenzverschleppung zu vermeiden. Insofern ist die durch das KHAG vorgesehene Streichung wieder aufzuheben.

Änderungsvorschlag

§ 12a Absatz 2 Satz 4 KHG wird gestrichen.

In § 12b werden in Absatz 3 Satz 2 hinter der Zahl „2024“ die Worte „und für die Folgejahre bis 2033“ eingefügt.

Beabsichtigte Neuregelung

Die Finanzierung des Transformationsfonds soll künftig durch Bund und Länder erfolgen, sodass die Fördervorhaben des Transformationsfonds nicht mehr im Einvernehmen mit den Landesverbänden und den Ersatzkassen erfolgen müssen. Hier reicht nun aus, dass ein Einvernehmen angestrebt werden soll.

Bewertung

Diese Aufweichung ist kritisch zu sehen. Dass die Entscheidungen der Länder über die Anträge der Vorhaben im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen erfolgen müssten, folgt den Erfahrungen bei der Umsetzung der Leistungsgruppenplanung in NRW. Hier haben die Krankenkassen unter Beweis gestellt, dass sie verantwortungsvoll und partnerschaftlich bei der Umsetzung des dortigen Strukturwandels umgehen konnten. Darüber hinaus ist zu bedenken, dass die Krankenkassen die Folgekosten aus den Vorhaben zum Transformationsfonds vollumfänglich finanzieren müssen.

Änderungsvorschlag

Der neue § 13 KHG ist zu streichen.

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird geregelt, dass das InEK bei der Auswahl der Krankenhausstandorte einen Beschluss des G-BA nach § 136c Absatz 1 SGB V berücksichtigt, sofern der G-BA für diesen Indikationsbereich eine niedrigere Prozentzahl als die ansonsten gesetzlich vorgesehene Zahl von 15 Prozent festgelegt hat. Das InEK hat seine Liste der ausgewählten Standorte entsprechend zu aktualisieren. Die (aktualisierte) Liste der ausgewählten Standorte übermittelt das InEK dem IQTIG und der nach § 135d Absatz 1 Satz 3 SGB V benannten Stelle.

Bewertung

Bei der Berücksichtigung von durch den G-BA festgelegten niedrigen Prozentzahlen handelt es sich um eine Folgeänderung aufgrund der Änderung von § 136c SGB V. Im Zusammenhang mit der Bewertung zu § 136c SGB V besteht an § 40 KHG Nachbesserungsbedarf. So bleiben in § 40 KHG weiterhin Wechselwirkungen mit Leistungen, zu denen der G-BA bereits Mindestmengen festgelegt hat und bei denen bereits eine Leistungskonzentration stattgefunden hat, unberücksichtigt. Aus diesem Grund ist es notwendig, dass in § 40 KHG festgelegt wird, dass Leistungen, für die bereits Mindestmengen vom G-BA festgelegt wurden, von der Regelung in § 40 KHG ausgenommen werden.

Bei onkologischen Leistungen, für die es bisher keine anderweitige Mindestmengen gibt, wird durch das Vorgehen mit einem einzigen Bezugsjahr vor allem eine große Anzahl an Gelegenheitsversorgern mit sehr niedrigen Leistungsmengen identifiziert werden. In der Folge verbleiben demnach viele Krankenhäuser mit einer immer noch geringen Leistungsmenge in der Versorgung. Bei onkologischen Leistungen, bei denen es bereits Mindestmengen gibt (z. B. Mamma-Ca-Chirurgie), ist hingegen bereits eine Bereinigung um Gelegenheitsversorger erfolgt. Für diese Leistungen erfolgt eine doppelte Bereinigung und damit eine deutlich stärkere Reduktion von Leistungserbringern.

Ferner hat das InEK in seinen bisherigen Arbeiten zur Ermittlung der Indikationsbereiche bereits Krebserkrankungen aufgrund ihres seltenen Vorkommens berücksichtigt und für einen eigenen Indikationsbereich als ungeeignet erkannt. Aus Sicht der Ersatzkassen sollte dem G-BA in § 136c SGB V daher stattdessen die Kompetenz eingeräumt werden, höhere Prozentzahlen festzulegen.

Änderungsvorschlag

1. Die Regelung in Absatz 2 Satz 2 und 3 wird wie folgt formuliert:

„Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus wählt aus jeder der nach Satz 1 erstellten und sortierten Aufstellungen von Krankenhausstandorten die obersten Einträge bis einschließlich zu jenem Eintrag aus, bei dem die Summe der Anzahl der Fälle aller vorhergehenden Einträge erstmals einem der folgenden Anteile an der Anzahl der Fälle aller Einträge in der jeweiligen Aufstellung entspricht:

1. einem Anteil in Höhe von mindestens 15 Prozent oder
2. für den Fall, dass der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß § 136c Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einen Anteil von **mehr** als 15 Prozent festgelegt hat, einem Anteil in Höhe von mindestens diesem festgelegten Anteil;

sofern die Anzahl der Fälle mehrerer Krankenhausstandorte gleich hoch ist und die Auswahl jedes dieser Krankenhausstandorte dazu führen würde, dass der nach dem ersten Halbsatz geltende Anteil an der Anzahl der Fälle aller Einträge in der jeweiligen Aufstellung erreicht oder überschritten würde, sind alle diese Krankenhausstandorte auszuwählen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht bis zum 31. Mai 2027 eine nach den nach Absatz 1 Satz 3 definierten Indikationsbereichen differenzierte Liste der nach Satz 2 ausgewählten Krankenhausstandorte barrierefrei auf seiner Internetseite und ordnet zum Zweck der Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis nach § 135d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Indikationsbereiche, nach der die Liste zu differenzieren ist, den jeweils nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Leistungsgruppen zu; für den Fall, dass der Gemeinsame Bundesausschuss nach der Veröffentlichung der Liste gemäß § 136c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einen Anteil von **mehr** als 15 Prozent festlegt, trifft das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erneut eine Auswahl nach Satz 2, aktualisiert die im ersten Halbsatz genannte Liste und veröffentlicht die aktualisierte Liste barrierefrei auf seiner Internetseite.“

2. Folgender Absatz 2 wird eingefügt:

„Ausgenommen von den Regelungen nach den Absätzen 1 und 2 sind Leistungen, welche einer Mindestmenge auf Grundlage von § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V unterliegen.“

3. Absatz 3 wird zu Absatz 4.

4. Die Gesetzesbegründung ist an mehreren Stellen zu überarbeiten. Beispielsweise entspricht die Begründung zu Absatz 1 zu Satz 3 nicht der vorgesehenen Regelung. Eine Begründung zu Absatz 2 zu Satz 4 fehlt gänzlich.

Beabsichtigte Neuregelung

In NRW sollen bis 2030 keine Vorhaltebudgets eingeführt werden. Stattdessen sollen in NRW die derzeitigen Budget- und Abrechnungsregeln bis 2030 weitergelten.

Bewertung

Die Regelung verursacht für Krankenkassen und Krankenhäuser unnötige bürokratische Aufwände, da in NRW und dem restlichen Bundesgebiet bis 2030 zwei unterschiedliche Abrechnungssysteme gepflegt und in Teilen aneinander angepasst werden müssen.

Zudem werden die Krankenhäuser in NRW und im restlichen Bundesgebiet in der Budgetverhandlung ungleich behandelt. In NRW soll weiterhin der Fixkostendegressionsabschlag und der Mindererlösausgleich gelten, was im restlichen Bundesgebiet mit der Einführung der Vorhaltefinanzierung entfällt. Dies könnte zu finanziellen Verwerfungen führen.

Änderungsvorschlag

Für NRW sollten die bundesweiten Budget- und Abrechnungsregeln gelten.

Zu Artikel 3 Nummer 6b)
§ 6b Absatz 2 KHEntgG

Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Feststellung von Ausnahmen von den Mindestvorhaltezahlen durch das Land entfallen die Erreichbarkeitskriterien, die bisher definieren, wann ein Krankenhaus zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist (siehe § 6a KHG).

Bewertung

Durch die Streichung der Erreichbarkeitskriterien der Leistungsgruppen können die Länder eigenständig festlegen, welche Krankenhäuser von den Mindestvorhaltezahlen ausgenommen werden sollen. Damit wird das sinnvolle Instrument der Mindestvorhaltezahlen ad absurdum geführt. Ausnahmen sollten nur im Einvernehmen mit den Kassen im Land ermöglicht werden.

Änderungsvorschlag

In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Satzteil „Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann“ die Wörter „im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen“ eingefügt.

Beabsichtigte Neuregelung

Der Orientierungswert soll zukünftig die Kostenentwicklung des vorhergehenden Kalenderjahres angeben (statt des ersten Halbjahrs des laufenden Jahres und des zweiten Halbjahres des Vorjahres). Zudem wird die Pflicht zur Datenübermittlung an das Statistische Bundesamt auf zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V beschränkt.

Die Delegationsmöglichkeit der Festlegung der für den Orientierungswert zu erhebenden Daten an das Statistische Bundesamt wurde im Kabinettsentwurf gestrichen.

Bewertung

Das Kalenderjahr eignet sich als Zeitraum für den Orientierungswert, da es einen Abgleich mit Wirtschaftsprüfertestaten ermöglicht, die sich ebenfalls auf ein Kalenderjahr beziehen. Allerdings weicht der Zeitraum für den Orientierungswert dann vom Zeitraum der Grundlohnrate ab. Vor diesem Hintergrund sollte die Meistbegünstigungsklausel dauerhaft gestrichen werden, die besagt, dass der jeweils höhere Wert Grundlage für die Vereinbarung des Veränderungswerts ist. Das Maß für die Ausgaben sollten die Einnahmen sein. Dementsprechend sollte die Meistbegünstigungsklausel umgekehrt werden.

Grundsätzlich besteht aber das gravierende Problem, dass die Krankenhäuser ungeprüfte Daten an das Statistische Bundesamt melden, die dann als Grundlage für die Ausgabenentwicklung der Krankenkassen herangezogen werden. Es bedarf einer klaren Regelung, wie diese Meldedaten plausibilisiert und verifiziert werden können. Dies sollte in den Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen geschehen, da diese schließlich auf die Folgekosten durch den Orientierungswert zu tragen haben.

Die mit dem Sparpaket der Bundesregierung vorgesehene Entlastung der GKV wird durch die Regelungen zur vollständigen Tarifrefinanzierung konterkariert. Nach dieser Regelung müssen Tarifsteigerungen oberhalb der Obergrenze gesondert refinanziert werden. Bei einer Absenkung der Obergrenze müsste daher eine entsprechend höhere Tarifraten bezahlt werden. Nach Schätzung des vdek würde sich dies 2026 auf 500 Millionen Euro summieren. Um tatsächlich 1,7 Milliarden Euro einzusparen, sollte aus Sicht des vdek die vollständige Tarifrefinanzierung zumindest für das Jahr 2026 ausgesetzt werden.

Änderungsvorschlag

§ 10 Absatz 5 ist zu streichen.

§ 10 Absatz 6 wird wie folgt geändert:

- In Satz 6 werden am Ende des Satzes die Wörter „der Veränderungsrate“ durch „dem Orientierungswert“ ersetzt.

- In Satz 7 wird der Satzteil nach dem Komma durch „entspricht der Veränderungswert der Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

In § 10 Absatz 6 in der Fassung des KHAG werden in Satz 4 nach den Worten „Zwecke nach Satz 1“ die Worte „die im Rahmen der Vereinbarungen nach § 11 und § 11 BPflV **geprüften**“ eingefügt.

Zu Artikel 4 Nummer 2b)
§ 3 Absatz 1 Satz 1 KHTFV

Beabsichtigte Neuregelung

Hochschulkliniken sollen von den aufgeführten Fördertatbeständen des Krankenhaustransformationsfonds profitieren können.

Bewertung

Die Änderung ist folgerichtig.

Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Regelung, wonach bei Antragsstellung ein Nachweis darüber erfolgen muss, dass das Insolvenzrisiko der an dem Vorhaben beteiligten Krankenhäuser mit einem vom jeweiligen Krankenhausträger beauftragten Testat einer Wirtschaftsprüferin oder eines Wirtschaftsprüfers geprüft wurde und das bestätigt, dass in der Betrachtung der Jahresprognose keine Insolvenzgründe nach Insolvenzordnung vorliegen, wird gestrichen.

Bewertung

Wie bereits zu § 12b KHG dargelegt, sollten die Länder weiterhin verpflichtet werden, das Insolvenzrisiko zu prüfen.

Änderungsvorschlag

Die bisher gesetzlich vorgesehene Regelung in § 4 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 der Verordnung wird beibehalten.

3. Ergänzender Änderungsbedarf

Aussetzen der Meistbegünstigungsklausel und der Tarifierfinanzierung

Als Obergrenze für die Steigerung der Landesbasisfallwerte (LBFW) und Psychiatrie-Budgets 2026 soll der Orientierungswert von 2,98 Prozent festgelegt werden. Somit soll die Meistbegünstigungsklausel ausgesetzt werden, nach der die Grundlohnrate von 5,17 Prozent zur Obergrenze geworden wäre. Nach Ansicht des BMG könnten mit dieser Regelung im Jahr 2026 1,8 Milliarden Euro eingespart werden, was aufgrund der engen Finanzsituation der Krankenkassen dringend notwendig ist. Der vdek fordert demnach ein dauerhaftes Aussetzen der Meistbegünstigungsklausel, denn die Krankenhäuser erhalten trotzdem eine ausreichende Finanzierung, da der Orientierungswert ihre tatsächlichen Kostensteigerungen abbildet.

Allerdings wird die Sparmaßnahme durch die Regelungen zur vollständigen Tarifierfinanzierung konterkariert. Nach dieser Regelung müssen Tarifsteigerungen oberhalb der Obergrenze gesondert refinanziert werden. Bei einer Absenkung der Obergrenze müsste daher eine entsprechend höhere Tarifrater bezahlt werden. Nach Schätzung des vdek würde sich dies allein für 2026 auf 500 Millionen Euro summieren. Im Bereich des Pflegebudgets gibt es darüber hinaus überhaupt keine Ausgabenbegrenzung.

Um tatsächlich 1,8 Milliarden Euro einzusparen, sollte aus Sicht des vdek die vollständige Tarifierfinanzierung zumindest für das Jahr 2026 ausgesetzt werden. Darüber hinaus sollte auch die Steigerung des Pflegebudgets auf den Orientierungswert begrenzt werden. Der vdek und die Ersatzkassen fordern deshalb, die vollständige Tarifierfinanzierung auch über 2026 hinaus abzuschaffen. Die Erfahrung der vergangenen Jahre hat gezeigt, dass dadurch ein kontraproduktiver Anreiz für einen ressourcenschonenden Einsatz von medizinischem Fachpersonal gesetzt und eine starke Ausgabendynamik verursacht wurde. Sofern eine vollständige Abschaffung nicht möglich ist, sollte für die Berechnung der Tarifrater nicht der Gesamtorientierungswert, sondern der Teilorientierungswert Personalkosten angesetzt werden.

Änderungsvorschläge

§ 6a KHEntgG wird folgender neuer Absatz 8 angefügt:

„Das Pflegebudget darf das um den Teilorientierungswert Personalkosten erhöhte Pflegebudget des Vorjahres nicht überschreiten. Ab dem Jahr 2026 ist ein Ausgleich der Mehrkosten gemäß Satz 3 ausgeschlossen.“

§ 10 Absatz 5 KHEntgG wird gestrichen.

In § 10 Absatz 6 KHEntgG werden die Sätze 6 und 7 wie folgt angepasst:

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

Aufhebung der Mandatsbegrenzung für ehrenamtliche Mitglieder des Medizinischen Dienstes

Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

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

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

„[...] Das Nähere, insbesondere zur Wahl der oder des Vorsitzenden und der Stellvertreterin oder des Stellvertreters, regelt die Satzung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1. § 40 Absatz 1 Satz 1 und 2, Absatz 2 und 3, die §§ 41, 42 Absatz 1 bis 3 des Vierten Buches, § 217b Absatz 1 Satz 3 und Absatz 1a bis 1e und

§ 279 Absatz 4 Satz 4 bis 9, Absatz 5 Satz 5 und Absatz 6 gelten entsprechend. Die Vertreter nach Satz 2 Nummer 3 sind nicht stimmberechtigt. Personen, die Mitglieder des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sind, können nicht gewählt werden.“

Begründung

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

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

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Herausforderungen wird vorgeschlagen, die Begrenzungen der Anzahl der Ehrenämter sowie der Amtsperioden für kassenseitige Vertreter:innen in den Verwaltungsräten der MD aufzuheben. Die entsprechenden Regelungen in § 279 Absatz 4 und 6 SGB V sollten gestrichen oder so angepasst werden, dass eine gleichberechtigte Amtsausübung aller Mitgliedergruppen in der Selbstverwaltung möglich ist.

Die Aufhebung dieser Begrenzungen würde die Besetzbarkeit der Gremien deutlich verbessern, da sie den Kreis potenzieller Kandidat:innen erweitert und die Möglichkeit schafft, erfahrene und engagierte Mitglieder längerfristig einzubinden. Zudem ermöglicht die Aufhebung der Mandatsbegrenzungen eine trägerübergreifende Perspektive, die für die inhaltliche Arbeit in der Selbstverwaltung von großem Wert ist. Die Möglichkeit, Erfahrungen aus verschiedenen Bereichen der Sozialversicherung einzubringen, fördert die Qualität der Entscheidungsfindung und trägt zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems bei. Soweit aber die Ämterhäufung innerhalb der Gemeinschaft der MD in Rede stand, hätte diese Häufung aufgrund des inneren Zusammenhangs der gemeinsamen Aufgaben und Interessen nicht zu einem potenziellen Konflikt geführt. Schließlich würde die Gleichbehandlung aller Mitgliedergruppen innerhalb der Verwaltungsräte hergestellt, was aus rechts- und gleichstellungspolitischer Sicht geboten erscheint. Eine Aufhebung der Begrenzung auf zwei Amtszeiten entspräche im Übrigen der allgemeinen Regelung der Amtszeiten

der Selbstverwaltungsorgane der Sozialversicherung gemäß § 58 SGB IV, die u. a. auch für den GKV-SV (§ 217b Absatz 1 Satz 3 SGB V) gelten.

Im Rahmen einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Verwaltungsräte ist es erforderlich, das Ehrenamt zu stärken und von bürokratischen Hürden zu befreien. Ein attraktiver, stabiler und leistungsfähiger Verwaltungsrat trägt entscheidend zur Unabhängigkeit der MD bei.

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

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Askanischer Platz 1
10963 Berlin
Tel.: 030/2 69 31 – 0
Fax: 030/2 69 31 – 2900
Politik@vdek.com

DGOU-Geschäftsstelle · Straße des 17. Juni 106-108 · 10623 Berlin

Johanna Sell
Leiterin der Unterabteilung 21
Gesundheitsversorgung,
Krankenhauswesen
Bundesministerium für Gesundheit

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)49(5)
gel. VB zur öffent. Anh. am
17.12.2025 - KHAG
11.12.2025

DGOU e. V.
Straße des 17. Juni 106-108
(Eingang Bachstraße)
10623 Berlin
Tel.: +49 (0)30 340 60 36 00
office@dgou.de

Nachrichtlich per Mail: Per Mail: 216-krankenhausreform@bmg.bund.de

Berlin, 20.08.2025

Eingabe

**der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU),
der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC),
der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU),
zum Krankenhausreform-Anpassungsgesetz (KHAG)**

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,

DGOU, DGOOC und DGU unterstützen das Ziel der Bundesregierung, mit der Krankenhausreform die Qualität der Krankenversorgung zu verbessern und bedanken sich für die Möglichkeit, zum Entwurf des KHAG Stellung zu nehmen. Prinzipiell schließen wir uns der ausführlichen Stellungnahme der AWMF an.

Wir möchten zusätzlich auf die geänderte Regelungen der personellen Voraussetzungen zur Leistungsgruppe 14 „Allgemeine Chirurgie“ (Punkt 13, Seite 32) und zum Thema Fachkrankenhäuser (Punkt 3) eingehen.

Details dazu finden Sie in dem Kommentarformblatt (Anlage 1)

Der Änderungsvorschläge begründen sich wie folgt:

Nach dem derzeitigen Entwurf ist es vorgesehen, dass ein Facharzt für Allgemeinchirurgie durch je einen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie für Viszeralchirurgie ersetzt werden kann. Diese Regelung wird von Seiten der DGOU, der DGOOC und der DGU prinzipiell befürwortet, da der Facharzt für Allgemeinchirurgie die Spezialisierung in der Chirurgie nur noch sehr bedingt abbilden kann. Dementsprechend wird er auch nur sehr selten weitergebildet mit deutlich rückläufigen Zahlen. Die Anzahl der absolvierten Facharztprüfungen lag im Jahr 2021 bei 181 für Allgemeinchirurgie bzw. 31 für Allgemeine Chirurgie, im Jahr 2022 bei 174 bzw. 20 und im Jahr 2023 bei 153 bzw. 18 Kolleginnen und Kollegen. Die letzte Statistik der BÄK von 2024 weist 143 Prüfungen für Allgemeinchirurgie und 24 für Allgemeine Chirurgie aus. Zudem ist jetzt schon die Zahl der Fachärzte für Allgemeinchirurgie begrenzt. Zum 31.12.2024 waren laut BÄK 41.439 Ärzte im Gebiet Chirurgie tätig. Hiervon waren nur 1333 Ärzte für Allgemeinchirurgie und 667 Ärzte für allgemeine Chirurgie. Ärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie waren mit 15.212 Fachärzten die größte Gruppe. Dies zeigt, dass eine Einbeziehung der Allgemeinchirurgie oder allgemeinen Chirurgie in die Leistungsgruppensystematik zu einer gravierenden Unterversorgung führen wird. Bei einem Weiterbildungszyklus von etwa zehn Jahren wird sich diese Situation erkennbar nicht ändern.

Insofern ist es gut, dass im KHAG die Möglichkeit der o. g. Substitution eines Facharztes für Allgemeinchirurgie durch den FÄ für Orthopädie und Unfallchirurgie und Viszeralchirurgie eingeführt wurde.

