

Deutscher Bundestag

Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache

20(14)220(2)

gel. VB zur öffent. Anh. am 25.09.2024

16.09.2024



Stellungnahme

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen

(Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

Drucksache 20/11854

13. September 2024

- Zwei Jahrzehnte DRG-System haben Transparenz über die Leistungen der deutschen Krankenhäuser gebracht. Die ebenfalls erforderlichen Strukturanpassungen im Klinikbereich blieben jedoch aus. Insofern unterstützt die Private Krankenversicherung (PKV) grundsätzlich eine Krankenhausreform und begrüßt das Anliegen der Bundesregierung, die Qualität in der stationären Versorgung zu verbessern und die Weichen für die erforderliche Strukturanpassung zu stellen.
- Die PKV ist wie die weiteren Vertragsparteien für den Krankenhausesektor (DKG, GKV-SV) in den Ausarbeitungsprozess der Krankenhausreform nicht eingebunden worden. So hat das BMG den Reformprozess mit einer wissenschaftlichen Kommission und unter Einbindung der Länder zu einer komplexen Architektur entwickelt, deren Wirksamkeit und finanzielle Auswirkungen für die Krankenhäuser und die Kostenträger kaum realistisch abzuschätzen ist.
- Die PKV ist Vertragspartner und zweitwichtigster Kostenträger im Krankenhausbereich. Dies muss durch eine Einbindung in die gemeinsame Selbstverwaltung umgesetzt werden und erfordert zwingend die Übermittlung aller relevanter Informationen, ohne die bereits eine ordnungsgemäße Abwicklung von Leistungen nicht möglich ist. Hier fehlt es sowohl auf Bundes- wie auf Landesebene an der Berücksichtigung des PKV-Verbandes und seiner Landesausschüsse. Anderenfalls ist eine gleichberechtigte Mitgestaltung und Nutzung stationärer Strukturen durch Privat- und Beihilfeversicherte nicht möglich.
- Darüber hinaus gibt es deutliche Schwächen am vorgelegten Gesetzentwurf, welche Änderungen erfordern und die von der PKV, wie auch von vielen anderen Akteuren, im fachöffentlichen Diskurs seit langem und wiederholt vorgetragen werden. Ohne eine gründliche Befassung und Überarbeitung des Gesetzesvorhabens zu den genannten Kritikpunkten besteht die Gefahr, dass die Reform scheitert und für alle Beteiligten nur Nachteile bringt.

I. ALLGEMEINE ANMERKUNGEN

Eine Neuaufstellung der Krankenhausstrukturen in Deutschland ist dringend notwendig, auch vor dem Hintergrund des demografischen Wandels. Kritikpunkte sind u.a. eine zu hohe Krankenhaus- und Bettendichte gemessen an der Bevölkerungszahl, zu viele im Krankenhaus stationär erbrachte Behandlungen, eine wenig abgestimmte und nicht auf den Bedarf der Bevölkerung abgestellte Krankenhausplanung sowie eine unzureichende Investitionskostenfinanzierung durch die Bundesländer in Milliardenhöhe. In der EU verzeichnet Deutschland die höchsten Kosten für die Gesundheitsversorgung, es ist hinsichtlich der Qualität allerdings nur Mittelmaß. Ziel muss es daher sein, bei höherer Ressourceneffizienz eine bessere Qualität in der Krankenhausversorgung zu erreichen.

Insofern sieht die Private Krankenversicherung die Notwendigkeit einer Krankenhausreform und begrüßt die Bestrebungen der Bundesregierung, die Qualität in der stationären Versorgung zu verbessern und die Weichen für die erforderliche Strukturanpassung zu stellen. Der vorliegende Reformansatz einer faktischen Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip bewirkt jedoch das Gegenteil: Das führt zu deutlich höheren Betriebskosten, die von den Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern zu tragen sind, ohne dass ein signifikanter Qualitätszuwachs bei der Versorgung gesichert wäre.

Aufgrund der föderalen Struktur in Deutschland und der geteilten Zuständigkeiten in den Bereichen der Planung und der Finanzierung der Krankenhausleistungen gibt es einen hohen Abstimmungs- und Koordinierungsbedarf zwischen Bund und Bundesländern. Durch den Bund sind in die bisherigen Ausarbeitungsprozesse der Krankenhausreform zwar die Bundesländer eingebunden worden, nicht aber die Kostenträger. Dies gilt für die private und die gesetzliche Krankenversicherung gleichermaßen. Und das, obwohl beide Kostenträger mit über 100 Mrd. Euro pro Jahr fast sämtliche Kosten tragen, die im Krankenhaus anfallen.

Aus Sicht der PKV muss der Gesetzentwurf in einigen Bereichen grundlegend überarbeitet werden. Vordringlich sind:

1. **Vorhaltevergütung:** Die geplante Vorhaltevergütung für sämtliche Krankenhäuser geht aus Sicht der PKV in die falsche Richtung: Sie 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 jeglicher empirischen Datengrundlage. Vollkommen außer Acht gelassen wurde das Problem der Anpassung einer Neuverteilung der Vorhaltevergütung, wenn sich die Fallverteilung über Ländergrenzen hinweg verschieben wird.

