

Stellungnahme zum KHAG

Name des Verbandes: AOK-Bundesverband

Datum: 18.08.2025

Vorbemerkungen des AOK-Bundesverbands

Ziel des vorliegenden Referentenentwurfs zum Krankenhausreformatpassungsgesetz (KHAG) muss es sein, die Umsetzbarkeit der Krankenhausreform zu gewährleisten. Die im Referentenentwurf des KHAG enthaltenen Änderungen, unter anderem bloße Anpassungen des Reformzeitplans, gehen dabei nicht weit genug und beseitigen die bestehenden Konstruktionsfehler nicht. Ganz im Gegenteil werden weitere Ausnahmeregelungen bei den Qualitätsvorgaben vorgesehen und die Erreichbarkeitsvorgaben gestrichen.

Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes sind diese Änderungen abzulehnen, weil sie zu einer weiteren Verwässerung der Versorgungsqualität und des Patientenschutzes führen. Zudem beinhalten sie die Gefahr, dass die Planungen im Zuge der Reform nicht mit dem Zielbild von bedarfsge-rechten und effizienten Strukturen vollzogen und Qualitätsmängel sich dadurch verstetigen werden. Auch mit Blick auf den vorherrschenden Fachkräftemangel muss eine Zentralisierung der Krankenhausversorgung weiterhin das Ziel sein, die durch weitergehende Ausnahmeregelungen nicht ausgehebelt werden darf.

Vielmehr sollte das KHAG echte Nachbesserungen an der Krankenhausreform voranbringen. An erster Stelle steht die Einführung einer bedarfs-orientierten und fallzahlunabhängigen Vorhaltefinanzierung auf der Basis von Planfallzahlen. Die Verschiebung der Vorhaltefinanzierung um ein Jahr sollte daher genutzt werden, um ein wissenschaftliches Bedarfsbemessungsinstrument zu entwickeln. Nach der Einführungsphase sollte unmittelbar ein Umstieg in ein bedarfsorientiertes System erfolgen. Entscheidend ist, dass Planung und Finanzierung zeitnah zusammenlaufen. Das aktuell vorgesehene System auf Basis von Ist-Fallzahlen birgt dabei zu viele Fehlanreize. Durch die Verteilung der Vorhaltefinanzierung auf der Basis der Ist-Fallzahlen und der vorgesehenen Regelungen von Fallzahl-Korridoren wird es vermehrt ökonomisch motivierte Behandlungsentscheidungen geben. Dies vor allem deshalb, weil eine Fallzahl von knapp über 80 % bzw. über 120 % des Fallzahlkorridors die Leistungserbringung für das Krankenhaus wirtschaftlich optimiert. Bei Krankenhausträgern mit mehreren Standorten wird eine entsprechende Patientensteuerung vor allem zu erwarten sein.

Neben der Vorhaltefinanzierung sollten die grundsätzlichen Webfehler bei der Ausgestaltung der Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen behoben werden. Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes muss auf eine verpflichtende Vorhaltung von stationären Leistungen verzichtet werden. Der Fokus sollte vielmehr auf ambulanter Behandlung mit Übernachtungsmöglichkeit bestehen. Der AOK-Bundesverband schlägt eine Ausgestaltung der Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen vor, bei der das Kernelement die medizinisch-pflegerische Versorgung ist. Diese kann, bei entsprechendem regionalen Bedarf, um weitere Komponenten der ambulanten Versorgung oder gegebenenfalls auch durch eine rein pflegerisch-therapeutische Versorgung ergänzt werden.

Neben diesen grundlegenden Änderungen am System sollten mit dem KHAG vordergründig Anpassungen vorgenommen werden, mit denen die Umsetzung der Krankenhausreform rechtssicher erfolgen kann. So ist zu gewährleisten, dass Versorgungsaufträge durch die Länder verbindlich vergeben werden können. Der Ausschluss von Gelegenheitsversorgung über Instrumente, wie die im Rahmen der Krankenhausreform vorgesehenen Mindestvorhaltezahlen und onkochirurgischen Versorgungsvorgaben (sofern eingeführt), sollte demnach schon vor der Vergabe der Versorgungsaufträge Berücksichtigung finden.

Als Alternative zu den Mindestvorhaltezahlen könnte eine Mindestgröße bei der Verteilung eines Versorgungsauftrags festgelegt werden. Damit könnte die Anzahl der zu vergebenden Versorgungsaufträge pro Planungsregion rechtssicher erfolgen. Wichtig ist, dass Mindestvorhaltezahlen nicht in Konkurrenz zu beispielsweise den Mindestmengenregelungen des G-BA stehen.

Die onkochirurgische Versorgungsvorgabe (§ 40 KHG) wird in der jetzigen Form abgelehnt. Stattdessen sollte ein wissenschaftlicher Ansatz gewählt werden. Hierzu empfehlen wir die Zertifizierungskriterien der Deutschen Krebsgesellschaft für die Auswahl geeigneter Leistungserbringer (Umsetzung der Ergebnisse der WiZen-Studie). Darüber hinaus sollten für die wesentlichen Tumorentitäten jeweils eigene Leistungsgruppen definiert werden, die dann eigenständig geplant werden können. Damit würden die Mindestvorhaltezahlen, sofern eingeführt, auch für diese Leistungsgruppen gelten.

Aktuell festzustellen ist zudem eine Divergenz zwischen den Versorgungsaufträgen über Leistungsgruppen und dem InEK-Grouper. Dabei müssen Leistungsgruppenplanung durch die Landesbehörden und die Grouper-Weiterentwicklung durch das InEK Hand in Hand gehen. Damit Planung und Finanzierung tatsächlich zusammenlaufen können, ist es unerlässlich, über eine bundeseinheitliche Planungssprache zu verfügen und diese algorithmisch im InEK-Grouper zu hinterlegen. Solange das Verhältnis zwischen den Inhalten von Versorgungsaufträgen und Ergebnissen des InEK-Groupers nicht ausreichend geklärt ist, ist die eindeutige Zuordnung aller Fälle zu exakt einer Leistungsgruppe in der Versorgungsrealität manipulationsanfällig. Für Krankenhäuser besteht ein Anreiz, Fälle in eine gewünschte Leistungsgruppe, zum Beispiel zur Erreichung der Mindestvorhaltezahlen oder um die Neukalkulation des Vorhaltebudgets zu erzwingen, gezielt zu steuern.

Die Sonderregelung für NRW wird abgelehnt. Ziel der Krankenhausreform ist unter anderem die Schaffung bundesweit einheitlicher Strukturen im Hinblick auf die Leistungsgruppen, die dazugehörigen Leistungsgruppensdefinitionen und Qualitätskriterien. Die Komplexität des Systems wächst zudem stark an, was sich an der notwendigen alternativen Methodik zur Zuweisung der Vorhaltefinanzierung für die Spezielle Traumatologie zeigt. Die Krankenhausreform in NRW wurde als lernendes System konzipiert, sodass die Ergänzung einer weiteren Leistungsgruppe und die Teilnahme an den weiteren bundeseinheitlichen Regelungen (MD-Beauftragung etc.) dem nicht widerspricht. Ein Festhalten an den jetzigen Strukturen bis 2030 ist nicht zielführend.

Um die Umsetzung der Krankenhausreform somit zu gewährleisten, hat sie sich auf die zentralen Ziele zu konzentrieren: Die Einführung einer bundeseinheitlich, differenzierten Krankenhausplanung über bundeseinheitlich definierte Leistungsgruppen und Fallzuordnungen, die zugleich und

verbindlich Basis für den InEK-Grouper sind; darüber hinaus die Einführung einer fallzahlunabhängigen und bedarfsorientierten Vorhaltefinanzierung auf der Basis von Planfallzahlen sowie eine zukunfts feste Ausgestaltung der Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen. In Anbetracht der Verschiebung des Reformzeitplans um ein Jahr sollte die Zeit genutzt werden, um inhaltliche Konkretisierungen und Nachbesserungen an diesen Regelungen vorzunehmen.

Positiv hervorzuheben ist die Umstellung der Finanzierung des Transformationsfonds aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität statt aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Finanzierung der Anpassung der Strukturen in der Krankenhausversorgung gehört zur Daseinsvorsorge und ist somit zwingend vom Staat und damit aus Steuermitteln zu finanzieren. Der Referentenentwurf stellt die Finanzierung des Transformationsfonds somit erstmals auf eine verfassungsrechtlich konforme Grundlage und geht einen Schritt in die richtige Richtung zur Entlastung der gesetzlichen Krankenkassen von versicherungsfremden Leistungen und zur Vermeidung einer nicht hinnehmbaren weiteren Belastung der Beitragszahlerinnen und -zahler.

Weiterhin hervorzuheben und mit Blick auf deren regionale Expertise beizubehalten ist das Einvernehmen mit den Landesverbänden der Kranken- und Ersatzkassen bei Förderanträgen. Die Strukturmaßnahmen, welche im Zuge der Krankenhausreform erfolgen, werden langfristige Auswirkungen auf die Versorgungsqualität, Patientensicherheit und Effizienz der Versorgung sowie auf die Attraktivität des Arbeitsplatzes Krankenhaus haben. Durch das Einvernehmen wird sichergestellt, dass die Modernisierung der Versorgungsstrukturen gelingt und diese gleichzeitig zu einer spürbaren Entlastung der GKV-Finzen und Verbesserung der Zukunftsfähigkeit der Krankenhausstandorte führt. Somit ist auch vor dem Hintergrund der aktuellen Finanzlage der GKV das Einvernehmen mit den Landesverbänden der Kranken- und Ersatzkassen zielführend und sinnvoll.

Diese Stellungnahme enthält, über die Bewertungen der einzelnen Regelungen des KHAG hinaus, verschiedene Vorschläge als ergänzenden Änderungsbedarf (Seite 31 ff). Hervorzuheben sind hier insbesondere:

- Regelungsvorschläge für eine bedarfsorientierte Vorhaltefinanzierung,
- Regelungsvorschläge zur Ausgestaltung der Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen mit Schwerpunkt auf ambulante Versorgung mit Übernachtungsmöglichkeit,
- Streichung bzw. Ersatz der onkochirurgischen Versorgungsvorgaben (§ 40 KHG),
- Anpassungen zum ambulanten Operieren und zu der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG, § 115f SGB V),
- Vorschläge zur Festsetzung des Orientierungswertes und Streichung der „Meistbegünstigungsklausel“,
- sowie Vorschläge zur kurzfristigen Anpassung des Pflegebudgets.

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
1	§ 109	Anpassung der Ausnahme für den Abschluss eines Versorgungsvertrags trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien	Nr. 1 a: Kein Änderungsbedarf. Nr. 1 b: Es wird unter anderem bei der Ausnahmeregelung der Bezug zu verbindlichen bundesweiten Erreichbarkeitsregelungen gestrichen. Ein Prüfauftrag, ob Qualitätskriterien mit Kooperationen erreicht werden, wird den Krankenkassen aufgetragen und in deren Ermessen gestellt. Das Vorgehen gemäß § 6a KHG für Plankrankenhäuser wird für Krankenhäuser mit Vertrag nach § 109 SGB V nachgezogen. Genau wie die Regelung zu § 6a KHG ist sie auch hier abzulehnen. Siehe dazu auch die Bewertung zu § 6a KHG.
2	§ 135d	– Streichung Übergangsregelung in § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V zur Veröffentlichung von Leistungsgruppen im Bundes-Klinik-Atlas – Folgeanpassung aufgrund der Streichung der LG Notfallmedizin	Nr. 2, a, aa: Kein Änderungsbedarf. Nr. 2, a, bb: Es handelt sich um eine Folgeänderung. Nr. 2, b, aa und bb: Es handelt sich um Folgeänderungen wegen der Streichung der LG Notfallmedizin.
3	§ 135e	– Streichung Frist Erlass und Inkrafttreten LG-RVO – finanzielle und organisatorische Unterstützung der Patientenvertretung im Leistungsgruppen-Ausschuss – Vereinheitlichung Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern – Sonderregelung für Tages- und Nachtkliniken (Erfüllung zeitlicher Vorgaben nur zu jew. Betriebszeiten) – Vollzeitäquivalent: Anpassung anrechenbare Stundenanzahl von 40 auf 38,5 – Anpassung Berücksichtigung Belegärzte (voller vertragsärztlicher Versorgungsauftrag)	Nr. 3, a: Es handelt sich um die Streichung der Termine zur LG-Rechtsverordnung. Kein Änderungsbedarf. Nr. 3, b: Es handelt sich um eine Konkretisierung der Umsetzung und Finanzierung der Patientenbeteiligung am LGA und eine Klarstellung zur Finanzierung der Geschäftsstelle. Kein Änderungsbedarf. Nr. 3, c, aa: Die Anwendung der in Anlage 1 genannten Bedingungen für Fachkrankenhäuser wird gestrichen. Somit werden die Voraussetzungen, Leistungen durch Kooperationen zu erbringen, erleichtert. Zudem gibt es eine Ergänzung zu den zeitlichen Vorgaben in Tages-/ Nachtkliniken, dass diese nur zu Betriebszeiten eingehalten werden müssen.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		– Streichung eines Verweises (entfallen)	Die Streichung der Vorgaben für Fachkliniken zur Erfüllung der Mindestanforderungen macht die Erfüllung der Mindestkriterien für Fachkliniken einfacher und willkürlicher, das ist abzulehnen. Der Einschränkung zur Notwendigkeit der Erfüllung der zeitlichen Vorgaben für Tages-/Nachtkliniken zu Betriebszeiten kann gefolgt werden. Nr. 3, c, bb: Das Vollzeitstellenäquivalent wird von 40 auf 38,5 Wochenstunden reduziert. Belegärzte mit vollen vertragsärztlichen Versorgungsauftrag werden einem Vollzeitäquivalent gleichgestellt. Kein Änderungsbedarf. Nr. 3, c, cc: Der Verweis auf § 6a KHG wird gestrichen. Damit soll es künftig im alleinigen Beurteilungsspielraum der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde liegen, unter welchen Voraussetzungen die Erfüllung von Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist. Die Reduzierung der Vorgaben mit Erweiterungen der Ausnahmeregelungen und möglicherweise Unterstützung von willkürlichen Entscheidungen der Länder ohne bundesweite Kriterien ist abzulehnen. Nr. 3, c, dd: Es handelt sich um eine Folgeregelung wegen der Streichung der LG Notfallmedizin. Kein Änderungsbedarf.
4	§ 135f	– Folgeänderung zur Änderung von § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V (Streichung Übergangsregelung) – Anpassung Geltung MVHZ auch für LG, die nach § 6a KHG als zugewiesen gelten – Folgeanpassung Fristen	Nr. 4, a: Es handelt sich um eine Folgeänderung. Kein Änderungsbedarf. Nr. 4, b: Es handelt sich um eine Klarstellung. Diese wird begrüßt. Kein Änderungsbedarf.

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Nr. 4, c, aa: Es handelt sich um eine Klarstellung. Diese wird begrüßt. Kein Änderungsbedarf. Nr. 4, c, bb: Es handelt sich um eine Folgeänderung, dass die Rechtsverordnung des BMG zur Festlegung der Mindestvorhaltezahlen bis Ende 2026 statt bis Ende 2025 erlassen wird. Kein Änderungsbedarf. Zu den Mindestvorhaltezahlen sind Anpassungsvorschläge im ergänzenden Änderungsbedarf dieser Stellungnahme enthalten.
5	§ 136a	Verweisanpassung hebammengeleitete Kreißsäle	Nr. 5: Es handelt sich um eine rechtstechnische Klarstellung damit auch hebammengeleitete Kreißsäle die Förderung nach § 39 Absatz 2 KHG erhalten können. Kein Änderungsbedarf.
6	§ 136c	Spezialisierung Onkochirurgie: Abweichung von gesetzlich vorgegebener Prozentzahl für bestimmte Indikationsbereiche durch G-BA-Beschluss	Nr. 6, a: Dem G-BA wird ermöglicht, die 15 %-Untergrenze als Vorgabe im Rahmen onkochirurgischer Leistungen gemäß § 40 KHG weiter zu reduzieren, sofern dies zur Aufrechterhaltung einer patienten- und bedarfsgerechten flächendeckenden Versorgung mit onkochirurgischen Leistungen zwingend erforderlich ist. Hiermit soll vermieden werden, dass Leistungserbringer nicht undifferenziert von onkologischen Leistungsbereichen ausgeschlossen werden, wenn diese zum Beispiel durch die Mindestmengen-Regelung (MM-R) des G-BA bereits in erheblichem Maße konzentriert sind. Die Regelung wird zu diesem Zeitpunkt grundsätzlich abgelehnt, § 40 KHG sollte gestrichen werden. Die Umsetzung der WiZen-Ergebnisse durch den G-BA wird stattdessen gefordert (siehe ergänzender Regelungsbedarf zu § 136b SGB V).

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Nr. 6, b: Es handelt sich um eine Folgeänderung nach Einführung des Absatzes 2 (neu). Kein Änderungsbedarf.
7	§ 221	Streichung LKK-Anteil an der Finanzierung des Transformationsfonds	Da die Mittel zur Finanzierung des Krankenhaus-Transformationsfonds nach § 12b Absatz 1 KHG dem Gesundheitsfonds nun aus Mitteln des Bundes zu Verfügung gestellt werden, müssen auch keine spezifischen Regelungen für die LKK mehr getroffen werden. Die Anpassung ist folgerichtig.
8	§ 271	– Anpassung von Mindestreserve und Obergrenze der Liquiditätsreserve im Gesundheitsfonds – Berücksichtigung der Ausgaben für den Einkommensausgleich bei der Berechnung der Mindestreserve und der Obergrenze ab 2027 – Redaktionelle Anpassungen aufgrund § 12b Absatz 1 KHG	Nr. 8 a: Die Anhebung der Mindestreserve des Gesundheitsfonds von 20 % einer Monatsausgabe auf 22,5 % ist aus systemischer Sicht nachvollziehbar: Der Gesundheitsfonds hätte im Jahr 2025 ohne Bundesdarlehen unterjährig nicht über ausreichend Liquidität verfügt, um die monatlichen Zuweisungstranchen fristgerecht an die Krankenkassen zu überweisen. Die sich daraus ergebenden späten Auszahlungstermine haben die Liquiditäts- und Anlagenplanung der Krankenkassen erschwert. Darüber hinaus war zu erwarten, dass die Mindestreserve des Gesundheitsfonds Ende 2025 – ohne die in der Haushaltsplanung des Bundes vorgesehenen Bundesdarlehen und zusätzlichen Bundeszuschüsse – unterschritten würde und die fehlenden Mittel durch die Krankenkassen zulasten der Zuweisungen im Jahr 2026 wieder aufgefüllt werden müssten. Bei Überschreitung der Obergrenze der Liquiditätsreserve werden die überschießenden Mittel im Folgejahr entnommen und den Krankenkassen als Zuweisungen zugeführt. Dieser Wert wurde durch das KHVVG von 25 % auf 50 % angehoben, um Mittel für die Finanzierung des Krankenhaus-transformationsfonds vorzuhalten. Da dieser nun aus Bundesmitteln finanziert wird, ist die Wiederabsenkung der Obergrenze folgerichtig. Für den genauen Wert von 30 % einer Monatsausgabe werden in der Begründung des Referentenentwurfs keine sachlichen Punkte zur Herleitung genannt („22,5 % sind drei Viertel von 30 %“). Der AOK-Bundesverband geht davon aus, dass der Wert rechnerisch so festgelegt wurde, dass nicht bereits

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			im Jahr 2026 eine automatische Mittelüberführung in die Einnahmen des Gesundheitsfonds im Folgejahr nach Satz 6 stattfindet. Bei der Berechnung der Unter- und der Obergrenze der Liquiditätsreserve als bestimmter Anteil einer Monatsausgabe des Gesundheitsfonds sollen ab 2027 auch die Aufwendungen für den Einkommensausgleich berücksichtigt werden. Bislang werden für die Monatsausgabe nur die fixierten Zuweisungen an die Krankenkassen im Sinne von § 242a Absatz 1 SGB V herangezogen. Durch das zusätzliche Einrechnen der Aufwendungen für den Einkommensausgleich erhöht sich die Monatsausgabe des Gesundheitsfonds und damit auch der Absolutwert für die Unter- und Obergrenze der Liquiditätsreserve. In den vergangenen Jahren haben sich die Einnahmen des Gesundheitsfonds aus Zusatzbeiträgen und die Auszahlungen an die Krankenkassen nicht immer gegenseitig kompensiert. Dies wird umso wahrscheinlicher, je größer die Spanne der Zusatzbeitragssätze zwischen den Krankenkassen mit unterschiedlichem Niveau der beitragspflichtigen Einkommen ihrer Mitglieder ausfällt. Da diese Spanne im Jahr 2025 besonders groß ist, wird ein besonders hohes Defizit im Einkommensausgleich auf der Seite des Gesundheitsfonds (- 600 Mio. bis - 1.000 Mio. EUR) erwartet. In Bezug auf das Ziel des Gesetzgebers, mehr Liquidität im Gesundheitsfonds vorzuhalten, ist es daher folgerichtig, die Aufwendungen für den Einkommensausgleich bei der Berechnung der Unter- und Obergrenze der Liquiditätsreserve zu berücksichtigen. Auch wenn die Anpassungen der Mindestreserve und der Obergrenze nach § 271 SGB V zur Verbesserung der Liquiditätsausstattung aus Sicht des Gesundheitsfonds nachvollziehbar sind, stellen die erhöhten Absolutwerte dieser Grenze aus Sicht von Krankenkassen höhere Anforderungen dar: Die Festlegung der Obergrenze auf 30 % (vormals 25 %) und die Berücksichtigung der Aufwendungen für den Einkommensausgleich vermindern die Chance, dass den Krankenkassen überfließende Mittel der Liquiditätsreserve im Folgejahr als Zuweisungen zugutekommen. Gleichzeitig

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			erhöhen die Anhebung der Mindestreserve auf 22,5 % und das Einrechnen des Einkommensausgleich das Risiko, dass dieser höhere Wert unterschritten wird und Zuweisungen an die Krankenkassen im Folgejahr um den fehlenden Betrag gekürzt werden. Daran ändern auch der „schrittweise Aufbau“ nach Satz 5 nichts. Die Unter- und Obergrenze der Liquiditätsreserve sind daher in regelmäßigen Abständen zu überprüfen, um zu vermeiden, dass der Gesundheitsfonds unnötig Geldmittel zulasten der Fondszuweisungen und damit auch zulasten der Beitragszahlenden bindet. Nr. 8 b: Da die Mittel zur Finanzierung des Krankenhaus-Transformationsfonds nach § 12b Absatz 1 KHG dem Gesundheitsfonds nun aus Mitteln des Bundes zu Verfügung gestellt werden, können auch die betreffenden Passagen entfallen. Die Anpassung ist folgerichtig. Zur Übertragung nicht beantragter Mittel aus dem Krankenhaus-Strukturfonds in den Krankenhaus-Transformationsfonds findet sich ein Regelungsvorschlag im ergänzenden Änderungsbedarf dieser Stellungnahme.
9	§ 275a	– Streichung eines Satzes zur Prüfung der PpUGV – Anpassung Fristen für LG-Prüfaufträge an MD und Abschluss – Strukturprüfung: Korrektur der Bezeichnung des Verfahrens	Nr. 9 a: Die Streichung des Absatzes 1 Satz 8 bzgl. der Prüfung der PpUGV wird abgelehnt (siehe auch Anlage 1 (Artikel 1 Nr. 13)). Die PpUG sollten weiterhin als Qualitätskriterium geprüft werden, gegebenenfalls sind Vereinfachungen in der Prüfung der PpUG vorzunehmen. Nr. 9 b, aa und bb: Die Anpassung der Fristen für LG-Prüfaufträge erscheint folgerichtig. Nr. 9 c, d: Kein Änderungsbedarf. Nr. 9 e: Kein Änderungsbedarf.

