

Änderungsanträge

der Abgeordneten der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN im Ausschuss für Gesundheit zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformen- sorgungsgesetz – KHAG) (BT-Drs. 21/2512)

ÄA	Art.	Gesetz	Stichwort	Beschreibung	S.
1	Art. 1 Nr.1 NEU	§ 12 SGB V	Wirtschaftlichkeits- gebot (Nachhaltig- keit)	Bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit sind Aspekte der Nachhaltigkeit, einschließlich der Energieeffizienz einzubeziehen und langfristige Betrachtungen anzustellen.	4
2	Art. 1 Nr.2 NEU	§ 95 SGB V	Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (MVZ)	Um den regionalen und fachlichen Bezug des MVZ zum Krankenhaus zu gewährleisten, soll die Gründung von MVZ durch zugelassene Krankenhäuser gemäß einer Ergänzung in § 95 Absatz 1a SGB V auf das Einzugsgebiet des Krankenhauses und auf MVZ, die einen fachlichen Bezug zum Leistungsangebot des Krankenhauses aufweisen, beschränkt werden.	5
3	Art. 1 Nr.3 NEU	§ 115f SGB V	Verbindliche Kopp- lung des Ambulan- tisierungs-/ Hybrid- DRG-Pfads an Leistungsgruppen	Ambulantisierung ist ein zentraler Effizienz- und Qualitätshebel. Ohne verbindliche Koppelung an Leistungsgruppen besteht das Risiko, dass Fehlanreize zur stationären Mengenausweitung fortbestehen.	6
4	Art. 1 Nr.3	§ 135d SGB V	Transparenz der Qualität der Kran- kenhausbehand- lung - Definition Fachkrankenhäu- ser, Bundes-Klini- katlas	- Die verpflichtende Ausweisung ärztlicher Kapazitäten je Leistungsgruppe/ Fachabteilung schließt eine zentrale Informationslücke. - Die fachabteilungs- und leistungsgruppenspezifische Ergebnisdarstellung stärkt Outcome-Orientierung. - Die zusätzliche G-BA-Befugnis sichert wissenschaftlich fundierte Weiterentwicklung der Parameter im Rahmen der Bundeskompetenz für Qualitätssicherung und Transparenz. - Klar definierte Anforderungen sind entscheidend, um ein hohes Niveau an Versorgungsqualität und Sicherheit für alle Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Nur durch verbindliche Vorgaben lässt sich eine gleichwertige medizinische Versorgung im gesamten Bundesgebiet sicherstellen. Deshalb wird mit diesem Änderungsantrag die ursprüngliche Definition von Fachkrankenhäusern mit bundeseinheitlichen Vorgaben beibehalten.	7
5	Art. 1 Nr.4	§ 135e SGB V	Mindestanforde- rungen an die Qua- lität der Kranken- hausbehandlung, Verordnungs-er- mächtigung	Die Neufassung des §135e SGB V zielt darauf ab die bundeseinheitlichen Qualitätsstandards nachzuschärfen. - Der Erlass einer Rechtsverordnung soll weiterhin auch Regelungen zu Qualitätskriterien inklusive detaillierter Vorgaben für die Zulässigkeit von Kooperationen umfassen. - Die Frist zum Erlass der Leistungsgruppen-Rechtsverordnung wird angepasst. - Die Umsetzung des Mitberatungsrechts der Patientenvertretung wird geregelt. - Anpassung für Tages- beziehungsweise Nachtkliniken. - Absenkung der durch ein Vollzeitäquivalent anrechenbare Stundenzahl auf 38,5 Stunden. - Normierung der Ausnahme für die Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie zur Anrechenbarkeit auf weitere Leistungsgruppen. - Streichung Belegarzt-Regelung. - Wiederaufnahme der Konditionierung von Sicherstellungshäusern nach den Voraussetzungen des § 6a Absatz 4 Satz 2 und 3 KHG.	9

				Streichung der Kooperationsmöglichkeit bei 2.000 Meter Luftlinie.	
6	Art. 1 Nr.7	§ 136c SGB V	Beschlüsse des G-BA zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung - Onkologische Mindestfälle	Die im Krankenhausreformenadaptationsgesetz (KHAG) vorgesehene Änderung des § 136c SGB V sieht vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zukünftig niedrigere Mindestfallzahlen im Bereich onkologischer Leistungen festlegen kann, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung notwendig erscheint. Die Streichung durch das KHAG wird zurückgenommen.	16
7	Art.1 NEU	§ 136b SGB V	Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus (Mindestmengen)	Ab 2027 soll der Gemeinsame Bundesausschuss jedes Jahr mindestens vier neue Mindestmengen beschließen.	17
8	Anhang zu Artikel 1 Nummer 14 (Anlage 1 zu § 135e SGB V) und Art. 3 Nr.13	§ 135e SGB V (§ 21 KHEntgG)	Anlage Leistungsgruppen und Qualitätskriterien (Streichung LG)	- Die Leistungsgruppen 3 Infektiologie, 16 Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie, 47 Spezielle Kinder- und Jugendmedizin und 65 Notfallmedizin werden nicht gestrichen. - Rücknahme der Streichung des Verweises auf die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) im Anforderungsbereich „Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen“. - Anpassung Leistungsgruppen-Grupper, sodass die Behandlung von Kindern und Jugendlichen auch in den entsprechenden Leistungsgruppen abgebildet werden kann.	18
9	Art. 2 Nr.2	§ 6a KHG	Zuweisung von Leistungsgruppen (Sicherungshäuser, Fahrzeiten)	Durch die Streichung von Artikel 2 Nummer 2 wird die im KHAG vorgesehene Streichung der Erreichbarkeitsvorgaben zurückgenommen.	26
10	Art. 2 Nr.4 NEU	§ 9 KHG	Fördertatbestände	Ergänzung der Fördertatbestände zur Förderung von Investitionskosten zur energetischen Sanierung und Maßnahmen zur Klimaanpassung.	27
11	Art. 2 Nr.7	§ 17b Abs. 4c KHG § 17b Abs.6 KHG	Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung (Weiterentwicklung Vorhaltevergütung), Automatische Vorhalte-Sanktionen bei wiederholten Qualitätsverstößen	- Das InEK hat eine Analyse der Auswirkungen der Einführung einer Vorhaltevergütung vorzunehmen und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Vorhaltevergütung vorzulegen. Es wird ein Prüfauftrag ergänzt, ob künftig die Vorhaltekosten in jeder Leistungsgruppe sachgerecht und spezifisch kalkuliert werden können. - Qualitätskriterien müssen durchsetzbar und mit wirksamen Folgen verbunden sein. Automatische, bundesweit einheitliche Sanktionen schaffen Verbindlichkeit, verbessern Patientensicherheit und verhindern, dass Reformwirkung durch lokale Ausnahmen oder Vollzugsdefizite unterlaufen wird.	28
12	Art. 3 Nr.2	§ 1 Absatz 3 KHEntgG	Anwendungsbereich (Finanzwirksamkeit der Vorhaltevergütung, Sonderzahlungen)	- Die im Krankenhausreformenadaptationsgesetz (KHAG) in Artikel 3 Nummer 2 vorgesehene Ergänzung des § 1 Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) sieht eine Verschiebung der vollen Finanzwirksamkeit der Vorhaltevergütung um ein Jahr (2030 statt 2029) vor. Die Verschiebung der budgetwirksamen Einführung der Vorhaltevergütung auf 2030 verschärft die Unsicherheit der Krankenhäuser. - Außerdem hat die Verschiebung der Vorhaltevergütung weitere Implikationen. So geht damit einher, dass gewisse Sonderzahlungen für 2027 ersatzlos gestrichen werden sollen, siehe Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin.	30