Es gibt keine Auswirkungsanalyse, welche belegt, dass ein so massiver und flächen-deckender Eingriff in die Krankenhausfinanzierung erforderlich ist und besser geeignet wäre als eine Weiterentwicklung des bisherigen DRG-Systems, das ebenfalls um Struktur- und Vorhaltekomponten ergänzt werden kann – was in der Vergangenheit auch schon praktiziert wurde. Von verschiedenen Akteuren, auch vom PKV-Verband, wurden Studien und Gutachten vorgelegt, welche die erheblichen finanziellen Risiken und Fehlanreize der neuen Vergütungsstruktur aufzeigen. Auf diese Kritik ist das BMG zu keiner Zeit eingegangen. In Anbetracht der mangelnden Vorhersagbarkeit der Effekte und des hohen Risikos für Fehlentwicklungen- und anreize sollte der Vorhalteanteil zumindest begrenzt werden auf maximal 40 Prozent, d.h. 20 Prozent Vorhaltung plus 20 Prozent Pflegebudget. Dies entspräche auch dem Vorschlag der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Die starke Abweichung vom 40-Prozent-Vorschlag der Expertenkommission auf 60 Prozent ist vom BMG fachlich nicht begründet worden.

2. **Transformationsfonds:** Die Finanzierung des Bundesanteils des Transformationsfonds in Höhe von 25 Mrd. Euro soll aus Versichertengeldern geschehen: Verpflichtend für die GKV, bei der auf Mittel der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zurückgegriffen werden soll, und auf freiwilliger Basis für die PKV. Dies ist verfassungswidrig, denn alle mit dem Fonds verbundenen Aufgaben sind Infrastrukturausgaben, die aus Steuer- und nicht aus Beitragsmitteln zu finanzieren sind. Diese Auffassung wird vom Bundesrechnungshof bekräftigt (s. Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages vom 02.09.2024: Information über die Entwicklung des Einzelplans 15 (Bundesministerium für Gesundheit) für die Beratungen zum Bundeshaushalt 2025). Dies gilt sowohl für die Konzentration akut-stationärer Versorgungskapazitäten als auch für die Umstrukturierung von Krankenhäusern, die Bildung von Zentren für komplexe Behandlungen bis hin zu Krankenhausverbänden sowie der Schließung von Einrichtungen. Die Verwaltung des Transformationsfonds wird dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) übertragen, einer fachfremden unmittelbaren Behörde des BMG. Durch diese Konstellationen ergeben sich rechtliche Unsicherheiten mit hoher finanzieller Tragweite und eine weitere Schwächung des Prinzips der Selbstverwaltung, die der Einführung und Finanzierung des Transformationsfonds entgegenstehen.
3. **Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip:** Mit der Ausfinanzierung sämtlicher Lohn- und Tarifsteigerungen aller Beschäftigtengruppen im Krankenhaus, weit über das Pflegepersonal hinaus, werden massive Fehlanreize für die Personalplanung ausgelöst, ohne dass ein medizinischer Nutzen zu erwarten ist. Die Weitergabe von Lohnforderungen ist nicht auf einen Zeitraum limitiert, um Defizite aus einer aktuellen Krisenphase zu kompensieren. Es droht die Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip, das aus guten Gründen vor mehr als 30 Jahren abgelöst wurde. Hier sollte zumindest eine enge zeitliche Befristung für zwei Jahre vorgesehen werden. Hinzu

kommt noch: Durch eine vollständige Refinanzierung werden starke Anreize für Ausgabensteigerungen zu Lasten Dritter gesetzt. Die Selbstkosten werden nicht nur gedeckt, sondern in unverantwortlicher Weise sogar noch stark erhöht.

4. **Bürokratieaufbau statt Bürokratieabbau:** Mit der Reform werden hohe bürokratische Aufwände bei den Krankenhäusern, der Verwaltung in den Bundesländern, den Kostenträgern, der Selbstverwaltung und beteiligten Instituten und Behörden ausgelöst. Dies widerspricht diametral dem Ansatz der Bundesregierung, die Bürokratie zurückzufahren. Es vermindert zudem die Selbststeuerungskräfte und Innovationen, die im deutschen Gesundheitswesen zweifellos vorhanden sind. Angesichts des Ressourcen- und Fachkräftemangels ist das ein fatales Signal.
5. **Keine plausiblen Einsparpotentiale:** Die im Gesetzesentwurf behaupteten Einsparpotenziale sind rein spekulativ und lassen sich nicht nachvollziehen, während sich die Mehrkosten bereits ab 2025 realisieren werden. Insgesamt droht mit der Krankenhausreform im jetzigen Entwurfsstadium keine nachhaltige, tragfähige Lösung, so dass an verschiedenen Stellen deutlich nachgearbeitet werden muss.
6. **Einbeziehung der PKV:** Die PKV ist mit mehr als 8,7 Mio. Vollversicherten sowie 6,5 Mio. Zusatzversicherungen für Wahlleistungen im Krankenhaus der zweitwichtigste Kostenträger für die stationäre Versorgung in Deutschland. Sie wirkt als Vertragspartei im Rahmen der Selbstverwaltung an der Organisation der Gesundheitsversorgung in Deutschland mit. Der Verband der Privaten Krankenversicherung sollte daher gleichermaßen an Empfehlungen im Ausschuss gem. § 135e SGB V mitwirken können und als gleichberechtigter Benehmenspartner beteiligt werden an grundlegenden Strukturentscheidungen, die sich auf die Krankenhausvergütung auswirken. Zudem müssen die privaten Krankenversicherungsunternehmen lückenlos und unverzüglich über entgeltrelevante Festlegungen, Vereinbarungen und Prüfungsergebnisse informiert werden. Der Gesetzesentwurf ist insoweit unzureichend und sollte dringend entsprechend angepasst werden; zu den einzelnen Vorschlägen siehe die folgenden Ausführungen unter Ziffer II.