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
10	§ 278	Streichung Fehlverweis für Berichte MD an MD Bund	Es handelt sich um eine Streichung eines Fehlverweises. Kein Änderungsbedarf.
11	§ 283	Regelungen zur einheitlichen digitalen Umsetzung von Richtlinien durch MD Bund	Die Vereinheitlichung und Förderung digitaler Prozess wird begrüßt. Kein Änderungsbedarf.
12	§ 427	Anpassung des Datums zur Vorlage des ersten Evaluierungsberichts	Eine frühzeitige Evaluation wird zwar begrüßt. Bei einer ersten Evaluation bereits bis Ende 2027 ist vor dem Hintergrund der Verschiebung der Einführung der Vorhaltefinanzierung um ein Jahr jedoch zu hinterfragen, ob aus diesen noch nicht sonderlich belastbaren Ergebnissen vorläufige Schlüsse und Anpassungen gezogen werden. Neben der Einführung der Vorhaltefinanzierung werden auch andere Fristen, wie die Einführung von Mindestvorhaltezahlen, um ein Jahr verschoben. Letztere werden nun erst bis Ende 2026 festgelegt. Daher erscheint weiterhin eine erstmalige Evaluation bis Ende 2028 angezeigt. Änderungsvorschlag: Keine Änderungen in § 427. Die Angabe 31. Dezember 2028 bleibt bestehen.
13	Anlage 1	Austausch Anlage 1 mit folgenden Anpassungen: – Folgeanpassungen zur Vereinheitlichung Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern – Streichung Verweis auf Einbeziehung Erfüllung PpUGV – Redaktionelle Anpassung Verweise und Daten G-BA Richtlinien – LG 1 Anpassung Mindestanforderungen Endoskopie – LG 2 Anpassung Qualitätskriterien Versorgung Kinder und Jugendliche – Streichung der LG 3	Es braucht eine bundeseinheitliche Planungssprache. Voraussetzung hierfür ist, dass es eine bundeseinheitliche Definition von Leistungsgruppen, ihrer Qualitätskriterien und Fallzuordnungen gibt. Damit letztendlich der planerische Versorgungsauftrag mit einem entsprechenden Leistungsge-schehen einhergeht, muss der InEK-Grouper die bundeseinheitliche Leistungsgruppensdefinition abbilden, dies ist aktuell nicht gegeben. Wenn dies nicht geändert wird, werden Planung und Finanzierung auseinanderfallen, was den Zielen der Krankenhausreform widerspricht. Die Sonderregelungen für Fachkrankenhäuser zu Kooperationen sowie der Verweis auf Fachkrankenhäuser, die nicht der Versorgungsstufe „Le-

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		- LG 6 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 7 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 10 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 11 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 12 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 14 Anpassung bei der personellen Ausstattung - Streichung der LG 16 - LG 19 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 20 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 24 Anpassung bei der personellen Ausstattung - LG 27 Anpassungen der sachlichen Ausstattung sowie eines Verweises in den sonstigen Struktur- und Prozessvoraussetzungen - LG 29 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 31 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 32 Anpassung bei Erbringung verwandter LG sowie bei der personellen Ausstattung - LG 33 Anpassung bei Erbringung verwandter LG sowie bei der personellen Ausstattung	vel F“ zugeordnet wurden, werden in den jeweils relevanten LG gestrichen. Die Streichung der besonderen Regelungen für Kooperationen von Fachkrankenhäusern in vielen LGs wird abgelehnt; siehe § 135e. Die Streichung des Verweises auf die PpUGV in vielen LGs führt nur zu einer geringfügigen Entlastung beim Prüfaufwand der Medizinischen Dienste, wenn der Nachweis über die Erfüllung der PpUGV als Prüfkriterium wegfällt. Der Aspekt Bürokratiereduzierung greift daher nicht. Die Begründung, die Vorgaben seien gemäß PpUGV verbindlich und somit einzuhalten, bedeutet nicht, dass sie real auch erfüllt werden. PpUGs sind auch in pflegesensitiven Bereichen seit 2019 verbindlich, werden aber immer noch, trotz Sanktionen, in 15 % aller Schichten nicht erfüllt. Ohne Kontrolle und damit Sanktionen läuft die grundsätzliche Vorgabe ins Leere. Im Folgenden werden weitere Änderungen vorgenommen. Diese beruhen zum Teil auf Empfehlungen des Leistungsgruppenausschusses und erscheinen insgesamt plausibel bzw. lassen keine negativen systemweiten Auswirkungen vermuten: - LG Infektiologie, LG Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie, LG Spezielle Kinder- und Jugendmedizin und LG Notfallmedizin wurden gestrichen, - Streichung LG Stammzell-Transplantation und LG Leukämie und Lymphome aus Spalte Kooperationen bei mehreren LGs, - Ergänzung der LG Minimalinvasive Herzklappenintervention und LG Kardiale Devices bei Kooperation und Auswahlkriterium bei LGs aus dem Gebiet Kardiologie/Herzchirurgie, - einzelne LGs werden bei der Erbringung verwandter LG gestrichen bzw. ergänzt, - einige Anpassungen im Rahmen der Qualifikation bezüglich Anrechenbarkeit unterschiedlicher Facharzt-/Zusatzqualifikationen,

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		- LG 34 Anpassung bei Erbringung ver-wandter LG - LG 36 Anpassung der sachlichen Ausstat-tung - LG 37 Anpassung der sachlichen Ausstat-tung - LG 38 Anpassung bei Erbringung ver-wandter LG - LG 39 Anpassung bei Erbringung ver-wandter LG - LG 40 Anpassung bei Erbringung ver-wandter LG - Streichung der LG 47 - LG 52 Anpassung der sachlichen Ausstat-tung - LG 53 Anpassung der Erbringung ver-wandter LG sowie sachlicher und perso-neller Ausstattung - LG 54 Anpassung bei Erbringung ver-wandter LG - LG 56 Anpassung bei Erbringung ver-wandter LG und der personellen Ausstat-tung - LG 58 Anpassung bei Erbringung ver-wandter LG - LG 59 Anpassung bei Erbringung ver-wandter LG - Streichung LG 65	- einzelne Ausstattungsvorgaben (z. B. Balneotherapie, Panendo-skopie, etc.) werden gestrichen, - Aktualisierung der Verweise auf das Verletzungsartenverfahren (VAV) und auf Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.
			Art. 2: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
1	§ 2a	Redaktionelle Anpassung (Verschiebung Satz 2 in Folgeabsatz)	Es handelt sich nicht um eine inhaltliche Änderung. Kein Änderungsbedarf.
2	§ 6a	- Ergänzung, dass auch nach § 108 Nummer 4 SGB V zugelassene Krankenhäuser die Qualitätskriterien erfüllen müssen - Übergangsregelung für Länder, die bis zum 31.12.2024 Leistungsgruppen zugewiesen haben - Anpassung der Ausnahme für die Zuweisung von Leistungsgruppen trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien - Anpassung der Fristen zur Meldung der zugewiesenen Leistungsgruppen an InEK	Nr. 2, a, aa: Es handelt sich um eine Ergänzung zur Klarstellung, dass die Anforderungen/Qualitätskriterien zur Vergabe von LG auch für Bundeswehrkrankenhäuser gelten. Kein Änderungsbedarf. Nr. 2, a, bb: zu Ziff. 1: Es handelt sich um eine Regelung für Krankenhäuser mit Verträgen nach § 109 SGB V, dass die vertraglich vereinbarten LGs als zugewiesen gelten. Kein Änderungsbedarf. Nr. 2, a, bb: zu Ziff. 2: Durch die Ergänzung ergibt sich eine Ausnahmeregelung für NRW bezüglich vor dem 31.12.2024 zugewiesenen LG mit Gültigkeit bis 31.12.2030. Die Sonderregelungen für NRW werden abgelehnt. Für eine Bewertung siehe Bewertung zu Artikel 2 Nr. 6 § 37 KHG. Die Regelung ist zu streichen. Nr. 2, b: Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung. Kein Änderungsbedarf. Nr. 2, c: Der neue, den alten ersetzende Absatz 4 regelt die Voraussetzungen für die Zuweisung einer Leistungsgruppe trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien. Die Ausnahmeregelungen werden erweitert. Stellt der Medizinische Dienst fest, dass ein Krankenhaus die maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt, ist die Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppen dennoch im Rahmen einer Ausnahme zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung einmalig für einen Zeitraum von maximal drei Jahren zulässig. Im Einvernehmen mit den Krankenkassen ist eine weitere Zuweisung für die Dauer von maximal drei Jahren zulässig. Krankenhäusern, die auf der Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			KHEntgG stehen, können weiterhin dauerhaft Leistungsgruppen zugewiesen werden, ohne dass sie die zugehörigen Qualitätskriterien erfüllen. Nach der bisherigen Regelung waren zur Beurteilung der Erforderlichkeit der Ausnahme verbindliche bundesweite Erreichbarkeitsvorgaben vorgesehen. Diese Erreichbarkeitsvorgaben entfallen nunmehr. Stattdessen entscheiden die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden innerhalb ihres eigenen Beurteilungsspielraums, ob die Zuweisung einer Leistungsgruppe zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist. Die Beurteilung der Frage, ob Leistungen durch andere Krankenhäuser übernommen werden können und ob die Entfernung zwischen den Krankenhäusern zumutbar ist, obliegt der zuständigen Landesbehörde. Die Reduzierung der Vorgaben mit Erweiterungen der Ausnahmeregelungen und möglicherweise Unterstützung von willkürlichen Entscheidungen der Länder ohne bundesweite Kriterien ist abzulehnen. Die Qualität der Leistungserbringung in Ausnahmebereichen muss mit der Qualität der Leistungserbringung ohne Ausnahmen vergleichbar sein. Ein Mindestqualitätsniveau darf dabei nicht unterschritten werden. Die Aufweichung der Vorgaben gefährdet weiter die Patientensicherheit und geht mit dem Risiko einher, mangelnde Qualität in der Versorgung zu verstetigen. Ziel muss weiterhin die Zentralisierung der Krankenhausversorgung sein. Das Einvernehmen mit den Krankenkassen im Rahmen einer wiederholten Befristung wird begrüßt. Darüber hinaus wird durch die Änderung ein weiterer Ausnahmetatbestand geregelt. Eine Zuweisung trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien ist auch dann zulässig, wenn der Betrieb des jeweiligen Krankenhausstandortes vollständig oder teilweise eingestellt wird und die Zuweisung der Leis-

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			tungsgruppen für die möglicherweise schrittweise Umsetzung der Betriebseinstellung zwingend erforderlich ist. Der Änderungsbedarf kann nachvollzogen werden. Änderungsvorschläge: Die Regelung aus Absatz 4 (neu) Satz 1 Ziffer 2 soll in den Absatz 4 (alt) aufgenommen werden und nach Satz 6 als Satz 7 (neu) eingefügt werden. Es wird ein zusätzlicher Absatz 8 eingefügt: Für Ausnahmen nach Absatz 4 wird die Ergebnisqualität gegenüber der Regelversorgung zeitnah evaluiert. Ausnahmeregelungen haben nur so lange einen Vergütungsanspruch, wie die Versorgungsqualität nicht im unteren Quartil der Versorgungsqualität der Regelversorgung liegt. Die Bewertung wird durch geeignete wissenschaftliche Begleitforschung erstellt. Nr. 2, d, aa: Es handelt sich um Folgeänderungen. Diese werden abgelehnt, da der zugrunde liegende Absatz 4 (neu) abgelehnt wird. Nr. 2, d, bb: Die Ausnahmeregel für NRW wird aufgenommen, dass vor 31.12.2024 zugewiesene LG nicht den Kriterien zum Entzug einer LG gemäß § 6a Absatz 5 Satz 1 Nr. 2 und 3 unterliegen. Die Sonderregelungen für NRW werden abgelehnt. Für eine Bewertung siehe Bewertung zu Artikel 2 Nr. 6 § 37 KHG. Die Regelung ist zu streichen. Nr. 2, e, aa: Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund von Fristverschiebungen. Kein Änderungsbedarf. Nr. 2, e, bb: Die Fristen werden im Zuge der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung angepasst. Kein Änderungsbedarf.

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Nr. 2, f: Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung. Kein Änderungsbedarf.
3	§ 6b	Anpassung der Frist zur Meldung der zugewiesenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben an InEK	Die Anpassung der Fristen ist in Folge der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung nachvollziehbar. Grundsätzlich werden die Zuschläge zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben abgelehnt, wie in der Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zum KHVVG bereits angebracht. Jedes Krankenhaus hat die Aufgabe, sich an der Koordinierung und Vernetzung der Versorgung zu beteiligen. Die Regelung ist zu streichen.
4	§ 12b	– Umstellung der Finanzierung des KHTF (Bundesmittel statt GKV-Mittel) – Streichung der Antragsfrist – Streichung der Verpflichtung, die Prüfung des Insolvenzrisikos nachzuweisen. – Schaffung eines Sonderzuwendungsrechts ggü. der BHO – Streichung der Vorschriften im Zusammenhang mit der Beteiligung der PKV an der Finanzierung – Regelung der Rückführung nicht verwendeter Mittel an den Bund	Nr. 4, a, aa: Die Finanzierung des Transformationsfonds durch den Bund anstelle der GKV entspricht der Forderung der AOK. Die Umsetzung ist daher zu begrüßen. Eine Bezuschussung des Gesundheitsfonds zur Finanzierung des Transformationsfonds entspricht dem Vorgehen beim Krankenhausstrukturfonds. Der Umsetzung kann zugestimmt werden. Kein Änderungsbedarf. Zur Übertragung nicht beantragter Mittel aus dem Krankenhaus-Strukturfonds in den Krankenhaus-Transformationsfonds findet sich ein Regelungsvorschlag im ergänzenden Änderungsbedarf dieser Stellungnahme. Nr. 4, a, bb: Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung. Kein Änderungsbedarf. Nr. 4, b, aa: Es handelt sich um eine Folgeänderung. Kein Änderungsbedarf. Nr. 4, b, bb: Die Klarstellung wird begrüßt. Kein Änderungsbedarf.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Nr. 4 c: Der Streichung der Frist zur Antragstellung beim BAS kann zugestimmt werden. Kein Änderungsbedarf. Die Klarstellung, dass ein Land nur antragsberechtigt ist, sofern es die Förderfähigkeit entsprechend der KHTFV geprüft und festgestellt hat, wird begrüßt. Kein Änderungsbedarf. Die Streichung der Antragsvoraussetzung, dass das jeweilige Land das Insolvenzrisiko der zu fördernden Krankenhäuser geprüft haben muss, ist sachgerecht. Hierdurch wird unnötige Bürokratie vermieden. Eine Abwägung zwischen Land und Krankenkassen, inwiefern ein Krankenhaus für die zukünftige Versorgung benötigt wird und ob eine Fortführungsperspektive für das Haus besteht, ist weiterhin möglich. Kein Änderungsbedarf. Nr. 4 d: In dem Absatz werden einige Regelungen aufgeführt, die zuvor in Absatz 3 enthalten waren. Die neu eingeführte Bestimmung, dass die Länder die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel zu prüfen und dies gegenüber dem BAS nachzuweisen und einen Verwendungsnachweis der Mittel vorzulegen haben, wird begrüßt. Kein Änderungsbedarf. Nr. 4 e: Der Übernahme der Verwaltungskosten durch den Bund kann zugestimmt werden, da hierdurch mehr Fördermittel für einen Umbau der Versorgungsstrukturen zur Verfügung stehen. Die Regelung, dass das BAS Mittel, soweit die förderrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllt oder die Mittel nicht zweckentsprechend verwendet wurden, zurückfordert, erscheint richtig. Kein Änderungsbedarf. Statt einer Rückführung von nicht-abgerufenen Mitteln des Transformationsfonds nach 2035 an den Bund sollte geprüft werden, inwiefern weiterhin Bedarf einer Anpassung der Versorgungsstrukturen hin zu einer bedarfsgerechten Versorgung gegeben ist und die Mittel gegebenenfalls hierfür aufgewendet werden.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Nr. 4 f, aa: Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung. Nr. 4 f, bb: Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung. Nr. 4 g: Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Finanzierung des Transformationsfonds durch den Bund. Kein Änderungsbedarf.
5	§ 17b	Anpassung Fristen für Evaluation Vorhaltevergütung durch Verschiebung der Vorhaltevergütung um ein Jahr	Nr. 5, a und b: Es handelt sich um Folgeänderungen. Es werden der Evaluationszeitraum sowie das Datum für die Vorlage des Zwischenberichts angepasst. Dies ist folgerichtig. Kein Änderungsbedarf.
6	§ 37	Ermittlung Vorhaltevergütung: – Anpassungen Fristen für Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Übergangsregelung zur Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen – Anpassungen Fristen für freiwillige Information über Vorhaltevolumina in den Jahren 2026 und 2027	Nr. 6, a, aa, Satz 3: Klarstellung, dass die Aufteilung der Vorhaltevolumina auf Basis der von den Landesbehörden zugewiesenen Leistungsgruppen erfolgt. Diese Klarstellung wird begrüßt. Kein Änderungsbedarf. Nr. 6, a, aa, Satz 4: Mit der Regelung, die nun Satz 4 ersetzt, wird eine Sonderregelung für NRW geschaffen. Die bisherigen Zuweisungen von Leistungsgruppen in NRW bleiben rechtswirksam. Für die neue Leistungsgruppe Spezielle Traumatologie wird eine Sonderregelung für NRW geschaffen. Wer gemäß dem Leistungsgruppen-Grouper entsprechende Fälle im Vorjahr versorgt hat, bekommt einen Anteil des Vorhaltevolumens dieser Leistungsgruppe, ohne dass die Leistungsgruppe noch vom Land zugewiesen werden muss. Die Sonderregelungen für NRW werden abgelehnt. Ziel der Krankenhausreform ist unter anderem die Schaffung bundesweit einheitlicher Strukturen im Hinblick auf die Leistungsgruppen und die dazugehörigen Qualitätskriterien. Um dies zu ermöglichen, braucht es eine einheitliche Planungs-sprache über eine bundeseinheitliche Definition von Leistungsgruppen (siehe Stellungnahme zu Anlage 1). Eine Sonderregelung für NRW widerspricht dem. Die Komplexität des Systems wächst stark an, was sich an

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			der notwendigen alternativen Methodik zur Zuweisung der Vorhaltefinanzierung für die Spezielle Traumatologie zeigt. Die Krankenhausreform in NRW wurde als lernendes System konzipiert, sodass die Ergänzung einer weiteren Leistungsgruppe und die Teilnahme an den weiteren bundeseinheitlichen Regelungen (MD-Beauftragung etc.) dem nicht widerspricht. Ein Festhalten an den jetzigen Strukturen bis 2030 ist nicht zielführend. Änderungsvorschlag: Streichung der vorgesehenen Änderung in Satz 4. Nr. 6 a, bb: Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Verschiebung der Einführung der Vorhaltefinanzierung. Kein Änderungsbedarf. Nr. 6, b, aa: Hier wird eine weitere Sonderregelung für NRW geschaffen zu der Frage, welche Fallzahl das InEK für die Ermittlung des Anteils eines Krankenhausstandorts am Vorhaltevolumen einer Leistungsgruppe verwendet. Für Leistungsgruppen, die keinem Krankenhaus zugewiesen wurden, was in NRW zum Beispiel die Spezielle Traumatologie betrifft, wird nicht auf Mindestvorhaltezahlen, sondern auf die Fallzahlen gemäß § 21 KHEntgG abgestellt. Diese Sonderregelung für NRW wird abgelehnt. Begründung siehe Nr. 6, a. Dass es weiteren Sonderregelungen zu der Sonderregelung für NRW bedarf, verdeutlicht die Komplexitätssteigerung. Die Mindestvorhaltezahlen müssen bundeseinheitlich gelten. Alles andere widerspricht den Zielen der Krankenhausreform. Änderungsvorschlag: Streichung der vorgesehenen Änderung in Absatz 2 Satz 3 Nummer 3. Nr. 6, b, bb: Es wird eine weitere Sonderregelung bezüglich der Vorhaltevolumenzuweisung in NRW geregelt. Ein Krankenhausstandort erhält auch einen Anteil am Vorhaltevolumen, wenn ihm zwar eine Leistungs-

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			gruppe nicht zugewiesen wurde, er aber Fälle dieser Leistungsgruppe zu-geordnet bekommen hat. Eine Zuweisung von Vorhaltevolumen erfolgt auch, wenn die Mindestvorhaltezahlen nicht eingehalten werden. Diese Sonderregelung für NRW wird abgelehnt. Begründung siehe Nr. 6, a. Dass es weiteren Sonderregelungen zu der Sonderregelung für NRW bedarf, verdeutlicht die Komplexitätssteigerung. Die Mindestvorhaltezahlen müssen bundeseinheitlich gelten. Alles andere widerspricht den Zielen der Krankenhausreform. Änderungsvorschlag: Streichung der vorgesehenen Ergänzung nach Absatz 2 Satz 8. Nr. 6, c: Es handelt sich um Folgeänderungen. Kein Änderungsbedarf. Nr. 6, d, aa: Es handelt sich um Folgeänderungen. Kein Änderungsbedarf. Nr. 6, d, bb: Mit den Änderungen werden die Fristen des InEK zur Übermittlung der Information an die Krankenhausträger über die zugewiesenen Vorhaltevolumina angepasst. Die Anpassung der Fristen erscheint sachgerecht. Kein Änderungsbedarf.
7	§ 38	Zuschläge Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken: Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	Die Anpassung der Fristen ist in Folge der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung sachgerecht. Grundsätzlich werden die Zuschläge zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie für die spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken abgelehnt, wie in der Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zum KHVVG bereits angebracht. Die Regelung ist zu streichen.
8	§ 39	Förderbeträge Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie, Intensivmedizin:	Die Anpassung der Fristen ist in Folge der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung sachgerecht. Grundsätzlich werden die Zuschläge

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	zur Förderung der Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin abgelehnt, wie in der Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zum KHVVG bereits angebracht. Das Verteilen von Geldern nach dem Gießkannenprinzip kann dazu führen, dass der Anreiz für eine bedarfsorientierte Konzentration der Versorgung sinkt, was unbedingt vermieden werden muss. Die Regelung ist zu streichen.
9	§ 40	Spezialisierung Onkochirurgie: – Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Berücksichtigung von durch den G-BA festgelegten niedrigeren Prozentzahlen und Aktualisierung der entsprechenden Listen	Die Regelung wird zu diesem Zeitpunkt grundsätzlich abgelehnt und die Streichung des § 40 KHG gefordert. Eine Umsetzung der WiZen-Ergebnisse durch den G-BA wird gefordert (siehe ergänzender Regelungsbedarf). Ergänzend wird gefordert, den Leistungsgruppenausschuss zu beauftragen, kurzfristig eigenständige Leistungsgruppen für die relevanten Tumorentitäten zu entwickeln und diese einzuführen. Damit könnten sowohl eine differenziertere Krankenhausplanung als auch anwendbare Mindestvorhaltezahlen erreicht werden.
			Art. 3: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
1	§ 3	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung - Vorhaltebudget greift erst ab 2028 (statt 2027)	Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr. Kein Änderungsbedarf.
2	§ 4	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung bei • Vereinbarung Erlösbudget • Fixkostendegressionsabschlag	Nr. 2, a, b, aa, bb, c: Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr. Kein Änderungsbedarf.

