



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Anpassung
der Krankenhausreform
(Krankenhausreformenpassungsgesetz KHAG)

Stand: 21.08.2025

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeiner Teil	3
2. Kommentierung des Gesetzes	5
3. Ergänzendes Änderungsbedürfnis	33
• Moratorium Schiedsstellenautomatismus.....	33
• Streichung des Zusatzentgelts für Corona-Testungen	34
• Einführung von Mengenfeldern im OPS-Katalog	35
• Transparenz über Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen	36
• Erstattungsbetrag bei Entgelten für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) sowie unbewerteten Zusatzentgelten	37

1. Allgemeiner Teil

Mit dem Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) verfolgt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) das Ziel, das zum 01.01.2025 in Kraft getretene Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) der Ampel-Koalition zu überarbeiten und die praktische Umsetzung der Krankenhausreform zu erleichtern. Geändert wird unter anderem die Finanzierung des Krankenhaustransformationsfonds. Ausnahmen für die Zuweisung von Leistungsgruppen und Kooperationsmöglichkeiten für Krankenhäuser werden erweitert, Qualitätskriterien und deren Maßgaben zur Anwendung überarbeitet sowie Zwischenfristen, vor allem zur Einführung der Vorhaltevergütung, angepasst. Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) nimmt nachfolgend Stellung.

Das Ziel der Krankenhausreform, die Krankenhausstrukturen stärker an Qualitätsanforderungen auszurichten, wurde vom vdek stets befürwortet. Dass das KHAG nicht grundlegend vom in der vergangenen Legislaturperiode eingeschlagenen Pfad abweicht, ist richtig; allerdings schränken die großzügigeren Ausnahmeregelungen und Kooperationsmöglichkeiten das ursprüngliche Ziel der Reform erheblich ein.

Kritisch sind aus Sicht des vdek daher die weitreichenden Ausnahmeregelungen zugunsten der Länder. Es ist zu befürchten, dass die durch das KHAG gewährten Ausnahme- und Kooperationsmöglichkeiten nicht nur für bedarfsnotwendige Standorte in strukturschwachen Regionen genutzt werden, sondern auch Krankenhäuser erhalten bleiben, die weder bedarfsnotwendig sind noch die erforderliche personelle und technische Ausstattung und Erfahrung vorweisen können. Zugunsten einer besseren Bedarfsorientierung in der stationären Versorgung und eines durchgängig angemessenen Qualitätsniveaus plädiert der vdek weiterhin dafür, dass die Anforderungen an die Leistungsgruppen bundeseinheitlich definiert und Ausnahmen nur in klar umrissenen Fällen ebenfalls bundeseinheitlich zugelassen werden. Dieses Erfordernis wurde schon mit dem KHVVG nicht hinreichend erfüllt und wird durch die erweiterten Ausnahme- und Kooperationsmöglichkeiten im KHAG weiter verwässert. Vor diesem Hintergrund ist es richtig, dass Ausnahmen von den Leistungsgruppen über drei Jahre hinaus nur im Einvernehmen mit den Krankenkassen erfolgen dürfen. Die Einvernehmensregelung sollte auch für die ersten drei Jahre eingeführt werden. In Nordrhein-Westfalen (NRW) haben die Krankenkassen bereits bewiesen, dass sie verantwortungsvoll mit der damit verbundenen Aufgabe umgehen. Der vdek begrüßt ausdrücklich, dass der Bund endlich seiner Verantwortung zur Finanzierung der Krankenhausreform nachkommen will und den geplanten Anteil der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) am Krankenhaustransformationsfonds, insgesamt 25 Milliarden Euro, aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität finanzieren wird. Der vdek sowie die Gesamtheit der Akteure in der GKV hatten in der Vergangenheit vehement kritisiert, dass der Bund die Finanzierung der Strukturreform im stationären Bereich an die

GKV auslagern wollte und darauf hingewiesen, dass diese Form der Finanzierung mit höheren Beiträgen in der GKV einhergegangen wäre. Es ist daher ein gutes Zeichen an die Versicherten und Arbeitgebenden, dass der Bund die Einwände gehört und umgesetzt hat. Positiv ist ebenfalls, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen über eine Einvernehmensregelung ihr Mitspracherecht bei der Mittelverwendung des Fonds behalten. Aufgrund der Folgeauswirkungen im Rahmen der Betriebskostenfinanzierung ist dies zu begrüßen und folgerichtig.

Die Verschiebung der Fristen für die Vorhaltefinanzierung ist sachgerecht. Die im KHVVG angesetzten Fristen waren an dieser Stelle zu ambitioniert. Im Gleichklang mit dieser Fristverschiebung sollten auch die Krankenhäuser und Krankenkassen mehr Zeit erhalten, den Verhandlungsstau der Budgetvereinbarungen aufzulösen und eine Überlastung der an den Verfahren beteiligten Akteure zu verhindern. Offen bleibt, wie der Ausgabenanstieg für Krankenhausbehandlungen in der Zwischenzeit begrenzt wird. Der gewonnene zeitliche Puffer darf nicht, wie in der Vergangenheit, dazu genutzt werden zusätzliche Gelder mit der Gießkanne an Krankenhäuser zu verteilen. Pauschale Finanzhilfen, die bestehende Strukturen konservieren, würden den Zielen der Krankenhausreform zuwiderlaufen und die ohnehin angespannte Finanzsituation der GKV noch zusätzlich verschärfen.

Abgelehnt werden die geplanten Regelungen zu Fachkrankenhäusern. Durch die Streichung der Sonderregeln für Level-F-Krankenhäuser würden die letzten bundeseinheitlichen Rahmenvorgaben zur Qualität der Fachkrankenhäuser entfallen. Wenn, wie politisch diskutiert, auch noch die Definition von Fachkliniken gesetzlich aufgeweicht wird, könnten künftig über 50 Prozent der Krankenhausstandorte als Fachkrankenhäuser ausgewiesen werden. Dies ist nicht nur mit Blick auf das Behandlungsniveau und die Sicherheit der Patient:innen kritisch, sondern konterkariert auch das Ziel der Krankenhausreform. An dieser Stelle bedarf es einer klaren bundeseinheitlichen Grundlage, auf deren Basis Fachkrankenhäuser identifiziert und festgelegt werden. Damit Fachkrankenhäuser einheitlich ausgewiesen werden und einheitliche Qualität erbringen, sollte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit der Definition einer bundeseinheitlichen Definition für Fachkrankenhäuser beauftragt werden.

Positiv bewertet der vdek die geplante Anhebung der Mindestreserve und Obergrenze der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Mithilfe der erhöhten Mindestreserve auf 22,5 Prozent sowie der Obergrenze auf 30 Prozent können Liquiditätsprobleme des Gesundheitsfonds und damit das Risiko unterjähriger Liquiditätshilfen des Bundes oder verspätete Auszahlungen der Zuweisungen verringert werden. Gleichzeitig wird weiter gewährleistet, dass die ungebundenen Mittel des Gesundheitsfonds, die über der Obergrenze der Liquiditätsreserve liegen, an die Krankenkassen ausgeschüttet werden.

Die ausführliche Kommentierung des Gesetzes erfolgt nachstehend im bereitgestellten Muster.

2. Kommentierung des Gesetzes

Stellungnahme zum KHAG

Name des Verbandes: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Datum: 21.08.2025

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme des vdek
			Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
1	§ 109	Anpassung der Ausnahme für den Abschluss eines Versorgungsvertrags trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien	Grundsätzlich werden Ausnahmeregelungen hinsichtlich der Erfüllung von Qualitätskriterien kritisch gesehen. Da sich die Regelungen auf Vertragskrankenhäuser beziehen, obliegt es den Krankenkassen, hiervon Gebrauch zu machen. Wenn die Länder künftig eine angemessene Krankenhausplanung vornehmen, sollte die Notwendigkeit von neuen Versorgungsverträgen nicht mehr gegeben sein. Änderungsvorschlag Es bestehen Rechtsunsicherheiten zum Umgang mit Krankenhäusern, die eine Zulassung nach § 108 Nummer 3 SGB V, somit einen Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V abgeschlossen haben und damit nicht im Krankenhausplan der jeweiligen Länder aufgenommen sind. Aufgrund der Einführung von Leistungsgruppen müssten auch diese Versorgungsverträge an die neue Systematik angepasst werden. Der Gesetzgeber hat aber keine Generalklausel in das Gesetz aufgenommen, wonach zu einem Stichtag die bestehenden Versorgungsverträge enden bzw. angepasst werden sollen. Der Wortlaut des § 109 SGB V sollte eindeutig formuliert werden, sodass auch alle diesbezüglichen Verträge verbindlich an die neue Leistungsgruppen-Systematik und eine MD-Vorabprüfung zur Erfüllung der Mindestqualitätsvorgaben angepasst werden. Die bisherigen Kündigungsoptionen sehen nicht vor, dass bestehende Verträge allein aufgrund der Leistungsgruppen