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Zugleich ist im KVVHG jedoch prinzipiell ausgeschlossen, dass die Fachärzte, welche in einer allgemeinen Leistungsgruppe eingesetzt werden, gleichzeitig den spezialisierten Leistungsgruppen zugerechnet werden können. Dies hat zur Folge, dass für alle spezialisierten LG in der Chirurgie mindestens 6 Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie bzw. Viszeralchirurgie vorgehalten werden müssen, da immer die LG 14 "Allgemeine Chirurgie" am Standort als Voraussetzung gefordert wird. Für einen Standort mit der LG Spezielle Traumatologie wären sogar 8 Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie notwendig

Aus Sicht der DGOU, der DGOOC und DGU birgt diese Regelung sehr gravierende Risiken für die Versorgungssicherheit in der Fläche. Krankenhäuser müssten, um die Vorgaben erfüllen zu können, unverhältnismäßig viele Fachärzte in beiden LG Bereichen (allgemein und spezialisiert) parallel vorhalten. Angesichts der bereits bestehenden Personalengpässe gerade in ländlichen Regionen im Bereich der Chirurgie ist dies weder realistisch noch organisatorisch leistbar.

Die DGOU, DGOOC und DGU machen daher folgenden Änderungsvorschlag (Ergänzung) für das KHAG Seite 32, Qualitätsanforderung LG 14 Allgemeine Chirurgie; Spalte Personelle Ausstattung:

"Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie, die in der Leistungsgruppe 14 „Allgemeine Chirurgie“ als Substitution für einen Facharzt Allgemeinchirurgie eingesetzt werden, sind gleichzeitig in ihren jeweiligen spezialisierten Leistungsgruppen anrechenbar. "

Es ist uns auch ein wichtiges Anliegen, darauf hinzuweisen, dass die Leistungsgruppe 14 "Allgemeine Chirurgie" einen grundsätzlichen Konstruktionsfehler aufweist, von dem unser Fach Orthopädie und Unfallchirurgie in besonderer Weise betroffen ist. Die Leistungsgruppe dient dazu, eine allgemeine chirurgische Grundversorgung in der Fläche von Universitätskliniken bis hin zu Land- und Stadtkrankenhäusern sowie Fachkliniken sicherzustellen. Andererseits finden sich in dieser Leistungsgruppe Versorgung aus unserem Bereich, die eine hohe Spezialisierung voraussetzen wie Teile der Traumatologie, Tumororthopädie, gelenkerhaltende Operationen, große Weichteileingriffe, Kinder- und Jugendorthopädie und -traumatologie, Schmerztherapie mit nicht-operativen Verfahren sowie Frührehabilitation. Für diese Bereiche sind die personellen Voraussetzungen nicht geeignet. Ganz im Gegenteil finden sich in dieser Leistungsgruppe 14 zahlreiche Inhalte, die durch einen Allgemeinchirurgie überhaupt nicht bedient werden können, da dieser die Kompetenz hierfür in der Facharztweiterbildung definitiv nicht erworben hat. Für diese Inhalte bedarf es auch keines zusätzlichen Viszeralchirurgen. In der Leistungsgruppe hat man Allgemeines und Spezielles in nicht geeigneter Weise vermischt. Es nicht möglich eine personelle Vorgabe zu machen, die sowohl einer sehr allgemeinen chirurgische Versorgung und eine sehr spezialisierten Versorgung aus Orthopädie und Unfallchirurgie gerecht wird. Diese Leistungsgruppe bedarf mit hoher Dringlichkeit einer Überarbeitung. Viele dieser o.g. Aspekte aus dem Fachgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie (Z.B. Schmerztherapie) werden aktuell in typischer Weise in Fachkliniken abgebildet. Insofern begrüßen wir es sehr, dass man die Definition der Fachkliniken separat angehen wird, da es um die Existenz hoch spezialisierter Krankenhäuser und Einrichtungen geht, die man aus der Versorgung nur schlecht wegdenken kann und deren Fortbestand andernfalls aufgrund des hohen Spezialisierungsgrades gefährdet ist. Einen mögliche Herangehensweise für die Abbildung von Fachkliniken haben wir in der Anlage 1 ebenfalls eingebracht.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Dietmar Pennig
Generalsekretär DGOU
Generalsekretär DGU

Prof. Dr. Bernd Kladny
Stv. Generalsekretär DGOU
Generalsekretär DGOOC

Prof. Dr. Sascha Flohé
Mitglied Geschäftsführender Vorstand DGU

Prof. Dr. Karl-D. Heller
Schatzmeister DGOU
Schatzmeister DGOOC

Anlage

Stellungnahme zum KHAG

Name des Verbandes:

Datum:

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
1	§ 109	Anpassung der Ausnahme für den Abschluss eines Versorgungsvertrags trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien	
2	§ 135d	– Streichung Übergangsregelung in § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V zur Veröffentlichung von Leistungsgruppen im Bundes-Klinik-Atlas – Folgeanpassung aufgrund der Streichung der LG Notfallmedizin	
3	§ 135e	– Streichung Frist Erlass und Inkrafttreten LG-RVO – finanzielle und organisatorische Unterstützung der Patientenvertretung im Leistungsgruppen-Ausschuss – Vereinheitlichung Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern – Sonderregelung für Tages- und Nachtkliniken (Erfüllung zeitlicher Vorgaben nur zu jew. Betriebszeiten) – Vollzeitäquivalent: Anpassung anrechenbare Stundenanzahl von 40 auf 38,5 – Anpassung Berücksichtigung Belegärzte (voller vertragsärztlicher Versorgungsauftrag)	DGOU, DGOOC und DGU begrüßen es sehr, dass die Definition Fachkliniken und "Level F" separat von KHVVG und KHAG im Nachgang festzulegen ist. Hierfür muss berücksichtigt werden, dass bei einem sehr hohen Spezialisierungsgrad die Leistungserbringung von 80 % der Leistungen aus 10 Basis-DRGs eine Fachklinik definiert ist, die dann unabhängig von der Zuteilung einer Leistungsgruppe diese Leistungen erbringen und abrechnen kann. Aus dem Fach Orthopädie und Unfallchirurgie finden sich große Anteile in der Leistungsgruppe 14 Allgemeine Chirurgie (Tumororthopädie, Kinder- und Jugendorthopädie und -traumatologie, gelenkerhaltende Eingriffe, Weichteileingriffe, nicht-operative Behandlung, Schmerz, Früh-Rehabilitation), die definitiv keinen Allgemeinchirurgen oder Viszeralchirurgen erfordern. Eine Spezialisierung ist bislang in der LG 14 nicht möglich. Diese Regelung ermöglicht es, hoch spezialisierte Kliniken im System zu belassen, die für die Versorgung eine wichtige Aufgabe

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		– Streichung eines Verweises (entfallen)	übernehmen, die anderweitig nicht kompensiert werden kann (Beispiele Kinderorthopädie, Schmerzversorgung, Früh-Rehabilitation)
4	§ 135f	– Folgeänderung zur Änderung von § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V (Streichung Übergangsregelung) – Anpassung Geltung MVHZ auch für LG, die nach §6a KHG als zugewiesen gelten – Folgeanpassung Fristen	
5	§ 136a	Verweisanpassung hebammengeleitete Kreißsäle	
6	§ 136c	Spezialisierung Onkochirurgie: Abweichung von gesetzlich vorgegebener Prozentzahl für bestimmte Indikationsbereiche durch G-BA-Beschluss	
7	§ 221	Streichung LKK-Anteil an der Finanzierung des Transformationsfonds	
8	§ 271	Anpassung von Mindestreserve und Obergrenze der Liquiditätsreserve im Gesundheitsfonds	
9	§ 275a	– Streichung eines Satzes zur Prüfung der PpUGV – Anpassung Fristen für LG-Prüfaufträge an MD und Abschluss – Strukturprüfung: Korrektur der Bezeichnung des Verfahrens	
10	§ 278	Streichung Fehlverweis für Berichte MD an MD Bund	
11	§ 283	Regelungen zur einheitlichen digitalen Umsetzung von Richtlinien durch MD Bund	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
12	§ 427	Anpassung des Datums zur Vorlage des ersten Evaluierungsberichts	
13	Anlage 1	Austausch Anlage 1 mit folgenden Anpassungen: – Folgeanpassungen zur Vereinheitlichung Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern – Streichung Verweis auf Einbeziehung Erfüllung PpUGV – Redaktionelle Anpassung Verweise und Daten G-BA Richtlinien – LG 1 Anpassung Mindestanforderungen Endoskopie – LG 2 Anpassung Qualitätskriterien Versorgung Kinder und Jugendliche – Streichung der LG 3 – LG 6 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 7 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 10 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 11 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 12 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 14 Anpassung bei der personellen Ausstattung – Streichung der LG 16 – LG 19 Anpassung bei Erbringung verwandter LG	Kommentar zu den geänderten Regelungen der Personellen Voraussetzungen zur Leistungsgruppe 14 „Allgemeine Chirurgie“ eingehen. (Seite 32). Nach dem derzeitigen Entwurf ist vorgesehen, dass ein Facharzt für Allgemeinchirurgie durch je einen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie (OU) sowie für Viszeralchirurgie (VC) ersetzt werden kann. Diese Regelung wird prinzipiell befürwortet, da der Facharzt für Allgemeinchirurgie die Spezialisierung in der Chirurgie nicht mehr abgebildet. Dementsprechend wird er auch nur sehr selten weitergebildet mit deutlich rückläufigen Zahlen. Insofern ist es gut, dass im KHAG die Möglichkeit der o.g. Substitution eines Facharztes für Allgemeinchirurgie durch den FÄ für OU und VC eingeführt wurde. Schon aktuell und erst Recht in der Zukunft wird der Facharzt Allgemeinchirurgie durch die Fachärzte VC und OU ersetzt werden müssen. Zugleich ist im KVVHG jedoch prinzipiell ausgeschlossen, dass die Fachärzte, welche in einer allgemeinen Leistungsgruppe eingesetzt werden, gleichzeitig den spezialisierten Leistungsgruppen zugerechnet werden können. Dies hat zur Folge, dass für alle spezialisierten LG in der Chirurgie mindestens 6 Fachärzte OU und VC vorgehalten werden müssen, da immer die LG 14 „Allgemeine Chirurgie“ am Standort als Voraussetzung gefordert wird. Aus Sicht DGOU/DGU/DGOOC birgt diese Regelung erhebliche Risiken für die Versorgungssicherheit in der Fläche. Krankenhäuser müssten, um die Vorgaben erfüllen zu können, unverhältnismäßig viele Fachärzte in beiden LG Bereichen (allgemein und spezialisiert) parallel vorhalten. Angesichts der bereits bestehenden Personalengpässe gerade in ländlichen Regionen im Bereich der Chirurgie ist dies weder realistisch noch organisatorisch leistbar.

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		- LG 20 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 24 Anpassung bei der personellen Ausstattung - LG 27 Anpassungen der sachlichen Ausstattung sowie eines Verweises in den sonstigen Struktur- und Prozessvoraussetzungen - LG 29 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 31 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 32 Anpassung bei Erbringung verwandter LG sowie bei der personellen Ausstattung - LG 33 Anpassung bei Erbringung verwandter LG sowie bei der personellen Ausstattung - LG 34 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 36 Anpassung der sachlichen Ausstattung - LG 37 Anpassung der sachlichen Ausstattung - LG 38 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 39 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 40 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - Streichung der LG 47 - LG 52 Anpassung der sachlichen Ausstattung	DGOU/DGU/DGOOC machen daher folgenden Änderungsvorschlag (Ergänzung) für das KHAG Seite 32, Qualitätsanforderung LG 14 Allgemeine Chirurgie; Spalte Personelle Ausstattung: “Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie, die in der Leistungsgruppe 14 „Allgemeine Chirurgie“ als Substitution für einen Facharzt Allgemein Chirurgie eingesetzt werden, können gleichzeitig in ihren jeweiligen spezialisierten Leistungsgruppen anrechenbar bleiben. “

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		– LG 53 Anpassung der Erbringung verwandter LG sowie sachlicher und personeller Ausstattung – LG 54 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 56 Anpassung bei Erbringung verwandter LG und der personellen Ausstattung – LG 58 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 59 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – Streichung LG 65	
			Art. 2: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
1	§ 2a	Redaktionelle Anpassung (Verschiebung Satz 2 in Folgeabsatz)	
2	§ 6a	– Ergänzung, dass auch nach § 108 Nummer 4 SGB V zugelassene Krankenhäuser die Qualitätskriterien erfüllen müssen – Übergangsregelung für Länder, die bis zum 31.12.2024 Leistungsgruppen zugewiesen haben – Anpassung der Ausnahme für die Zuweisung von Leistungsgruppen trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien – Anpassung der Fristen zur Meldung der zugewiesenen Leistungsgruppen an InEK	

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
3	§ 6b	Anpassung der Frist zur Meldung der zugewiesenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben an InEK	
4	§ 12b	– Umstellung der Finanzierung des KHTF (Bundesmittel statt GKV-Mittel) – Streichung der Antragsfrist – Streichung der Verpflichtung, die Prüfung des Insolvenzrisikos nachzuweisen. – Schaffung eines Sonderzuwendungsrechts ggü. der BHO – Streichung der Vorschriften im Zusammenhang mit der Beteiligung der PKV an der Finanzierung – Regelung der Rückführung nicht verwendeter Mittel an den Bund	
5	§ 17b	Anpassung Fristen für Evaluation Vorhaltevergütung durch Verschiebung der Vorhaltevergütung um ein Jahr	
6	§ 37	Ermittlung Vorhaltevergütung: – Anpassungen Fristen für Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Übergangsregelung zur Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen – Anpassungen Fristen für freiwillige Information über Vorhaltevolumina in den Jahren 2026 und 2027	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
7	§ 38	Zuschläge Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken: Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	
8	§ 39	Förderbeträge Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie, Intensivmedizin: Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	
9	§ 40	Spezialisierung Onkochirurgie: – Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Berücksichtigung von durch den G-BA festgelegten niedrigeren Prozentzahlen und Aktualisierung der entsprechenden Listen	
			Art. 3: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
1	§ 3	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung - – Vorhaltebudget greift erst ab 2028 (statt 2027)	
2	§ 4	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung bei • Vereinbarung Erlösbudget	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		• Fixkostendegressionsabschlag	
3	§ 5	– Verlängerung der Zuschläge Pädiatrie und Geburtshilfe um ein Jahr als Folgeänderung aus Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Redaktionelle Korrektur bzgl. der Erhebung des Zuschlags für die Pädiatrie	
4	§ 6b	Ermittlung Vorhaltebudget: – Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Klarstellung - Vorhaltebudget nur für auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütete Krankenhausfälle – Übergangsregelung für Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen	
5	§ 7	Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für Abrechnung der Entgelte	
6	§ 8	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für die Berechnung der Entgelte – Übergangsregelung für Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen bei Abrechnungsverboten	

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
7	§ 9	– Erhöhung der Notfallzuschläge ab 2028 als Folgeänderung zur verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung – Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	
8	§ 10	Orientierungswert: Anpassung Berichtszeitraum, Klarstellung Kreis zur Übermittlung verpflichteter Krankenhäuser, Ermöglichung der Subdelegation der Verordnungsermächtigung zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts durch BMG auf Statistisches Bundesamt	
9	§ 21	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für die Datenübermittlung – Folgeänderung zur Änderung von § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V (Streichung Übergangsregelung) – Regelung zur umfassenden Nutzung von Daten für die zum Zwecke der Ermittlung des Abschlags erforderlichen Schätzung der Anzahl der Pflegevollkräfte oder ärztlichen Vollkräfte	
			Art. 4 Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung
1	§ 2	Red. Folgeänderung zu Änderung in § 12b KHG	
2	§ 3	Red. Folgeänderung zu Änderung in § 12b KHG und Klarstellung	

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
3	§ 4	Streichung der Regelung zur Antragsfrist aufgrund Änderung in § 12b KHG, weitere Folgeänderungen zu Änderungen in § 12b KHG sowie Maßgaben des BR	
4	§ 5	Streichung Regelung für Beteiligung PKV	
5	§ 6	Streichung Regelungen für Beteiligung PKV	
6	§ 7	– Änderung der Rückforderungsvorschrift von „kann“-Regelung zu „soll“-Regelung – Streichung Regelung für Beteiligung PKV – Streichung von Absatz 8, der nach Maßgabe BR anderweitige Verwendung von nicht verausgabten Fördermitteln ermöglichte.	
7	§ 8	Ermöglichung der Aktualisierung der Förderrichtlinie	
			Art. 5 Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen
1	§ 186a	Anpassung der Ausnahme von der Fusionskontrolle für Krankenhauszusammenschlüsse, die zur Verbesserung der Versorgung erforderlich sind (zuvor in § 187 Abs. 10 geregelt)	
2 und 3	§ 187	Redaktionelle Anpassung in § 187 Abs. 9 sowie redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung eines neuen § 186a	
			Art. 6 Änderung der Bundespflegesatzverordnung
	§ 9	Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	

Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 7 Inkrafttreten
	Erfüllung S- aufwand		
	Ggf. weitere Anmerkungen		

BKK Dachverband e.V.
Mauerstraße 85
10117 Berlin

TEL (030) 2700403-200
FAX (030) 2700400-191
politik@bkk-dv.de
www.bkk-dachverband.de

STELLUNGNAHME BKK DACHVERBAND E.V.

vom 11.12.2025

zum Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformanpassungsgesetz – KHAG) – Bundestagsdrucksache 21/2512

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Inhalt

I. VORBEMERKUNG	3
II. DETAILKOMMENTIERUNG	4
Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	4
Zu § 135d Abs. 4 SGB V: Transparenz der Qualität der Krankenhausbehandlung	4
Zu Anlage 1 (zu § 135e): Leistungsgruppen und Qualitätskriterien	4
Artikel 2: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	5
Zu § 6a KHG Abs. 4: Zuweisung von Leistungsgruppen	5
Zu § 12b KHG: Transformationsfonds, Verordnungsermächtigung	6
Zu § 13 KHG: Entscheidung zu den förderungsfähigen Vorhaben	7
Artikel 5: Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen	7
III. ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF	9
§§ 6, 14, 15 KHEntgG, analog in BPfIV: Ergänztender Gesetzgebungsbedarf beim Erstattungsbetrag	9
§ 17c KHG – Krankenhausabrechnungsprüfung	10
§ 26 KHG – Streichung des separaten Zusatzentgeltes für Testungen auf das Corona-Virus im Krankenhaus	11
§ 109 Abs. 5 S. 5 SGB V – Zahlungsfrist von fünf Tagen für Krankenhausrechnungen streichen	11
NachhaltigkeitsRadar für Kliniken (Vgl. DigitalRadar (§ 14b KHG))	12

I. VORBEMERKUNG

Die Betriebskrankenkassen halten das Ziel des Entwurfs eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (KHAG), die im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) angelegten Struktur- und Qualitätsreformen zu präzisieren und den Transformationsprozess zu unterstützen, grundsätzlich für richtig und notwendig. Ein besonders begrüßenswerter Schritt ist die zukünftige Finanzierung des Transformationsfonds durch Bundesmittel. Damit übernimmt der Bund seine Verantwortung für eine leistungsfähige Krankenhausinfrastruktur und beendet den zuvor rechtswidrigen Zugriff auf die Gelder der Solidargemeinschaft. Dies stellt eine wichtige Korrektur dar, die zu einer verfassungsrechtlich einwandfreien Finanzierung führt.

Die Betriebskrankenkassen befürchten jedoch, dass der vorliegende Gesetzentwurf die ursprünglichen Reformziele verwässert und wichtige Fortschritte in den Bereichen Qualität, Wirtschaftlichkeit und Transparenz wieder rückgängig gemacht werden könnten. Die geplante Ausweitung der Ausnahmeregelungen bei der Zuweisung von Leistungsgruppen sowie der Verzicht auf verbindliche Fristen zur Erfüllung von Qualitätskriterien stellen erhebliche Rückschritte dar. Diese Maßnahmen schwächen die Patientensicherheit und erhöhen das Risiko einer qualitativ uneinheitlichen Versorgung zwischen den Bundesländern. Diese Lockerung der Qualitätsvorgaben erhöht nicht nur das Risiko medizinischer Fehlentwicklungen, sondern führt langfristig auch zu steigenden Kosten für die Beitragszahlenden in der gesetzlichen Krankenversicherung. Zudem sieht der Entwurf keine ausreichenden Maßnahmen vor, um die fachliche und medizinische Kontrolle über die Mittelverwendung sicherzustellen. Entscheidungen über Förderungen aus dem Transformationsfonds oder Ausnahmen von Qualitätsstandards müssen unbedingt im Einvernehmen mit den Krankenkassen getroffen werden. Nur so lässt sich sicherstellen, dass medizinische, wirtschaftliche und versorgungsstrategische Kriterien den Ausschlag geben und nicht landespolitische Erwägungen.

Vor diesem Hintergrund fordern die Betriebskrankenkassen eine Nachbesserung der Reform im parlamentarischen Verfahren. Ausnahmeregelungen sollen auf das absolut notwendige Maß beschränkt, Fristen für die Umsetzung von Qualitätsstandards verbindlich festgelegt und die Beteiligung der Krankenkassen auf allen Ebenen gestärkt werden. Nur durch klare Standards, transparente Verantwortlichkeiten und eine solide Finanzierung kann das Krankenhausstrukturgesetz (KHAG) dazu beitragen, die Krankenhausversorgung zukunftsfähig, bezahlbar und patientensicher zu gestalten.