13	Art. 3 Nr.4	§ 4 Abs. 5 NEU KHEntgG	Definition von Doppelzuweisungen	Um politisch dehnbare Einzugsgebiete zu vermeiden, werden Doppelzuweisungen definiert	31
14	Art. 3 Nr.8b	§ 8 Abs. 12 Satz 1 KHEntgG	Ausschluss von Abschlägen von der Fallpauschale bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer	Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVVG) hat vorgesehen, die Abschläge von den Fallpauschalen bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer bei Kindern und Jugendlichen ab dem Jahr 2027 abzuschaffen. Das KHAG soll diese Abschaffung nun um ein Jahr verzögern, was wir ablehnen und rückgängig machen.	32
15	Art. 6 Nr.1	§ 9 Abs. Nr. 5 BPfIV	Vereinbarung auf Bundesebene (Pflegepersonal Psychiatrie)	- Durch den Änderungsantrag wird sichergestellt, dass die Kostenentwicklung des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen in der Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie Berücksichtigung findet. - Der bisherige § 8 Absatz 7 Satz 1 der Bundespflege-satzverordnung wirft Unklarheiten bei den Krankenkassen und den Leistungserbringern auf, ob der geregelte Zuschlag auch nach Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen nach § 64b SGB V Anwendung findet. Die notwendige gesetzliche Klarstellung wird durch diese Gesetzesänderung umgesetzt.	33

Änderungsanträge

**der Abgeordneten der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN im Ausschuss für Gesundheit
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung**

Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (BT-Drs. 21/2512)

Der Ausschuss für Gesundheit möge beschließen:

Änderungsantrag Nr. 1

Zu Artikel 1 Nummer 1 NEU (§ 12 SGB V)

(Wirtschaftlichkeitsgebot)

Vor der Nummer 1 wird eine neue Nummer 1 eingefügt:

„1. In § 12 Abs. 1 SGB V wird nach Satz 1 folgender Satz 2 eingefügt:

„Bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit sind Aspekte der Nachhaltigkeit, einschließlich der Energieeffizienz einzubeziehen und langfristige Betrachtungen anzustellen.““

Begründung:

Der Anteil des Gesundheitswesens an den klimaschädlichen Emissionen in Deutschland beläuft sich auf ca. sechs Prozent. Daher muss es mittel- bis langfristig auch das Ziel sein, die Krankenhäuser in Deutschland dabei zu unterstützen, energetische Maßnahmen vornehmen zu können. Es ist von zentraler Bedeutung, bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit nicht nur kurzfristige Kosten, sondern auch langfristige Aspekte der Nachhaltigkeit zu berücksichtigen. Bislang sind Klimaschutzinvestitionen nicht als notwendige Investitionen in der Krankenhausgesetzgebung verankert. Klimaschutzmaßnahmen (z.B. Maßnahmen zur Wärmedämmung) sind aktuell durch die Länder häufig nicht isoliert als Investition förderfähig, sondern meist nur im Zuge einer zusammenhängenden Baumaßnahme (z.B. Umbau oder Erweiterungsbau).

Änderungsantrag Nr. 2

Zu Artikel 1 Nummer 2 NEU (§ 95 SGB V)

(Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung)

Nach der neuen Nummer 1 wird eine neue Nummer 2 eingefügt:

„2. In § 95 Absatz 1a SGB V wird nach Satz 1 folgender Satz 2 eingefügt:

„Zugelassene Krankenhäuser sind jedoch nur zur Gründung medizinischer Versorgungszentren in ihrem Einzugsgebiet berechtigt, die einen fachlichen Bezug zum Leistungsangebot des Krankenhauses aufweisen.“

Begründung:

Durch den Erwerb eines Krankenhauses erhalten Investoren die Möglichkeit, die Gründungsberechtigung für Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu erlangen. Bei MVZ, die von Investoren betrieben werden (iMVZ), ist häufig kein langfristiges Engagement zu erwarten; das Hauptziel besteht vielmehr in einer gewinnbringenden Veräußerung innerhalb weniger Jahre. Der damit verbundene Renditedruck aufgrund kurzer Investitionshorizonte sowie der häufige Eigentümerwechsel können jedoch den langfristigen Erfolg einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung gefährden. In einigen Fachbereichen, wie etwa der Augenheilkunde, zeigt sich zudem eine Fokussierung auf besonders lukrative Eingriffe oder Behandlungen, wobei die breitere fachliche Versorgung vernachlässigt wird.