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme des vdek
			gekündigt und angepasst werden dürfen. Darüber hinaus werden diese Vertragskrankenhäuser lt. § 37 Absatz 1 KHG in Verbindung mit § 6a Absatz 1 KHG auch bei der Ermittlung der Vorhaltvergütung bisher nicht berücksichtigt. Es ist nicht ersichtlich, ob die Vertragskrankenhäuser tatsächlich keinen Anteil am Vorhaltevolumen haben sollen oder ob es sich hierbei um einen redaktionellen Fehler handelt.
2	§ 135d	– Streichung Übergangsregelung in § 135d Absatz 3 S. 3 SGB V zur Veröffentlichung von Leistungsgruppen im Bundes-Klinik-Atlas – Folgeanpassung aufgrund der Streichung der LG Notfallmedizin	Die Streichung der Leistungsgruppe Notfallmedizin ist nachvollziehbar. Sie macht damit gleichzeitig die Notwendigkeit einer bundeseinheitlichen Definition der Notfallmedizin deutlich. Eine solche Definition muss dabei zwischen ambulanter und stationärer Notfallversorgung unterscheiden. Die Erarbeitung einer bundeseinheitlichen Definition sollte vom G-BA vorgenommen werden. Die weiteren Änderungen sind folgerichtig. Änderungsvorschlag Keiner.
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	Die Streichung der ohnehin bereits verstrichenen Frist ist folgerichtig. Die Neuregelungen bezüglich des Leistungsgruppenausschusses hinsichtlich Beteiligung, Finanzierung und Aufgaben sind folgerichtig. Allerdings wird damit fortgeführt, dass ein Gremium des BMG und der Länder über Mittel der GKV finanziert wird. Diese Mehrbelastung wird im Kapitel „Erfüllungsaufwand“ nicht aufgeführt. Die Finanzierung des Gremiums durch Versichertenbeiträge ist kritisch zu betrachten. Es ist nicht erforderlich, an Krankenhausstandorte, an denen keine vollstationäre Krankenhausbehandlung erbracht wird (Tages- und Nachtkliniken, die einen eigenen Standort bilden), den gleichen Zeitumfang der Qualitätskriterien anzulegen wie an vollstationäre Krankenhausbehandlungen. Daher ist

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme des vdek
		- Anpassung Berücksichtigung Belegärzte (voller vertragsärztlicher Versorgungsauftrag) - Streichung eines Verweises (entfallen)	es folgerichtig, dass mit der Neuregelung die Geltung zeitlicher Vorgaben zur Verfügbarkeit auf die jeweiligen Betriebszeiten angepasst wird. Durch die gleichzeitige Streichung der Sonderregeln für Level-F-Krankenhäuser entfallen jedoch die letzten bundeseinheitlichen Rahmenvorgaben in Bezug auf die Qualität für Fachkrankenhäuser. Der vdek lehnt dies ab, da so das Qualitätsniveau in Fachkliniken für Patient:innen nicht mehr sichergestellt werden kann. Auch wird damit Tür und Tor für die Länder geöffnet, über Fachkliniken das Ziel der Reform zu konterkarieren. Zudem ist zu befürchten, dass die gesetzliche Definition von Fachkliniken weiter aufgeweicht wird. Für eine qualitativ hochwertige und über alle Bundesländer hinweg gleichwertige Versorgung der Patient:innen auch durch Fachkliniken ist eine bundesweite gesetzliche Definition unabdingbar. Dabei muss klar formuliert werden, dass sich ein Fachkrankenhaus zum einen durch eine Spezialisierung des eigenen Leistungsportfolios auszeichnet. Zum anderen muss es sich dabei um Leistungen handeln, die nur an wenigen Krankenhäusern in der Republik erbracht werden (Konzentration der Versorgung). Die fachliche Expertise ist hierfür beim G-BA vorhanden, weshalb dieser gesetzlich beauftragt werden sollte, Fachkliniken zu definieren. Die Anpassungen der anrechenbaren Stundenzahl bei Vollzeitäquivalent und die Berücksichtigung der Belegärzt:innen entsprechen den Vorschlägen des Leistungsgruppenausschusses. Beides wird kritisch gesehen. Die Erhöhung der Stundenzahl ist nicht realitätsnah und bildet nicht das Tarifvertragsgeschehen ab. Auch für Belegärzte muss sichergestellt sein, dass die Verfügbarkeit und Qualifikation analog dem festgestellten Personal sind. Die Streichung der Leistungsgruppe 65 Notfallmedizin folgt den Vorschlägen des Leistungsgruppenausschusses und ist sachgerecht. Die Psychiatrie sollte in die Leistungsgruppen integriert werden, sodass die Krankenhausplanung in den Ländern auch in der Psychiatrie auf Basis von Leistungsgruppen erfolgt.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme des vdek
			Änderungsvorschlag § 135d Absatz 4 Satz 3 wird wie folgt geändert: <i>„³Fachkrankenhäuser, die sich auf die Behandlung einer bestimmten Erkrankung, Krankheitsgruppe oder Personengruppe spezialisiert haben und einen relevanten Versorgungsanteil in diesem Bereich leisten, werden von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet, wenn sie die Vorgaben gemäß § 136c Absatz 3a (neu) SGB V erfüllen.“</i> § 136c Absatz 3a wird eingefügt: „§ 136c Absatz 3a SGB V (neu) – Richtlinien zur Definition von Fachkrankenhäusern 1. Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt erstmals bis zum [Datum einfügen] bundeseinheitliche Vorgaben zur Definition von Fachkrankenhäusern. Er hat dabei insbesondere Voraussetzungen an Leistungsvolumina, Versorgungskonzentration und Leistungsspezialisierung festzusetzen. 2. Ergänzend zu Absatz 1 kann der Gemeinsame Bundesausschuss Kriterien zur Definition von Fachkrankenhäusern festlegen, die sich vorrangig auf die Behandlung bestimmter Personengruppen spezialisiert haben. Dabei sind insbesondere Standorte zu berücksichtigen, die einen sehr hohen Anteil ihrer Fälle, bei einer gleichzeitig substanziellen Gesamtfallzahl in spezifischen Altersgruppen bzw. bei einem spezifischen Geschlecht behandeln. 3. Die bundeseinheitlichen Vorgaben nach Absatz 1 und 2 sind vom Gemeinsamen Bundesausschuss in einer Richtlinie zu beschließen und regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, zu überprüfen und anzupassen.“

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme des vdek
			Begründung: Auf Basis der bisherigen gesetzlichen Regelung des § 135d SGB V könnten künftig über 50 Prozent der Krankenhausstandorte als Fachkrankenhäuser ausgewiesen werden. Durch die Ausweisung als Fachkrankenhaus müssen in der Folge wesentliche Qualitätsmerkmale der Leistungsgruppen nicht mehr am Standort eingehalten werden. Bereits jetzt werden, je nach Bundesland, nach völlig unterschiedlichen Kriterien, Fachkrankenhäuser in den Krankenhausplänen ausgewiesen. Es bestehen große Ermessensspielräume bei der Beschreibung von Fachkliniken. Sowohl die jetzt im § 135d SGB V festgelegte Definition an Fachkrankenhäuser wie auch heterogen verwendeten Maßstäbe der Länder bei der bisherigen Ausweisung von Fachkrankenhäusern sind mit Blick auf die Leistungsgruppensystematik nicht zeitgemäß. Es bedarf einer bundeseinheitlichen Grundlage zur Identifikation und Festlegung der Fachkrankenhäuser. Damit Fachkrankenhäuser einheitlich ausgewiesen werden und einheitliche Qualität erbringen, ist es sinnvoll, die vom G-BA zu erarbeitenden Vorgaben (Neuregelung gemäß Änderungsvorschlag) als Basis für die entsprechende Ausweisung zu nehmen. Die Definition von Fachkliniken gemäß der Richtlinie dient als Grundlage für die Krankenhausplanung der Länder und kann für die Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Krankenhausvergütung herangezogen werden. Sie soll die bisherigen, teilweise unbestimmten Rechtsbegriffe im Zusammenhang mit Fachkrankenhäusern präzisieren und eine bundesweit einheitlichere Grundlage schaffen. Der G-BA konkretisiert mit der Definition die Regelungen des § 135d Absatz 4 SGB V. Ziel ist es, eine klare Abgrenzung von Fachkliniken gegenüber anderen Krankenhäusern zu ermöglichen und als „Leitplanke“ für die Krankenhausplanung sowie für Qualitäts- und Vergütungsaspekte zu dienen. Der G-BA hat die Auswirkungen seiner Richtlinie, insbesondere auf die Versorgungslandschaft und die Identifikation von „echten Fachkliniken“, zu evaluieren. Der G-BA hat Regelungen zu treffen, die sicherstellen, dass Krankenhäuser mit einem sehr breiten Leistungsspektrum, wie insbesondere Universitätskliniken oder Krankenhäuser,