II. ZU AUSGEWÄHLTEN REGELUNGEN DES GESETZENTWURFS

Zu Art. 1 Nr. 8 (§ 135e Abs. 3 Satz 5 ff. SGB V - Beteiligung am Ausschuss)

Vorgeschlagene Regelungen:

Der Ausschuss zur Entwicklung von Empfehlungen für die Inhalte der Rechtsverordnung zur Regelung von Leistungsgruppen und Qualitätskriterien ist in gleicher Zahl besetzt mit Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-SV) einerseits und Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Bundesärztekammer (BÄK), der Hochschulmedizin und der Berufsorganisationen der Pflegeberufe andererseits. Die

Patientenorganisationen nach § 140f können beratend an den Sitzungen des Ausschusses teilnehmen. Der Ausschuss kann sachverständige Personen zur Beratung hinzuziehen.

Bewertung:

Anforderungen an die Leistungsgruppen und die Qualitätskriterien der Krankenhausbehandlung werden künftig durch eine Rechtsverordnung des BMG festgelegt. Ein vom BMG berufener Ausschuss legt dazu Empfehlungen vor und kann auch Aufträge für Unterstützungsleistungen vergeben. In der Begründung heißt es, dass das Fachwissen der gemeinsamen Selbstverwaltung und der Pflege sachgerecht einzubeziehen ist. Diesem formulierten Anspruch wird die Regelung in §135e Abs. 3 SGB V noch nicht gerecht. Um der Vorgabe zu genügen, sollten neben den bereits berücksichtigten Vertretern des GKV-SV, der DKG, der BÄK, der Berufsorganisationen der Pflegeberufe sowie – beratend – der Patientenorganisationen auch der PKV-Verband gleichberechtigt und seiner Bedeutung entsprechend beteiligt werden. 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 privat Versicherten. Daher ist eine Beteiligung der PKV im Ausschuss dringend geboten.

Ergänzungsvorschlag:

Einfügung eines neuen Satz 6 in § 135e Abs. 3 KHG (neu; die weiteren Sätze verschieben sich entsprechend):

„Dem Ausschuss gehört auch ein vom Verband der Privaten Krankenversicherung bestellter Vertreter an, der auf die Zahl der Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen angerechnet wird.“

Zu Art. 1 Nr. 14 (§ 275a Abs. 4, 6 und 9 SGB V – Vollständige Übermittlung der Gutachten, Bescheinigungen und Mitteilungen des Medizinischen Dienstes an die PKV)

Vorgeschlagene Regelungen:

Der Medizinische Dienst (MD) übermittelt der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) und dem geprüften Krankenhaus das Gutachten über das Ergebnis der Prüfung zur Einhaltung der Qualitätskriterien. Krankenhäuser, die ein für die Leistungsgruppe maßgebliches Qualitätskriterium über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht einhalten, haben dies unverzüglich dem zuständigen Medizinischen Dienst, der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mitzuteilen. Stellt der Medizinische Dienst fest, dass ein Krankenhaus seiner Mitteilungspflicht nicht oder nicht rechtzeitig nachgekommen ist, informiert er darüber unverzüglich die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde sowie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen und das

IQTiG. Die Krankenhäuser haben die Bescheinigung über die Einhaltung der Strukturmerkmale den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zu übermitteln. Werden bei der Durchführung einer Prüfung des Medizinischen Dienstes Anhaltspunkte für erhebliche Qualitätsmängel offenbar, teilt der Medizinische Dienst diese dem Krankenhaus und der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mit.

Bewertung:

§ 275a Abs. 4, 6 und 9 SGB V sehen vor, dass die Gutachten des MD zu Qualitätskriterien und Strukturmerkmalen, Mitteilungen zur Nichteinhaltung von Qualitätskriterien der Leistungsgruppen bzw. Strukturmerkmalen, Verstöße gegen Mitteilungspflichten der Krankenhäuser, Bescheinigungen über die Einhaltung der Strukturmerkmale sowie Feststellungen erheblicher Qualitätsmängel der Krankenhäuser der zuständigen Landesbehörde und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zu übermitteln sind. Hier sollte auch der Verband der Privaten Krankenversicherung vollständig einbezogen werden, so dass diesem sämtliche Gutachten, Bescheinigungen und Informationen ebenso zu übermitteln sind. Schließlich dürfen Krankenhäuser, welche die Strukturmerkmale nicht einhalten, die Leistungen mit Privatpatienten nicht vereinbaren und ihnen gegenüber nicht abrechnen, wie auch Krankenhäuser keine Entgelte für Leistungen berechnen dürfen, für die mangels Erfüllung der Qualitätskriterien keine Leistungsgruppe zugewiesen wurde. Folglich muss auch die PKV über diesbezügliche Informationen vollständig verfügen.