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
3	§ 5	– Verlängerung der Zuschläge Pädiatrie und Geburtshilfe um ein Jahr als Folgeänderung aus Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Redaktionelle Korrektur bzgl. der Erhebung des Zuschlags für die Pädiatrie	Nr. 3, a und b: Die Änderung ist abzulehnen. Eine Verlängerung der Förderung der geburtshilflichen Versorgung in Krankenhäusern um das Jahr 2027 ist nicht erforderlich. Die Regelung ist insgesamt zu streichen. Nr. 3, c: Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr. Die Anpassung der Fristen ist in Folge der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung sachgerecht. Die Zahlung von Zuschlägen von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben wird insgesamt jedoch abgelehnt. Die Regelung ist daher insgesamt zu streichen. Nr. 3, d, aa: Die Verlängerung der Zuschläge zur Förderung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Krankenhäusern um das Jahr 2027 ist abzulehnen. Durch die Zuschläge wird zusätzliches Geld mit der Gießkanne an Krankenhäuser ausgeschüttet, das nicht zu einer Verbesserung der Versorgungsstruktur beiträgt und so die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler unangemessen belastet. Die Regelung ist insgesamt zu streichen. Nr. 3 d, bb: Die Änderung wird entsprechend der Bewertung von Nr. 3 d, aa ebenfalls abgelehnt. Die Regelung ist zu streichen. Nr. 3 d, cc: Die Verlängerung der Zuschläge zur Förderung von besonderen Einrichtungen um das Jahr 2027 wird abgelehnt. Die Regelung ist insgesamt zu streichen. Nr. 3 e: Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr. Der Verschiebung der Zuschläge für besondere Einrichtungen kann zugestimmt werden. Kein Änderungsbedarf.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Nr. 3 f: Die Anpassung der Fristen ist in Folge der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung sachgerecht. Die Zahlung von Zuschlägen zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken wird jedoch insgesamt abgelehnt. Die Regelung ist zu streichen.
4	§ 6b	Ermittlung Vorhaltebudget: - Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung - Klarstellung - Vorhaltebudget nur für auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütete Krankenhaufälle - Übergangsregelung für Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen	Nr. 4 a, aa: Der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr kann unter dem Vorbehalt zugestimmt werden, dass dies genutzt wird, um die Bestimmung, Verteilung und Auszahlung der Vorhaltebudgets fallzahlunabhängig und bedarfsorientiert auszugestalten. Grundsätzlich sollte die Einführung der Vorhaltefinanzierung und damit Umsetzung der Reform nicht unnötig verzögert werden, damit Effizienzeffekte der Reform möglichst zeitnah wirken können. Die derzeitige Ausgestaltung der Vorhaltefinanzierung sieht jedoch eine Fallabhängigkeit vor, die die Anreize des DRG-Systems zu wirtschaftlich motivierten Mengenausweitungen der Krankenhäuser nicht auflöst, und das Ziel einer gestärkten finanziellen Sicherheit der Krankenhäuser nicht erreichen wird. Stattdessen sollte die wissenschaftliche Entwicklung eines Bedarfsbemessungsinstruments, welches die Grundlage für die Bestimmung der Vorhaltebudgets auf Landesebene und der Krankenhäuser bildet, zeitnah beauftragt werden und nach einer Einführungsphase zum Einsatz kommen. Entscheidend ist, dass Planung und Finanzierung zeitnah zusammenlaufen können. Ein Regelungsvorschlag zur Umsetzung einer bedarfsorientierten und fallzahlunabhängigen Vorhaltefinanzierung ist im ergänzenden Änderungsbedarf dieser Stellungnahme enthalten. Unabhängig davon ist die Anpassung der Fristen folgerichtig. Die Klarstellung, dass das Vorhaltebudget nur Krankenhaufälle berücksichtigt, die mit Hilfe bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen abgerechnet werden, ist sachgerecht. Kein Änderungsbedarf.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Nr. 4 a, bb: Die Sonderregelungen für NRW werden abgelehnt. Für eine Bewertung siehe Bewertung zu Artikel 2 Nr. 6 § 37 KHG. Die Regelung ist zu streichen. Nr. 4 b: Es handelt sich um eine Folgeänderung, für eine Bewertung siehe Bewertung zu Artikel 2 Nr. 2 § 6a Absatz 4 KHG. Die Regelung ist beizubehalten. Nr. 4 c: Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung. Kein Änderungsbedarf. Nr. 4 d und e: Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr. Kein Änderungsbedarf.
5	§ 7	Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für Abrechnung der Entgelte	Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr. Kein Änderungsbedarf.
6	§ 8	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für die Berechnung der Entgelte – Übergangsregelung für Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen bei Abrechnungsverboten	Nr. 6 a, aa: Die Sonderregelungen für NRW werden abgelehnt. Für eine Bewertung siehe Bewertung zu Artikel 2 Nr. 6 § 37 KHG. Die Regelung ist zu streichen. Nr. 6 a, bb: Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr. Kein Änderungsbedarf. Nr. 6 b: Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr. Die Verschie-

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			bung des Ausschlusses der Erhebung von Abschlägen von der Fallpauschale bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer für den Bereich Pädiatrie um ein Jahr erscheint folgerichtig. Kein Änderungsbedarf.
7	§ 9	– Erhöhung der Notfallzuschläge ab 2028 als Folgeänderung zur verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung – Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	Nr. 7 a: Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr. Die Verschiebung der Zahlung der Zuschläge für eine Teilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung erscheint folgerichtig, die Zahlung der Zuschläge wird aber grundsätzlich abgelehnt (wie bereits in der Stellungnahme zum KHVVG angemerkt). Die Zuschläge tragen nicht zu einer Verbesserung der Versorgungsstrukturen bei, da der Bedarfsbezug fehlt. Die Vorhaltefinanzierung sollte sich ausschließlich aus im Rahmen der Krankenhausplanung anhand von Planfallzahlen zugewiesenen Versorgungsanteilen ergeben. Die Regelung ist zu streichen. Nr. 7 b: Es handelt sich um redaktionelle Änderungen. Die Neuregelung aktualisiert den Verweis auf die sogenannte „Meistbegünstigungsklausel“ (Geltung der Grundlohnrate als Obergrenze, wenn diese höher ist als der Orientierungswert). Die Meistbegünstigungsklausel hat in den vergangenen Jahren zu erheblichen, nicht sachgerechten Mehrbelastungen der GKV geführt. Im Sinne einer verursachungsgerechten Vergütung und zur Vermeidung unbegründeter Kostensteigerungen ist eine ersatzlose Streichung dieser Regelung dringend geboten. Änderungsvorschlag: Streichung von § 10 Absatz 6 Satz 6 KHEntgG. Ein entsprechender Anpassungsvorschlag ist im ergänzenden Änderungsbedarf dieser Stellungnahme enthalten.

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
8	§ 10	Orientierungswert: Anpassung Berichtszeitraum, Klarstellung Kreis zur Übermittlung verpflichteter Krankenhäuser, Ermöglichung der Subdelegation der Verordnungsermächtigung zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts durch BMG auf Statistisches Bundesamt	Nr. 8a: Die Regelung ist nachvollziehbar und sachgerecht. Die bisherige, mit dem KHVVG eingeführte Regelung, sah vor, dass der Berichtszeitraum die zweite Hälfte des Vorjahres und die erste Hälfte des laufenden Jahres umfasst. Diese Vorgabe war in der Praxis nicht umsetzbar. Das Statistische Bundesamt hat den O-Wert bis zum 30.09. eines Jahres zu ermitteln. Die von den Krankenhäusern übermittelten und geprüften Daten der ersten Hälfte des laufenden Jahres liegen dem Statistischen Bundesamt nicht zeitgerecht vor, so dass eine valide Berechnung des O-Wertes anhand der bisherigen Vorgabe nicht möglich ist. Die Neuregelung ermöglicht die Berechnung des O-Wertes anhand geprüfter und testierter Daten. Nr. 8b: Die Regelung ist nachvollziehbar, da die Expertise über die zu erhebenden Daten beim Statistischen Bundesamt liegt. In die Weiterentwicklung des Orientierungswertes und damit auch in die Frage der zu erhebenden Daten ist die Selbstverwaltung entsprechend einzubinden. Ein entsprechender Anpassungsvorschlag ist im ergänzenden Änderungsbedarf dieser Stellungnahme enthalten.
9	§ 21	- Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für die Datenübermittlung - Folgeänderung zur Änderung von § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V (Streichung Übergangsregelung) - Regelung zur umfassenden Nutzung von Daten für die zum Zwecke der Ermittlung des Abschlags erforderlichen Schätzung der Anzahl der Pflegevollkräfte oder ärztlichen Vollkräfte	Grundsätzliche Positionierung siehe Artikel 3 Nr. 4 § 6b KHG. Die vorgesehenen Regelungen sind folgerichtig. Kein Änderungsbedarf.
			Art. 4 Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung
1	§ 2	Red. Folgeänderung zu Änderung in § 12b KHG	Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung. Kein Änderungsbedarf.

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
2	§ 3	Red. Folgeänderung zu Änderung in § 12b KHG und Klarstellung	Es handelt sich um redaktionelle Änderungen. Kein Änderungsbedarf.
3	§ 4	Streichung der Regelung zur Antragsfrist aufgrund Änderung in § 12b KHG, weitere Folgeänderungen zu Änderungen in § 12b KHG sowie Maßgaben des BR	Nr. 3, a: Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Streichung der Antragsfrist für die Länder. Kein Änderungsbedarf. Nr. 3, b, aa: Es handelt sich um redaktionelle Änderungen. Kein Änderungsbedarf. Nr. 3, b, bb: Es handelt sich um redaktionelle Änderungen. Kein Änderungsbedarf. Nr. 3, b, cc: Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung. Kein Änderungsbedarf. Nr. 3, b, dd: Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Streichung der Notwendigkeit der Prüfung des Insolvenzrisikos durch die Länder vor Antragstellung. Für eine Bewertung siehe Bewertung zu § 12b KHG. Kein Änderungsbedarf. Nr. 3, b, ee: Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung. Kein Änderungsbedarf. Nr. 3, c: Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung. Kein Änderungsbedarf. Nr. 3, d, aa: Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung. Kein Änderungsbedarf.

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Nr. 3, d, bb: Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung. Kein Änderungsbedarf. Nr. 3, e: Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Streichung der bisherigen Nummer 5 in § 12b Absatz 3 Satz 1 KHG. Kein Änderungsbedarf.
4	§ 5	Streichung Regelung für Beteiligung PKV	Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der vorgesehenen Finanzierung des Transformationsfonds durch den Bund. Kein Änderungsbedarf.
5	§ 6	Streichung Regelungen für Beteiligung PKV	Nr. 5 a, b und c: Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der vorgesehenen Finanzierung des Transformationsfonds durch den Bund. Kein Änderungsbedarf.
6	§ 7	– Änderung der Rückforderungsvorschrift von „kann“-Regelung zu „soll“-Regelung – Streichung Regelung für Beteiligung PKV – Streichung von Absatz 8, der nach Maßgabe BR anderweitige Verwendung von nicht verausgabten Fördermitteln ermöglichte.	Nr. 6 a: Die Änderung, die eine verbindliche Mittelrückforderung durch das BAS gegenüber einem Land vorsieht, wenn eines der in § 7 Absatz 2 genannten Kriterien erfüllt ist, erscheint richtig. Hierdurch wird eine zielgerechte Verwendung der Mittel gestärkt. Kein Änderungsbedarf. Nr. 6 b: Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der vorgesehenen Finanzierung des Transformationsfonds durch den Bund. Kein Änderungsbedarf. Nr. 6 c: Die Streichung wird abgelehnt. Die Regelung, dass nicht für ein Vorhaben verausgabte Fördermittel, die binnen 12 Monaten nach Abschluss des Vorhabens erneut als Investition in das Krankenhaus zur Verbesserung der Versorgung in Abstimmung mit den Landesverbänden der

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Krankenkassen verwendet werden, nicht zurückgefordert werden, ist ein unbürokratischer Ansatz, um diese Mittel im Sinne der Krankenhausreform einzusetzen, und sollte beibehalten werden. Die Regelung ist beizubehalten.
7	§ 8	Ermöglichung der Aktualisierung der Förderrichtlinie	Der Änderung kann zugestimmt werden. Kein Änderungsbedarf.
			Art. 5 Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen
1	§ 186a	Anpassung der Ausnahme von der Fusionskontrolle für Krankenhauszusammenschlüsse, die zur Verbesserung der Versorgung erforderlich sind (zuvor in § 187 Abs. 10 geregelt)	Die mit den Änderungen angestrebte Erhöhung der Rechtsklarheit und Vereinfachung wird nur bedingt erreicht. Die geänderten Begrifflichkeiten in § 186a werden in § 187 Absatz 9 nicht angepasst. Eine Begründung für die unterschiedliche Verwendung von Begrifflichkeiten (z. B. Krankenhaus i. S. d. § 107 Abs. 1 SGB V, Fachbereich/Fachrichtungen, standortübergreifende Konzentration) ist aus dem Referentenentwurf nicht ersichtlich und wäre auch aus fachlich-rechtlicher Sicht nicht schlüssig. Vor diesem Hintergrund sollten die Begrifflichkeiten einheitlich gehandhabt werden. In § 186a wurde zudem das Kriterium, wonach dem Zusammenschluss nach vorliegenden Erkenntnissen der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden „keine anderen wettbewerbsrechtlichen Vorschriften entgegenstehen“ dürfen, gestrichen. Diese Streichung wird damit begründet, dass die Prüfung für die Landeskrankenhausplanungsbehörden sachfremd sei und besser durch die für die Anwendung der übrigen Wettbewerbsvorschriften (hier insbesondere zum Kartellverbot und zur Missbrauchskontrolle) zuständigen Kartellbehörden (Bundeskartellamt und Landeskartellbehörden) erfolgen könne (S. 108, RefE). In § 187 Absatz 9 Nr. 2 ist dieses Kriterium jedoch erhalten geblieben. Auch hier bedarf es einer Anpassung, wobei die Begründung der Streichung nicht vollständig überzeugt, da die Landeskrankenhausplanungsbehörden im Rahmen der

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Benehmensherstellung erforderlichenfalls auf die Sachkunde des Bundeskartellamts zurückgreifen können. Darüber hinaus sollte eine Unklarheit im Antragsverfahren beseitigt werden: Der Antrag ist bei der oder den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden der Länder, in denen sich die am Zusammenschluss beteiligten Krankenhäuser befinden, zu stellen. Hier ist unklar, ob es ausreichend ist, wenn der Antrag lediglich bei einer der zuständigen Landesbehörden der Länder gestellt wird. Hier bedarf es zur Reduzierung des bürokratischen Aufwandes einer Klarstellung, dass ein einzelner Antrag ausreichend ist und sich die betroffenen Landesbehörden miteinander ins Einvernehmen setzen.
2 und 3	§ 187	Redaktionelle Anpassung in § 187 Abs. 9 sowie redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung eines neuen § 186a	Siehe oben.
			Art. 6 Änderung der Bundespflegesatzverordnung
	§ 9	Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	Die Neuregelung aktualisiert den Verweis auf die sogenannte „Meistbegünstigungsklausel“ (Geltung der Grundlohnrate als Obergrenze, wenn diese höher ist, als der Orientierungswert). Die Meistbegünstigungsklausel hat in den vergangenen Jahren zu erheblichen, nicht sachgerechten Mehrbelastungen der GKV geführt. Im Sinne einer verursachungsgerechten Vergütung und zur Vermeidung unbegründeter Kostensteigerungen ist eine ersatzlose Streichung dieser Regelung dringend geboten. Änderungsvorschlag: Streichung von § 10 Absatz 6 Satz 6 KHEntgG. Ein entsprechender Anpassungsvorschlag ist im ergänzenden Änderungsbedarf dieser Stellungnahme enthalten.
			Art. 7 Inkrafttreten - Kein Änderungsbedarf.

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
	Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand		Durch die Verschiebung der Einführung der Vorhaltefinanzierung um ein Jahr sowie die Verschiebung weiterer Fristen im Zusammenhang mit der Krankenhausreform werden auch durch die Reform möglicherweise resultierende Einsparungseffekte später eintreten. Die Ausgaben der GKV im Krankenhausbereich werden dadurch länger durch die Versorgung in nicht bedarfsgerechten Strukturen bedingt sein und in nicht quantifizierbarer Höhe die Ausgaben übersteigen, die zum jeweiligen Zeitpunkt bei einer schnelleren Umsetzung der Reform möglich wären.
	Erfüllungsaufwand		
	Ggf. weitere Anmerkungen	Ergänzender Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes	
	§§ 6a, 17b, 37 KHG und § 6b KHEntg G	Ergänzender Änderungsbedarf Regelungsvorschlag für eine bedarfsorientierte und fallzahlunabhängige Vorhaltefinanzierung	<u>Ausgangslage</u> Mit dem KHVVG wurde die schrittweise Einführung einer Vorhaltefinanzierung beschlossen. Hierdurch soll die Vorhaltung von bedarfsnotwendigen Krankenhäusern künftig weitgehend unabhängig von der Leistungserbringung zu einem relevanten Anteil gesichert werden. Die Höhe der Vorhaltevolumen auf Landes- und Ortsebene sind gekoppelt an die eine Leistungsgruppe umfassenden Leistungen. Die Vergabe von Planfallzahlen im Zusammenhang mit der Vergabe von Leistungsgruppen ist optional. Die Einführung der Vorhaltefinanzierung ist in zwei Stufen vorgesehen: Für die Jahre 2027 und 2028 ergeben sich die Landesvorhaltevolumen auf Grundlage der erbrachten Leistungen in den Jahren 2023 und 2024. Für das Jahr 2029 werden die Vorhaltebudgets auf Grundlage der im Vorjahr erbrachten Leistungen berechnet. Anschließend werden die Landesvorhaltevolumen entsprechend des Landesbasisfallwertes fortgeschrieben. Beim Eintreten bestimmter Ereignisse, wie einer Abweichung der erbrachten

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Fälle eines Krankenhauses, der für die Berechnung des Ausgangs-Vorhaltevolumens verwendeten Fallzahl von mehr als 20 % oder dem Ausscheiden des Krankenhauses einer Leistungsgruppe aus der Versorgung, erfolgt eine Neu-Berechnung der Vorhaltevolumen für die Krankenhäuser der betreffenden Leistungsgruppe auf der Grundlage von Fallzahlen. <u>Problematik</u> Die Vorhaltefinanzierung der Krankenhäuser ist am Bedarf der regionalen Bevölkerung auszurichten und fallzahlunabhängig auszugestalten. Nur so können die Ziele der Vorhaltevergütung – verbesserte Finanzsicherheit der Krankenhäuser bei Verminderung von Fehlanreizen zu wirtschaftlich motivierten Mengenausweitungen – erreicht werden. Gleichzeitig sollten unnötige bürokratische Mehraufwände durch die Einführung der Vorhaltefinanzierung vermieden werden. Insbesondere bei der Ermittlung der Vorhaltebudgets auf Landesebene und bei der Verteilung der Landesvolumen auf die Krankenhäuser ist jedoch mit der derzeitigen Ausgestaltung eine starke Fallabhängigkeit gegeben. Diese Fehler sollten wie nachfolgend beschrieben angegangen werden. Ermittlung der Landesvorhaltebudgets: Aus pragmatischen Gründen, um einen zügigen Einstieg in die Vorhaltefinanzierung zu ermöglichen, ist es sinnvoll, zunächst auf die historische Inanspruchnahme auf der Landesebene aufzusetzen. Auf dieser Grundlage werden in einer ersten Stufe die Vorhaltebudgets der Länder bestimmt. Um mittelfristig die realen Versorgungsbedarfe aus der Bevölkerung heraus ermitteln zu können, muss ein wissenschaftlich fundiertes Instrument zur Bedarfsermittlung entwickelt werden. Mit der Entwicklung des Instruments könnten der Gemeinsame Bundesausschuss oder die Vertragspartner nach § 17b KHG beauftragt werden. Die Vorgaben umfassen die Erstellung von Bevölkerungsprognosen und berücksichtigen unter anderem Erreichbarkeiten, Morbidität, Mitversorgungseffekte und Ambulantisierung. Langfristiges Ziel muss es sein,

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			dass sich die Volumen der Landesvorhaltebudgets ausgehend von der historischen Inanspruchnahme an den tatsächlichen Bevölkerungsbedarf annähern. Verteilung der Landesvolumen: Im Vergleich zu den bestehenden Regelungen sollten die Landesbudgets verpflichtend anhand von Versorgungsaufträgen, welche durch Planfallzahlen operationalisiert werden, auf die Krankenhäuser aufgeteilt werden. Die Planfallzahlen bilden einen Anteil der Bevölkerung ab, für dessen Versorgungsbedarf das Krankenhaus in der jeweiligen Leistungsgruppe verantwortlich ist. Hierdurch wird die Unabhängigkeit von Ist-Fallzahlen weiter gestärkt. Perspektivisch sollte die Vergabe der Versorgungsaufträge unter Einsatz des Bedarfsbemessungsinstrumentes erfolgen. <u>Angestrebte Gesetzesänderungen</u> <u>Hinweis:</u> Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf die derzeit in den Gesetzestexten gültigen Regelungen zur Vorhaltefinanzierung. Mögliche Änderungen durch das Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) sind nicht berücksichtigt. „§ 6a KHG Zuweisung von Leistungsgruppen (...) (6) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis zum 31.10. eines jeden Kalenderjahres, erstmals bis zum 31.10.2026, zum Zweck der Ermittlung der Vergütung eines Vorhaltebudgets nach § 37 folgende Daten zu übermitteln: 1. eine Aufstellung über die den Krankenhäusern je Krankenhausstandort zugewiesenen Leistungsgruppen und über die ihnen nach Absatz 1 Satz 2 vorgegebenen Planfallzahlen je Leistungsgruppe nach Absatz 8 Satz 1,

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			2. die Angabe, ob eine Zuweisung einer Leistungsgruppe aufgehoben wurde, einschließlich des Zeitpunkts der Aufhebung, 3. die Angabe, ob die Zulassung des jeweiligen Krankenhauses vollständig oder teilweise weggefallen ist oder ob das jeweilige Krankenhaus vollständig oder teilweise seinen Betrieb eingestellt hat, einschließlich des Zeitpunkts des Wegfalls der Zulassung oder der Einstellung des Betriebs, 4. die Angabe, ob das jeweilige Krankenhaus mit einem anderen Krankenhaus oder ob der jeweilige Krankenhausstandort mit einem anderen Krankenhausstandort zusammengeschlossen wurde, einschließlich des Zeitpunkts des Zusammenschlusses und 5. die Angabe, ob der jeweilige Krankenhausstandort nach § 6c Absatz 1 als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt wurde, sofern das Krankenhaus für den jeweiligen Krankenhausstandort bis zu dem Zeitpunkt dieser Bestimmung stationäre Leistungen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes abgerechnet hat, einschließlich des Zeitpunkts, ab dem es für den jeweiligen Krankenhausstandort die nach § 6c Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Tagesentgelte oder die in § 6c Absatz 7 Satz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes genannten vorläufigen Tagesentgelte abrechnet. (...) (8) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde weist erstmalig für das Jahr 2027 Krankenhäusern je zugewiesener Leistungsgruppe einen Versorgungsanteil zu, welcher sich in Planfallzahlen ausdrücken lässt. Die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden können Versorgungsaufträge nur an Krankenhäuser vergeben, die die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen nach § 135e SGB V Absatz 1 Satz 1 erfüllen oder für die die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde eine Feststellung nach § 6b

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes mitgeteilt hat. Dieser Versorgungsanteil beschreibt einen Anteil der Bevölkerung, für dessen Versorgungsbedarf das Krankenhaus in der jeweiligen Leistungsgruppe verantwortlich ist. Für diesen Versorgungsanteil erhält das Krankenhaus gemäß § 37 Absatz 2 eine Vorhaltefinanzierung. Versorgungsaufträge nach Satz 1, die an Krankenhäuser vergeben wurden, bei denen unterjährig ein Ereignis nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 bis Nummer 4 oder Nummer 5 eingetreten ist, werden durch die für Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde innerhalb von drei Monaten, nachdem das Ereignis durch den jeweiligen Krankenhausträger an die Landesbehörde gemeldet wurde, neu zugewiesen oder angepasst. (9) Die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden vergeben die Versorgungsaufträge nach § 6a Absatz 8 Satz 1 KHG mindestens alle fünf Jahre neu. Zudem gleichen sie jährlich die Versorgungsaufträge je Leistungsgruppe mit der Inanspruchnahme von Leistungen ab. (10) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt erstmals bis zum 31.12.2026 bundeseinheitliche Vorgaben zur Bedarfsbemessung für die Krankenhausplanung nach § 6 und übermittelt den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden zur Umsetzung der Vorgaben ein bundeseinheitliches verbindliches Bedarfsbemessungsinstrument. Die Vorgaben umfassen die Erstellung von Bevölkerungsprognosen und berücksichtigen unter anderem Erreichbarkeiten, Morbidität, Mitversorgungseffekte und Ambulantisierung. Der Gemeinsame Bundesausschuss entwickelt das Bedarfsbemessungsinstrument selbst oder kann hiermit einen Dritten beauftragen. Vor dem Beschluss nach Satz 1 ist den Ländern Möglichkeit zur Stellungnahme zu geben. Das Instrument ist ab dem 01.01.2029 verbindlich

