



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum

Gesetzentwurf für ein Krankenhausversorgungs-
verbesserungsgesetz (KHVVG)

vom 23.9.2024

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeiner Teil	4
2. Kommentierung des Gesetzes	11
• Zu Artikel 1 Nr. 5 § 115g (Fünftes Sozialgesetzbuch)	11
• Zu Artikel 1 Nr. 6 „§ 116a (Fünftes Sozialgesetzbuch)	14
• Zu Artikel 1 Nr. 9 § 135e (Fünftes Sozialgesetzbuch).....	16
• Zu Artikel 1 Nr. 9 § 135f (Fünftes Sozialgesetzbuch)	18
• Zu Artikel 1 Nr. 10 § 136 (Fünftes Sozialgesetzbuch)	20
• Zu Artikel 1 Nr. 11 § 136c (Fünftes Sozialgesetzbuch).....	21
• Zu Artikel 1 Nr. 12 § 137 Absatz 3 (Fünftes Sozialgesetzbuch).....	22
• Zu Artikel 1 Nr. 13 § 221 Absatz 3 (Fünftes Sozialgesetzbuch).....	23
• Zu Artikel 1 Nr. 14 § 271 (Fünftes Sozialgesetzbuch)	24
• Zu Artikel 1 Nr. 15 § 275a (Fünftes Sozialgesetzbuch).....	26
• Zu Artikel 1 Nr. 16 § 275c Absatz 6 (Fünftes Sozialgesetzbuch)	31
• Zu Artikel 1 Nr. 20 § 278 (Fünftes Sozialgesetzbuch)	32
• Zu Artikel 1 Nr. 21 § 283 (Fünftes Sozialgesetzbuch)	33
• Zu Artikel 1 Nr. 21 § 283 (Fünftes Sozialgesetzbuch)	34
• Zu Artikel 2 Nr. 2 § 6a (Krankenhausfinanzierungsgesetz).....	35
• Zu Artikel 2 Nr. 3 §§ 6b und 6c (Krankenhausfinanzierungsgesetz).....	37
• Zu Artikel 2 Nr. 6 § 12b (Krankenhausfinanzierungsgesetz)	39
• Zu Artikel 2 Nr. 9 § 17c (Krankenhausfinanzierungsgesetz).....	40
• Zu Artikel 2 Nr. 14 §§ 37 bis 38 (Krankenhausfinanzierungsgesetz)	42
• Zu Artikel 2 Nr. 16 §§ 39 und 40 (Krankenhausfinanzierungsgesetz)	44
• Zu Artikel 3 Nr. 5 § 5 (Krankenhausentgeltgesetz).....	46
• Zu Artikel 3 Nr. 8 §§ 6b und 6c (Krankenhausentgeltgesetz)	48
• Zu Artikel 3 Nr. 11 § 9 (Krankenhausentgeltgesetz).....	50
• Zu Artikel 3 Nr. 12 § 10 (Krankenhausentgeltgesetz).....	52
• Zu Artikel 4 Nr. 2 § 3 (Bundespflugesatzverordnung).....	54
• Zu Artikel 4 Nr. 4 § 9 Absatz 1 Nummer 5 (Bundespflugesatzverordnung)	56

- Zu Artikel 4 Nr. 5 § 11 (Bundespfllegesatzverordnung).....57

1. Allgemeiner Teil

Am 15.5.2024 wurde der Gesetzentwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen, kurz Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), vom Bundeskabinett beschlossen. Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) nimmt nachfolgend Stellung.

Zielsetzung des Gesetzes ist die umfassende Neugestaltung der Krankenhausfinanzierung, wobei ein Fokus auf einer stärkeren Qualitätsorientierung und Ausrichtung am Versorgungsbedarf der Patient:innen liegt. Das Fallpauschalen-System soll zum Teil durch eine Vorhaltekosten-Vergütung ersetzt werden. Diese soll weiterhin auch ein Pflegebudget enthalten. Die bisherigen Fallpauschalen sollen dann nur noch einen Anteil von 40 Prozent der gesamten Erlöse umfassen. Um das Leistungsgeschehen abzubilden, sollen Leistungsgruppen definiert werden, die mit spezifischen personellen und sachlichen Anforderungen sowie Mindestvorhaltefallzahlen verknüpft sind. Damit soll im Interesse der Patient:innen sichergestellt werden, dass medizinische Eingriffe nur in geeigneten Einrichtungen vorgenommen werden. Die Entscheidungen über die konkrete Ausgestaltung der Leistungsgruppen, die in die Krankenhauspläne der Länder eingreifen, sollen in Rechtsverordnungen mit Zustimmung des Bundesrats verlagert werden. Zudem ist geplant, sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen zu etablieren, die sowohl stationäre als auch ambulante Angebote und Pflegeleistungen anbieten können.

Für die Umstrukturierung des Krankenhauswesens soll ein Transformationsfonds von 50 Milliarden Euro bereitgestellt werden, der jeweils zur Hälfte durch den Gesundheitsfonds und die Länder finanziert werden soll. Des Weiteren ist vorgesehen, die Krankenhauseinzelfallrechnungsprüfung ab 2027 durch eine Stichprobenprüfung zu ersetzen, und durch die Erhöhung des Landesbasisfallwertes (LBFW) und des Orientierungswertes schnell weitere Finanzhilfen zu gewähren.

Bewertung

Der vdek begrüßt grundsätzlich das Ziel, die Krankenhausfinanzierung und die Krankenhausstrukturen weiterzuentwickeln. Es bestehen jedoch erhebliche Zweifel, ob dies mit dem vorliegenden Entwurf gelingen kann. Wesentliche strukturpolitische Veränderungen werden nur aufgezeigt, aber der notwendige Rahmen sowie die Kriterien hierzu werden nicht konkret umgesetzt. Die tief in das bisherige System der Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung eingreifenden Regelungen können nur dann bedarfs- und bevölkerungsorientiert angewandt werden, wenn damit ein klares Zielbild davon verbunden ist, welche Anforderungen an die Krankenhausstruktur der Zukunft gestellt werden, und wenn alle Akteure, auch die Länder, hinter diesem Zielbild stehen. Sonst wirken die Regelungen disruptiv, binden dringend benötigte personelle und finanzielle Ressourcen und belasten die Beitragszahlenden in vollkommen

ungerechtfertigter Weise mit unwirtschaftlichen und nicht ausreichend qualitätsorientierten Strukturen.

Leistungsgruppen

Der Plan, das Leistungsgeschehen an den einzelnen Krankenhausstandorten durch eine Strukturierung nach Leistungsgruppen mit Qualitätsanforderungen zu ordnen, ist richtig. Wenn dieser Weg von den Ländern konsequent verfolgt würde, könnte eine nach Leistungsbereichen abgestimmte, den Bedarf abbildende und qualitativ hochwertige stationäre Versorgung gewährleistet werden. Für den vdek ist dabei entscheidend, dass die Anforderungen an die Leistungsgruppen bundeseinheitlich definiert werden und Ausnahmen nur in klar umrissenen Fällen ebenfalls bundeseinheitlich zugelassen werden. Dieses Kriterium erfüllt der Entwurf jedoch nur unzureichend, da die Ausgestaltung der Rechtsverordnungen noch nicht bekannt ist. Mit der Zustimmungspflicht der Länder zu den Verordnungen besteht die erhebliche Gefahr, dass die Länder Einschränkungen bei den Qualitätsanforderungen durchsetzen.

Erheblichen Gestaltungsspielraum um Qualitätsanforderungen zu verwässern, sieht der vdek auch bei der Regelung, Qualitätsanforderungen durch Kooperationen und Ausnahmegenehmigungen der Länder abzubilden. Die Erteilung von Ausnahmen im Bereich der grundversorgenden Bereiche Innere Medizin und Chirurgie zur Sicherstellung einer flächendeckenden Grundversorgung ist zu prüfen. Diese müssten gegebenenfalls zeitlich befristet und mit Zielvorgaben versehen werden. Warum aber alle übrigen Leistungsgruppen, also auch Herztransplantationen, innerhalb von 40 Fahrzeitminuten erreichbar sein müssen, egal ob Qualitätsanforderungen und Mindestfallzahlen erfüllt sind, erschließt sich nicht. Es ist doch die Grundidee der Krankenhausreform, eine nach Bedarf und Versorgungsschwere abgestimmte Krankenhausstruktur zu bilden. Deshalb muss eine stärkere Differenzierung der Erreichbarkeiten je nach Leistungsgruppe bzw. Leistungsbereich zugrunde gelegt werden. Grundsätzlich sollten aber die komplexen bzw. vorrangig elektiven Leistungsgruppen (wie z. B. Herztransplantationen) von den Ausnahmeregelungen per Rechtsverordnung gemäß § 135e Absatz 2 SGB V (neu) zwingend ausgenommen werden.

Die Leistungsgruppen sollen im Zuge einer Struktur- und Vergütungsreform der stationären Versorgung eingeführt werden. Die Anzahl und die Inhalte der Leistungsgruppen sollen lt. Bund-Länder-Papier und Aussagen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) denen der aktuellen Planung von Nordrhein-Westfalen (NRW) entsprechen. Die Struktur von NRW soll als „Blaupause“ der Krankenhausplanung dienen. Jedoch wird dies nicht konsequent umgesetzt, denn nach wie vor bezieht sich der Entwurf ausschließlich auf den Bereich der Somatik. Im Rahmen der Reform ist es daher unabdingbar, auch die psychiatrische Versorgung grundsätzlich mitzudenken, die ein Teil der stationären Versorgung ist. Kommt es infolge der Strukturierung nach Leistungsgruppen zu einer Kapazitätsumverteilung zwischen Krankenhausstandorten, muss sichergestellt werden, dass ein Bettenabbau im Bereich der Somatik nicht zu einem

parallelen Aufbau von Bettenkapazitäten in der Psychiatrie führt. Zur Vermeidung derartiger Kapazitätsverschiebungen, die das Ziel einer Ambulantisierung der psychiatrischen Versorgung konterkarieren würden, bedarf es einer entsprechenden Ergänzung der Leistungsgruppen, wie sie bereits in NRW festgelegt wurden. Die ergänzenden Leistungsgruppen der Psychiatrie beinhalten dabei keine Vorhaltefinanzierung, sondern dienen lediglich Planungszwecken.

Vorhaltekosten

Die Umstellung auf eine Vorhaltekostenvergütung ist durchaus geeignet, den impliziten Anreiz zur Mengenausweitung des Fallpauschalen-Systems zu reduzieren. Allerdings war das Ende des Fallzahlwachstums bereits zwischen 2016 und 2017 erreicht. Zudem ist seit Beginn der Corona-Pandemie 2020 ein erheblicher Fallzahlrückgang festzustellen. Die Anzahl der Standorte und der vorzuhaltenden Leistungsgruppen muss sich aus dem Bedarf der Bevölkerung ableiten. In den ländlichen Regionen steht bei der Vorhaltekostenfinanzierung die Sicherung einer stationären Grundversorgung im Vordergrund. In den städtischen Regionen und den Regionen mit Verstärkeransätzen kann nur ein gezielter Konzentrations- und Spezialisierungsprozess dazu beitragen, den Fachkräftemangel zu mildern und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu stärken. Nur so kann die Versorgung zukunftsfähig gestaltet und gesichert werden.

Das bedeutet, dass die konkreten regionalen Versorgungsbedarfe ermittelt und in Abhängigkeit davon in den Regionen Einrichtungen oder Abteilungen aufgegeben oder umgewandelt werden müssen. Dies wird mit dem vorliegenden Entwurf in Aussicht gestellt, aber aufgrund der für die Länder geschaffenen Ausnahmeregelung und der niederschweligen Qualitätsanforderungen besteht die Gefahr, dass diese Ziele nicht erreicht werden. Die Regelung im Kabinettsentwurf geht hier zwar in die richtige Richtung, in Anbetracht des bisherigen Beratungsverlaufs ist aber zu bezweifeln, ob die Länder diesen Prozess einer Strukturbereinigung überhaupt aktiv anstreben und damit nachhaltig unterstützen werden. Wenn diese Unterstützung ausbleibt, führt die angedachte Vorhaltekostenfinanzierung zu einer Festschreibung der unwirtschaftlichen Strukturen und einem erheblichen bürokratischen Aufwand, ohne dass positive Effekte auf die Versorgungsstrukturen zu erwarten sind. Die Vorhaltekostenfinanzierung, verbunden mit den weiteren Zuschlagsregelungen und der Möglichkeit zur Etablierung von sektorenübergreifenden Versorgung, muss eng begleitet, evaluiert und aufgrund der praktischen Erfahrungen bei Bedarf weiterentwickelt werden.

Förderbeträge

Zusätzlich zur Vorhaltevergütung sollen spezifische Bereiche wie Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Units, spezielle Traumatologie und Intensivmedizin gesondert vergütet werden. Die Förderbeträge sollen zusätzlich zum Vorhaltevolumen auf die förderfähigen Standorte verteilt werden. Für die Teilnahme an der Notfallversorgung und für die Krankenhausstandorte aus der Liste der bedarfsnotwendigen ländlichen Krankenhäuser sollen Vergütungen erhöht werden. Ab

2025 sind zusätzliche jährliche Ausgaben von 378 Millionen Euro für Zuschläge zur Pädiatrie und Geburtshilfe vorgesehen. Diese Beträge sollen ab 2027 um weitere 327 Millionen Euro jährlich steigen, was zu Gesamtausgaben von über 700 Millionen Euro jährlich zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) führen würde. Hochschulkliniken sollen mit zusätzlichen 75 Millionen Euro und Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben mit 125 Millionen Euro finanziert werden.

Mit den zusätzlichen Finanzmitteln werden Beitragsgelder politisch motiviert mit der Gießkanne verteilt, ohne eine gezielte Wirkung zu erlangen. Beispielsweise hat sich bei den zusätzlichen Fördermitteln für die Geburtshilfe gezeigt, dass diese von den Landesministerien auch an Kliniken verteilt wurden, die hohe Kaiserschnittraten oder Geburtenfallzahlen auf einem bedenklich niedrigen Niveau hatten. Dieses Vorgehen unterläuft die Patientensicherheit und muss unbedingt durch eindeutige qualitätsorientierte Kriterien nachgebessert werden. In dem Zusammenhang ist ebenfalls nicht nachvollziehbar, dass diese Fördermittel aus Kassengeldern nach dem Königsteiner Schlüssel auf die Länder umgelegt wurden, ohne den Kassen ein Mitspracherecht bei der Verteilung der Mittel einzuräumen.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

Die Regelung zielt darauf ab, Krankenhäusern die Perspektive zur Umorientierung hin zu ambulanten und pflegerischen Leistungen zu bieten, um Standorte zu erhalten. In der vorliegenden Form droht sie jedoch zu einer Konservierung bestehender Überversorgung und Doppelstrukturen in Ballungsgebieten zu führen, die zudem mit der angedachten Finanzierung teuer erkaufte wird. Die Regelung sollte stattdessen klar auf Versorgungsgebiete bezogen werden, die einen tatsächlichen Bedarf aufweisen. Krankenhäuser sollten nur dort in sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen überführt werden können, wo sie zu einer Aufrechterhaltung der flächendeckenden Versorgung, zumeist in strukturschwachen, eher ländlich geprägten Regionen, beitragen.