Insbesondere die Praxis, spezialisierte Fachkrankenhäuser zu erwerben und diese als „Gründungsplattform“ für eine Vielzahl von MVZ ohne Bezug zum regionalen und fachlichen Versorgungsauftrag zu nutzen, stößt seitens der Ärzteschaft auf scharfe Kritik (www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Politik/ProgrammePositionen/BAEKPosition_Investorenbetrieene_MVZ_2023_04_19.pdf). Diese Entwicklung wird als problematisch angesehen, da sie auf eine Regelungslücke zurückzuführen ist, die der Gesetzgeber bei der ursprünglichen Begrenzung der Gründungsberechtigungen nicht ausreichend berücksichtigt hat. Ein zu starker Fokus auf Gewinnmaximierung und mangelnde Transparenz bergen die Gefahr, dass die Sicherstellung einer langfristig hohen Versorgungsqualität zugunsten kurzfristiger Renditeerwartungen in den Hintergrund tritt.

Um den regionalen und fachlichen Bezug des MVZ zum Krankenhaus zu gewährleisten, soll die Gründung von MVZ durch zugelassene Krankenhäuser gemäß einer Ergänzung in § 95 Absatz 1a SGB V auf das Einzugsgebiet des Krankenhauses und auf MVZ, die einen fachlichen Bezug zum Leistungsangebot des Krankenhauses aufweisen, beschränkt werden. Dies schließt nicht die vollständige Gleichwertigkeit mit einer Krankenhausabteilung ein, sondern erlaubt auch sinnvolle Erweiterungen des fachlichen Angebots. Darüber hinaus soll der Zulassungsausschuss in begründeten Einzelfällen von diesen Vorgaben abweichen können, wenn dies aus Versorgungsgründen im Einzelfall erforderlich ist, wobei dies in Absprache mit dem Landesausschuss erfolgen soll.

Änderungsantrag Nr. 3

Zu Artikel 1 Nummer 3 NEU (§ 115f SGB V)

(Verbindliche Kopplung des Ambulantisierungs-/ Hybrid-DRG-Pfads an Leistungsgruppen)

1. In Artikel 1 wird eine neue Nummer 3 wird eingefügt:

„3. In § 115f wird nach Absatz 2 folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Für Leistungen, die der Gemeinsame Bundesausschuss nach Absatz 1 als sektorenübergreifend geeignet bestimmt, gilt ab dem 1. Januar 2027:

1. Die stationäre Abrechnung nach dem Krankenhausentgeltgesetz ist nur zulässig, wenn das Krankenhaus für die betreffende Leistungsgruppe nach § 6a KHG endgültig zugewiesen ist und die Qualitätskriterien nach § 135e SGB V erfüllt.
2. Anderenfalls erfolgt die Abrechnung ausschließlich nach Hybrid-DRG oder ambulant nach Maßgabe dieses Buches.

Der Gemeinsame Bundesausschuss erweitert die Liste nach Absatz 1 jährlich.“

2. Die bisherigen Nummern 1 bis 15 werden zu den Nummer 4 bis 18.

Begründung:

Ambulantisierung ist ein zentraler Effizienz- und Qualitätshebel. Ohne verbindliche Koppelung an Leistungsgruppen besteht das Risiko, dass Fehlanreize zur stationären Mengenausweitung fortbestehen. Die Regelung liegt vollständig in der Bundeskompetenz für Abrechnung und Leistungsrecht.

Änderungsantrag Nr. 4

Zu Artikel 1 Nummer 3 ALT (§ 135d SGB V)

(Transparenz der Qualität der Krankenhausbehandlung – Bundes-Klinikatlas, Definition Fachkrankenhäuser)

Artikel 1 Nummer 3 wird wie folgt geändert:

1. Ein neue Buchstabe a wird eingefügt:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) nach Satz 2 wird folgender Satz 3 eingefügt:

„Der Bundes-Klinikatlas weist für jedes Krankenhaus verpflichtend die Zahl der ärztlichen Vollzeitäquivalente je Leistungsgruppe und je Fachabteilung aus.“

bb) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Soweit Ergebnisqualitätsdaten nach § 136a, § 137a oder § 137i SGB V vorliegen, sind diese im Bundes-Klinikatlas leistungsgruppen- und fachabteilungsspezifisch darzustellen.“

2. Der Buchstabe b durch den folgenden Buchstaben b ersetzt:

b) Absatz 2 wird wie folgt ergänzt:

Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Der Bundes-Klinikatlas ist dem Gemeinsamen Bundesausschuss zu übermitteln; der Gemeinsame Bundesausschuss kann im Benehmen mit dem IQTIG weitere Parameter der Datenerhebung, Meldung und Ausweisung nach den Absätzen 1 und 1a festlegen.“

3. Der bisherige Buchstabe a wird zu Buchstabe c.

Begründung:

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVVG) hatte bisher geregelt, dass Fachkliniken mindestens 80 Prozent der im vorhergehenden Kalenderjahr von ihnen abgerechneten Fälle in höchstens vier Leistungsgruppen abzüglich von Fällen in den Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“ erbracht haben müssen. Die geplante Überarbeitung der Definition von Fachkrankenhäusern birgt große Risiken. Damit wird von klaren bundeseinheitlichen Qualitätsstandards abgewichen. Wenn jedes Land nach eigener Auslegung Kliniken zu Fachkrankenhäusern erklären kann, droht ein Flickenteppich mit zweifelhaften Qualitätsstandards zulasten der Patientinnen und Patienten. Klar definierte Anforderungen sind entscheidend, um ein hohes Niveau an Versorgungsqualität und Sicherheit für alle Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Nur durch verbindliche Vorgaben lässt sich eine gleichwertige medizinische Versorgung im gesamten Bundesgebiet sicherstellen. Deshalb wird mit diesem Änderungsantrag die ursprüngliche Definition mit bundeseinheitlichen Vorgaben beibehalten.