Ergänzungsvorschlag:

1. § 275a Abs. 4 SGB V (neu) wird wie folgt geändert:

Nach Abschluss des in Absatz 2 Satz 6 genannten Verfahrens übermittelt der Medizinische Dienst sein Gutachten über das Ergebnis einer Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Qualitätskriterien auf elektronischem Wege an

- 1. die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde,*
- 2. die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen,*
- 3. den Verband der Privaten Krankenversicherung,***
- 4. das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen sowie*
- 5. das jeweils geprüfte Krankenhaus.*

Krankenhäuser, die ein für eine Leistungsgruppe maßgebliches Qualitätskriterium über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht erfüllen, haben dies unverzüglich auf elektronischem Wege mitzuteilen

- 1. der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde,*
- 2. den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen,*
- 3. dem Verband der Privaten Krankenversicherung,***
- 4. dem zuständigen Medizinischen Dienst, der hierüber unverzüglich das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen informiert.*

Stellt der Medizinische Dienst fest, dass ein Krankenhaus seiner Mitteilungspflicht nach Satz 2 nicht oder nicht rechtzeitig nachgekommen ist, so informiert er unverzüglich die Institutionen

nach Satz 2 **Nummer 1 bis 3** sowie das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen hierüber.

2. § 275a Abs. 6 Satz 4 SGB V (neu) wird wie folgt geändert:

„Das geprüfte Krankenhaus hat die in Satz 3 genannte Bescheinigung den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen **sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung** jeweils anlässlich der Vereinbarungen nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung auf elektronischem Wege zu übermitteln.“

3. § 275a Abs. 9 Satz 1 SGB V (neu) wird wie folgt geändert:

„Werden bei Durchführung einer in Absatz 1 Satz 1 genannten Prüfung Anhaltspunkte für erhebliche Qualitätsmängel offenbar, die außerhalb des Prüfauftrags oder Prüfgegenstands liegen, teilt der Medizinische Dienst diese Anhaltspunkte unverzüglich mit

1. dem Krankenhaus,
2. der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde,
3. den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen **sowie**
4. **dem Verband der Privaten Krankenversicherung.**“

Zu Art. 1 Nr. 21 c) (§ 283 Abs. 5 SGB V - Zugang der Krankenversicherungen zur Datenbank des Medizinischen Dienstes Bund)

Vorgeschlagene Regelungen:

§ 283 Abs. 5 SGB V sieht vor, dass der Medizinische Dienst Bund eine fortlaufend zu aktualisierende Datenbank zu den Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 führt. Die Medizinischen Dienste erhalten Zugang zu den Daten.

Bewertung:

Es sollte im Gesetz geregelt werden, dass auch die für die Erstattung von Krankenhausleistungen zuständigen privaten Krankenversicherer unmittelbaren Zugang zur Datenbank erhalten, damit diese die für die Rechnungsprüfung benötigten Informationen erhalten. Ohne die Möglichkeit eines Zugriffs auf die in der Datenbank des Medizinischen Dienstes Bund enthaltenen Informationen könnten die privaten Krankenversicherer nicht reibungslos die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistungen notwendigen Erhebungen durchführen, sondern es bedürfte dann Nachfragen und gesonderter Anforderungen bei den Krankenhäusern. Die damit verbundenen Verzögerungen und erhöhten Arbeitsaufwände wären kontraproduktiv und für alle Beteiligten nachteilig. Es sollte zwingend eine digitale Plattform in Form einer beim Medizinischen Dienst Bund geführten Datenbank mit Zugriffsmöglichkeit für alle Kostenträger einschließlich der PKV-Versicherer implementiert werden.

Ergänzungsvorschlag:

Einfügung eines neuen Satz 7 in § 283 Abs. 5 SGB V (neu; die weiteren Sätze verschieben sich entsprechend):

„Die privaten Krankenversicherungen und der Verband der Privaten Krankenversicherung erhalten Zugang zu der Datenbank.“

Zu Art. 1 Nr. 26 (§ 426 – Evaluation des KHVVG)

Vorgeschlagene Regelungen:

Das Gesetz soll in seiner Weiterentwicklung (Leistungsgruppen und Einhaltung Qualitätskriterien) und seinen Auswirkungen (Versorgungssituation, Personalstruktur und wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser sowie deren wirtschaftliche Situation) evaluiert werden. Drei Phasen sind vorgesehen: jeweils bis Ende 2029, 2034 und 2039. Beauftragt damit sind die Vertragsparteien DKG, GKV-SV und PKV-Verband.

Bewertung:

Der PKV-Verband wird hier als Vertragspartei in die Evaluation eingebunden. Damit der PKV-Verband seine Aufgaben entsprechend wahrnehmen kann, muss er in den entsprechenden Ausschüssen vertreten und bei den Informationsflüssen berücksichtigt werden. Dies bedingt u.a. die oben zu Art. 1 Nr. 8 eingeforderte Beteiligung im Ausschuss nach § 135e SGB V. Entsprechendes gilt für den gebotenen vollständigen Einbezug der PKV in den Informationsfluss.

Ergänzungsvorschlag:

Kurzfristige Effekte auf die Kostenträger und die Beiträge sollten bereits vor der ersten Analyse 2029 untersucht werden. Hinsichtlich der weiteren genannten Evaluationstermine 2034 und 2039 wären flexiblere Fristen wünschenswert.

Zu Art. 2 Nr. 2 (§ 6a Abs. 4 Satz 1 und 7 KHG - Beteiligung bei Benehmensentscheidungen):

Vorgeschlagene Regelungen:

Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einem Krankenhaus auch Leistungsgruppen zuweisen, obwohl die maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt sind, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist und dies für die jeweilige Leistungsgruppe nicht durch Rechtsverordnung ausgeschlossen ist. Weiter wird geregelt, dass bei der Entscheidung nach Absatz 4 Satz 1 die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich handeln.