Transformationsfonds

Die Finanzierung des Krankenhausstrukturwandels aus Beitragsmitteln des Gesundheitsfonds wird vom vdek abgelehnt. Die Transformation der Krankenhausstruktur ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und gehört nicht zu den Aufgaben einer Krankenkasse. Es ist inakzeptabel, dass der Bund sich nicht an der Finanzierung beteiligt. Eine vom GKV-Spitzenverband (GKV-SV) beauftragte gutachterliche Prüfung kommt zu dem Schluss, dass diese Finanzregelung in mehrfacher Hinsicht als verfassungsrechtlich äußerst bedenklich einzuschätzen ist. Kritisch sind auch die lange Laufzeit und die zahlreichen Förderzwecke des Transformationsfonds. Diese sind nicht nur auf Konzentration, Schließung und Umwidmung beschränkt. Deshalb besteht die Gefahr, dass die notwendige Strukturanpassung nicht erfolgt. Die vorgesehene Finanzierung würde außerdem zu erheblichen Beitragssatzerhöhungen führen. Eine jährliche Zuführung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in Höhe von 2,5 Milliarden

Euro entspricht einer Steigerung des Zusatzbeitragssatzes von ca. 0,15 Beitragssatzpunkten.

Darüber hinaus ist es unverständlich, dass die private Krankenversicherung (PKV) keinen verpflichtenden finanziellen Beitrag leisten muss. Eine freiwillige Beteiligung der PKV ist angesichts des erhöhten Fondsvolumens unrealistisch. Wenn die Bundesregierung jedoch erhebliche Einsparungen durch den Transformationsprozess erwartet, führt dies zu einer Subventionierung der PKV zu Lasten der GKV.

Weitere Finanzhilfen

Der Entwurf plant eine frühzeitige und vollständige Refinanzierung von Tariflohnerhöhungen durch unterjährige Neuvereinbarungen des LBFW. Dabei werden Tariferhöhungen für sämtliche Beschäftigtengruppen, einschließlich linearer und struktureller Steigerungen, sowie Einmalzahlungen berücksichtigt. Die Vertragsparteien auf Bundesebene müssen die Erhöhungsraten innerhalb von vier Wochen nach Inkrafttreten der tarifvertraglichen Vereinbarungen festlegen. Der bisher geltende anteilige Orientierungswert wird durch den vollen Orientierungswert ersetzt. Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene sind nicht länger gesetzlich auf maximal ein Drittel der Differenz zwischen beiden Werten begrenzt, sondern können den vollen Orientierungswert nutzen. Bei der Festlegung des Veränderungswertes müssen sie bereits anderweitig finanzierte Kostensteigerungen berücksichtigen. Die Selbstverwaltungspartner auf Landesebene sind verpflichtet, den LBFW für 2025 unter Berücksichtigung des vollen Orientierungswertes neu zu verhandeln. Die Berücksichtigung des vollen Orientierungswertes wird analog auch im Bereich der Bundespflegesatzverordnung umgesetzt. Darüber hinaus soll auch im Bereich der Bundespflegesatzverordnung die vollständige Tarifrefinanzierung umgesetzt werden.

Die Regelungen stellen eine unverhältnismäßige Belastung der Beitragszahlenden dar. Die geplante Anpassung des LBFW kann zu Mehrkosten von 1,2 Milliarden Euro pro Jahr führen. Der vdek lehnt das ab, da es sich um eine pauschale Mittelverteilung handelt, die den Strukturwandel im Gesundheitswesen nicht gezielt fördert. Es besteht im Gegenteil die Gefahr, dass Krankenhäuser Mittel erhalten, obwohl sie mittelfristig nicht mehr betriebsfähig sein werden. Zudem wird die direkte Finanzierung von Tariferhöhungen mit Nachdruck abgelehnt, da dies die Tarifparteien von der Verantwortung für die finanziellen Auswirkungen ihrer Entscheidungen entbinden würde. Zumal zu erwarten ist, dass der bereits laufende Wettbewerb um Personal aus anderen Versorgungsbereichen weiter zunehmen wird.

Krankenhausrechnungsprüfung

Die Absicht, die bereits jetzt stark kontingentierte Einzelfallprüfungen durch Stichprobenprüfungen zu ersetzen, wird vom vdek scharf kritisiert. Es ist für die Beitragszahlenden der GKV nicht nachvollziehbar, dass in diesem Bereich mit seinem immensen Umsatzvolumen auf ein ordnungsgemäßes Geschäftsgeschehen mit Prüfung der erbrachten Leistung verzichtet werden soll. Der Hinweis

auf bürokratische Lasten ist hier nicht stichhaltig. Wenn das Gesetz einerseits das Ziel verfolgt, eine Entökonomisierung des DRG-Systems, insbesondere hinsichtlich des Anreizes für medizinisch nicht indizierte Fallzahlsteigerungen, zu erreichen, dann ist es andererseits zweifelhaft, dieses Ziel zu verfolgen, indem die Krankenhauseinzelfallrechnungsprüfung durch eine Stichprobenprüfung ersetzt wird, bei der Prüfaufwände für offensichtlich korrekt abgerechnete Fälle verursacht werden, während erkennbar fehlerhaft abgerechnete Fälle anstandslos bezahlt werden müssen. Die Gesetzesbegründung verkennt auch den Wirkungszusammenhang zwischen angesteuerter DRG und daraus resultierender Zuordnung des Falles zu einer Leistungsgruppe. Die Einzelfallabrechnung hat damit Einfluss auf das Erreichen von Mindestfallzahlen und auf die Entwicklung des 20-Prozent-Korridors der Vorhaltepauschale.

Die gerade erst unter erheblichem Personal- und Zeitaufwand und der umfangreichen Einbeziehung der Sozialgerichtsbarkeit weitestgehend rechtssicher und technisch praktikierbar werdenden Änderungen des „MDK-Reformgesetzes“ von 2020 gänzlich zu streichen und durch ein neu zu konzipierendes System zu ersetzen, erzeugt enorme Aufwände und ist in höchstem Maße bürokratisch und unwirtschaftlich.

Finanzwirkung

Der aktuelle Entwurf würde zu jährlich steigenden Mehrkosten führen, die im Jahr 2027 eine Summe von 5,8 Milliarden Euro ergeben würden. Dabei sind nur derzeit quantifizierbare Maßnahmen berücksichtigt.

- Transformationsfonds: jährlich bis zu 2,5 Milliarden Euro von 2026 bis 2035. Falls die 2,5 Milliarden Euro erstmalig in 2026 und in den Folgejahren konstant 2,5 Milliarden Euro pro Jahr dem Gesundheitsfonds entnommen werden, erfolgt eine finanzielle Belastung im Jahr 2026 in Form einer Beitragssatzsteigerung von voraussichtlich 0,15 Beitragssatzpunkten, die für die Folgejahre basiswirksam wäre.
- Generelle Anhebung der LBFW: jährliche Belastung von 1,2 Milliarden Euro (voller Orientierungswert).
- Vollständige Tarifierfinanzierung (frühere Tarifierfinanzierung durch Neuvereinbarung des LBFW): 350 Millionen Euro ab dem Jahr 2024 (lt. Gesetzesbegründung) mit steigender Tendenz, da die neue Regelung voraussichtlich zu höheren Tarifabschlüssen führt.
- Zuschläge: mindestens 705 Millionen Euro pro Jahr (davon 270 Millionen Euro für die Pädiatrie und 108 Millionen Euro für die Geburtshilfe, die über das Jahr 2024 hinaus verstetigt werden sowie 29,7 Millionen Euro pro Jahr für die Erhöhung der Notfallzuschläge ab 2027).
- Förderung bedarfsnotwendiger Krankenhäuser: lt. BMG 15 Millionen Euro pro Jahr ab 2025.
- Einführung der Stichprobenprüfung: 1 Milliarde Euro pro Jahr Mindereinnahmen der GKV durch den Wegfall der Korrektur von Kodierfehlern bzw. Fehlbelegungsprüfungen.

- Nicht quantifizierbare Mehrkosten durch eine Leistungsverlagerung von bis zu 20 Prozent der Fälle in die Klinikambulanzen bei Verbleib der Vorhaltepauschalen im stationären Budget.
- Die Ausgabenwirkung der Einführung der Vorhaltefinanzierung ist derzeit nicht quantifizierbar. Durch das Bezugsjahr 2025 bei der ersten Kalkulation der Vorhaltebudgets 2027 besteht kurzfristig ein erhöhter Anreiz für die Krankenhäuser, die stationären Fallzahlen zu steigern.

2. Kommentierung des Gesetzes

Zu Artikel 1 Nr. 5

§ 115g (Fünftes Sozialgesetzbuch)

Beabsichtigte Neuregelung

(1) Durch die Neuregelung sollen die vom Land nach § 6c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bestimmten sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (SÜVE) wohnortnah stationäre Krankenhausbehandlungen mit ambulanten und pflegerischen Leistungen verbinden können. Neben den stationären Leistungen können diese Krankenhäuser auch an der vertragsärztlichen Versorgung und dem ambulanten Operieren teilnehmen sowie Leistungen der Übergangs- oder Kurzzeitpflege erbringen.

(2) SÜVE können zusätzlich Leistungen der Kurzzeitpflege sowie der Tages- und Nachtpflege nach SGB XI in selbständigen, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennten Pflegeabteilungen erbringen.

(3) Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der GKV-SV legen im Benehmen mit der PKV erstens einen Mindestkatalog an stationären Leistungen, die im Sinne einer Untergrenze von einer SÜVE mindestens angeboten werden müssen sowie zweitens einen abschließenden Katalog von weiteren stationären Leistungen fest, die darüber hinaus von einer SÜVE angeboten werden können. Zudem sind weitere stationäre Leistungen zu definieren, die erbracht werden dürfen, sofern eine längerfristige Kooperation mit einem geeigneten Krankenhaus einer höheren Versorgungsstufe besteht, das im notwendigen Umfang telemedizinisch bei der Leistungserbringung unterstützen kann. Für die Leistungen der SÜVE sind Anforderungen an die Qualität, Patientensicherheit, Dokumentation und Kooperation sowie die Prüfung der Einhaltung der Anforderungen zu vereinbaren. Die Vereinbarung ist innerhalb von zwölf Monaten nach Verkündung des Gesetzes abzuschließen und mindestens alle zwei Jahre anzupassen. Kommt die Vereinbarung nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) den Inhalt der Vereinbarung fest.

(4) Eingeführt wird eine gemeinsame Berichtspflicht an das BMG durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die DKG im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung im Abstand von zwei Jahren, erstmals fünf Jahre nach Verkündung des Gesetzes.

Bewertung

(1) Durch den Verweis auf § 6c KHG wird sichergestellt, dass es sich bei SÜVE um Krankenhäuser handelt, für die Mittel aus dem neu geschaffenen Transformationsfonds bezogen werden können, die im Transparenzverzeichnis der Versorgungsstufe Level II zugeordnet werden. Das heißt, es gelten auch für diese Einrichtungen die Bestimmungen des § 107 Absatz 1 SGB V. So stehen

sie fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung; jederzeit muss ärztliches, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal zur Versorgung der Patient:innen zur Verfügung stehen. Neu ist die Festlegung von Krankenhäusern mit einem deutlich eingeschränkten stationären Leistungsportfolio.

Die Regelung zielt darauf ab, bestehenden Krankenhäusern die Perspektive zur Umorientierung weg von der stationären Leistungserbringung und hin zu ambulanten und pflegerischen Leistungen zu bieten, um Standorte zu erhalten. Die Möglichkeit solcher Umwidmungen sollte sich grundsätzlich auf dünn besiedelte Regionen mit geringer Versorgungsdichte und daraus resultierenden weiten Entfernungen zum nächsten Krankenhaus bzw. zur nächsten Fachärztin oder zum nächsten Facharzt beschränken. Daher kommen vorwiegend nur Krankenhäuser in „ländlichen Regionen“ gemäß der vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) definierten Raumordnungsregionen für die Bestimmung als SÜVE in Frage. Der Erhalt von unrentablen Krankenhäusern in Ballungsgebieten, in denen Doppelstrukturen im Sinne einer Überversorgung existieren, ist abzulehnen.

Die nicht abschließende Auflistung von ambulanten und stationären Behandlungsmöglichkeiten ergibt noch kein geordnetes Regelwerk für die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen. Durch die Regelung werden bereits bestehende Leistungen nur gebündelt und klargestellt, dass diese durch die SÜVE erbracht werden können.

(2) Auch die Erbringung von Leistungen der Tages- oder Kurzzeitpflege nach dem SGB XI, die von selbstständigen, organisatorischen, wirtschaftlichen, vom Krankenhaus getrennten und nach dem § 72 SGB XI zugelassenen, Abteilungen erbracht werden können, dürfte bereits nach den heutigen Regelungen möglich sein. Die Streichung des § 115h ist zu begrüßen, da mit der im Referentenentwurf geplanten medizinisch-pflegerischen Versorgung eine Versorgungsform geschaffen werden sollte, wie sie bereits in ähnlicher Form mit der Übergangspflege nach § 39e SGB V, der Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V, aber auch nach § 42 SGB XI existiert und zudem ebenfalls für das Leistungsspektrum der sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung aufgeführt werden.

(3) Zu begrüßen ist die Festlegung stationärer Leistungen in Form von Mindest- und Höchstgrenzen über Positivlisten. Leistungen, für die SÜVE nicht ausreichend ausgestattet sind, sollten aber auch nicht erbracht werden dürfen, wenn Kooperationen mit anderen, besser geeigneten Krankenhäusern bestehen. Planbare Leistungen sollten im Sinne der Versicherten nur durch geeignete Krankenhäuser mit entsprechend zugeordneter Leistungsgruppe erbracht werden, die auch die Qualitätskriterien der Leistungsgruppe einhalten. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sollten sich auf die Leistungen nach den Nummern 1 und 2 fokussieren, für die sie ausgestattet sind.

(4) Grundsätzlich ist die Evaluation neuer Versorgungsformen zu befürworten.