II. DETAILKOMMENTIERUNG

Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu § 135d Abs. 4 SGB V: Transparenz der Qualität der Krankenhausbehandlung

Zur Umsetzung der im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode getroffenen Vereinbarung, dass die Definition der Fachkrankenhäuser mit dem Ziel überarbeitet wird, dass die in den Ländern bestehenden und für die Versorgung relevanten Fachkliniken erhalten bleiben können, erfolgt eine Anpassung der Definition der Fachkrankenhäuser. Als Voraussetzungen für die Ausweisung eines Krankenhausstandortes als Fachkrankenhaus wird festgelegt, dass dieser erstens eine Spezialisierung nach Erkrankungen, nach Krankheitsgruppen, nach Personengruppen oder nach Leistungsspektrum vorweisen muss. Zweitens muss der Krankenhausstandort einen relevanten Versorgungsanteil in diesem Bereich leisten. Drittens muss der Standort im Krankenhausplan des jeweiligen Landes als Fachkrankenhaus ausgewiesen sein.

STELLUNGNAHME:

Die Anpassung des Paragraphen sieht die Streichung der bisherigen klaren Vorgaben für die zu erbringenden Leistungen vor. Stattdessen wird festgelegt, dass der zu erbringende Versorgungsanteil *relevant* sein muss. Es werden aber keinerlei Angaben, Spezifizierungen oder Vorgaben getroffen, um zu definieren, was ein relevanter Versorgungsanteil konkret ist. Damit bleibt es den Landesbehörden überlassen, dies für sich selbst zu definieren, was voraussichtlich eher den politischen Interessen der Länder zum Erhalt potentiell nicht versorgungsrelevanter Standorte statt tatsächlich versorgungspolitischen Überlegungen folgen wird. Deshalb unterstützen die Betriebskrankenkassen die Anpassung nicht und fordern stattdessen die Beibehaltung klarer Regeln.

Zu Anlage 1 (zu § 135e): Leistungsgruppen und Qualitätskriterien

STELLUNGNAHME:

Die Streichung der Leistungsgruppen Infektiologie, Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie und Notfallmedizin ist nachvollziehbar und sachlogisch, da diesen Leistungsgruppen keine Fallzahlen im Leistungsgruppengrouper zugeordnet werden konnten. Die

fortwährende Aufweichung und Abschwächung der Qualitätskriterien sehen die Betriebskrankenkassen kritisch. In Verbindung mit den zahlreichen Ausnahmeregelungen für die Leistungsgruppenzuordnung, die den Krankenhausplanungsbehörden der Bundesländer bereits im KHVVG und nun erneut im KHAG gewährt werden, kann nicht länger von der Erreichung einer bundeseinheitlichen, qualitativ hochwertigen Versorgung ausgegangen werden. Damit wird das ursprüngliche Ziel der Reform aufgegeben. Die Betriebskrankenkassen lehnen deshalb die Abschwächung der Qualitätskriterien ab und plädieren für eine schnelle und bundesweit einheitliche Festlegung und Umsetzung von Mindestvorhaltezahlen in allen Leistungsgruppen, um so eindeutige und trennscharfe Kriterien für die Leistungsgruppenvergabe zu gewährleisten. Perspektivisch sollte außerdem die tatsächliche Behandlungsqualität (Ergebnisqualität) als Qualitätskriterium für den Erhalt einer Leistungsgruppe relevant sein.

Artikel 2: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu § 6a KHG Abs. 4: Zuweisung von Leistungsgruppen

In § 6a Absatz 4 sind die Voraussetzungen für die Zuweisung einer Leistungsgruppe trotz Nichterfüllung der jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien geregelt. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort Leistungsgruppen nach Absatz 1 Satz 1 zuweisen, obwohl abweichend von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Voraussetzungen das Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt, wenn diese Qualitätskriterien durch das Krankenhaus an dem Krankenhausstandort auch nicht in Kooperationen oder Verbünden nach Absatz 3 Satz 4 oder § 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 7, Satz 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt werden können, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist, der Betrieb des jeweiligen Krankenhausstandortes vollständig oder teilweise eingestellt wird und die Zuweisung von Leistungsgruppen dafür erforderlich ist oder wenn der jeweilige Krankenhausstandort mit einem oder mehreren anderen Krankenhausstandorten vollständig oder teilweise zusammengelegt wird. Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist dabei auf höchstens drei Jahre zu befristen. Falls das Krankenhaus in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 aufgenommen wurde, ist mit der Zuweisung einer Leistungsgruppe das Krankenhaus zu verpflichten,

an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien innerhalb einer angemessenen Frist zu erfüllen.

STELLUNGNAHME:

Die Herstellung des Einvernehmens mit den Krankenkassen ist aus Sicht der Betriebskrankenkassen zwingend erforderlich und daher zu begrüßen. So werden rein politisch motivierte Entscheidungen der Bundesländer verhindert.

Die Erweiterung der Ausnahmeregelungen wird aber grundsätzlich abgelehnt, insbesondere die Möglichkeit der Zuweisung von Leistungsgruppen, selbst wenn die Erfüllung der Qualitätskriterien nicht einmal über Kooperationen erfolgt. Die bisherigen Ausnahmeregelungen sind bereits weitreichend und verwässern die Ziele der Reform, sodass eine bedarfsgerechte, bundesweit einheitliche Versorgung nicht erreicht wird. Die geplante Regelung ermöglicht den Ländern ohne jede Qualitätsgrenze die Weiterführung von potentiell gefährlicher und qualitativ minderwertiger Versorgung. Hinzu kommt, dass die Erfüllung der Qualitätskriterien nicht länger an eine konkrete Frist gebunden wird, wenn das Krankenhaus in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 aufgenommen worden ist, sondern in *angemessener* Frist erfolgen soll, was jedoch völlig beliebig und auch völlig unterschiedlich ausgelegt werden kann. Auch die Voraussetzungen, die zur Gewährung der Ausnahme genannt werden, wie etwa, dass dies zur Sicherstellung der Versorgung zwingend erforderlich sein müsse, sind beliebig interpretierbar. Die Anpassung wird von den Betriebskrankenkassen folglich zum Schutz der Patientinnen und Patienten abgelehnt. Die Betriebskrankenkassen fordern, dass zumindest die für Ausnahmen zugelassenen Leistungsgruppen beschränkt werden, auf solche Leistungsgruppen, die tatsächlich eine Grundversorgung der Bevölkerung sichern. Leistungsgruppen, die gut planbare Fälle behandeln, ohne dass sie zeitkritisch sind, sollten hingegen davon ausgeschlossen werden.

Zu § 12b KHG: Transformationsfonds, Verordnungsermächtigung

Zur Förderung von Vorhaben der Länder zur Anpassung der Strukturen in der Krankenhausversorgung an die durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz vom 5. Dezember 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 400) bewirkten Rechtsänderungen wird beim Bundesamt für Soziale Sicherung in den Jahren 2026 bis 2035 aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ein Transformationsfonds in Höhe von 29 Milliarden Euro errichtet. Zur Finanzierung des Transformationsfonds stellt der Bund der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in den Jahren 2026 bis 2029 jährlich einen Betrag von 3,5 Milliarden Euro und in den Jahren 2030 bis 2035 jährlich einen Betrag von 2,5 Milliarden Euro,

im Jahr 2026 bis zum 1. April und in den Jahren 2027 bis 2035 jeweils bis zum 15. Januar zur Verfügung.

STELLUNGNAHME:

Die Betriebskrankenkassen befürworten ausdrücklich die angepasste Finanzierung des Transformationsfonds über Bundesmittel. Hierdurch kommt der Bund seiner Verpflichtung zur Daseinsfürsorge gegenüber der Bevölkerung nach. Hiermit wird außerdem ein zentraler Fehler der Reform – der unserer Auffassung nach rechtswidrige Zugriff auf Kassengelder für die Erfüllung von Aufgaben des Bundes – behoben.

Zu § 13 KHG: Entscheidung zu den förderungsfähigen Vorhaben

Bei Entscheidungen nach Satz 1, die die Förderung aus dem Transformationsfonds nach § 12b betreffen, ist ein Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen anzustreben.

STELLUNGNAHME:

Die Betriebskrankenkassen sehen ein Einvernehmen als zwingende Voraussetzung für eine sinnvolle und zweckentsprechende Mittelverwendung an und fordern, dies ohne Einschränkungen vorauszusetzen. Die Notwendigkeit, ein Einvernehmen anzustreben, erschwert lediglich das Verfahren aus Sicht der Landesbehörden, ohne eine wirkliche Kontrolle der Entscheidungen zu erzielen, die dringen nötig wäre. Das Einbringen medizinischer Fachexpertise und ein Blick auf die Gesamtsituation der Versorgung, die nicht von landespolitischen Überlegungen überschattet werden, ist unbedingt zu gewährleisten.

Artikel 5: Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen

Der neue § 186a ersetzt § 187 Absatz 10, mit dem im KHVVG eine Ausnahme für Krankenhäuser von der Fusionskontrolle geschaffen wurde. Mit der Vorschrift, deren Anwendung bis zum 31. Dezember 2030 befristet ist, wurde die Bewilligung eines Zusammenschlusses von Krankenhäusern auf die für die Krankenhausplanung zuständigen

Landesbehörden übertragen, um Zusammenschlüsse vorrangig anhand von gesundheitspolitischen Erwägungen billigen zu können. Eine Überarbeitung der Regelung wurde jedoch erforderlich, um Rechtsunsicherheiten mit Blick auf Anwendungsbereich und Verfahren zu begegnen. Insbesondere sollen die Änderungen dazu dienen, den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden für alle Fälle innerhalb des Anwendungsbereiches die Möglichkeit einzuräumen, Krankenhausfusionen ohne Fusionskontrollverfahren nach dem GWB zu erlauben und so Parallelprüfungen zu verhindern.

STELLUNGNAHME:

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen sind unabhängige Prüfungen durch die Landesbehörden sinnvoll. Es muss sichergestellt werden, dass die medizinische Versorgung der Bevölkerung durch eine Fusion nicht gefährdet wird. Es ist außerdem entscheidend, dass medizinische Versorgungsfragen nicht hinter ökonomischen Überlegungen der Träger zurückstehen.

III. ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF

§§ 6, 14, 15 KHEntgG, analog in BPfIV: Ergänzender Gesetzgebungsbedarf beim Erstattungsbetrag

Mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz hat der Gesetzgeber in § 6 Absatz 2 Satz 11 KHEntgG klargestellt, dass der Erstattungsbetrag gemäß § 130b SGB V auch im stationären Bereich als Preisobergrenze gilt. Die Geltung des Erstattungsbetrags als Obergrenze sollte auch explizit im Normtext zu den krankenhausindividuellen Entgelten gemäß § 6 Absatz 1 KHEntgG verankert 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. Aus wirtschaftlichen Gründen ist es unabdingbar, dass Ausgleichszahlungen kostenträgerspezifisch erfolgen. Nur die Krankenkasse, die die überhöhten Kosten getragen hat, soll auch die entsprechende Ausgleichszahlung erhalten.

Zudem ist die rückwirkende Abwicklung des Erstattungsbetrages, sollte der Geltungszeitpunkt in der Vergangenheit liegen, nicht ausreichend geregelt. Die Ortsebene müsste hierzu weiterhin Vereinbarungen mit den Krankenhäusern und allen Vertragsparteien treffen, damit die Kassen individuell an ihre zu viel gezahlten Beträge kommen. Eine Abwicklung über den Erlösausgleich reicht in diesem Fall nicht aus, da insbesondere für hochpreisige Arzneimittel die zurückzuzahlenden Beträge über alle Kassen verteilt würden, statt an die Kasse zu fließen, die die ursprünglichen Ausgaben hatte. Wir plädieren hier für eine Regelung, die es der Bundesebene in ihrer Vereinbarung zum Erstattungsbetrag erlaubt, für hochpreisige Arzneimittel ab einem festzulegenden Schwellenwert eine kassenindividuelle Rückabwicklung der zu viel gezahlten Erstattungsbeträge vorzuschreiben. Außerdem sollte dies direkt über den pharmazeutischen Hersteller möglich sein, statt den Umweg über das Krankenhaus gehen zu müssen.

§ 17c KHG – Krankenhausabrechnungsprüfung

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 rechtsicher 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. Es besteht damit Informationsgleichheit und die Möglichkeit auf Augenhöhe die streitbehafteten Krankenhausabrechnungen zu diskutieren.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

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

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

§ 26 KHG – Streichung des separaten Zusatzentgeltes für Testungen auf das Corona-Virus im Krankenhaus

Die Vergütung der Kosten durchgeführter Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 bei voll- oder teilstationären Patientinnen und Patienten im Krankenhaus erfolgt weiterhin über ein separates Zusatzentgelt. Wie andere pandemiebedingte Sonderregelungen ist auch diese Regelung nach dem Ende der COVID-19-Pandemie nicht mehr erforderlich. Die Streichung war bereits im Gesetzentwurf für ein Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) vorgesehen, wurde jedoch in der vergangenen Legislaturperiode nicht mehr verabschiedet. Die Betriebskrankenkassen fordern, die Streichung im KHAG umzusetzen.

§ 109 Abs. 5 S. 5 SGB V – Zahlungsfrist von fünf Tagen für Krankenhausrechnungen streichen

Die Betriebskrankenkassen fordern, dass die Zahlungsfrist von fünf Tagen für die Begleichung von Krankenhausrechnungen abgeschafft wird. Die stark verkürzte Zahlungsfrist wurde mit dem COVID-19-Krankenhausesentlastungsgesetz Ende März 2020 eingeführt und inzwischen gesetzlich im § 109 Abs. 5 S.5 SGB V auf unbestimmte Zeit festgeschrieben.

Die Betriebskrankenkassen stellen fest, dass der ursprüngliche Grund für die Einführung einer verkürzten Zahlungsfrist, nämlich die Corona-Pandemie, so schon lange nicht mehr besteht. Die Verstärkung der krisenbedingten Sonderregelung hat die Liquidität erheblich zu Gunsten der Krankenhäuser und zum Nachteil der gesetzlichen Krankenkassen verschoben. Angesichts einer immer angespannteren Haushaltslage der gesetzlichen Krankenversicherer ist die Einseitigkeit der Regelung zugunsten der Krankenhäuser nicht mehr vertret- und begründbar. Eine qualitativ hohe und angemessene Rechnungsprüfung ist in dem kurzen Zeitraum nur unter sehr hohem Druck leistbar.

Die Krankenkassen fordern daher die Rückkehr zu den regulären Zahlungsfristen gemäß den Landesverträgen nach § 112 SGB V.

NachhaltigkeitsRadar für Kliniken (Vgl. DigitalRadar (§ 14b KHG))

Ein NachhaltigkeitsRadar für Kliniken schafft Transparenz, identifiziert Entwicklungspotenziale, ermöglicht verbindliche nationale Vergleiche und schafft eine belastbare Datengrundlage für zielgerichtete Investitionen aus dem Klimatransformationsfond (KTF) für eine klimaneutrale Krankenhausversorgung ohne Streuverluste. Als standardisiertes, wirkungsorientiertes Instrument macht der NachhaltigkeitsRadar für Kliniken – analog zum DigitalRadar (§ 14b KHG) – den Nachhaltigkeits-Reifegrad einzelner Krankenhäuser messbar. Transparente Kennzahlen ermöglichen eine systematische Erfassung von Fortschritten, die Verbreitung wirksamer Best Practices sowie den wirtschaftlichen, effizienten und haushaltspolitisch soliden Einsatz von Fördermitteln – insbesondere aus dem Klima- und Transformationsfonds (KTF).

Die nächsten Schritte wären daher aus Sicht der Betriebskrankenkassen:

1. Schaffung einer gesetzlichen Grundlage zur Einführung eines NachhaltigkeitsRadars für Kliniken als objektives Steuerungsinstrument.
2. Sicherstellung der finanziellen Basis aus dem KTF (Klima- und Transformationsfonds) als zentrales Instrument für die Transformation der Klimaneutralität.
3. Beauftragung eines interdisziplinären Konsortiums zur Konzeption und Umsetzung des NachhaltigkeitsRadars auf nationaler Ebene.
4. Entwicklung eines validierten Reifegradmodells, das den Nachhaltigkeitsstatus von Krankenhäusern messbar macht und zielgerichtete Entwicklungspfade aufzeigt.
5. Aufbau eines zentralen Transparenzportals, das den Reifegrad sowie Fortschritte der Einrichtungen öffentlich und vergleichbar darstellt.



Deutscher
Caritasverband e.V.



**DIE KATHOLISCHEN
KRANKENHÄUSER**
Kath. Krankenhausverband Deutschland e.V.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)49(7)
gel. VB zur öffent. Anh. am
17.12.2025 - KHAG
11.12.2025

STELLUNGNAHME

**zum Kabinettsentwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Kranken-
hausreform (Krankenhausreformenpassungsgesetz – KHAG)**

Stand: 11.12.2025

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Inhaltsübersicht

Präambel	2
Bewertung der Regelungsinhalte im Einzelnen	3
Definition von Fachkliniken.....	3
Vollzeitäquivalent	4
Rufbereitschaft	4
Anrechenbarkeit von Fachärzten auf Leistungsgruppen	4
Belegärztliche Versorgung	4
Kooperationen und Verbünde	5
Pflegepersonaluntergrenzen	5
Strukturkriterien in Anlage 1 zu § 135e SGB V.....	6
Ausnahmeregelung für Fachkliniken	8
Ausnahmeregelung für Krankenhausstandorte ohne vollstationäre Versorgung	9
Mindestvorhaltezahlen	9
Onkochirurgische Leistungen.....	10
Mindestreserve und Obergrenze der Liquiditätsreserve	11
MD-Prüfungen zu Qualitätskriterien.....	11
Zeitschiene zu den MD-Prüfungen.....	11
Standortdefinition.....	12
Ausnahmeregelung für die Zuweisung von Leistungsgruppen	12
Vergütung eines Vorhaltebudgets	13
Fixkostendegressionsabschlag	14
Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf	15
Resilienz deutscher Krankenhäuser	15
Hybrid-DRG	15
Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen	16
Entbürokratisierung	17
Fachabteilungen/Fachabteilungsschlüssel	18

Präambel

DCV und KKVD unterstützen das Ziel der Bundesregierung, die Qualität der Krankenhausversorgung zu verbessern und die Versorgungsstrukturen zukunftsfest auszurichten. Die mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) eingeführten Instrumente sind hierfür jedoch bislang nur bedingt geeignet. Ohne eine stärkere Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, der tatsächlichen Versorgungsrealitäten sowie einer Verzahnung der Krankenhausreform mit der Notfallreform und einer erforderlichen Krisen-Resilienz-Strategie für die Krankenhäuser droht ein struktureller Abbau von Krankenhausangeboten, der die flächendeckende Versorgung gefährdet.

Das Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) bietet die Chance, zentrale Schwächen des KHVVG zu beheben. Die im Kabinettsentwurf vorgesehenen Anpassungen bleiben jedoch in entscheidenden Punkten hinter diesem Anspruch zurück. Mehrere Regelungsänderungen – teils verstärkt durch zusätzliche Verschärfungen – lösen bestehende Probleme nicht, sondern schaffen neue Unsicherheiten. Eine qualitativ hochwertige, bedarfsorientierte und gemeinwohlorientierte Versorgung wird dadurch nicht ausreichend gesichert. Zudem bleibt unberücksichtigt, dass für die Resilienz des Gesundheitssystems medizinische Behandlungsreserven und eine solide stationäre Vorhaltequote zwingend erforderlich sind. Eine Reform, die die Versorgung auf ein reines Effizienzniveau verengt, gefährdet die Krisen- und Verteidigungsfähigkeit der Krankenhauslandschaft. Dabei ist insbesondere zu berücksichtigen, dass auch kleinere, dezentral verortete Krankenhäuser eine zentrale Rolle für die Versorgung spielen können, gerade für den zivilen Bereich, und daher vor diesem Hintergrund in ihrer Rolle und Leistungsfähigkeit gestärkt werden müssen.

Gerade katholische Krankenhäuser tragen in vielen Regionen wesentlich zur Daseinsvorsorge bei. Sie gewährleisten Versorgung auch unter schwierigen Rahmenbedingungen, sichern Notfallstrukturen, stellen spezialisierte Angebote bereit und übernehmen Verantwortung, wo andere Träger sich zurückziehen. Die Reform darf diese wichtige Rolle nicht durch praxisferne Vorgaben, enge Ausnahmeregelungen oder zu knappe Übergangsfristen gefährden. Ebenso muss anerkannt werden, dass ihre Vorhalteleistungen ein zentraler Baustein regionaler Resilienz sind.

Zentrale Herausforderungen, die dringend bearbeitet werden müssen, sind:

1. Unzureichende Ausnahmeregelungen, die besonders kleinere und ländliche Häuser in ihrer Versorgungsfunktion schwächen,
2. Starre Strukturvorgaben, die regionale Versorgungslücken und Spezialisierungsprofile nicht ausreichend berücksichtigen,
3. Eingriffe in die Planungshoheit der Länder, die eine bedarfsgerechte Steuerung der Versorgung erschweren und
4. Eine untaugliche Vorhaltevergütung und Mindestvorhaltezahlen, die Planungssicherheit untergraben und regional unverzichtbare Leistungen gefährden;
5. Eine willkürliche Ausweitung der Hybrid-DRG und Rahmenbedingungen sowie unzureichender Vergütungsregelungen, die keine tragfähigen Voraussetzungen, schaffen.
6. Fehlende Berücksichtigung notwendiger stationärer Behandlungsreserven und einer angemessenen Vorhaltequote, die für eine krisenfesten und verteidigungsfähigen Versorgung unabdingbar sind.

Für eine resiliente, vielfältige und flächendeckend tragfähige Krankenhauslandschaft braucht es Kooperationen, funktionierende regionale Netzwerke und ausreichende Gestaltungsspielräume vor Ort. Die Bundesregierung muss daher sicherstellen, dass die Reforminstrumente praxistauglich gestaltet werden und die katholischen Krankenhäuser weiterhin ihren gemeinwohlorientierten Versorgungsauftrag erfüllen können. Nur durch zielgerichtete Nachsteuerungen kann das KHAG sein Anspruchs einlösen, die Krankenhausreform verlässlich und wirkungsvoll umzusetzen.