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme des vdek
			die primär weit verbreitete Basisleistungen erbringen („Vollsortimenter“), nicht als Fachkliniken im Sinne dieser Definition gelten. Ebenso hat der G-BA sicherzustellen, dass durch die Schwellenwertfestlegungen Fachkliniken als Fachkliniken identifiziert werden, wenn sie sich auf einzelne Leistungen spezialisiert haben (Leistungsspezialisierung) und es sich dabei um Leistungen handelt, die nur an vergleichsweise wenigen Krankenhäusern in der Republik erbracht werden (Konzentration der Versorgung). Hohe Spezialisierungsgrade und ein hohes Konzentrationsmaß in der Versorgung stehen im Mittelpunkt der Fachklinikdefinition. Die anzusetzenden Schwellenwerte sind regelmäßig auf ihre Validität und Trennschärfe hin zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen. Als Richtgröße können zu den vier Schwellenwerten folgende Werte handlungsleitend sein: 1. Gesamtmindestfallzahl des Krankenhausstandortes: Es ist eine Mindestfallzahl für den gesamten Krankenhausstandort vorzusehen, um eine geringvolumige Versorgung auszuschließen. Als Richtwert kann eine Mindestfallzahl von 500 Fällen pro Jahr dienen. 2. Mindestkonzentrationsgrad des Leistungsspektrums am Standort: Die Spezialisierung eines Standortes ist anhand der Konzentration seines Abrechnungsgeschehens auf wenige Leistungsbereiche, gemessen als Herfindahl-Hirschman-Index (HHI) der am Standort erbrachten DRGs (Standort-HHI), zu bestimmen. Ein Schwellenwert, beispielsweise 0,05, ist vorzusehen, ab dem ein Standort als spezialisiert gilt. 3. Mindestspezialisierungsgrad der relevanten Leistungen: Es sind nur solche Leistungen/DRGs zu berücksichtigen, die einen hohen Spezialisierungsgrad aufweisen, d. h. deren Erbringung sich bundesweit auf eine geringe Anzahl von Standorten konzentriert. Dies ist mittels des Herfindahl-Hirschman-Index für jede Diagnosis Related Group (DRG-HHI) zu messen. Ein Schwellenwert, beispielsweise 0,005, ist vorzusehen, ab dem eine DRG als spezialisiert bzw. konzentriert gilt.

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme des vdek
			4. Mindestfallzahl der relevanten, spezialisierten Leistungen: Eine Fachklinik muss eine Mindestfallzahl an Fällen mit Leistungen/DRGs aufweisen, die den unter Ziffer 3 genannten Spezialisierungsgrad erfüllen. Als Richtwert kann eine Mindestfallzahl von 250 dieser Spezial-DRGs pro Jahr dienen. Das BMG muss die für den G-BA entstehenden Mehrkosten abschätzen und im entsprechenden Kapitel ausweisen. §135e Absatz 4 Satz 2 Nummer 9 (neu) „dass, soweit in dem Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ in der Tabellenspalte „Standort“ Krankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß §135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungstufe „Level F“ zugeordnet werden, genannt sind, diese die für sie jeweils genannten verwandten Leistungsgruppen in Kooperation erbringen können.“
4	§ 135f	– Folgeänderung zur Änderung von § 135d Absatz 3 S. 3 SGB V (Streichung Übergangsregelung) – Anpassung Geltung MVHZ auch für LG, die nach §6a KHG als zugewiesen gelten – Folgeanpassung Fristen	Die Folgeänderung ist richtig. Außerdem wird ergänzt, dass die Mindestvorhaltezahlen auch für die Krankenhäuser in NRW gelten, wo bereits Leistungsgruppen durch das Land als zugewiesen gelten. Die Anpassung der Fristen ist folgerichtig. Änderungsvorschlag Keiner.
5	§ 136a	Verweisanpassung hebammengeleitete Kreißsäle	Derzeit erarbeitet der G-BA bereits die entsprechende Richtlinie für Mindestanforderungen an hebammengeleitete Kreißsäle. Diese Mindestanforderungen sind wichtig, um die Förderbeträge gezielt und nicht mit der Gießkanne auszuschütten. Daher wird die Klarstellung begrüßt.

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme des vdek
			Änderungsvorschlag Keiner.
6	§ 136c	Spezialisierung Onkochirurgie: Abweichung von gesetzlich vorgegebener Prozentzahl für bestimmte Indikationsbereiche durch G-BA-Beschluss	Die Berücksichtigung der Regelungskompetenz des G-BA im Zusammenhang mit den Mindestmengen ist grundsätzlich zu begrüßen. Es besteht jedoch Nachbesserungsbedarf: • Durch die Einschränkung bleibt weiterhin eine Wechselwirkung mit Leistungen unberücksichtigt, zu denen der G-BA bereits Mindestmengen festgelegt hat und bei denen bereits eine Leistungskonzentration stattgefunden hat. Aus diesem Grund muss in § 40 KHG festgelegt werden, dass Leistungen von der Regelung in § 40 KHG ausgenommen werden, für die bereits Mindestmengen vom G-BA festgelegt wurden. • Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) hat in seinen Arbeiten zur Ermittlung der Indikationsbereiche gemäß § 40 Absatz 1 KHG bereits die Zusammenarbeit mit der Deutschen Krebsgesellschaft und dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aufgenommen. Im Rahmen dieser Zusammenarbeit wurden bereits Krebserkrankungen aufgrund ihres seltenen Vorkommens berücksichtigt und für einen eigenen Indikationsbereich als ungeeignet erkannt. Insofern hat das InEK bereits die Kritik der Fachgesellschaften berücksichtigt, dass ein pauschaler Perzentilansatz bei seltenen Krankheitsbildern zu Versorgungslücken führen kann. Damit diese Regelung nicht zu einer Aufweichung eines guten Konzentrationsprozesses führt, sollte dem G-BA aus Sicht der Ersatzkassen daher stattdessen die Kompetenz eingeräumt werden, höhere Prozentzahlen festzulegen. Dies unter der Voraussetzung, dass eine flächendeckende Versorgung nicht gefährdet wird. Auch sollte dies erst geschehen, nachdem das InEK seine Arbeiten gemäß § 40 Absatz 2 KHG abgeschlossen hat und eine Bereinigung um Gelegenheitsversorger mit sehr niedrigen Leistungsmengen bereits erfolgt ist.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme des vdek
			Änderungsvorschlag a) Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt: „(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss kann für einen in § 40 Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Indikationsbereich eine niedrigere als die in § 40 Absatz 2 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannte Prozentzahl festlegen, sofern dies zur Aufrechterhaltung einer patienten- und bedarfsgerechten flächendeckenden stationären Versorgung der Bevölkerung mit onkochirurgischen Leistungen zwingend erforderlich ist. ab dem 01.06.2027 eine höhere als die in § 40 Absatz 2 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannte Prozentzahl festlegen, sofern die Aufrechterhaltung einer flächendeckenden stationären Versorgung der Bevölkerung nicht gefährdet wird. § 40 Absatz 2 Satz 5 Krankenhausfinanzierungsgesetzes gilt entsprechend. Festlegungen nach Satz 1 haben auf der Grundlage einer nach § 40 Absatz 1 Satz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zertifizierten Datenverarbeitungslösung zu erfolgen. § 136 Absatz 3 gilt entsprechend. Dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und den betroffenen medizinischen Fachgesellschaften ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind bei der Beschlussfassung zu berücksichtigen. Der Gemeinsame Bundesausschuss führt vor Beschlussfassung eine Folgenabschätzung durch und berücksichtigt deren Ergebnisse. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann für eine Festlegung nach Satz 1 vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus Auswertungen der Daten verlangen, die die Krankenhäuser nach § 21 Absatz 1 und 3b des Krankenhausentgeltgesetzes an die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus geführte Datenstelle übermitteln.“ In § 40 Absatz 2 KHG wird nach Satz 4 folgender Satz angefügt:

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme des vdek
			„Ausgenommen von dieser Regelung nach den Sätzen 1 bis 4 sind Leistungen der Liste nach Absatz 1 Satz 4, welche einer Mindestmenge auf Grundlage von § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V unterliegen.“
7	§ 221	Streichung LKK-Anteil an der Finanzierung des Transformationsfonds	Keine Anmerkungen.
8	§ 271	Anpassung von Mindestreserve und Obergrenze der Liquiditätsreserve im Gesundheitsfonds	Die Anpassung von Mindestreserve und Obergrenze der Liquiditätsreserve im Gesundheitsfonds wird positiv bewertet. Mithilfe der erhöhten Mindestreserve auf 22,5 Prozent, in Verbindung mit der angehobenen Obergrenze auf 30 Prozent, können Liquiditätsprobleme des Gesundheitsfonds und damit das Risiko unterjähriger Liquiditätshilfen des Bundes oder verspätete Auszahlungen der Zuweisungen verringert werden. Gleichzeitig wird weiter gewährleistet, dass die ungebundenen Mittel des Gesundheitsfonds, die über der Obergrenze der Liquiditätsreserve liegen, an die Krankenkassen ausgeschüttet werden. Änderungsvorschlag Keiner.
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 Streichung des Verweises auf die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) mag formal als Beitrag zum Bürokratieabbau nachvollziehbar erscheinen. Inhaltlich ist sie jedoch höchst problematisch. Es muss unmissverständlich sichergestellt werden, dass die Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) weiterhin als verbindliche, planungsrelevante Kriterien von den Ländern berücksichtigt werden. Ohne diese Verankerung droht ein gravierender Fehlanreiz, da Standorten Leistungsgruppen zugewiesen werden könnten, die dauerhaft nicht über das notwendige Pflegepersonal verfügen. Das verfügbare Pflegepersonal wird jedoch angesichts des demografischen Wandels zukünftig der limitierende Faktor für die Leistungserbringung sein. Eine alternde Gesellschaft wird vermehrt Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen, während gleichzeitig die Zahl der Fachkräfte, die dem Arbeitsmarkt zur Verfügung steht, kleiner wird. Das verfügbare Personal muss

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme des vdek
			daher effizient auf die Krankenhausstandorte verteilt werden. Eine Krankenhausplanung, die diesen limitierenden Faktor ausblendet, würde mittelfristig die Versorgungssicherheit massiv gefährden. Ferner sind die PpUG als pflegerischer Mindeststandard unabdingbar für die Patientensicherheit. Ein Krankenhaus, das wiederholt und deutlich die PpUG unterschreitet, kann keine sichere Versorgung erbringen. Einem solchen Standort Leistungsgruppen zuzuordnen, wäre fatal. Ein Bürokratieabbau darf nicht auf Kosten von Mindeststandards erfolgen. Mit Blick auf die Patientensicherheit und den demografischen Wandel ist es daher unabdingbar, dass die PpUG als Qualitätskriterium für die Leistungsgruppenzuweisung verankert werden. Die verbindliche Geltung der PpUG muss in § 137i SGB V sowie in § 6a KHG festgehalten werden. Mit Fortschreibung der PpUGV muss dann auch eine Übertragbarkeit der PpUG auf die Leistungsgruppen sichergestellt werden. Nur unter diesen Bedingungen ist eine Streichung des Verweises auf die PpUGV an dieser Stelle und in der Anlage 1 sachgerecht. Die Verschiebung der Fristen nach hinten ist sachgerecht vor dem Hintergrund, dass die Qualitätskriterien mit diesem Gesetz derzeit angepasst werden. Darüber hinaus handelt es sich um eine folgerichtige Klarstellung, dass das bereits zwischen Krankenhäusern und Medizinischem Dienst (MD) etablierte verwaltungsrechtliche Verfahren nun im Wortlaut abgebildet wird, und stellt klar, dass es sich um einen Antrag auf Prüfung zur Erfüllung der in Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale handelt. Änderungsvorschlag Nach § 137i Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt: „Die in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) festgelegten Vorgaben gelten unabhängig von der Einführung oder Änderung von Leistungsgruppen für die in der Verordnung bestimmten Bereiche unverändert

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme des vdek
			und sind von zugelassenen Krankenhäusern im Sinne des § 108 verbindlich einzuhalten.” Nach § 6a Absatz 1 Satz 1 KHG wird folgender Satz eingefügt: „Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde berücksichtigt bei der Zuweisung nach Satz 1 die Erfüllung der in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen”
10	§ 278	Streichung Fehlverweis für Berichte MD an MD Bund	Keine Anmerkungen.
11	§ 283	Regelungen zur einheitlichen digitalen Umsetzung von Richtlinien durch MD Bund	Die Änderung wird ausdrücklich begrüßt. Die Ermächtigung des MD Bund, einheitliche und digitale Prozesse zur Umsetzung von Richtlinien zu regeln, ist ein wichtiger Schritt zur Effizienzsteigerung und zur Reduzierung von Bürokratie. Einheitliche digitale Verfahren bei den MD sind überfällig und verbessern die Vergleichbarkeit sowie die Geschwindigkeit der Prüfprozesse. Der MD Bund sollte insgesamt dazu befähigt werden, im Sinne der Gleichbehandlung aller Versicherten sowie der gebotenen Wirtschaftlichkeit, Effizienz und Qualität bundesweite Standards zu schaffen. Änderungsvorschlag Keiner.
12	§ 427	Anpassung des Datums zur Vorlage des ersten Evaluierungsberichts	Die Anpassung wird kritisch gesehen. Die Vorverlegung des ersten Evaluierungsberichts auf den 31.07.2027 ist zwar dem Wunsch nach früher Transparenz geschuldet, birgt aber die Gefahr, dass zu diesem Zeitpunkt noch keine aussagekräftigen Daten über die Wirkungen der Reform vorliegen werden, insbesondere da die Vorhaltevergütung erst 2028 budgetwirksam wird. Ein verfrühter Bericht könnte auf unzureichender Datengrundlage zu falschen Schlussfolgerungen führen und den Reformprozess fehlerleiten.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme des vdek
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	Bei diversen Leistungsgruppen wird der Hinweis gestrichen, dass die erforderlichen verwandten Leistungsgruppen in Kooperation mit anderen Standorten erbracht werden müssen. Hierbei handelt es sich um eine Folgeänderung, bei der die Regelungen zu Fachkliniken weiter aufgeweitet werden. Die Bewertung erfolgt unter §135e. Die Bewertung zur Streichung des Verweises auf die PpUGV als Qualitätskriterium erfolgt unter § 275a (Buchstabe 9a). Die weiteren Anpassungen der Qualitätskriterien folgen den Vorschlägen des Leistungsgruppenausschusses. Änderungsvorschlag Keiner.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme des vdek
		- 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 des vdek
		- 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)	Keine Anmerkungen.
2	§ 6a	- Ergänzung, dass auch nach § 108 Nummer 4 SGB V zugelassene Krankenhäuser die Qualitätskriterien erfüllen müssen - Übergangsregelung für Länder, die bis zum 31.12.2024 Leistungsgruppen zugewiesen haben - Anpassung der Ausnahme für die Zuweisung von Leistungsgruppen trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien - Anpassung der Fristen zur Meldung der zugewiesenen Leistungsgruppen an InEK	Die Festlegung, dass Bundeswehrkrankenhäuser die Qualitätsvorgaben der zugewiesenen Leistungsgruppe erfüllen müssen, wird begrüßt. Die Übergangsregelung, die de facto für NRW Anwendung finden soll, ist nachvollziehbar. Die Übergangsregelung bedeutet allerdings, dass die Leistungsgruppenlogik des InEK und die Qualitätskriterien der Bundesebene für die nächsten fünf Jahre in NRW nicht gelten. Im Hinblick darauf erscheint die geplante Dauer der Übergangsregelung zu lang. Die Übergangsregelung sollte idealerweise nur bis zum 31.12.2027 gelten, da ab 2028 die Vorhaltevergütung greift, sofern diese nicht grundlegend geändert wird, was wünschenswert ist. Es ist zudem unklar, wie eine Abrechnung der Leistungsgruppen auf Basis des InEK-Groupers für die Leistungsgruppen-Zuordnung in NRW erfolgen soll. Sofern diese Frist nicht umsetz-

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme des vdek
			bar ist, sollte die Übergangsregelung aber spätestens am 31.12.2029 auslaufen, da ab dem 01.01.2030 alle Bestandteile der bundesweiten Krankenhausreform ihre volle Wirkung entfalten. Grundsätzlich werden Ausnahmeregelungen hinsichtlich der Erfüllung von Qualitätskriterien kritisch gesehen. Aus Sicht der Ersatzkassen sollte der Schutz der Patienten über dem Schutz von Institutionen stehen. Insbesondere wird es mit der neuen Regelung einer gefährdeten Sicherstellung in das Ermessen jedes einzelnen Landes gestellt, wann diese vorliegt. Verbindliche Kriterien fehlen. Es sollten daher mindestens bundeseinheitlich verbindliche Fahrzeitminuten vorgegeben werden, und zwar medizinisch differenziert für die verschiedenen Leistungsgruppen. Entsprechend sachgerechte Vorschläge hatte der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) bereits in seiner Stellungnahme zum KHVVG gemacht. Positiv ist, dass die Länder die Ausnahmen nur im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen anwenden können, wenngleich eine Einvernehmensregelung wünschenswert wäre. Verbunden mit der Erteilung einer Ausnahme sollte zwischen Land und Krankenhaus eine schriftliche Zielvereinbarung geschlossen werden, die die Schritte und Zuständigkeiten hin zur Erfüllung der Qualitätskriterien festlegt. Ziel dieser Maßnahme ist, dass das Land und das Krankenhaus sich darüber verständigen, welche Maßnahmen und konkreten Handlungsschritte durch wen bis wann hin zur Erfüllung erforderlich sind. Die Befristungen, Einvernehmens- bzw. Benehmensherstellungen und die Einführung dezidierter krankenhaus-individueller Zielvereinbarungen mit konkreten Handlungsschritten sollten ebenfalls für Kooperationen und Verbünde gelten. Die Qualitätskriterien müssen in einem engen Zeitfenster an allen Standorten erfüllt werden, die eine Leistungsgruppe anbieten. Problematisch ist, dass nunmehr Länder bei allen Leistungsgruppen Ausnahmen bei den Qualitätskriterien vornehmen können und es keinerlei rote Linien mehr gibt, die ein Mindestmaß an Qualität für die Versorgung von Patienten im Rahmen der Krankenhausplanung sicherstellen. Im KHVVG gab