Änderungsvorschlag

§ 115g Abs. 1:

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

§ 115g Abs. 3:

Streichung der Nummer 3.

Beabsichtigte Neuregelung

(1) Der Zulassungsausschuss muss zugelassene Krankenhäuser bei festgestellter Unterversorgung oder zusätzlichem lokalem Versorgungsbedarf zulassen, soweit und solange dies erforderlich ist. Die Überprüfung der Ermächtigung nach zwei Jahren wurde gestrichen.

(2) Der Zulassungsausschuss muss sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 115g Absatz 1 für Fachgebiete, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine in absehbarer Zeit drohende Unterversorgung nach § 100 Absatz 1 Satz 1 im Planungsbereich festgestellt hat, ermächtigen, soweit und solange dies erforderlich ist.

(3) Der Zulassungsausschuss muss SÜVE nach § 115g Absatz 1 für die hausärztliche Versorgung ermächtigen, wenn im Planungsbereich keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind.

Bewertung

(1) Die schon bestehende Regelung wurde dergestalt angepasst, dass der Überprüfungszeitraum für die Ermächtigung nun vom Zulassungsausschuss flexibel angepasst werden kann, was grundsätzlich zu begrüßen ist.

(2) Grundsätzlich ist die Umgestaltung von Krankenhäusern hin zu sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung (Level 1i) in dünn besiedelten Regionen mit einer geringen Krankenhausedichte und daraus resultierenden weiten Entfernungen zum nächsten Krankenhaus aus versorgungspolitischer Sicht zu begrüßen, um eine flächendeckende Versorgung zu erhalten. Um aber auch einen gewissen Versorgungseffekt zu erreichen, sollte die Einrichtung mindestens mit einem vollen Versorgungsauftrag ermächtigt werden, der dann auch entsprechend in der Bedarfsplanung angerechnet wird.

(3) Die zwingende Zulassung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung (Krankenhäuser) zur hausärztlichen Versorgung, ohne dass eine drohende Unterversorgung oder Unterversorgung festgestellt wurde, wird kritisch gesehen. Sofern der Planungsbereich für die hausärztliche Versorgung geöffnet ist und damit Niederlassungsmöglichkeiten bestehen, sollte auch einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung der regelhafte Weg zur Zulassung/Ermächtigung offenstehen. Diese gesetzliche Regelung stellt eine Bevorzugung dieser Einrichtungen gegenüber Primärversorgungszentren (PVZ) und regionalen Gesundheitszentren (RGZ) dar, die sich gegebenenfalls regulär auf einen offenen Sitz bewerben müssen. Das Argument des Gesetzgebers hinsichtlich der Förderung der Weiterbildung von Allgemeinmediziner:innen kann nicht nachvollzogen werden. Schon jetzt werden Allgemeinmediziner:innen in Hausarztpraxen weitergebildet und entsprechend von Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) gefördert.

Änderungsvorschlag

(1) Keiner.

(2) „...zur vertragsärztlichen Versorgung mit **mindestens einem vollen Versorgungsauftrag** ermächtigen...“

(3) Das „muss“ sollte in ein „kann“ geändert werden.

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung legt fest, dass für Leistungen der Krankenhausbehandlung bundeseinheitliche Qualitätskriterien pro Leistungsgruppe, insbesondere zur personellen Ausstattung und Qualifikation sowie Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität gelten. Krankenhäuser müssen diese erfüllen, um Leistungsgruppen zugeordnet zu bekommen. Das BMG wird ermächtigt, diese per Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zum 31.3.2025 mit erstmaliger Wirkung zum 1.1.2027 festzulegen. Teil der Festlegung ist auch, bei welchen Leistungsgruppen Kooperationen, neuerdings explizit mit Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erlaubt sind und wo zur Sicherstellung der Versorgung von den Qualitätskriterien abgewichen werden kann. Für diese Aufgabe richtet das BMG einen Ausschuss ein, den es mit den Ländern leitet. GKV-SV, DKG, Bundesärztekammer (BÄK), neuerdings Hochschulmedizin und Pflege stellen den Ausschuss. Die Patientenvertretung ist ebenfalls beteiligt. Bereits eine erbrachte Leistung aus einer Leistungsgruppe führt dazu, dass ein Krankenhaus die Qualitätskriterien der entsprechenden Leistungsgruppe erfüllen muss. Die maßgeblichen Qualitätskriterien sind in Anlage 4 neu für alle 65 Leistungsgruppen aufgenommen. Es finden Festlegungen und Begriffsdefinitionen für die Qualitätskriterien in den Leistungsgruppen statt.

Bewertung

Grundsätzlich wird der Ansatz der leistungsgruppenbezogenen Krankenhausplanung begrüßt. Auf der Ebene der Leistungsgruppen lässt sich der Versorgungsauftrag eines Krankenhauses viel spezifischer als über Fachgebiete durch die Planungsbehörde festlegen. Das führt dazu, dass nicht mehr „jeder alles machen kann“. Allerdings kritisiert der vdek weiterhin, dass zumindest die Leistungsgruppen Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie noch zu wenig differenziert sind und insgesamt eine fachliche Festlegung fehlt, welche Leistungsgruppen eine wohnortnahe Grundversorgung darstellen und welche durch höhere Versorgungsstufen erbracht werden sollten. Auch die Regelung, zu den Leistungsgruppen Qualitätskriterien festzulegen, ist richtig und notwendig, um die Patientensicherheit zu fördern und die Vorhaltekostenfinanzierung qualitätsorientiert an den Krankenhausstandorten anzusiedeln. Allerdings ist die ganze Regelungssystematik geprägt von politischen Kompromissen.

Der neu aufgenommene frühe Erlass bei gleichzeitig spätem Wirksamwerden der Rechtsverordnung ist ein Zugeständnis an die Länder, die die Auswirkungen der Qualitätskriterien auf die Versorgungslandschaft beurteilen wollen. Durch die Aufnahme der Leistungsgruppen und Qualitätskriterien entfällt der Verweis auf die Geltung der Qualitätskriterien aus NRW. Die Qualitätskriterien in Anlage 4 sind in Bezug auf bestimmte Leistungsgruppen strenger gefasst als die aus NRW, an vielen Stellen aber niedriger. So müsste beispielsweise im Hinblick auf die Kooperationsmöglichkeiten sichergestellt werden, dass auch die

Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung die entsprechenden Qualitätsvoraussetzungen erfüllen. Kritisch ist auch, dass eine Spalte weggelassen wurde, in der sonstige Strukturvorgaben des Landes vorgegeben waren. Auch durch das Weglassen der Gliederungsebene „Leistungsbereich“ ergeben sich medizinisch teils nicht nachvollziehbare Vorgaben zur Vorhaltung assoziierter Leistungsgruppen. Es ist nicht nachvollziehbar, warum man sich hier von dieser sinnvollen Gliederungsebene verabschiedet. Die Regelungen im § 39 KHG zur Zuordnung der Leistungsgruppen zu den Bereichen Pädiatrie, Geburtshilfe etc. zeigen, dass es möglich und nötig ist. Es ist zumindest zu begrüßen, dass Definitionen und Festlegungen für die Qualitätskriterien getroffen werden, damit es weniger Interpretationsspielraum zwischen Medizinischen Diensten (MD), Krankenhaus und Planungsbehörde bei der Frage gibt, ob Qualitätskriterien erfüllt oder nicht erfüllt werden.

Ein neues Gremium inklusive Geschäftsstelle soll zur Festlegung und Weiterentwicklung der Leistungsgruppen einschließlich deren Qualitätskriterien aufgebaut werden, in dem die fast gleichen Institutionen vertreten sind wie im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Die zusätzliche Aufnahme der Hochschulmedizin wird im Kabinettsbeschluss festgelegt. Der neue Ausschuss soll eine Aufgabe übernehmen, die der G-BA seit fast 20 Jahren (Festlegung von Strukturrichtlinien) erfüllt. Dass die Richtlinien des G-BA wissenschaftlich fundiert sind und rechtlich Bestand haben, hat das Bundessozialgericht mehrfach (zuletzt im Jahr 2023) bestätigt. Die Träger der Gemeinsamen Selbstverwaltung sollen nur ein Beratungs- und kein aktives Gestaltungsrecht erhalten. Dies ist abzulehnen. Aus Ländersicht ist es nachvollziehbar, dass sie die Festlegung von Qualitätsvorgaben an sich ziehen wollen, weil sie darüber das Niveau der Qualitätsvorgaben und damit die Sicherstellung der Versorgung durch mögliche Ausnahmeregelungen leichter steuern können. Die Regelung ist zur Sicherstellung einer bundeseinheitlichen Versorgungsqualität jedoch abzulehnen.

Änderungsvorschlag

Die Festlegung der Leistungsgruppen sowie die daran geknüpfte Festlegung von Qualitätskriterien wird dem G-BA übertragen. Er wird damit beauftragt, vor der Fassung seiner Beschlüsse Auswirkungsanalysen für die Versorgung der Bevölkerung durchzuführen und die Ergebnisse in seine Festlegungen mit einzubeziehen.

Beabsichtigte Neuregelung

(1) Mit dieser Regelung wird die gesetzliche Grundlage dafür geschaffen, dass mit Hilfe des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) Mindestvorhaltezahlen pro Leistungsgruppe festgelegt werden. Nur, wenn ein Krankenhausstandort prognostisch die jeweilige Mindestvorhaltezahl für eine Leistungsgruppe erfüllt, die ihm von der Landesbehörde zugewiesen worden ist, besteht ein Anspruch auf Abrechnung der Leistung und somit auf den Erhalt der Vorhaltevergütung. Zwecks Förderung der Konzentration von Leistungen soll es auf Festlegung der Landesbehörde hin zu Leistungsverlagerungen zwischen verschiedenen Trägern an einem Standort kommen. Auch Standortkonzentration innerhalb eines Trägers sollen befördert werden; alles nach Festlegung der Landesbehörde mit Stellungnahmerecht des Krankenhausträgers. Dies ermöglicht, dass die Planungsbehörden die Erfüllung oder Nichterfüllung der Mindestvorhaltezahlen bei der Zuweisung von Leistungsgruppen berücksichtigen können.

(2) Das IQWiG wird beauftragt, wissenschaftlich basierte Mindestvorhaltezahlen zu empfehlen. Dabei sind auch die Wirtschaftlichkeit, der ständig verfügbare Facharztstandard und die Sicherstellung einer bedarfsgerechten flächendeckenden Versorgung zu berücksichtigen. Methodisch sollen die Mindestfallzahlen in Form von Perzentilen der gesamten Fälle eines Kalenderjahres je Leistungsgruppe gebildet werden.

(3) Das InEK wird beauftragt, die Auswirkungen (z. B. Fahrtzeiten) der Empfehlungen des IQWiG anhand der aktuell vorliegenden § 21 KHEntgG-Daten mit Blick auf die nicht erfüllenden Standorte, die geografische Verteilung und Fahrtzeiten zu untersuchen. Abschließend gibt das InEK eine Empfehlung zur Festlegung von Mindestvorhaltezahlen ab. Weiterhin wird das InEK verpflichtet, nach Festlegung der Mindestvorhaltezahlen die Landesbehörde standortbezogen über die Erfüllung bzw. Nichterfüllung zu informieren.

(4) Das BMG legt die Mindestvorhaltezahlen auf Basis der Empfehlungen des InEK und IQWiG durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats spätestens ein Jahr nach Inkrafttreten des KHVVG mit erstmaliger Wirkung zum 1.1.2027 fest.

Bewertung

Die Regelung wird begrüßt, denn Mindestvorhaltezahlen sind grundsätzlich geeignet, Gelegenheitsversorgung zu verhindern, die Qualität der Versorgung und die Patientensicherheit zu steigern. Darüber hinaus führen sie zu einer höheren Wirtschaftlichkeit. Auch hier muss die Frage gestellt werden, warum die

gemeinsame Selbstverwaltung bei der Entwicklung und Festlegung der Mindestvorhaltezahlen umgangen und diese Aufgabe nicht dem G-BA übertragen wird.

Als problematisch betrachtet der vdek aber auch die Grundausrichtung der Mindestvorhaltezahlen an der Vorhaltefinanzierung. Wenn die Regelung richtig verstanden wird, dann soll die Nichterfüllung der Mindestvorhaltezahlen vom InEK über die Absenkung des Vorhaltebudgets eines Krankenhauses durchgesetzt werden, also nur über einen indirekten Weg (vgl. § 37 Absatz 2 KHG). Es erschließt sich nicht, warum die Krankenhäuser aber grundsätzlich Anspruch auf die Vergütung der Pflegekosten und übrigen DRG haben sollen, und welcher Anreiz damit gesetzt werden soll. Mindestvorhaltezahlen sind wissenschaftlich begründet und sorgen für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit; deshalb sollte gesetzlich klargestellt werden, dass die betroffenen Leistungen an dem Krankenhausstandort nicht erbracht werden dürfen. Sobald die Mindestvorhaltezahlen nicht erfüllt werden, ist die Zuweisung dieser Leistungsgruppen nach § 6a KHG aufzuheben.

Insgesamt handelt es sich bei der Regelung von der Zielrichtung her um eine sinnvolle Regelung, sie muss allerdings noch nachgeschärft werden, damit die gewünschte Wirkung in der Praxis auch greift. Bisher mündet die Nichterfüllung lediglich in einer Kürzung des Vorhaltebudgets. Mindestmengen des G-BA beziehen sich auf konkret definierte Einzelleistungen und müssen aus diesem Grund weiterhin Bestand haben, da eine Mindestvorhaltezahl für eine ganze Leistungsgruppe gilt und diese die leistungsspezifischen Vorgaben einer Mindestmenge nicht vollständig abbilden kann.

Änderungsvorschlag

Es bedarf einer gesetzlichen Klarstellung, dass es zu einem Abrechnungsverbot der Leistungen kommt, wenn die Mindestvorhaltezahlen nicht erreicht werden und die Zuweisung der entsprechenden Leistungsgruppe an den betroffenen Krankenhausstandort von der Planungsbehörde aufgehoben werden muss.

Zu Artikel 1 Nr. 10
§ 136 (Fünftes Sozialgesetzbuch)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung wird geregelt, dass der G-BA Mindestanforderungen nur festlegen darf, wenn diese die Qualitätskriterien nach § 135e in erforderlicher Weise ergänzen und nicht im Widerspruch zu ihnen stehen.

Zudem muss der G-BA ausweislich des Kabinettsbeschlusses Bestimmungen in seinen Richtlinien gänzlich aufheben, wenn die Qualitätskriterien vergleichbare Mindestanforderungen festlegen.