Bewertung:

In § 6a Abs. 4 KHG ist vorgesehen, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Krankenhäusern Leistungsgruppen ohne Erfüllung der Qualitätskriterien zuweisen kann. Hier sollte die PKV über ihre Landesausschüsse in gleicher Weise beteiligt werden.

Ergänzungsvorschlag:

1. Änderung des § 6a Abs. 4 Satz 1 KHG (neu):

*„Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen **sowie dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung** einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort auch Leistungsgruppen nach Absatz 1 Satz 1 zuweisen, obwohl das Krankenhaus die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien an dem jeweiligen Krankenhausstandort nicht erfüllt, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist und dies für die jeweilige Leistungsgruppe nicht durch die Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ausgeschlossen ist.“*

2. Änderung des § 6a Abs. 4 Satz 7 KHG (neu):

„Bei der Entscheidung über die Erklärung des in Satz 1 genannten Benehmens handeln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie der Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung gemeinsam und einheitlich.“

Zu Art. 2 Nr. 3 (§ 6b KHG – Beteiligung bei der Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben an Krankenhäuser)

Vorgeschlagene Regelungen:

Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann Krankenhäusern unter bestimmten Voraussetzungen im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestimmte Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zuweisen.

Bewertung:

Ebenso wie bei der Zuweisung von Leistungsgruppen gem. § 6a Abs. 4 KHG sollte die PKV auch bei der Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben über ihre Landesausschüsse in gleicher Weise beteiligt werden. Diese verfügen über die spezifische Kenntnis der örtlichen Verhältnisse auf Landesebene.

Ergänzungsvorschlag:

Änderung des § 6b Satz 1 KHG (neu):

„Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann einem Krankenhaus unter der in Satz 3 oder der in Satz 4 genannten Voraussetzung im Benehmen mit den

*Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie dem **Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung** folgende Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben gemeinsam zuweisen:*

- 1. die krankenhausesübergreifende Koordinierung von Versorgungsprozessen und -kapazitäten, insbesondere bei Großschadenslagen, und*
- 2. die Konzeption und die Koordinierung des Einsatzes regionaler, insbesondere telemedizinischer Versorgungsnetzwerke sowie informationstechnischer Systeme und digitaler Dienste.“*

Zu Art. 2 Nr. 3 (§ 6c Abs. 1 Satz 1 KHG – Beteiligung an der Bestimmung eines Krankenhauses als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung)

Vorgeschlagene Regelungen:

Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Pflegekassen sowie den Ersatzkassen Krankenhäuser als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmen.

Bewertung:

Die Bestimmung von Krankenhäusern als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung betrifft die Krankenhausplanung. Der Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung ist in den Krankenhausplanungsausschüssen der Länder vertreten. Daher ist es geboten, dass er als Benehmenspartner an der Bestimmung mitwirkt.

Ergänzungsvorschlag:

Änderung des § 6c Abs. 1 Satz 1 KHG (neu):

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

Zu Art. 2 Nr. 6 (§ 12b KHG – Transformationsfonds, Verordnungsermächtigung)

Vorgeschlagene Regelung:

Zur Förderung von Vorhaben der Länder zur Anpassung der Strukturen in der Krankenhausversorgung an die bewirkten Rechtsänderungen wird beim Bundesamt für Soziale Sicherheit ein Transformationsfonds errichtet. Dem Transformationsfonds werden in den Jahren 2026 bis 2035 Finanzmittel in Höhe von insgesamt bis zu 25 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt, in Abhängigkeit von den nach Antragstellung durch Zuteilung an die Länder nach den gesetzlichen Vorgaben abgerufenen Finanzmitteln. Im Falle einer Beteiligung von Unternehmen der privaten

Krankenversicherung an der Förderung erhöht sich das Fördervolumen um den entsprechenden Betrag.

Bewertung:

Die vorgesehene Finanzierung ist insgesamt verfassungswidrig und daher nicht tragfähig. Bei der Schaffung gesundheitlicher Infrastruktur einschließlich der Strukturen in der Krankenhausversorgung handelt es sich um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die nicht aus Beitragsmitteln der gesetzlich oder privat Versicherten finanziert werden darf, sondern dem Staat und in der Ordnung des deutschen Krankenhausfinanzierungssystems den Bundesländern allein obliegt. Die Beteiligung der PKV an dieser Stelle ist ausgeschlossen, da § 192 VVG die Versicherer verpflichtet, Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung zu erstatten. Vereinnahmte Beiträge dürfen nicht zur Förderung strukturverbessernder Maßnahmen in den Ländern verwendet werden. Eine Verpflichtung der PKV und ihrer Versicherten verstieße gegen deren Grundrechte aus Art. 12 Abs. 1 (Berufsfreiheit) bzw. Art. 2 Abs. 1 GG (Allgemeine Handlungsfreiheit). Überdies verfügt der Bundesgesetzgeber auch nicht über die erforderliche Gesetzgebungskompetenz für die mit § 12b KHG-E vorgesehene Einrichtung und Finanzierung eines Transformationsfonds, denn Art. 74 Nr. 19a GG lässt keine bundesgesetzlichen Regelungen zu, die in die Krankenhausplanungskompetenz der Länder eingreifen.

Forderung:

Die Regelung ist zu streichen.