Transparenz über personelle Ausstattung und Ergebnisqualität ist Voraussetzung für eine qualitätsorientierte Krankenhauswahl, für die Steuerungsfähigkeit der Reform und für wirtschaftliche Effekte durch gezielte Konzentration. Die verpflichtende Ausweisung ärztlicher Kapazitäten je Leistungsgruppe/ Fachabteilung schließt eine zentrale Informationslücke. Die fachabteilungs- und leistungsgruppenspezifische Ergebnisdarstellung stärkt Outcome-Orientierung. Die zusätzliche G-BA-Befugnis sichert wissenschaftlich fundierte Weiterentwicklung der Parameter im Rahmen der Bundeskompetenz für Qualitätssicherung und Transparenz.

Änderungsantrag Nr. 5

Zu Artikel 1 Nummer 4 (§ 135e SGB V)

(Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung)

Artikel 1 Nummer 4 wird durch die folgende Nummer 4 ersetzt:

,4. § 135e wird durch den folgenden § 135e ersetzt:

„§ 135e

Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates

1. von der Krankenhausbehandlung umfasste Leistungen in Leistungsgruppen einzuteilen,
2. für jede nach Nummer 1 festgelegte Leistungsgruppe Qualitätskriterien einschließlich verpflichtender Indikatoren der Ergebnisqualität, die insbesondere Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität der Leistungen beinhalten, in folgenden Anforderungsbereichen festzulegen:
 - a) Erbringung verwandter Leistungsgruppen,
 - b) sachliche Ausstattung,
 - c) personelle Ausstattung und
 - d) sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen,
3. Regelungen zur Zulässigkeit der Erfüllung der nach Nummer 2 festgelegten Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden, insbesondere mit Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung oder mit anderen Krankenhäusern, zu treffen,
4. Regelungen darüber zu treffen, für welche Leistungsgruppen die Zuweisung in dem in § 6a Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Fall oder der Abschluss eines Versorgungsvertrags in dem in § 109 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 3a Satz 4 genannten Fall ausgeschlossen ist.

Die nach Satz 1 Nummer 2 festgelegten Qualitätskriterien sollen den aktuellen Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigen und zu einer leitliniengerechten, qualitativ hochwertigen und für Patienten sicheren medizinischen Versorgung beitragen. Die Rechtsverordnung hat für spezialisierte Leistungsgruppen sowie für Leistungsgruppen mit hohem Risiko- und Komplexitätsprofil Ergebnisindikatoren vorzusehen; der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), jährlich mindestens fünf weitere Ergebnisindikatorensätze in die Qualitätskriterien zu integrieren. Die

Rechtsverordnung nach Satz 1 ist erstmals bis zum 31. März 2026 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2027 zu erlassen.

(2) Erbringen Krankenhäuser mindestens eine Leistung aus einer Leistungsgruppe, haben sie die für diese Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien am jeweiligen Krankenhausstandort zu erfüllen; § 135d Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend. Die maßgeblichen Leistungsgruppen und Qualitätskriterien bestimmen sich nach den Regelungen der Rechtsverordnung nach Absatz 1; bis zum Inkrafttreten dieser Rechtsverordnung bestimmen sie sich nach Absatz 4.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit richtet einen Ausschuss ein, der Empfehlungen zu den Inhalten nach Absatz 1 und zur Weiterentwicklung der nach Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Leistungsgruppen und Qualitätskriterien beschließt. Weicht das Bundesministerium für Gesundheit beim Erlass einer Rechtsverordnung nach Absatz 1 von den Empfehlungen des Ausschusses ab, hat es dem Ausschuss die Gründe für die Abweichung vor Erlass der Rechtsverordnung darzulegen. Der Ausschuss wird durch das Bundesministerium für Gesundheit und die obersten Landesgesundheitsbehörden gemeinsam geleitet. Soweit das Bundesministerium für Gesundheit oder eine oberste Landesgesundheitsbehörde über die Weiterentwicklung der Inhalte der Rechtsverordnung nach Absatz 1 beraten möchte, kann der Ausschuss hierzu zunächst einen Vorschlag der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften einholen. Der Ausschuss kann empfehlen, dass das Bundesministerium für Gesundheit das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte beauftragt, Leistungen zur Unterstützung seiner Tätigkeit zu erbringen. Der Ausschuss besteht in gleicher Zahl aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen einerseits und Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesärztekammer, der Hochschulmedizin und der Berufsorganisationen der Pflegeberufe andererseits. Ehrenamtlich Tätige, die von den Berufsorganisationen der Pflegeberufe in den Ausschuss nach Satz 1 entsandt werden, haben Anspruch auf Erstattung der Reisekosten nach den Vorschriften des Bundesreisekostengesetzes sowie auf den Ersatz des Verdienstausfalls in entsprechender Anwendung des § 41 Absatz 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch; die Ansprüche richten sich gegen den Gemeinsamen Bundesausschuss. Die Patientenorganisationen nach § 140f können beratend an den Sitzungen des Ausschusses teilnehmen; § 140f Absatz 2 Satz 1, 2 und 4, Absatz 5, 6 und 8 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass sich die Ansprüche gegen den Gemeinsamen Bundesausschuss richten; die Zahl der sachkundigen Personen beträgt höchstens vier. Der Medizinische Dienst Bund kann ebenfalls beratend an den Sitzungen des Ausschusses teilnehmen. Der Ausschuss kann sachverständige Personen zur Beratung hinzuziehen. Vor einer Beschlussfassung nach Satz 1 ist dem Gemeinsamen Bundesausschuss Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahme ist in die jeweilige Beschlussfassung einzubeziehen. Der Ausschuss berücksichtigt die gemäß § 136a Absatz 7 getroffenen Festlegungen im Rahmen seiner Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Inhalte der Rechtsverordnung nach Absatz 1. Der Ausschuss legt das Nähere zur Arbeitsweise, Besetzung und Beschlussfassung des Ausschusses sowie zu den Aufgaben der nach Satz 15 eingerichteten Geschäftsstelle in einer Geschäftsordnung fest. Die Geschäftsordnung und ihre Änderung bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Zur Koor-