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			im Rahmen der Krankenhausplanung bei der Vergabe der Versorgungsaufträge nach § 6a Absatz 8 Satz 1 KHG durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde zu verwenden. Der Gemeinsame Bundesausschuss überprüft in regelmäßigen Abständen, mindestens alle fünf Jahre, die Ausgestaltung des Bedarfsbemessungsinstrumentes hinsichtlich der Auswirkungen auf a) das Versorgungsgeschehen, b) die Ausgaben der Krankenkassen und c) die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser und passt dieses, sofern notwendig, an. Der entsprechende Bericht ist dem Bundesministerium für Gesundheit erstmalig bis zum 31.12.2031 vorzulegen. § 94 SGB V gilt entsprechend.“ „§ 17b KHG Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung (...) Nach Absatz 4a wird der folgende Absatz 4b eingefügt: 4b) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat für jedes Kalenderjahr einmalig, erstmals für die Kalenderjahre 20262023 bis 2024, von den Kosten, die den bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen nach Satz 3, Absatz 1 Satz 4 und Absatz 4 Satz 5 zugrunde gelegt werden, die variablen Sachkosten abzuziehen (verminderte Kosten) und einen Betrag aus dem Vergütungssystem auszugliedern, der einem Anteil von 60 % an den verminderten Kosten entspricht. Die nach Absatz 4 Satz 1 aus dem Vergütungssystem auszugliedernden Pflegepersonalkosten sind in dem in Satz 1 genannten Anteil enthalten; ihre Vergütung bleibt unberührt. Bei der Ermittlung der Bewertungsrelationen für die Vergütung eines Vorhaltebudgets (Vorhaltebewertungsrelationen) werden die nach Absatz 4 Satz 1 aus dem Vergütungssystem auszugliedernden Pflegepersonalkosten dahingehend berücksichtigt, dass

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			1. sie in dem Fall, dass ihr Anteil an den verminderten Kosten weniger als 60 % beträgt, von einem Betrag in Höhe von 60 % der verminderten Kosten abzuziehen sind und der sich ergebende Betrag der jeweiligen Ermittlung zugrunde zu legen ist, 2. in dem Fall, dass ihr Anteil an den verminderten Kosten mindestens 60 % beträgt, die jeweilige Vorhaltebewertungsrelation null beträgt. Die Vorhaltebewertungsrelationen für Fälle aus den Leistungsgruppen, die in der für das jeweilige Kalenderjahr geltenden Vereinbarung nach § 39 Absatz 2 Satz 2 oder Festlegung nach § 39 Absatz 2 Satz 4 einem der Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin zugeordnet wurden, sind zum Zweck der Abrechnung um den nach § 39 Absatz 4 für das jeweilige Kalenderjahr berechneten Prozentsatz zu erhöhen und gesondert in dem Entgeltkatalog auszuweisen. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben die Ausgliederung nach Satz 1 und die nach den Sätzen 3 und 4 zu ermittelnden Vorhaltebewertungsrelationen erstmals in der in Absatz 2 Satz 1 genannten Vereinbarung für das Kalenderjahr 2026 zu berücksichtigen und die Vorhaltebewertungsrelationen erstmals in dem Entgeltkatalog für das Kalenderjahr 2026 auszuweisen. Nach Absatz 4b wird der folgende Absatz 4c eingefügt: (4c) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat die Auswirkungen der Einführung der Vergütung eines Vorhaltebudgets nach § 6b des Krankenhausentgeltgesetzes in den Jahren 2027 bis 2030 insbesondere hinsichtlich der Veränderung der Versorgungsstrukturen und der Qualität der Versorgung zu analysieren und auf der Grundlage dieser Analyse Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Vergütung eines Vorhaltebudgets zu erstellen. Es hat in der Analyse zu prüfen, ob die Höhe des nach Absatz 4b Satz 1 auszugliedernden Anteils sachgerecht ist, ob die variablen Sachkosten sowie die Kosten von Querschnittsaufgaben sachgerecht abgebildet sind und, ob durch die Ausgestaltung der Vorhaltevergütung

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			unterjährige Leistungseinschränkungen eintreten und inwieweit die Vergütung eines Vorhaltebudgets an dem bevölkerungsbezogenen Bedarf und fallzahlunabhängig ausgerichtet werden kann. Es hat dem Bundesministerium für Gesundheit die Ergebnisse seiner Analyse und seine Empfehlungen bis zum 31.12.2029 in einem Zwischenbericht und bis zum 31.12.2031 in einem abschließenden Bericht vorzulegen und diese Berichte jeweils zeitnah barrierefrei auf seiner Internetseite zu veröffentlichen. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben vor der Erstellung der in Satz 3 genannten Berichte Stellung zu nehmen. Die Kosten der Aufgaben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach diesem Absatz werden mit dem DRG-Systemzuschlag nach Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 finanziert.“ „§ 37 KHG Aufgaben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit der Ermittlung der Vergütung eines Vorhaltebudgets (1) Für die Kalenderjahre 2026 bis 2028 beläuft sich das Vorhaltevolumen für ein Land jeweils auf den Durchschnitt der vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Kalenderjahre 2023 und 2024 jeweils nach Maßgabe des Satzes 2 zu ermittelnden Vorhaltevolumina in dem Land. Für die Ermittlung der Vorhaltevolumina für ein Land für die Kalenderjahre 2023 und 2024 hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus die nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das jeweilige Kalenderjahr übermittelten Leistungsdaten zu Krankenhausfällen in dem jeweiligen Land, die auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet werden, zugrunde zu legen und diesen Krankenhausfällen die Vorhaltebewertungsrelationen für das jeweilige Kalenderjahr zuzuordnen und diese Vorhaltebewertungsrelationen für das jeweilige Kalenderjahr zu addieren. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt Vorhaltevolumina als Summe von Vorhaltebewer-

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			tungsrelationen nach den folgenden Vorschriften. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat bis zum 30. November eines jeden Kalenderjahres für die Ermittlung des Vorhaltevolumens für ein Land für das jeweils folgende Kalenderjahr die nach § 6a Absatz 6 Satz 1 in dem jeweiligen Kalenderjahr übermittelten Daten und die nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das jeweils vorhergehende Kalenderjahr übermittelten Leistungsdaten zu Krankenhausfällen in dem jeweiligen Land, die auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet werden, zugrunde zu legen und diesen Krankenhausfällen die Vorhaltebewertungsrelationen für das jeweilige Kalenderjahr, für das die Ermittlung erfolgt, zuzuordnen; bei dieser Ermittlung nicht zu berücksichtigen sind Krankenhausfälle von Krankenhausstandorten, für die eine Datenübermittlung nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 5 die Angabe übermittelt wurde, dass sie als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt wurden, von Bundeswehrkrankenhäusern, soweit die Krankenhausfälle nicht die Behandlung von Zivilpatientinnen oder Zivilpatienten betreffen, und von Krankenhäusern der gesetzlichen Unfallversicherung, soweit die Kosten von der gesetzlichen Unfallversicherung getragen werden. Auf Grundlage des ermittelten Vorhaltevolumens je Land nach Satz 2 errechnet das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus Vorhaltekostenschlüssel, die einer Pauschale je Versorgungsauftrag einer Leistungsgruppe entsprechen. Das nach Satz 2 ermittelte Vorhaltevolumen für ein Land und für ein Kalenderjahr ist auf Leistungsgruppen nach den Vorhaltekostenschlüsseln und den zugewiesenen Versorgungsaufträgen nach § 6a Absatz 8 Satz 1 dem Verhältnis der Summe der Vorhaltebewertungsrelationen derjenigen Krankenhausfälle in dem jeweiligen Land, in denen Leistungen aus der jeweiligen Leistungsgruppe erbracht wurden, und der Summe aller Vorhaltebewertungsrelationen des jeweiligen Landes rechnerisch aufzuteilen; die für die rechnerische Aufteilung der Vorhaltevolumina maßgeblichen Leistungsgruppen bestimmen sich nach § 135e Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und abweichend hiervon beginnend mit dem auf das Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 des Fünften Buches

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Sozialgesetzbuch folgenden Kalenderjahr nach den Regelungen dieser Rechtsverordnung. Das sich nach Satz 34 für eine Leistungsgruppe und für ein Land ergebende Vorhaltevolumen ist auf die Krankenhausstandorte in dem jeweiligen Land, für die Krankenhäusern die jeweilige Leistungsgruppe nach § 6a Absatz 1 Satz 1 zugewiesen worden ist, entsprechend dem jeweiligen nach Absatz 2 Satz 2 oder Satz 5 ermittelten Anteil rechnerisch aufzuteilen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstellt bis zum 30.09.2025 ein Konzept zur Vorgehensweise bei der Ermittlung des Vorhaltevolumens für ein Land, eine Leistungsgruppe und einen Krankenhausstandort und aktualisiert dieses, soweit dies erforderlich ist; es veröffentlicht dieses Konzept und spätere Aktualisierungen barrierefrei auf seiner Internetseite. Nach der Einführung des Bedarfsbemessungsinstrumentes nach § 6a Absatz 10 KHG am 01.01.2029 konvergieren die Landesvorhaltevolumen innerhalb von fünf Jahren an das jeweilige Landesvorhaltevolumen, das nach den Ergebnissen des Instruments für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist. Abweichend von Satz 2 erster Halbsatz beläuft sich für die Kalenderjahre 2026 bis 2028 das Vorhaltevolumen für ein Land jeweils auf den Durchschnitt der vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Kalenderjahre 2023 und 2024 jeweils nach Maßgabe des Satzes 7 zu ermittelnden Vorhaltevolumina in dem Land. Die für die Kalenderjahre 2023 und 2024 jeweils zu ermittelnden Vorhaltevolumina in einem Land werden ermittelt, indem das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus den nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das jeweilige Kalenderjahr übermittelten Leistungsdaten zu Krankenhausfällen in dem jeweiligen Land, die auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertung relations vergütet werden, die Vorhaltebewertungsrelationen für das jeweilige Kalenderjahr zuordnet und für das jeweilige Kalenderjahr eine Summe über die Vorhaltebewertungsrelationen bildet. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat das Nähere zur Ermittlung der Vorhaltevolumina für die Kalenderjahre 2026 bis 2028 in dem in Satz 5 genannten Konzept festzulegen.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			(2) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt auf der Grundlage der für das jeweilige Kalenderjahr und das jeweilige Land nach § 6a Absatz 6 Satz 1 übermittelten Daten für jeden Krankenhausstandort in diesem Land, dessen Leistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz vergütet werden und für den die jeweilige Leistungsgruppe nach § 6a Absatz 1 Satz 1 zugewiesen wurde, den Anteil des jeweiligen Krankenhausstandorts am Vorhaltevolumen des Landes für die jeweilige Leistungsgruppe, wenn das Krankenhaus, zu dem der jeweilige Krankenhausstandort gehört, für diesen Krankenhausstandort die jeweilige Mindestvorhaltezah nach § 135f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt oder für das jeweilige Krankenhaus und die jeweilige Leistungsgruppe eine Feststellung nach § 6b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes getroffen wurde. Der in Satz 1 genannte Anteil ergibt sich, indem die nach Satz 3 oder Satz 7 zu berücksichtigende Anzahl der Fälle der dem Krankenhausstandort zugewiesene anteilige Versorgungsauftrag nach § 6a Absatz 8 Satz 1 in der jeweiligen ihm nach § 6a zugewiesenen Leistungsgruppe des jeweiligen Krankenhausstandorts, in denen Leistungen aus der jeweiligen Leistungsgruppe erbracht wurden, mit dem jeweiligen Vorhaltekostenschlüssel multipliziert wird nach Satz 4 zu ermittelnden Durchschnitt seiner Vorhaltebewertungsrelationen (Vorhalte-Casemixindex) in der jeweiligen Leistungsgruppe multipliziert und das Produkt durch die Summe aller für sämtliche Krankenhausstandorte des jeweiligen Landes in der jeweiligen Leistungsgruppe entsprechend berechneten Produkte geteilt wird. Bei der in Satz 2 genannten Berechnung ist als Anzahl der Fälle eines Krankenhausstandorts zu berücksichtigen 1. die jeweilige Planfallzahl, wenn diese nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 übermittelt wurde, 2. anderenfalls die Anzahl der mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergüteten Fälle dieses Krankenhausstandorts, für die für jeweils vorangegangene Kalenderjahr Leistungsdaten nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelt wurden, wobei für die an einer Leistungsverlagerung im Sinne des § 135f Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beteiligten Krankenhausstandorte

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			jeweils die Anzahl der von der Leistungsverlagerung betroffenen Fälle erhöhend oder absenkend zu berücksichtigen ist, 3. abweichend von Nummer 2 die nach § 135f Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegte Mindestvorhaltezahlder jeweiligen Leistungsgruppe, sofern die unter Nummer 2 genannte Anzahl der Fälle niedriger ist als diese Mindestvorhaltezahlder Krankenhausstandort in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist. Der Vorhalte-Casemixindex ist aus den nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr übermittelten Leistungsdaten zu ermitteln, indem die Summe der Vorhaltebewertungsrelationen durch die Anzahl der Fälle dividiert wird; die Vorhaltebewertungsrelationen der Fälle, hinsichtlich derer nach Satz 3 Nummer 2 Leistungsverlagerungen zu berücksichtigen sind, sind bei der Ermittlung des Vorhalte-Casemixindex der betreffenden Krankenhausstandorte erhöhend oder absenkend zu berücksichtigen. In dem Fall, dass das jeweilige Krankenhaus in einem Kalenderjahr erstmals Leistungen aus einer Leistungsgruppe erbringt, ist Satz 2 für die folgenden Kalenderjahre bis zur nächsten nach Satz 7 durchgeführten Ermittlung mit der Maßgabe anzuwenden, dass an die Stelle des dort genannten Produkts das Produkt der nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 übermittelten Planfallzahl und des Durchschnitts der Vorhalte-Casemixindizes der jeweiligen Leistungsgruppe aller betreffenden Krankenhausstandorte im jeweiligen Land tritt. Die Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils nach Satz 2 oder Satz 5 bezogen auf ein Land ist erstmals bis zum 30.11. des Kalenderjahres, in dem das jeweilige Land erstmals Daten nach § 6a Absatz 6 Satz 1 übermittelt, durchzuführen; die Ermittlung ist anschließend bis zum 30. November des übernächsten Kalenderjahres und sodann in einem Abstand von drei Jahren jeweils bis zum 30.11. eines Kalenderjahres durchzuführen. Außer bei der erstmaligen Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils ist Satz 3 Nummer 2 mit der Maßgabe anzuwenden, dass anstelle der dort genannten Anzahl die bei der jeweils vorangegangenen Ermittlung des in

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Satz 1 genannten Anteils berücksichtigte Anzahl der Fälle erneut zu berücksichtigen ist, wenn nicht 1. bei der jeweils vorangegangenen Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils als Anzahl der Fälle nach Satz 3 Nummer 1 eine Planfallzahl berücksichtigt wurde oder 2. die jeweils aktuellste Anzahl der mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergüteten Fälle des betreffenden Krankenhausstandorts, für die nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes Leistungsdaten übermittelt wurden, um mehr als 20 % von der bei der jeweils vorangegangenen Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils berücksichtigten Anzahl der Fälle abweicht, wobei für die an einer Leistungsverlagerung im Sinne des § 135f Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beteiligten Krankenhausstandorte jeweils die Anzahl der von der Leistungsverlagerung betroffenen Fälle erhöhend oder absenkend zu berücksichtigen ist. Wenn in einem Kalenderjahr, in dem für ein Land nach Satz 6 keine Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils durchzuführen ist, eine Vorgabe nach § 6a Absatz 1 Satz 2 zweiter Halbsatz erfolgt, ein in § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 bis 5 genanntes Ereignis in diesem Land eintritt oder nach § 135f Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für eine Leistungsgruppe eine Mindestvorhaltezah erstmals festgelegt oder geändert wird, ist für die betroffenen Leistungsgruppen für dieses Land und für die an dieses Land angrenzenden Länder für sämtliche Krankenhausstandorte, an denen Leistungen aus den betroffenen Leistungsgruppen erbracht werden, abweichend von Satz 6 eine Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils auch in diesem Kalenderjahr durchzuführen. Die Vorhaltepauschale eines Krankenhauses für eine Leistungsgruppe ist anhand der im Referenzzeitraum der Kalenderjahre 2023

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			bis 2024 beobachteten Ausprägung der durchschnittlichen Fall-schwere (Case-Mix) zu adjustieren. (...) (5) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus stellt bis zum 10.12.2026 für das Kalenderjahr 2027 und bis zum 10.12.2027 für das Kalenderjahr 2028 Dezember eines jeden Kalenderjahres für das jeweils folgende Kalenderjahr, erstmals bis zum 10. Dezember 2026 für das Kalenderjahr 2027, durch Bescheid gegenüber dem jeweiligen Krankenhaus-träger für seine Krankenhausstandorte die Höhe der nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 43 und 54 aufgeteilten Vorhaltevolumina je Leistungsgruppe sowie die Höhe der nach § 39 Absatz 3 Satz 5 aufgeteilten Beträge fest. Ab dem Jahr 2028 stellt es jährlich bis zum 10.12.eines jeden Kalenderjahres, erstmals bis zum 10.12.2028 für das Kalenderjahr 2029 durch Bescheid gegenüber dem jeweiligen Krankenhaus-träger für seine Krankenhausstandorte die Höhe der Vorhaltevolumina je Leistungsgruppe unter Berücksichtigung des Bedarfsbemessungsinstrumentes nach § 6a Absatz 10 fest. Für das Kalenderjahr 2026 hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis zum 10.12.2025 dem Krankenhaus-träger für seine Krankenhausstandorte eine Information über die Höhe der nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina je Leistungsgruppe zu übermitteln, wenn das Land, in dem diese Krankenhausstandorte liegen, im Jahr 2025 eine in § 6a Absatz 6 Satz 1 genannte Übermittlung vorgenommen hat. Wenn während eines Kalenderjahres ein in § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 oder Nummer 3 bis Nummer 4 oder Nummer 5 genanntes Ereignis eintritt, ist der Bescheid nach Satz 1 für jeden Krankenhaus-träger, der von dem Ereignis betroffen ist, mit Wirkung zum Zeitpunkt des Eintritts des Ereignisses in dem durch Satz 4 bestimmten Umfang zu widerrufen. Der Krankenhaus-träger hat das in § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 bis Nummer 4 oder Nummer 5 genannte Ereignis unverzüglich dem Institut für das Entgeltsystem im Kranken-

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			haus und der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde anzuzeigen. Der Umfang des nach Satz 3 zu widerrufenden Teils des Bescheides nach Satz 1 ergibt sich, indem für den jeweiligen Krankenhausträger die Summe der nach Satz 1 und 2 festgestellten Vorhaltevolumina für die betroffenen Krankenhausstandorte und die betroffenen Leistungsgruppen Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 auf die betroffenen Leistungsgruppen und die betroffenen Krankenhausstandorte aufgeteilten Vorhaltevolumina und die Summe der nach § 39 Absatz 3 Satz 5 auf die betroffenen Leistungsgruppen und die betroffenen Krankenhausstandorte aufgeteilten Beträge jeweils durch 365 geteilt und jeweils mit der Zahl der Kalendertage multipliziert wird, die zwischen dem in Satz 3 genannten Ereignis und dem Ende des Kalenderjahres lagen, in dem dieses Ereignis eingetreten ist. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht für jeden Krankenhausträger jeweils unverzüglich nach Erlass eines Bescheides nach Satz 1 und Satz 2 sowie nach dem Widerruf eines solchen Bescheides nach Satz 3 die sich hiernach ergebende Höhe der nach Satz 1 und 2 festgestellten Vorhaltevolumina je Krankenhausstandort und je Leistungsgruppe Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 auf die Krankenhausstandorte dieses Krankenhausträgers aufgeteilten Vorhaltevolumina je Leistungsgruppe sowie die Höhe der nach § 39 Absatz 3 Satz 5 auf die Krankenhausstandorte dieses Krankenhausträgers aufgeteilten Förderbeträge barrierefrei auf seiner Internetseite. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus informiert die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie den Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung, ob und bei welchen Krankenhäusern eine Rückzahlung des nach Satz 3 zu widerrufenden Teils des Bescheides nach Satz 1 erforderlich wird.“ „§ 6b KHEntgG Vergütung eines Vorhaltebudgets

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			(1) Jedes Krankenhaus erhält ab dem 01.01.2027 für jede Leistungsgruppe, die ihm nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für mindestens einen seiner Krankenhausstandorte zugewiesen wurde, ein Vorhaltebudget, wenn das jeweilige Krankenhaus für die betreffenden Krankenhausstandorte die jeweilige Mindestvorhaltezah nach § 135f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt oder für das jeweilige Krankenhaus und die jeweilige Leistungsgruppe eine Feststellung nach Absatz 2 Satz 1 getroffen wurde. Das Vorhaltebudget für ein Krankenhaus und eine Leistungsgruppe in einem Kalenderjahr ergibt sich aus dem der Summe der in dem Bescheid gemäß § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die Standorte des jeweiligen Krankenhauses, die jeweilige Leistungsgruppe und das jeweilige Kalenderjahr festgestellten nach § 39 Absatz 3 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes aufgeteilten Beträge und des Produkt der Summe der in dem Bescheid gemäß § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die Standorte des jeweiligen Krankenhauses, die jeweilige Leistungsgruppe und das jeweilige Kalenderjahr festgestellten Vorhaltete volumina und des für das jeweilige Kalenderjahr vereinbarten oder festgesetzten Landesbasisfallwerts. Das Gesamtvorhaltebudget für ein Krankenhaus und ein Kalenderjahr ergibt sich aus der Summe der Vorhaltebudgets dieses Krankenhauses im jeweiligen Kalenderjahr für die Leistungsgruppen, die ihm nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für mindestens einen seiner Standorte zugewiesen wurden. (2) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann durch Bescheid feststellen, dass die Erbringung von Leistungen aus einer Leistungsgruppe durch ein Krankenhaus Sicherstellungshaus, welches Zuschläge gemäß § 136c Absatz 3 SGB V erhält, unabhängig von der Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe festgelegten Mindestvorhaltezah zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist; § 6a Absatz 4 Satz 2 und 3 des Kranken-