Bewertung

Die Abschwächung, die mit dem Kabinettsbeschluss vorgenommen wurde, ist zu begrüßen. Dennoch bleibt das Problem, dass im G-BA wahrscheinlich intensiv mit der DKG darüber diskutiert wird, wann Bestimmungen des G-BA mit den Qualitätskriterien der Leistungsgruppen „vergleichbar“ sind.

Die Regelung ist zu streichen. Die Rechtmäßigkeit der Strukturrichtlinien des G-BA ist seit zehn Jahren höchstrichterlich bestätigt. Es gibt keinen Grund, von diesem qualitätssichernden Niveau zurückzutreten. Siehe dazu auch die Bewertung zum § 135e SGB V.

Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Zu Artikel 1 Nr. 11
§ 136c (Fünftes Sozialgesetzbuch)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (PlanQI) wird gestrichen.

Bewertung

Die gänzliche Streichung wird abgelehnt. Zwar ist es zutreffend, dass diese Regelung bislang ihre Wirkung verfehlt hat, dies lag aber an der gesetzlichen Konstruktion der Regelung. Deshalb hatten die meisten Länder die Berücksichtigung der PlanQI für ihre eigenen Krankenhauspläne ausgeschlossen. Das Instrument sollte nicht aufgegeben, sondern praxistauglich weiterentwickelt werden. Gleichzeitig sollte der G-BA den Auftrag erhalten, seine bestehenden Qualitätsinstrumente daraufhin zu überprüfen (oder durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen [IQTIG] überprüfen zu lassen), inwiefern sie eine wichtige Information für die Krankenhausplanung darstellen. Es sollte eine Übermittlungspflicht des G-BA an die Planungsbehörden der Länder bzw. der Kassen auf Landesebene (wegen der § 109 SGB V – Verträge) geben, damit diese die Ergebnisse nutzen können.

Änderungsvorschlag

Die Regelung ist aufzuheben.

Beabsichtigte Neuregelung

- a) Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Neufassung des § 275a SGB V.
- b) Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Neufassung des § 275a SGB V.
- c) Zum Zweck der Entbürokratisierung und Aufwandsreduktion werden die anlassbezogenen Kontrollen der Strukturrichtlinien des G-BA eingeschränkt auf solche mit Anforderungen an ATMP (Advanced Therapy Medicinal Products) und den Personalanforderungen der Psychiatrie und Psychosomatik.
- d) Redaktionelle Änderung.
- e) Mit dieser Regelung wird der G-BA beauftragt, in seiner MD-Qualitätskontroll-Richtlinie (MD-QK-RL) darauf zu achten, dass Prüfzeiträume, -fristen und Kommunikationswege mit anderen Prüfungen harmonisiert werden.

Bewertung

- c) Die Regelung wird abgelehnt. Die Erfüllung von Mindestanforderungen aus Strukturrichtlinien des G-BA sind nach höchstrichterlicher Rechtsprechung zwingende Voraussetzungen für die Vergütung der Krankenhausbehandlung. Allein im Jahr 2023 haben die MD im Auftrag der Krankenkassen 1.423 Qualitätskontrollen (inkl. Nachkontrollen) in Krankenhäusern durchgeführt, mit dem Ergebnis, dass in 382 Fällen die Qualitätsanforderungen als nicht erfüllt beurteilt wurden. Das entspricht einer Quote von 26,84 Prozent. Bei diesen rund 25 Prozent haben die Krankenkassen Anspruch auf Nichtvergütung der Leistung und unterstützen damit die Versorgungssicherheit ihrer Versicherten. Die Erfahrungen aus der Vergangenheit haben gezeigt, dass festgelegte Mindestanforderungen nur dann greifen und Konsequenzen haben, wenn ihre Erfüllung kontrolliert und die Nichterfüllung sanktioniert wird. Daher kann auf dieses Instrument nicht verzichtet werden.
- e) Die Regelung erscheint im Sinne der Aufwandsreduktion für alle Seiten sachgerecht.

Änderungsvorschlag

- c) Streichung der Regelung.

Zu Artikel 1 Nr. 13
§ 221 Absatz 3 (Fünftes Sozialgesetzbuch)

Beabsichtigte Neuregelung

a) cc) Es wird geregelt, dass die landwirtschaftliche Krankenkasse in den Jahren 2026 bis 2035 einen Anteil an der Finanzierung des Transformationsfonds leistet.

b) Die Regelung sieht vor, dass der Anteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse am Transformationsfonds dem Transformationsfonds zugeführt wird. Es wird das Verfahren der Festlegung und Abrechnung des Anteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse am Transformationsfonds geregelt.

Bewertung

a) und b): Der Transformationsfonds wird in seiner jetzigen Ausgestaltung in Gänze abgelehnt (siehe Bewertung zu §12b KHG und § 271 Absatz 6 SGB V).

Änderungsvorschlag

a) und b): siehe Bewertung zu § 12b KHG und § 271 Absatz 6 SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Zu a) Für die Jahre 2025 bis 2035 wird von der aktuell gültigen Obergrenze der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds von 25 Prozent einer Monatsausgabe abgewichen. In dem Zeitraum 2025 bis 2035 wird die Obergrenze der Liquiditätsreserve auf 50 Prozent einer Monatsausgabe erhöht. Ab 2036 gilt wieder die Obergrenze von 25 Prozent einer Monatsausgabe.

Zu b) Der Strukturfonds soll um ein weiteres Jahr, bis einschließlich 2025, verlängert werden. Hier wird die Finanzierung des Transformationsfonds geregelt. Der Transformationsfonds soll von 2026 bis 2035 laufen und jährlich mit bis zu fünf Milliarden Euro finanziert werden. Hierbei sollen jährlich bis zu 2,5 Milliarden Euro aus Mitteln des Gesundheitsfonds der GKV und in gleicher Höhe durch die Länder, gegebenenfalls gemeinsam mit dem Träger der zu fördernden Einrichtung, gezahlt werden. Dabei müssen die Länder mindestens 25 Prozent der Gesamtförderung aufbringen (siehe auch Bewertung zu § 12b KHG). Es werden dem Transformationsfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds bei Abruf der Länder jährlich bis zu 2,5 Milliarden Euro, abzüglich dem Anteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse, zugeführt. Falls in einem Jahr die für den Transformationsfonds vorhandenen Mittel nicht oder nicht vollständig von den Ländern abgerufen werden, stehen diese Mittel in den Folgejahren zur Verfügung und können bis spätestens zum 31. Dezember 2035 abgerufen werden.

Bewertung

Zu a) Die Änderung des § 271 SGB V Absatz 2 wird abgelehnt. Die zeitlich begrenzte Erhöhung der Obergrenze der Liquiditätsreserve wird nur eingeführt, um ausreichende Mittel in der Liquiditätsreserve für den Transformationsfonds generieren zu können. Da die Finanzierung des Transformationsfonds über Beitragssatzgelder abzulehnen ist, ist diese Änderung folgerichtig auch abzulehnen.

Zu b) In den Ländern wurden bisher nicht alle Finanzmittel für Projekte des Strukturfonds abgerufen. Insofern ist eine Verlängerung des Strukturfonds sinnvoll. Dies ist auch vor dem Hintergrund der Einführung des Transformationsfonds im Jahr 2026 nachvollziehbar, um einen „Bruch“ in der Fortführung zu vermeiden. Der Transformationsfonds wird in seiner Struktur als Strukturfonds weitergeführt.

Die Finanzierung des Transformationsfonds in seiner jetzt angedachten Form, d. h., die Finanzierung aus Beitragsgeldern des Gesundheitsfonds, ist abzulehnen. Bei der notwendigen Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft handelt es sich um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die aus Steuermitteln zu finanzieren ist. Es bestehen grundsätzliche Zweifel, ob die geplante Rege-

lung verfassungskonform ist, und somit wäre die Regelung verfassungsrechtlich anfechtbar. Nicht nachvollziehbar ist auch, weshalb die PKV nicht verbindlich an der Finanzierung beteiligt werden soll, da eine freiwillige Beteiligung der PKV an der Finanzierung nicht zu erwarten ist.

Darüber hinaus würde die Finanzierung der Transformationsfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zu einer deutlichen finanziellen Belastung der Versicherten der GKV und der Arbeitgeber führen. Da nach der Prognose des Schätzerkreises in der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds Ende 2024 nur noch 5,7 Milliarden Euro liegen und die Mindestreserve 4,7 Milliarden Euro beträgt, müssten die Mittel aus der Liquiditätsreserve für den Transformationsfonds über eine erneute Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes finanziert werden. 2,5 Milliarden Euro pro Jahr würden einer Beitragssatzerhöhung von ca. 0,15 Prozentpunkten entsprechen. Zusätzlich ist nach dem Referentenentwurf die genaue Umsetzung des Mittelzuflusses der 25 Milliarden Euro in die Liquiditätsreserve nicht geklärt. In der Erläuterung zum Referentenentwurf bringt das BMG nur an, dass die Mittel aus dem Gesundheitsfonds für den Transformationsfonds vermutlich über eine jährliche Minderung der Zuweisungen an die Krankenkassen finanziert werden muss. Diese Kürzung des RSA-Zuweisungsvolumens würde aber zu einer geringeren Deckung der Leistungsausgaben und einer Finanzierung aus den Zusatzbeitragseinnahmen über den Einkommensausgleich führen. Das würde zu einer höheren Inanspruchnahme der mitgliederbezogenen Veränderungsrate (mbV) an der Kostentragung führen. Damit würden Krankenkassen mit einem höheren Mitgliederanteil stärker zur Finanzierung des Transformationsfonds herangezogen. Falls, wie vom BMG beschrieben, die Zuweisungen nicht jährlich, sondern nach geschätztem Bedarf des Transformationsfonds gesenkt würden, könnte die hälftige Finanzierung des Transformationsfonds über den Gesundheitsfonds zu deutlichen Schwankungen des Zusatzbeitragssatzes über den Zeitraum 2026 bis 2035 führen.

Änderungsvorschlag

Zu a) Die beschriebene Änderung des § 271 SGB V Absatz 2 soll gestrichen werden, da eine Finanzierung des Transformationsfonds aus den Mitteln des Gesundheitsfonds und die daraus folgenden Regelungen abzulehnen sind.

Die neu aufgenommenen Sätze zum § 271 SGB V Absatz 6 bezüglich des Transformationsfonds sollen gestrichen werden, da der Transformationsfonds in seiner jetzigen Ausgestaltung abzulehnen ist. Es ist eine Finanzierung aus Steuermitteln erforderlich. Falls eine Finanzierung über die GKV erfolgt, muss sich die PKV zwingend und verbindlich an dem Transformationsfonds beteiligen.

Beabsichtigte Neuregelung

(1) Der MD führt in den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern standortbezogenen Prüfungen zur Überprüfung der Einhaltung von Qualitätskriterien nach § 135e, Strukturmerkmalen des Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), Qualitätsrichtlinien des G-BA und Qualitätsanforderungen der Länder durch. Die Prüfungen sollen aufwandsarm sein und in der Regel schriftlich erfolgen. Der MD soll Nachweise und Erkenntnisse aus anderen Prüfungen wechselseitig nutzen. Für die Qualitätsprüfungen hat der Medizinische Dienst eine Datenbank zu erstellen, Dokumente mit den Krankenhäusern elektronisch auszutauschen und ein Portal zur Verfügung zu stellen. Vorliegende Zertifikate und Daten aus dem Transparenzverzeichnis nach § 135d sind im Rahmen der Prüfung zu berücksichtigen. Neu im Kabinettsentwurf ist, dass der MD nur noch die „maßgeblichen“ Qualitätskriterien überprüfen soll. Es entfällt zusätzlich ein Teilsatz, der die Kontrolle der „Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser“ vorsah. Nunmehr soll nur noch die „Prüfung der Dokumentation“ erfolgen. Weggefallen ist auch der Verweis auf die StrOPS-Richtlinie des MD-Bund.

(2) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat vor der Zuweisung von Leistungsgruppen nach § 6a KHG den Medizinischen Dienst mit Prüfungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 zu beauftragen. Die erstmaligen Prüfungen sind bis 30.9.2025 zu beauftragen und vom MD bis 30.6.2026 abzuschließen. Neu im Kabinettsentwurf ist ein Satz, nach dem die beauftragenden Stellen bei Bedarf jederzeit Prüfungen zu den Qualitätskriterien der Leistungsgruppen beauftragen können, sowie die Möglichkeit, bei Unstimmigkeiten oder Unklarheiten, ein MD-Gutachten innerhalb von zwei Wochen zu korrigieren.

(3 und 4) Das Prüfergebnis wird in Form eines Gutachtens vom MD elektronisch an die Landesbehörde, die Kassen auf Landesebene, das IQTIG und das Krankenhaus übermittelt. Das Gutachten gilt maximal zwei Jahre als Nachweis. Krankenhäuser, die Qualitätskriterien mehr als einen Monat nicht einhalten, müssen den MD, die Landesbehörde und die Kassen auf Landesebene darüber informieren. Der MD wiederum informiert das IQTIG über die Nichteinhaltung. Der Absatz ist im Kabinettsentwurf neu und regelt, dass Landesbehörde bzw. Kassen im Land eine Prüfung beauftragen müssen, wenn diese erforderlich ist, um eine Aufhebung der Leistungsgruppen oder Kündigung des Versorgungsvertrags abzuwenden.

(5) Krankenhäuser, die ihrer Mitteilungspflicht nicht oder nicht rechtzeitig nachkommen, dürfen die Leistungen der Leistungsgruppe nicht mehr abrechnen, es sei denn, die Landesbehörde sieht von einer Aufhebung der Leistungsgruppe ab. Im Kabinettsentwurf entfällt der Satz, nach dem das Gutachten für längstens zwei Jahre als Nachweis gilt.

(6) Die bisher in § 275d SGB V geregelte Prüfung von Strukturmerkmalen wird in abgeänderter Form in § 275a Absatz 5 und 6 SGB V überführt. Der Absatz 5 betrifft dabei die bisher in § 275d Absatz 1, 2 und 3 geregelte reguläre Strukturprüfung. Der bisherige Wortlaut wird weitgehend übernommen, wobei nach der Neuregelung das Strukturgutachten nur noch in elektronischer, nicht mehr in schriftlicher Form erfolgen darf, und es wird eine Informationspflicht bei Nichteinhaltung der Strukturmerkmale auch an die Private Krankenversicherung ergänzt. Es bleibt im Übrigen die Trias aus Gutachten, Bescheid und Bescheinigung erhalten.