dinierung der Tätigkeit des Ausschusses wird eine Geschäftsstelle beim Gemeinsamen Bundesausschuss eingerichtet. Der personelle und sachliche Bedarf der Geschäftsstelle und der Bedarf für Aufwendungen im Zusammenhang mit der Hinzuziehung externer Sachverständiger sowie mit der Organisation und Durchführung der Sitzungen des Ausschusses werden auf Vorschlag des Ausschusses vom Gemeinsamen Bundesausschuss im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit bestimmt und sind vom Gemeinsamen Bundesausschuss in seinen Haushalt einzustellen.

(4) Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach Absatz 1 sind maßgeblich im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 die in Anlage 1 genannten Leistungsgruppen und Qualitätskriterien nach Maßgabe der nachfolgenden Sätze. Hinsichtlich der Erfüllung der für eine Leistungsgruppe in Anlage 1 als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien gilt,

1. dass hinsichtlich der im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ in der Spalte „Standort“ genannten Leistungsgruppen die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien ebenfalls erfüllt sein müssen,
2. dass, sofern in den Anforderungsbereichen „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ und „Personelle Ausstattung“ zwischen der Behandlung von Erwachsenen und der Behandlung von Kindern und Jugendlichen unterschieden wird, sich die zu erfüllenden Qualitätskriterien jeweils danach bestimmen, ob nur Erwachsene, nur Kinder und Jugendliche oder sowohl Erwachsene als auch Kinder und Jugendliche behandelt werden sollen,
3. dass, soweit in dem Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ die Leistungsgruppe Intensivmedizin mit der Qualitätsanforderung Hochkomplex oder mit der Qualitätsanforderung Komplex genannt wird, hinsichtlich dieser Leistungsgruppe die in Anlage 1 Nummer 64 in der jeweiligen entsprechend benannten Tabellenzeile genannten Voraussetzungen ebenfalls erfüllt sein müssen,
4. 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 Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden, genannt sind, diese die für sie jeweils genannten verwandten Leistungsgruppen in Kooperation erbringen können, wobei die genannte Erbringung verwandter Leistungsgruppen durch Kooperation von Fachkliniken mit weiteren Kliniken bei den Leistungsgruppen Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie und Intensivmedizin nicht möglich ist,
5. dass die im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“ genannten Qualitätskriterien jeweils dann erfüllt sind, wenn die in diesem Anforderungsbereich genannten Geräte, Einrichtungen, Untersuchungs- und Behandlungsangebote mit dem dafür erforderlichen Personal sowie, sofern anwendbar, in dem genannten Zeitraum vorgehalten werden, wobei der genannte Zeitraum an Krankenhausstandorten, an denen keine vollstationäre Krankenhausbehandlung erbracht wird, nur während deren jeweiligen Betriebszeiten erfüllt sein muss,
6. dass die im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Qualifikation“ genannten Facharztbezeichnungen als erfüllt anzusehen sind,

wenn der jeweilige Arzt nach landesrechtlichen Vorschriften zum Führen der entsprechenden Facharztbezeichnung oder einer vergleichbaren Bezeichnung berechtigt ist,

7. dass die im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Verfügbarkeit“ genannten Qualitätskriterien erfüllt sind, wenn Fachärzte im jeweils genannten personellen und zeitlichen Umfang vorgehalten werden, wobei
 - a) die Vorgabe „Facharzt“ einem Vollzeitäquivalent von 38,5 Wochenstunden entspricht,
 - b) mindestens ein Facharzt jederzeit in Rufbereitschaft verfügbar sein muss,
 - c) Fachärzte für bis zu drei Leistungsgruppen, die einem Krankenhaus für diesen Krankenhausstandort nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurden, berücksichtigt werden können; dies gilt nicht für die in Anlage 1 Nummer 1 und 14 genannten Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie,
8. dass Krankenhäuser ein Qualitätskriterium in Kooperationen und Verbünden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen können, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt und
 - a) die Erfüllung in Kooperation in dem jeweiligen Qualitätskriterium vorgesehen ist oder
 - b) dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist; § 6a Absatz 4 Satz 2 und 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gilt entsprechend.

Abweichend von Satz 2 Nummer 8 Buchstabe b gilt in Bezug auf die Erfüllung der in Anlage 1 als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“, dass Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden, diese Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen können, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt. Ein Krankenhausstandort kann in begründeten Fällen die in den Anforderungsbereichen „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ und „Personelle Ausstattung“ maßgeblichen Qualitätskriterien der in Anlage 1 Nummer 54 genannten Leistungsgruppe „Stroke Unit“ in telemedizinischer Kooperation mit einem anderen Krankenhaus erfüllen. Bei der in der Anlage 1 genannten Leistungsgruppe 65 „Notfallmedizin“ ist im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ ein Facharzt mit einer Facharztbezeichnung „Notfallmedizin“ als gleichwertig zu einem Facharzt in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung mit der Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ anzusehen.“

Begründung:

Zu Absatz 1

Die Ermächtigung zum Erlass einer Rechtsverordnung soll weiterhin neben der Festlegung von Leistungsgruppen, in die die von der Krankenhausbehandlung umfassten Leistungen eingeteilt werden sollen, und von Qualitätskriterien für die Leistungsgruppen (Leistungsgruppen-Rechtsverordnung) auch die Qualitätskriterien inklusive detaillierter Vorgaben für die Zulässigkeit von Kooperationen umfassen.

Die bereits abgelaufene Frist zum Erlass der Leistungsgruppen-Rechtsverordnung sowie die Frist zum Inkrafttreten dieser Rechtsverordnung werden aktualisiert. Aufgrund der Bedeutsamkeit für die Wirksamkeit der Krankenhausreform soll die Rechtsverordnung bis zum 15. März 2026 erlassen werden und weiterhin bis zum 1. Januar 2027 in Kraft treten.