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme des vdek
			es noch die Einschränkung, dass Länder bei bestimmten Leistungsgruppen keine Ausnahmen erteilen konnten – wenn dies der Leistungsgruppenausschuss so festgelegt hatte (§ 135e Absatz 1 Nummer 4 SGB V). Dies entfällt nun mit der Neuregelung und wird daher vehement abgelehnt. Im Übrigen ist es auch rechtlich unsauber, weil der Leistungsgruppenausschuss weiterhin die Aufgabe hat, Leistungsgruppen zu bestimmen, bei denen Länder keine Ausnahmen erteilen dürfen. Diese Regelung läuft nun praktisch ins Leere. Die Anpassung der Meldefristen der zugewiesenen Leistungsgruppen an das InEK dient einer realitätsnahen Umsetzung der Reform.Änderungsvorschlag Nach § 6a Absatz 1 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt: <i>„Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde berücksichtigt bei der Zuweisung nach Satz 1 die Erfüllung der in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen.“</i> <i>[Änderungsvorschlag ergibt sich aus der Bewertung und dem Änderungsvorschlag zu § 275a SGB V (Artikel 1, Buchstabe 9a)]</i> Absatz 4 wird wie folgt gefasst: <i>„(4) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort Leistungsgruppen nach Absatz 1 Satz 1 zuweisen, obwohl abweichend von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Voraussetzungen das Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt, wenn</i> <i>1. dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist oder</i> <i>2. der Betrieb des jeweiligen Krankenhausstandortes vollständig oder teilweise eingestellt wird und die Zuweisung der Leistungsgruppen für die Umsetzung der Betriebseinstellung zwingend erforderlich ist</i>

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme des vdek
			<i>und dies für die jeweilige Leistungsgruppe nicht durch die Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ausgeschlossen ist. Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich, wenn ein anderer Krankenhausstandort, für den die jeweilige Leistungsgruppe zugewiesen ist für einen erheblichen Teil der Einwohner des Einzugsbereichs des Krankenhausstandorts, für den die Leistungsgruppe zugewiesen werden soll, nicht innerhalb der in Anlage 2 genannten Fahrzeit mit einem Kraftfahrzeug erreichbar ist.</i> <i>Vor der Zuweisung einer Leistungsgruppe in den in Satz 1 genannten Fällen hat die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde zu prüfen, ob die für die Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden nach § 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 8, Satz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt werden können. Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist in den in Satz 1 genannten Fällen auf höchstens drei Jahre zu befristen; eine weitere Befristung von höchstens drei Jahren ist in dem in Satz 1 Nummer 1 genannten Fall im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zulässig. Wenn ein Krankenhausstandort in dem in Satz 1 Nummer 1 genannten Fall zum Zeitpunkt der Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppe in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist, kann die Leistungsgruppe abweichend von Satz 3 unbefristet zugewiesen werden. Mit der Zuweisung ist das Krankenhaus in dem in Satz 1 Nummer 1 genannten Fall schriftlich zu verpflichten, an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien innerhalb einer angemessenen Frist zu erfüllen. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann sich vor Erteilung einer Auflage nach Satz 5 hierzu durch den Medizinischen Dienst beraten lassen. In der schriftlichen Vereinbarung ist festzulegen, wer und bis wann welche konkreten Maßnahmen ergreift, damit die Quali-</i>

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme des vdek
			tätskriterien erfüllt werden können. Bei der Entscheidung über die Erklärung des in Satz 1 genannten Benehmens handeln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat Bedenken, die die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen im Rahmen der Benehmensherstellung zur Entscheidung über die Ausnahme nach Satz 1 vortragen, zu berücksichtigen. Gleiche Vorgaben gelten für Kooperationen und Verbünde, wenn Qualitätskriterien an einem Standort nicht erreicht werden und die Leistungsgruppe zur Sicherstellung der Versorgung zugewiesen wird.“ Es wird eine neue Anlage 2 ergänzt, die die Fahrtzeitminuten pro Leistungsgruppe festlegt (vgl. hierzu die Stellungnahme des GKV-SV). Alternativer Änderungsvorschlag Hilfsweise sollte wieder zurückgegangen werden auf die derzeit im KHVVG getroffene Fahrzeitregelung.
3	§ 6b	Anpassung der Frist zur Meldung der zugewiesenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben an InEK	Die Frist wird an jene zur Meldung der Leistungsgruppen an das InEK angeglichen. Es handelt sich daher um eine Folgeänderung zur Verschiebung der Fristen für die Vorhaltefinanzierung (siehe § 37 KHG). Änderungsvorschlag Keiner.
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	Die Regelungen zur Verteilung der Kosten des Krankenhaustransformationsfonds werden ausdrücklich begrüßt. Grundsätzlich sollte über die Anträge zum Transformationsfonds erst entschieden werden, wenn die Zuweisung der Leistungsgruppen durch die Länder erfolgt ist. Daher sollte in § 12 geregelt werden, dass im Jahr 2026 nicht ausgeschöpfte Mittel im Land verbleiben und auf das Folgejahr übertragen werden. Die im KHVVG vorgesehene Regelung, dass übriggebliebene Mittel aus dem Strukturfonds an den Krankenhaustransformationsfonds übertragen

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme des vdek
		– Streichung der Vorschriften im Zusammenhang mit der Beteiligung der PKV an der Finanzierung – Regelung der Rückführung nicht verwendeter Mittel an den Bund	werden, muss jedoch gestrichen werden. Die Mittel müssen an die GKV zurückgeführt werden. Dies würde sonst dazu führen, dass der Bund Beitragsmittel der GKV verwendet. Die Festschreibung der Investitionskosten bis 2035 auf das durchschnittliche Niveau der Jahre 2021-2023 und einmalig gesteigert um den Orientierungswert 2024 ist problematisch. Der Anteil der Investitionskosten an den Betriebskosten wird so immer kleiner. Es sollte eine jährliche Steigerung um den Orientierungswert erfolgen und als Fördervoraussetzung festgeschrieben werden. Positiv zu bewerten ist, dass die Krankenkassen weiter an den Entscheidungen beteiligt sind. Die Länder sollten jedoch weiterhin das Insolvenzrisiko prüfen, insbesondere um Folgekosten im Betriebskostenbereich im Rahmen einer Insolvenzverschleppung zu vermeiden. Insofern ist die durch das KHAG vorgesehene Streichung wieder aufzuheben. Änderungsvorschlag § 12a Absatz 2 Satz 4 KHG wird gestrichen. In § 12b wird in Absatz 3 Satz 2 hinter der Zahl "2024" die Worte "und für die Folgejahre bis 20332035" eingefügt.
5	§ 17b	Anpassung Fristen für Evaluation Vorhaltevergütung durch Verschiebung der Vorhaltevergütung um ein Jahr	Es handelt sich um Folgeänderungen zur Verschiebung der Fristen für die Vorhaltefinanzierung (siehe § 37 KHG). Änderungsvorschlag Keiner.
6	§ 37	Ermittlung Vorhaltevergütung: – Anpassungen Fristen für Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	Es ist nachvollziehbar, dass die Einführung der Vorhaltefinanzierung verschoben wird, um eine gründliche Vorbereitung der Kalkulation durch das InEK zu ermöglichen und Fehler zu vermeiden. Wie im Entwurf eines Haushaltsbegleitgesetzes 2025 vorgesehen, sollte das InEK die Vorhaltevolumina um Fälle bereinigen, die über Hybrid-DRG vergütet werden, um eine Doppelfinanzierung zu vermeiden. Gleiches gilt