Bewertung der Regelungsinhalte im Einzelnen

Definition von Fachkliniken

Zu § 135d Abs. 4 Satz 3 SGB V:

Wir begrüßen, dass die stark schematische „80%-Regel“ gestrichen wurde und die Landesbehörden grundsätzlich die Möglichkeit erhalten, einen Standort als Fachklinik (Level F) zuzuordnen. Von einer echten Entscheidungsfreiheit kann jedoch keine Rede sein, da der Bund weiterhin enge Kriterien vorgibt. Fachkliniken müssen:

1. spezialisiert sein,
2. einen „relevanten Versorgungsanteil“ leisten,
3. im Krankenhausplan ausgewiesen sein und
4. die Zuweisung muss begründet werden.

Auch wenn die Regelung zunächst flexibler wirkt, bleiben zentrale Probleme ungelöst:

Fachkliniken können viele Anforderungen der Leistungsgruppen weiterhin nicht erfüllen, weil diese nicht zu ihrem spezialisierten Versorgungsauftrag passen. Die Möglichkeit, einzelne Qualitätskriterien über Kooperationen abzubilden, reicht dafür nicht aus. Fachkliniken werden weiterhin an unpassenden LG-Strukturvorgaben gemessen. So gibt es Leistungen, die in keiner LG abgebildet sind (z. B. Spezielle Schmerzmedizin) oder die sich über zahlreiche LG verteilen, ohne einer davon eindeutig zu entsprechen (z. B. Epileptologie, seltene Erkrankungen, Autismus, neurologische und geriatrische Frührehabilitation; Menschen mit Behinderungen, Komplexbehandlungen, neurogenerative Erkrankungen). Diese Einrichtungen bleiben trotz Spezialisierung systematisch benachteiligt.

Der Begriff „relevanter Versorgungsanteil“ ist unbestimmt und wird unweigerlich unterschiedlich durch Länder, Kassen und MD interpretiert werden. Das schafft erhebliche Rechtsunsicherheit und erhöht das Risiko von Konflikten und Anfechtungen. Es wird nicht berücksichtigt, dass gerade hochspezialisierte Fachkliniken aufgrund ihrer besonderen, und oft seltenen, weil eher komplexen Behandlungsprofile oftmals keine hohen Fallzahlen erreichen. Eine geringere Fallzahl bei spezialisierten Fachkliniken ist daher nicht automatisch Ausweis einer geringeren Versorgungsrelevanz oder schlechteren Qualität der spezialisierten Leistungen. Die Vielfalt dieser spezialisierten Einrichtungen erfordert daher eine differenzierte Betrachtung jenseits quantitativer Maßstäbe.

Mit der Entscheidung der Landesbehörde, eine entsprechende Fachklinik im Landeskrankenhausplan auszuweisen, wurde deren besondere Rolle für die regionale Versorgungssicherheit bereits anerkannt. Zusätzliche Begründungspflichten, die möglicherweise sogar bundesweit einheitliche Kriterien vorsehen, um Ausnahmeentscheidungen zu legitimieren, erachten wir an dieser Stelle als zu undifferenziert, um die für die Versorgungsregion notwendigen Spezialisierungen angemessen abzubilden.

Änderung wie folgt:

„Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann den Standort eines Krankenhauses, der

1. sich auf die Behandlung einer bestimmten Erkrankung, Krankheitsgruppe, Personen-
gruppe oder eines bestimmten Leistungsspektrums spezialisiert hat,
 - ~~2. einen relevanten Versorgungsanteil in diesem Bereich leistet und~~
 3. im Krankenhausplan des jeweiligen Landes als Fachkrankenhaus ausgewiesen ist,
- der Versorgungsstufe „Level F“ zuordnen; ~~die Zuordnung ist zu begründen.~~“

Vollzeitäquivalent

Zu § 135e Abs. 4 Nummer 6 a) SGB V:

Wir begrüßen die Anpassung der anrechenbaren Stundenanzahl von 40 auf 38,5 pro Vollzeitäquivalent.

Rufbereitschaft

Zu § 135e Abs. 4 Nummer 6 b) SGB V:

Die Vorgabe, dass jederzeit mindestens ein Facharzt in Rufbereitschaft verfügbar sein muss, ist in ihrer Intention nachvollziehbar. Allerdings besteht erheblicher Klarstellungsbedarf, um Fehlinterpretationen zu vermeiden, die in der Praxis zu überzogenen Anforderungen führen würden. Insbesondere darf die Regelung nicht dahingehend ausgelegt werden, dass für jede einzelne Leistungsgruppe eine separate Rufbereitschaftsdienstlinie vorzuhalten ist. Dies wäre weder organisatorisch noch personell leistbar und würde erhebliche Mehrbelastungen für Kliniken mit breitem Leistungsspektrum verursachen, ohne dass dadurch ein zusätzlicher Qualitätsgewinn entsteht.

Änderung wie folgt:

„b) mindestens ein Facharzt jederzeit in Rufbereitschaft verfügbar sein muss, **wobei mehrere Dienstlinien nicht erforderlich sind, wenn es sich um eine Leistungsgruppe und deren verwandte Leistungsgruppen mit gleich qualifizierten Fachärzten handelt,**“

Anrechenbarkeit von Fachärzten auf Leistungsgruppen

Zu § 135e Abs. 4 Nummer 6 c) SGB V:

Wir begrüßen, dass die Einschränkung bei der Anrechenbarkeit der Fachärzte aus den LG Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie aufgehoben wurde und diese – wie alle anderen Fachärzte – nun ebenfalls auf jeweils drei LG angerechnet werden können.

Darüber hinaus muss jedoch sichergestellt werden, dass Fachärzte auch über drei LG hinaus anrechenbar sind. Angesichts des Fachkräftemangels und der begrenzten Personalkapazitäten kleinerer Häuser ist dies zwingend notwendig, um die Vorgaben erfüllen zu können und Versorgungslücken in der Fläche zu vermeiden.

Änderung wie folgt:

„c) Fachärzte für ~~bis zu drei~~ **fünf** Leistungsgruppen, die einem Krankenhaus für diesen Krankenhausstandort nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurden, berücksichtigt werden können,“

Belegärztliche Versorgung

Zu § 135e Abs. 4 Nummer 6 d) SGB V:

Die Konkretisierung zur Anrechenbarkeit von Belegärzten ist in ihrer Zielrichtung grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings leistet die geplante Regelung keinen Beitrag zur Sicherung und Weiterentwicklung des Belegarztwesens. Die in Anlage 1 zu § 135e SGB V vorgegebenen Anforderungen an die personelle Ausstattung sind für viele belegärztlich geführte Fachabteilungen praxisfern und kaum erfüllbar. Das betrifft insbesondere Standorte in ländlichen Regionen, an denen das Belegarztprinzip ein wesentliches Instrument zur Aufrechterhaltung der

fachärztlichen Versorgung darstellt. Dort stellen häufig wenige, hochqualifizierte Belegärzte, die Versorgung zuverlässig sicher.

Änderung wie folgt:

„d) in Fällen, in denen das Krankenhaus eine Versorgung durch Belegärzte vorsieht, **ist abweichend von den Mindestanforderungen im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ ein Vollzeitäquivalent ausreichend, wobei** dem Vollzeitäquivalent in Buchstabe a ein voller vertragsärztlicher Versorgungsauftrag entspricht; die in den Buchstaben b und c festgelegten Kriterien gelten entsprechend und“

Kooperationen und Verbünde

Zu § 135e Abs. 4 Nummer 7 SGB V:

Es ist von zentraler Bedeutung, dass Krankenhäuser die Strukturvorgaben der Anlage 1 zu § 135e SGB V auch im Rahmen von Kooperationen und Verbünden mit anderen Krankenhäusern oder vertragsärztlichen Leistungserbringern erfüllen können. Die geplante Regelung schränkt diese Möglichkeit jedoch erheblich ein. Kooperationen sollen nur zulässig sein, wenn

- a) die Anlage 1 sie ausdrücklich vorsieht,
- b) sie zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich sind oder
- c) der Kooperationspartner höchstens 2 000 Meter Luftlinie entfernt liegt.

Diese Vorgaben verkennen, dass in vielen Regionen – ob ländlich oder urban – kooperierende Krankenhäuser, MVZ, Facharztpraxen oder andere geeignete Partner deutlich weiter voneinander entfernt liegen als die vorgesehenen 2 000 Meter. Zudem ist für zahlreiche Strukturvorgaben der Anlage 1 keine Kooperation vorgesehen. Typische Kooperationsfelder sind bspw. die Radiologie oder die Vorhaltung von Basis- und Notfalllaboren.

Um Kooperationen und Verbundstrukturen zu stärken und bestehende Verbünde nicht zu gefährden, sollte zumindest der zulässige Radius auf 10 000 Meter ausgeweitet werden.

Änderung wie folgt:

- Zu § 135e Abs. 4 Nummer 7 c) SGB V:
„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~~ **10 000** Meter Luftlinie beträgt.“
- Ergänzendes Satz:
Die zuständige Landesbehörde kann in geeigneten Fällen Ausnahmen von den Regelungen Nummer 7 a) bis c) machen.

Pflegepersonaluntergrenzen

Zu Anlage 1 zu § 135e SGB V:

Wir begrüßen ausdrücklich, dass die Verpflichtung zum Nachweis der Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) in Anlage 1 zu § 135e SGB V gestrichen wurde. Damit folgt der Gesetzgeber einer konsequenten Linie: Auch aus seiner eigenen Begründung wird deutlich, dass der Verweis auf die PpUGV im Kontext der Leistungsgruppensystematik keinen Mehrwert stiftet, sondern vor allem zusätzlichen Prüfaufwand erzeugt. Durch den Wegfall dieses Prüfkriteriums werden nicht nur die Medizinischen Dienste entlastet, wie der Gesetzgeber

selbst festhält, sondern ebenso die Krankenhäuser, die bislang erhebliche administrative Ressourcen für entsprechende Nachweise vorhalten mussten.

Bis dato ist die PpUGV ein Marker für die pflegerische Mindestbesetzung für pflegesensitive Bereich und ist in diesem Zusammenhang bereits mit gesonderten finanziellen Sanktionsmechanismen belegt. Eine Aufnahme als Qualitätskriterium zur Festlegung von Leistungsgruppen entspräche einer völlig anderen Systematik, und könnte zum vollständigen Ausschluss einer Leistungsgruppe führen. Dies wäre nicht sachgerecht.

Ergänzende Forderung:

Darüber hinaus fordern wir, dass die PpUGV endlich vollständig durch die PPR 2.0 ersetzt wird und damit die derzeitige doppelte Nachweispflicht für beide Personalbemessungsinstrumente beendet wird. Die doppelte Nachweispflicht für gleiche Sachverhalte muss abgebaut werden, um die Krankenhäuser von Bürokratie zu entlasten und das Personal wieder mehr Zeit für die tatsächliche Pflege am Patientenbett zur Verfügung hat. Die alte PpUGV verursacht hier unnötige Doppelstrukturen.

Strukturkriterien in Anlage 1 zu § 135e SGB V

Zu LG Nr. 1 „Allgemeine Innere Medizin“, sachliche Ausstattung:

Die Anforderung „Endoskopie täglich acht Stunden“ sieht vor, dass die Endoskopieleistungen in Krankenhäusern jeden Tag mindestens acht Stunden verfügbar sein müssen. Gerade in kleineren Krankenhäusern ist es personell und organisatorisch oft nicht möglich an Wochenenden oder Feiertagen Endoskopieleistungen in dieser Form vorzuhalten. Das führt zu unnötigem Druck auf das Personal und kann die wirtschaftliche Tragfähigkeit kleinerer Häuser gefährden. Daher sollte die Anforderung auf „Montag bis Freitag“ beschränkt werden. Dadurch wird eine realistische Planbarkeit gewährleistet, ohne die Versorgungsqualität unter der Woche zu beeinträchtigen. Krankenhäuser können so ihre Ressourcen effizient einsetzen und dennoch die notwendige patientenorientierte Versorgung sicherstellen. Gleichzeitig wird vermieden, dass kleinere Häuser von der Erfüllung der Mindestanforderung ausgeschlossen werden, nur weil sie am Wochenende keine vollständige Endoskopie bereitstellen können.

Änderung wie folgt:

Anpassung der sachlichen Ausstattung: „Endoskopie täglich acht Stunden **von Montag bis Freitag**“

Zu LG Nr. 11 „Interventionelle Kardiologie“, personelle Ausstattung:

Die in den personellen Voraussetzungen geforderte Besetzung mit mindestens fünf Fachärzten geht deutlich über die Vorgaben vergleichbarer Leistungsgruppen hinaus, die ebenfalls mit akuten und zeitkritischen Versorgungssituationen verbunden sind. Die hohe Anzahl ist unverhältnismäßig und verschärft die ohnehin bestehende Unterversorgung insbesondere im ländlichen Raum.

Änderung wie folgt:

Anpassung der Verfügbarkeit der Fachärzte: ~~Fünf~~ **Drei** FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit

Zu LG Nr. 27 „Spezielle Traumatologie“:

Wir begrüßen ausdrücklich, dass von den im KHVVG geplanten fünf zusätzlichen LG zum NRW-Modell nun vier gestrichen wurden. Das reduziert den Verwaltungsaufwand für die Krankenhäuser erheblich, verhindert unnötige Zersplitterung der Leistungsstrukturen und erlaubt eine fokussierte Umsetzung der notwendigen Transformation der Krankenhauslandschaft mit den bereits erprobten LG aus NRW.

Die Einführung der neuen LG Nr. 27 aus dem KHVVG sehen wir weiterhin kritisch, denn Kliniken, die die Qualitätskriterien der neuen LG „Spezielle Traumatologie“ nicht erfüllen, indem sie z.B. die zusätzlich benötigten spezialisierten Fachkräfte nicht vorhalten können, werden benachteiligt, obwohl sie in der Gegenwart eine hochwertige traumatologische Versorgung anbieten.

Änderung wie folgt:

Die LG Nr. 27 „Spezielle Traumatologie“ ist zu streichen.

Zu LG Nr. 42 „Geburten“ und LG 43 „Perinataler Schwerpunkt“:

Es besteht weiterhin eine regelungstechnische Lücke hinsichtlich der Versorgung gesunder Neugeborener. Diese Patientengruppe (ab der 37. SSW) wird bislang fälschlich der LG Nr. 43 „Perinataler Schwerpunkt“ zugeordnet, deren Struktur- und Qualitätskriterien jedoch klar auf die Versorgung von Frühgeborenen (32.–36. SSW, Level-3-Neonatologie) ausgerichtet sind. Für geburtshilfliche Kliniken der Level-4-Versorgung sind diese Anforderungen weder sachgerecht noch erfüllbar (vgl. [G-BA-Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene](#)). In der LG Nr. 42 „Geburten“ werden hingegen nur die Mütter abgebildet.

Um die Versorgungsrealität korrekt abzubilden und die Abrechenbarkeit sicherzustellen, ist eine umfassende Prüfung und Anpassung dieser LG erforderlich.

Änderung wie folgt:

Prüfung und Anpassung der LG hinsichtlich der Versorgung gesunder Neugeborener

Zu LG Nr. 43 „Perinataler Schwerpunkt“, LG Nr. 44 „Perinatalzentrum Level 1“ und LG Nr. 45 „Perinatalzentrum Level 2“

Krankenhäuser einer höheren Versorgungsstufe behandeln in der Praxis auch Patienten, deren Fälle eigentlich den Anforderungen niedrigerer Versorgungsstufen entsprechen würden. Beispielsweise versorgen Krankenhäuser, die über die die LG Nr. 44 „Perinatalzentrum Level 1“ verfügen auch Patienten, deren Merkmale eher einer niedrigeren Versorgungsstufe wie Level 2 oder dem Perinatalen Schwerpunkt zuzuordnen wären.

Daher braucht es eine eindeutige Regelung, die festlegt, dass ein Krankenhaus mit einer höheren LG auch berechtigt ist, Behandlungen durchzuführen, die den Kriterien einer niedrigeren LG (Versorgungsstufe) entsprechen.

Änderung wie folgt:

Prüfung und Anpassung der LG hinsichtlich der Behandlungskompetenz höherstufiger Einrichtungen

Zu LG Nr. 56 „Geriatric“, personelle Ausstattung:

Die Anforderung von mindestens zwei FÄ „mit ZW Geriatric oder Schwerpunkt Geriatric oder FA für Innere Medizin und Geriatric“ halten wir für viele Krankenhäuser für zu hoch angesetzt. Bereits heute bestehen in vielen Regionen erhebliche Versorgungsengpässe, so dass die Gewinnung von Fachärzten in ausreichender Zahl schwierig ist.

Änderung wie folgt:

- Anpassung der Qualifikation: ZW Geriatric oder Schwerpunkt Geriatric oder FA für Innere Medizin und Geriatric **oder Facharzt für Innere Medizin oder Facharzt für Allgemeinmedizin**
- Anpassung der Verfügbarkeit der Fachärzte: Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit, davon mindestens **zwei ein** mit ZW Geriatric oder Schwerpunkt Geriatric oder FA für Innere Medizin und Geriatric **oder Facharzt für Innere Medizin oder Facharzt für Allgemeinmedizin**

Zu LG Nr. 57 „Palliativmedizin“, personelle Ausstattung:

Die Anforderung von „mindestens 2 FÄ mit ZW Palliativmedizin“ halten wir für viele Krankenhäuser für kaum realisierbar. Insbesondere in kleineren Häusern oder ländlichen Regionen ist die Vorhaltung von Ärzten mit dieser speziellen palliativmedizinischen Zusatzweiterbildung oft nicht realistisch. Laut Statistik der [Bundesärztekammer](#) verfügen in Deutschland deutlich weniger Krankenhausärzte über die ZW Palliativmedizin als etwa über die ZW Notfallmedizin oder Intensivmedizin. Diese Anforderung wird dazu führen, dass Kliniken diese LG nicht mehr anbieten können und das, obwohl die flächendeckende Versorgung mit den jetzt bestehenden Strukturen schon nicht gegeben ist. Laut der [Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin](#) bieten derzeit nur etwa 17 % der Kliniken eine Palliativstation für erwachsene Palliativpatientinnen und -patienten an, und lediglich 4 % verfügen über einen multi-professionellen Palliativdienst auf weiteren Stationen.

Änderung wie folgt:

- Anpassung der Qualifikation: ZW Palliativmedizin **oder Schwerpunkt Palliativmedizin oder M.Sc. in Palliative Care**
- Anpassung der Verfügbarkeit der Fachärzte: Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit, davon mindestens **zwei ein** FA mit ZW Palliativmedizin **oder Schwerpunkt Palliativmedizin oder M.Sc. in Palliative Care**

Ausnahmeregelung für Fachkliniken

Zu § 135e Abs. 4 Satz 2 SGB V:

Diese Regelung ist unzureichend und wird den besonderen Versorgungsstrukturen der Fachkliniken nicht gerecht. Zwar ist positiv hervorzuheben, dass die Anforderungen zur „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ sowie die „sachliche Ausstattung“ nun im Rahmen von Kooperationen und Verbünden erfüllt werden können. Unverständlich bleibt jedoch, weshalb diese Möglichkeit nicht konsequent auf die personelle Ausstattung ausgeweitet wird. Viele hochspezialisierte Fachkliniken haben aufgrund ihrer spezifischen Versorgungskonzepte keinerlei Bedarf für eine vollständige personelle Vorhaltung, sodass starre Vorgaben der Anlage 1 hier weder fachlich sinnvoll noch praktisch umsetzbar sind.

Gerade bei hochspezialisierten Fachkliniken können zentrale Strukturvorgaben der Anlage 1 aufgrund ihres Behandlungsprofils nicht sachgerecht angewendet werden. Daher sollten Fachkliniken insgesamt von der Verpflichtung zur Erfüllung dieser Strukturvorgaben

ausgenommen werden, um ihre Spezialisierungsprofile nicht zu gefährden und unnötige Doppelstrukturen zu vermeiden.

Darüber hinaus müssen auch Besondere Einrichtungen von den rigiden Strukturvorgaben ausgenommen werden, da deren spezielle Versorgungskonzepte ebenfalls nicht mit den standardisierten Anforderungen der Anlage 1 kompatibel sind. Nur durch eine differenzierte und passgenaue Regelung können diese Einrichtungen weiterhin ihre unverzichtbare Rolle im Versorgungssystem erfüllen.

Ausnahmeregelung für Krankenhausstandorte ohne vollstationäre Versorgung

Zu § 135e Abs. 4 Satz 3 SGB V:

Die vorgesehene Regelung, wonach Krankenhausstandorte ohne vollstationäre Versorgung die Strukturvorgaben der Anlage 1 in den Bereichen „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ und „Personelle Ausstattung“ im Rahmen von Kooperationen erfüllen können, ist aus unserer Sicht nicht sachgerecht und verfehlt den Versorgungsrealitäten dieser Einrichtungen.

Erstens verkennt der Ansatz, dass Standorte ohne vollstationäre Behandlung gänzlich andere Versorgungsaufträge und Strukturprofile haben. Sie sind auf ambulante, teilstationäre oder hochspezialisierte Leistungen ausgerichtet und benötigen daher keine vollumfängliche Vorhaltung der in Anlage 1 beschriebenen stationären Strukturen. Die Anwendung dieser Anforderungen – selbst in Form kooperativer Erfüllungsmöglichkeiten – führt damit an den tatsächlichen Bedarfen vorbei.

Zweitens schafft die Regelung unnötige Bürokratie, da Einrichtungen ohne vollstationäre Leistungen erst künstlich in vollstationäre Strukturvorgaben „eingepasst“ werden, nur um anschließend über Kooperationen wieder davon abzuweichen. Dieses Konstrukt erzeugt administrative Doppelstrukturen, ohne dass daraus ein erkennbarer Qualitätsgewinn entsteht.

Drittens überschätzt die Regelung den praktischen Nutzen von Kooperationsvereinbarungen. Der Versuch, personelle und strukturelle Anforderungen, die für vollstationäre Versorgung gedacht sind, in ambulanten oder teilstationären Settings über Kooperationen abzubilden, ist organisatorisch oft nicht umsetzbar und führt zu Fehlanreizen, die insbesondere kleinere, spezialisierte oder ländliche Einrichtungen belasten.

