

Stellungnahme des IKK e.V. zum KHAG

Name des Verbandes: IKK e.V. – Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen

Datum: 20.08.2025

Grundsätzliche Anmerkungen

Mit dem vorgelegten Referentenentwurf zum Krankenhausreformsanpassungsgesetz (KHAG) besteht endlich mehr Klarheit über die geplanten Änderungen. Obwohl das Gesetzgebungsverfahren zum KHVVG noch nicht einmal ein Jahr alt ist, werden Anpassungen vorgenommen, welche nach dem Willen des Gesetzgebers die praktische Umsetzung der Regelungen aus dem KHVVG erleichtern sollen. Hierzu sieht der vorliegende Referentenentwurf unter anderem erweiterte Ausnahmeregelungen und Kooperationsmöglichkeiten vor. Die Finanzierung des Transformationsfonds wird umgestaltet; Zwischenfristen, Leistungsgruppen und deren Qualitätskriterien werden angepasst.

Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist zunächst positiv hervorzuheben, dass der Bund zusagt die Kosten für Vorhaben der Länder zur Anpassung der Strukturen in der Krankenhausversorgung nunmehr folgerichtig als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe aus Steuermitteln zu übernehmen. Auch die zeitliche Verschiebung bei der Einführung der Vorhaltekostenfinanzierung ist sachgerecht, um damit die notwendige Zeit zu schaffen, ein wirklich zukunftsfähiges, bedarfsgerechtes System zu entwickeln und die fehlerhafte Fixierung auf Fallzahlen zu beheben.

Kritisch sehen die Innungskrankenkassen hingegen die bereits befürchteten weitreichenden Ausnahmeregelungen für die Bundesländer insbesondere bei Qualitäts- und Erreichbarkeitsvorgaben. Anstelle einer stringenten Umsetzung der ursprünglich mit dem KHVVG vorgesehenen dringend notwendigen Strukturreform werden mit dem vorliegenden Entwurf zentrale Elemente der Krankenhausreform nicht verbessert, sondern – entgegen aller ministerialen Ankündigungen – zu Lasten des Patientenwohls systematisch aufgeweicht. Dadurch besteht die begründete Gefahr, dass die zentrale Zielsetzung – die Festlegung einer bundesweit gewährleisteten hohen Behandlungsqualität für mehr Patientensicherheit – erheblich geschwächt wird. Individuelle Landesausnahmen, ein den Ländern eingeräumter Beurteilungsspielraum und unklare Begrifflichkeiten wie „flächendeckende Versorgung“ drohen hier zu einem Flickenteppich in der Versorgung zu führen und die Ausnahmetatbestände letztlich zur Regel werden zu lassen.

Besonders offensichtlich wird dies bei den Ausnahmeregelungen hinsichtlich der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen. Wenn künftig jedes Bundesland selbst über Ausnahmen ohne klare Kriterien entscheiden können soll, droht eine Rückkehr zu einem abermals ineffizienten System. Kliniken können so Leistungen erbringen, für die sie nicht die notwendigen Voraussetzungen erfüllen. Die angestrebte Spezialisierung von Kliniken und die Konzentration auf Qualität wird damit zu Lasten der Patientinnen und Patienten ausgebremst. Es bedarf daher bundeseinheitlicher, verbindlicher Leistungsgruppen und Qualitätskriterien als ein zentrales Steuerungsinstrument, um eine qualitativ hochwertige Versorgung auch im ländlichen bzw. unterversorgten Raum zu sichern. Sofern Ausnahmeregelungen unabdingbar sind, sind sie nur dann akzeptabel, wenn sie transparent und überprüfbar sind. Zudem bedürfen sie der Zustimmung der Planungsbeteiligten.

Im Einzelnen:

Zu viele Ausnahmetatbestände zu Gunsten der Bundesländer

Problematisch aus Sicht der Innungskrankenkassen erscheint vor allem, dass – anders als noch von der Regierungskommission vorgesehen – den Bundesländern jetzt noch über die im KHVVG bereits vorgesehenen Ausnahmetatbestände weitere Ausweichmöglichkeiten eingeräumt werden. Auch wenn die Fristenänderung und Übergangsregelungen nachvollziehbar erscheinen, lehnen die Innungskrankenkassen die angedachten Ausnahmen von Qualitätskriterien grundsätzlich ab.

Die Erweiterung der Ausnahmen mit dem Argument der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zu rechtfertigen, führt dazu, dass die wesentlichen Ziele der Reform nicht erreicht werden. Entscheiden künftig die zuständigen Landesbehörden darüber hinaus im Rahmen ihres eigenen Beurteilungsspielraums über die Erforderlichkeit einer Ausnahme, ohne hierbei an die durch das KHVG vorgesehenen bundesweit einheitlichen Erreichbarkeitsvorgaben gebunden zu sein, sind schon jetzt langwierige gerichtliche Auseinandersetzungen absehbar.

Problematisch ist zudem, dass Leistungsgruppen zukünftig auch dann zugewiesen werden dürfen, wenn die geforderten Qualitätskriterien – wie z. B. bestimmte Facharztzahlen oder technische Ausstattung – nicht erfüllt sind, ohne dabei die bislang vorgesehenen Erreichbarkeitskriterien in Fahrzeitminuten zu berücksichtigen. Diese Ausnahmen können bis zu sechs Jahre betragen; für Kliniken mit Sicherstellungszuschlägen gelten diese sogar unbefristet. Nach Auffassung der Innungskrankenkassen verliert damit das Ziel der ursprünglich geplanten Konzentration von komplexen Leistungen in spezialisierten Zentren an Priorität. Ausnahmen von Qualitätsvorgaben sind deshalb nur übergangsweise gerechtfertigt, um die Versorgung eines entsprechend belegten Bedarfs der Grund- und Notfallversorgung zu sichern. Davon ausgenommen müssen spezialisierte Leistungen sein, da hier die Expertise im Sinne der Qualitätssicherung für Patientinnen und Patienten unverzichtbar und damit nicht verhandelbar ist.