Zu Absatz 3

Es wird klargestellt, dass die Empfehlungen des Leistungsgruppenausschusses nicht nur die Inhalte der Rechtsverordnung nach Absatz 1 umfassen, sondern sich auch auf die Weiterentwicklung von Leistungsgruppen und Qualitätskriterien beziehen können.

Zur Umsetzung des Mitberatungsrechts der Patientenvertretung ist auch für den nach § 135e Absatz 3 Satz 1 eingerichteten Ausschuss die Gewährung von Reisekosten, Verdienstausschlag und Aufwandsentschädigung, die organisatorische und inhaltliche Unterstützung durch die Stabsstelle Patientenbeteiligung des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie die Leistung einer Koordinierungspauschale erforderlich, wie sie auch für die Mitberatung im Gemeinsamen Bundesausschuss ausdrücklich gesetzlich geregelt ist. Die entsprechende Anwendung gilt mit der Maßgabe, dass sich die Ansprüche gegen den Gemeinsamen Bundesausschuss als Träger der Geschäftsstelle des Ausschusses richten. Die in der Geschäftsordnung des Ausschusses geregelte Begrenzung der entsandten Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter auf vier wird gesetzlich nachvollzogen. Die in der Vergangenheit liegende Frist zum Erlass der Geschäftsordnung des Leistungsgruppenausschusses wird gestrichen. Die Geschäftsordnung ist bereits zum 30. Mai 2025 in Kraft getreten.

Es wird klargestellt, dass in der Geschäftsordnung des nach § 135e Absatz 3 Satz 1 eingerichteten Ausschusses auch das Nähere zu den Aufgaben der Geschäftsstelle zu regeln ist, wie dies auch bereits in der Erstfassung der Geschäftsordnung erfolgt ist.

Außerdem wird klargestellt, dass zu dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit auf Vorschlag des nach § 135e Absatz 3 Satz 1 eingerichteten Ausschusses zu bestimmenden Bedarf auch die Aufwendungen gehören, die im Zusammenhang mit der Hinzuziehung externer Sachverständiger sowie mit der Organisation und Durchführung der Sitzungen des Ausschusses durch die beim Gemeinsamen Bundesausschuss eingerichtete Geschäftsstelle entstehen.

Zu Absatz 4

Zu Nummer 4

Die für die Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien gelten standortbezogen, sodass eine Leistungsgruppe einem Krankenhausstandort grundsätzlich nur zugewiesen werden kann, wenn die jeweiligen Qualitätskriterien an diesem Krankenhausstandort erfüllt sind. Auch für Tages- beziehungsweise Nachtkliniken, also Einrichtungen, die teilstationäre Krankenhausbehandlung als Leistungen zu bestimmten Betriebszeiten am Tag oder in der Nacht erbringen, gilt grundsätzlich die Leistungsgruppensystematik. Das bedeutet, dass die Quali-

tätskriterien der Leistungsgruppen zu erfüllen sind und bei Nichtzuweisung einer Leistungsgruppe ein Abrechnungsverbot nach § 8 Absatz 4 Satz 4 KHEntgG für Leistungen aus dieser Leistungsgruppe gilt. Soweit in einem Gebäude eines Krankenhauses keine vollstationäre, sondern teilstationäre Krankenhausbehandlung und gegebenenfalls auch ambulante Krankenhausbehandlung erbracht wird und dieses Gebäude nicht mit einem anderen Gebäude desselben Krankenhausträgers, in dem auch vollstationäre Krankenhausbehandlung erbracht wird, einen Flächenstandort im Sinne des § 2a Absatz 1 Satz 2 KHG bildet, handelt es sich um einen eigenen Krankenhausstandort nach § 2a KHG. Für diese Krankenhausstandorte, an denen keine vollstationäre Krankenhausbehandlung erbracht wird, kann grundsätzlich nicht davon ausgegangen werden, dass die geltenden Qualitätskriterien, die von einer jederzeit zu leistenden bzw. vollstationären Krankenhausbehandlung ausgehen, erfüllt werden können und erforderlich sind. Mit der Regelung wird insoweit die Geltung zeitlicher Vorgaben zur personellen oder sachlichen Verfügbarkeit in den maßgeblichen Qualitätskriterien für Tages- und Nachtkliniken, die einen eigenen Krankenhausstandort bilden, auf deren jeweilige Betriebszeiten beschränkt. Die Regelung bezieht sich dabei allein auf die zeitlichen Vorgaben, die in den Anforderungsbereichen „Sachliche Ausstattung“ oder „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Verfügbarkeit“ genannt sind, wie etwa die jederzeitige Rufbereitschaft. Andere Qualitätskriterien in den Anforderungsbereichen „Sachliche Ausstattung“ oder „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Verfügbarkeit“, wie etwa die Anzahl der am Krankenhausstandort vorzuhaltenden Ärzte, werden dadurch nicht beschränkt. Die jeweiligen Strukturkriterien der im Einzelfall erbrachten Operationen und Prozeduren (OPS-Kodes) sind von der Ausnahme nicht umfasst; diese sind weiterhin einzuhalten.

Zu Nummer 7

Die durch ein Vollzeitäquivalent anrechenbare Stundenzahl wird von 40 auf 38,5 Stunden abgesenkt. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass in einer Vielzahl von Tarifverträgen eine 38,5 Stundenwoche als Vollzeitäquivalent festgelegt ist.

Für die Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie wird normiert, dass die Vorgaben in den Qualitätskriterien zu Qualifikation und Verfügbarkeit von fachärztlichem Personal standortbezogen je Leistungsgruppe ohne Anrechnungs- bzw. Berücksichtigungsmöglichkeit einzuhalten sind. Das heißt, eine Fachärztin oder ein Facharzt, die oder der in einer dieser Leistungsgruppen vorzuhalten ist, kann nicht in weiteren Leistungsgruppen angerechnet werden. Bei der Zuweisung der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie müssen demnach jeweils mindestens drei Fachärztinnen beziehungsweise Fachärzte am Standort tätig sein, die nicht bei anderen Leistungsgruppen berücksichtigt werden können.