Insgesamt bleibt festzuhalten: Für Einrichtungen ohne vollstationäre Krankenhausbehandlung sind die Strukturvorgaben der Anlage 1 weder erforderlich noch geeignet. Statt sie über Umwege aufrechterhalten zu wollen, braucht es eine klar abgegrenzte und passgenaue Regelung, die die besonderen Aufgaben dieser Standorte anerkennt und ihnen die notwendige Flexibilität zur Erfüllung ihres Versorgungsauftrags belässt.

Mindestvorhaltezahlen

Zu § 135f SGB V:

Die Einführung leistungsgruppenspezifischer Mindestvorhaltezahlen lehnen wir entschieden ab. Mindestvorhaltezahlen, die sich ausschließlich an Fallzahlen orientieren, stellen de facto eine neue Form von Mindestmengen dar. Anders als bei den Mindestmengen nach G-BA-Verfahren fehlt hier jedoch jede methodisch fundierte Herleitung. Eine rein mathematische Ableitung per Perzentil-Ansatz ignoriert zentrale Kriterien wie Morbiditätsstrukturen, regionale Bedarfe, Versorgungsprofile oder Schweregrade der Fälle. Dies würde bedeuten, dass eine bundesweit einheitliche, statistisch erzeugte Schwelle darüber entscheidet, ob ein Krankenhaus eine Leistungsgruppe erbringen darf, unabhängig davon, ob es medizinisch notwendig, qualitätsgesichert oder regional unverzichtbar ist.

Die Verknüpfung der Krankenhausplanung an solche pauschalen Zahlen entbehrt nicht nur jeder wissenschaftlichen Evidenz, sondern führt zu einem willkürlichen Ausschluss bedarfsnotwendiger Leistungsanbieter, vor allem in ländlichen und strukturschwachen Regionen.

Zudem stellt die Festlegung von Mindestvorhaltezahlen nach § 135f SGB V einen erheblichen Eingriff in die verfassungsrechtlich verankerte Planungshoheit der Länder dar. Krankenhausplanung muss sich an regionalen Bedürfnissen, Erreichbarkeiten und Versorgungspfaden orientieren, nicht an einem bundesweiten Fallzahlmodell, das lokale Versorgungsrealitäten systematisch ausblendet.

Die Folge wäre ein beschleunigter Abbau von Versorgungsangeboten, der das Risiko einer Wartelistemedizin, längeren Fahrzeiten sowie zeitlicher Verzögerungen in Diagnostik und Therapie und damit die Gefahr einer regionalen Unterversorgung erheblich erhöht.

Änderung wie folgt:

Mindestvorhaltezahlen streichen oder zumindest deutlich flexibilisieren.

Onkochirurgische Leistungen

Zu § 136c Abs. 1 Satz 1 SGB V:

Die Regelung sieht vor, dass der G-BA eine niedrigere als die in § 40 Abs. 1 Satz 3 KHG genannte Prozentzahl festlegen kann, wenn dies zur Aufrechterhaltung einer patienten- und bedarfsgerechten flächendeckenden stationären Versorgung mit onkochirurgischen Leistungen zwingend erforderlich ist.

Diese Formulierung räumt dem G-BA jedoch lediglich eine Möglichkeit ein. Damit besteht das Risiko, dass die entscheidende Voraussetzung zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung in der Praxis nicht hinreichend umgesetzt wird. Gerade in der Onkochirurgie ist jedoch klar, dass eine gleichzeitige Erfüllung hoher Fallzahlvorgaben und der Anspruch auf eine wohnortnahe Versorgung nicht in allen Regionen realisierbar ist. Ohne eine verpflichtende Absenkungsmöglichkeit drohen Versorgungslücken, insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Gebieten.

Die Krankenhausreform verfolgt jedoch ausdrücklich das Ziel, eine patienten- und bedarfsrechte flächendeckende stationäre Versorgung sicherzustellen. Daraus ergibt sich zwingend, dass der G-BA nicht nur die Möglichkeit, sondern die Pflicht haben muss, die Prozentzahl abzusenken, wenn andernfalls Versorgungslücken entstehen würden.

Änderung wie folgt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss ~~kann~~ **hat** für einen nach § 40 Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes definierten Indikationsbereich einen Anteil von weniger als 15 Prozent an der Anzahl der Fälle aller Einträge in der jeweiligen nach § 40 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes erstellten und sortierten Aufstellung von Krankenhausstandorten festzulegen, bis zu dem das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach § 40 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes die Einträge aus der jeweiligen Aufstellung auszuwählen hat, sofern dies zur Aufrechterhaltung einer patienten- und bedarfsgerechten flächendeckenden stationären Versorgung der Bevölkerung mit onkochirurgischen Leistungen zwingend erforderlich ist.“

Mindestreserve und Obergrenze der Liquiditätsreserve

Zu § 271 SGB V:

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. Der BRH hat sich in seinem jüngsten Bericht zur Entwicklung der Finanzlage in der GKV vom 15. August für eine deutliche Erhöhung dieser Spanne ausgesprochen und sowohl die Höhe der Mindestrücklage als auch der Obergrenze als zu niedrig bewertet. Die Folge der gegenwärtigen Regelung ist eine permanente, mittlerweile auch unterjährige Anhebung der Zusatzbeiträge, die den Beitragszahler belasten. Eine Anhebung von Mindestreserve und Obergrenze ist somit dringend für eine Stabilisierung der Finanzgrundlage der GKV vonnöten. Dass die Liquiditätsreserve 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 oder eine weitere Erhöhung des Zusatzbeitrags zum 15. Januar 2027 zu vermeiden.

MD-Prüfungen zu Qualitätskriterien

Zu § 275a Abs. 1 Satz 5 SGB V:

Die Zulassung unangekündigter, nicht-anlassbezogener Vor-Ort-Prüfungen durch den Medizinischen Dienst stellt für die Krankenhäuser eine unverhältnismäßige organisatorische und bürokratische Belastung dar und ist in der aktuellen Praxis realistisch nicht umsetzbar.

Diese Regelung verkennt die Realität der Datenvorhaltung in Krankenhäusern. Anders als in vollautomatisierten Systemen erfolgt die Dokumentation, Ablage und Verknüpfung von Nachweisen in den meisten Häusern noch teilweise manuell und über mehrere Systeme hinweg. Viele Krankenhäuser werden noch Jahre benötigen, um die notwendigen technischen Voraussetzungen für eine Echtzeit-Datenbereitstellung zu schaffen. Ohne vorherige Ankündigung ist es somit organisatorisch nicht möglich, alle relevanten Dokumente und Nachweise innerhalb kürzester Zeit in prüffähiger Form zusammenzutragen.

Um unangekündigte MD-Prüfungen realistisch zu meistern, müssten Krankenhäuser eine ständige Daten- und Personalbereitschaft gewährleisten. Das würde bedeuten, dass zusätzliche Ressourcen dauerhaft gebunden werden müssten, parallel zur laufenden Patientenversorgung (Ärzte, Pflegekräfte, Kodierfachkräfte müssen ad hoc aus der Versorgung abgezogen werden, um Unterlagen zusammenzustellen etc.) und sich die administrativen Aufgaben verdoppeln (Pflege von Echtzeitdaten etc.). Damit steht der Aufwand in keinem Verhältnis zum Nutzen.

Durch diese Regelung droht, dass die vorhandenen Strukturen in den Krankenhäusern zusätzlich belastet werden und der Fokus vom Patientenwohl auf die Bürokratie verlagert wird.

Zeitschiene zu den MD-Prüfungen

Zu § 275a Abs. 2 Satz 7 und 8 SGB V:

Die neue Zeitschiene sieht vor, dass die MD-Prüfungen als Grundlage der Leistungsgruppenzuordnung im Zeitraum 31.12.2025 bis 31.07.2026 durchgeführt werden. Aus unserer Sicht ist dieser Zeitraum für eine flächendeckende Prüfung aller Krankenhäuser in sämtlichen beantragten Leistungsgruppen vollständig unrealistisch.

Dies birgt das Risiko einer ungleichen Behandlung: Ein Teil der Krankenhäuser würde unter strengen MD-Prüfungen bewertet – und das, obwohl Prüfmethode und Kriterien im Vorfeld nicht abschließend geklärt sind –, während andere ihre Leistungsgruppenzuordnung auf Basis möglicherweise unrealistischer Selbsteinschätzungen erhielten. Dies benachteiligt die geprüften Häuser und gefährdet die Gleichbehandlung im Verfahren.

Wenn nicht gewährleistet werden kann, dass alle Krankenhäuser innerhalb des vorgesehenen Zeitraums geprüft werden, sollten die Leistungsgruppen zunächst einheitlich auf Basis von Selbsteinschätzungen zugeteilt werden. Die MD-Prüfungen müssten dann nachgelagert und für alle Häuser gleichermaßen erfolgen. Alternativ muss der Gesetzgeber sicherstellen, dass der Medizinische Dienst im genannten Zeitraum tatsächlich alle beantragten Leistungsgruppen in allen Krankenhäusern prüft.

Standortdefinition

Zu § 2a Abs. 1 Satz 2 KHG:

Viele Krankenhäuser erbringen ihre Versorgungsangebote über mehrere Standorte oder Gebäudekomplexe verteilt, um die Versorgung wohnortnah abzusichern, bestehende Infrastruktur effizient zu nutzen und ambulante und stationäre Angebote sektorenübergreifend miteinander zu verknüpfen. Die Begrenzung des Standortbegriffs auf eine maximale Entfernung von 2.000 Metern ist weder in Großstädten sinnvoll, wo viele Träger ihre Campi über die Stadt verteilt haben, noch in Flächenregionen. Eine Ausweitung auf 10.000 Meter würde es ermöglichen, dass kleinere Klinikstandorte, ambulante Einrichtungen und Fachabteilungen in einem gemeinsamen Versorgungsverbund zusammengefasst werden, dabei trotzdem als ein Standort im Sinne der Krankenhausplanung gelten und damit die Schließung und Zerschlagung bestehender Versorgungsstrukturen im bestehenden Verbund zu vermeiden. Durch moderne Kommunikations- und Dokumentationsinfrastruktur, digitale Patientenakten, telemedizinische Vernetzung sowie einheitliche Leitungs- und Qualitätsstrukturen erfolgt die Versorgung auch in räumlich getrennten Gebäuden so koordiniert, als fände sie „unter einem Dach“ statt, ohne Einbußen bei Qualität, Sicherheit oder Patientennähe.

Änderung wie folgt:

„Ein Krankenhausstandort kann abweichend von Satz 1 aus mehreren Gebäuden oder Gebäudekomplexen eines Krankenhausträgers bestehen, wenn der Abstand zwischen den am weitesten voneinander entfernt liegenden Gebäudepunkten nicht mehr als ~~2.000~~ 10 000 Meter Luftlinie beträgt (Flächenstandort).“

Ausnahmeregelung für die Zuweisung von Leistungsgruppen

Zu § 6a Abs. 4 Satz 1 KHG:

Die vorgesehene Regelung, wonach die Landesbehörde Leistungsgruppen nur im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zuweisen kann, ist aus unserer Sicht nicht akzeptabel. Sie greift unmittelbar in die verfassungsrechtlich verankerte Planungshoheit der Länder ein und verschiebt zentrale Entscheidungen der Krankenhausplanung in Richtung der Kostenträger, die keine planerische Verantwortung tragen.

Die Krankenhausplanung ist ausdrücklich Aufgabe der Länder, da sie die regionalen Versorgungsstrukturen, Bedarfe und Standortgegebenheiten am besten beurteilen können. Die Einbindung der Krankenkassen als faktische Mitentscheider führt jedoch dazu, dass planerisch notwendige Entscheidungen blockiert oder verzögert werden können, auch dann, wenn sie für die Sicherstellung der Versorgung zwingend erforderlich sind.

Damit wird ein zentrales Steuerungsinstrument der Länder von der Zustimmung derjenigen abhängig gemacht, die primär Wirtschaftlichkeitsaspekte vertreten und nicht für die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung verantwortlich sind. Dies widerspricht dem Grundprinzip der dualen Krankenhausfinanzierung ebenso wie der föderalen Aufgabenverteilung.

Änderung wie folgt:

Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann im ~~Einvernehmen~~ **Benennen** mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort Leistungsgruppen nach Absatz 1 Satz 1 zuweisen, obwohl abweichend von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Voraussetzungen das Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt, wenn diese Qualitätskriterien durch das Krankenhaus an dem Krankenhausstandort auch nicht in Kooperationen oder Verbünden nach Absatz 3 Satz 4 oder § 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 7, Satz 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt werden können und

1. dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist,
2. der Betrieb des jeweiligen Krankenhausstandortes vollständig oder teilweise eingestellt wird und die Zuweisung der Leistungsgruppen für die Aufrechterhaltung des Betriebs bis zu dessen Einstellung zwingend erforderlich ist oder
3. der jeweilige Krankenhausstandort mit einem oder mehreren anderen Krankenhausstandorten vollständig oder teilweise infolge eines Zusammenschlusses im Sinne des § 37 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen zusammengelegt wird und die Zuweisung der Leistungsgruppen für die Vollziehung des Zusammenschlusses zwingend erforderlich ist.

Zu § 6a Abs. 4 Satz 2 KHG:

Eine Befristung der Ausnahmeregelung auf drei Jahre ist in höchstem Maße problematisch. Sie würde bedeuten, dass selbst Leistungsgruppen, die zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung zwingend notwendig sind, nach Ablauf der Frist ersatzlos wegfallen. Damit würden bewusst Versorgungslücken in Kauf genommen, obwohl die zugrunde liegenden Bedarfe in der Regel unverändert fortbestehen. Eine solche Regelung ist fachlich unhaltbar und für die betroffenen Menschen nicht akzeptabel.

Änderung wie folgt:

Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist in den in Satz 1 genannten Fällen ~~auf höchstens drei Jahre zu befristen~~ **unbefristet möglich**.

Vergütung eines Vorhaltebudgets

Zu § 6b KHEntgG:

Das Ziel einer verlässlichen Grundfinanzierung für die 24/7-Vorhaltung von Personal, Notaufnahme, OP-Kapazitäten, Intensivbetten und Medizintechnik ist richtig und notwendig. Die im KHVG verankerte Vorhaltevergütung ist jedoch ungeeignet, dieses Ziel zu erreichen. Ihre Konstruktion führt systematisch an den realen Bedarfen vorbei.

Erstens ist das Vorhaltebudget doppelt an Fallzahlen gekoppelt – durch Mindestfallzahlen als Zugangsvoraussetzung und durch historische Fallzahlen als Bemessungsgrundlage. Das benachteiligt insbesondere Krankenhäuser in ländlichen und bevölkerungsarmen Regionen, die

trotz gleicher oder sogar höherer Fixkosten weniger Vorhaltefinanzierung erhalten. Damit wird die flächendeckende Versorgung nicht stabilisiert, sondern geschwächt.

Zweitens basiert das Vorhaltebudget auf Leistungsgruppen, obwohl diese für die Finanzierung ungeeignet sind. Fachabteilungen decken regelmäßig mehrere Leistungsgruppen ab, während einzelne Leistungsgruppen von verschiedenen Abteilungen oder interdisziplinären Teams erbracht werden. Die Folge ist eine unklare Zuordnung von Fällen und Budgets, insbesondere durch breit gefasste Sammelgruppen wie Allgemeine Innere Medizin oder Allgemeine Chirurgie. Für die Kliniken entsteht dadurch ein System, das keine wirtschaftliche Steuerung, keine Transparenz und keine Planungssicherheit erlaubt.

Insgesamt erhöht die Vorhaltevergütung die Komplexität des Systems, verstärkt ökonomische Risiken und liefert nicht das, was versprochen wurde: eine verlässliche Finanzierung der echten Vorhaltekosten.

Die Vorhaltevergütung muss unverzüglich ausgesetzt und vollständig neu konzipiert werden. Eine tragfähige Lösung muss die Finanzierung von Vorhaltekosten an realen Strukturen orientieren, nicht an Fallzahlen und nicht an Leistungsgruppen.

Konkrete Lösungsvorschläge:

- Die bisherige Regelung zu den Vorhaltebudgets mit dem KHAG aussetzen und zügig überarbeiten.
- Mindestvorhaltezahlen streichen oder zumindest deutlich flexibilisieren.
- Für die Finanzierung Fachbereiche statt Leistungsgruppen zur Grundlage machen. (Leistungsgruppen bleiben weiterhin Basis der Krankenhausplanung).
- Die tatsächlichen Vorhaltekosten der Kliniken refinanzieren, um das ökonomische Hamsterrad zu stoppen.
- Planungssicherheit und Berechenbarkeit erhöhen durch transparente, nachvollziehbare Regelungen.

Nur ein solches, realitätsnahes und steuerungsfähiges Modell kann die wirtschaftliche Stabilität der Krankenhäuser sichern und eine verlässliche, flächendeckende Versorgung gewährleisten.

Fixkostendegressionsabschlag

Zu § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG:

Der Fixkostendegressionsabschlag (FDA) ist ein gravierendes Hindernis für die Umsetzung der Krankenhausreform. Während Bund und Länder Konzentrationen, Kooperationen und Standortzusammenlegungen ausdrücklich fördern, bestraft der FDA die Krankenhäuser genau dann, wenn sie diese politisch gewünschten Strukturveränderungen umsetzen und notwendige Mehrleistungen übernehmen. Das setzt völlig widersprüchliche Anreize: Kliniken, die Versorgungsverantwortung übernehmen, riskieren finanzielle Einbußen.

Konzentrationsprozesse erfordern erhebliche Investitionen: zusätzliche Infrastruktur, mehr Personal, moderne IT- und Verwaltungsstrukturen sowie medizinische Ausstattung. Der FDA führt dabei zu einer systematischen Kostenunterdeckung, obwohl die Mehrausgaben unmittelbar aus der Versorgungskonzentration resultieren. Das ist weder wirtschaftlich tragfähig noch mit dem Ziel einer besseren Qualität durch Spezialisierung und höhere Fallzahlen vereinbar. Deshalb muss der FDA schnellstmöglich abgeschafft werden. Mindestens ist sicherzustellen, dass Mehrleistungen, die aufgrund politisch gewünschter Strukturveränderungen entstehen, vollständig abschlagsfrei bleiben.

Änderung wie folgt:

Die Abschaffung des FDA muss schnellstmöglich umgesetzt werden.

Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf

Resilienz deutscher Krankenhäuser

Die aktuelle Sicherheitslage in Deutschland und Europa zeigt deutlich, dass Krankenhäuser als kritische Infrastruktur nicht ausreichend auf Krisen, hybride Bedrohungen, Cyberangriffe oder Szenarien eines NATO-Bündnis- oder Verteidigungsfalls vorbereitet sind. Die [Studie des Deutschen Krankenhausinstituts](#) belegt erhebliche strukturelle, technische und personelle Defizite in nahezu allen Bereichen der Resilienz. Die Krankenhausreform muss diese sicherheitsrelevanten Anforderungen systematisch berücksichtigen.

Resilienz ist nicht nur eine Frage zusätzlicher Technik oder baulicher Maßnahmen, sondern auch der krankenhaushausplanerischen Struktur. Eine Versorgung, die im Normalbetrieb bereits auf Kante genäht ist, ist im Krisenfall nicht leistungsfähig. Die dringend benötigten medizinischen Behandlungsreserven können nur entstehen, wenn im System ausreichend stationäre Vorhaltestrukturen vorhanden sind. Eine Reduzierung der stationären Versorgung auf ein reines Minimalniveau würde die Fähigkeit, Verwundete oder große Schadenslagen zu versorgen, erheblich gefährden und widerspricht den Erkenntnissen der o.g. Studie.

Konkrete Lösungsvorschläge:

- Keine Reduktion der stationären Versorgung auf reines Effizienzniveau; Puffer für Massenansturm, regionale Ausfälle oder militärische Verwundetentransporte zwingend notwendig
- Festlegung einer verbindlichen Vorhaltequote für stationäre und intensivmedizinische Strukturen sowie medizinische Behandlungsreserven, die über den Alltagsbedarf hinausgehen
- Vorhalteverantwortung im KHAG rechtlich verankern für eine krisenfesten, verteidigungsfähigen Krankenhauslandschaft
- Weitere Lösungsvorschläge siehe o.g. Studie, wie bspw. bundesweite Mindeststandards für bauliche, technische und organisatorische Resilienz, Einrichtung eines Bundesinvestitionsprogramms „Krankenhausresilienz“ (Investitionsbedarfe von 2,7 bis 15 Mrd. Euro), dauerhafte Refinanzierung der zusätzlichen Betriebskosten, verpflichtende Qualifizierung des medizinischen Personals für Krisen- und Verteidigungsszenarien, Aufbau regionaler KRITIS-Netzwerke, gesetzliche Verankerung von Redundanz- und Ausfallstrukturen, Stärkung der digitalen Resilienz sowie Resilienzanforderungen verbindlich in Neubauten integrieren

Hybrid-DRG

Zu § 135f SGB V:

Das Ziel der Hybrid-DRG – mehr ambulante Versorgung, Entlastung der Patienten und geringere Kosten für die Krankenkassen – ist richtig und wird von den katholischen Krankenhäusern ausdrücklich unterstützt. Die gegenwärtige gesetzliche Ausgestaltung verfehlt dieses Ziel jedoch klar und schafft Fehlanreize sowie erhebliche Versorgungsrisiken.

Da Hybrid-DRG unabhängig vom Leistungsort einheitlich vergütet werden, ob im Krankenhaus oder in einer Vertragsarztpraxis, führen sie zu Fehlanreizen: Niedergelassene Ärzte könnten ihre Tätigkeiten wegen der für sie attraktiveren Finanzierung verstärkt auf Hybrid-Eingriffen ausrichten. Ohne Budgetbegrenzungen führt dies nicht zu Einsparungen, sondern zu Leistungsausweitungen und steigenden Gesamtausgaben bei den Kassen.