(7) Die bisher in § 275d Absatz 1a SGB V geregelte Strukturprüfung bei erstmaliger Erfüllung der Abrechnungsvoraussetzungen wird nunmehr nahezu wortgleich in § 275a Absatz 6 übernommen, insbesondere bleibt die Abrechnungsberechtigung gemäß Absatz 6 Satz 2 Nummer 1 an einen vorgelagerten Betrachtungszeitraum von drei Monaten geknüpft. Präzisiert wird, dass die Abrechnungsberechtigung gemäß Absatz 6 Satz 2 ab dem Tag der Anzeige besteht. Im Kabinettsentwurf wird die Möglichkeit der Prüfung von Strukturvoraussetzungen nicht mehr als Pflicht, sondern als Recht der Krankenhäuser formuliert. Es bleibt aber dabei, dass die Strukturprüfung Abrechnungsvoraussetzung ist.

Über die Nichterfüllung von zuvor festgestellten Strukturmerkmalen muss das Krankenhaus wie bisher binnen eines Monats Mitteilung an die Kostenträger und den Medizinischen Dienst machen.

Anders als in der geltenden Fassung von § 275d SGB V ist im geplanten Absatz 6 Satz 6 die Vereinbarungs- und Abrechnungsberechtigung der Krankenhäuser aber nicht mehr sachlich an das Vorliegen der strukturellen Voraussetzungen geknüpft, sondern formal an das Vorliegen der Bescheinigung nach Satz 3. Die Entscheidung über die Folgen der Mitteilung der Nichterfüllung, also wohl über die Einziehung der Bescheinigung, wird gemäß § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 (neu) der Richtlinienregelung durch den MD überlassen.

(8) Voraussetzung für die Durchführung einer Prüfung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 ist, dass der MD von einer Stelle beauftragt worden sein muss und sich die Prüfung nach dem konkreten Auftrag richtet.

(9) Werden Anhaltspunkte für erhebliche Qualitätsmängel gewahrt, die außerhalb des Prüfauftrags liegen, so muss der MD dies dem Krankenhaus, der Planungsbehörde sowie den Kassen auf Landesebene mitteilen.

(10) Es wird klargestellt, dass insbesondere die jeweilige für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde, das IQTIG sowie die jeweils zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen Zugang zu den in der Datenbank des Medizinischen Dienst Bund nach § 283 Absatz 5 enthaltenen standortbezogenen Daten ihres Zuständigkeitsgebiets erhalten.

Bewertung

(1) Es ist nachvollziehbar, dass es einer erfahrenen Institution bedarf, die die Erfüllung von Qualitätsvorgaben überprüft. Der Medizinische Dienst als unabhängige Körperschaft des öffentlichen Rechts ist aufgrund seiner Kompetenz sowie seiner föderalen bzw. landesbezogenen Struktur mit einer bundesweiten Abdeckung die richtige Institution dafür. Dabei sorgt der Medizinischen Dienst Bund als richtliniengebende Dachorganisation für eine bundesweit einheitliche Begutachtung. Die Vorgaben zur Nutzung einer Datenbank, der Einsatz des elektronischen Datenaustausches sowie die zur Verfügungstellung eines Portals ist im Zuge der Digitalisierung gut und richtig. Der Rückgriff auf Zertifikate ist abzulehnen, da die Aussagekraft und Qualität sehr heterogen sind. Zudem müssen Zertifikate von Krankenhäusern gekauft werden, sodass ein gewisser Fehlanreiz bei der Vergabe von Zertifikaten nicht ausgeschlossen werden kann. Warum im Kabinettsentwurf das Wort „maßgeblich“ ergänzt wird, erschließt sich nicht. Im Gegenteil kann es dazu führen, dass langwierige Diskussionen zwischen Landesbehörde, MD und Krankenhaus darüber folgen, wann denn nun ein Qualitätskriterium maßgeblich ist und wann nicht. Ob der Wegfall des Wortes „Richtigkeit“ juristisch einen Unterschied macht, kann nicht beurteilt werden. Jedenfalls wurde diese Art Prüfungen bislang ohnehin nicht durchgeführt, so dass es wahrscheinlich unkritisch ist. Der Wegfall des Verweises auf die StrOPS-Richtlinie des MD-Bund erscheint unkritisch, da in § 283 die Rechtsgrundlage für den MD-Bund zum Erlass entsprechender Richtlinien enthalten ist.

(2) Die Bedingung, eine Leistungsgruppe nur nach Prüfung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen zuzuweisen, ist richtig und wichtig für die Patientensicherheit. Qualitätsanforderungen entfalten ohne Prüf- und Sanktionsmechanismen keine Wirkung. Die Finanzierung der Medizinischen Dienste stützt sich bisher darauf, dass nahezu alle Aufträge durch die Kranken- und Pflegekassen für deren Versicherte erteilt werden. Durch die Krankenhausreform soll der Medizinische Dienste nicht unerhebliche ressourcenintensive Aufträge von den zuständigen Landesbehörden entgegennehmen. Deshalb stellt sich die Frage, ob an der bisherigen und alleinigen Finanzierung durch die Kranken-/Pflegekassen (jeweils 50 Prozent) festgehalten oder ein Beitrag durch Steuermittel geleistet werden sollte. Die durchzuführenden Qualitätsprüfungen würden ansonsten sowohl personell als auch durch die Bereitstellung entsprechender Informationstechnologie zu einer großen finanziellen Belastung für die Kranken- und Pflegekassen führen. Darüber hinaus profitieren von den Qualitätsprüfungen ebenfalls die nicht bei der GKV versicherten Personen wie Versicherte der PKV und weitere Personenkreise, die in Krankenhäusern behandelt werden.

Hinzugekommen und klargestellt ist der Umgang mit unklaren MD-Gutachten. Die beauftragenden Stellen können innerhalb von zwei Wochen den MD hinweisen, sofern Unstimmigkeiten oder Unklarheiten aufgrund des MD-Gutachtens aufkamen. Daraufhin kann der MD das Gutachten korrigieren. Dies ist praxistauglich und zu begrüßen.

(3/4) Die Regelung erscheint sachgerecht, wobei ein Nachweis über zwei Jahre sehr lang ist, abhängig davon, um was für eine Qualitätsanforderung es sich handelt. Immerhin muss der Wegfall der Erfüllung vom Krankenhaus gemeldet werden, wenn er länger als einen Monat andauert. Es droht dann die Aberkennung der Leistungsgruppe. Ausweislich der Begründung im Kabinettsentwurf soll die Neuregelung in Absatz 3 dem Zweck dienen, rechtzeitig vor Ablauf der zweijährigen Gültigkeit von Gutachten ein neues Gutachten zu veranlassen. Warum dies aber dem Ziel dienen soll, die Aufhebung abzuwenden, ist nicht nachvollziehbar. Wenn die Prüfung ergibt, dass Qualitätskriterien nicht erfüllt sind, sollte das Krankenhaus diese Leistungsgruppe auch nicht mehr anbieten.

Die Streichung in Absatz 4 ist wahrscheinlich unkritisch, da im § 6a KHG geregelt ist, dass der Nachweis über die Erfüllung der Qualitätskriterien nur mit einem Gutachten erfolgen kann, das nicht älter als zwei Jahre ist.

(5) Grundsätzlich regelt § 275a Absatz 5 Satz 6 (neu) SGB V, dass Krankenhäuser, die die strukturellen Voraussetzungen nicht erfüllen, die Leistungen nicht vereinbaren und nicht abrechnen dürfen. Allerdings setzen sich Krankenhäuser in der Praxis oftmals gegen neg. Strukturbescheide mit entsprechenden Rechtsbehelfen zur Wehr und verhindern so den Eintritt der Bestandskraft. Dies führt zu einem langwierigen Zustand der Rechtsunsicherheit, da Widerspruchs- und Gerichtsverfahren sich über Jahre erstrecken können, ohne dass der Gesetzgeber diesen rechtlichen Schwebezustand geregelt hat. Um hier Rechtsklarheit zu schaffen, ist im Sinne der Patientensicherheit eine Regelung aufzunehmen, wonach Widerspruch und Klage keine aufschiebende Wirkung haben.

(6) Die Übernahme der bestehenden Regelung mit wenigen Änderungen ist nachvollziehbar. Ausdrücklich wird begrüßt, dass unter Beibehaltung des dreimonatigen Betrachtungszeitraums nunmehr gesetzlich kargestellt wird, dass die Abrechnungsberechtigung nicht vor dem Tag der Antragstellung beginnt. Die Mitteilungspflicht der Krankenhäuser in Absatz 6 soll laut Gesetzesbegründung das gleiche Ziel haben wie die Mitteilungspflicht in Absatz 4 Satz 2. Die dortige Mitteilungspflicht korrespondiert aber mit einer konkreten Rechtsfolge, nämlich § 6a Absatz 5 KHG, wonach die zuständige Landesbehörde bei Nichterfüllung von Qualitätskriterien die Leistungsgruppenzuweisung aufzuheben hat.

Hinsichtlich der Strukturprüfung ist schon nicht nachvollziehbar, wieso die Rechtsfolgenregelung zur Mitteilung der Nichterfüllung nicht an Ort und Stelle in § 275a erfolgt. Völlig unverständlich ist, dass die Rechtsfolgenregelung gemäß § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 vollständig dem MD überlassen bleibt.

Die Kompetenz des Medizinischen Dienstes, sich für die Durchführung von medizinischen Prüfaufgaben Richtlinien zu geben, wird durch die Neuregelung unzulässig ausgeweitet auf den Erlass von Rechtsfolgen bei Nichtbeachtung gesetzlicher Vorschriften. Die Anordnung solcher Rechtsfolgen ist aber originäre Aufgabe des Gesetzgebers.

Änderungsvorschlag

In Absatz 1 Satz 5 (neu) sind die Wörter „vorliegende Zertifikate und“ zu streichen.

Abs. 5: Widerspruch und Klage haben keine aufschiebende Wirkung. Eine Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung ist nur zulässig, wenn eine Patientengefährdung ausgeschlossen ist und anderenfalls eine kritische Versorgungslücke eintreten würde.

Abs. 6 Satz 7: In den Fällen nach Satz 5 dürfen Krankenhäuser die in dem Zeitraum vom Beginn der zugrundeliegenden Nichterfüllung des Strukturmerkmals erbrachten Leistungen bis zum Vorliegen einer neuen Bescheinigung nach Satz 3 nicht abrechnen.

Zu Artikel 1 Nr. 16
§ 275c Absatz 6 (Fünftes Sozialgesetzbuch)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung in Nr. 15 a) passt in redaktioneller Hinsicht die gesetzliche Verweisung an.

Mit der Änderung in Nr. 15 b) entzieht die Neuregelung die Vorhaltevergütung der einzelfallbezogenen Überprüfung.

Bewertung

Die Änderung in Nr. 15 b) ist insofern nachvollziehbar, als sie dem pauschalen, vom tatsächlichen Behandlungsumfang losgelösten Charakter der Vorhaltevergütung Rechnung trägt. Allerdings besteht die Gefahr, dass Krankenhäuser durch gezielte DRG-Kodierung auch die Zuordnung zu einer Leistungsgruppe beeinflussen können. Mindestens im Hinblick darauf sollte eine Klarstellung des Gesetzes erfolgen, zumal gegenüber dem Referentenentwurf eine konkrete Aussage zur Umsetzung von anderweitigen Prüfergebnissen im Gesetz entfallen ist.

Änderungsvorschlag

“3. hinsichtlich der Abrechnung der Vergütung des Vorhaltbudgets nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b des Krankenhausentgeltgesetzes; Prüfergebnisse aus allen anderweitigen Prüfanlässen werden umgesetzt.”

Beabsichtigte Neuregelung

„(4) Die Medizinischen Dienste berichten dem Medizinischen Dienst Bund zweijährlich zum 1. April über

1. die Anzahl und die Ergebnisse der Begutachtungen nach § 275 und der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 3 und 4, § 275b und § 275c,
2. die Personalausstattung der Medizinischen Dienste, und
3. die Ergebnisse der systematischen Qualitätssicherung der Begutachtungen und Prüfungen der Medizinischen Dienste für die gesetzliche Krankenversicherung.

Bewertung

Es ist richtig, dass die Medizinischen Dienste dem MD Bund in regelmäßigen Abständen über die Anzahl und die Ergebnisse der Begutachtungen, die damit einhergehende Personalausstattung sowie über die Ergebnisse der systematischen Qualitätssicherung berichten. Der Abstand von zwei Jahren ist jedoch zu lang, um einen stetigen Verbesserungsprozess zu verfolgen. Die Informationen liegen den MD stetig, auf Abruf und ohne großen Ressourceneinsatz vor, so dass ein Zeitraum von einem Jahr sinnvoll wäre. Ebenfalls wäre sinnvoll, wenn die Kostenträger, also die Kranken- und Pflegekassen, ebenfalls den Bericht erhalten würden.

Änderungsvorschlag

„(4) Die Medizinischen Dienste berichten dem Medizinischen Dienst Bund und den Kranken- und Pflegekassen jährlich zum 1. April über ...“

Beabsichtigte Neuregelung

a) aa) Der MD soll eine Richtlinie sowohl bezüglich der Prüfungen der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen (§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1) als auch bezüglich der Strukturprüfungen (§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2) erlassen.

Der Medizinische Dienst soll darin auch regeln, welche Folgen eintreten, wenn Strukturmerkmale nach Mitteilung durch das Krankenhaus nicht mehr eingehalten werden.

Bewertung

Die Vorschrift dürfte so zu verstehen sein, dass für die Prüfpunkte aus § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 eine gemeinsame Richtlinie zu erstellen ist. Das ist nachvollziehbar, da für beide Prüfarten möglichst viele Synergieansätze genutzt werden sollen.

Abzulehnen ist die Aufgabe, Rechtsfolgen für die mitgeteilte Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen gleich einer Rechtsverordnung festzusetzen. Welche rechtlichen Folgen die Nichterfüllung von Strukturmerkmalen hat, ist keine medizinische Fachfrage und ist auch nicht Teil des Prüfverfahrens. Hier liegt vielmehr eine gesetzlich zu regelnde Sachlage vor.

Änderungsvorschlag

Streichung: „der Folgen, die eintreten, wenn nach § 275a Absatz 6 Satz 5 Strukturmerkmale nach Mitteilung durch das Krankenhaus nicht mehr eingehalten werden,“ bei gleichzeitiger Ergänzung § 275a, siehe dort.

Beabsichtigte Neuregelung

b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) ... Die Richtlinie hat mindestens aufgabenbezogene Richtwerte für die Aufgabengruppen der Begutachtungen von Krankenhausleistungen nach § 275c, Arbeitsunfähigkeit nach § 275 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe b sowie von Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen nach § 275 Absatz 2 Nummer 1 einzubeziehen. Sie bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.“

zu c) Der neue Absatz 5 regelt die Einführung einer zentralen Datenbank durch den Medizinischen Dienst Bund zur Veröffentlichung der Prüfergebnisse nach § 275a (Qualitätskriterien und Strukturmerkmale) für Landesbehörden, Landesverbände der Krankenkassen/Ersatzkassen, IQTIG und PKV.