Die Regelung, dass an Stelle eines Facharztes auch ein Belegarzt vorgehalten werden kann, wird gestrichen, weil die Regelung nicht sicherstellt, dass ein Belegarzt nicht in verschiedenen Krankenhäusern nominell zur Vorhaltung genutzt werden kann. Die im KHAG vorgesehene Folgeänderung zu der geltenden Vorgabe „Vollzeitäquivalent“ wird ebenfalls abgelehnt.

Zu Nummer 8

Darüber hinaus ist die Einhaltung von Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden grundsätzlich zulässig, sofern die Voraussetzungen des § 6a Absatz 4 Satz 2 und 3 KHG für die ausnahmsweise Zuweisung von Leistungsgruppen vorliegen. Demnach kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen dem Krankenhaus Leistungsgruppen zuweisen,

deren Qualitätskriterien nicht erfüllt sind, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist.

Die im KHAG vorgesehene Regelung, wonach die Erfüllung von Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden auch dann ermöglicht wird, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt und sich der Kooperationspartner in einem Gebäude des jeweiligen Krankenhausstandortes befindet oder der Abstand zwischen den am weitesten voneinander entfernt liegenden Gebäudepunkten des jeweiligen Krankenhausstandortes und des Kooperationspartners entsprechend § 2a KHG nicht mehr als 2 000 Meter Luftlinie beträgt, lehnen wir ab, weshalb Nummer 8 c neu entfällt.

Änderungsantrag Nr. 6

Zu Artikel 1 Nummer 7 (§ 136c SGB V)

(Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung - Onkochirurgische Mindestfälle)

Artikel 1 Nummer 7 wird gestrichen.

Begründung:

Die im Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) vorgesehene Änderung des § 136c SGB V sieht vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zukünftig niedrigere Mindestfallzahlen im Bereich onkochirurgischer Leistungen festlegen kann, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung notwendig erscheint. Niedrige Mindestfallzahlen können angesichts von geringerer Erfahrung mit niedrigerer Behandlungsqualität einhergehen. Gerade bei onkologischen Eingriffen, die oft komplex sind, muss die Qualität der Behandlung höchste Priorität haben. In der Regel sind Krebsoperationen elektive, geplante Eingriffe, bei denen Patientinnen und Patienten in aller Regel gerne bereit sind, auch weitere Fahrwege in Kauf zu nehmen, um optimal behandelt zu werden. Das Argument der flächendeckenden Versorgung hat also gerade in diesem Leistungsspektrum nur eine eingeschränkte Bedeutung.

Änderungsantrag Nr. 7

Zu Artikel 1 Nummer 7 NEU (§ 136b SGB V)

(Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus - Mindestmengen)

In Artikel 1 wird eine neue Nummer 7 wie folgt eingefügt:

„7. In § 136b Absatz 3 wird nach Satz 1 der folgende Satz ergänzt:

„Ab 2027 soll der Gemeinsame Bundesausschuss jedes Jahr mindestens vier neue Mindestmengen beschließen.““

Begründung:

Durch den G-BA festgelegte Mindestmengen sind wichtig, weil sie bei ausgewählten planbaren, komplexen Leistungen sicherstellen, dass Eingriffe dort stattfinden, wo Teams genügend Routine und Erfahrung haben. Hintergrund ist der wissenschaftlich belegte Zusammenhang, dass bei bestimmten Leistungen die Ergebnisqualität mit der Behandlungshäufigkeit steigt („volume–outcome“). Mindestmengen wirken damit als Qualitätssicherungsinstrument: Sie fördern Spezialisierung, reduzieren vermeidbare Komplikationen und erhöhen die Patientensicherheit, indem sie riskante „Gelegenheitsversorgung“ bei hochkomplexen Eingriffen begrenzen. Zugleich sind Mindestmengen nicht blindes Zentralisieren: Der G-BA berücksichtigt bei der Festlegung auch die Folgen für die Versorgungsstruktur, etwa Auswirkungen auf Standorte und Erreichbarkeit/Fahrtwege. Mit diesem Änderungsantrag wird der Gemeinsame Bundesausschuss gesetzlich beauftragt, jedes Jahr bis zu 5 neue Mindestmengen für ausgewählte planbare Leistungen im Krankenhaus zu beschließen.

Änderungsantrag Nr. 8

Zu Anhang zu Artikel 1 Nummer 14 (Anlage 1 zu § 135e SGB V) und Artikel 3 Nummer 13 (§21 Krankenhausentgeltgesetzes – KHEntgG)

(Leistungsgruppen und Qualitätskriterien)

1. Im Anhang zu Artikel 1 Nummer 14 in Anlage 1 zu § 135e SGB V werden die folgenden Zeilen ergänzt:

Leistungsgruppen-Nummer	Leistungsgruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
3	Infektiologie	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin oder LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin, LG Intensivmedizin, LG Notfallmedizin, LG Allgemeine Chirurgie		Mindestens vier Isolationsbetten mit Schleusenfunktion, Notfall-Labor plus Point-of-Care Labor-analytik, Zugang zu Mikrobiologischem Labor jederzeit mindestens in Kooperation, CT, MRT mindestens in Kooperation, Positronen-Emissions-Tomographie-CT (PET-CT) mindestens in Kooperation	FA Innere und Infektiologie oder FA in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung mit ZW Infektiologie oder FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie mit ZW Infektiologie oder FA Hygiene und Umweltmedizin mit ZW Infektiologie	Vier FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens drei FA Innere Medizin und Infektiologie oder mindestens ein FA Innere Medizin und Infektiologie und zwei FA in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung mit ZW Infektiologie (davon mindestens ein FA Innere Medizin) sowie	Fachärztlicher infektiologischer Konsilservice Fachapotheker oder Fachapothekerin mit der Bereichsweiterbildung Infektiologie oder ABS-fortgebildeter Apotheker oder Apothekerin, die entweder auf Station, in der Krankenhausapothek oder in krankenhausversorgenden Apotheken tätig sind Antibiotic Stewardship (ABS) Team Einrichtung der ambulanten Medizin mit Schwer-