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			hausfinanzierungsgesetzes gilt entsprechend. Widerspruch und Klage gegen die Feststellung nach Satz 1 haben keine aufschiebende Wirkung. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde teilt dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung erstmalig spätestens bis zum 31. Oktober 2026 und anschließend jeweils spätestens zum 31. Oktober eines Kalenderjahres mit, für welche Krankenhäuserstandorte und für welche Leistungsgruppen für das jeweils nächste Kalenderjahr eine Feststellung nach Satz 1 getroffen wurde. (...)
	§§ 39, 115g, 115h (neu) und 123a (neu) SGB V, in § 78b SGB XI und in § 6c KHG	Ergänzender Änderungsbedarf Regelungsvorschlag für Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen	<u>Ausgangslage</u> Die Einführung von Sektorenübergreifenden Einrichtungen (§ 115g SGB V) kommt dem Auftrag aus dem Koalitionsvertrag nach und stellt einen wichtigen Schritt in Richtung einer sektorenübergreifenden Gesundheits- und Pflegepolitik dar. Wie in dem Eckpunktepapier zur Krankenhausreform vom 10.07.2023 vorgesehen, sollen sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen wohnortnah Krankenhausbehandlung mit ambulanten und pflegerischen Leistungen verbinden und Grundlage für weitere Schritte hin zu einer sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung bilden. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sind dabei ein entscheidendes Element, um den Strukturwandel in der deutschen Krankenhauslandschaft voranzutreiben. Gerade in diesen Einrichtungen werden bisher vorgehaltene Fachbereiche zum Teil abgebaut und es wird eine stärkere Orientierung zum ambulanten und pflegerischen Bereich stattfinden. Telemedizinische Kooperationen ermöglichen fachlich-medizinischen Austausch, zum Beispiel zu Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen, und tragen dazu bei, Hemmnisse im Übergang zu anderen Versorgungsbereichen zu vermeiden.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<u>Problematik</u> Aus Sicht der AOK soll die akutstationäre Versorgung in den Sektoren-übergreifenden Versorgungseinrichtungen nicht vorgesehen werden. Die medizinisch-pflegerische Versorgung soll das zentrale Kernelement der Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen sein – zum einen mit Blick auf das Ziel einer stärkeren Ambulantisierung und zum anderen mit Blick darauf, dass die entsprechenden Krankenhäuser bereits jetzt qualitativ und wirtschaftlich stationäre Leistungen nicht mehr erbringen können. Mit der Bereithaltung akutstationärer Versorgung ist diese Versorgungsform weder mit Blick auf den Fachkräftemangel noch hinsichtlich der ökonomischen Parameter dauerhaft tragfähig; auch gehen Risiken für die Versorgungsqualität sowie Patientensicherheit einher. Akutstationäre Versorgung sollte deswegen ausschließlich in Ausnahmefällen ermöglicht werden. Eine Vereinfachung der Vergütungsregelungen für Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen wäre zu begrüßen, da die aktuell im KHVVG vorgesehenen Vorschriften mit hohem Umsetzungsaufwand verbunden sind. Die Vereinbarung krankenhausesindividueller Tagesentgelte auf Ortsebene würde zu einer enormen Steigerung der bürokratischen Aufwände führen. Zudem wird das Bild einer Kostenerstattung verstärkt, weil unterschiedliche Tagesentgelte auf Standortebene inhaltlich Selbstkostendeckung adressieren. Die Tagesentgelte sollten aus Sicht der AOK stattdessen auf Landesebene vereinbart werden und ausschließlich pflegerische und therapeutische Tätigkeiten umfassen. Sofern im Bedarfsfall ärztliche Leistungen notwendig sind, sind diese nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abzurechnen und nicht Bestandteil der Tagesentgelte. Es werden zwei Regelungsvorschläge aufgeführt. Der erste Vorschlag hat das Ziel, kurzfristig im aktuellen Gesetzgebungsverfahren zum KHAG die medizinisch-pflegerische Versorgung als wichtiges Element für den Strukturwandel in der Krankenhauslandschaft wieder zu integrieren. Mittel- bis langfristig muss Sektorübergreifende Versorgung weitergedacht werden. Hier wird auf den Regelungsvorschlag der AOK für eine Rechtsgrundlage

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			für „Sektorübergreifende Versorger“ aus Dezember 2023 verwiesen, der als zweiter Vorschlag aufgeführt ist. <u>Angestrebte Gesetzesänderungen</u> Erster Regelungsvorschlag: Kurzfristige Aufnahme der medizinisch-pflegerischen Versorgung in das KHVVG § 39 SGB V Krankenhausbehandlung (1) Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, stationsäquivalent, tagesstationär, teilstationär, vor- und nachstationär, medizinisch-pflegerisch sowie ambulant erbracht; sie umfasst auch Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss bisher keine Entscheidung nach § 137c Absatz 1 getroffen hat und die das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre, stationsäquivalente, oder tagesstationäre oder medizinisch-pflegerische Behandlung durch ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus, wenn die Aufnahme oder die Behandlung im häuslichen Umfeld nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfaßt im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation. Die stationsäquivalente Behandlung umfasst eine psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams; die tagesstationäre Behandlung umfasst einen täglich mindestens sechsständigen Aufenthalt der Patientinnen und Patienten im

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Krankenhaus, währenddessen überwiegend ärztliche oder pflegerische Behandlung erbracht wird, ohne Übernachtung im Krankenhaus. Die stationsäquivalente Behandlung und die tagesstationäre Behandlung entsprechen hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung. Zur Krankenhausbehandlung gehört auch eine qualifizierte ärztliche Einschätzung des Beatmungstatus im Laufe der Behandlung und vor der Verlegung oder Entlassung von Beatmungspatienten. [...] § 115g Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung (1) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sind Standorte von Krankenhäusern, die nach § 6c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt worden sind. Diese erbringen medizinisch-pflegerische Leistungen nach § 115h und können darüber hinaus insbesondere folgende Leistungen erbringen: 1. ambulante Leistungen aufgrund einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, 2. ambulantes Operieren nach § 115b sowie sonstige ambulante Leistungen, die nach diesem Buch von zugelassenen Krankenhäusern erbracht werden können, 3. der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f, 4. Übergangspflege nach § 39e, 5. Kurzzeitpflege nach § 39c. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können die medizinisch-pflegerischen Leistungen nach Satz 1 sowie die in Satz 2 Nummer 4 und 5 genannten Leistungen unter pflegerischer Leitung erbringen,

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			soweit sie nicht ärztlich zu verantworten sind. Die Möglichkeit für Krankenhäuser, die nicht als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt sind, Leistungen nach Satz 2 Nummer 1 bis 5 zu erbringen, bleibt unberührt. (2) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können zusätzlich Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 des Elften Buches und der Tagespflege und Nachtpflege nach § 41 des Elften Buches in selbständigen, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennten Pflegeabteilungen, die als stationäre Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 des Elften Buches zugelassen sind, erbringen. (3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung dem Bundesministerium für Gesundheit im Abstand von zwei Jahren, erstmals zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des 60. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats], einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der Leistungserbringung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen auf die ambulante, stationäre und pflegerische Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen vor. Die für den Bericht erforderlichen Daten sind ihnen von den Krankenkassen, den Pflegekassen, den Krankenhäusern und den Kassenärztlichen Vereinigungen in anonymisierter Form zu übermitteln.“ § 115h Medizinisch-pflegerische Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (1) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 115g Absatz 1 erbringen Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V als medizinisch-pflegerische Versorgung, wenn für die Versicherten eine ambulante ärztliche Behandlung auf Grund ihrer individuellen Verfassung, der persönlichen Lebenssituation oder wegen bestehender

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Vor- oder Begleiterkrankungen nicht ausreichend ist, weil neben dem medizinischen Behandlungsanlass ein besonderer pflegerischer Bedarf besteht. Die Versorgung beinhaltet die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, die Grund- und Behandlungspflege, ein Entlassmanagement, Unterkunft und Verpflegung sowie die erforderliche ärztliche Behandlung. Dies umfasst dabei mindestens eine werktägliche ärztliche Behandlung nach § 28 Abs. 1 SGB V sowie eine permanente pflegerische Betreuung. (2) Die ärztlichen Leistungen der medizinisch-pflegerischen Versorgung können auch von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten, mit denen die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen hat, erbracht werden. Die medizinisch-pflegerische Versorgung wird durch Vertragsärzte verordnet oder Krankenhäuser veranlasst. (3) Für die Vergütung der medizinisch-pflegerischen Versorgung schließen die Landeskrankenhausesgesellschaften, die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen auf der Landesebene eine Vereinbarung, welche eine Tagespauschale für den pflegerischen und therapeutischen Anteil der Versorgung umfasst. Ein Gesamtvolumen für die medizinisch-pflegerische Versorgung ist je Einrichtung festzulegen. In der Einführungsphase sind sachgerechte Ausgleichssätze zu berücksichtigen. Die ärztliche Rufbereitschaft wird entsprechend des einheitlichen Bewertungsmaßstabes vergütet und über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet. (4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum [einsetzen: Datum ein Jahr nach Inkrafttreten des

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Gesetzes] Einzelheiten der Erbringung der medizinisch-pflegerischen Versorgung, insbesondere 1. die Gruppe der Patientinnen und Patienten, für die die medizinisch-pflegerische Versorgung zu erbringen ist, 2. die sächlichen und personellen Mindestvoraussetzungen der medizinisch-pflegerischen Versorgung; dazu gehören: ☐ Einrichtung einer ärztlich oder pflegerisch geleiteten Bettenstation am Standort, ☐ durchgängige pflegerische Betreuung, ☐ Ärztliche Behandlung während verbindlich geregelter Anwesenheit und Patientenvisite (mindestens 10 Stunden je Woche) an Werktagen; ☐ Werktägliche ärztliche Verfügbarkeit aus internistischer Praxis in unmittelbarer räumlicher Nähe (im selben Gebäude), ☐ Nachts und am Wochenende: telemedizinische Anbindung zu einem Krankenhaus. Es ist festzulegen, welche Krankenhäuser für die Anbindung geeignet sind. 3. Vorgaben für Kooperationsvereinbarungen zwischen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen und Vertragsärztinnen und Vertragsärzten, 4. das Abrechnungsverfahren für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen und bei Kooperationsvereinbarungen mit Vertragsärzten nach Nummer 3 das Abrechnungsverfahren für Vertragsärzte, 5. das Nähere zur Vergütung der medizinisch-pflegerischen Versorgung, zur Vereinbarung eines Gesamtvolumens je Einrichtung für die medizinisch-pflegerische Versorgung; inklusive sachgerechter Ausgleichssätze.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene nach § 89a Absatz 2. (5) Die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vereinbaren den konkreten Versorgungsumfang der medizinisch-pflegerischen Versorgung in der jeweiligen Einrichtung. § 6c KHG Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung (1) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann Standorte von Krankenhäusern im Benehmen mit den Krankenkassen und Pflegekassen sowie den Ersatzkassen, der Landeskrankenhausgesellschaft oder der Vereinigung der Krankenhausträger im Land sowie der Kassenärztlichen Vereinigung durch Bescheid als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmen, wenn dieses Krankenhaus in den Krankenhausplan des jeweiligen Landes aufgenommen wurde. Als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung kann auch ein Krankenhaus bestimmt werden, das erstmalig in den Krankenhausplan aufgenommen wird. (2) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch unverzüglich, spätestens innerhalb von vier Wochen, eine Bestimmung nach Absatz 1 und Änderungen einer solchen Bestimmung mitzuteilen. Zweiter Vorschlag: Langfristige Perspektive zur Gestaltung von Sektorenübergreifende Versorgung Aufnahme eines neuen § 123a SGB V

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			§ 123a Sektorenübergreifende Versorger (1) Als Sektorenübergreifende Versorger bieten Krankenhäuser eine Versorgung mit medizinisch-pflegerischen Leistungen. Die pflegerische Versorgung und eine ärztliche Rufbereitschaft sind für 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche sicherzustellen. Zusätzlich kann bei regionalem Bedarf eine ärztliche Versorgung im Rahmen des ambulanten Operierens nach § 115b, der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f, einer Ermächtigung, der ambulanten Notfallversorgung, oder belegärztlich erfolgen. Bei regionalem Bedarf können Sektorenübergreifende Versorger zudem eine rein pflegerisch-therapeutische Versorgung erbringen. Hierbei ist ausschließlich eine pflegerische Versorgung 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche sicherzustellen. Bei Bedarf werden weitere therapeutische Berufsgruppen hinzugezogen. (2) Die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden können Plankrankenhäuser nach § 108 Nummer 2 SGB V im Krankenhausplan als Sektorenübergreifende Versorger mit medizinisch-pflegerischen Leistungen ausweisen. Hierbei haben die Kassenärztliche Vereinigung, die Landeskrankenhausgesellschaft und die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen sowie das Gremium nach § 90a ein Stimmrecht. Die Festlegung der Krankenhäuser als Sektorenübergreifende Versorger durch die zuständigen Landesbehörden erfolgt nach Anhörung von Kassenärztlicher Vereinigung, Landeskrankenhausgesellschaft und der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen. Jeweilige bestehende landesrechtliche Regelungen zum Einbezug der Landesverbände über ein Stimmrecht hinaus sind hierbei zu berücksichtigen. Für Sektorenübergreifende Versorger gelten § 115b Absatz 2 und § 115f Absatz 3 entsprechend. Einrichtungen sind auf Antrag vom Zulassungsausschuss in Planungs-bereichen, in denen eine Überversorgung nach § 103 Abs. 1 Satz 1 nicht

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			festgestellt worden ist, zur vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen. Der Umfang der Ermächtigung ist so zu begrenzen, dass eine Überversorgung ausgeschlossen ist. Die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden können gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung die Ergänzung der Leistungen um eine ambulante Notfallpraxis für Sektorenübergreifende Versorger festlegen. Soll aufgrund eines entsprechenden regionalen Bedarfs zusätzlich eine rein pflegerisch-therapeutische Versorgung erfolgen, hat der Sektorenübergreifende Versorger entsprechende Versorgungsverträge mit den Pflegekassen gemäß § 72 SGB XI abzuschließen. Ansonsten gelten die Regelungen dieses Buches. (3) Sektorenübergreifende Versorger müssen in Abhängigkeit von ihren konkreten Versorgungsaufträgen nachstehende Anforderungen erfüllen. Für die Erbringung der medizinisch-pflegerischen Versorgung gelten folgende Voraussetzungen: 1. Gewährleistung unterschiedlicher Zugangswege für die Patienten und Patientinnen sowie Sicherstellung der Weiter- oder Anschlussversorgung durch weitere Leistungserbringende. 2. Qualifizierte Pflegefachpersonen sind jederzeit vor Ort verfügbar. Eine ärztliche Rufbereitschaft ist über Kooperationsverträge zwischen dem Sektorenübergreifenden Versorger und Ärzten sicherzustellen, wobei auch telemedizinische Leistungen eingesetzt werden können. Weiteres therapeutisches Personal wird im Bedarfsfall hinzugezogen. 3. Schnittstellenmanagement. 4. Digitalisierung der Versorgungsprozesse. Die Prüfung der Einhaltung der Anforderungen obliegt den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden. Sie können auch Dritte mit der Durchführung der Prüfung beauftragen.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Für die Erbringung der pflegerisch-therapeutischen Versorgung gelten folgende Anforderungen: 1. Gewährleistung unterschiedlicher Zugangswege für die Patienten und Patientinnen sowie Sicherstellung der Weiter- oder Anschlussversorgung durch weitere Leistungserbringende. 2. Vertrag nach § 78b SGB XI (neu). 3. Pflegefachpersonen sind jederzeit vor Ort verfügbar. Die Leitung erfolgt durch eine Pflegefachperson. Diese zieht bei Bedarf Ärzte/-innen und weitere Therapeuten/-innen hinzu. Zu diesen gehören immer mindestens Physio- und Ergotherapeuten/-innen sowie Logopäden/-innen. Zudem ist ein Sozialdienst und ein Casemanagement vorzuhalten. Bei Bedarf können weitere Berufsgruppen hinzugezogen werden. 4. Koordination der individuellen Versorgungssituation unter Einbeziehung aller benötigten therapeutischen Berufsgruppen (z. B. auch Alterspädagogik) im Rahmen einer interprofessionellen Zusammenarbeit über Festanstellung oder Nachweis von Kooperationen. Für die Erbringung weiterer ambulanter Leistungen gelten die jeweiligen Regelungen dieses Buches. (4) Für die Vergütung der medizinisch-pflegerischen Versorgung schließen die Landeskrankenhausesellschaften, die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen auf der Landesebene eine Vereinbarung, welche eine Tagespauschale für den pflegerischen und therapeutischen Anteil der Versorgung umfasst. Die ärztliche Rufbereitschaft wird entsprechend des einheitlichen Bewertungsmaßstabes vergütet und über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet. Für alle weiteren Leistungen erfolgt die Vergütung auf Grundlage der jeweils geltenden Regelungen.

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			(5) Nach Feststellung des Bedarfs durch den Landesausschuss und im Einvernehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde kann ein Sektorenübergreifender Versorger als Primärversorgungszentrum gemäß § 73 a ausgestaltet werden. Folgeänderungen im SGB XI Dritter Abschnitt Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern § 78b (neu) pflegerisch-therapeutische Versorgung (1) Die Pflegekassen können mit Krankenhäusern als sektorenübergreifende Versorger Verträge über pflegerisch-therapeutische Versorgung schließen. (2) In den Verträgen nach Absatz 1 ist das Nähere über Art, Inhalt und Umfang der zu erbringenden Leistungen der pflegerisch-therapeutischen Versorgung sowie deren Vergütung zu regeln. Diese Verträge können von den Vorschriften der §§ 75 und 85 abweichende Regelungen treffen.
	§ 12a Absatz 2 Satz 4 KHG	Ergänzender Änderungsbedarf Übertragung nicht beantragter Mittel aus dem Krankenhaus-Strukturfonds in den Krankenhaus-Transformationsfonds	<u>Ergänzender Änderungsbedarf</u> Die Regelung ist zu streichen. <u>Begründung</u> Beim Krankenhaus-Strukturfonds nach §§ 12 und 12a KHG handelt es sich um Mittel, die ohne zusätzliche Bundesmittel direkt aus der Liquiditätsreserve entnommen werden, und damit letztlich um Geld der Beitragszahlenden. Durch das KHVVG wurde geregelt, dass Mittel aus dem Krankenhaus-Strukturfonds, soweit sie nicht vollständig und vorbehaltlos bis 31.12.2025 beantragt worden sind, in den Krankenhaus-Transformationsfonds fließen. Da der Gesetzgeber sich nun für eine Finanzierung des Krankenhaus-Transformationsfonds aus Bundesmitteln entschieden hat, wäre die Streichung der Mittelübertragung folgerichtig. Andernfalls wird der

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Krankenhaus-Transformationsfonds nicht nur aus Bundesmitteln, sondern auch aus Resten des aus Beitragsgeldern finanzierten Strukturfonds bestückt. Eine solche Vermischung ist inkonsequent, nicht sinnvoll und daher zu streichen.
	§ 26 KHG	Ergänzender Änderungsbedarf Zusatzentgelt für Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 im Krankenhaus	<u>Ergänzender Änderungsbedarf</u> § 26 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10.04.1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 8a des Gesetzes vom 22.03.2024 (BGBl. 2024 I Nr. 101) geändert worden ist, wird aufgehoben. <u>Angestrebte Gesetzesänderung</u> Wie andere pandemiebedingte Sonderregelungen ist auch diese Regelung nach dem Ende der COVID-19-Pandemie nicht mehr erforderlich.
	§ 40 KHG, § 136b SGB V	Ergänzender Änderungsbedarf Konzentration der onkologischen Versorgung	<u>Angestrebte Gesetzesänderungen</u> § 40 KHG ist zu streichen. Als Ersatz erfolgt eine Ergänzung des § 136b SGB V. Zur deutlichen Steigerung der Qualität und der Patientensicherheit wird der G-BA beauftragt mit einer klaren Terminvorgabe die Ergebnisse der WiZen-Studie (Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren) in Form einer Richtlinie umzusetzen und in Folge weitere onkologische Leistungsbereiche zu ergänzen. § 40 KHG Streichung § 136b Absatz 1 neue Nummer 5 SGB V (1) Der Gemeinsame Bundesausschuss fasst für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und Patienten auch Beschlüsse über 1. ... 2. 3.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			4. 5. die Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit in der onkologischen Versorgung und setzt bis zum 31.12.2026 erste wissenschaftliche Ergebnisse zur Versorgung in onkologischen Zentren um. Bis zum 31.12.2028 prüft er weitere Leistungsbereiche und ergänzt dies in seiner Richtlinie. <u>Begründung</u> Zur Unterstützung von Konzentrationsbemühungen und Verbesserungen der Qualität im Bereich der Onkologie sollte durch die Schaffung des § 40 KHG im KHVVG und Ergänzungen im KHAG die Spezialisierung von onkochirurgischen Leistungen gefördert werden, indem die fallzahlschwächsten Krankenhausstandorte von der Leistungserbringung ausgeschlossen werden. Die Regelung beinhaltet, dass alle chirurgischen Leistungen, die aufgrund einer onkologischen Diagnose erbracht werden, über OPS- und ICD-Klassifikation durch das IQWiG bis zum 28.02.2025 operationalisiert und im Weiteren Indikationsbereiche durch das InEK definiert werden. Das InEK analysiert auf Grundlage der § 21-Daten aus 2023 die Fallzahlen pro Krankenhausstandort (andres Datenjahr geplant durch KHAG). Es werden alle Krankenhausstandorte dargestellt, die die geringsten Fallzahlen aufweisen, bis 15 % aller Fälle über alle Krankenhausstandorte erreicht sind. Die Liste war bis zum 31.05.2025 zu veröffentlichen (Fristverschiebung geplant durch KHAG), die Veröffentlichung ist jedoch zum Zeitpunkt der Erstellung der Stellungnahme nicht erfolgt. Für die auf dieser Liste geführten Krankenhausstandorte wird die Abrechnung der onkochirurgischen Leistungen zum 01.01.2027 (Fristverschiebung geplant durch KHAG) ausgeschlossen. Der Grundsatz hochspezialisierte Leistungen zu konzentrieren, ist uneingeschränkt zu unterstützen. Der Gesetzgeber fokussiert in den Regelungen des § 40 auf „onkochirurgische“ Leistungen, beschränkt sich jedoch ausschließlich auf Fallzahlen. Implizit mögen ergänzend die Qualitätskrite-

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			rien der Leistungsgruppen wirken, in denen die genannten onkochirurgischen Leistungen erbracht werden. Dort sind jedoch onkologische Leistungen zumeist einzelnen Organgruppen zugeordnet ohne explizite Benennung (Ausnahme z. B. Ovarial-Carcinom). Es gibt ausreichend wissenschaftliche Evidenz, dass nicht nur Fallzahlen, sondern auch weitere Struktur- und Prozessparameter sowie im besten Fall auch messbare Ergebnisqualität die Qualität der Leistungserbringung mitbestimmen. Für einige onkologische Bereiche konnte dies eindrücklich in der vom Innovationsfonds geförderten WiZen-Studie (Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren) im Zusammenhang mit einer Zertifizierung der Krebszentren nachgewiesen werden. Eine Umsetzung der Ergebnisse dieser Studie wäre durchaus über eine klar termingebundene Beauftragung des G-BA auch zeitnah umsetzbar. Daher lehnt der AOK-Bundesverband die Regelungen des § 40 KHG ab. Der G-BA soll mit einer neuen Nummer 5 in § 136b Absatz 1 beauftragt werden, bis zum 31.12.2026 dies umzusetzen und in Folge weitere onkologische Bereiche zu prüfen und spätestens zwei Jahre später in die Richtlinie einzubinden. Spezielle Anstrengungen zur Zentralisierung wären auch bei anderen Leistungsbereichen hilfreich (z. B.: Revisionsendoprothetik, Traumatologie, Herzchirurgie, etc.). Die zum Teil nur implizit wirkenden, bisher bekannten Qualitätskriterien der Leistungsgruppen und die Mindestvorhaltezahlen erscheinen dafür noch nicht ausreichend zu sein. Die Auswirkungen von § 40 KHG wurden in einem Beitrag, der im Monitor Versorgungsforschung veröffentlicht wurde, untersucht: https://www.monitor-versorgungsforschung.de/wp-content/uploads/2024/06/MOVS-0424_M_S_OnlineFirst_070624.pdf Der Beitrag zeigt im Sinn einer Auswirkungsanalyse, dass die Regelung nach § 40 KHG mutmaßlich nicht dazu geeignet ist, die Morbidität und Mortalität bei Karzinom-Behandlung im erforderlichen und erreichbaren Ausmaß zu erreichen.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	§ 2 KHEntg G	Ergänzender Änderungsbedarf Übertragung der Aufgaben im Zusammenhang mit der Ausweisung der Zentren und Schwerpunkte durch die zuständige Landesbehörde auf die Vertragsparteien auf Ortsebene	<u>Ergänzender Änderungsbedarf</u> Streichung des § 2 Absatz Satz 4 2. Halbsatz KHEntgG, das Semikolon wird durch einen Punkt ersetzt. <u>Begründung</u> Die im Zuge des KHVVG eingeführte Kann-Regelung schwächt die gesamtplanerische Verantwortung der Länder, die sie bei der Auswahl der Zentren und Schwerpunkte zu tragen haben, indem sie die Prüfung der Vorgaben den Krankenkassen vor Ort überlässt. Es handelt sich somit um eine Verlagerung der Prüfung, aber nicht um eine Beschleunigung des Verfahrens. Diese neue den Krankenkassen zufallende Prüfaufgabe belastet zudem die Budgetverhandlungen; der Abbau des sogenannten Budgetstaus würde dadurch verlangsamt. Mit der Krankenhausreform fällt den Ländern allein schon durch die Zuweisung der Leistungsgruppen eine größere Verantwortung in der Krankenhausplanung zu. In diesem Zusammenhang ist es sachgerecht, dass auch die Verantwortung bei der Zentrumsplanung in Gänze beim Land verbleibt.
	§ 6 KHEntg G	Ergänzender Änderungsbedarf Vereinbarung sonstiger Entgelte	<u>Ergänzender Änderungsbedarf / Begründung</u> Der Erstattungsbetrag gemäß § 130b SGB V wird in § 6 Absatz 2 Satz 11 KHEntgG als Preisobergrenze für den stationären Bereich definiert. Diese Obergrenzenregelung bezieht jedoch die krankenhausesindividuellen Entgelte gemäß § 6 Absatz 1 KHEntgG nicht mit ein. Häufig ändern sich die Erstattungsbeträge unterjährig und zeitlich rückwirkend. Dies führt im stationären Bereich zu Neuvereinbarungen, die jeweils von den Landesbehörden genehmigt werden müssen. Dieses Verfahren ist aufgrund der hohen Dynamik bei den Erstattungsbeträgen in der Praxis mit hohen bürokratischen Aufwänden verbunden. Diese Genehmigungsregelungen und die jeweiligen Neuvereinbarungsverpflichtungen sollen gestrichen werden.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Derzeit müssen in Folge die entstehenden Differenzbeträge im Budget über Mehr- und Mindererlöse ausgeglichen werden. Einzelne Krankenkassen zahlen hohe Eurobeträge zu viel, die dann nach Festsetzung der Erstattungsbeträge nur 5- oder 6-stellig niedriger über den Morbi-RSA an die Kasse ausgeglichen werden. Die hohen Differenzen werden im Klinikbudget mit allen belegenden Krankenkassen ausgeglichen. Eine Neuregelung muss diese Ausgleichs gezielt kostenträgerspezifisch zurückerstat-ten. Die beschriebenen Herausforderungen und der daraus resultierende Handlungsbedarf bestehen gleichermaßen in somatischen wie auch in psy-chiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen, in denen Arzneimittel mit Erstattungsbetrag angewendet und abgerechnet werden. Daher sollen die neuen Regelungen auch in den Bundespflegegesetz gespiegelt werden. Bürokratiearme Umsetzung Bei der Umsetzung der oben genannten Regelungsbedarfe müssen fol-gende operationellen Umsetzungen zwingend berücksichtigt werden, um einen hohen unnötigen bürokratischen Aufwand bei der bestehenden Preisdynamik im AMNOG-Verfahren zu vermeiden: • Der verhandelte Erstattungsbetrag muss zeitnah in den Preis- und Produktverzeichnissen nach § 131 SGB V in maschinenlesbarer Form veröffentlicht werden, so dass alle Abrechnungssysteme der derzeit 1.700 Krankenhäuser und der Krankenkassen ab einem Stichtag mit den gleichen Werten abrechnen können und so eine Vielzahl an Rechnungsstornos-/ -korrekturen vermieden wird. • Für die Abrechnung muss eine Eurobetragsstufe festgelegt wer-den, ab dem diese kostenträgerspezifische Abrechnung greift. Der bürokratische Aufwand bzgl. Rechnungsstornos und -korrekturen darf nicht bei niedrigen Eurobeträgen anfallen.