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme des vdek
		– 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	für Fälle, die über die Besonderen Einrichtungen (insbesondere in der Pädiatrie nach § 17b Absatz 1 Satz 14 KHG) vergütet werden. Änderungsvorschlag Keiner.
7	§ 38	Zuschläge Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken: Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	Da die Verteilung der Zuschläge durch das InEK im Rahmen der Ermittlung der Vorhaltefinanzierung erfolgt, wird die Einführung der Zuschläge analog zur Vorhaltefinanzierung verschoben. Es handelt sich daher um eine Folgeänderung zur Verschiebung der Fristen für die Vorhaltefinanzierung (siehe § 37 KHG). Änderungsvorschlag Keiner.
8	§ 39	Förderbeträge Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie, Intensivmedizin: Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	Da die Zuschläge im Rahmen der Vorhaltefinanzierung verteilt werden, wird die Einführung der Zuschläge analog zur Vorhaltefinanzierung verschoben. Es handelt sich daher um eine Folgeänderung zur Verschiebung der Fristen für die Vorhaltefinanzierung (siehe § 37 KHG). Änderungsvorschlag Keiner.
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 Streichung der Frist für das InEK für die erstmalige Erarbeitung von Vorgaben für die Zuordnung von Fällen zu den Indikationsbereichen und zur Zertifizierung einer auf dieser Grundlage entwickelten Datenverarbeitungslösung ist sachgerecht. Sie erlaubt dem InEK, die Datenverarbeitungslösungen, die auf Grundlage der Vorgaben entwickelt werden, im Herbst eines Jahres im Zusammenhang mit der Fallpauschalen- und Leistungsgruppenzuordnung zu zertifizieren. Bei der Anpassung des Bezugsjahres von 2023 auf 2025 handelt es sich um eine Folgeänderung aufgrund der Verschiebung der Vorhaltevergütung

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme des vdek
			(vgl. Änderungen in § 3 bis 5 KHEntgG) und des Abrechnungsverbot (vgl. § 8 Absatz 4 Satz 6 KHEntgG). Diesbezüglich sei angemerkt, dass bei onkologischen Leistungen, für die es bisher keine anderweitige Mindestmengen gibt, durch das Vorgehen mit einem einzigen Bezugsjahr vor allem eine große Anzahl an Gelegenheitsversorgern mit sehr niedrigen Leistungsmengen identifiziert werden. Es werden demnach noch viele Krankenhäuser mit einer immer noch geringen Leistungsmenge in der Versorgung verbleiben. Bei onkologischen Leistungen, bei denen es bereits Mindestmengen gibt (z. B. Mamma-Ca-Chirurgie), ist hingegen bereits eine Bereinigung um Gelegenheitsversorger erfolgt. Für diese Leistungen erfolgt eine doppelte Bereinigung und damit eine deutlich stärkere Reduktion von Leistungserbringern. Bei der Berücksichtigung von durch den G-BA festgelegten niedrigen Prozentzahlen handelt es sich um eine Folgeänderung aufgrund der Änderung von § 136c SGB V. Im Zusammenhang mit der Bewertung zu § 136c SGB V besteht an § 40 KHG Nachbesserungsbedarf. So bleiben in § 40 KHG weiterhin Wechselwirkungen mit Leistungen, zu denen der G-BA bereits Mindestmengen festgelegt hat und bei denen bereits eine Leistungskonzentration stattgefunden hat, unberücksichtigt. Aus diesem Grund ist es notwendig, dass in § 40 KHG festgelegt wird, dass Leistungen, für die bereits Mindestmengen vom G-BA festgelegt wurden, von der Regelung in § 40 KHG ausgenommen werden. Ferner hat das InEK in seinen Arbeiten zur Ermittlung der Indikationsbereiche bereits Krebserkrankungen aufgrund ihres seltenen Vorkommens berücksichtigt und für einen eigenen Indikationsbereich als ungeeignet erkannt. Aus Sicht der Ersatzkassen sollte dem G-BA in § 136c SGB V daher stattdessen die Kompetenz eingeräumt werden höhere Prozentzahlen festzulegen. Dies sollte geschehen, nachdem das InEK seine Arbeiten gemäß § 40 Absatz 2 KHG abgeschlossen hat und eine Bereinigung um Gelegenheitsversorger mit sehr niedrigen Leistungsmengen bereits erfolgt ist. Auf

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme des vdek
			diese Weise muss durch das InEK auch keine Berücksichtigung der Vorgaben vom G-BA in seiner Systematik erfolgen. Änderungsvorschlag 9. b) bb) (Die vorgesehene Änderung in Satz 2 entfällt). Satz 3 wird durch folgenden Satz ersetzt: Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht bis zum 31. Mai 2027 eine nach den nach Absatz 1 Satz 3 definierten Indikationsbereichen differenzierte Liste der nach Satz 2 ausgewählten Krankenhausstandorte barrierefrei auf seiner Internetseite und ordnet zum Zweck der Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis nach § 135d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Indikationsbereiche, nach der die Liste zu differenzieren ist, den jeweils nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Leistungsgruppen zu; für den Fall, dass der Gemeinsame Bundesausschuss nach der im ersten Halbsatz genannten Veröffentlichung gemäß § 136c Absatz 2 SGB V eine höhere als die nach Satz 2 geltende Prozentzahl festgelegt hat, aktualisiert das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus die jeweils letzte Fassung der Liste und veröffentlicht die aktualisierte Liste barrierefrei auf seiner Internetseite.“ cc) Nach Satz 4 wird folgender Satz angefügt: „Ausgenommen von dieser Regelung nach den Sätzen 1 bis 4 sind Leistungen der Liste nach Absatz 1 Satz 4, welche einer Mindestmenge auf Grundlage von § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V unterliegen.“
			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 zur Verschiebung der Fristen für die Vorhaltefinanzierung (siehe § 37 KHG). Änderungsvorschlag Keiner.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme des vdek
2	§ 4	- Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung bei • Vereinbarung Erlösbudget • Fixkostendegressionsabschlag	Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Verschiebung der Fristen für die Vorhaltefinanzierung (siehe § 37 KHG). Änderungsvorschlag Keiner.
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	Es handelt sich um Folgeänderungen zur Verschiebung der Fristen für die Vorhaltefinanzierung (siehe § 37 KHG). Änderungsvorschlag Keiner.
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	Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Verschiebung der Fristen für die Vorhaltefinanzierung (siehe § 37 KHG). Bei der Übergangsregelung für die Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 zugewiesenen Leistungsgruppen handelt es sich um eine Folgeänderung zur Weitergeltung der in NRW zugewiesenen Leistungsgruppen. Dies wird kritisiert (siehe § 6a KHG). Änderungsvorschlag Keiner.
5	§ 7	Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für Abrechnung der Entgelte	Es handelt sich um Folgeänderungen zur Verschiebung der Fristen für die Vorhaltefinanzierung (siehe § 37 KHG). Änderungsvorschlag Keiner.
6	§ 8	- Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für die Berechnung der Entgelte	Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Verschiebung der Fristen für die Vorhaltefinanzierung (siehe § 37 KHG).

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme des vdek
		– Übergangsregelung für Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen bei Abrechnungsverboten	Bei der Übergangsregelung für Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 zugewiesenen Leistungsgruppen handelt es sich um eine Folgeänderung zur Weitergeltung der in NRW zugewiesenen Leistungsgruppen. Dies wird kritisiert (siehe § 6a KHG). Änderungsvorschlag Keiner, sofern die Vorhaltevergütung nicht grundlegend geändert wird.
7	§ 9	– Erhöhung der Notfallzuschläge ab 2028 als Folgeänderung zur verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung – Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	Die Verschiebung der Erhöhung der Notfallzuschläge ist eine Folgeänderung zur Verschiebung der Fristen für die Vorhaltefinanzierung (siehe § 37 KHG). Die Klarstellung, dass es sich um eine einmalige und nicht um eine jährliche Erhöhung handelt, ist zu begrüßen. Die redaktionelle Korrektur beim Orientierungswert ist korrekt. Änderungsvorschlag Keiner.
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	Das Kalenderjahr eignet sich als Zeitraum für den Orientierungswert, da es einen Abgleich mit Wirtschaftsprüfertestaten ermöglicht, die sich ebenfalls auf ein Kalenderjahr beziehen. Allerdings weicht der Zeitraum für den Orientierungswert dann vom Zeitraum der Grundlohnrate ab. Vor diesem Hintergrund sollte die Meistbegünstigungsklausel gestrichen werden, die besagt, dass der jeweils höhere Wert Grundlage für die Vereinbarung des Veränderungswerts ist. Das Maß für die Ausgaben sollten die Einnahmen sein. Dementsprechend sollte eine Rückkehr zur Veränderungsrate als maximale Obergrenze erfolgen, bzw. die Meistbegünstigungsklausel umgekehrt werden. Die Delegation der Festlegung der zu erhebenden Daten auf das Statistische Bundesamt erscheint hingegen sinnvoll. Grundsätzlich besteht aber das gravierende Problem, dass die Krankenhäuser ungeprüfte Daten an das Statistische Bundesamt melden, die dann als Grundlage für die Ausgabenentwicklung der Krankenkassen herangezogen werden. Es bedarf einer klaren Regelung, wie diese Meldedaten plausibilisiert und verifiziert werden

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme des vdek
			können. Dies sollte in den Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen geschehen, da diese schließlich auf die Folgekosten durch den Orientierungswert zu tragen haben. Änderungsvorschlag § 10 Absatz 6 Satz 6 und 7 Unterschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, entspricht der Orientierungswert dem Orientierungswert der Veränderungsrate. Überschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, entspricht der Orientierungswert der Veränderungsrate vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene den Orientierungswert gemäß § 9 Absatz 1b Satz 1 und § 9 Absatz 1 Nummer 5 der Bundespflegesatzverordnung. In § 10 Absatz 6 in der Fassung des KHAG sollte in Satz 4 nach den Worten „Zwecke nach Satz 1“ die Worte „die im Rahmen der Vereinbarungen nach § 11 und § 11 BPflV geprüften“ eingefügt werden.
9	§ 21	- Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für die Datenübermittlung - Folgeänderung zur Änderung von § 135d Absatz 3 S. 3 SGB V (Streichung Übergangsregelung) - Regelung zur umfassenden Nutzung von Daten für die zum Zwecke der Ermittlung des Abschlages erforderlichen Schätzung der Anzahl der Pflegevollkräfte oder ärztlichen Vollkräfte	Keine Anmerkungen.
			Art. 4 Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung
1	§ 2	Red. Folgeänderung zu Änderung in § 12b KHG	Keine Anmerkungen.