Damit gilt: Ausnahmen dürfen nur für Leistungen der bedarfsnotwendigen Versorgung der Bevölkerung in ausschließlich unterversorgten Regionen sowie zeitlich befristet gelten. In diesem Zusammenhang sind auch die Rechtsbegriffe zu den Ausnahmetatbeständen zu schärfen bzw. zu konkretisieren. Begrifflichkeiten wie „Sicherung einer flächendeckenden Versorgung“ fehlt es gerade an einer rechtssicheren überprüfbaren Definition.

Hinreichende Qualitätssicherung bzgl. der Leistungsgruppen insbesondere durch die Selbstverwaltung

Die derzeit vorgesehenen Qualitätsanforderungen der Leistungsgruppen gewährleisten aufgrund ihrer nur geringen Differenzierung keine wirkliche Qualitätssicherung für die Patientinnen und Patienten. Denn sie werden den Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zum Patientenschutz nicht gerecht.

Hinsichtlich des G-BA wird eine weitere Qualitätseinbuße insofern befürchtet, als zukünftig der G-BA Richtlinien zu Mindestanforderung für Strukturen, Prozesse und Ergebnisse nur noch vornehmen bzw. erweitern darf, soweit diese die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen in erforderlicher Weise ergänzen und nicht im Widerspruch dazu stehen. Dies ermöglicht es den Ländern, ihnen unerwünschte Mindestanforderungen auszuhebeln. Verdeutlicht wird diese Gefahr auch durch das von einigen Bundesländern aktuell eingeleitete Normenkontrollverfahren gegen Entscheidungen des G-BA zu den Mindestmengen oder anderen Richtlinien. Eine derartige „Degradierung“ des G-BA ist deshalb mit Blick auf das gesetzgeberische Ziel „Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität“ ausdrücklich abzulehnen. Stattdessen sollten die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen federführend vom G-BA mitbestimmt werden; zumindest wäre ein Vetorecht des G-BA verbindlich vorzusehen.

Insgesamt gilt: Für die Festlegung und Weiterentwicklung der Qualitätskriterien bei den Leistungsgruppen ist eine stärkere Einbindung der Selbstverwaltung (insbesondere des G-BA) zweckdienlich und unverzichtbar. Dass diese nunmehr allein dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sowie den Bundesländern vorbehalten sein soll, ist im Hinblick auf eine wirklich qualitätsorientierte Versorgung alles andere als sachdienlich. Mit Blick insbesondere auf die Länder steht zu befürchten, dass weniger die Qualität denn der Wunsch nach Strukturerhalt (Beibehaltung des Status Quo) weiterhin im Vordergrund steht.

Finanzielle Einsparmöglichkeiten im Bereich Krankenhaus

Positiv hervor zu heben ist, dass die noch im KHVG vorgesehene und verfassungsrechtlich höchst bedenkliche Finanzierung von Vorhaben der Länder zur Anpassung der Strukturen der Krankenhausversorgung über einen Transformationsfonds hälftig aus Beitragsmitteln der GKV folgerichtig endlich gestrichen wurde.

Dennoch ist die Finanzlage der GKV weiterhin angespannt und aufgrund der Haushaltsgesetzgebung keine kurzfristige Besserung in Sicht, so dass das Risiko von weiteren Beitragssatzsteigerungen fortbesteht. Aus diesem Grund weisen die Innungskrankenkassen auf zielführende Einsparmaßnahmen im Bereich des Orientierungswerts und des Pflegebudgets hin.

Abstimmung mit anderen Gesetzgebungsverfahren und ergänzender Änderungsbedarf

Die Innungskrankenkassen kritisieren, dass gemäß KHVVG weiterhin die zukünftigen sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen flächendeckend, d. h. auch in Ballungsgebieten, zugelassen werden sollen. Diese Doppelstrukturen lehnen die Innungskrankenkassen ausdrücklich ab und fordern eine Beschränkung nur auf ländliche oder unterversorgte Regionen. Dabei ist zwingend der tatsächliche Versorgungsbedarf der Bevölkerung zu berücksichtigen.

Im Weiteren sind sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen allein durch Umwandlung bestehender Krankenhäuser mit Unterauslastung – keine Neugründung – zur Versorgung in unterversorgten ländlichen Bereichen vorzusehen und in Ballungsräumen generell auszuschließen. Zu einer Mehrung von Krankenhäusern im Krankenhausplan darf es keinesfalls kommen.

Erneut ist anzumerken, dass eine schon seit langem angestrebte ambulant-stationär vernetzte Gesundheitsversorgung jenseits der Sektorengrenzen stärker von einem gemeinsamen Ansatz her hätte mitgedacht werden müssen. Denn ohne die erforderliche Abstimmung mit dem, im Koalitionsvertrag vorgesehenen verbindlichen Primärarztssystem und den Konzepten zu Notfallreform und Rettungsdienst, fehlen dringend erforderliche Synergieeffekte für das ursprüngliche Ziel der Krankenhausreform.

Fazit

Mit dem vorliegenden Referentenentwurf liegt noch stärker als bereits mit dem KHVVG eine Finanz- denn eine Strukturreform zu Gunsten der Bundesländer und zu Lasten der Beitragszahlenden der GKV vor. Der jetzige Referentenentwurf führt nicht dazu, dass die aufzubringenden finanziellen Mittel in eine bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte Versorgung fließen, sondern es besteht durch die vorgesehenen Ausnahmen mehr denn je die Gefahr, dass überkommene Strukturen mit Beitragsgeldern der Gesetzlichen Krankenversicherung konserviert werden.

Die vom Gesetzgeber in der aktuellen Form auf den Weg gebrachte Krankenhausstrukturreform ist vor diesem Hintergrund noch einmal grundlegend zu überdenken und an den entscheidenden Stellen neu zu justieren, damit wirkliche Strukturverbesserungen erreicht werden.

Die Innungskrankenkassen fordern die Politik daher auf, sich der geplanten Ausweitung der Ausnahmetatbestände noch einmal gewissenhaft anzunehmen, um damit einhergehende Gefahren einer Qualitätseinschränkung für die Patientinnen und Patienten verlässlich auszuschließen. Denn Qualität und Patientensicherheit müssen beim KHAG oberste Priorität bleiben!