Gleichzeitig gelten für Krankenhäuser hohe Anforderungen an Struktur, Personal und Qualität, während im ambulanten Bereich lediglich die allgemeinen Vorgaben nach § 115b SGB V

gelten. Diese regulatorische Asymmetrie führt dazu, dass komplexere Fälle aus Sicherheitsgründen im Krankenhaus behandelt werden müssen – ohne dass Kliniken hierfür auskömmliche Vergütungszuschläge erhalten oder für ihre krankenhausspezifische Vorhaltung und Nachsorge angemessen refinanziert wird.

Allein im Jahr 2026 wurden knapp 1 Million (!) bisher vollstationär Fälle in Hybrid-DRG überführt. Diese Leistungsausweitung fand ohne vorherige Evaluierung der bisherigen Hybrid-DRG und ohne tragfähige Kalkulationsgrundlagen, insbesondere aufgrund fehlender ambulanter Datengrundlagen. Die Auswahl der Leistungen erfolgte nicht auf Basis medizinischer oder wissenschaftlicher Kriterien, sondern vor allem an der Praktikabilität, was die Patientensicherheit gefährdet.

Zudem ist die schrittweise Absenkung der Hybrid-DRG-Vergütung auf AOP-/EBM-Niveau bis 2030 klar abzulehnen. Die Erbringung von Hybrid-Leistungen an und in einem Krankenhaussetting muss die Infrastruktur, die potenziell komplexeren Fälle und die zu erfüllenden höheren Qualitätsstandards refinanzieren. Darüber hinaus hat die Herausnahme der Hybrid-DRG aus dem DRG-System auch Auswirkungen auf die gesamte Krankenhausfinanzierung.

Konkrete Lösungsvorschläge:

- Gesetzesgrundlage für Hybrid-DRG (§115f SGB V) grundlegend anpassen.
- Anreize für Krankenhäuser schaffen, die Verweildauer dynamisch zu verkürzen – bis hin zur ambulanten Behandlung ohne Übernachtung: Einführung eines sektorspezifischen Kurzlieger-DRG-Bereichs (bis 3 Kalendertage).
- Hybrid-DRGs differenziert kalkulieren, so dass Schweregrade, Sachkosten, Vor- und Nachbehandlung sowie strukturierte Qualitätssicherung berücksichtigt werden.
- Versorgungssicherheit durch einheitliche Struktur- und Qualitätsvorgaben auch im niedergelassenen Bereich gewährleisten.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

Zu § 115g SGB V:

Die katholischen Krankenhäuser unterstützen die Einführung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen (SÜV) ausdrücklich. Sie können einen wichtigen Beitrag leisten, um die wohnortnahe Versorgung zu stärken, Versorgungslücken im ländlichen Raum zu schließen und Krankenhäuser höherer Versorgungsstufen gezielt zu entlasten. Damit SÜV diese Rolle verlässlich erfüllen können, sind jedoch zentrale gesetzliche Anpassungen erforderlich.

Konkrete Lösungsvorschläge

Das Leistungsprofil der SÜV muss breit und flexibel gestaltet werden, um den realen Bedarfen vor Ort zu entsprechen. Dazu gehören:

- ein ausreichend breites Spektrum an stationären Leistungen (Innere Medizin, Chirurgie, Geriatrie, Palliativmedizin etc.), um auf die regional sehr unterschiedlichen Versorgungsbedarfe eingehen zu können, zu starke Einschränkungen würden diese Versorgungsstrukturen zerstören,
- die Möglichkeit, Hybrid-DRG-Leistungen und ambulante Operationen unabhängig vom bisherigen stationären Versorgungsauftrag zu erbringen,
- die medizinisch-pflegerische Versorgung nach § 115h,
- Leistungen von Institutsambulanzen aus strukturellem Grund nach § 116a,
- eine Ausweitung der Übergangspflege auf 30 Tage sowie eine deutliche Reduktion der bürokratischen Anforderungen für diese Versorgungsform und
- eine unbefristete institutionelle Ermächtigung zur haus- und fachärztlichen Versorgung, um einen niedrigschwelligen und kontinuierlichen Zugang sicherzustellen.

Die Qualitätsanforderungen müssen praxisnah und realistisch ausgestaltet sein. Das bedeutet:

- eine bedarfsorientierte ärztliche Präsenz, die durch Rufbereitschaft ergänzt werden kann,
- angemessene pflegerische Standards und
- ein eigenes Qualitäts- und Strukturkonzept für SÜV, das sich an ihren Versorgungsauftrag orientiert und flexible Lösungen für unterschiedliche regionale Bedarfe ermöglicht.

Damit SÜV dauerhaft wirtschaftlich tragfähig sind, braucht es:

- vollständige Kostendeckung aller Betriebs-, Personal- und Sachkosten,
- keine Degression, stattdessen ein einheitliches Tagesentgelt,
- Integration der pflegerischen Leistungen (Kurzzeit-, Übergangspflege) in das Gesamtvolumen und
- transparente und nachhaltige Refinanzierung der Umstrukturierungs- und Vorhaltekosten.

Darüber hinaus ist es entscheidend, dass die Länder für die Einführung der SÜV echte Gestaltungsspielräume erhalten.

Entbürokratisierung

Die katholischen Krankenhäuser fordern dringend Maßnahmen zur Entlastung der Krankenhäuser von unnötiger Bürokratie. Folgende erste Maßnahmen sind schnellstmöglich umzusetzen. Sie würden spürbar Zeit freisetzen – für Behandlung statt Bürokratie – und das Personal entlasten, das heute bis zu einem Drittel seiner Arbeitszeit mit Dokumentation verbringt.

1. Prüfwahnsinn eindämmen (MD-Prüfungen)
 - Reduktion der MD-Prüfquoten auf ein praxistaugliches Niveau
 - klar begrenzte Prüfthemen und verbindliche Bearbeitungsfristen
 - Wegfall von Prüfungen ohne patientenrelevanten Mehrwert (z. B. rein formale Dokumentationsdetails)
2. Dokumentationspflichten straffen
 - Vereinheitlichung der Dokumentationsstandards über Berufsgruppen hinweg
 - Verzicht auf nicht patientenrelevante Nachweispflichten (z. B. minutengenaue Pflege-Tätigkeitsnachweise)
3. PpUGV / Personalvorgaben vereinfachen
 - Wegfall der minutengenauen Pflegepersonaluntergrenzen-Dokumentation
 - Einführung einer vereinfachten, monatlichen Meldelogik statt schichtgenauer Nachweise
4. Qualitätsberichte entschlacken
 - Kürzung des Krankenhaus-Qualitätsberichts auf wesentliche Kennzahlen
 - Streichung rein formaler oder redundanter Angaben
 - Einführung eines einheitlichen digitalen Berichtsformulars
5. Abrechnungsbürokratie reduzieren
 - Vereinheitlichung von Abrechnungscodes und Plausibilitätsregeln
 - Wegfall unnötiger Antrags- und Genehmigungsverfahren

6. Digitalisierungsprozesse vereinfachen
 - verpflichtende Interoperabilität der Systeme statt Insellösungen
 - Einmal-Erfassung von Daten (One Document – many Use Cases)
 - Förderung von automatisierter Codierung und Dokumentation
7. Bürokratielast in der Notaufnahme reduzieren
 - Wegfall der komplexen Dokumentationspflichten
 - klare Kriterien zur Patientensteuerung ohne zusätzliche Dokumentationsauflagen
8. Forschungs- und Statistikmeldungen reduzieren
 - Abschaltung des Krankenhaustransparenzverzeichnisses / Bundes-Klinik-Atlas
 - Zusammenführung der verschiedenen Melde- und Statistikpflichten (z. B. GBE, InEK, Destatis)
 - jährliche Überprüfung aller Meldepflichten auf Nutzen
9. Entbürokratisierung bei Pflege, Therapie und Sozialdienst
 - Wegfall überdetaillierter Nachweisformulare in Pflege und Therapie
 - Vereinfachte Dokumentation der Entlassplanung
10. Genehmigungsverfahren beschleunigen
 - schnellere Verfahren für Bau-, Investitions- und Strukturmaßnahmen
 - digitale Antragstellung ohne parallele Papierwege
 - verbindliche Reaktionszeiten aller beteiligten Behörden

Fachabteilungen/Fachabteilungsschlüssel

Es zeigt sich zunehmend in der Praxis, dass die derzeitige Ausgestaltung zentraler Struktur- und Zuordnungsmechanismen erhebliche Unschärfen aufweist. Die aktuellen bundesweiten Beratungen zur einheitlichen Bestimmung und Bezeichnung von Fachabteilungen nach § 301 SGB V verdeutlichen, wie tief die geplanten Reforminstrumente in bestehende Versorgungsprozesse eingreifen und wie entscheidend klare, praxistaugliche Definitionen für Planung, Qualitätssicherung und Vergütung sind. Dies betrifft nicht nur die Abbildung unterschiedlicher Versorgungsbereiche, sondern insbesondere die Leistungsgruppensystematik, die künftig als zentrale Grundlage der Krankenhausfinanzierung dienen soll.

Besonders deutlich wird dies bei der Zuordnung gastroenterologischer Behandlungsfälle: Derzeit erfolgt die Einstufung in die LG Nr. 4 „Komplexe Gastroenterologie“ nahezu ausschließlich über den Entlass-Fachabteilungsschlüssel 0700. Identische gastroenterologische Fälle, die historisch – wie in vielen Bundesländern üblich – mit dem Schlüssel 0100 abgerechnet wurden, werden jedoch, bis auf wenige Ausnahmen, automatisiert der LG Nr. 1 „Allgemeine Innere Medizin“ zugewiesen. Diese rein formale, nicht leistungsbezogene Abgrenzung führt zu sachlich nicht begründbaren Benachteiligungen spezialisierter gastroenterologischer Abteilungen. Um eine sachgerechte und konsistente Leistungsgruppenzuordnung sicherzustellen, sollten daher alle medizinisch eindeutig gastroenterologisch diagnostizierten und behandelten Fälle unabhängig vom verwendeten Entlassschlüssel der LG Nr. 4 zugeordnet werden. Die derzeitige Logik stellt einen methodischen Fehler im Zuschnitt der Leistungsgruppen dar und sollte dahingehend dringend korrigiert werden.

Vor diesem Hintergrund ist eine zeitnahe Korrektur fehlerhafter Zuordnungslogiken unabdingbar. Der Gesetzgeber muss daher sicherstellen, dass Fachabteilungen, Leistungsgruppen und Zuordnungsmechanismen in einem kohärenten Gesamtsystem verankert werden, das eindeutige Abgrenzungen, einheitliche Anwendungsregeln und praxistaugliche Erfüllungskriterien enthält. Zugleich erweist sich der laufende Aushandlungsprozess auf Selbstverwaltungsebene als äußerst diffizil.

Kontakt

Katholischer Krankenhausverband Deutschland e. V.

Bernadette Rümmelin

Geschäftsführerin

Tel. 030 240 83 68-10

kkvd@caritas.de

Deutscher Caritasverband e. V.

Dr. Elisabeth Fix

Leiterin Kontaktstelle Politik

Tel. 030 284 47 46

kontaktstelle.politik@caritas.de

Der **Katholische Krankenhausverband Deutschland e. V.** vertritt als Fachverband bundesweit 261 Krankenhäuser an 330 Standorten sowie 52 Reha-Einrichtungen mit insgesamt 204.000 Mitarbeitenden. Jährlich werden hier 3 Millionen Patient:innen stationär und 2,5 Millionen Patient:innen ambulant versorgt. Mit Umsätzen von 16 Milliarden Euro pro Jahr sind die katholischen Krankenhäuser zudem ein wichtiger Wirtschaftsfaktor.

739.410 Menschen arbeiten beruflich in den 25.453 Einrichtungen und Diensten, die der **Caritas** bundesweit angeschlossen sind. Sie werden von mehreren hunderttausend Ehrenamtlichen und Freiwilligen unterstützt. Von den beruflichen Mitarbeitenden sind 293.603 in den Einrichtungen und Diensten der Gesundheitshilfe tätig, 183.809 arbeiten in der Kinder- und Jugendhilfe, 126.790 in der Altenhilfe, 87.276 in der Behindertenhilfe/Psychiatrie, 41.320 bei weiteren sozialen Hilfen und 6612 in der Familienhilfe. 57,25 Prozent aller Mitarbeitenden der Caritas pflegen, begleiten und betreuen Menschen in stationären Einrichtungen wie Krankenhäusern oder Pflegeheimen, 25 Prozent arbeiten in Tageseinrichtungen wie Kindergärten oder Werkstätten für Menschen mit Behinderung.



Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

21(14)49(8)

gel. VB zur öffent. Anh. am

17.12.2025 - KHAG

15.12.2025

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

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

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 Bundespflegesatzverordnung)	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 Verbünden 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 Landeskrankenkassenverbänden, 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 KHVVG 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 Einkommensausgleichs 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, 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 fehlleiten. 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 Verbünden 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	Geriatrie	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 krankenhaushübergreifende 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 Musterkrankhausplanungsverordnung 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 KHVG) 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 KHVVG 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 KHVVG 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 KHVVG 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 Befugnisserweiterung 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 Tarifrater 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 Tarifrater 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 Orientierungswert ~~der Veränderungsrate~~ **dem Orientierungswert**. Überschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, ~~vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene den Orientierungswert gemäß § 9 Absatz 1b Satz 1 und § 9 Absatz 1 Nummer 5 der Bundespflegesatzverordnung~~ **entspricht der Orientierungswert der Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.**“

Streichung der zusätzlichen Tarifierfinanzierung

§ 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 eine Folgeänderung 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. Ergänzendes 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 Centrums 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 KHVVG 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 KHVVG 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 aufgenommen 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 sektorenübergreifenden 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 Standortebezug. 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 KHVVG 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 KHVVG 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 Landeskrankenhausgesellschaft 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 Krankenhausträger 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 (KHVG-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 krankenhaushausindividuelle 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 krankenhaushausindividuellen 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 Bundespflegesatz 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 ungeregeltes 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 hilfsweise 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.

Hilfsweise 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 Versorgungskapazitätennachweis 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.“

Stellungnahme

des

**Spitzenverbandes Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V.
(SpiFa)**

12. Dezember 2025

betreffend den

Gesetzentwurf der Bundesregierung

*- Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform -
(BT-Drs. 21/2512)*

vom 08. Oktober 2025

Kontakt:

Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa)

Anschrift: Robert-Koch-Platz 9, 10115 Berlin
Telefon: +49 30 – 40 00 96 31, Fax: +49 30 40 00 96 32
E-Mail: info@spifa.de
Registergericht: Amtsgericht Charlottenburg, Registernummer: VR 29131 B

Vorstand:

Dr. med. Dirk Heinrich, Dr. med. Helmut Weinhart, Prof. Dr. med. Hermann Helmberger, Dr. med. Petra Bubel, Dr. med. Norbert Smetak, Jan Henniger, Markus Haist (kooptiert)

Hauptgeschäftsführer:

Dr. iur. André Byrla

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Ordentliche Mitglieder des SpiFa





Assoziierte Mitglieder des SpiFa



INHALT

I. Vorwort	5
II. Maßnahmen des Gesetzentwurfes im Einzelnen	8
Artikel 1 – Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)	8
Nummer 1 Buchstabe b (Änderung § 109 Absatz 3a)	8
Nummer 3 Buchstabe b (§ 135d Absatz 4 - neu)	8
Nummer 4 (§ 135e – neu)	9
Nummer 15 – (Anlage 1 – neu)	11
Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)	15
Nummer 11 (Änderung § 40 Absatz 1 und 2 KHG)	15
III. Weitergehender Regelungsbedarf	17
Weiterentwicklungsbedarf des § 115f SGB V (Hybrid-DRG)	17
Reform der belegärztlichen Versorgung und Schaffung weitergehender Kooperationsmöglichkeiten zwischen Krankenhäusern und Vertragsärztinnen/Vertragsärzten im Bereich der stationären Versorgung	19
Leistungsgruppen-Grouping	20
§ 2 Absatz 2 Satz 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)	21

I. Vorwort

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf zur Anpassung der Krankenhausreform (KHAG) verfolgt die Bundesregierung das übergeordnete Ziel, die bereits durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) in der 20. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages eingeleitete Krankenhausreform praxistauglich weiterzuentwickeln und an entscheidenden Stellen zu justieren. Zentral soll dabei die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, bedarfsgerechten und flächendeckenden Krankenhausversorgung sein. Um dieses Ziel zu erreichen, sieht der Entwurf eine Reihe von Anpassungen, wie die Erleichterung der praktischen Umsetzung der mit dem KHVVG eingeführten Regelungen, insbesondere durch Anpassung von Fristen, Qualitätskriterien und Vorgaben zu Leistungsgruppen sowie zur Einführung der Vorhaltevergütung, die Erweiterung von Ausnahmeregelungen bei der Zuweisung von Leistungsgruppen sowie Stärkung von Kooperationsmöglichkeiten zwischen Krankenhäusern und weiteren Leistungserbringern, um regionale Versorgungsstrukturen flexibler gestalten zu können, die Umgestaltung der Finanzierung des Transformationsfonds, um den Strukturwandel im Krankenhauswesen gezielter zu unterstützen, Verwaltungs- und Verfahrensvereinfachungen, etwa durch klarere Regelungen zur Fusionskontrolle und verbesserte Informationsflüsse, insbesondere gegenüber der Privaten Krankenversicherung und die Verbesserung der Datenbasis für die Ermittlung zentraler Steuerungsgrößen wie des Orientierungswerts sowie Vereinfachungen im Berichtswesen der Medizinischen Dienste vor.

SpiFa:

Der SpiFa sieht eine grundlegende Reform der Krankenhausversorgungsstrukturen in Deutschland nach wie vor als dringend geboten an, um eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige stationäre Krankenhausversorgung in Deutschland flächendeckend sicherzustellen und die bedarfsgerechten Krankenhäuser wirtschaftlich tragfähig zu finanzieren.

In Deutschland gab es dem Statistischen Bundesamt zufolge im Jahr 2023 insgesamt 1.874 Krankenhäuser mit insgesamt 476.924 Betten. 1.505 dieser Krankenhäuser waren sogenannte Allgemeinkrankenhäuser (zu denen die 34 Hochschul- bzw. Unikliniken, 1.246 Plankrankenhäuser, 62 Krankenhäuser mit und 163 Krankenhäuser ohne Versorgungsauftrag gehören). 303 Krankenhäuser führten ausschließlich psychiatrische, psychotherapeutische oder psychiatrische, psychotherapeutische und neurologische und/oder geriatrische Betten. In diesen Krankenhäusern wurden im Jahr 2023 insgesamt 17.202.131 Krankenhausbehandlungen erbracht, davon 14.371.798 gegenüber gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten. Die durchschnittliche Bettenauslastung im Jahr 2023 betrug 71,2 Prozent. Für Krankenhausbehandlungen wurde von der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2023 ein Betrag von 93,56 Mrd. EUR ausgegeben und damit im Durchschnitt etwa 6.500,00 EUR pro Krankenhausbehandlungsfall. Im Vergleich dazu gab es im Jahr 2023 eine Zahl von 596.225.886 Behandlungsfällen in der ambulanten, vertragsärztlichen Versorgung mit

Ausgaben für die GKV in Höhe von 47,15 Mrd. EUR und damit im Durchschnitt etwa 79 EUR pro Behandlungsfall.

Wir gehen auf Grundlage der wissenschaftlichen Erkenntnisse aktuell von einem Ambulantisierungspotenzial in Höhe von mindestens 20 Prozent der stationären Behandlungsfälle aus. Dieses Ambulantisierungspotenzial dürfte sich auf Grund des medizinisch-technologischen Fortschritts bis zum Jahr 2035 etwa verdoppeln. Darüber hinaus lassen sich mindestens 20 Prozent der heute ganz überwiegend vollstationär erbrachten Krankenhausbehandlungsfälle als vermeidbare ambulant-sensitive Krankenhausfälle einstufen. Vor diesem Hintergrund ist es gefestigte wissenschaftliche Erkenntnis, dass die Krankenhausversorgungsstrukturen in Deutschland heute alles andere als bedarfsgerecht ausgestaltet sind und die Notwendigkeit besteht, in einer Reform der Krankenhausversorgungsstrukturen selbst auch die originären ambulanten Versorgungsstrukturen zu adressieren und zu stärken, um ambulant-sensitive Krankenhausfälle zu vermeiden und darüber hinaus Leistungen aus dem stationären Bereich in die originären ambulanten Strukturen zur Hebung der vorhandenen erheblichen Wirtschaftlichkeitsreserven zu überführen und damit einen Beitrag zu einer nachhaltigen Gesundheitsversorgung zu leisten.

Nach Auffassung des SpiFa fehlte es jedoch bereits dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) an einem Zielbild für eine bedarfsgerechte Versorgungsstruktur in Deutschland. Aus unserer Sicht muss eine Reform der Krankenhausversorgung zugleich mit der Stärkung der ambulanten Versorgung verbunden sein, die im Wesentlichen von niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten als Garant einer qualitativ hochwertigen, zeitnahen und auch ökonomisch effizienten Patientenversorgung getragen wird. Es bedarf eines solchen Zielbildes und weiterer Reformmaßnahmen zur Schaffung einer bedarfsgerechten Krankenhauslandschaft und einer medizinischen Versorgungsstruktur insgesamt.

Wir begrüßen das Ziel des vorliegenden Gesetzentwurfes, die praktische Umsetzung der mit dem KHVVG eingeleiteten Krankenhausreform zu erleichtern. In diesem Zuge steht für den SpiFa die Planbarkeit für die Krankenhäuser sowie nicht zuletzt für die im Krankenhaus Tätigen im Vordergrund. Ausnahmen von Regelungen, die die Qualität der Krankenhausversorgung adressieren, sollten nach unserer Auffassung hinreichend und klar bestimmt und im Ergebnis auf bedarfsnotwendige Krankenhäuser zur Sicherstellung der stationären Akutversorgung beschränkt sein. Ausnahmen können daher in der Regel nur Krankenhausstandorte außerhalb der Ballungsgebiete adressieren. Wir halten vom Gemeinsamen Bundesausschuss auf wissenschaftlicher Evidenzgrundlage festgesetzte Mindestmengen für ein unverzichtbares Qualitätsinstrument, welches ohne Ausnahmen flächendeckend auf weitere planbare Leistungen ausgedehnt werden sollte.