Nr. im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme des vdek
2	§ 3	Red. Folgeänderung zu Änderung in § 12b KHG und Klarstellung	Keine Anmerkungen.
3	§ 4	Streichung der Regelung zur Antragsfrist aufgrund Änderung in § 12b KHG, weitere Folgeänderungen zu Änderungen in § 12b KHG sowie Maßgaben des BR	Die Regelung wird ausdrücklich begrüßt. Dass die Entscheidungen der Länder über die Anträge der Vorhaben im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen erfolgen, folgt den Erfahrungen bei der Umsetzung der Leistungsgruppenplanung in NRW. Hier haben die Krankenkassen unter Beweis gestellt, dass sie verantwortungsvoll und partnerschaftlich bei der Umsetzung des dortigen Strukturwandels umgehen konnten. Wie bereits zu § 12 b KHG dargelegt, sollten die Länder weiterhin verpflichtet werden, das Insolvenzrisiko zu prüfen. Änderungsvorschlag Keiner.
4	§ 5	Streichung Regelung für Beteiligung PKV	Keine Anmerkungen.
5	§ 6	Streichung Regelungen für Beteiligung PKV	Keine Anmerkungen.
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.	Keine Anmerkungen.
7	§ 8	Ermöglichung der Aktualisierung der Förderrichtlinie	Keine Anmerkungen.
			Art. 5 Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen

Nr. im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme des vdek
1	§ 186a	Anpassung der Ausnahme von der Fusionskontrolle für Krankenhauszusammenschlüsse, die zur Verbesserung der Versorgung erforderlich sind (zuvor in § 187 Absatz 10 geregelt)	Die Regelung wird begrüßt, da der Konzentrationsprozess der Krankenhausstrukturen nicht durch Wettbewerbsbeschränkungen außer Kraft gesetzt werden darf. Änderungsvorschlag Keiner.
2 und 3	§ 187	Redaktionelle Anpassung in § 187 Absatz 9 sowie redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung eines neuen § 186a	Keine Anmerkungen.
			Art. 6 Änderung der Bundespflegesatzverordnung
	§ 9	Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	Die redaktionelle Korrektur beim Orientierungswert ist korrekt. Änderungsvorschlag Keiner.
			Art. 7 Inkrafttreten
	Erfüllungsaufwand		Keine Anmerkungen.
	Ggf. weitere Anmerkungen		Ergänzender Änderungsbedarf des vdek ab Seite 33.

3. Ergänzender Änderungsbedarf

Moratorium Schiedsstellenautomatismus

Beabsichtigte Neuregelung

In § 13 Absatz 3 Satz 1 KHEntgG und § 13 Absatz 3 Satz 1 Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) wird die Angabe „2026“ durch „2028“ ersetzt.

Begründung

Mit dem KHAG sollen die Fristen zur Umsetzung der Krankenhausreform verschoben werden, um den Beteiligten mehr Zeit für die Umsetzung der einzelnen Maßnahmen zu geben. Vor diesem Hintergrund soll die Vorhaltevergütung erst ab 2028 wirksam werden. Die budgetneutrale Phase wird somit bis einschließlich 2027 verlängert.

Im Gleichklang mit der Fristenverschiebung der Krankenhausreform sollten auch die Krankenhäuser und Krankenkassen mehr Zeit erhalten, den Verhandlungsstau der Budgetvereinbarungen aufzulösen. Seit dem Ende der Corona-Pandemie ist eine deutliche Zunahme der Verhandlungsgeschwindigkeit zu verzeichnen. Jedoch wird es nicht gelingen, bis zum 31.07.2026 alle offenen Budgetverhandlungen abzuschließen. Stand Juli 2025 sind über 3.300 Budgets der letzten fünf Jahre noch nicht in Kraft getreten. Vor zwei Jahren waren es zu diesem Zeitpunkt noch über 4.400 Budgets.

Aufgrund der automatischen Schiedsstellenregelung ab 2026 ist zu befürchten, dass sämtliche noch nicht abgeschlossenen Budgetjahre von der Schiedsstelle festzusetzen sind. Dies würde alle Beteiligten am Verfahren überlasten. Daher wird mit der Änderung ein Moratorium für den Schiedsstellenautomatismus vorgeschlagen, bis die Krankenhausreform wirksam wird.

Streichung des Zusatzentgelts für Corona-Testungen

Beabsichtigte Neuregelung

§ 26 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes wird aufgehoben.

Begründung

Da die Corona-Pandemie für beendet erklärt wurde, besteht keine Notwendigkeit mehr, Testungen im Krankenhaus extrabudgetär zu vergüten. Die Aufhebung des Paragraphen war bereits im Entwurf des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG) enthalten, konnte jedoch aufgrund des verfrühten Endes der letzten Legislaturperiode nicht mehr umgesetzt werden (siehe Artikel 5, Bundestags-Drucksache 20/11853).

Beabsichtigte Neuregelung

In § 295 Absatz 1 SGB V werden nach Satz 5 die folgenden Sätze eingefügt:

„Bei der Kodierung von Operationen und sonstigen Prozeduren nach Satz 4 ist die Anzahl oder Menge und die Einheit gesondert zur Mengenangabe in gesonderten Mengenfeldern anzugeben. Das Nähere hierzu legt das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte fest.“

In § 301 SGB V wird nach Absatz 2a der folgende neue Absatz eingefügt:

„Bei der Kodierung von Operationen und sonstigen Prozeduren nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 ist die Anzahl oder Menge und die Einheit in gesonderten Mengenfeldern anzugeben. Das Nähere hierzu legt das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte fest.“

Begründung

Im Operationen- und Prozedurenschlüssel-Katalog (OPS-Katalog) werden viele Codes nach Größe, Anzahl oder Menge unterschieden. Daraus resultiert eine Vielzahl von differenzierten Unterkodes, die beispielsweise Dosisklassen für Arzneimittel abbilden. Mit der Einführung von Mengenfeldern in den OPS-Katalog, in denen die Dosierung von Arzneimitteln, die Anzahl von Implantaten oder anderen Medizinprodukten, Therapieeinheiten und andere Mengenangaben anzugeben ist, reduziert sich die Anzahl der OPS-Codes dramatisch. Dies dient dem Bürokratieabbau, da die Systematik übersichtlicher wird und somit Fehlkodierungen vermieden werden. Gleichzeitig wird die Abrechnung der exakten Dosis ermöglicht. Zudem werden Fehlanreize an den bestehenden Schwellenwerten der Dosisklassen beseitigt.