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Des Weiteren müssen die Änderungen noch eine eindeutige Regelung beinhalten, wie ein Mehr- oder Mindererlösausgleich – insbesondere Mehrerlösausgleiche – bei unterjährigen Preisänderungen im Bereich der E3.2-Entgelte konkret zu berechnen sind.
	§ 9 Abs. 1 b Satz 1 KHEntg G	Ergänzender Änderungsbedarf Anpassung des Veränderungswertes	<u>Ergänzender Änderungsbedarf</u> (hilfsweise): Klarstellung in § 9 Abs. 1b Satz 1 KHEntgG dahingehend, dass bei Anwendung des Orientierungswertes bereits refinanzierte Kosten (z. B. durch unterjährige Landesbasisfallwerterhöhungen) mindernd zu berücksichtigen sind und der Veränderungswert maximal bis zur Höhe des Orientierungswertes vereinbart werden kann. <u>Begründung</u> Eine differenzierte Regelung, die bereits anderweitig finanzierte Kostensteigerungen berücksichtigt, ist zwingend erforderlich.
	§ 10 KHEntg G	Ergänzender Änderungsbedarf Einnahmeorientierte Ausgabenpolitik	<u>Ausgangslage / Problematik</u> Vor dem Hintergrund der angespannten wirtschaftlichen Entwicklung sowie einer Verschärfung der sicherheitspolitischen Herausforderungen für die Europäische Union sind Maßnahmen zur Stärkung und Stabilisierung des Wirtschaftsstandortes Deutschland zwingend erforderlich. Um einerseits die Wettbewerbsfähigkeit zu erhöhen und andererseits die Binnenkonjunktur zu stärken, muss auch die Kostenentwicklung bei den Gesundheitsausgaben gedämpft werden. Dazu sind einerseits Maßnahmen zur Modernisierung der Versorgungsstrukturen notwendig, die allerdings eher mittel- bis langfristig zu einer Entlastung führen können. Andererseits sind kurzfristige Maßnahmen erforderlich, um sowohl die Versicherten als auch die Arbeitgebenden schnellstmöglich bei der Beitragszahlung zu entlasten. Die GKV wird im Jahr 2025 voraussichtlich 341 Mrd. Euro für die medizinische Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung stellen. Davon werden ca. 50 Mrd. Euro für die ambulante vertragsärztliche Versorgung und ca. 100 Mrd. Euro für die stationäre Versorgung aufgewendet. Auch für die

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Arzneimitteltherapie werden voraussichtlich mehr als 60 Mrd. Euro ausgegeben. Dieses Ausgabenniveau von 341 Mrd. Euro im Jahr 2025 darf kurzfristig nicht weiter überschritten werden und für die kommenden Jahre nicht stärker steigen als die Einnahmen der GKV. <u>Angestrebte Gesetzesänderung</u> Daher sind ausgabenbegrenzende Maßnahmen erforderlich, die den politisch Handelnden Spielräume für Einsparungen geben, ohne den Leistungsumfang der Gesundheitsversorgung der Patientinnen und Patienten in Deutschland zu reduzieren. Dabei ist wichtig zu betonen, dass die bedarfsnotwendigen Versorgungsstrukturen auch weiterhin erhalten bleiben und deren Mittel nicht gekürzt werden. Der überproportionale Anstieg der Ausgaben muss jedoch gestoppt werden. Nur so kann der Bestand dieser Strukturen auch nachhaltig gesichert werden. Insgesamt soll der Beitragsatz für die Versicherten konstant gehalten werden. Als Maßnahme sollten zu einem Zeitpunkt die Veränderungsrate der Einnahmen der GKV insgesamt und die Veränderungsrate der Ausgaben der GKV im Krankenhausbereich verglichen werden. Liegt für das Vorjahr die Veränderungsrate der Ausgaben höher als Veränderungsrate der Einnahmen, werden die Landesbasisfallwerte für das laufende Kalenderjahr mindestens in der Höhe der Differenz abgesenkt. Um eine Bevorzugung der psychiatrischen Krankenhäuser zu vermeiden, ist ein entsprechender Mechanismus auch bei diesen Krankenhäusern vorzusehen. Dieser Vorschlag bezieht sich zunächst auf die GKV. Sollte der Vorschlag umgesetzt werden, ist zu überlegen, ob auch andere Kostenträger wie die PKV und UV in die Regelung einbezogen werden sollten.
	§ 10 Abs. 5	Ergänzender Änderungsbedarf Streichung Tarifratenregelung	<u>Angestrebte Gesetzesänderung</u> Ersatzlose Streichung von § 10 Absatz 5 KHEntgG

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	KHEntg G		<u>Begründung</u> Die bisherige vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen über bundesweit wirksame Landesbasisfallwerterhöhungen hat zu flächendeckenden Gießkanneneffekten geführt. Dies ist aus GKV-Sicht weder sachgerecht noch finanzierbar. Zudem wird dadurch die Tarifaufonomie in ihrer Ausgewogenheit unterlaufen. Die bislang im Rahmen der auf Bundesebene zu vereinbarenden Tarifierhöhungsrates volle Refinanzierung von Tarifsteigerungen hat weitere flächendeckende und basiswirksame Steigerungen der Landesbasisfallwerte („Gießkannen“) zur Folge, die völlig unabhängig von der Einnahmeseite der GKV von allen Beitragszahlenden in Zukunft zu tragen und auch nunmehr jahresbezogen im Orientierungswert abgebildet sind. Völlig außer Acht gelassen wird hier zudem, dass durch die sogenannte Meistbegünstigungsklausel in den vergangenen zehn bis fünfzehn Jahren die Kostensteigerungen der Krankenhäuser deutlich überkompensiert wurden. Die Krankenhäuser haben dabei sehr von der Meistbegünstigung (Grundlohnrate statt Orientierungswert, wenn dieser niedriger ist) profitiert. Diese Regelung führte zu Steigerungen der Landesbasisfallwerte, die sich in der Basis der aktuellen Landesbasisfallwerte wiederfinden. Die volle Tarifrefinanzierung hat darüber hinaus weitreichende Folgen für die zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern stattfindenden Tarifverhandlungen. Die Arbeitgeber werden durch die Möglichkeit der vollständigen Weiterreichung der Kostensteigerungen jegliches Interesse verlieren, angemessene Tarifabschlüsse zu vereinbaren. Hohe Tarifsteigerungen und damit hohe Kostensteigerungen für die GKV sind durch die Aushöhlung der Tarifverhandlungen zu erwarten. Die Erfahrungen aus der Einführung der Pflegebudgets und damit der Regelungen zur vollständigen Refinanzierung der Kosten im Pflegebereich seit dem Jahr 2020 zeigen, dass hohe jährliche Steigerungsraten im Personalkostenbereich zu erwarten sind, wenn die Kosten 1:1 refinanziert werden. Weitere jährliche hohe basiswirksame Mehrkosten für die GKV sind nun zu erwarten. Vor diesem Hintergrund wird diese Maßnahme von der GKV abgelehnt.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Damit verbunden ist, die Meistbegünstigungsklausel bei der Landesbasisfallwertberechnung ersatzlos zu streichen.
	§ 10 Abs. 6 Satz 7 KHEntg G	Ergänzender Änderungsbedarf Streichung der Meistbegünstigungsklausel	<u>Angestrebte Gesetzesänderung</u> Streichung von § 10 Abs. 6 Satz 7 und 9 KHEntgG (6) Das Statistische Bundesamt hat jährlich einen Orientierungswert, der die tatsächlichen Kostenentwicklungen der Krankenhäuser ohne die Kostenentwicklung des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen wiedergibt, zu ermitteln und spätestens bis zum 30.09. jeden Jahres zu veröffentlichen; die hierfür vom Statistischen Bundesamt zu erhebenden Daten werden vom Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates festgelegt. Die Erhebungen werden jährlich vom Statistischen Bundesamt durchgeführt. Der Berichtszeitraum umfasst die zweite Hälfte des Vorjahres und die erste Hälfte des laufenden Jahres. Die Krankenhäuser nach § 2 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der in den §§ 3 und 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Krankenhäuser, soweit sie zu den Krankenhäusern nach § 107 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gehören, mit Ausnahme der Krankenhäuser, deren Träger der Bund ist, der Krankenhäuser ohne Versorgungsvertrag sowie reiner Tages- und Nachtkliniken, sind verpflichtet, dem Statistischen Bundesamt für die Zwecke nach Satz 1 Daten zu übermitteln. Soweit es zur Gewinnung von Informationen zur Bestimmung des Orientierungswertes erforderlich ist, darf das Statistische Bundesamt die erhobenen Daten mit den nach § 21 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 genannten Daten zusammenführen. Unterschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, entspricht der Veränderungswert der Veränderungsrate. Überschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, vereinbaren Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren den Veränderungswert gemäß § 9 Absatz 1b Satz 1 und § 9

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Absatz 1 Nummer 5 der Bundespflegesatzverordnung. Für die Zeit ab dem Jahr 2018 ist die Anwendung des vollen Orientierungswerts als Veränderungswert sowie die anteilige Finanzierung von Tarifsteigerungen, die den Veränderungswert übersteigen, zu prüfen. <u>Begründung</u> Als kurzfristig greifende Maßnahmen im Krankenhausbereich sollte die Meistbegünstigungsklausel beim Orientierungswert gestrichen werden. Hierdurch würde eine stärkere Kopplung von Einnahmen und Ausgaben erzielt. Die Meistbegünstigungsklausel (Geltung der Grundlohnrate als Obergrenze, wenn diese höher ist als der Orientierungswert) hat in den vergangenen Jahren zu erheblichen, nicht sachgerechten Mehrbelastungen der GKV geführt. Im Sinne einer verursachungsgerechten Vergütung und zur Vermeidung unbegründeter Kostensteigerungen ist eine ersatzlose Streichung dieser Regelung dringend geboten.
	§ 11 KHEntg G	Ergänzender Änderungsbedarf Genehmigung von vereinbarten Sanktionsabschlägen	<u>Angestrebte Gesetzesänderung</u> Aktueller Wortlaut „Die Genehmigung des vereinbarten Abschlags ist von den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes <u>bei der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde</u> zu beantragen.“ <u>Änderungsvorschlag:</u> In § 11 Absatz 4 Satz 8 werden die Worte „für die Krankenhausplanung“ gestrichen. „Die Genehmigung des vereinbarten Abschlags ist von den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bei der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zu beantragen.“

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<u>Begründung</u> Für die Vereinbarung gemäß § 11 Abs. 4 Satz 6 KHEntgG für einen Sanktionsabschlag aufgrund fehlender Unterlagenlieferung eines Krankenhauses ist aktuell geregelt, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde die Genehmigung erteilt. Mit der Änderung entspricht die Benennung der zuständigen Institution der Bezeichnung im übrigen Krankenhausentgeltgesetz bzw. insbesondere im § 14 KHEntgG. Die Änderung ist notwendig, da die Genehmigung von Budgetvereinbarungen gemäß § 11 KHEntgG im Übrigen durch die vom Land selbst bestimmte zuständige Landesbehörde erfolgt. Es handelt sich regelhaft um untergeordnete Behörden wie Regierungspräsidien. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde ist hingegen regelhaft das Landesministerium selbst. Hier besteht jedoch nicht die fachliche Zuständigkeit für die Prüfung einer Budgetvereinbarung und deren Genehmigung. Der aktuelle Gesetzeswortlaut führt in den Bundesländern zu Verzögerungen in Bearbeitung solcher Anträge. Mit der Anpassung entfällt zusätzlicher Bürokratieaufwand in den Landesministerien und das Ziel der Budgetbeschleunigung wird gefördert.
	§ 87 SGBV	Ergänzender Änderungsbedarf Vergütung ambulantes Operieren	<u>Ergänzender Änderungsbedarf</u> Es wird ein neuer Absatz 2r hinzugefügt: „Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab festgelegten Leistungen des ambulanten Operierens sind mit den nicht-operativen ärztlichen Leistungen in der jeweiligen Facharztgruppe durch den Bewertungsausschuss Ärzte auf ihr Verhältnis zueinander bis zum 31.12.2026 zu überprüfen. Dabei ist das wertmäßige Verhältnis so anzupassen, dass die fachärztliche Grundversorgung gegenüber der Erbringung von Leistungen des ambulanten Operierens gestärkt wird. Der Bewertungsausschuss hat bei der Bewertung der im einheitlichen Bewertungsmaßstab festgelegten Leistungen des ambulanten Operierens zu berücksichtigen, dass die Bewertungen mit zunehmend erbrachter Menge ab einem Schwellenwert sinken. Die Anpassung nach Satz 1 erfolgt ausgabenneutral über einen Betrachtungs-

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			zeitraum von zwei Jahren. Der Bewertungsausschuss überprüft in regelmäßigen Abständen die Ausgabenneutralität. Kommt die Prüfung zu dem Ergebnis, dass die Anpassungen nach Satz 1 nicht ausgabenneutral waren, passt der Bewertungsausschuss die Bewertungen entsprechend an. Der Bewertungsausschuss überprüft erneut zum 31.12.2028 das wertmäßige Verhältnis der Leistungen zueinander einschließlich der Absenkung der Bewertungen nach Satz 3 und passt diese bei Bedarf an.“ Es wird ein neuer Absatz 2s hinzugefügt: „Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab festgelegten Leistungen des ambulanten Operierens sind ab dem 01.01.2030 ausschließlich auf Grundlage empirischer Kostendaten festzulegen. Hierfür übermitteln die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, die diese Leistungen erbringen, auf Anforderung des Instituts des Bewertungsausschusses alle hierfür erforderlichen Daten, einschließlich der für die empirische Kostenkalkulation erforderlichen Daten aus der privatärztlichen Leistungserbringung. Das Nähere zur Erfassung und Übermittlung beschließt der Bewertungsausschuss bis zum 31.12.2026. In dem Beschluss sind die Kriterien für die Auswahl der Leistungserbringer nach Satz 1 (repräsentative Stichprobe) festzulegen. Die übermittelnden Leistungserbringer erhalten für die Erfassung und Übermittlung der Daten eine Aufwandsentschädigung. Die Höhe der Aufwandsentschädigung wird in dem Beschluss nach Satz 3 festgelegt. Die zu erfassenden Daten haben alle mit den Leistungen verbundenen Kosten wie Sachkosten, das Leistungsgeschehen und eine Ermittlung der jeweiligen Praxisstrukturen zu beinhalten. Ab dem Kalenderjahr 2030 werden die Leistungen und deren Vergütung jährlich auf Basis der jeweils vorliegenden Daten angepasst. <u>Begründung</u> Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes sind im Zusammenhang mit notwendigen Anpassungen von § 115f SGB V Anpassungen im Hinblick auf die Vergütung des ambulanten Operierens vorzunehmen. Hierbei sollen zwei Themenkomplexe angesprochen werden.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			In der kurzfristigen Perspektive ist es notwendig, dass der Bewertungsausschuss Ärzte beauftragt wird, die Punktzahlbewertung im Hinblick auf das innere Gefüge des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zu überprüfen. Nach den Daten der Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamtes gehen die Reinerträge bei fachärztlichen Praxen zwischen denjenigen, die operieren, und denjenigen, die nicht operieren, immer weiter auseinander. Das geschieht zu Lasten der fachärztlichen Grundversorgung, die ein elementarer Bestandteil der fachärztlichen Versorgung ist. Die zunehmende Professionalisierung im Bereich des ambulanten Operierens wird im EBM nur unzureichend abgebildet. Die Professionalisierung trägt dazu bei, dass Prozessabläufe optimiert, OP-Räumlichkeiten besser genutzt werden etc. Hierdurch sinken die Kosten je erbrachter Leistung. Sowohl die zunehmende Professionalisierung als auch die allgemeine Fixkostendegression bei steigender Menge machen die Implementierung einer sinkenden Bewertung im EBM notwendig. In der mittelfristigen Perspektive bedarf es einer empirischen Kostenkalkulation für die im EBM abgebildeten Leistungen. Dies ist im Zusammenhang mit der Normsetzung in § 115f SGB zu sehen, bei der der Gesetzgeber gleichfalls eine empirische Kostenkalkulation vorsieht.
	§ 115f SGB V	Ergänzender Änderungsbedarf Spezielle sektorengleiche Vergütung	<u>Ergänzender Änderungsbedarf</u> In Abs. 1 wird Satz 8 wie folgt gefasst: „Die Vorschläge haben zwingend eine schrittweise Anpassung der Vergütungen vorzusehen, mit dem Ziel, dass bis zum Jahr 2030 die Höhe der Vergütungen der nach § 115b vereinbarten Leistungen erreicht wird.“ Es wird folgender Satz 10 ergänzt: „Die Vereinbarung nach Satz 9 beinhaltet zwingend eine schrittweise Absenkung auf die Höhe der Vergütungen der nach § 115b vereinbarten Leistungen, beginnend ab dem Kalenderjahr 2027, bis diese auf Basis empirischer Kosten nach Abs. 1a erfolgt.“

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			In Abs. 1a werden folgende Sätze hinzugefügt: „Das Konzept beinhaltet verpflichtend eine Erfassung der empirischen Kostendaten der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer. Hierfür übermitteln diese auf Anforderung des Instituts des Bewertungsausschusses alle hierfür erforderlichen Daten, einschließlich der für die empirische Kostenkalkulation erforderlichen Daten aus der privatärztlichen Leistungserbringung. Das Nähere zur Erfassung und Übermittlung beschließt der Bewertungsausschuss bis zum 30.06.2026. In dem Beschluss sind die Kriterien für die Auswahl der Leistungserbringer nach Satz 5 (repräsentative Stichprobe) festzulegen. Die übermittelnden Leistungserbringer erhalten für die Erfassung und Übermittlung der Daten eine Aufwandsentschädigung. Die Höhe der Aufwandsentschädigung wird in dem Beschluss nach Satz 7 festgelegt. Die zu erfassenden Daten haben alle mit den Leistungen verbundenen Kosten, wie Sachkosten, das Leistungsgeschehen und eine Ermittlung der jeweiligen Praxisstrukturen, zu beinhalten.“ In Abs. 2 wird Satz 5 gestrichen. In Abs. 3 werden nach Satz 6 folgende Sätze hinzugefügt: „Die örtlich zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln den Krankenkassen elektronisch einmal im Monat ein maschinenlesbares Verzeichnis der nach dieser Rechtsgrundlage berechtigten Leistungserbringer. Die übermittelten Daten dürfen von den Krankenkassen ausschließlich zum Zwecke ihrer Aufgaben nach Satz 4 verwendet werden“. In Abs. 4 wird Satz 2 wie folgt gefasst: „Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 9 oder Absatz 1a Satz 4 oder eine Anpassung nach Absatz 2 Satz 1 ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zustande, setzt der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a Satz 2 den Inhalt der jeweiligen Verein-

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			barung mit einer Mehrheit von 6 Stimmen seiner stimmberechtigten Mitglieder innerhalb von vier Wochen fest; abweichend von § 87 Absatz 5a Satz 1 und 2 gilt das Stimmengewicht der Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen doppelt.“ Es wird ein neuer Satz 3 hinzugefügt: „Wird eine Mehrheit von sechs Stimmen unter Berücksichtigung des doppelten Stimmengewichts der Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nicht erreicht, gilt § 87 Absatz 5a Satz 6 und 7 entsprechend.“ In Abs. 5 wird ein neuer Satz 3 hinzugefügt: „Der Evaluationsbericht ist vier Wochen nach Bereitstellung an das Bundesgesundheitsministerium auf den Internetseiten des in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannten Instituts und des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu veröffentlichen.“ <u>Begründung</u> Der Gesetzgeber hat mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfIEG) einen neuen ambulanten Leistungsbereich geschaffen, dessen Leistungen über Hybrid-DRGs vergütet werden und sowohl durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und Krankenhäuser erbracht werden können. Dieser Leistungsbereich wird seitens des AOK-Bundesverbandes in Anbetracht der Kostenwirkungen im vertragsärztlichen Bereich und der bislang nur geringfügig erreichten weiteren Ambulantisierung insgesamt kritisch beurteilt. Neben dieser grundsätzlichen Einschätzung bestehen jedoch auch in der Praxis Handlungsbedarfe, die nur durch eine Anpassung der gesetzlichen Norm gelöst werden können. Handlungsbedarf besteht bei verschiedenen Teilaspekten der Thematik. Diese reichen von der bisher nicht umgesetzten Absenkung der Vergütung der Hybrid-DRGs über die Frage der empirischen Kostenkalkulation bis hin