Zu Art. 2 Nr. 8 d) (§ 17b Abs. 4b KHG – Höhe der Vorhaltevergütung)

Vorgeschlagene Regelung:

Die Höhe der Vorhaltevergütung wird, nach Abzug der variablen Sachkosten, auf 60 Prozent der bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen festgelegt. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus wird in § 37 KHG-neu beauftragt, in einem hochkomplexen Verfahren das Vorhaltevolumen je Krankenhausstandort und Leistungsgruppe zu berechnen und zu veröffentlichen. Dabei gehen viele Variablen ein, die ein solches Vorhaltevolumen bestimmen und die sich zum Teil dem Einfluss des Krankenhauses entziehen. Es erfolgen zum Teil unterjährige Korrekturen, wenn Standorte Leistungsgruppen verlieren, z.B. mangels Erfüllung der Qualitätskriterien. Korridorfestlegungen für geplante Anpassungen sind eher gegriffen, als dass sie auf empirischen Daten oder Analysen beruhen. Veränderungen von Fallzahlen über Landesgrenzen hinweg werden gar nicht berücksichtigt, weil das zu kompliziert wäre.

Bewertung:

Mit einem 60 Prozent-Anteil Vorhaltevergütung ginge der Gesetzgeber trotz hoher Risiken noch über die Empfehlung der Regierungskommission hinaus: Diese nämlich schlägt in ihrer dritten Stellungnahme und Empfehlung für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung einen differenzierten Umgang mit Vorhaltepauschalen

vor. Ausschließlich in Versorgungsbereichen der hohen Daseinsvorsorge, z.B. der Intensiv- und Notfallmedizin, Geburtshilfe und Neonatologie, wird eine Vorhaltevergütung in Höhe von 60 Prozent empfohlen, für alle anderen Bereiche in Höhe von lediglich 40 Prozent.

Es liegen eine Reihe von Stellungnahmen und Gutachten zur geplanten Vorhaltevergütung vor, welche auf das hohe Risiko finanzieller Fehlanreize hinweisen (siehe u.a. <https://www.pkv.de/verband/presse/meldungen/krankenhausreform-gutachten-warnt-vor-unterversorgung-und-wartelisten/>; <https://www.vebeto.de/studie-vorhaltefinanzierung>). Demnach birgt eine Vorhaltefinanzierung nach dem Motto ‚Geld ohne Leistung‘ große Risiken. Es drohen massive Fehlanreize, wenn die Bezahlung sich nicht auf erbrachte Leistungen bezieht. Die Kliniken würden sich weniger am Bedarf der Patientinnen und Patienten ausrichten, sondern mehr an bürokratischen Verteilungskriterien. Damit blieben die wichtigsten Reformziele auf der Strecke: Qualität und Kosteneffizienz.

Zudem sind viele Rahmenbedingungen und Details in Bezug auf die neue Vergütungsform unklar und diffus. Komplexe Auswirkungen, insbesondere bei länderübergreifender Versorgung, Schließung und Insolvenz von Krankenhäusern, sowie der Umgang mit Korrekturen und Rückabrechnungen von Krankenhausrechnungen sind nicht bedacht und geprüft worden. Eine Auswirkungsanalyse liegt ebenso wenig vor. Erste Hochrechnungen und Analysen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus werden für September 2024 erwartet. Aufgrund der Kurzfristigkeit wird die Zeit fehlen, diese Berechnungen entsprechend zu würdigen und zu prüfen, bevor sich Bundestag und Bundesrat mit der Reform befassen.

Angesichts der existenzbedrohenden Dimension sowohl für die Kostenträger als auch für Krankenhausträger und Länder muss noch einmal vor einer überstürzten Einführung einer so hohen Vorhaltevergütung im Krankenhausbereich gewarnt werden. Das DRG-System ist in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten immer weiter fortentwickelt worden. Es sind Struktur- und Vorhaltekomponenten eingeführt worden, mit denen flexibler im laufenden System auf Anforderungen der Versorgungssicherung und besondere Versorgungsbedarfe reagiert werden kann. Es ist ein Trugschluss, durch einen kompletten Umbau der Finanzierungslandschaft die bisherigen Fehlanreize abschaffen zu können. Im Gegenteil: Es besteht die sehr naheliegende Gefahr, dass außer einer Finanzreform am Ende nichts von der Krankenhausreform übrigbleibt und es zu einer ungeordneten Entwicklung ohne die erwünschte Konsolidierung der Krankenhauslandschaft kommt.

Änderungsvorschlag:

Die vorgeschlagene Vorhaltevergütung sollte geprüft und einer gründlichen, wissenschaftlichen Auswirkungsanalyse unterzogen werden.

Sollte trotz aller Kritik im Gesetzgebungsverfahren an einer Vorhaltevergütung festgehalten werden, sollte zumindest deren Höhe auf die von der Regierungskommission vorgeschlagenen 40 Prozent gedeckelt werden.

§ 17b Abs. 4b KHG sollte dann entsprechend wie folgt geändert werden:

In Satz 1 wird die Zahl „60 Prozent“ durch „40 Prozent“ ersetzt.

Als Folgeänderung ergibt sich eine Ersetzung der Zahl „60 Prozent“ durch „40 Prozent“ in den Sätzen 2 und 3 Nr. 1 und Nr. 2.