Beabsichtigte Neuregelung

§ 30 Absatz 4 PflBG wird folgender neuer Satz 5 angefügt:

„Krankenhäuser, die Träger der praktischen Ausbildung sind, übermitteln die Höhe der Ausbildungsvergütungen nach Satz 2, die Ausbildungszahlen nach Satz 3, sowie die im Ausbildungsbudget nach Satz 4 festgesetzten Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen zeitgleich zu der Mitteilung an die zuständige Stelle nach Satz 1 an die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes.“

§ 5 Absatz 3 PflAFinV wird folgender neuer Satz 4 angefügt:

„Krankenhäuser, die Träger der praktischen Ausbildung sind, übermitteln die Aktualisierung nach Satz 1 und die Änderungen nach Satz 2 zeitgleich zu den Mitteilungen an die zuständige Stelle an die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes.“

Begründung

Auszubildende in der Pflege werden gemäß ihres Wertschöpfungsanteils auf den Stellenplan der Krankenhäuser angerechnet. Dementsprechend wird der anzurechnende Anteil der Ausbildungsvergütungen über das reguläre Budget der Krankenhäuser finanziert, welches die Krankenhäuser mit den Krankenkassen nach § 11 KHEntgG vereinbaren. Der anzurechnende Anteil wird seit 2020 über das Pflegebudget nach § 6a KHEntgG finanziert. Die restlichen Mehrkosten werden über das Ausbildungsbudget nach § 29 PflBG finanziert, das durch den Ausgleichsfonds nach § 26 PflBG an die Krankenhäuser ausbezahlt wird. Dabei ermittelt der Fonds mit dem Anrechnungsschlüssel nach § 27 PflBG und den durchschnittlichen Kosten einer Vollkraft den Anteil der Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen. Sofern beim Ausbildungsbudget und beim Pflegebudget dieselbe Höhe der durchschnittlichen Kosten einer Vollkraft angesetzt werden, erhält das Krankenhaus die vollständigen Kosten der Ausbildungsvergütungen. In der Praxis kann es jedoch dazu kommen, dass unterschiedliche Werte verwendet werden, was zu einer Über- oder Unterfinanzierung der Ausbildungsvergütungen führt. Die Krankenhäuser, die Träger der praktischen Ausbildung sind, sollten daher die durch den Fonds festgesetzten Mehrkosten an die Krankenkassen weiterleiten, um eine sachgerechte Finanzierung sicherzustellen. Die Informationen werden bereits von den Trägern der praktischen Ausbildung und Pflegeschulen regulär erhoben und der zuständigen Stelle mitgeteilt. Zeitgleich sind diese Informationen auch an die Krankenkassen zu übermitteln.

Beabsichtigte Neuregelung

§ 6 Absatz 1 KHEntgG wird folgender neuer Satz 3 angefügt:

„Für Leistungen nach Satz 1, die die Gabe eines Arzneimittels mit einem Wirkstoff enthalten, für das ein in § 130b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannter Erstattungsbetrag gilt, bildet dieser ab seinem Geltungsbeginn die Obergrenze für die Höhe des jeweiligen Entgelts im jeweiligen in § 11 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 genannten Vereinbarungszeitraums, ohne dass es der Genehmigung der Landesbehörde nach § 14 Absatz 1 bedarf.“

§ 6 Absatz 2 Satz 11 KHEntgG wird durch folgenden Satz ersetzt:

„Sofern für eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, die die Gabe eines Arzneimittels mit einem Wirkstoff enthält, für das ein Erstattungsbetrag nach § 130b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt, bildet dieser ab seinem Geltungsbeginn die Obergrenze für die Höhe des jeweiligen Entgelts im jeweiligen in § 11 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 genannten Vereinbarungszeitraums, ohne dass es der Genehmigung der Landesbehörde nach § 14 Absatz 1 bedarf.“

In § 14 Absatz 1 KHEntgG wird nach Satz 1 folgender neuer Satz eingefügt:

„Ausgenommen sind Entgeltanpassungen nach § 6 Absatz 1 Satz 3, § 6 Absatz 2 Satz 11 sowie § 6 Absatz 1 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung.“

§ 15 Absatz 2 KHEntgG wird folgender neuer Satz 5 angefügt:

„Ab dem Geltungsbeginn eines in § 130b des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch genannten Erstattungsbetrages ist ein zu diesem Zeitpunkt nach § 6 Absatz 1 und Absatz 2 geltendes Entgelt maximal in Höhe des Erstattungsbetrages zu erheben.“

§ 15 Absatz 3 Satz 3 KHEntgG wird durch folgenden Satz ersetzt:

„Abrechnungen für Leistungen nach § 6 Absatz 1 und 2, die im Vereinbarungszeitraum erstmalig vor Genehmigung der Vereinbarung nach § 14 erbracht werden, sowie Abrechnungen von Ausgleichszahlungen für Differenzbeträge aufgrund der Regelung nach § 6 Absatz 1 Satz 3 und § 6 Absatz 2 Satz 11 erfolgen abweichend von den Sätzen 1 und 2 gegenüber dem Kostenträger, der das ursprüngliche Entgelt beglichen hat.“

§ 6 Absatz 1 BPfIV wird folgender neuer Satz 2 angefügt:

„Für Leistungen nach Satz 1, die die Gabe eines Arzneimittels mit einem Wirkstoff enthalten, für das ein in § 130b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannter Erstattungsbetrag gilt, bildet dieser ab seinem Geltungsbeginn die Obergrenze für die Höhe des jeweiligen Entgelts im jeweiligen in § 11 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 genannten Vereinbarungszeitraum.“

In § 6 Absatz 4 Satz 2 BPfIV wird die Angabe „§ 6 Absatz 2 Satz 2 bis 10 Krankenhausentgeltgesetzes“ durch „§ 6 Absatz 2 Satz 2 bis 11 des Krankenhausentgeltgesetzes“ ersetzt.

§ 15 Absatz 1 BPfIV wird folgender neuer Satz 5 angefügt:

„Ab dem Geltungsbeginn eines in § 130b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Erstattungsbetrags ist ein zu diesem Zeitpunkt nach § 6 Absatz 1 oder Absatz 4 geltendes Entgelt maximal in Höhe des Erstattungsbetrages zu erheben, ohne dass es der Genehmigung der Landesbehörde nach § 14 Absatz 1 bedarf.“

§ 15 Absatz 2 BPfIV wird folgender neuer Satz 6 angefügt:

„Abrechnungen für Leistungen nach § 6 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 4 Satz 2, die im Vereinbarungszeitraum erstmalig vor Genehmigung der Vereinbarung nach § 14 erbracht werden, sowie Abrechnungen von Ausgleichszahlungen für Differenzbeträge aufgrund der Regelung nach § 6 Absatz 1 Satz 2 und § 6 Absatz 4 erfolgen gegenüber dem Kostenträger, der die Kosten getragen hat.“

Begründung

Mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) hat der Gesetzgeber in § 6 Absatz 2 Satz 11 KHEntgG klargestellt, dass der Erstattungsbetrag gemäß § 130b SGB V auch im stationären Bereich als Preisobergrenze gilt. Diese Regelung greift jedoch zu kurz, da krankenhausespezifische Entgelte in Form der unbewerteten Zusatzentgelte bisher unberücksichtigt bleiben. Um Rechtsklarheit zu schaffen, ist es daher erforderlich, die Geltung des Erstattungsbetrags als Obergrenze auch explizit im Normtext zu den krankenhausespezifischen Entgelten gemäß § 6 Absatz 1 KHEntgG zu verankern. Darüber hinaus sieht die derzeitige Gesetzeslage vor, dass bei jeder Änderung eines NUB-Entgelts infolge des Inkrafttretens eines neuen oder angepassten Erstattungsbetrags eine Neuvereinbarung des NUB-Entgelts erfolgen muss. Diese Neuvereinbarung erfordert wiederum eine Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde. Dieses Verfahren ist jedoch aus mehreren Gründen nicht sachgerecht: Zum einen ist eine Genehmigung entbehrlich, da der Erstattungsbetrag nach § 130b SGB V ohnehin die Obergrenze für das jeweils geltende Entgelt bildet. Zum anderen ist das Verfahren angesichts der Vielzahl unterjährig in Kraft tretender Erstattungsbeträge oder deren Anpassungen unverhältnismäßig aufwendig und in der Praxis kaum umsetzbar. In der Folge muss die Verpflichtung zur Neuvereinbarung sowie die Genehmigungsregelung gestrichen werden.

Ein weiterer Regelungsbedarf ergibt sich im Hinblick auf den Ausgleich von Differenzbeträgen zwischen dem Erstattungsbetrag und dem vereinbarten Entgelt. Derzeit erfolgt dieser Ausgleich über den allgemeinen Mehr- oder Mindererlösausgleich unabhängig davon, welche Krankenkasse die tatsächlichen Kosten getragen hat. Gerade bei hochpreisigen Arzneimitteln führt dies zu einer nicht verursachungsgerechten Verteilung der finanziellen Lasten. Darüber hinaus werden im morbiditätsbedingten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) lediglich die Kosten in Höhe des Erstattungsbetrags gutgeschrieben. Aus wirtschaftlichen Gründen ist es daher unabdingbar, dass Ausgleichszahlungen kostenträgerspezifisch erfolgen. Nur die Krankenkasse, die die überhöhten Kosten getragen hat, soll auch die entsprechende Ausgleichszahlung erhalten.

Schließlich ist zu berücksichtigen, dass die Regelung zum Ausgleich von Differenzen zwischen Erstattungsbetrag und NUB bzw. unbewerteten Zusatzentgelt derzeit nur für somatische Krankenhäuser gelten. Die beschriebenen Herausforderungen und der daraus resultierende Handlungsbedarf bestehen jedoch gleichermaßen für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, in denen Arzneimittel mit Erstattungsbetrag angewendet und abgerechnet werden. In der Folge muss auch in der Bundespflegesatz die Regelung zur Geltung des Erstattungsbetrages als Preisobergrenze aufgenommen werden.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Askanischer Platz 1
10963 Berlin
Tel.: 030/2 69 31 – 0
Fax: 030/2 69 31 – 2900
Politik@vdek.com