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			zur unzureichenden Stimmenparität zwischen Kostenträgern und Leistungserbringung im Falle des ergänzten Bewertungsausschusses. Im Folgenden soll auf die einzelnen Teilaspekte eingegangen werden. Die aktuelle gesetzliche Regelung sieht vor, dass in den Vorschlägen der Institute, die die Grundlage der dreiseitigen Vereinbarung zur Vergütung der Hybrid-DRGs bilden sollen, eine Absenkung auf das Niveau der Vergütungshöhe des ambulanten Operierens nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) enthalten sein soll. In der gesetzlichen Norm fehlt es zum einen an einer ausdrücklichen Verpflichtung, die vorgesehene Absenkung der Vergütung auch in der Vereinbarung zwingend umzusetzen. Zum anderen ist die entsprechende Vorgabe in den vorzulegenden Vorschlägen inhaltlich konkreter auszugestalten. Anderenfalls erscheint eine tatsächliche Umsetzung nicht realistisch, da auch bisher davon scheinbar abgesehen wurde. Hybrid-DRGs sollen nach dem Willen des Gesetzgebers ab 2030 empirisch kalkuliert werden. In der Praxis zeigt sich jedoch, dass dafür weitergehende Daten aus dem vertragsärztlichen Bereich notwendig sind. Die bisherigen Datengrundlagen sind nicht ausreichend. Es bedarf einer Klarstellung zu dem in diesem Jahr abzustimmenden Konzept zur empirischen Kostenkalkulation sowie eine Regelung, die in Analogie zum Verfahren im stationären Bereich das Institut des Bewertungsausschusses beauftragt, die erforderlichen Daten zu erheben. Kinder und Jugendliche sowie Menschen mit Behinderung sind bisher dezidiert von der Regelung ausgenommen. Diese Regelung ist nicht nachvollziehbar und erscheint wenig sachgerecht. Bei Hybrid-DRGs handelt es sich um eine ambulante Leistungserbringung, die gerade in diesem Kontext sogar angezeigt sein kann. Hinsichtlich der Abrechnungen wird den Krankenkassen bisher kein Leistungserbringerverzeichnis zur Verfügung gestellt. Dieses ist aber für die

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Abrechnung unabdingbar, um zu erkennen, ob die jeweiligen Leistungserbringer die für die Abrechnung erforderlichen Voraussetzungen erfüllen. In anderen Leistungsbereichen ist das Führen eines Leistungserbringerverzeichnisses übliche Praxis. In der derzeitigen gelebten Praxis entstehen allen Krankenkassen in der weiteren Überprüfung und Bearbeitung unnötige Verwaltungsaufwände, die einfach und schnell vermieden werden könnten. In der Entscheidungsfindung zu Hybrid-DRGs wird bei Nicht-Verständigung der ergänzte bzw. ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss angerufen. Bei Ersterem stehen den zwei Stimmen der Krankenkassen vier Stimmen der Leistungserbringer (je zwei Stimmen für die Kassenärztliche Bundesvereinigung und zwei Stimmen für die Deutsche Krankenhausgesellschaft) gegenüber. Ein sachgerechter Interessensausgleich ist dadurch nicht möglich. Das gilt umso mehr, wenn die Finanzsituation der Krankenkassen berücksichtigt werden soll. Sachgerecht und angezeigt ist daher bei der Entscheidungsfindung eine Stimmenparität. Der Evaluationsbericht ist bisher ausschließlich an das Bundesgesundheitsministerium zu übermitteln. In Anbetracht des übergeordneten Ziels und der allgemeinen Transparenzverpflichtung gegenüber der Öffentlichkeit erschließt sich nicht, warum keine Veröffentlichung vorgesehen ist. Diese ist vielmehr angezeigt, um nachvollziehen zu können, ob die mit dem Instrument der Hybrid-DRGs verbundenen Ziele tatsächlich erreicht werden.
	§ 135f SGB V	Ergänzender Änderungsbedarf Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung	<u>Angestrebte Gesetzesänderung</u> § 135f SGB V „Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung“ zu Absatz 2: Der Satz 4 wird wie folgt gefasst:

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen legt die Empfehlungen innerhalb von drei Monaten nach Erteilung des jeweiligen Auftrags dem Ausschuss nach § 135e Absatz 3 zur Abstimmung vor. Die abgestimmten Empfehlungen werden spätestens innerhalb von drei Monaten vom Ausschuss nach § 135e dem Bundesministerium für Gesundheit sowie dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus vervorgelegt. zu Absatz 3: Der Satz 4 wird wie folgt gefasst: Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt zusätzlich für jeden Krankenhausstandort und jede Leistungsgruppe an die jeweilige für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde und an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen bis zum 30. Juni eines Kalenderjahres die Anzahl der Behandlungsfälle dieses Krankenhausstandorts im jeweiligen vorangegangenen Kalenderjahr, in denen Leistungen aus der jeweiligen Leistungsgruppe erbracht wurden, und die Information, ob der jeweilige Krankenhausstandort für das jeweils folgende Kalenderjahr die nach Absatz 4 festgelegte Mindestvorhaltezahzahl der jeweiligen Leistungsgruppen gemäß Absatz 1 Satz 1 bis 4 erfüllt. zu Absatz 4: Der Absatz 4 wird wie folgt gefasst: (4) Absatz 1 Satz 3 gilt nicht, wenn die Vorhaltung der Leistungsgruppe durch ein Krankenhaus Sicherstellungshaus, welches Zuschläge gemäß § 136c Absatz 3 SGB V erhält, nach Einschätzung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist. § 6a Absatz 2 Satz 2 und 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gilt entsprechend. Die Entscheidung nach Satz 1 erfolgt durch Bescheid. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde teilt dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, den Landesverbänden der Kranken-

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			kassen und den Ersatzkassen sowie dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung erstmalig spätestens bis zum 31. Oktober 2026, danach jeweils spätestens zum 31.10. eines Jahres mit, ob und bei welchen Krankenhäusern für das nächste Kalenderjahr ein Fall des Satzes 1 vorliegt. <u>Begründung</u> Mit dem KHVVG wurde der § 135f SGB V „Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung“ neu eingeführt, welcher regelt, dass Krankenhäuser Mindestvorhaltezahlen je Leistungsgruppe erfüllen müssen. Dies gilt als eine der Voraussetzungen zum Erhalt der Vorhaltefinanzierung. Als erfüllt gelten die Mindestvorhaltezahlen, wenn die Anzahl der Behandlungsfälle im vorvergangenen Kalenderjahr mindestens der Mindestvorhaltezahl entspricht. Von der Regelung ausgenommen werden Krankenhäuser, für die die Krankenhausplanungsbehörde entscheidet, dass die Leistungserbringung hier zur Sicherstellung der Versorgung notwendig ist. Das IQWiG soll wissenschaftliche Empfehlungen für Mindestvorhaltezahlen je Leistungsgruppe entwickeln. Anschließend führt das InEK eine Wirkungsanalyse bzgl. der Empfehlungen durch und legt diese dem BMG vor. Das BMG beschließt die Mindestvorhaltezahlen via Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates bis zum 12.12.2026 (siehe KHAG). Die Idee der Einführung von Mindestvorhaltezahlen ist zu begrüßen, um Gelegenheitsversorgung auszuschließen. Je nach ihrer Ausgestaltung können sie zu einem strukturellen qualitätsorientierten Wandel der Krankenhauslandschaft beitragen. Zentral dafür ist aber, dass die Mindestvorhaltezahlen bereits vor Vergabe der Versorgungsaufträge durch die Landesplanungsbehörden Berücksichtigung finden, damit die Versorgungsaufträge verbindlich und rechtssicher vergeben werden können. Es könnte

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			eine Mindestgröße bei der Verteilung eines Versorgungsauftrags festgelegt werden, damit die Anzahl der zu vergebenden Versorgungsaufträge pro Planungsregion rechtssicher begrenzt werden kann. Es ist nachvollziehbar, dass Sicherstellungshäuser von den Regelungen ausgenommen werden. Weitere Ausnahmen sollten hingegen nicht vorgesehen werden. Nur mit einem bundeseinheitlichen Vorgehen kann hier ein wirklicher struktureller Wandel erreicht werden und die Regelung Wirkung entfalten. Es kann noch nicht abgeschätzt werden, wie die Beachtung von weiteren Qualitätsaspekten dabei ist. Bspw. sind einzelne Leistungsgruppen so spezifisch, dass Mindestmengenregelungen des G-BA betroffen sein könnten, die anzusetzenden Mindestvorhaltezahlen müssen mindestens diesem Standard entsprechen. Mindestmengenregelung des G-BA bleiben ein wichtiges Qualitätskriterium im Sinne der Patientensicherheit und gelten weiterhin. Mit § 135e Absatz 3 SGB V wurde ein Ausschuss geschaffen, dessen primäre Aufgabe es ist, Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Leistungsgruppen und ihrer Qualitätskriterien zu beschließen. Da die Mindestvorhaltezahlen ebenfalls als Rahmenbedingungen der Leistungsgruppen wirken und nicht losgelöst von den Qualitätskriterien festgelegt werden sollten, sollten diese dem Ausschuss nach § 135e Absatz 3 SGB V zur Abstimmung vorgelegt werden, bevor sie durch das BMG beschlossen werden.
	§§ 295, 301 SGB V	Ergänzender Änderungsbedarf Einführung von Mengenfeldern im OPS-Katalog	<u>Ergänzender Änderungsbedarf</u> In § 295 Absatz 1 SGB V werden nach Satz 5 die folgenden Sätze 6 und 7 eingefügt, die nachfolgenden Sätze werden zu den Sätzen 8 - 12:

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			„Bei der Kodierung von Operationen und sonstigen Prozeduren nach Satz 4 ist die Anzahl oder Menge und die Einheit gesondert zur Mengenangabe anzugeben. Das Nähere hierzu legt das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte bis zum 30.09.2025 fest.“ In § 301 SGB V wird folgender Absatz 2b (neu) ergänzt: „Bei der Kodierung von Operationen und sonstigen Prozeduren nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 ist die Anzahl oder Menge und die Einheit in gesonderten Mengenfeldern anzugeben. Das Nähere hierzu legt das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte bis zum 30.09.2025 fest.“ <u>Begründung</u> Mengenangaben im OPS-Katalog bedingen eine Vielzahl einzelner Positionen endstelliger Codes je nach Größe, Menge und Anzahl und erzeugen so hohe bürokratische Aufwände in der Abrechnung und dem Controlling. Für Mengenangaben, Einheiten, Anzahlen von Implantaten etc. sollen daher Mengenfelder im OPS Katalog eingeführt werden. Mit der Einführung würde alleine eine vierstellige Zahl an OPS-Kodes unnötig werden. Beispiel: KODE XY Anzahl = 500, Einheit = mg
	§ 301 Abs. 3 Nr. 6 SGB V	Ergänzender Änderungsbedarf Auftrag an den GKV-SV und die Deutsche Krankenhausgesellschaft für eine bundeseinheitliche Bezeichnung und Bestimmung von Fachabteilungen in deutschen Krankenhäusern	<u>Ergänzender Änderungsbedarf</u> Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft [...] 6. eine bundeseinheitliche Bezeichnung und Bestimmung von Fachabteilungen bis zum 30.06.2026. <u>Begründung</u> Für den Abschluss der Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband und Deutscher Krankenhausgesellschaft für eine einheitliche Definition des Fachabteilungsbegriffs ist keine gesetzliche Frist vorgegeben. Der InEK-

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Grouper verwendet zur Zuordnung für einen Großteil der Fälle zu den jeweiligen Leistungsgruppen die jeweils ausgewiesene Fachabteilung. Für die Sicherstellung einer einheitlichen Definition und Verwendung der Fachabteilungsschlüsseln und somit einer gleichlautenden Zuordnung zu den jeweiligen Leistungsgruppen ist es sinnvoll, die zugehörige Vereinbarung vor Vergabe der Leistungsgruppen durch die Landesplanungsbehörden fertigzustellen. Für eine ausreichende Berücksichtigung im Planungsprozess sollte der 30.06.2026 als Frist für einen Vereinbarungsabschluss festgesetzt werden.
	§ 341 SGB V	Ergänzender Änderungsbedarf Bestimmungen zur elektronischen Patientenakte	<u>Ergänzender Änderungsbedarf</u> Es wird ein Halbsatz in Absatz 6 Satz 1 hinzugefügt: „;bei Leistungserbringern, die unmittelbar durch die Krankenkassen vergütet werden, erfolgt der Nachweis gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen.“ <u>Begründung</u> Die in Absatz 6 vorgesehene Nachweispflicht bezieht sich rein auf die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung. Weitere Teilnehmer der vertragsärztlichen Versorgung, die unmittelbar mit den Krankenkassen abrechnen (§§ 117 - 119c SGB V), bleiben unzureichend berücksichtigt. Die Regelung läuft in der jetzigen Ausgestaltung ins Leere, weil der Nachweis gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgen soll, während die Honorarkürzung nur durch die Krankenkassen erfolgen kann. Es braucht daher eine Änderung, dass der Nachweis gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen zu erfolgen hat.
	§ 360 SGB V	Ergänzender Änderungsbedarf Elektronische Übermittlung und Verarbeitung vertragsärztlicher elektronischer Verordnungen	<u>Ergänzender Änderungsbedarf</u> Es wird ein Halbsatz in Absatz 17 Satz 1 hinzugefügt: „;bei Leistungserbringern, die unmittelbar durch die Krankenkassen vergütet werden, erfolgt der Nachweis gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen.“

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			<u>Begründung</u> Die in Absatz 17 vorgesehene Nachweispflicht zum eRezept bezieht sich rein auf die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung. Weitere Teilnehmer der vertragsärztlichen Versorgung, die unmittelbar mit den Krankenkassen abrechnen (§§ 117 - 119c SGB V), bleiben unzureichend berücksichtigt. Die Regelung läuft in der jetzigen Form ins Leere, weil der Nachweis gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgen soll, während die Honorarkürzung nur durch die Krankenkassen erfolgen kann. Es braucht daher eine Änderung, dass der Nachweis gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen zu erfolgen hat.
	§ 3 Absatz 3 Satz 4 BPfIV	Ergänzender Änderungsbedarf Vereinbarung eines Gesamtbetrags	<u>Ergänzender Änderungsbedarf</u> <u>Geänderter Gesetzestext § 3 Absatz 3 Satz 4 Nr. 5 BPfIV:</u> 5. die sich ergebenden Veränderungen der Anzahl der jahresdurchschnittlichen Vollkräfte durch die Umsetzung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Anforderungen zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal sowie durch eine darüberhinausgehende erforderliche Ausstattung mit therapeutischem Personal, sofern diese durch messbare Parameter eine Verbesserung der Patientenversorgung darstellt, <u>Begründung</u> Die BPfIV trifft in § 3 Absatz 3 Regelungen zur Vereinbarung eines Gesamtbetrags. Dabei sind nach § 3 Absatz 3 Satz 4 Nr. 5 die Regelungen der G-BA-Richtlinie nach § 136a Absatz 2 SGB V (PPP-RL) zu berücksichtigen. Hierbei handelt es sich um die Gewährleistung einer adäquaten personellen Ausstattung der Kliniken und selbständigen, gebietsärztlich geleiteten Abteilungen für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie,

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. In diesem Zusammenhang sind dabei die Details zur Ermittlung des Gesamtbetrags zu regeln, insbesondere die Finanzierung der Mehrkosten, welche durch die Regelungen der G-BA-Richtlinie nach § 136a Absatz 2 SGB V (PPP-RL) entstehen. Dies geschieht in der Nummer 5 des beschriebenen Paragraphen. Die Verhandlungen der letzten zwei Jahre haben gezeigt, dass sich die vom Gesetzgeber gewollte Fortschreibung des Gesamtbetrags unter den derzeitigen gesetzlichen Bestimmungen nur konfliktbeladen umsetzen lässt. Die bisherige Formulierung des § 3 Abs. 3 Satz 4 Nr. 5 BPflV eröffnet Interpretationsspielräume und verhindert so eine zügige Budgetverhandlung. Die Regelung lautet wie folgt: „(3) ¹Für die Jahre ab 2020 ist für ein Krankenhaus ein Gesamtbetrag nach den folgenden Vorgaben zu vereinbaren; Besonderheiten der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sind zu berücksichtigen. ²Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Gesamtbetrags für das Jahr 2020 ist der nach Absatz 2 vereinbarte Gesamtbetrag für das Jahr 2019. ³In den Folgejahren ist Ausgangsgrundlage der für das jeweilige Vorjahr vereinbarte Gesamtbetrag. ⁴Bei der Vereinbarung sind insbesondere zu berücksichtigen: (...) 5. die Umsetzung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Anforderungen zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal, sowie eine darüberhinausgehende erforderliche Ausstattung mit therapeutischem Personal, ... “ Die Krankenhausseite leitet aus Nr. 5, erster Halbsatz, einen <i>Anspruch zur Finanzierung aller Vollkräfte im therapeutischen Personal</i> ab, welche nach der PPP-RL errechnet werden. In der Folge würde auch das Bestandspersonal neu bewertet. Diese Auffassung wird unabhängig von einer bereits

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			erfolgten Vorjahresfinanzierung des Bestandspersonals und der damit einhergehenden Berücksichtigung im Budget vertreten. Die beschriebene Sichtweise der Krankenhäuser führt zu Mehrforderungen der psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken, die mit sechs- bis siebenstelligen Beträgen je Einrichtung beziffert werden können. Damit wird für das gesamte therapeutische Personal, welches im Durchschnitt ca. 80 % des Gesamtbetrages der psychiatrischen/psychosomatischen Kliniken ausmacht, die Selbstkostendeckung begehrt. Diese Problematik wird seitens der Kostenträger kritisch gesehen. Der Gesetzgeber kann unter Hinzuziehung der Bestimmungen in § 3 Abs. 3 Sätze 2 und 3 BPfIV, worin die Budgetfindung unter der Maßgabe einer generellen Vorjahresanknüpfung definiert ist, nur die Finanzierung von zusätzlichem therapeutischem Personal (Vollkräfte) gemeint haben. In der Folge ergibt sich eine Finanzierung von zusätzlichen jahresdurchschnittlichen Vollkräften, oberhalb der im Vergleich zum Vorjahr bereits finanzierten jahresdurchschnittlichen Zahl der Vollkräfte. Dies wird auch darin zum Ausdruck gebracht, dass in der Gesetzesbegründung zum Gesetz zur Weiterentwicklung Versorgung und Vergütung der psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen (BT-Drucksache 18/9528, ab Seite 34), von „mit den G-BA-Festlegungen im einzelnen Krankenhaus verbundenen Mehrkosten“ die Rede ist. Der Bezug zum Vorjahr (Gesamtbetrag) ist aufgrund der Gesetzessystematik entscheidend. Ein Finanzierungsanspruch für bereits im Vorjahr finanziertes Bestandspersonal kann daher nicht über § 3 Abs. 3 Satz 4 Nr. 5 BPfIV hergeleitet werden. Die unter zum ersten Halbsatz gemachten Ausführungen treffen ebenso für den zweiten Halbsatz „... sowie eine darüberhinausgehende erforderliche Ausstattung mit therapeutischem Personal ...“ zu. Des Weiteren besteht seitens des zweiten Halbsatzes weiterer Klarstellungsbedarf, der nachfolgend beschrieben werden soll. Die Gesetzesbegründung enthält keine näheren Ausführungen zu der Frage, welche Voraussetzungen zur

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Erfüllung des beschriebenen Tatbestandes erforderlich sind, da die entsprechende Begründung sehr kurzgehalten ist (BT-Drs. 19/14871, S. 121). In den Verhandlungen vor Ort wird diese Anspruchsgrundlage bereits vehement diskutiert. Dabei geht es insbesondere um die Klärung Frage, was unter der „erforderlichen Ausstattung“ im Sinne der Regelung zu verstehen ist. Bei dem Begriff der Erforderlichkeit handelt es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff. Weder das Gesetz noch die Gesetzesbegründung enthalten eine nähere Definition, z. B. welche Kriterien anzusetzen bzw. nachzuweisen sind, um zielführend weiteres Personal zu finanzieren. Es sollten daher einerseits der Begriff der Erforderlichkeit definiert und andererseits messbare Kriterien entwickelt werden, um die Finanzierung von willkürlicher oder ungerechtfertigter Personalbesetzung zu vermeiden. Messbare Parameter für eine Verbesserung der Patientenversorgung und damit für eine gerechtfertigte Finanzierung von zusätzlichem Personal außerhalb der PPP-RL Vorgaben könnten z. B. sein: • Verringerte Anzahl von Wiederaufnahmen (sogenannte Drehtüreffekte) • Absenkung der Verweildauer, ohne die Anzahl an Wiederaufnahmen zu erhöhen • Verkürzung von AU-Zeiten • Absenkung der Ausfallzeit in einzelnen Berufsgruppen • Messbare Veränderungen nach dem Krankenhausvergleich (§ 4 BpflV), insgesamt oder mit einem vordefinierten Krankenhaus; Hierzu wäre die Berücksichtigung der Kostenteile (K-Teile) aus der AEB-Psych im Krankenhaus-Vergleich hilfreich. • höhere Therapiedichte (hierfür müsste jedoch zuerst eine OPS-Anpassung zur Ausdifferenzierung der Therapieeinheiten in Anzahl und Dauer und bezogen auf die Berufsgruppen erfolgen; Status quo (Ausgangswert) und/oder Gegebenheiten in Vergleichs-Klinik müsste zu erheben sein)

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			• im Vergleich stärkere Reduzierung und/oder Verbesserung von Komorbiditäten • im Vergleich geringere Mortalitätsraten in einem definierten Zeitraum • im Vergleich niedrigere Progression der psychischen/psychosomatischen Erkrankungen Auch die Kombination aus verschiedenen Kriterien ist denkbar. Aufgrund der beschriebenen unterschiedlichen Auslegungen zwischen den Vertragsparteien auf Ortsebene gibt es bereits mehrere Schiedsstellenverfahren, die wegen ihrer grundlegenden Bedeutung wahrscheinlich auch beklagt werden. Die Verzögerungen in den Budgetverhandlungen sind bereits jetzt immens, binden im großen Umfang Ressourcen und zerstören Vertrauen zwischen den Verhandlungspartnern. Die über das gesamte Bundesgebiet verteilten Rechtsstreitigkeiten verdeutlichen, dass eine gesetzgeberische Klarstellung notwendig ist. Aufgrund der unklaren rechtlichen Vorgaben droht den Kostenträgern ein zusätzlicher Kostenzuwachs für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen um einen basiswirksamen, d. h. dauerhaften hohen zweistelligen, wenn nicht sogar dreistelligen Millionenbetrag. Das in der Bundespflegesatzverordnung weiterhin geltenden 2-Säulen-Modell, mit dem die Beitragssatzstabilität der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 71 SGB V) über die grundsätzliche Begrenzung der Budgetsteigerungen auf den Veränderungswert gewährleistet werden soll, muss gestärkt und darf nicht durch unklare Gesetzesformulierungen ausgehöhlt werden. Angestrebte Gesetzesänderung im § 3 Absatz 3 Satz 4 Nr. 5 BPfIV Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft ist es daher erforderlich, eine Gesetzesanpassung des § 3 Abs. 3 Satz 4 Nr. 5 BPfIV vorzunehmen, um die