Bewertung

(2a) Die Regelung ist grundsätzlich zu befürworten. Die Richtlinie sollte jedoch neben den bereits aufgeführten Aufgabengruppen ebenfalls die Überprüfung der Pflegebedürftigkeit sowie die Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen umfassen.

(5) Der Aufbau einer zentralen Datenbank durch den MD Bund wird begrüßt. Wie bereits zum § 275a angemerkt, erhält die PKV Zugriff auf die Ergebnisse der MD-Prüfungen, ohne in irgendeiner Form an den Kosten beteiligt zu werden.

Änderungsvorschlag

(2a) ... „Die Richtlinie hat mindestens aufgabenbezogene Richtwerte für die Aufgabengruppen der Begutachtungen von Krankenhausleistungen nach § 275c, Arbeitsunfähigkeit nach § 275 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe b, Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen nach § 275 Absatz 2 Nummer 1 sowie die Überprüfung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 Abs. 1 SGB XI und die Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen nach § 114 Abs. 1 ff. SGB XI einzubeziehen. ...“

Beabsichtigte Neuregelung

§ 6a Abs. 1–3

Die Länder weisen den Krankenhausstandorten Leistungsgruppen zu. Die Erfüllung der Qualitätskriterien nach § 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wird durch das Gutachten des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 2 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nachgewiesen. Bis zum Vorliegen des Gutachtens zum Abschluss der erstmaligen Prüfung nach § 275a Absatz 2 Satz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch kann die Erfüllung der Qualitätskriterien, deren Prüfung bereits beauftragt wurde, durch eine Selbsteinschätzung des Krankenhauses nachgewiesen werden. Das Krankenhaus hat die Erfüllung der Qualitätskriterien in der Selbsteinschätzung zu begründen.

§ 6a Abs. 4

Im Benehmen mit den Krankenkassen kann das Land in Ausnahmefällen einem Krankenhaus auch dann Leistungsgruppen zuweisen, wenn das Krankenhaus die Qualitätskriterien nicht erfüllt. Zulässig ist dies nur, wenn die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gefährdet wäre. Eine solche ist gegeben, wenn ein anderes Krankenhaus, dem die jeweilige Leistungsgruppe zugewiesen ist, innerhalb von festgelegten PKW-Fahrtzeitminuten nicht erreichbar ist. Die ausnahmsweise Zuweisung der Leistungsgruppe ist mit der Auflage verbunden, die Qualitätskriterien innerhalb von höchstens 3 Jahren zu erfüllen. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann sich vor der Erteilung dieser Auflage durch den Medizinischen Dienst beraten lassen.

§ 6a Abs. 5

Eine Zuweisung der Leistungsgruppe ist aufzuheben, wenn ein Krankenhaus aus dem Plan herausgenommen wird oder die Qualitätsanforderungen nicht mehr erfüllt.

§ 6a Abs. 6–7

Die Regelung enthält Vorgaben, welche Unterlagen die Planungsbehörde dem InEK zum Zweck der Ermittlung der Vorhaltevergütung nach § 37 sowie dem IQTiG zu übermitteln hat.

Bewertung

§ 6a Abs. 1–3

Die Vorgabe, dass Leistungsgruppen künftig im Rahmen der Krankenhausplanung das führende Kriterium werden sollen, wird ausdrücklich begrüßt. Wichtig ist, dass die Qualitätsanforderungen nicht politischen, sondern qualitativen Aspekten folgen. Bis zum Vorliegen eines Gutachtens des Medizinischen Dienstes können Krankenhäuser eine Selbsteinschätzung durchführen. Diese Selbsteinschätzung des Krankenhauses unterläuft eine konsequente bundeseinheitliche

Umsetzung der Qualitätskriterien und ist weitestgehend zu vermeiden. Gleichzeitig muss der Medizinische Dienst in die Lage versetzt werden, die ihm übertragenen Aufgaben (nach § 275 a) in der vorgegebenen Zeit sicherzustellen.

§ 6a Abs. 4

Eine solche Regelung sollte im Einvernehmen mit den Krankenkassen erfolgen, um sicherzustellen, dass die (Flächen)Länder die Regelung nur im Einzelfall nutzen, sowie auch die Möglichkeiten, um die Krankenhausstrukturen qualitäts- und bedarfsorientiert weiterzuentwickeln. Darüber hinaus erscheint Abs. 2 Nr. 2 problematisch. Eine stärkere Differenzierung der PKW-Fahrzeitminuten je Leistungsgruppen analog dem Vorschlag des GKV-SV sollte angewandt werden.

Der MD wird je zur Hälfte von den Kranken- und Pflegekassen per Umlage finanziert. Deshalb ist politisch strategisch zu überlegen, ob die hinzugekommene Beratungsleistung durch die Landesbehörde finanziert werden sollte. Details siehe in der Bewertung zu § 275a (2).

§ 6a Abs. 5 und 6-7

Die Regelung ist nachvollziehbar.

Änderungsvorschlag

§ 6a Abs. 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 auch Leistungsgruppen ... zuweisen, ...”

§ 6a Abs. 4 Satz 3 Nr. 2 wird gestrichen.

Beabsichtigte Neuregelung

§ 6b

Die Planungsbehörde kann Kliniken künftig im Benehmen mit den Krankenkassen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zuweisen. Das Nähere zu den Aufgaben regeln die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2.

§ 6c

(1) Im Benehmen mit den Krankenkassen im Bundesland bestimmt die Krankenhausplanungsbehörde die Krankenhäuser, die zu sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (SÜVE) werden sollen. Das können auch erstmals in den Krankenhausplan aufgenommene Krankenhäuser sein.

(2) Landesaufsichtsbehörden müssen SÜVE an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen zwecks Darstellung im Transparenzregister innerhalb von vier Wochen nach Bestimmung zum SÜVE melden.

Bewertung

§ 6b

Die Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sollte im Einvernehmen (nicht nur Benehmen) mit der GKV erfolgen.

§ 6c

(1) Die Einführung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen zielt darauf ab, bestehenden Krankenhäusern die Perspektive zur Umorientierung weg von der stationären Leistungserbringung und hin zu ambulanten und pflegerischen Leistungen zu bieten, um Standorte zu erhalten. Die Möglichkeit solcher Umwidmungen sollte sich grundsätzlich auf dünn besiedelte – ländliche oder strukturschwache – Regionen mit geringer Versorgungsdichte und daraus resultierenden weiten Entfernungen zum nächsten Krankenhaus bzw. zur nächsten Fachärztin oder zum nächsten Facharzt beschränken. Daher kommen vorwiegend nur Krankenhäuser in „ländlichen Regionen“ gemäß der vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung definierten Raumordnungsregionen für die Bestimmung als SÜVE in Frage. Neben der Betrachtung der Raumordnungsregionen sollten die Versorgungsdichte (d. h. Krankenhaus- und Fachärztdichte), Einwohnerdichte und Entfernung betrachtet werden. Durch diese Faktoren lässt sich die Notwendigkeit nach SÜVE überprüfen. Der Erhalt von unrentablen Krankenhäusern in Ballungsgebieten, in denen Doppelstrukturen im Sinne einer Überversorgung existieren, ist abzulehnen. Die Bestimmung von Einrichtungen als SÜVE, die bislang nicht als Krankenhäuser in den Krankenhausplan aufgenommen waren und erstmalig aufgenommen werden sollen, verschärft den Wettbewerb um knappe Fachkräfte und trägt nicht zu einer Entlastung des bestehenden Systems bei.

(2) Folgeänderung des mit dem Krankenhaustransparenzgesetz eingeführten § 135d Absatz 1 SGB V.

Änderungsvorschlag

§ 6b

Abs. 1 S. 1: "...zuständige Landesbehörde kann einem Krankenhaus ... im **Einvernehmen** mit den Landesverbänden der Krankenkassen..."

§ 6c

Abs. 1 S. 1: „...zuständige Landesbehörde kann Standorte von Krankenhäusern im **Einvernehmen** mit den Landesverbänden der Krankenkassen...“

Abs. 1 S. 2: Streichen. Einfügen von zwei weiteren Sätzen:

“Die Bestimmung von Standorten von Krankenhäusern als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung nach Satz 1 setzt voraus, dass sich der Standort in einer ländlichen Region gemäß der vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung definierten Raumordnungsregionen befindet. Als weitere Kriterien sind die Krankenhausdichte, die Fachärztdichte und die Einwohnerdichte zu berücksichtigen.”

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung wird ein sog. Transformationsfonds zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung eingefügt. Er soll von 2026 bis 2035 laufen und jährlich mit fünf Milliarden Euro finanziert werden. Hierbei sollen jährlich 2,5 Milliarden Euro aus Mitteln des Gesundheitsfonds der GKV und in gleicher Höhe durch die Länder, gegebenenfalls gemeinsam mit dem Träger der zu fördernden Einrichtung, gezahlt werden. Dabei müssen die Länder mindestens 25 Prozent der Gesamtförderung aufbringen. Die einzelnen Aspekte der Ausgestaltung entsprechen dem bisherigen Krankenhausstrukturfonds.

Bewertung

Die Finanzierung des Transformationsfonds in seiner jetzt angedachten Form, d. h., die Finanzierung aus Beitragsgeldern des Gesundheitsfonds ist abzulehnen. Bei der notwendigen Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft handelt es sich um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die aus Steuermitteln zu finanzieren ist. Es bestehen grundsätzliche Zweifel, ob die geplante Regelung verfassungskonform ist. Nicht nachvollziehbar ist auch, weshalb die PKV nicht verbindlich an der Finanzierung beteiligt werden soll, da eine freiwillige Beteiligung der PKV an der Finanzierung nicht zu erwarten ist. Die Förderkriterien müssen gesetzlich eindeutig auf die Konzentration, Umwandlung oder Schließung von Fachabteilungen begrenzt werden, damit der Fonds seine Wirkung nicht verfehlt. Es sollte auch festgelegt werden, dass nur bedarfsnotwendige Krankenhäuser eine Förderung erhalten, so dass die finanziellen Mittel aus dem Fonds zielgerichtet eingesetzt werden. Ebenso müssen die Länder und die Kostenträger ein Initiativrecht erhalten, um die Förderungen an den entsprechenden Standorten nutzen zu können, ohne dass alleine die Träger Mittel beantragen können.

Änderungsvorschlag

§ 12b ist in seiner jetzigen Form aufzuheben. Hier ist eine Finanzierung aus Steuermitteln notwendig. Andernfalls wäre zumindest die PKV verbindlich zu beteiligen, die Förderkriterien auf Konzentration, Umwandlung oder Schließung von Fachabteilungen zu begrenzen und ein Initiativrecht für die Länder und Kostenträger zu etablieren.

Beabsichtigte Neuregelung

Die bisher in § 275c SGB V geregelte Einzelfallprüfung soll durch eine Stichprobenprüfung ersetzt werden. Um dies zu erreichen, wird der MD Bund mit der Erstellung eines „Konzeptes für eine Stichprobenprüfung“ bis 28.2.2026 beauftragt, unter dessen Beachtung sodann der GKV-Spitzenverband und die DKG „eine Stichprobenprüfung vereinbaren“ sollen. Kommt diese Vereinbarung nicht vollständig bis zum 30.6.2026 zustande, soll innerhalb von weiteren sechs Wochen eine Festsetzung durch die Schiedsstelle erfolgen. Im Gegensatz zum Referentenentwurf ist nun eine klare Abgrenzung des Inkrafttretens der Neuregelungen für Aufnahmen ab 1.1.2027 erfolgt.

Methodik, Verfahren und Umfang der Stichprobenprüfung inklusive der Hochrechnung der Ergebnisse bleiben der Festlegung durch die Beteiligten des Verfahrens überlassen, ebenso wie der Umgang mit Beanstandungen und deren finanziellem Ausgleich, Fristenregelungen und Dokumentationspflichten.

Bewertung

Die Gleichsetzung von Stichprobenprüfung mit Entbürokratisierung durch die politischen Akteure auf Bundes- und Landesebene ist in fachlicher Hinsicht falsch. Die Gewährleistung einer zielgerichteten, verwertbaren Grundgesamtheit von Prüffällen in Verbindung mit Hochrechnungen führt weder bei den Krankenhäusern noch bei den MD zu einer Arbeitsentlastung. Im Gegenteil ist stattdessen von einem sehr hohen Streitpotenzial aufgrund der geplanten Hochrechnungen auszugehen. Das in § 17c Absatz 1 Satz 2 KHG gesetzlich geregelte Prüfrecht der Krankenkassen wird durch die beabsichtigte Neuregelung bis zur Funktionslosigkeit ausgehöhlt. Angesichts des immensen Umsatzvolumens im stationären Bereich ist im Interesse der Beitragszahler aber ein Kostenkontrollinstrument unabdingbar. Eine Stichprobenprüfung kann dies nicht leisten. Bei verblindeter Auswahl der Prüffälle würde zwangsläufig eine große Zahl offensichtlich korrekter Abrechnungen das Prüfverfahren belasten, während erkennbar falsche Abrechnungen zu dulden und zu begleichen wären. An die Stelle einer prüfquotenbedingt ohnehin eingeschränkten Kostenkontrolle träte ein unwirtschaftliches, nicht effektives Verfahren mit allenfalls statistischem Erkenntnisgewinn.

Neben der Beschränkung auf eine Stichprobenprüfung an sich, ist auch das Ansinnen vehement abzulehnen, das bestehende Regelwerk der Abrechnungsprüfung (z. B. Prüfverfahrensvereinbarung, elektronische Übermittlungsvereinbarungen) vollständig zugunsten einer neuen Vereinbarung zu verwerfen, für die der Gesetzesentwurf nur vage Vorgaben machen kann. Dies ist höchst unwirtschaftlich vor dem Hintergrund des immensen und mühsamen Aufwandes, mit dem gerade erst die Vorgaben des seit 2020 geltenden „MDK-Reformgesetzes“ umgesetzt werden mussten, und verursacht kurz- wie langfristig erheblichen

bürokratischen Zusatzaufwand. Das bestehende Regelwerk der Abrechnungsprüfung im Kontext des komplexen Anreizsystems im stationären Sektor hat erst jetzt einen ausgereiften und für alle Beteiligten handhabbaren Stand erreicht. Dafür waren erheblicher Personal- und Zeitaufwand und die umfangreiche Einbeziehung der Sozialgerichtsbarkeit erforderlich. Mittlerweile sind die meisten Rechtsfragen geklärt, und es sind die technischen Verfahren entwickelt. Es darf ausgeschlossen werden, dass ein vollkommen neu zu konzipierendes Verfahren die auf diesem Weg gewonnene Rechtssicherheit und Praktikabilität auch nur ansatzweise wieder aufgreifen können.