Der vorliegende Gesetzentwurf lässt die flankierend gebotene Stärkung der ambulanten, fachärztlichen Versorgung durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte vermissen. Die mit dem KHVVG fortgesetzte gesundheitsökonomisch unsinnige Ausdehnung des

Versorgungsauftrages der Krankenhäuser auf die ambulante Versorgung zu Lasten vertragsärztlicher Strukturen und insbesondere der niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte wird leider mit dem vorliegenden Gesetzentwurf nicht zurückgenommen. Diese avisierte Maßnahme führt zur Schwächung originär ambulanter Strukturen und des Vertragsarztwesens zugunsten von stationären Strukturen, die bereits heute für eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung der Bevölkerung nicht mehr benötigt werden.

Nach unserer festen Überzeugung bedarf es im Allgemeinen zudem unbedingt einer Stärkung des Belegarztwesens sowie der Flexibilisierung der Kooperationsmöglichkeiten zwischen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten mit Krankenhäusern bei der stationären Versorgung, um das ärztliche Potenzial für eine hochwertige sektorenunabhängige Patientenversorgung auszuschöpfen sowie eine personell gut ausgestattete bedarfsgerechte stationäre Versorgung zukünftig sicherzustellen.

Vor dem Hintergrund der grundgesetzlich festgelegten Zuständigkeit der Länder für die Krankenhausstrukturen appelliert der SpiFa an die Länder, ihrer Verantwortung für die Krankenhausstrukturen in planerischer wie auch finanzieller Hinsicht nachzukommen. Die Länder sind daher aufgefordert, die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser endlich flächendeckend und nachhaltig zu gewährleisten und auch die überfällige strukturelle Transformation der Krankenhauslandschaft finanziell zu unterlegen. Der SpiFa begrüßt, dass die Transformationskosten nicht mehr, wie noch bisher durch den Gesetzgeber der 20. Legislaturperiode gesetzlich vorgesehen, durch die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler der gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden sollen. Die Finanzierung aus dem Sondervermögen des Bundes kann vor dem Hintergrund der originären Länderzuständigkeit allerdings nicht ohne Kritik bleiben.

Darüber hinaus fordert der SpiFa nach wie vor, die Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte organisatorisch und finanziell unabhängig von den Versorgungsbereichen (Sektoren) zu stärken, denn eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung ist von einer ausreichenden Zahl gut und praxisnah aus- und weitergebildeter Fachärztinnen und Fachärzte abhängig.

II. Maßnahmen des Gesetzentwurfes im Einzelnen

Artikel 1 – Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Nummer 1 Buchstabe b (Änderung § 109 Absatz 3a)

Die Änderung sieht vor, dass ein Versorgungsvertrag zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und dem Krankenhausträger abgeschlossen werden darf, obwohl das Krankenhaus an dem Krankenhausstandort, für den bestimmte Leistungsgruppen in dem Versorgungsvertrag vereinbart werden sollen, die für diese Leistungsgruppen maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich und diese Qualitätskriterien durch das Krankenhaus, mit dessen Träger der Versorgungsvertrag abgeschlossen werden soll, an dem Krankenhausstandort auch nicht in Kooperationen oder Verbünden nach § 6a Absatz 3 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder § 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 7, Satz 2 bis 4 erfüllt werden können.

SpiFa:

Der SpiFa steht Ausnahmeregelungen zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung grundsätzlich offen gegenüber. Gleichzeitig muss sichergestellt werden, dass Ausnahmeregelungen nur in begründeten Einzelfällen Anwendung finden, um die aus fachlicher Sicht notwendigen Qualifikationskriterien, die in den Leistungsgruppen festgelegt wurden, mit Blick auf eine qualitativ hochwertige, flächendeckende Versorgung der Bevölkerung nicht zu konterkarieren. Die Ausnahmeregelungen müssen ihrerseits für die Vertragsparteien des Versorgungsvertrages Rechtssicherheit gewährleisten. Der SpiFa sieht es als zweckmäßig an, die bisherige Regelung des § 109 Absatz 3a Satz 5 zur Erreichbarkeit zur Spezifizierung des Tatbestandsmerkmals der „zwingenden Erforderlichkeit zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung“ aufzunehmen.

Nummer 3 Buchstabe b (§ 135d Absatz 4 - neu)

Zur Umsetzung der im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode getroffenen Vereinbarung, dass die Definition der Fachkrankenhäuser mit dem Ziel überarbeitet wird, dass die in den Ländern bestehenden und für die Versorgung relevanten Fachkliniken erhalten bleiben können, wird die Anpassung der Definition der Fachkrankenhäuser vorgenommen. Durch die beabsichtigte Änderung wird klargestellt, dass kein Rechtsanspruch der Krankenhäuser auf Ausweisung als Fachkrankenhaus besteht. Als Voraussetzungen für die Ausweisung eines Krankenhausstandortes als Fachkrankenhaus wird festgelegt, dass dieser erstens eine Spezialisierung nach Erkrankungen (zum Beispiel onkologische Erkrankungen oder Multiple

Sklerose), nach Krankheitsgruppen (zum Beispiel Endoprothetik oder Kardiologie), nach Personengruppen (zum Beispiel Kinder und Jugendliche, Menschen mit Behinderung, Frauen) oder nach Leistungsspektrum (zum Beispiel Schmerzmedizin, naturheilkundliche Verfahren, Amputationsnachsorge) 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 soll zudem auch die Mitteilungspflicht der Länder gegenüber dem InEK dahingehend ergänzt werden, dass diese auch die Begründung einer Zuordnung zum „Level F“ zu umfassen hat. Dies sei erforderlich, um Erkenntnisse über die Handhabung der Fachkrankenhaus-Zuordnungen für die Evaluation der Krankenhausreform nach § 427 SGB V gewinnen zu können.

SpiFa:

Wir begrüßen die beabsichtigte Definition der Fachkrankenhäuser. Die Regelung gibt einen großen Ermessensspielraum. Insoweit bleibt es aus unserer Sicht abzuwarten, ob sich die Regelung in der praktischen Umsetzung bewährt.

Nummer 4 (§ 135e – neu)

Mit der beabsichtigten Regelung in § 135e Absatz 4 Satz 1 SGB V soll insoweit die Geltung zeitlicher Vorgaben zur personellen oder sachlichen Verfügbarkeit in den maßgeblichen Qualitätskriterien für Tages- und Nachtkliniken, die einen eigenen Krankenhausstandort bilden, auf deren jeweilige Betriebszeiten beschränkt werden. Die Regelung bezieht sich dabei allein auf die zeitlichen Vorgaben, die in den Anforderungsbereichen „Sachliche Ausstattung“ oder „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Verfügbarkeit“ genannt sind, wie etwa die jederzeitige Rufbereitschaft. Andere Qualitätskriterien in den Anforderungsbereichen „Sachliche Ausstattung“ oder „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Verfügbarkeit“, wie etwa die Anzahl der am Krankenhausstandort vorzuhaltenden Ärzte, werden dadurch nicht beschränkt. Die jeweiligen Strukturkriterien der im Einzelfall erbrachten Operationen und Prozeduren (OPS-Kodes) sind von der Ausnahme nicht umfasst; diese sind weiterhin einzuhalten.

Um sicherzustellen, dass Belegärzte auch weiterhin wie bisher an der stationären Versorgung mitwirken können, wird klargestellt, dass an die Stelle der für angestellte Krankenhausärztinnen und -ärzte geltenden Vorgabe „Vollzeitäquivalent“ die Vorgabe „voller vertragsärztlicher Versorgungsauftrag“ tritt. Die Voraussetzung eines vollen vertragsärztlichen

Versorgungsauftrags ist auch erfüllt, wenn zwei Belegärztinnen oder Belegärzte zusammen in der Summe über einen vollen vertragsärztlichen Versorgungsauftrag verfügen.

SpiFa:

Wir begrüßen, dass der Gesetzgeber die zeitliche Geltung der Qualitätsvorgaben für tagesstationäre und andere besondere Einrichtungen beschränken will. Wir schließen uns jedoch der Auffassung des Bundesrates an, dass es weder sachgerecht noch praxistauglich ist, tagesstationäre und sonstige besondere Einrichtungen, die aus dem DRG-System ausgenommen sind und keine Vorhaltevergütung erhalten können, überhaupt in die Leistungsgruppensystematik und die hierfür vorgesehenen Qualitätsvorgaben aufzunehmen. Der Gesetzgeber sollte in geeigneter Weise gesetzlich klarstellen, dass tagesstationäre und sonstige besondere Einrichtungen, die aus dem DRG-System ausgenommen sind und keine Vorhaltevergütung erhalten, von der Leistungsgruppensystematik ausgenommen werden.

Wir begrüßen die beabsichtigte Änderung in § 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 6 Buchstabe d, mit der an Stelle eines Vollzeitäquivalentes von 38,5 Wochenstunden einer im Krankenhaus angestellten Fachärztin oder eines im Krankenhaus angestellten Facharztes eine Belegärztin oder ein Belegarzt mit vollem vertragsärztlichen Versorgungsauftrag angerechnet werden kann, ausdrücklich.

Nach der Systematik des § 135e Absatz 4 Nummer 6 SGB V geht es bei der personellen Ausstattung grundsätzlich nicht um eine jederzeitige Verfügbarkeit vor Ort. Zudem können nach Nummer 6 Buchstabe c auch in Vollzeit angestellte Fachärztinnen und Fachärzte mehreren Leistungsgruppen zugeordnet werden. Außerdem ist zu berücksichtigen, dass es sich in der Regel um elektives und gut planbares Leistungsgeschehen handelt. Im Übrigen muss auch berücksichtigt werden, dass die Eignung als Belegärztin oder Belegarzt nach § 39 Absatz 5 Nummer 3 BMV-Ä voraussetzt, dass Wohnung und Praxis einer Belegärztin oder eines Belegarztes so nahe am Krankenhaus liegen muss, dass die unverzügliche und ordnungsgemäße Versorgung der von ihr oder ihm ambulant und stationär zu betreuenden Versicherten gewährleistet ist. Die beabsichtigte Änderung trägt dem Rechnung.

In der vorgesehenen Leistungsgruppensystematik werden Krankenhausstandorte ungeachtet, ob die Leistungen in Hauptabteilungen oder Belegabteilungen erbracht werden grundsätzlich gleich behandelt. Dies ist weder sachgerecht noch praxistauglich. Die Leistungserbringung in Belegabteilungen fokussiert sich in der Regel auf elektives Leistungsgeschehen mit überschaubarem Risikoprofil. Auch der Umfang der Leistungserbringung ist gegenüber Hauptabteilungen in der Regel geringer und gut überschaubar. Insbesondere mit Blick auf die personellen Voraussetzungen in den Qualitätsvorgaben der Leistungsgruppen regen wir daher an, diese risikoadjustiert zu reduzieren und mindestens die Zahl der in Rufbereitschaft verfügbar zu haltenden Fachärztinnen und Fachärzte gegenüber Hauptabteilungen zu beschränken. Gesetzlich ist bereits über § 39 Absatz 5 Nummer 3 BMV-Ä sowie über die Verpflichtung des §

39 Absatz 6 BMV-Ä, einen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten vorzuhalten, gewährleistet, dass eine unverzügliche und ordnungsgemäße Versorgung der belegärztlich stationär zu betreuenden Versicherten gewährleistet wird.

Nummer 15 – (Anlage 1 – neu)

Die mit dem KHVVG eingeführten Leistungsgruppen in Anlage 1 werden dahingehend geändert, dass diejenigen Leistungsgruppen verbleiben, die auf Basis der 60 Leistungsgruppen aus Nordrhein-Westfalen für die dortige Krankenhausplanung eingeführt wurden, zuzüglich der speziellen Traumatologie. Zudem erfolgen Anpassungen der Qualitätskriterien, wobei Empfehlungen des Leistungsgruppen-Ausschusses hierbei Berücksichtigung finden.

SpiFa:

Der SpiFa sieht in der beabsichtigten Festlegung leistungsbezogener Qualitätskriterien für Krankenhausbehandlungen auf Grundlage von Leistungsgruppen nach wie vor einen grundsätzlich unterstützenswerten Ansatz. Wir erneuern jedoch unsere bereits mit Blick auf das KHVVG erhobene Kritik, dass die vorgenommene Einteilung der Leistungsgruppen zu wenig ausdifferenziert und holzschnittartig ist und der Versorgungsrealität nicht gerecht wird.

Die Radiologie/Neuroradiologie ist als therapeutisches Fach mit Kernleistungskompetenzen in den Leistungsgruppen nicht vertreten. Dies widerspricht der faktischen Bedeutung der interventionellen Radiologie/Neuroradiologie für die Patientenversorgung. Jenseits der bildgebenden Diagnostik leistet die interventionelle Radiologie/Neuroradiologie in großem Umfang versorgungsrelevante minimal-invasive therapeutische Eingriffe in nahezu allen Organbereichen. Diese umfassen neben bildgestützten Verfahren (Ultraschall, CT oder MRT) – wie beispielsweise Organpunktionen, Drainagetherapien, Tumor- und Schmerzbehandlungen – insbesondere auch kathetergestützte Gefäßeingriffe in der Angiographie. So wird die „Schlaganfallbehandlung“ durch die interventionelle Neuroradiologie als eigener Leistungserbringer durchgeführt. Die gefäßmedizinischen Leistungsgruppen Nummer 18, 19 und 20 bilden die Versorgungsrealität in der Gefäßmedizin nicht ab. Der SpiFa unterstützt in diesem Zusammenhang ausdrücklich die bereits im Jahr 2023 unter den Fachgesellschaften der Radiologie, Gefäßchirurgie und Angiologie konsentierten Empfehlungen zu entsprechenden Korrekturen. Diese liegen auch dem Leistungsgruppen-Ausschuss über die AWMF vor. Die Reduktion der Radiologie/Neuroradiologie auf ein Querschnittsfach mit gerätebezogenen Mindestvoraussetzungen gefährdet die stationäre Versorgung. Eine konsistente und konsequente Berücksichtigung der interventionellen Radiologie liegt über die AWMF vor. Die beabsichtigte zukünftige Krankenhausvergütung muss aus Sicht des SpiFa die Absicherung der Vorhaltevergütung in der Radiologie/Neuroradiologie adressieren. Dabei ist zu berücksichtigen, dass radiologische Modalitäten auch radiologischer Kompetenz bedürfen und daher die explizite Nennung des „FA

Radiologie“ unter „Personeller Ausstattung/Qualifikation“ neben der Nennung radiologischer Modalitäten in den „Mindestvoraussetzungen“ unbedingt erforderlich ist.

Auch ist die Angiologie als eigenständige Leistungsgruppe in der vorgenommenen Einteilung der Leistungsgruppen nicht enthalten, trotz hoher Krankheitslast, zunehmender Morbidität und unverzichtbarer internistischer Expertise. Dies gefährdet die Versorgung, die Weiterbildungsfähigkeit sowie eine bedarfsgerechte Facharztstruktur. Ohne klare Zuordnung der Angiologie droht eine weitere Verschärfung der bereits bestehenden Unterversorgung. Die Angiologie ist essentiell für die stationäre Patientenversorgung und eine von drei Säulen in zertifizierten Gefäßzentren. Operative und nichtoperative Disziplinen in den Kliniken profitieren von angiologischen Leistungen. Die Angiologie steht für die sonographische und funktionelle Gefäßdiagnostik sowie für die konservative und interventionelle Therapie der vielfältigen Erkrankungen von Arterien, Venen und Lymphgefäßen. Die Angiologie agiert als internistische Teildisziplin vorausschauend und nachhaltig durch ein umfangreiches Risikofaktorenmanagement und verhindert so das Auftreten beziehungsweise das Fortschreiten von Volkskrankheiten wie „Schau-fensterkrankheit“, „Raucherbein“ und diabetischem Fußsyndrom. Im stationären Versorgungsbereich steht heutzutage eine Vielzahl an endovaskulären und medikamentösen Therapieverfahren zur Verfügung, um Gefäße wiederzueröffnen. Der differenzierte Einsatz dieser Verfahren ermöglicht die Behandlung von Arterien von der Aorta bis hin in die kleinsten Dimensionen, sodass Extremitäten- und Organfunktionen erhalten und Amputationen verhindert werden können.

Ein weiterer Leistungsbereich, der in der Leistungsgruppensystematik nicht abgebildet ist, betrifft die Komplexbehandlungen in der schmerzmedizinischen Versorgung chronischer Schmerzpatienten. Dazu gehören die interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie (IMST, OPS 8-918, OPS 8-91b und OPS 8-91c) und die Multimodale Komplextherapie des Bewegungssystems (OPS 8-977).

Chronische Schmerzerkrankungen sind ein erhebliches gesundheitsökonomisches und volkswirtschaftliches Problem, das in hohem Maße zu Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderung, zu hoher medizinischer Inanspruchnahme und inadäquater Versorgung führt. Die genannten nichtoperativen schmerzmedizinischen Komplexleistungen werden bislang in Kliniken ganz unterschiedlicher Ausrichtungen erbracht. Dazu gehören Kliniken mit orthopädischen, internistischen, psychosomatischen, anästhesiologischen und anderen Fachabteilungsschlüsseln. Die Schmerztherapie ist ein Bereich, der fachübergreifend und mit multiprofessionellen Konzepten weiterentwickelt und vertreten wird. Das Fehlen einer adäquaten Abbildung in der Leistungsgruppensystematik birgt ein hohes Risiko des Verlustes weiterer Behandlungskapazitäten in einem bereits jetzt erheblich unterversorgten Bereich.

Wir setzen uns zudem dafür ein, dass die Frührehabilitation insbesondere durch die Fachärztinnen und Fachärzte für physikalische und rehabilitative Medizin in der Leistungsgruppensystematik wesentlich stärker Berücksichtigung findet. Bei der Frührehabilitation handelt es sich um ein leistungsgruppenübergreifendes Querschnittsgebiet in der somatischen stationären

Versorgung. Die fachübergreifenden Kompetenzen von Fachärztinnen und Fachärzten für physikalische und rehabilitative Medizin sind unter anderem dafür geeignet, für jede Patientinnen und jeden Patienten das individuell geeignete Konzept der Weiterbehandlung nach schweren Erkrankungen oder Eingriffen zu entwickeln und Patientinnen und Patienten in die passenden weiterführenden Einrichtungen und Konzepte zu steuern. Ziel ist dabei neben einer Verbesserung des Outcomes für die Patientinnen und Patienten auch, die kostenintensiven und begrenzten Ressourcen der Kliniken, insbesondere der Intensivmedizin, frühzeitig wieder freizusetzen, was zu einer Entlastung der Kostenträger und des Sozialsystems insgesamt beitragen kann.

Fachübergreifende Frührehabilitation sollte zumindest in Krankenhäusern der Maximalversorgung vorgehalten werden, was Vorgaben des § 39 Absatz 1 Satz 3 SGB V, dem von Deutschland verabschiedeten WHO-Beschluss von 2023: Frühreha-Abteilungen in Akutkrankenhäusern für Komplexe Fälle sowie den Forderungen des Deutschen Ärztetages und Anforderungen der Wehr- und Katastrophenmedizin entspricht.

In Leistungsgruppen mit einem hohen Bedarf an Frührehabilitation sollte die Qualifikation „Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin“ als Auswahlkriterium eingefügt werden.

Die betreffenden Leistungsgruppen sind aus unserer Sicht mindestens die folgenden:

- LG 6 – Komplexe Pneumologie
- LG 7 – Komplexe Rheumatologie
- LG 13 – Minimalinvasive Herzklappenintervention
- LG 15 – Allgemeine Chirurgie
- LG 18 – Bauchaortenaneurysma
- LG 20 – Komplexe periphere arterielle Gefäße
- LG 21 – Herzchirurgie
- LG 27 – Spezielle Traumatologie
- LG 28 – Wirbelsäuleneingriffe
- LG 29 – Thoraxchirurgie
- LG 30 - Bariatrische Chirurgie
- LG 41 – Senologie
- LG 52 – Neurochirurgie
- LG 59, 60, 61, 62 – Transplantationen
- LG 64 – Intensivmedizin

Zusätzlich wäre das Auswahlkriterium Erbringung des OPS 8-559 in der Spalte „Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen“ der genannten Leistungsgruppen einzufügen.

Leistungsgruppe 2 – Komplexe Endokrinologie und Diabetologie

Bei den Sonstigen Struktur- und Prozessvoraussetzungen fehlt die von der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) vorgeschlagene Voraussetzung mindestens einer Gesundheitsfachkraft mit Diabetesexpertise „Diabetesberaterin DDG“. Diese Fachkompetenz beim nichtärztlichen Gesundheitsfachpersonal ist jedoch auch aus unserer Sicht unverzichtbar zur adäquaten Diabetesversorgung, da nur durch solche Fachkräfte strukturiert und in Studien positiv evaluiert überlebenswichtige Kompetenzen zur Überwachung und Stabilisierung der Stoffwechselkontrolle an Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen vermittelt werden können. Wir regen daher an, eine solche Vorgabe in die Leistungsgruppe aufzunehmen.

Im Übrigen verweisen wir im Einzelnen auf die konsentrierte Positionierung der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie, der Deutschen Diabetes Gesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Endokrinologie mit Blick auf die erforderliche Weiterentwicklung der Leistungsgruppe 2.