Zu Art. 2 Nr. 14 (§ 37 Abs. 5 KHG – Veröffentlichung des InEK zum Vorhaltevolumen und zu den Förderbeträgen)

Vorgeschlagene Regelungen:

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht für jeden Krankenhausträger jeweils unverzüglich nach Erlass eines Bescheides nach § 37 Absatz 5 Satz 1 KHG-neu sowie nach dem Widerruf eines solchen Bescheides die sich hiernach ergebende Höhe des nach § 37 Absatz 1 Satz 1 und 2 KHG-neu ermittelten und nach § 37 Absatz 1 Satz 3 und 4 KHG-neu auf die Krankenhausstandorte aufgeteilten Vorhaltevolumens je Leistungsgruppe sowie die Höhe der nach § 39 Absatz 2 Satz 5 KHG-neu auf die Krankenhausstandorte aufgeteilten Förderbeträge barrierefrei auf seiner Internetseite.

Bewertung:

Es ist nicht ersichtlich, dass die Vorhalteentgelte vor ihrer Anwendung durch die Krankenhäuser zwischen den Pflegesatzparteien vereinbart werden oder ihre Berechnung zumindest seitens der Kostenträger auf Nachvollziehbarkeit überprüft worden sein müsste. Dies ist für eine sichere Leistungsabrechnung und Erstattung seitens der PKV erforderlich. Es sollte daher dringend vorgesehen werden, dass vor der Bescheidung gem. § 37 Abs. 5 Satz 1 KHG-neu die Kostenträger über die aufgeteilten Vorhaltevolumen informiert werden und die Kostenträger als Benehmenspartner die Vorhaltevolumen bestätigen. Die Nichtberücksichtigung der Kostenträger bei der Festlegung der Vorhalteentgelte ist inakzeptabel und systemwidrig. Die jetzt vorgesehene nachträgliche Veröffentlichung der Information zu den Vorhaltevolumen und Förderbeträgen ohne vorherigen Einbezug der Kostenträger ist noch nicht ausreichend.

Unterjährige prozentuale Zuschläge auf Vorhalteentgelte gemäß § 6b Abs. 4 KHEntgG-neu sollten zudem nicht nur eine glaubhaft darzulegende Anzeige der Krankenhäuser, sondern auch eine Bestätigung durch die Kostenträger voraussetzen. Zudem sollte die Glaubhaftmachung gegenüber dem PKV-Verband und nicht dem PKV-Landesausschuss erfolgen.

Änderungsvorschlag:

Änderung des Satz 1 in § 37 Abs. 5 KHG:

*„Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus stellt bis zum 10. Dezember eines jeden Kalenderjahres für das jeweils folgende Kalenderjahr, erstmals bis zum 10. Dezember 2026 für das Kalenderjahr 2027, **im Benehmen mit den Landesverbänden der Kran-***

kenkassen und Pflegekassen, den Ersatzkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung durch Bescheid gegenüber dem jeweiligen Krankenhausträger für seine Krankenhausstandorte die Höhe des nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumens je Leistungsgruppe sowie die Höhe der nach § 39 Absatz 2 Satz 5 aufgeteilten Beträge fest.“

Änderung des Satz 3 in § 37 Abs. 5 KHG:

*„Wenn während eines Kalenderjahres ein in § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 oder 3 genanntes Ereignis eintritt, ist der Bescheid nach Satz 1 **im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Pflegekassen, den Ersatzkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung** 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.“*

Zu Art. 3 Nr. 8 (§ 6b Abs. 4 Satz 2 KHEntgG – Verlangen eines 10-Prozent-Zuschlags)

Vorgeschlagene Regelungen:

Das Krankenhaus hat sein Verlangen bezogen auf das erste Quartal eines Kalenderjahres bis zum 31. März und bezogen auf das zweite Quartal eines Kalenderjahres bis zum 30. Juni dieses Kalenderjahres gegenüber den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG, dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung sowie der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde auf elektronischem Wege anzuzeigen und die voraussichtliche Unterschreitung hierbei glaubhaft darzulegen.

Bewertung:

Bei der Berechnung der Vorhaltevergütung, von diesbezüglichen Zuschlägen (§ 6b Abs. 4 KHEntgG) und Ausgleichsbeträgen (§ 6b Abs. 5 KHEntgG) sowie für die Ermittlung von Mehr- oder Mindererlösausgleichen (§ 4 Abs. 3 KHEntgG) ist vorzusehen, dass auch die PKV-Fälle vollständig einbezogen werden einschließlich der Fälle in ggf. vorhandenen verbundenen Einrichtungen nach § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG (ausgegliederte Privatkliniken).

Ergänzungsvorschlag:

1. Änderung des § 4 Abs. 2 Satz 1 KHEntgG:

„Das Erlösbudget wird leistungsorientiert ermittelt, indem für die voraussichtlich zu erbringenden Leistungen einschließlich der Leistungen in verbundenen Einrichtungen nach § 17 Absatz 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Art und Menge der Entgelte nach Absatz 1 Satz 1 mit der jeweils maßgeblichen Entgelthöhe multipliziert werden.“

2. Einfügung eines neuen Satz 2 in § 6b Abs. 4 KHEntgG (neu; weitere Sätze verschieben sich entsprechend):

„Satz 1 gilt nicht, wenn eine Einrichtung nach § 17 Absatz 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mit dem Krankenhaus verbunden ist.“

3. Einfügung einer neuen Nr. 2 in § 6b Abs. 5 Satz 1 KHEntgG (neu; die weiteren Nummern verschieben sich entsprechend):

„Mindererlöse eines Krankenhauses, mit dem eine Einrichtung nach § 17 Absatz 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes verbunden ist, werden nicht ausgeglichen.“

Zu Art. 3 Nr. 8 (§ 6c Abs. 1 Satz 1 KHEntgG - Beteiligung der PKV und Information über die Tagesentgelte für sektorenübergreifenden Einrichtungen)

Vorgeschlagene Regelungen:

Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren für eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung nach § 115g Absatz 1 SGB V für die ihr vom Land zugewiesenen voll- und teilstationären Leistungen unter Beachtung des Versorgungsauftrags sowie der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 ein finanzielles Gesamtvolumen (Gesamtvolumen).