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
1	§ 109	Anpassung der Ausnahme für den Abschluss eines Versorgungsvertrags trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien	Die Neuregelung eröffnet auch den Landesverbänden der Krankenkassen die Möglichkeit, einen Versorgungsvertrag trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien abzuschließen, welche bisher nur den Ländern vorbehalten waren. Auch wenn dies als Folgeänderung für die Ausnahmen der Länder nachvollziehbar erscheint, existieren seitens der Innungskrankenkassen grundsätzliche Vorbehalte gegen Ausnahmen von Qualitätskriterien. So erscheint bereits der Umstand, dass die Festlegung und Weiterentwicklung von Leistungsgruppen und deren Qualitätskriterien per Rechtsverordnung geregelt werden soll, mehr als bedenklich. Spätestens mit der erforderlichen Zustimmung des Bundesrates und damit der Länder sind langwierige Abstimmungen und Ausnahmeregelungen zu Lasten der Qualität zu befürchten. Daran vermag auch der einzurichtende Ausschuss nichts zu ändern, denn trotz Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes wird der Ausschuss vom BMG gemeinsam mit den obersten Gesundheitsbehörden der Länder geleitet. Eine Qualitätseinbuße wird zudem insofern befürchtet, als zukünftig der G-BA Richtlinien zu Mindestanforderungen für Strukturen, Prozesse und Ergebnisse nur noch vornehmen bzw. erweitern darf, soweit diese die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen in erforderlicher Weise ergänzen und nicht im Widerspruch dazu stehen. Dies ermöglicht es den Ländern, ihnen unerwünschte Mindestanforderungen auszuhebeln. Eine derartige „Degradierung“ des G-BA ist deshalb mit Blick auf das gesetzgeberische Ziel „Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität“ ausdrücklich abzulehnen. Stattdessen sollten die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen federführend vom G-BA – eine seit Jahren etablierte Institution der gemeinsamen Selbstverwaltung – mitbestimmt werden; zumindest wäre ein Vetorecht des G-BA verbindlich vorzusehen. Daher werden die nun vorgesehenen Ausnahmen zur Nichterfüllung der Qualitätskriterien abgelehnt. Im Zusammenhang mit den vorliegend geregelten Versorgungsverträgen ist überdies noch der Umgang mit Altversorgungsverträgen zu klären, weil

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			diese nicht den neuen Regeln unterworfen sind und auch nicht anzupassen wären. Altversorgungsverträge sind daher entweder zu kündigen oder in einen neuen Vertrag zu überführen. Änderungsvorschlag Abs. 3a neuer Satz 8: <u>„Versorgungsverträge, welche zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des KHAG oder am 31.12.2025 rechtsgültig bestehen, sind maximal für 12 Monate weiter gültig, sofern sie nicht entsprechend der Regelungen der Sätze 1 bis 7 angepasst werden.“</u>
2	§ 135d	– Streichung Übergangsregelung in § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V zur Veröffentlichung von Leistungsgruppen im Bundes-Klinik-Atlas – Folgeanpassung aufgrund der Streichung der LG Notfallmedizin	
3	§ 135e	– Streichung Frist Erlass und Inkrafttreten LG-RVO – finanzielle und organisatorische Unterstützung der Patientenvertretung im Leistungsgruppen-Ausschuss – Vereinheitlichung Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern – Sonderregelung für Tages- und Nachtkliniken (Erfüllung zeitlicher Vorgaben nur zu jew. Betriebszeiten) – Vollzeitäquivalent: Anpassung anrechenbare Stundenanzahl von 40 auf 38,5 – Anpassung Berücksichtigung Belegärzte (voller vertragsärztlicher Versorgungsauftrag)	

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		– Streichung eines Verweises (entfallen)	
4	§ 135f	– Folgeänderung zur Änderung von § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V (Streichung Übergangsregelung) – Anpassung Geltung MVHZ auch für LG, die nach §6a KHG als zugewiesen gelten – Folgeanpassung Fristen	
5	§ 136a	Verweisanpassung hebammengeleitete Kreißsäle	
6	§ 136c	Spezialisierung Onkochirurgie: Abweichung von gesetzlich vorgegebener Prozentzahl für bestimmte Indikationsbereiche durch G-BA-Beschluss	Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist das Festhalten an der Regel nachvollziehbar und der gesetzgeberische Ansatz einer kurzfristigen Maßnahme zur Verhinderung von Gelegenheitsversorgung wird grundsätzlich begrüßt. Die Einbeziehung des G-BA zur Überprüfung der pauschalen Quote für einzelne Leistungsbereiche ist sinnvoll, darf aber nicht zu einer grundsätzlichen Verschiebung der Maßnahme führen. Sinnvoll wäre hier ein zweistufiges Vorgehen: Zur Beschleunigung einer Spezialisierung in der Onkochirurgie wäre als kurzfristige, erste Maßnahme zur Verhinderung von Gelegenheitsversorgung auch eine geringere pauschale Quote vorstellbar, die unbürokratisch und bei einmaliger Umsetzung praktikierbar wäre. In einem zweiten Schritt wird jedoch der G-BA als die richtige Institution angesehen, um ggf. eine weiterführende Bewertung für fachliche Beschränkung zu ermöglichen. Änderungsvorschlag: siehe oben entsprechend Stellungnahme.
7	§ 221	Streichung LKK-Anteil an der Finanzierung des Transformationsfonds	