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			dargestellten Unklarheiten aus den beiden Halbsätzen zu beseitigen, sowie einen Beitrag zur Stabilisierung der GKV-Finzen zu leisten. Die Verhandlungen vor Ort erhalten dadurch mehr Verbindlichkeit und werden durch die Verringerung von Interpretationsspielräumen erleichtert und verkürzt; Schiedsstellenverfahren werden vermieden.
	§ 3 Absatz 3 Sätze 8, 9 und 10 BPfIV	Ergänzender Änderungsbedarf Vereinbarung eines Gesamtbetrags	<u>Ergänzender Änderungsbedarf</u> Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft ist es erforderlich, eine Gesetzesanpassung für die Sätze 8 und 9 des § 3 Absatz 3 BPfIV vorzunehmen, um eine Kongruenz zwischen vereinbarten und vorgenommenen Stellenbesetzungen und den daraus resultierenden Kosten zu erreichen. Geänderter Gesetzestext § 3 Absatz 3 BPfIV: „⁸Sofern sich auf Grundlage der Nachweise nach § 18 Absatz 2 ergibt, dass eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde oder die vereinbarten Mittel nicht zweckentsprechend verwendet wurden, sind diese Mittel im nächstmöglichen Budgetzeitraum als Ausgleichsbetrag zurückzuzahlen und der Gesamtbetrag ist im Folgejahr entsprechend abzusenken. ⁹Eine Absenkung des Gesamtbetrags nach Satz 8 ist nicht vorzunehmen, wenn das Krankenhaus nachweist, dass nur eine vorübergehende und keine dauerhafte Unterschreitung der vereinbarten Stellenzahl oder der vereinbarten Mittel vorliegt. ¹⁰Übergangsweise werden nicht zweckentsprechend verwendete Mittel über ein Ausgleichsverfahren zurückbezahlt. ¹¹Wird nach einer Absenkung des Gesamtbetrags eine Stellenbesetzung vorgenommen, ist der Gesamtbetrag für den nächsten Vereinbarungszeitraum in Höhe der entstehenden zusätzlichen Kosten zu erhöhen.“ <u>Begründung</u> Die BPfIV trifft in § 3 Abs. 3 Regelungen zur Vereinbarung eines Gesamtbetrags. Dabei sind nach § 3 Abs. 3 Satz 4 Nr. 5 die Regelungen der G-BA-Richtlinie nach § 136a Abs. 2 SGB V (PPP-RL) zu berücksichtigen.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Hierbei handelt es sich um die Gewährleistung einer adäquaten personellen Ausstattung der Kliniken und selbständigen, gebietsärztlich geleiteten Abteilungen für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Damit einher geht ein Nachweisverfahren nach § 18 Abs. 2 BPflV. Der Gesetzgeber knüpft daran einen Budgetbereinigungsmechanismus, sofern die vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde (§ 3 Abs. 3 Sätze 8 bis 10 BPflV). Der Gesetzgeber beabsichtigt damit, nur das therapeutische Personal im Rahmen der jährlichen Budgets zu finanzieren, welches sich aus den Vorgaben zur Berechnung der Personalausstattung in der Psychiatrie (§ 3 Abs. 3 Satz 4 Nr. 5 i.V.m. §136a Abs. 2 SGB V) grundsätzlich ergibt und auch dauerhaft und nachweisbar tatsächlich vor Ort in den Kliniken und Abteilungen vorhanden und damit am Patienten tätig ist. Es ergibt sich folglich kein Finanzierungsanspruch, wenn nicht legitimierte Personal-Berechnungen außerhalb der §136a SGB V als Anspruchsgrundlage verwendet werden und das Personal nicht nachweisbar in der Klinik und am Patienten gearbeitet hat. Das von den Krankenkassen finanzierte zusätzliche therapeutische Personal ist somit nicht im Krankenhaus vorhanden. Die Verhandlungen der letzten zwei Jahre haben gezeigt, dass sich die vom Gesetzgeber gewollte Stellen- und Kostenbereinigung für nicht vorgehaltenes therapeutisches Personal unter den derzeitigen gesetzlichen Bestimmungen nicht umsetzen lässt. Die bisherigen Formulierungen in § 3 Abs. 3 Sätze 8 und 9 BPflV - „[...] zu vereinbaren, inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist.“ <i>Hervorhebung durch Verfasser</i> - „Eine Absenkung [...] ist nicht vorzunehmen, wenn [...] nachweist, dass nur eine vorübergehende und keine dauerhafte Unterschreitung [...] vorliegt.“ <i>Hervorhebung durch den Verfasser</i>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			eröffnen Interpretationsspielräume und gewähren unbestimmte Schonfristen ohne alternative Umsetzungsmöglichkeiten oder Übergangsregelungen. Die konsequente Bereinigung wird dadurch verhindert. Die Krankenhäuser argumentieren stets mit vorübergehenden Nichtbesetzungen, da ein Zeithorizont nicht eindeutig definiert ist. Ebenso wird die Gesamtbeitragsabsenkung als zwingende Rechtsfolge aufgrund der Textierung „inwieweit“ negiert. Eine alternative Berücksichtigung - bspw. über Ausgleiche - nicht umgesetzter vereinbarter Stellen in einem klar definierten Übergangszeitraum sieht das Gesetz derzeit nicht vor. Aus den vorgenannten Gründen bleiben nicht vorgenommene vereinbarte Stellenbesetzungen bisher bei der Budgetfindung ohne Konsequenzen. Dieser Umstand wird seitens der Kostenträger auch deshalb kritisch gesehen, da so erneut ein Auseinanderfallen zwischen dem tatsächlich vorhandenen therapeutischen Personal und dem auf dem Papier vereinbarten therapeutischen Personal entsteht. In der Vergangenheit hatte die BPfIV für diese Umstände bereits zwei Mal Nachfinanzierungsansprüche zu Gunsten der Krankenhäuser vorgesehen, ab 2009 über § 6 Abs. 4 BPfIV in der am 31.12.2012 geltenden Fassung und nochmals von 2017 bis 2019 nach § 18 Abs. 3 BPfIV in der aktuellen Fassung. Eine Soll-Finanzierung von nicht vorhandenem therapeutischem Personal ist auszuschließen. Sie widerspricht dem Wirtschaftlichkeitsgebot des SGB und stellt eine Zweckentfremdung der knappen Beitragsmittel der GKV dar. Der beschriebene Sachverhalt wird durch aktuelle Budgetforderungen der Krankenhäuser mit vielfach zweistelligen Zuwachsraten verschärft. Die überproportionalen Zuwachsraten werden mit der Notwendigkeit zur Erfüllung der Anforderungen der PPP-RL und der damit verbundenen Vermeidung von möglichen Sanktionen begründet. Die geforderten Personalzuwächse lassen sich jedoch nicht flächendeckend am Arbeitsmarkt realisieren, da das Personal schlicht nicht vorhanden ist. Setzen sich die Krankenhäuser flächendeckend mit ihren Personalforderungen durch, ohne diese in relevantem Umfang zu realisieren, droht aufgrund der interpretationsfähigen Gesetzesfor-

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			mulierung ein zusätzlicher Kostenaufwuchs in der Psychiatrie und Psychosomatik um einen basiswirksamen hohen dreistelligen Millionenbetrag. Es ist deshalb notwendig, eine Gesetzesanpassung für die Sätze 8, 9 und 10 des § 3 Abs. 3 BPfIV vorzunehmen, um einen Gleichlauf zwischen vereinbarten und vorgenommenen Stellenbesetzungen und den daraus resultierenden Kosten zu erreichen.
		Ergänzender Änderungsbedarf Maßnahmen zur Entbürokratisierung	<u>Ausgangslage / Problematik</u> Das Gesundheitswesen – als eine tragende Säule der sozialen Daseinsvorsorge – ist einer der am stärksten regulierten öffentlichen Bereiche; dies gilt auch für den Krankenhausbereich. Allerdings hat das Ausmaß der Regulierung in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Statt einen abstrakten rechtlichen Rahmen zu setzen, der für die konkrete Umsetzung ausreichend Flexibilität schafft, wird gesetzgeberisches Mikromanagement betrieben. Dieser Regulierungsgrad ist zu hinterfragen, denn in seiner derzeitigen Ausprägung führt er zu immer weiter steigenden bürokratischen Aufwänden und somit zu ineffizientem Einsatz knapper Ressourcen. Die folgenden Ausführungen enthalten mehrere Vorschläge für eine Reduktion bürokratischer Aufwände, die auch die ursprünglichen Ziele der Erfassung von Informationen bzw. Daten berücksichtigt, die für eine Planung und Steuerung des Gesundheitswesens weiterhin unverzichtbar sind. <u>Angestrebte Gesetzesänderungen</u> Potenziale für Entbürokratisierung in der Qualitätssicherung – Abbau von unter Patientensicherheitsaspekten nicht sinnvoller Datenschutzvorgaben, – Strukturqualität kann durch Digitalisierung erheblich aufwandsärmer geprüft werden, sofern die erforderlichen Informationen durch Krankenhäuser in standardisierten Formularen bereitgestellt werden,

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			– Prozess- und Ergebnisqualität lassen sich über (ergänzte) Abrechnungsdaten erfassen, wodurch Zweitdokumentationen über bogenbasierte QS-Verfahren entfallen können (z. B. Dekubitus bei Aufnahme), – Steigerung der Indikationsqualität kann zur Reduktion der Prüfnotwendigkeit bei Prozess- und Strukturqualität führen, – Bereitstellung neuer Diagnose- und Prozeduren-Kodes zur Abbildung von Qualitätsparametern, – Erforderliche Dokumentationen und Evaluationen z. B. von Qualitätsverträgen müssen auf das notwendige Maß reduziert und ebenfalls digitalisiert werden. Potenziale für Entbürokratisierung bei den Budgetverhandlungen – In der Krankenhausfinanzierung gibt es eine Vielzahl von Zu- und Abschlägen. Einige sind verzichtbar, andere können in die Vorhaltevergütung/die DRG-Entgelte integriert werden und nur wenige Zu-/Abschläge müssen erhalten bleiben. – Verschiedene Mengensteuerungsinstrumente werden nicht mehr benötigt und der Rahmen für das Pflegebudget und die gesamten Budgetverhandlungen in der Somatik können durch Standardisierung und Pauschalierungen effizienter ausgestaltet werden. – Die Bürokratie des PEPP-Systems kann durch eine Überführung in ein sektorenübergreifendes Abrechnungssystem entfallen. Potenziale für Entbürokratisierung bei der Prüfung von Krankenhausabrechnungen – Der bereits erfolgreich geführte Falldialog sollte weiter gestärkt werden: Dieser ermöglicht den Krankenhäusern, auch vor Einleitung des MD-Prüfverfahrens, der Krankenkasse Einsicht in die für die Abrechnung relevanten Patientenunterlagen zu ermöglichen.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Damit würden Prüfaufträge und in der Folge auch Erörterungsverfahren sowie Klageverfahren vor den Sozialgerichten reduziert. Potenziale für Entbürokratisierung bei Personalregulierungsinstrumenten – Keine flächendeckende Soll-Personalbemessung, bis ein anwendungsreifes (digitales) Instrument vorliegt, – Personalbedarfsbemessungsinstrumente (PPR 2.0 sowie geplante weitere ÄrztInnen und sonstiges Personal) werden eingestellt, weil der Nutzen dieser Instrumente nicht nachvollziehbar ist. Die gesetzlichen Regelungen sollten gestrichen werden, – alternativ, wenn die Einstellung der Regelungen nicht erreicht werden kann: Es werden einmalige Studien dazu durchgeführt, denn dauerhafte Vollerhebungen sind Bürokratie ohne Nutzen, – Beibehaltung der PpUG als einziges Personalbemessungsinstrument. Potenziale für Entbürokratisierung beim Deutschen Implantateregister (IRD) – Entbürokratisierung heißt, keine neuen mangelhaften Prozesse einzuführen. Beim Deutschen Implantateregister (IRD) besteht erheblicher Anpassungsbedarf bei den Datenflüssen und den Grundlagen der Finanzierung. – Beide Prozesse können erheblich vereinfacht werden, so dass mit geringeren Kosten qualitativ hochwertigere Daten für das IRD geliefert werden können. Streichung der tagesstationären Behandlung - Angesichts der geringen Erbringung bzw. Inanspruchnahme der tagesstationären Behandlung in der Versorgung ist festzustellen,

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			dass die tagesstationäre Behandlung weiterhin sowohl für Krankenhäuser als auch für Patientinnen und Patienten unattraktiv bleibt. - Die mit der neuen Behandlungsform verbundenen Ziele, insbesondere die Entlastung der Pflegekräfte, werden mutmaßlich nicht erreicht. - Die Regelung der tagesstationären Behandlung sollte deswegen ersatzlos gestrichen werden. Vereinheitlichung des ambulant-stationären Versorgungsbereiches - Im ambulant-stationären Versorgungsbereich existiert eine Vielzahl an Regelungen zur Leistungserbringung, Vergütung und Abrechnung von Leistungen. Zahlreiche Abgrenzungsfragen sind die Folge. Die Regelungen sollten im SGB V vereinheitlicht werden.
		Ergänzender Änderungsbedarf Investitionskostenfinanzierung der Krankenhäuser	<u>Ausgangslage</u> Das Prinzip der dualen Krankenhausfinanzierung sieht vor, dass die Betriebskosten der Krankenhäuser durch die Krankenkassen finanziert werden. Die Investitionskosten fallen dagegen als Teil der staatlichen Daseinsvorgabe in den Aufgabenbereich der öffentlichen Hand. Aufgrund ihrer Zuständigkeit für die Krankenhausplanung ist es Aufgabe der Länder, ausreichende Investitionsmittel für die Krankenhäuser zur Verfügung zu stellen. Beim NATO-Gipfel am 25.06.2025 haben die Mitgliedsstaaten - und damit auch Deutschland - in ihrer Abschlusserklärung die Absicht festgehalten, spätestens ab dem Jahr 2035 jährlich 5 % ihres Bruttoinlandsprodukts (BIP) in Verteidigung und Sicherheit zu investieren. Die Verteidigungsausgaben sollen auf 3,5 % steigen. Hinzu kommen 1,5 % Prozent für verteidigungs- und sicherheitsrelevante Bereiche wie Infrastruktur, Industrie und Resilienz. Mit dem Gesetz zur Änderung des Grundgesetzes (Artikel 109,

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			11 und 143 h) (BGBl. 2025 I Nr. 94 vom 24.03.2025) wurde die gesetzliche Grundlage für erhöhte Verteidigungsausgaben durch Deutschland geschaffen, indem die Einschränkungen für diese Ausgaben aufgrund der Schuldenbremse weitreichend gelockert wurden. Derzeit betreibt die Bundeswehr fünf Bundeswehrkrankenhäuser mit ca. 1.500 voll- und teilstationären Betten in Deutschland. <u>Problematik / Angestrebte Gesetzesänderung</u> Die Investitionsquote der Länder hat seit der Wiedervereinigung stark abgenommen, stagnierte in den letzten 10 Jahren bei um die 3,5 % und liegt damit weit unter den erforderlichen Reinvestitionen. Die Regierungskommission für die Krankenhausversorgung der 20. Legislaturperiode bezifferte die erforderlichen Reinvestitionen mit 7 - 9 % der Krankenhauserlöse. Dementsprechend kommen die Länder seit Jahren ihrer Aufgabe zur Bereitstellung von Investitionsmitteln in nur unzureichendem Maße nach. Das Ergebnis ist eine anwachsende Investitionslücke und eine Zweckentfremdung der durch die Krankenkassen zur Deckung der Betriebskosten gezahlten Gelder, um Investitionen zu finanzieren. Die fünf Bundeswehrkrankenhäuser reichen im Falle eines Krieges nicht für die Versorgung von verwundeten Soldat/-innen sowie Zivilist/-innen aus. Am 24.03.2025 forderte Johannes Backus, Kommandeur der Gesundheitseinrichtungen der Bundeswehr in einem Interview mit der Frankfurter Allgemeinen Zeitung, dass zivile Krankenhäuser ertüchtigt werden müssen, um im Ernstfall die Bundeswehr zu unterstützen. Aufgrund der bestehenden Investitionslücke bei den Krankenhäusern kann nicht davon ausgegangen werden, dass diese in hinreichendem Maße dazu in der Lage sind, die Bundeswehr im Ernstfall zu unterstützen. Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, Mittel für Verteidigungsausgaben dafür aufzuwenden, die bestehende Investitionslücke bei den Krankenhäusern zu schließen.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		Ergänzender Änderungsbedarf Pflegebudget	<u>Ausgangslage</u> Im Jahr 2020 sind die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen („Pflege am Bett“) im Zuge des Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) erstmalig aus dem bestehenden DRG-System ausgegliedert und in ein gesondertes Budget überführt worden. „Durch die Herausnahme der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System und ihre Finanzierung über ein Pflegebudget soll sichergestellt werden, dass die Ausgaben für Pflegepersonal vollständig und bedarfsgerecht gedeckt sind.“¹ Das so entstandene Pflegebudget unterliegt der Selbstkostendeckung; d. h. sämtliche dem Krankenhaus entstehenden Pflegepersonalkosten für Pflegende, die „Pflege am Bett“ leisten, werden seitdem von den gesetzlichen und privaten Krankenkassen vollständig nach dem Prinzip der Selbstkostendeckung erstattet. Die Herauslösung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System stellte insofern eine bewusste Systemänderung dar und war mit folgenden Zielen verbunden: • verursachungsgerechte und bedarfsorientierte Finanzierung der Pflege • Erhöhung der Pflegequalität • Sicherstellung einer leistungsgerechten Vergütung in den Pflegeberufen sowie • Abbau betriebswirtschaftlicher Anreize zur Ergebnisoptimierung zu lasten des Pflegepersonals <u>Problematik</u>

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

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und verlässlichen Finanzierung der Pflege ist weiterhin eine der zentralen gesundheitspolitischen Aufgaben – nicht nur zur Wahrung der Versorgungsqualität und Erhöhung der Patientensicherheit, sondern auch zur Fachkräftesicherung im Gesundheitswesen. Doch nach nunmehr fünf Jahren Pflegebudget treten dessen Fehlentwicklungen deutlich zutage, die eng mit dem Prinzip der Selbstkostendeckung verknüpft sind und die oben genannten Ziele konterkarieren, aber perspektivisch auch die positiven Effekte der Krankenhausreform gefährden. Seit ihrer Einführung haben sich die Pflegebudgets dynamisch entwickelt, wobei ihre jährlichen Steigerungsraten die Steigerungsraten der Gesamtausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die somatische Behandlung insgesamt sogar übertreffen. Das Anwachsen der Pflegebudgets gehen zudem einher mit einem Personalaufbau in diesem Bereich. Das Fallzahlniveau des Vor-Corona-Jahres 2019 wurde bis heute nicht wieder erreicht. Der Einbruch der Fallzahlen überstieg zudem den des Casemix-Volumens. Der stärkste Einbruch ist jedoch bei der Anzahl der Krankenhausbehandlungstage zu verzeichnen. Festzuhalten ist diesbezüglich, dass je erbrachtem Leistungsvolumen, ausgedrückt in Fallzahl, Casemix oder Behandlungstagen, zunehmend mehr Pflegekräfte zum Einsatz kommen. Eine der wichtigsten Maßnahmen zum Schutz des Pflegepersonals vor Überlastung und zur Sicherstellung der Behandlungsqualität und somit auch des Patientenschutzes sind abteilungsbezogene Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG). Trotz erheblicher Zunahme des Pflegepersonals wurden Patientinnen und Patienten in fast jeder sechsten von den PpUG erfassten Schicht (in 2023 im Schnitt über alle erfassten Bereiche = 15,2 %) nicht mit der erforderlichen Anzahl an Pflegekräften versorgt. Dass es sich hier nicht um einen zu vernachlässigenden Aspekt handelt, macht auch

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			die Aussage aus dem gemeinsamen Bericht (DKG und GKV SV) zu den PpUG² deutlich, wonach ab 2024 rund 93,5 % aller Krankenhaus-Belugungstage von den Regelungen der PpUG-Verordnung erfasst werden.³ Trotz steigender Einkommen der Pflegekräfte und steigender Pflegebudgets (und somit auch zunehmender Belastungen für die Beitragszahlenden und Arbeitgebenden, aber auch der Rentenkassen) und einer Zunahme der Pflegekräfte insgesamt, kommt die Pflege gemessen an den Pflegepersonaluntergrenzen offensichtlich nicht dort an, wo sie bedarfs- und patientenorientiert ankommen sollte. Mit Blick auf die damalige Zielstellung scheint allenfalls die leistungsgerechte Vergütung in den Pflegeberufen erreicht worden sein. Eine verursachungsgerechte und bedarfsorientierte Finanzierung der Pflege, die Erhöhung der Pflegequalität sowie der Abbau betriebswirtschaftlicher Anreize zur Ergebnisoptimierung zulasten des Pflegepersonals ist nach fünf Jahren Pflegebudget jedoch nicht erkennbar. <u>Angestrebte Gesetzesänderung</u> Sofortmaßnahme: gesetzgeberische Definition der „Pflege am Bett“ Die Attraktivität des Pflegeberufes in Verbindung mit einer verantwortungsgerechten Vergütung kann gestärkt werden, wenn der Gesetzgeber eine Definition der „Pflege am Bett“ vorgibt, die – für Wirtschaftsprüfer und alle Kostenträger überprüfbar – sicherstellt, dass die Übertragung von pflegefernen Tätigkeiten auf qualifizierte Pflegekräfte zukünftig unterbleibt und somit diese Tätigkeiten nicht mehr über das Pflegebudget finanziert werden.

² Bericht über die Auswirkungen der Pflegepersonaluntergrenzen gemäß § 137i Absatz 6 SGB V von GKV-Spitzenverband und Deutscher Krankenhausgesellschaft mit Beteiligung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung an den Deutschen Bundestag über das Bundesministerium für Gesundheit. Berlin, 22.01.2024.

³ Bericht gemäß § 137i Absatz 6 SGB V über die Auswirkungen der Pflegepersonaluntergrenzen

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Es wird daher vorgeschlagen, den § 17b KHG um folgende Absatz 4d zu ergänzen: <i>(4d) Pflegepersonalkosten dürfen nur dann im Pflegebudget berücksichtigt werden, wenn das entsprechende Personal überwiegend Tätigkeiten der unmittelbaren Patientenversorgung in Sinne des § 17b Absatz 4a Satz 1 Nummer 1 bis 3 ausübt. Tätigkeiten, die nicht der unmittelbaren Patientenversorgung dienen, insbesondere hauswirtschaftliche, logistische, administrative oder technische Aufgaben sind unabhängig von der dienstlichen Zuordnung nicht als Pflegepersonalkosten im Sinne dieses Gesetzes anzuerkennen. Dies gilt auch dann, wenn solche Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen oder Pflegehilfskräfte erbracht werden. Eine Delegation pflegeferner Tätigkeiten auf Pflegepersonal darf nicht zur Erhöhung des Pflegebudgets führen.</i> Sofortmaßnahme: Begrenzung des Pflegebudgets Neben dem bedarfsgerechten Einsatz von Pflegekräften innerhalb eines Krankenhauses ist es ebenfalls erforderlich, eine Fehlallokation der begrenzten Anzahl an Pflegekräften zwischen Krankenhäusern zu verhindern. Das Prinzip der garantierten Selbstkostendeckung steht dem jedoch entgegen und trägt dazu bei, dass Pflegekräfte nicht immer dort eingesetzt werden, wo sie einen größeren Mehrwert für die Patientenversorgung leisten könnten. Die bedarfsgerechte Allokation zwischen Krankenhäusern erfordert einerseits eine Begrenzung der über das Pflegebudget zu finanzierenden Pflegekräfte. Hierzu ist kurzfristig eine geeignete Obergrenze des Pflegebudgets zu entwickeln, um einem ungesteuerten und bedarfsunabhängigen Aufbau von Pflegepersonal zu begegnen und somit die bedarfsgerechte Verteilung der Pflegekräfte zu befördern.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Es wird eine Obergrenze vorgeschlagen, die aus dem Durchschnitt des Pflegepersonalquotienten ermittelt wird. Alle Krankenhäuser, die darüber liegen, werden „eingefroren“, d. h. es wird nur das Personal bis zum Erreichen des durchschnittlichen Pflegepersonalquotienten finanziert. Pflegebudgetsteigerung erfolgen lediglich im Rahmen der Tarifsteigerungen bzw. bei Sondersituationen wie Einrichtung einer neuen Station. Zudem ist im Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern sicherzustellen, dass der Grundsatz der Finanzierung bis zur tarifvertraglichen Höhe nicht unterwandert und so Ungleichgewichte zwischen einzelnen Krankenhäusern ermöglicht werden. <u>Perspektive</u> Im Zuge der Krankenhausreform wird mit dem Vorhaltebudget die dritte Säule der Krankenhausfinanzierung eingeführt. Doch unterschiedliche Teilfinanzierungslogiken führen erwiesenermaßen zu einer Zunahme an Fehlanreizen. Aus diesem Grund sollte das Prinzip der Selbstkostendeckung in der Pflege im Zuge der Krankenhausreform durch eine DRG-basierte Finanzierung abgelöst werden. Die Abbildung des Pflegepersonals im Rahmen der DRG-Kalkulation als relevanter Vergütungsbestandteil sollte diskutiert werden. Um die von den Krankenhausträgern in der Vergangenheit genutzten Fehlanreize, die Krankenhausträger dazu genutzt haben, zulasten der in der Pflege arbeitenden Menschen finanzielle Optimierungsstrategien umzusetzen, nicht erneut zu schaffen, ist die Wiedereingliederung der Pflegepersonalkosten mit einem abgestimmten System aus Pflegepersonalbedarfsbemessung und Pflegepersonaluntergrenzen zu flankieren.