Bewertung:

Nach § 6c Abs. 1 KHEntgG vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG/§ 18 Abs. 2 KHG die Tagesentgelte der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen. Die PKV ist hier bislang nicht als Vertragspartner oder Beteiligter im Gesetzestext benannt. Es ist ein Status der PKV als Beteiligter wie im normalen Pflegesatzverfahren nach § 18 Abs. 1 KHG vorzusehen. Ebenso muss bestimmt werden, dass die Entgeltvereinbarungen unverzüglich dem PKV-Verband zu übermitteln sind.

Ergänzungsvorschläge:

In § 6c Abs.1 KHEntgG (neu) wird ein neuer Satz 2 eingefügt (die weiteren Sätze verschieben sich entsprechend):

„Der Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung kann sich an der Vereinbarung beteiligen.“

In § 6c Abs. 1 KHEntgG (neu) wird folgender Satz angefügt:

„§ 18 Absatz 1 Satz 2 bis 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gelten entsprechend.“

Zu Art. 3 Nr. 12 (§ 10 Abs. 5 und 10 KHEntgG – Vollständige Tariflohnrefinanzierung für alle Beschäftigtengruppen und Anwendung des vollen Orientierungswertes).

Vorgeschlagene Regelungen:

Gemäß § 10 Abs. 5 KHEntgG sollen Tarifierhöhungen für Löhne und Gehälter von Krankenhausbeschäftigten erstmals beim Landesbasisfallwert für das Jahr 2024 unterjährig und vollständig berücksichtigt werden. Es soll eine vollständige Tariflohnrefinanzierung für alle Beschäftigtengruppen eingeführt und geregelt werden, dass die Erhöhungsraten auf Verlangen einer Vertragspartei bereits unterjährig im Landesbasisfallwert für das laufende Kalenderjahr berücksichtigt wird.

Gemäß § 10 Abs. 10 KHEntgG i.V.m. § 10 Abs. 6 und § 9 Abs. 1b KHEntgG soll gewährleistet werden, dass der volle Orientierungswert bereits im Jahr 2025 für die somatischen Krankenhäuser finanzwirksam wird.

Bewertung:

Während zuvor eine vollständige Refinanzierung der Kosten für das Pflegepersonal durch das Pflegebudget und für alle anderen Beschäftigtengruppen eine Teil-Refinanzierung erfolgt sind, wird durch die Änderung eine vollständige Übernahme aller tariflichen Lohn- und Gehaltssteigerungskosten durch die Kostenträger eingeführt. Durch diese Änderungen wird das aus guten Gründen vor Jahrzehnten aufgegebene Selbstkostendeckungsprinzip wieder eingeführt. Es drohen massive finanzielle Fehlanreize und es ist nicht zu erwarten, dass den erhöhten Kosten entsprechende Vorteile bei der Behandlungsqualität gegenüberstehen. Die besondere derzeitige Refinanzierungsnot der Krankenhäuser besteht in der Kombination aus hoher Inflation sowie Ausgabensteigerungen bei den Energiekosten, die sich auch in hohen Lohn- und Gehaltsanpassungen niederschlagen. Diese Effekte sind in ihrer Dynamik zeitlich beschränkt und es ist zu erwarten bzw. auch schon durch eine abflachende Inflation zu beobachten, dass wir zum vorherigen Normalmaß zurückkehren.

Änderungsvorschlag:

Die vollständige Refinanzierung außerhalb des Pflegebudgets sollte eine Ausnahme darstellen und zeitlich auf die Jahre 2025 und 2026 befristet werden.

Zu Art. 4 Nr. 2 und 4 (§ 3 Abs. 4 Satz 1 und Abs. 5 sowie § 9 Abs. 1 Nr. 5 BPflV – Vollständige Tariflohnrefinanzierung für alle Beschäftigtengruppen und Anwendung des vollen Orientierungswertes)

Vorgeschlagene Regelungen:

Korrespondierend zum somatischen Bereich soll auch für die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser eine vollständige Tarifrefinanzierung für alle Beschäftigtengruppen sowie eine frühzeitige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen noch im laufenden Kalenderjahr eingeführt werden.

Ebenso soll auch bei psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen die Anwendung des bisherigen anteiligen Orientierungswerts durch die Anwendung des vollen Orientierungswerts ersetzt werden.

Bewertung:

Die Einführung des Selbstkostendeckungsprinzips ist auch hier problematisch. Es wird auf die Bewertung zu Art. 4 Nr. 10 verwiesen.

Änderungsvorschlag:

Die vollständige Refinanzierung sollte eine Ausnahme darstellen und zeitlich auf die Jahre 2025 und 2026 befristet werden.