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
8	§ 271	Anpassung von Mindestreserve und Obergrenze der Liquiditätsreserve im Gesundheitsfonds	
9	§ 275a	– Streichung eines Satzes zur Prüfung der PpUGV – Anpassung Fristen für LG-Prüfaufträge an MD und Abschluss – Strukturprüfung: Korrektur der Bezeichnung des Verfahrens	Die Anpassung der Fristen für Leistungsgruppen Prüfaufträge erscheint pragmatisch. Darüber hinaus regen die Innungskrankenkassen eine gesetzliche Klarstellung für den Medizinischen Dienst (MD) an: Aus Transparenzgründen sollte den MDen die Möglichkeit eingeräumt werden, den Landesverbänden der Krankenkassen das Ergebnis der Strukturprüfung auch direkt mitzuteilen. Hintergrund: Seitens der Krankenhäuser werden diese bei Nichterfüllung häufig nicht mitgeteilt. Änderungsbedarf § 275a Absatz 6 Satz 3 wird wie folgt geändert „Der Medizinische Dienst übermittelt dem jeweiligen geprüften Krankenhaus <u>und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen</u> zusätzlich in elektronischer Form ein Gutachten über die Prüfung und, wenn dieses Krankenhaus die jeweiligen Strukturmerkmale erfüllt, eine Bescheinigung über das Ergebnis der Prüfung, die auch Angaben darüber enthält, für welchen Zeitraum die jeweiligen Strukturmerkmale als erfüllt angesehen werden.“
10	§ 278	Streichung Fehlverweis für Berichte MD an MD Bund	
11	§ 283	Regelungen zur einheitlichen digitalen Umsetzung von Richtlinien durch MD Bund	
12	§ 427	Anpassung des Datums zur Vorlage des ersten Evaluierungsberichts	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
13	Anlage 1	Austausch Anlage 1 mit folgenden Anpassungen: - Folgeanpassungen zur Vereinheitlichung Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern - Streichung Verweis auf Einbeziehung Erfüllung PpUGV - Redaktionelle Anpassung Verweise und Daten G-BA Richtlinien - LG 1 Anpassung Mindestanforderungen Endoskopie - LG 2 Anpassung Qualitätskriterien Versorgung Kinder und Jugendliche - Streichung der LG 3 - LG 6 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 7 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 10 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 11 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 12 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 14 Anpassung bei der personellen Ausstattung - Streichung der LG 16 - LG 19 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 20 Anpassung bei Erbringung verwandter LG	

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		- LG 24 Anpassung bei der personellen Ausstattung - LG 27 Anpassungen der sachlichen Ausstattung sowie eines Verweises in den sonstigen Struktur- und Prozessvoraussetzungen - LG 29 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 31 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 32 Anpassung bei Erbringung verwandter LG sowie bei der personellen Ausstattung - LG 33 Anpassung bei Erbringung verwandter LG sowie bei der personellen Ausstattung - LG 34 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 36 Anpassung der sachlichen Ausstattung - LG 37 Anpassung der sachlichen Ausstattung - LG 38 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 39 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - LG 40 Anpassung bei Erbringung verwandter LG - Streichung der LG 47 - LG 52 Anpassung der sachlichen Ausstattung	

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		– LG 53 Anpassung der Erbringung verwandter LG sowie sachlicher und personeller Ausstattung – LG 54 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 56 Anpassung bei Erbringung verwandter LG und der personellen Ausstattung – LG 58 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 59 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – Streichung LG 65	
			Art. 2: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
1	§ 2a	Redaktionelle Anpassung (Verschiebung Satz 2 in Folgeabsatz)	
2	§ 6a	– Ergänzung, dass auch nach § 108 Nummer 4 SGB V zugelassene Krankenhäuser die Qualitätskriterien erfüllen müssen – Übergangsregelung für Länder, die bis zum 31.12.2024 Leistungsgruppen zugewiesen haben – Anpassung der Ausnahme für die Zuweisung von Leistungsgruppen trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien – Anpassung der Fristen zur Meldung der zugewiesenen Leistungsgruppen an InEK	Auch wenn die Fristenänderung und Übergangsregelungen nachvollziehbar erscheinen, sehen die Innungskrankenkassen die angedachten Ausnahmen von Qualitätskriterien grundsätzlich kritisch. Ausnahmen mit dem Argument der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zu rechtfertigen führt dazu, dass wesentliche Ziele der Reform nicht erreicht werden und sind daher nicht zielführend für die Umsetzung der Krankenhausreform. Entscheiden künftig die zuständigen Landesbehörden darüber hinaus im Rahmen ihres eigenen Beurteilungsspielraums über die Erforderlichkeit einer Ausnahme, ohne hierbei an die durch das KHVVG vorgesehenen bundesweit einheitlichen Erreichbarkeitsvorgaben gebunden zu sein, sind schon jetzt langwierige gerichtliche Auseinandersetzungen absehbar.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Problematisch ist auch, dass die Leistungsgruppen zukünftig nach dem Referentenentwurf auch dann zugewiesen werden dürfen, wenn die geforderten Qualitätskriterien – wie z. B. bestimmte Facharztzahlen oder technische Ausstattung – nicht erfüllt sind, ohne dabei die bislang vorgesehenen Erreichbarkeitskriterien in Fahrzeitminuten zu berücksichtigen. Diese Ausnahmen können bis zu sechs Jahre betragen, für Kliniken mit Sicherstellungszuschlägen gelten diese sogar unbefristet. Nach Auffassung der Innungskrankenkassen verliert damit das Ziel der ursprünglich geplanten Konzentration von komplexen Leistungen in spezialisierten Zentren an Priorität. Kliniken können so Leistungen erbringen, für die sie nicht die notwendigen Voraussetzungen erfüllen. Bundeseinheitliche Leistungsgruppen und Qualitätskriterien sind dagegen ein zentrales Steuerungsinstrument der Reform, um eine qualitativ hochwertige Versorgung auch im ländlichen Raum zu sichern. Wenn künftig jedes Bundesland selbst über Ausnahmen ohne klare Kriterien entscheidet, droht eine Rückkehr zu einem ineffizienten System. Die Spezialisierung von Kliniken und die Konzentration auf Qualität werden durch die Lockerung von personellen und organisatorischen Anforderungen zulasten der Qualität für Patientinnen und Patienten ausgebremst. Ausnahmen von Qualitätsvorgaben sind nach unserer Auffassung nur dann gerechtfertigt, um die Versorgung eines entsprechenden Bedarfs zu sichern. Davon ausgenommen sind jedoch spezialisierte Leistungen, da hier entsprechende Expertise im Sinne einer Qualitätssicherung für Patientinnen und Patienten unverzichtbar und damit nicht verhandelbar ist. Daher dürfen Ausnahmen für Leistungen der bedarfsgerechten Grund- und Notfallversorgung der Bevölkerung ausschließlich nur in ländlichen Regionen und zeitlich befristet vorgesehen werden. Dadurch ist sichergestellt, dass Ausnahmen nur begrenzt bis zum Inkrafttreten einer bundeseinheitlichen Rechtsverordnung umgesetzt werden können.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Gleichzeitig ist der Ausnahmetatbestand zur Sicherung einer flächendeckenden Versorgung zu unbestimmt. Zum einen fehlt eine ausreichend verbindliche Definition für flächendeckende Versorgung. Nach Auffassung der Innungskrankenkassen sollte das Ziel der Versorgung ausschließlich eine bedarfsgerechte Leistung mit entsprechender Qualität, nicht dagegen nur eine „erreichbare“ Leistung sein. Wenn der Gesetzgeber dennoch an Ausnahmen festhalten sollte, dann ist es nach Ansicht der Innungskrankenkassen erforderlich, dass dies stets im Einvernehmen und nicht nur im Benehmen mit den Planungsbeteiligten (u. a. auch den Landesverbänden der Krankenkassen) sowie auf Basis eines bundeseinheitlichen Rahmens erfolgt, welcher durch die Planungsbeteiligten vorgegeben wird. Eine gesonderte Regelung für Sicherstellungshäuser ist aus unserer Sicht dagegen nicht notwendig, da sie ebenso unter unsere vorgeschlagene Regelung fallen. Auch hier gilt, dass eine Umsetzung ausschließlich im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen erfolgt. Der Verzicht auf die undifferenzierten Erreichbarkeitsnormen wird begrüßt, da diese den geplanten Konzentrationsprozessen entgegenwirken würde. Zusätzlich sollte klargestellt werden, dass die Regelungen der Rechtsverordnungen nach §135e und §135f in jedem Fall bei Ausnahmen zu beachten sind. Änderungsvorschlag § 6a Abs. 4 KHG wird wie folgt geändert: Satz 1 neu „(4) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann im <u>Einvernehmen</u> Benehmen mit den Planungsbeteiligten einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort Leistungsgruppen nach Absatz 1 Satz 1 zuweisen, obwohl abweichend von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Voraussetzungen das Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt, wenn 1. dies zur Sicherstellung einer <u>flächendeckenden Versorgung bedarfsge-rechten Grund- und Notfallversorgung</u> der Bevölkerung <u>in ländlichen Regio-nen</u> zwingend erforderlich ist oder ...“ Satz 3 neu Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist in dem in Satz 1 genannten Fall <u>angemessen auf höchstens drei Jahre</u> zu befristen <u>und jeweils spätestens nach 3 Jahren zu überprüfen.</u> <u>Satz 4 und 5 streichen</u>, da Sicherstellungshäuser in Satz 3 inkludiert. Satz 4 neu: <u>„Die Regelungen der Rechtsverordnungen nach §135e und §135f sind bei der Zuweisung zu beachten.“</u>
3	§ 6b	Anpassung der Frist zur Meldung der zugewie-senen Koordinierungs- und Vernetzungsaufga-ben an InEK	
4	§ 12b	– Umstellung der Finanzierung des KHTF (Bundesmittel statt GKV-Mittel) – Streichung der Antragsfrist – Streichung der Verpflichtung, die Prüfung des Insolvenzrisikos nachzuweisen. – Schaffung eines Sonderzuwendungsrechts ggü. der BHO – Streichung der Vorschriften im Zusammen-hang mit der Beteiligung der PKV an der Fi-nanzierung	Der Verzicht auf die bisher bestehende Verpflichtung, die Prüfung des Insol-venzrisikos nachzuweisen, ist nicht nachvollziehbar. Es könnte zu einer zweckwidrigen Verwendung von für den Transformationsprozess notwendi-gen Finanzierungsmittel führen. Daher plädieren die Innungskrankenkassen für eine Beibehaltung. Änderungsbedarf Beibehaltung der bisherigen Regelung in § 12b Absatz 3 Nr. 5 KHG.