Leistungsgruppe 3 – Infektiologie

Die Streichung der Leistungsgruppe Infektiologie sehen wir auch mit Blick auf die Erfahrungen aus der Corona-Pandemie als nicht sachgerecht an. Der Facharzttitel für Innere Medizin und Infektiologie wurde zwar erst im Jahr 2021 eingeführt und ist damit ein neues eigenständiges Facharztgebiet, es gilt jedoch nach unserer Überzeugung mit einer Leistungsgruppe Infektiologie in der stationären Versorgung auch mit Blick auf mögliche weitere Pandemien strukturelle Expertise zu entwickeln und die Versorgungsqualität auf diesem Gebiet weiter auszubauen.

Leistungsgruppe 28 – Wirbelsäuleneingriffe

Für die Leistungsgruppe „Wirbelsäuleneingriffe“ schlagen wir analog zur Leistungsgruppe „Neurochirurgie“ ergänzend als „Auswahlkriterium“ die Zusatzweiterbildung Schmerztherapie vor. Eingriffe an der Wirbelsäule sind zum überwiegenden Teil auf Schmerzen, nicht selten auch chronische Schmerzsyndrome zurückzuführen. Eine Über- und Fehlversorgung in diesem Bereich ist sehr häufig. Die fachliche Kompetenz der multifaktoriellen Diagnostik und konservativen Therapie solcher Schmerzsyndrome wäre wichtig, um dem Ziel einer Begrenzung der Zahl von Wirbelsäulenoperationen und -interventionen auf das fachlich notwendige Maß näher zu kommen

Leistungsgruppe 37 – MKG

Die Streichung des Wortes „Panendoskop“ im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“ wird begrüßt. Der verbleibende Hinweis, dass die Möglichkeit der Krankenhäuser besteht bleibt „Panendoskope“ zu nutzen, wird von uns allerdings als falsch angesehen, weil es

„Panendoskope“ so nicht gibt. Panendoskopien erfolgen in der Regel unter Nutzung eines Laryngoskops oder unter Verwendung eines Mikroskops oder Kontrastmitteln.

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nummer 11 (Änderung § 40 Absatz 1 und 2 KHG)

Der mit dem KHVVG geschaffene § 40 KHG enthält Aufträge an das BfArM und an das InEK zum Zweck der Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von chirurgischen Leistungen, die regelhaft auf Grund einer onkologischen Diagnose erbracht werden (onkochirurgische Leistungen). BfArM und InEK werden danach beauftragt, onkochirurgische Leistungen zu identifizieren sowie onkochirurgische Indikationsbereiche nach den folgenden Maßgaben zu definieren. Sofern Krankenhäuser mit ihren Standorten zu den Standorten gehören, die die wenigsten und zusammen 15 Prozent der Fälle mit onkochirurgischen Leistungen in einem onkochirurgischen Indikationsbereich aufweisen, wird die Abrechnung bestimmter Entgelte bei Fällen, bei denen onkochirurgische Leistungen erbracht wurden, untersagt. Die Regelung soll damit der Unterstützung von Konzentrationsbemühungen und Verbesserungen der Qualität im Bereich der Onkologie dienen, insbesondere der Erhöhung der Überlebensrate.

Die beabsichtigen Änderungen enthalten Regelungen zur Fristenanpassung. Darüber hinaus wird geregelt, dass das InEK bei Auswahl der Krankenhausstandorte einen vom G-BA in einem Beschluss nach § 136c Absatz 1 SGB V für einen Indikationsbereich festgelegten Anteil zu berücksichtigen hat, sofern der G-BA für den jeweiligen Indikationsbereich einen Anteil von weniger als 15 Prozent festgelegt hat.

SpiFa:

Der SpiFa unterstützt grundsätzlich die Bestrebungen, onkochirurgische Leistungsangebote örtlich weiter zu bündeln und mit Mindestmengen zu unterlegen. Bei onkochirurgischen Eingriffen hängt die Qualität des Behandlungsergebnisses auch von der Menge der erbrachten Leistungen, also der Erfahrung und Routine der Chirurgin oder des Chirurgen, der Abteilung und/oder des interdisziplinären Behandlungsteams ab. Die Überlebensvorteile der Patientinnen und Patienten durch Einführung von Mindestmengen wurden in zahlreichen Studien belegt.

Nicht belegt ist hingegen der Schwellenwert, den der Gesetzgeber im KHVVG sowie fortgesetzt im vorliegenden Gesetzentwurf zur Grundlage der Regelung des § 40 KHG gemacht hat beziehungsweise weiterhin zu machen beabsichtigt. Um Friktionen mit den Mindestmengenregelungen nach § 136b SGB V zu vermeiden, wird vorgeschlagen, die Regelung des § 40 KHG gänzlich zu streichen und damit auch von der Ausnahmeregelung des § 136c Absatz 2 SGB V-GE-KHAG abzusehen. Stattdessen sollte das eigenständige, spezifische Steuerungsinstrument der Mindestmengenregelungen des SGB V weiter gestärkt sowie auch im Übrigen

insbesondere von den Vorschriften zu den Mindestvorhaltezahlen nach § 135f SGB V klar und eindeutig abgegrenzt werden. Die Festlegung weiterer Mindestmengen durch den G-BA im onkochirurgischen Leistungsbereich ist nach unserer Auffassung wesentlich zielführender. Damit würde zudem ein unnötiger zusätzlicher, erheblicher fachlicher und technischer Aufwand vermieden.

III. Weitergehender Regelungsbedarf

Weiterentwicklungsbedarf des § 115f SGB V (Hybrid-DRG)

Mit der Einführung der Hybrid-DRG sollte das erhebliche Ambulantisierungspotenzial gehoben und die Versorgung patientenorientierter sowie wirtschaftlich tragfähiger gestaltet werden. Die bisherigen gesetzlichen Vorgaben bleiben jedoch weit hinter den tatsächlichen Möglichkeiten zurück. Während das IGES-Gutachten rund 2.500 ambulantisierbare Leistungen mit etwa 15 Millionen heute noch stationär erbrachten Fällen identifiziert, wurde durch das KHVVG mit zwei Millionen Hybrid-DRG-Fällen bis 2030 eine unzureichende Zielmarke gesetzt.

Diese Zielmarke für die weitere Ambulantisierung ist zu erhöhen. Die 3-Tages-Verweildauer als Auswahlkriterium für ambulantisierbare Leistungen muss beibehalten und die Einbindung vertragsärztlicher Strukturen in Praxen, MVZ und Praxiskliniken gleichrangig gewährleistet werden. Parallel sind kooperative Versorgungsmodelle zu stärken und nicht bedarfsnotwendige Krankenhausstrukturen in ambulante OP-Zentren mit Kurzliegeplätzen zu überführen. Entsprechende Transformationsanreize sollten für beide Sektoren vorgesehen werden.

Insbesondere mit Blick auf fachärztliche Leistungsbereiche und Fachgruppen mit einem heute schon hohen ambulanten Leistungsanteil sowie gegebenenfalls weitergehendem Ambulantisierungspotenzial (zum Beispiel in der Augenheilkunde oder der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie) bedarf es gezielter gesetzgeberischer Maßnahmen, die eine bedarfsgerechte stationäre Versorgung sicherstellen, vor allem in komplexen Fällen sowie bei Patientinnen und Patienten, die aus soziomedizinischen Gründen nicht ambulant versorgt werden können.

Der Ausschluss von Kindern und Menschen mit Behinderungen aus der Leistungsauswahl der Hybrid-DRG durch das KHVVG ist nicht begründbar und konterkariert sowohl die Versorgung dieser besonders vulnerablen Gruppen als auch die politisch formulierten Fallzahlenziele. Er führt dazu, dass Kinder, Jugendliche und Menschen mit Behinderung von technischen Innovationen ausgeschlossen werden und sie sowie ihre Angehörigen mit unnötigen stationären Krankenhausaufenthalten belastet werden. Diese Regelung ist vollständig zurückzunehmen.

Die Vergütung der sektorengleich vergüteten Leistungen muss sachgerecht und oberhalb des heutigen EBM-Niveaus erfolgen, einschließlich einer realitätsgerechten Abbildung variabler Sachkosten. Für implantatgestützte Eingriffe und vergleichbare Leistungen empfehlen wir eine gesonderte Sachkostenvergütung gesetzlich zu sichern. Auch beispielsweise pathologische Leistungen müssen besser berücksichtigt werden. Nur so kann die ambulante Leistungserbringung wirtschaftlich tragfähig ausgestaltet werden. Wir möchten dabei insbesondere darauf hinweisen, dass für die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, anders als für die Krankenhäuser, die sektorengleiche Vergütung eine monistische Vergütung ist, die die Investitionsaufwendungen mit adressieren muss.

Das Verfahren der Leistungsauswahl sollte gegebenenfalls in die Hände des Gemeinsamen Bundesausschusses gelegt werden. In jedem Fall sollte gesetzlich klargestellt werden, dass das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) verpflichtet ist, allen Selbstverwaltungspartnern die Kalkulationsgrundlagen für die Vereinbarung der Leistungsauswahl und der Vergütung offen zu legen.

Die Regelung des § 115f Absatz 3 Satz 6 SGB V ist obsolet. Anstelle neuer Formulare und paralleler Systeme müssen die bestehenden Regelungen zur elektronischen Datenübermittlung konsequent genutzt und durch eine verbindliche Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes entsprechend der Verträge nach §§ 73b, 140a SGB V ergänzt werden. Die Datenübermittlung sollte einheitlich entsprechend den Regelungen der §§ 295 Absatz 1b, 295a SGB V für alle Leistungserbringer erfolgen.

Es zeigt sich bereits jetzt, dass die pauschale Vergütungssystematik zentrale diagnostische Leistungen – insbesondere histologische, zytologische und andere qualitätssichernde Untersuchungen – nicht angemessen abbildet. Diese Leistungen sind für die Befundabsicherung, die Indikationsqualität und die Patientensicherheit unverzichtbar, ihre Inanspruchnahme variiert jedoch je nach Eingriff erheblich und entzieht sich der unmittelbaren Steuerung durch die Leistungserbringer.

Der SpiFa spricht sich daher eindeutig für die Einführung indikationsspezifischer qualitätsbezogener Zuschläge („Quality Add-ons“) für notwendige diagnostische Leistungen aus. Diese Zuschläge sollen ausschließlich solche Leistungsbestandteile vergüten, die nachgewiesenermaßen medizinisch notwendig sind und deren Unterlassung ein relevantes Risiko für Fehlbehandlungen oder juristische Fehlanreize darstellen würde.

Mit einer solchen Regelung wird erreicht, dass:

- medizinisch notwendige Diagnostik nicht aus ökonomischem Druck unterbleibt,
- defensive Überdiagnostik reduziert wird, weil klar definierte Kriterien die Einsendung steuern,
- qualitätsgesicherte, evidenzbasierte Versorgung im ambulanten Setting gewährleistet bleibt,
- und die Hybrid-DRG-Systematik nicht durch unvollständige Pauschalen in ihrer Akzeptanz gefährdet wird.

Zudem würden indikationsspezifische Zuschläge die Möglichkeit eröffnen, einheitliche Qualitätsstandards fachärztlich zu definieren und verbindlich zu verankern. Dies stärkt die Patientensicherheit und erhöht die Transparenz im Leistungsprozess.

Der SpiFa fordert daher die gesetzliche Klarstellung, dass qualitätsrelevante diagnostische Begleitleistungen über Zuschläge ergänzend zur Hybrid-DRG vergütet werden können, sofern

sie medizinisch zwingend erforderlich sind. Dies sichert die Versorgungsrealität im ambulanten fachärztlichen Bereich, verhindert Unterfinanzierung und ermöglicht eine qualitätsorientierte Weiterentwicklung der Hybrid-DRG im Sinne der Patientinnen und Patienten.

Reform der belegärztlichen Versorgung und Schaffung weitergehender Kooperationsmöglichkeiten zwischen Krankenhäusern und Vertragsärztinnen/Vertragsärzten im Bereich der stationären Versorgung

Aus Sicht des SpiFa bedarf es im Zuge der grundlegenden Reform der Krankenhausstrukturen und Krankenhausvergütung flankierend einer Stärkung und Flexibilisierung des Belegarztwesens als Element der intersektoralen ärztlichen Versorgung. Auch im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD wurde vereinbart, das System der belegärztlichen Versorgung ohne Einbußen in der Qualität der Leistungserbringung erhalten und verbessern zu wollen.

Ein wesentliches Element der Stärkung des Belegarztwesens stellt für uns neben der Entbürokratisierung der belegärztlichen Zulassung und Flexibilisierung der belegärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus eine Reform der Vergütung gegenüber Belegpatientinnen und Belegpatienten erbrachter Leistungen dar.

Wir setzen uns dafür ein, die Einbindung von Belegärztinnen und Belegärzten auch auf Hauptabteilungen auszudehnen und die Beschränkung der Leistungserbringungen auf Belegabteilungen aufzugeben.

Der SpiFa setzt sich zudem für eine einheitliche Vergütung für die Erbringung voll- und teilstationärer Leistungen ein, unabhängig davon, ob diese gegenüber Patientinnen und Patienten des Krankenhauses oder Belegpatientinnen und Belegpatienten durch eine belegärztliche Versorgung erbracht werden.

Nach aktueller gesetzlicher Lage können nach § 121 Absatz 5 SGB V Krankenhäuser mit Belegbetten zur Vergütung belegärztlicher Leistungen Honorarverträge abschließen. Zugleich sieht § 18 Absatz 3 KHEntgG vor, dass Krankenhäuser mit Belegbetten, die nach § 121 Absatz 5 des SGB V zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärztinnen und Belegärzten Honorarverträge schließen, für die von Belegärztinnen und Belegärzten mit Honorarverträgen behandelten Belegpatientinnen und -patienten die mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte für Hauptabteilungen in Höhe von 80 Prozent abzurechnen haben.

Danach ist in jedem Fall der § 18 Absatz 3 KHEntgG geregelte Abschlag auf die sogenannte Hauptabteilungs-DRG zu streichen, die sich als nicht wirtschaftlich umsetzbar darstellt.

Die Vergütung der Belegärztinnen und Belegärzte für stationär und teilstationär erbrachte Leistungen sollte zudem künftig in jedem Fall nicht mehr aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung erfolgen.

Aus Sicht des SpiFa ist darüber hinaus unbedingt gesetzlich sicherzustellen, dass Belegärztinnen und Belegärzte auch dann, wenn diese aus Anlass und im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistungserbringung gegenüber ihren Belegpatientinnen und Belegpatienten nicht eigene, sondern im Rahmen ihrer Tätigkeit daneben Patientinnen und Patienten des Krankenhauses behandeln, nicht als sozialversicherungsrechtliche Beschäftigte des Krankenhauses eingestuft werden. Der SpiFa verweist im Übrigen ausdrücklich auf die Stellungnahme des Bundesverbands der Belegärzte und Belegkrankenhäuser.

Aus Sicht des SpiFa sollten zudem die Kooperationsmöglichkeiten zwischen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten und Krankenhäusern auch insgesamt gestärkt werden. Der SpiFa schlägt dazu vor, § 108 SGB V dahingehend zu ergänzen, dass Krankenkassen Krankenhausbehandlungen durch Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V auch in Kooperation mit nach § 95 Absatz 1 Satz 1 SGB V an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden zugelassenen Ärztinnen und Ärzten und zugelassenen medizinischen Versorgungszentren erbringen lassen dürfen, soweit die vertragsärztliche Tätigkeit in Kooperation 13 Wochenstunden nicht überschreitet. Durch diese Ergänzung soll abschließend geklärt werden, dass Teilnehmerinnen und Teilnehmer der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 95 Absatz 1 SGB V in Kooperation mit zugelassenen Krankenhäusern gemäß § 108 SGB V im Status der vertragsärztlichen Versorgung tätig werden können. Damit wird in Bezug auf die Zulassungsverordnung Ärzte (Ärzte-ZV) und die nachfolgenden Regelungen des Bundesmantelvertrages Ärzte (BMV-Ärzte) auch Klarheit geschaffen, wie und in welchem Umfang eine Tätigkeit in Kooperation mit zugelassenen Krankenhäusern gemäß § 108 SGB V im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erfolgen kann.

Leistungsgruppen-Grouping

Der SpiFa bewertet die Beauftragung des Instituts für Entgeltsysteme im Krankenhaus (InEK) gemäß § 21 Absatz 3c KHEntgG in der Fassung des Artikel 2 Nummer 3 Krankenhaustransparenzgesetz für die Zuordnung der Krankenhausfälle zu den Leistungsgruppen (Leistungsgruppen-Grouping) mit dem fortgeltenden Gesetz zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz (Krankenhaustransparenzgesetz) kritisch. Bereits die Übernahme der Grundlogiken des DRG-Systems ist fehleranfällig. Das System der Einfall-Leistungsgruppe, also die zwingende Zuordnung eines Krankenhausfalles zu einer Leistungsgruppe, führt zu gravierenden Problemen, weil gerade die in Komplexfällen erbrachten Leistungen unterschiedlicher Leistungs- beziehungsweise Fachbereiche keine hinreichende Berücksichtigung finden. Dies führt zu einer Verzerrung des Leistungsgeschehens auf dessen Grundlage eine Vorhaltefinanzierung die Betriebskostendeckung nicht darstellen kann. Das Grouping erweist sich zudem auch unter Verwendung der vom InEK öffentlich zur Verfügung gestellten Dokumentationen (Definitionsbandbuch) als schlicht nicht nachvollziehbar.

Problematisch und weder im KHVVG noch im vorliegenden Regierungsentwurf des KHAG adressiert, ist das DRG- und Leistungsgruppen-Grouping der fachübergreifenden Frührehabilitation, die aufgrund ihrer diversen Strukturvarianten in den Akutkrankenhäusern im Leistungssystem nicht sicher abgebildet ist. Ein Teil dieser Leistungen wird mangels spezifisch bewerteter DRG über Tagespauschalen abgerechnet. Diese Leistungen wären nach der derzeitigen Systematik trotz bestehender Unterversorgung wohl ebenfalls gefährdet. Wir empfehlen eine Ausnahme von der verpflichtenden Zuordnung zu Leistungsgruppen in Anlehnung an das ähnlich gelagerte Problem teilstationärer Einrichtungen.

§ 2 Absatz 2 Satz 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)

Durch die mit Artikel 3 Nummer 2 Buchstabe a des KHVVG eingeführte Regelung des § 2 Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) wurde der Anwendungsbereich für die Herausnahme strahlentherapeutischer Leistungen aus den vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter erweitert. Damit sollte die Versorgungsrealität bei der Erbringung strahlentherapeutischer Leistungen, insbesondere zur Behandlung von Tumoren, vor dem Hintergrund der durch die Urteile des Bundessozialgerichtes vom 26. April 2022 (Aktenzeichen B 1 KR 15/21 R) und vom 29. August 2023 (Aktenzeichen B 1 KR 18/22 R) eingetretenen Beschränkungen umfassend abgebildet werden. Dank dieser Regelung konnten die über viele Jahre etablierten Kooperationen von Krankenhäusern mit ambulanten Strahlentherapien fortgesetzt werden, ohne dass den Leistungserbringern Abrechnungsschwierigkeiten für ordnungsgemäße und beanstandungsfreie strahlentherapeutische Leistungen entstehen.

Jedoch besteht eine im Gesetzgebungsverfahren zum KHVVG unerkannte Regelungslücke im Sonderfall, dass ein Krankenhaus ohne eigenen strahlentherapeutischen Versorgungsauftrag die strahlentherapeutische Behandlung seiner stationären Patientinnen und Patienten durch ein anderes Krankenhaus veranlasst, weil hier, anders als bei der strahlentherapeutischen Behandlung durch einen vertragsärztlichen Leistungserbringer, kein Abrechnungsweg zur Vergütung der strahlentherapeutischen Leistung eröffnet ist und diese Leistung in diesen Fällen damit unvergütet bleibt.

Für diese Konstellation sollte eine klarstellende Regelung aufgenommen werden, nach der die Strahlentherapie auch dann abrechnungsfähig ist, wenn ihre Durchführung durch ein Krankenhaus als Dritten im Sinne des § 2 Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 KHEntgG notwendig ist.

Der Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) setzt sich zusammen aus:

Ordentliche Mitglieder: Akkreditierte Labore in der Medizin e.V. (ALM), Bundesverband für Ambulantes Operieren e.V. (BAO), Bundesverband der Belegärzte und Belegkrankenhäuser e.V. (BdB), Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI), Berufsverband Deutsche Neurochirurgie e.V. (BDNC), Berufsverband Deutscher Neuroradiologen e.V. (BDNR), Berufsverband Deutscher Nuklearmediziner e.V. (BDN), Bundesverband der Pneumologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin e.V. (BdP), Bundesverband für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (BDPM), Berufsverband der Deutschen Radiologie e.V. (BDR), Berufsverband Niedergelassener Chirurgen e.V. (BNC), Bundesverband Niedergelassener Kardiologen e.V. (BNK), Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e.V. (BNG), Berufsverband Niedergelassener und ambulant tätiger Gynäkologischer Onkologen in Deutschland e.V. (BNGO), Berufsverband der Niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Hämatologie und Medizinische Onkologie in Deutschland e.V. (BNHO), Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e.V. (BRZ), Berufsverband der Augenärztinnen und Augenärzte Deutschlands e.V. (BVA), Berufsverband der AngiologInnen Deutschlands e.V. (BVAD), Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V. (BVDD), Berufsverband Deutscher Humangenetiker e.V. (BVDH), Berufsverband der Deutschen Urologie e.V. (BvDU), Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V. (BVND), Berufsverband der Frauenärztinnen und Frauenärzte e.V. (BVF), Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e.V. (BVHNO), Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU), Berufsverband für Physikalische und Rehabilitative Medizin e.V. (BVPRM), Deutscher Berufsverband der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DBVPP), Deutscher Facharztverband e.V. (DFV), Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V. (DGMKG), Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie e.V. (DGPRÄC), Verband Deutsche Nierenzentren e.V. (DN), Verband der in Deutschland niedergelassenen Radioonkologen e.V. (VDRO).

Assoziierte Mitglieder: Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie e.V. (DGH), MEDI GENO Deutschland e.V. (MEDI), Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V. (PVS Verband), Virchowbund – Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V. (VIR).