Die Gesetzesbegründung geht davon aus, dass durch die Vorhaltevergütung bereits ein hinreichend hoher Anteil der Fallvergütung unabhängig vom Umfang der Inanspruchnahme der Krankenhausleistung erreicht sei und die Anreize zur Mengensteigerung reduziert würden. Dem ist zu widersprechen. Abgesehen davon, dass selbst bei einem variablen Erlösanteil von nur noch rund 40 Prozent die Beitragszahler immer noch ein erhebliches Kostenrisiko trifft, verkennt die Gesetzesbegründung auch den bestehenden Wirkzusammenhang zwischen angesteuerter rDRG und daraus resultierender Zuordnung des Falles zu einer Leistungsgruppe. Die Einzelfallabrechnung hat damit Einfluss auf das Erreichen von Mindestfallzahlen und auf die Entwicklung des 20-Prozent-Korridors der Vorhaltepauschale. Es erscheint daher völlig verfehlt, wenn durch die beabsichtigte Neuregelung die gezielte Einzelfallprüfung insgesamt verhindert wird.

Aktuell erfolgt durch die Einzelfallprüfung eine enge fachliche Auseinandersetzung zu den Grenzen der Kodierung von Diagnosen und Prozeduren zwischen Kostenträgern und Krankenhäusern, ebenso im Schlichtungsausschuss Bund und durch die Sozialgerichtsbarkeit. Die mittelbaren Folgen einer Stichprobenregelung dürften verheerend sein. Durch die weitreichende Entkoppelung des Prüfgeschehens vom Rechnungsausgleich sinken die Transparenz der Abrechnungsdaten und die Qualität der medizinischen Kodierung, was direkte Auswirkungen auf die wissenschaftliche Verwendbarkeit der Daten und die Weiterentwicklung des Gesamtsystems (Vorhaltefinanzierung, Qualitätsmerkmale, Morbi-RSA, Klinik-Atlas, etc.) haben wird.

Änderungsvorschlag

Mit Ausnahme der Änderung e (275d => 275a Absatz 1) sind jegliche Änderungen des § 17c KHG zu streichen.

Beabsichtigte Neuregelung

§ 37 regelt die Aufträge an das InEK im Zusammenhang mit der Ermittlung der Vorhaltevergütung. Das InEK ermittelt bis 30.11.2026 das Vorhaltevolumen 2027 je Bundesland anhand der Fälle der Daten nach § 21 KHEntgG aus 2025 (gewichtet mit den Vorhaltebewertungsrelationen des Katalogs 2027). Das Vorhaltevolumen im Land wird anhand des Anteils an den Vorhaltebewertungsrelationen auf die Leistungsgruppen aufgeteilt. Das Vorhaltevolumen in der Leistungsgruppe im Land wird auf die Krankenhausstandorte verteilt, die vom Land die Zuweisung der Leistungsgruppe erhalten haben. Der Anteil eines Krankenhausstandorts wird anhand der Vorhaltebewertungsrelationen bestimmt, die sich aus der Planfallzahl oder Ist-Fallzahl aus der Zuweisung des Landes ergeben. Eine Neuermittlung des Vorhaltevolumens ist nach zwei Jahren vorgesehen, danach alle drei Jahre. Dabei wird eine Änderung der Ist-Fallzahl nur berücksichtigt, wenn die Abweichung mehr als 20 Prozent im Vergleich zur vorangegangenen Ermittlung beträgt (20-Prozent-Korridor). Änderungen bei der Planfallzahl oder beim Vorhalte-Casemixindex werden hingegen immer berücksichtigt.

§ 38 regelt die Aufträge an das InEK im Zusammenhang mit Zuschlägen zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken.

Bewertung

Das Verfahren zur Ermittlung der Vorhaltevergütung durch das InEK ist einerseits nachvollziehbar und sachgerecht. Andererseits ist es sehr aufwändig. Die angedachte Vorhaltefinanzierung rechtfertigt nur dann den enormen Aufwand, wenn in den Ballungsgebieten und den Regionen mit Verstärkungsansätzen ein Konzentrations- und Spezialisierungsprozess in Gang gesetzt wird. Derzeit ist ungewiss, ob dieser Prozess von den Ländern tatsächlich unterstützt und aktiv umgesetzt wird. Geänderte Mehr- oder Mindererlösausgleiche können die gleichen Wirkungen in Bezug auf die Entökonomisierung des DRG-Systems entfalten, d. h., eine medizinisch nicht induzierte Mengenausweitung verhindern, wenn die Strukturbereinigung der Krankenhausversorgungsstrukturen von den Ländern nicht aktiv umgesetzt wird. Da das Vorhaltevolumen 2027 anhand der Fälle des Jahres 2025 ermittelt wird, besteht bis 2025 ein erheblicher Anreiz zur Steigerung der stationären Fallzahl. Anschließend besteht hingegen ein Anreiz, die Leistungen innerhalb des 20-Prozent-Korridors zurückzufahren, sofern zur Ermittlung des Vorhaltevolumens der Krankenhausstandorte im Land die Ist-Fallzahlen herangezogen werden. Die Anreizwirkung trägt zu einem Ausgabenanstieg der GKV bei und hemmt die Ambulantisierung bis 2025. Anschließend können Krankenhäuser Leistungen innerhalb des 20-Prozent-Korridors reduzieren oder ambulant erbringen, aber trotzdem das volle Vorhaltebudget für die stationäre Leistungserbringung erhalten. Dies führt zu einem weiteren Fehleinsatz von Beitragsgeldern.

Mit den Zuschlägen nach § 38 und § 39 werden Beitragsgelder ohne die Vorgaben von Qualitätskriterien mit der Gießkanne verteilt, so dass sich hieraus keine gezielten Versorgungsverbesserungen erreichen lassen. Beispielsweise hat sich bislang gezeigt, dass die Fördermittel für die Geburtshilfe an Kliniken verteilt wurden, die hohe Kaiserschnittraten oder Geburtenfallzahlen in einem bedenklich niedrigen Niveau hatten.

Änderungsvorschlag

§ 38 wird gestrichen.

Zu Artikel 2 Nr. 16
§§ 39 und 40 (Krankenhausfinanzierungsgesetz)

Beabsichtigte Neuregelung

§ 39

§ 39 legt Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin fest.

§ 40

BfArM und InEK werden beauftragt, erstmals bis zum 30.04.2025, onkochirurgische Leistungen sowie onkochirurgische Indikationsbereiche zu definieren. Die Deutsche Krebsgesellschaft ist zu beteiligen. Bis zum 31.05.2025 sollen diejenigen Krankenhausstandorte identifiziert werden, die die wenigsten Fälle mit onkochirurgischen Leistungen und zusammen 15 Prozent dieser Fälle aller Krankenhausstandorte in einem onkochirurgischen Indikationsbereich aufweisen (15. Perzentil). Diesen Standorten wird ab 2027 die Abrechnung bestimmter Entgelte bei Fällen, bei denen onkochirurgische Leistungen erbracht wurden, untersagt (siehe § 8 KHEntgG). Das InEK analysiert in den Jahren 2027 bis 2031 die Auswirkungen der Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von chirurgischen Leistungen im Zusammenhang mit einer onkologischen Diagnose auf die Versorgung und gibt Empfehlungen zur Weiterentwicklung.

Bewertung

§ 39

Mit den Zuschlägen nach § 38 und § 39 werden Beitragsgelder ohne die Vorgaben von Qualitätskriterien mit der Gießkanne verteilt, so dass sich hieraus keine gezielten Versorgungsverbesserungen erreichen lassen. Beispielsweise hat sich bislang gezeigt, dass die Fördermittel für die Geburtshilfe an Kliniken verteilt wurden, die hohe Kaiserschnittraten oder Geburtenfallzahlen in einem bedenklich niedrigen Niveau hatten.

§40

Die Regelung dient der Unterstützung von Konzentrationsbemühungen und Verbesserungen der Qualität im Bereich der Onkologie und ist daher zu begrüßen. Die Erfahrungen aus dem Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft und Vorgaben des G-BA zeigen die hohe Bedeutung von Mindestvorgaben in der Onkologie. Unterstrichen wurde dies auch durch die Ergebnisse in der fünften Empfehlung der Regierungskommission (Verbesserung von Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung Potenzialanalyse anhand exemplarischer Erkrankungen). In der Empfehlung wurde veranschaulicht, dass eine Behandlung in einem von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Zentrum mit einem relativen Vorteil im Gesamtüberleben zwischen 3 Prozent (Lungenkarzinom) und 23 Prozent (Brustkrebs) verbunden ist. Eine Begründung für die Festlegung des 15. Perzentils als Untergrenze fehlt jedoch und sollte ergänzt werden.

Änderungsvorschlag

§ 39

§ 38 und § 39 werden gestrichen.

§40

In der Gesetzesbegründung sollte eine Begründung für das 15. Perzentil als Untergrenze eingefügt werden.

Beabsichtigte Neuregelung

a) Die Zuschläge für die Krankenhäuser auf der Liste der bedarfsnotwendigen ländlichen Krankenhäuser werden um 25 Prozent erhöht.

b), c) Die mit dem KHPfIEG eingeführten Zuschläge für die Geburtshilfe werden bis 2026 verlängert.

d)

Abs. 3j: Es wird die Abrechnung der Zuschläge für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben (siehe § 6a Abs. 5 und § 38 Abs. 1 KHG) geregelt.

Abs. 3k: Die mit dem KHPfIEG eingeführten Zuschläge für die Pädiatrie werden bis 2026 verlängert.

Abs. 3l: Es wird die Abrechnung der Zuschläge für die Pädiatrie bei Besonderen Einrichtungen ab 2027 geregelt.

Abs. 3m: Es wird die Abrechnung der Zuschläge für die spezielle Vorhaltung von Unikliniken (siehe § 38 Abs. 2 KHG) geregelt.

Bewertung

a) Bei den bedarfsnotwendigen ländlichen Krankenhäusern werden bereits finanzielle Mittel pauschal in Höhe von ca. 67 Mio. Euro an Sicherstellungshäuser verteilt – ohne Nachweis eines Defizits und/oder zweckentsprechender Mittelverwendung. Eine Erhöhung dieser Zuschläge parallel zur Einführung einer Vorhaltevergütung wird daher nicht für notwendig gehalten. Durch die Vorhaltevergütung hätten diese Zuschläge vollkommen entfallen müssen. Hinzu kommt, dass die Sicherstellungskandidaten die QS-Vorgaben unbefristet nicht erfüllen können und damit der Erhalt der Vorhaltevergütung bereits gesichert ist.

b), c) Für die Zuschläge werden jährlich 120 Millionen Euro nach dem Königs-teiner Schlüssel auf die Länder verteilt. Die Länder verteilen der Mittel auf die Standorte im jeweiligen Land. Durch diesen Mechanismus ist nicht sichergestellt, dass das Geld die richtigen Krankenhäuser erreicht, z. B. die Krankenhäuser mit einer Fachabteilung und Mindestanzahl an Geburten. Vielmehr handelt es sich um eine Förderung mit der Gießkanne, wobei die bevölkerungsstarken Bundesländer wie NRW und Bayern weitaus mehr erhalten als die Bundesländer mit vielen ländlichen Regionen. Da die Mittel 2027 in die Vorhaltebudgets überführt werden, ist eine Verlängerung der Zuschläge bis 2026 einerseits nachvollziehbar; andererseits wird das Verteilen von Beitragsgeldern mit der Gießkanne – ohne Mitspracherecht der Kostenträger – nach wie vor abgelehnt.

d)

Absatz 3j: Es handelt sich um eine Folgeregelung der §§ 6a Absatz 5 und 38 Absatz 1 KHG, mit der nachvollziehbarerweise ein Abrechnungsweg für die Zuschläge für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben festgelegt wird. Unklar ist, warum die Kassen neben den regulären Vorhaltebudgets und den Zentrumszuschlägen sowie den Zuschlägen für die spezielle Vorhaltung von Unikliniken weitere Zuschläge für die Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zahlen sollen.

Abs. 3k: Die mit dem KHPfIEG eingeführten Zuschläge für die Pädiatrie in Höhe von jährlich 300 Millionen Euro werden bis 2026 verlängert. Anschließend werden sie in die Vorhaltebudgets überführt. Mit den Zuschlägen werden die Mehrausgaben für die GKV verstetigt.

Abs. 3l: Es wird die Abrechnung der Zuschläge für die Pädiatrie bei Besonderen Einrichtungen ab 2027 geregelt, da die Besonderen Einrichtungen keine Vorhaltebudgets erhalten.

Abs. 3m: Es wird die Abrechnung der Zuschläge für die spezielle Vorhaltung von Unikliniken (siehe § 38 Absatz 2 KHG) geregelt. Nicht nachvollziehbar ist, warum die Unikliniken neben den Vorhaltebudgets, den Zentrumszuschlägen und den Zuschlägen für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben einen weiteren zusätzlichen Zuschlag erhalten sollen.

Änderungsvorschlag

Die Regelungen der Zuschlagsfinanzierung sind zu streichen.

Beabsichtigte Neuregelung

§ 6b regelt die Vergütung eines Vorhaltebudgets. Unter anderem kann ein Krankenhaus, wenn das Vorhaltebudget im ersten oder zweiten Quartal eines Jahres um mindestens 10 Prozent unterschritten wird, ohne Vereinbarung und Genehmigung einen Zuschlag von 10 Prozent anfordern. Zudem darf das Krankenhaus bis zum 28.2. des Folgejahres ohne Beteiligung der Kostenträger die Genehmigung eines vorläufigen Erlösausgleich für das Vorhaltebudget beantragen.

§ 6c regelt die Vergütung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen. § 6c Abs. 1: Die Ortsebene vereinbart für die vom Bundesland zugeordneten voll- und teilstationären Leistungen das Nähere zur Vergütung eines finanziellen Gesamtvolumens. Mit dem Kabinettsentwurf erfolgt im Satz 2 eine Konkretisierung der durch die Ortsebene zu vereinbarenden Inhalte. Die im Satz 3 enthaltenen Vorgaben zur Vergütungsverhandlung auf Ortsebene fanden sich im Referentenentwurf im (gestrichenen) Absatz 6.

§ 6c Abs. 2: Vorgaben zur Ermittlung des Gesamtvolumens. Dazu zählen Regelungen zu den Pflegepersonalkosten.