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
		– Regelung der Rückführung nicht verwendeter Mittel an den Bund	
5	§ 17b	Anpassung Fristen für Evaluation Vorhaltevergütung durch Verschiebung der Vorhaltevergütung um ein Jahr	
6	§ 37	Ermittlung Vorhaltevergütung: – Anpassungen Fristen für Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Übergangsregelung zur Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen – Anpassungen Fristen für freiwillige Information über Vorhaltevolumina in den Jahren 2026 und 2027	
7	§ 38	Zuschläge Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken: Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	Zwar werden im vorliegenden Referentenentwurf nur Anpassungen hinsichtlich der Fristen vorgenommen. Die bereits im Gesetzgebungsverfahren zum KHVVG vorgebrachte Kritik der Innungskrankenkassen gilt jedoch fort, wonach wir eine weitere zusätzliche Förderung der Hochschulkliniken nicht für notwendig erachten. Diese haben bereits spezielle Leistungsgruppen mit entsprechenden Vorhaltekosten und Zentrumszuschlägen. Koordinierung und Vernetzungsaufgaben sind grundsätzlich auch Aufgaben von Uni-Kliniken und unterliegen damit auch der landesspezifischen Hochschulfinanzierung. Die mit einer solchen zusätzlichen Förderung einhergehende Doppelfinanzierung wird daher ausdrücklich abgelehnt. Hinzu kommt das Problem der Abgrenzung, denn Forschungsaufgabe gilt allgemein hin als Ländersache. Auch werden die Zentrumszuschläge im Gegenzug nicht gestrichen.

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Änderungsvorschlag Streichen § 38.
8	§ 39	Förderbeträge Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie, Intensivmedizin: Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	Zwar werden im vorliegenden Referentenentwurf nur Anpassungen hinsichtlich der Fristen vorgenommen. Die bereits im Gesetzgebungsverfahren zum KHVVG vorgebrachte Kritik der Innungskrankenkassen gilt jedoch fort. Bereits seit dem Jahr 2020 erhalten bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum gemäß § 5 Abs. 2a KHEntgG eine pauschale Förderung für die Fachabteilungen Innere, Chirurgie, Geburtshilfe und Pädiatrie. Diese zusätzliche Finanzierung stellt die Versorgung der Bevölkerung mit notwendiger Vorhaltung von Leistungen sicher. Diese pauschale Förderung muss aber bei der Einführung einer Vorhaltepauschale berücksichtigt werden, um eine Doppelfinanzierung zu vermeiden. Darüber hinaus werden die krankenhausindividuellen Zuschläge gemäß § 5 Abs. 2 KHEntgG beibehalten. Bei einem Defizitnachweis gemäß § 5 Abs. 2 Satz 4 KHEntgG sind die Krankenkassen verpflichtet, nochmals zusätzlich einen Zuschlag zur kostendeckenden Finanzierung dieser Krankenhäuser zu vereinbaren. Die fortlaufende Gewährung dieses krankenhausindividuellen Sicherstellungszuschlages ist daher ebenfalls zu streichen. Die zuvor aufgeführten Argumente gelten ebenso für die Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin gemäß § 39 Abs. 2 KHG (neu). Wenn an einer zusätzlichen Finanzierung festgehalten würden, dann sollte diese im Rahmen der Vorhaltevergütung oder bestehender Zuschläge gewährt werden. Hier böte sich aus Sicht der Innungskrankenkassen ein Notfallzuschlag an.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Dies wäre auch eine Maßnahme zur Vermeidung von Bürokratie. Außerdem würde die Maßnahme das Risiko von Doppelfinanzierungen reduzieren. Änderungsbedarf Streichung.
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	Verweis nach oben Artikel 1 Nr. 6.
			Art. 3: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
1	§ 3	- Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung - - Vorhaltebudget greift erst ab 2028 (statt 2027)	
2	§ 4	- Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung bei • Vereinbarung Erlösbudget • Fixkostendegressionsabschlag	
3	§ 5	- Verlängerung der Zuschläge Pädiatrie und Geburtshilfe um ein Jahr als Folgeänderung	Siehe Anmerkungen Artikel 2 Nr. 8.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		aus Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Redaktionelle Korrektur bzgl. der Erhebung des Zuschlags für die Pädiatrie	
4	§ 6b	Ermittlung Vorhaltebudget: – Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Klarstellung - Vorhaltebudget nur für auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütete Krankenhausfälle – Übergangsregelung für Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen	Die aktuellen Änderungen im Referentenentwurf sind nachvollziehbar. Die grundsätzliche Kritik der Innungskrankenkassen am Vorhaltebudget wird beibehalten. Die Umstellung des bisherigen Fallpauschalen-Systems auf eine ergänzende Vorhaltefinanzierung geht nach Ansicht der Innungskrankenkassen zwar in die richtige Richtung, zumal damit auch eine risikoadjustierte Finanzierung beibehalten wird. Um eine wirkliche Strukturveränderung zu erreichen, ist es jedoch essentiell, dass sich die Höhe der krankenhausindividuellen Vorhaltepauschalen am tatsächlichen Bedarf bzw. an der mit den Leistungsgruppen zu versorgenden Bevölkerung ausrichten. Auf diese Weise ist eine Unterstützung von Konzentrationsprozessen in Regionen mit Überkapazitäten sowie die Erhaltung von Strukturen in Regionen mit einer Unterversorgung möglich. Eine ausschließliche Berücksichtigung von Leistungskennzahlen darf keine Grundlage für die Festlegung der Leistungsgruppen sein. Ansonsten werden „Überversorgungen“ konserviert. Da die Vorhaltefinanzierung eine umfassende Änderung des bisherigen Vergütungssystems darstellt, besteht jedoch das Risiko, dass Fehlentwicklungen folgenschwere Konsequenzen erzeugen. Aus diesem Grund ist es erforderlich, kurzfristig auf Abweichungen von den Zielvorstellungen reagieren zu können. Die geplante Vorlage eines Zwischenberichtes bis zum 31. Dezember 2029 sowie des endgültigen Berichtes bis zum 31. Dezember 2031 erfolgt insofern zu einem zu späten Zeitpunkt. Vielmehr sollten in den ersten Jahren der Umstellung jährliche Berichte etabliert werden, um auf Umsetzungsprobleme unmittelbar reagieren zu können. Eine Weiterentwicklung der Vorhaltefinanzierung ist unverzichtbar, um die geplanten Ziele zu erreichen und Fehler zu korrigieren. Hierfür sollte die gemeinsame Selbstverwaltung insbesondere mit der Unterstützung des InEK gesetzlich beauftragt werden.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Änderungsvorschlag Angesichts dieser weitreichenden Änderungen an der Finanzierung mit nicht absehbaren Auswirkungen schlagen die Innungskrankenkassen vor, zunächst mit einem geringen Ausgliederungsbetrag bzw. Prozentsatz ohne Einbeziehung des Pflegebudgets zu starten und eine Vereinbarung durch die Selbstverwaltung anzustreben.
5	§ 7	Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für Abrechnung der Entgelte	
6	§ 8	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für die Berechnung der Entgelte – Übergangsregelung für Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen bei Abrechnungsverboten	
7	§ 9	– Erhöhung der Notfallzuschläge ab 2028 als Folgeänderung zur verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung – Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	Die vorgesehenen Änderungen dienen der Umsetzung des oben unter Nr. 8 gemachten Vorschlages. Infolge dessen noch der Hinweis, dass insoweit auch das G-BA Notfallstufenkonzept angepasst werden müsste. Änderungsvorschlag § 9 Abs.1a Nr. 5 <u>„... ab dem Jahr 2028 sind die Zuschläge für eine Teilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung jährlich um die in § 39 KHG genannten Beträge zu erhöhen und entsprechend zu verwenden.“</u>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	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	Vor dem Hintergrund der aktuell schwierigen Situation der gesetzlichen Krankenversicherung und keiner zeitnahen Aussicht auf zusätzliche finanzielle Mittel sind seitens der GKV auch sämtliche Einsparmöglichkeiten zu prüfen. In dieser Konstellation bedeutet dies, dass eine Überkompensation vorliegt, dass die Kostensteigerung unterhalb der Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen liegt. Die Krankenhäuser erhalten mit der Finanzierung in Höhe der Veränderungsrate Gelder oberhalb der eigentlichen die Versorgung sicherstellenden Kosten – kurz eine Überkompensierung der Kostenstrukturen. Die Krankenkassen finanzieren damit dem Krankenhaus Budgetsteigerungen oberhalb dessen eigenen Kosten. Bisher galt eine Obergrenzen Regelung wonach die Krankenhäuser mindestens die beitragspflichtigen Einnahmen erhalten. Umkehr der Mindest- zu Maximalfinanzierung. Primär wird der Orientierungswert finanziert, aber sollte die Kostensteigerung oberhalb der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV liegen, ist maximal über den Veränderungswert zu verhandeln. Damit erfolgt eine Partizipation an Effizienzsteigerungen der Krankenhäuser. Die Deckelung des Veränderungswertes in Höhe der Veränderungsrate begründet sich aus dem Grundsatz, dass nur das ausgegeben werden kann, was eingenommen wird. Die bisherige Regelung hat zur Folge, dass sich das Defizit der GKV noch weiter vergrößert und weitere Beitragssatzsteigerungen unvermeidbar sind. Änderungsvorschlag § 10 Abs. 6 S. 6 und S. 7 KHEntgG werden wie folgt geändert: Satz 6: Unterschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, entspricht der Veränderungswert <u>dem Orientierungswert der Veränderungsrate</u>.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Satz 7: Überschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, <u>entspricht der Veränderungswert der Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene den Veränderungswert gemäß § 9 Absatz 1b Satz 1 und § 9 Absatz 1 Nummer 5 der Bundespflegesatzverordnung.</u>
9	§ 21	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für die Datenübermittlung – Folgeänderung zur Änderung von § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V (Streichung Übergangsregelung) – Regelung zur umfassenden Nutzung von Daten für die zum Zwecke der Ermittlung des Abschlags erforderlichen Schätzung der Anzahl der Pflegevollkräfte oder ärztlichen Vollkräfte	
			Art. 4 Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung
1	§ 2	Red. Folgeänderung zu Änderung in § 12b KHG	
2	§ 3	Red. Folgeänderung zu Änderung in § 12b KHG und Klarstellung	
3	§ 4	Streichung der Regelung zur Antragsfrist aufgrund Änderung in § 12b KHG, weitere Folgeänderungen zu Änderungen in § 12b KHG sowie Maßgaben des BR	Die Krankenkassen werden durch die dauerhafte Umsetzung von Vorhaben des KHTF mit Betriebskosten/Betriebsmitteln belastet, die sie zu finanzieren haben. Aus diesem Grund sind die Krankenkassen dringend in die Bewilligung von Fördervorhaben einzubinden. Folglich sollten Fördervorhaben ausschließlich wie gesetzlich vorgesehen (KHTFV) im Einvernehmen mit den Krankenkassen erfolgen.
4	§ 5	Streichung Regelung für Beteiligung PKV	