§ 6c Abs. 3: Vorgaben zu Überliegern und Tatbeständen, die ein Überschreiten des um den Veränderungswert veränderten Gesamtvolumen begründen.

§ 6c Abs. 4: Vorgaben zur Abrechnung.

§ 6c Abs. 5: Vorgaben zum Umgang mit Mehr- und Mindererlösen.

§ 6c Abs. 6: Bei wesentlichen Gründen kann eine Vertragspartei im laufenden Jahr die Anpassung des vereinbarten Erlösbetrags verlangen.

§ 6c Abs. 7: Vorgaben zur Laufzeit von krankenhausesindividuellen Tagesentgelten.

Bewertung

§ 6b

Die angedachte Vergütung der Vorhaltebudgets verfolgt den Gedanken, die Vorhaltevergütung über ein leistungsgruppen- und landesbezogenes Vorhaltebudget nur für Krankenhäuser vorzusehen, die bundeseinheitliche Qualitätskriterien erfüllen. Damit soll ein Konzentrations- und Spezialisierungsprozess in der Krankenhauslandschaft ausgelöst werden, der zu begrüßen wäre. Dazu müssen die Länder den Versorgungsauftrag durch die Zuweisung von Leistungsgruppen, verbunden mit der Erfüllung der Qualitätskriterien, aktiv konkretisieren. Allerdings können die Länder dies durch die Anwendung zahlreicher Ausnahmeregelungen unterlaufen. Ohne eine aktive Krankenhausplanung

der Länder, die mit Konzentration und Spezialisierung einhergehen muss, kann die geplante Vorhaltevergütung ihre Wirkung nicht entfalten, bzw. eine auskömmliche Finanzierung der bedarfsnotwendigen Krankenhäuser nicht gewährleisten.

Die Ermittlung des Erlösausgleichs durch das Krankenhaus sollte nicht schon zum 28.2. des Folgejahres erfolgen, sondern zwei Monate später zum 30.04. des Folgejahres. Zu letzterem Zeitpunkt liegt der Jahresabschluss des Krankenhauses vor, und der Ausgleichsbetrag kann auf einer deutlich besseren Datengrundlage ermittelt werden.

§ 6c

Die degressiven Tagesentgelte sollen krankenhausesindividuell durch die Ortsebene vereinbart werden. Die Vergütungsregelung erscheint nur dann sinnvoll, wenn sich die Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen vorrangig auf Krankenhäuser in Regionen mit einer geringen Versorgungsdichte und daraus resultierenden weiten Entfernungen zum nächsten Krankenhaus bzw. zur nächsten Fachärztin oder zum nächsten Facharzt beschränkt. Durch die angedachte Vergütungsregelung werden diese Krankenhäuser – ggf. zu höheren Kosten als bisher – auch weiterhin betrieben werden können. Der Erhalt von unrentablen Krankenhäusern in Ballungsgebieten, in denen Doppelstrukturen im Sinne einer Überversorgung existieren, ist hingegen abzulehnen. Bezogen auf diese Regionen birgt die Regelung deutliche unsachgemäße Ausgabenrisiken für die Krankenkassen, die zu einer weiteren Belastung der Beitragszahlenden führen.

Die örtlichen Vergütungsverhandlungen sind zudem verwaltungsaufwändig und beinhalten ein erhebliches Potenzial an künftigen Ausgabensteigerungen der Krankenkassen.

Änderungsvorschlag

In § 6b Abs. 5 Satz 2 wird die Angabe "28. Februar" durch "30. April" ersetzt.

§ 6c: Die Regelungen sollten sich nur auf sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen in ländlichen oder strukturschwachen Regionen beziehen.

Beabsichtigte Neuregelung

a) § 9 Absatz 1 Nummer 10: Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren die Kalkulation, Abrechnungsbestimmungen für krankenhausesindividuelle Tagesentgelte, Einzelheiten zur Verhandlung des Gesamtbetrags der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen und vorläufige Tagesentgelte.

b) Die Notfall-Zuschläge werden ab 2027 um 33 Millionen Euro jährlich erhöht.

c) Ab 2025 soll der volle Orientierungswert als Veränderungswert angewendet werden.

Bewertung

a) § 9 Absatz 1 Nummer 10: Zu begrüßen ist die Ausgestaltung der Einzelheiten der Verhandlung des Gesamtvolumens und weiterer Vorgaben für die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen durch die Bundesebene. Fraglich ist, ob die Vereinbarung umfassender Vorgaben für diesen neu geschaffenen Bereich innerhalb von nur drei Monaten zeitlich möglich ist. Die degressiven Tagesentgelte sollen krankenhausesindividuell durch die Ortsebene vereinbart werden. Die Vergütungsregelung erscheint nur dann sinnvoll, wenn sich die Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen auf Krankenhäuser in dünn besiedelten – ländlichen oder strukturschwachen – Regionen mit einer geringen Krankenhausesdichte und daraus resultierenden weiten Entfernungen zum nächsten Krankenhaus beschränkt. Zur Minimierung des bürokratischen Aufwands wäre eine Übernahme der durch die Bundesebene festgelegten Tagesentgelte in allen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen begrüßenswert, insbesondere, wenn daran festgehalten wird, dass Krankenhäuser auch in überversorgten Ballungsgebieten in sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen umgewandelt werden können. Durch die Festlegung bundeseinheitlicher Tagesentgelte könnte zudem die Belastung der Beitragszahlenden minimiert werden.

b) Vor dem Hintergrund der Einführung der Vorhaltebudgets ist gesetzlich sicherzustellen, dass es zu keiner Doppelfinanzierung kommt.

c) Die Anwendung des vollen Orientierungswerts führt bei der GKV zu massiven Ausgabensteigerungen. Zudem besteht die Gefahr der Doppelfinanzierung im Zusammenhang mit der vollständigen Tarifierfinanzierung.

Änderungsvorschlag

a) § 9 Abs. 1 Nr. 10:

„10. Innerhalb von sechs Monaten nach Zustandekommen der Vereinbarung oder Festlegung nach § 115g Absatz 3...“

b) Die Regelung ist zu streichen.

c) Die Regelung ist zu streichen.

Beabsichtigte Neuregelung

- a) Ist eine wichtige Folgeänderung der Einführung der Vorhaltevergütung.
- b) Ab 2024 sollen die Tarifierhöhungen für alle Berufsgruppen vollständig und frühzeitig refinanziert werden. Dazu wird auf Bundesebene zeitnah nach Vorliegen der Tarifabschlüsse die Tarifraten vereinbart und die Landesbasisfallwerte werden – erhöht um die Tarifraten – neu vereinbart.
- c) Ab 2025 soll der volle Orientierungswert als Veränderungswert angewendet werden (siehe § 10 Absatz 5 KHEntgG).
- d) Das Statistische Bundesamt kann vom BMG ermächtigt werden, die für den Orientierungswert zu erhebenden Daten festzulegen.
- e) Die Anwendung des vollen Orientierungswerts soll für den Landesbasisfallwert 2025 gelten.

Bewertung

- a) Durch die Einführung der Vorhaltebudgets sinkt die Summe der Bewertungsrelationen des DRG-Bereichs. Dies darf nicht als Katalogeffekt bei der Verhandlung der Landesbasisfallwerte gelten. Somit ist die Regelung sehr zu begrüßen. Es sollte ergänzt werden, dass die Regelung auch für die Einführung und Ergänzung der Hybrid-DRG gilt.
- b) Die vollständige Tarifrefinanzierung birgt die Gefahr, dass Tarifabschlüsse zukünftig an die Kassen durchgereicht werden und zu großen Ausgabensteigerungen führen.
- c) Die Anwendung des vollen Orientierungswerts führt bei der GKV zu massiven Ausgabensteigerungen. Zudem besteht die Gefahr der Doppelfinanzierung im Zusammenhang mit der vollständigen Tarifrefinanzierung (siehe § 10 Absatz 5 KHEntgG).
- d) Die Ermächtigung des Statistischen Bundesamtes ist nachvollziehbar, da dort die Berechnung des Orientierungswerts festgelegt wird.
- e) Es handelt sich um eine Folgeänderung der Anwendung des vollen Orientierungswerts (siehe § 10 Abs. 5 KHEntgG), da die Regelung bereits für den Landesbasisfallwert 2025 gelten soll.

Änderungsvorschlag

- a) In Absatz 4 Satz 4 werden nach „§ 6b“ die Wörter „und der Einführung und Weiterentwicklung der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V“ eingefügt.

- b) Die Regelung ist zu streichen.
- c) Die Regelung ist zu streichen.
- d) Keiner.
- e) Die Regelung ist zu streichen.

Beabsichtigte Neuregelung

a) Durch die erhöhende Berücksichtigung um 75 Prozent der vereinbarten Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen statt bislang um 55 Prozent soll künftig die vollständige Tarifrefinanzierung für alle Beschäftigtengruppen auch im Bereich der BPfIV umgesetzt werden.

b) Statt die Berücksichtigung für Tarifierhöhungen im nächstmöglichen Budgetjahr umzusetzen, kann das Krankenhaus für den Rest des laufenden Kalenderjahres 75 Prozent der Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen auf den Basisentgeltwert aufschlagen. Mit dem Kabinettsentwurf wird hierzu ein konkretes Berechnungsschema zur unterjährigen Anpassung des Basisentgeltwerts vorgegeben.

Bewertung

a) Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der in § 10 Absatz 5 Satz 2 KHEntgG geregelten vollständigen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen in somatischen Krankenhäusern. Die vollständige Tarifrefinanzierung birgt die Gefahr, dass Tarifabschlüsse zukünftig an die Krankenkassen durchgereicht werden und zu großen Ausgabensteigerungen und erhöhten Beitragssätzen führen. Es handelt sich um eine Umverteilung von Einkommen von Beitragszahlenden – auch niedriger Einkommensgruppen – hin zum Krankenhauspersonal. Die Maßnahme erscheint daher auch unter sozialen Gesichtspunkten fragwürdig.

Zudem würde die vollständige Refinanzierung im Bereich der BPfIV auch vereinbarte Stellen umfassen, die vom Krankenhaus aufgrund fehlender Fachkräfte oder zweckfremder Mittelverwendung nicht umgesetzt wurden. Daher sollte eine Regelung ergänzt werden, nach der nicht zweckentsprechend eingesetzte Budgetmittel für Personal zurückzuzahlen sind.

b) Laut Gesetzesbegründung handelt es sich um eine Folgeänderung zu den Regelungen in den §§ 6 Absatz 3 und 10 Absatz 5 KHEntgG zur Einführung einer frühzeitigen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen noch im laufenden Kalenderjahr, um eine gleichberechtigte Behandlung gegenüber somatischen Krankenhäusern zu bewirken. Jedoch sieht § 10 Absatz 5 Satz 8 KHEntgG vor, dass auf Verlangen einer Vertragspartei während des laufenden Kalenderjahres eine Anpassung des Basisfallwerts neu zu vereinbaren ist. Im Bereich der BPfIV erachtet der Gesetzgeber hingegen eine Vereinbarung nicht als erforderlich. Stattdessen legen Krankenhäuser eigenmächtig unterjährig angepasste Basisentgeltwerte fest, über deren Berechnung kein Austausch mit den Krankenkassen erfolgen soll und die auch nicht von den zuständigen Landesbehörden genehmigt werden müssen. Es handelt sich somit um eine Besserstellung der Krankenhäuser nach BPfIV im Vergleich zu somatischen Krankenhäusern. Das mit dem Kabinettsentwurf eingefügte Berechnungsschema zur unterjährigen

Anpassung des Basisentgeltwerts kann den Effekt höchstens abmildern. Gleichwohl ist auch eine unterjährige Neuvereinbarung des Basisentgeltwerts im Bereich der BpflV unpraktikabel, da die Verhandlungen mit jedem Krankenhaus einzeln geführt werden müssen.

Änderungsvorschlag

a) Streichung der Regelung.

b) Streichung der Regelung.

Zu Artikel 4 Nr. 4

§ 9 Absatz 1 Nummer 5 (Bundespfllegesatzverordnung)

Beabsichtigte Neuregelung

Ab 2025 soll der volle Orientierungswert als Veränderungswert angewendet werden (Folgeänderung zu den Anpassungen der somatischen Krankenhäuser im § 10 Absatz 5 KHEntgG).

Bewertung

Die Anwendung des vollen Orientierungswerts führt bei der GKV zu massiven Ausgabensteigerungen. Zudem besteht die Gefahr der Doppelfinanzierung im Zusammenhang mit der vollständigen Tariffinanzierung. Sofern keine Streichung der Regelung möglich ist, sollte analog der Regelung zum Landesbasisfallwert sichergestellt werden, dass die Doppelfinanzierung korrigiert wird.

Änderungsvorschlag

Die Regelung ist zu streichen.

Zu Artikel 4 Nr. 5
§ 11 (Bundespfllegesatzverordnung)

Beabsichtigte Neuregelung

a) Redaktionelle Folgeänderung der Änderungen der Abrechnungsprüfungen.

b) Die Vertragsparteien auf Ortsebene werden verpflichtet, das Budget für 2025 unter Berücksichtigung des Veränderungswerts, der auf der Grundlage des vollen Orientierungswerts neu vereinbart worden ist, neu zu vereinbaren.

Bewertung

a) Redaktionelle Folgeänderung der Änderungen der Abrechnungsprüfungen.

b) Laut Gesetzesbegründung wird beabsichtigt, zu gewährleisten, dass der volle Orientierungswert bereits in 2025 für Krankenhäuser nach BPfIV finanzwirksam wird. Zwar geht der Gesetzgeber in seiner Begründung davon aus, dass der Vereinbarungsaufwand gering ist, da gegenüber der ursprünglichen Vereinbarung lediglich der neu vereinbarte Veränderungswert als neue Obergrenze für den Anstieg gegenüber dem Vorjahr zu berücksichtigen sei. Jedoch bleibt die Möglichkeit bestehen, dass die Regelung für Nachverhandlungen genutzt wird und weitere Tatbestände in die Verhandlungen eingebracht werden. Der Abschluss frühzeitiger Budgetvereinbarungen für 2025 bereits in 2024 wird daher unattraktiv, da Verhandlungen ggf. doppelt geführt werden müssen. Zudem besteht der Bedarf an der Regelung nicht, da bereits § 11 Absatz 6 Satz 1 Nummer 6 BPfIV in der derzeit geltenden Fassung vorsieht, dass bis zum 30.9.2025 für den Vereinbarungszeitraum 2025 Budgetverhandlungen aufgenommen werden.

Änderungsvorschlag

a) Keiner.

b) Streichen.

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
--