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
5	§ 6	Streichung Regelungen für Beteiligung PKV	
6	§ 7	– Änderung der Rückforderungsvorschrift von „kann“-Regelung zu „soll“-Regelung – Streichung Regelung für Beteiligung PKV – Streichung von Absatz 8, der nach Maßgabe BR anderweitige Verwendung von nicht verausgabten Fördermitteln ermöglichte.	
7	§ 8	Ermöglichung der Aktualisierung der Förderrichtlinie	
			Art. 5 Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen
1	§ 186a	Anpassung der Ausnahme von der Fusionskontrolle für Krankenhauszusammenschlüsse, die zur Verbesserung der Versorgung erforderlich sind (zuvor in § 187 Abs. 10 geregelt)	
2 und 3	§ 187	Redaktionelle Anpassung in § 187 Abs. 9 sowie redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung eines neuen § 186a	
			Art. 6 Änderung der Bundespflegesatzverordnung
	§ 9	Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	→ siehe oben Artikel 3 Nr. 8
			Art. 7 Inkrafttreten
	Erfüllungsaufwand		

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
	Ggf. wei-tere An-merkun-gen	Ergänzender Anmerkungsbeford	
	§115g / 6c KHEntg G	Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung SüV – KH Vergütung über DRG und keine Tagessätze	Wie schon in der IKK e.V. Stellungnahme zum Gesetzentwurf KHVVG ausgeführt, sehen die Innungskrankenkassen in den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen grundsätzlich eine Umwandlungsoption für bestehende kleinere Krankenhäuser, die nach dem bisherigen Vergütungssystem unwirtschaftlich arbeiten. Sie bieten in unterversorgten Regionen die Chance zur Sicherstellung einer stationären, ambulanten und pflegerischen Grundversorgung. Dabei sollten sich die Einrichtungen auf ein wohnortnah erforderliches Leistungsspektrum fokussieren und sich zwingend am Versorgungsbedarf der Bevölkerung orientieren. Allerdings: Dieser zunächst positive Ansatz ist auch mit zahlreichen Fragen (z. B. im Hinblick auf die Bereinigungsproblematik bei ambulanter Erbringung von hausärztlichen Leistungen) und Risiken behaftet. Die aktuelle Definition der Leistung birgt das Risiko, dass die sektorenübergreifenden Einrichtungen genau in den Regionen entstehen, in denen bereits eine Überversorgung existiert. Zu kritisieren ist insbesondere, dass dem Gesetzentwurf zufolge die zukünftigen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen flächendeckend, d. h. auch in Ballungsgebieten, zugelassen werden sollen. Diese Doppelstrukturen lehnen die Innungskrankenkassen ausdrücklich ab und fordern eine Beschränkung nur auf ländliche oder unterversorgte Regionen. Dabei ist zwingend der tatsächliche Versorgungsbedarf der Bevölkerung zu berücksichtigen. Im Weiteren sind sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen allein durch Umwandlung bestehender Krankenhäuser mit Unterauslastung – keine Neugründung – zur Versorgung in unterversorgten ländlichen Bereichen vorzusehen und in Ballungsräumen generell auszuschließen. Zu einer

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Mehrung von Krankenhäusern im Krankenhausplan darf es keinesfalls kommen. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass Einrichtungen nach § 115g aufgrund des Nichtvorhandenseins bestimmter Strukturen wie z.B. Notfallstrukturen und geringere diagnostische Ausstattung niedrigere Fallkosten aufweisen. Daher die zusätzliche Anregung der Innungskrankenkassen zur Sicherung maximal vergleichbarer Fallkosten von SüV mit stationären Einrichtungen. Das Gesamtvolumen darf nicht die vergleichbare Erlössumme aus DRG und Pflegekosten für Kliniken nach § 108 SGB V überschreiten. Änderungsvorschlag § 115g Absatz 1 Satz 1 SGB V wird wie folgt ergänzt: „... Versorgungseinrichtungen <u>in ländlichen Regionen</u>“ § 6c Absatz1 KHEntgG wird um einen neuen Satz 3 ergänzt: <u>„Das Gesamtvolumen darf nicht die vergleichbare Erlössumme aus DRG und Pflegekosten für Kliniken nach § 108 überschreiten (bzw. nur in begründeten Ausnahmefällen) maximal in vergleichbarer Höhe entsprechender Fälle.“</u> Die bisherigen Sätze 3ff alt verschieben sich in der Nummerierung um jeweils einen Wert nach oben.
			Art. 3: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
	§ 6a	Deckelung des Pflegebudgets über Pflegepersonalquotient	Seit Einführung des Pflegebudgets sind die Ausgaben für die Pflege am Bett doppelt so stark gestiegen wie die Einnahmen der Kassen. Einer der Gründe ist die fehlende Deckelung. Die damals festgestellten Defizite sind nach nunmehr fünf Jahren behoben. Auf Basis der Wirtschaftsprüfer-Testate ist nachweisbar, dass die Anzahl und Vergütung der Pflegekräfte in

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Krankenhäusern seitdem stark angestiegen und deutlich oberhalb der vergleichbaren Steigerungen der beitragspflichtigen Einnahmen liegen. Das hat zu deutlichen Ausgabensteigerungen der Krankenkassen geführt. Eine Deckelung der Erhöhung hätte zudem mittelbar positive Auswirkungen vor dem Hintergrund des Pflegepersonalmangels in stationären Pflegeeinrichtungen. Aus diesem Grund schlagen die Innungskrankenkassen vor, die Zunahme unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit mit dem Pflegepersonalquotienten zu begrenzen. Änderungsvorschlag § 6a Abs. 2 S.4ff KHEntgG wird wie folgt geändert: „Das Pflegebudget <u>unterliegt dem Wirtschaftlichkeitsprinzip</u>, ist in seiner Entwicklung nicht-grundsätzlich durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 begrenzt und § 275c ... <u>Zusätzliches Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung und Pflegeentlastende Maßnahmen gemäß Satz 6ff werden nur finanziert, wenn der Pflegequotient gem. § 137j SGB V des Krankenhauses unterhalb des bundesweiten Durchschnittes liegt; ...</u>
	§ 3 Abs. 3 BPfIV	Rückzahlungsverpflichtung bei Nichteinstellung von zusätzlich vereinbartem Personal	Entsprechend der BPfIV sind bei der Vereinbarung eines Gesamtbetrags für die Krankenhausvergütung die Qualitätsvorgaben des G-BA zur Personalausstattung (PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V) zu berücksichtigen. Zur Einhaltung dieser Qualitätsvorgaben haben psychiatrische Krankenhäuser eine entsprechende personelle Ausstattung vorzuhalten. Falls ein höherer Gesamtbetrag zur Finanzierung von zusätzlichem Personal vereinbart wird und das Krankenhaus das Personal nicht einstellt, besteht keine gesetzliche Verpflichtung, die zusätzliche Finanzierung zurückzuzahlen.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Des Weiteren ist eine Reduzierung des Gesamtbetrages nicht möglich, wenn das Krankenhaus dies mit dem Argument ablehnt, in den Folgejahren das zusätzliche Personal einzustellen. Als Konsequenz entstehen für die Krankenkassen Ausgabensteigerungen ohne eine Verbesserung der Behandlungsqualität. Änderungsvorschlag § 3 Absatz 3 BPfIV wird wie folgt geändert: „Sofern sich auf Grundlage der Nachweise nach § 18 Absatz 2 ergibt, dass eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde, haben die Vertragsparteien zu vereinbaren, inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist oder die vereinbarten Mittel nicht zweckentsprechend verwendet wurden, sind diese Mittel im nächstmöglichen Budgetzeitraum als Ausgleichsbetrag zurückzuzahlen und der Gesamtbetrag ist im Folgejahr entsprechend abzusenken. Eine Absenkung des Gesamtbetrags nach Satz 8 ist nicht vorzunehmen, wenn das Krankenhaus nachweist, dass nur eine vorübergehende und keine dauerhafte Unterschreitung der vereinbarten Stellenzahl oder der vereinbarten Mittel vorliegt. Übergangsweise werden nicht zweckentsprechend verwendete Mittel über ein Ausgleichsverfahren zurückbezahlt. Wird nach einer Absenkung des Gesamtbetrags eine Stellenbesetzung vorgenommen, ist der Gesamtbetrag für den nächsten Vereinbarungszeitraum in Höhe der entstehenden zusätzlichen Kosten zu erhöhen.“
	§ 3 Abs. 10 BPfIV	Keine Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von Leiharbeit	Grundsätzlich ist Leiharbeit in Krankenhäusern problematisch. Festangestelltes Personal ist in der Regel besser in die Abläufe des Krankenhauses integriert und kennt die Patientinnen und Patienten besser, was zu einer kontinuierlicheren und qualitativ hochwertigeren Versorgung führt. Eine Finanzierung der vollständigen Kosten für Leiharbeit, entfaltet den Anreiz, zunehmend Leiharbeitskräften zu berücksichtigen, um den aufwendigen Prozess der Personaleinstellung zu umgehen.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Da Leiharbeit deutlich höhere Kosten als festangestelltes Personal erzeugt, entstehen den psychiatrischen Krankenhäusern zusätzliche Personalkosten. Diese Personalkosten sind durch die Krankenkassen zu finanzieren, folglich führt dies zu Ausgabensteigerungen der Krankenkassen. Änderungsvorschlag In § 3 BPfIV wird Absatz 10 neu ergänzt: <u>„Bei Beschäftigung von therapeutischem Personal ohne direktes Arbeitsverhältnis mit dem Krankenhaus, insbesondere von Leiharbeitnehmern im Sinne des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes oder von Personal aus Servicegesellschaften durch Gestellungsdienst, ist der Teil der Vergütungen, der über das tarifvertraglich vereinbarte Arbeitsentgelt für das Personal mit direktem Arbeitsverhältnis mit dem Krankenhaus hinausgeht, und damit auch die Zahlung von Vermittlungsentgelten nicht im Gesamtbetrag und im Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung nach § 18 Absatz 2 zu berücksichtigen.“</u>