							mindestens ein FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie oder ein FA Hygiene und Umweltmedizin	punkt Infektiologie (mindestens in Kooperation, auch durch auf die Behandlung von HIV-Patienten spezialisierte vertragsärztliche Leistungserbringer, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt) Konsiliarische Erreichbarkeit, täglich von 8 Uhr bis 17 Uhr, folgender Dienste: • Augenheilkunde • Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (HNO) • Gynäkologie • Dermatologie • Neurologie Erfüllung der Voraussetzungen der erweiterten Notfallversorgung gemäß den §§ 13 bis 17 der Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünf-
--	--	--	--	--	--	--	---	---

								ten Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.05.2018 B4), der durch den Beschluss vom 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2) geändert worden ist
--	--	--	--	--	--	--	--	---

16	Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie	Mindestvoraussetzung	LG Kinder- und Jugendchirurgie		CT jederzeit, MRT jederzeit mindestens in Kooperation, Sonographie	FA Kinder- und Jugendchirurgie Sofern orthopädische Leistungen erbracht werden: FA Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz zur Weiterbildung (ZW) Kinder- und Jugend-Orthopädie	Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft: Jederzeit Sofern orthopädische Leistungen erbracht werden: mindestens zwei FA mit ZW Kinder- und Jugend-Orthopädie	Kinderradiologie in Kooperation Kinderschutzstrukturen Kinderanästhesiologische Kompetenz Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen
----	---------------------------------------	----------------------	--------------------------------	--	--	--	--	---

47	Spezielle Kinder- und Jugendmedizin	Mindestvoraussetzung	Erfüllung der Mindestvoraussetzungen der LG Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin			FA Kinder- und Jugendmedizin FA Kinder- und Jugendmedizin mit mindestens einer ZW oder einem SP: ZW Kinder- und	Fünf FA, mindestens Rufbereitschaft: Jederzeit Davon drei FA mit ZW oder SP:	
----	-------------------------------------	----------------------	--	--	--	---	---	--

			Zusätzlich außer in Fachkrankenhäusern, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden: LG Perinatalzentrum Level 2 LG Intensivmedizin			Jugend-Endokrinologie und Diabetologie ZW Kinder- und Jugend-Gastroenterologie ZW Kinder- und Jugend-Nephrologie ZW Kinder- und Jugend-Pneumologie ZW Kinder- und Jugend-Rheumatologie SP Kinder- und Jugend-Kardiologie SP Kinder- und Jugend-Neuropädiatrie	ZW Kinder- und Jugend-Endokrinologie und Diabetologie ZW Kinder- und Jugend-Gastroenterologie ZW Kinder- und Jugend-Nephrologie ZW Kinder- und Jugend-Pneumologie ZW Kinder- und Jugend-Rheumatologie SP Kinder- und Jugend-Kardiologie SP Kinder- und Jugend-Neuropädiatrie	
		Auswahlkriterium	LG Kinder- und Jugendchirurgie LG Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie Mindestens eine der folgenden LG: LG Perinataler Schwerpunkt oder					

			LG Perinatalzentrum Level 1 oder LG Perinatalzentrum Level 2					
--	--	--	---	--	--	--	--	--

65	Notfallmedizin	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin LG Allgemeine Innere Medizin LG Allgemeine Chirurgie		Ultraschall, Videolaryngoskopie, Möglichkeit zur nicht-invasiven und invasiven Beatmung oder Transportbeatmung, Sauerstofftherapie, Blutgasanalyse, Röntgen, CT jederzeit, Telemedizinische Behandlung, Monitoring von Elektrokardiogramm (EKG)	FA in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung FA in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung jeweils mit ZW Klinische Akut- und Notfallmedizin	Fünf FA, die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung in der Notaufnahme zugeordnet sind, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit davon mindestens drei FA mit der ZW Klinische Akut- und Notfallmedizin Davon bis zum 31.12.2028 maximal zwei FA in der Zusatz-Weiterbildungsphase zur ZW Klinische Akut- und Notfallmedizin	Erfüllung der Voraussetzungen der Basisnotfallversorgung gemäss den §§ 8 bis 12 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäss § 136c Absatz 4 SGB V vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.05.2018 B4), der durch den Beschluss vom 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2) geändert worden ist
----	----------------	----------------------	---	--	---	--	--	--

2. Bei den Leistungsgruppen 1, 2, 4-7, 10-17, 21-26, 28, 39-46, 48, 49, 53-56, 64 wird in der Spalte „Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen“ der folgende Satz eingefügt:

„Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen“

3. Artikel 3 Nummer 13 Buchstabe c wird wie folgt ersetzt:

,c) Absatz 3c wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „bis zum 30. September 2024“ gestrichen.

bb) Folgender Satz wird ergänzt:

„Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus sorgt dafür, dass die Behandlung von Kindern und Jugendlichen entweder über das Alter oder über einen Fachabteilungsschlüssel als Fälle in den Leistungsgruppen 16 und 47 abgebildet werden.“

Begründung:

Zu 1.:

Mit dem Änderungsantrag sollen die Leistungsgruppen 3 Infektiologie, 16 Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie, 47 Spezielle Kinder- und Jugendmedizin und 65 Notfallmedizin der bisher geltende Anlage 1 beibehalten werden.

LG 3: Die Infektiologie bildet einen eigenständigen, interdisziplinär ausgerichteten Versorgungsbereich und ist für die stationäre Versorgung insbesondere bei komplexen Infektionskrankheiten von zentraler Relevanz. Dies gilt ebenso für den Umgang mit Infektionen durch multiresistente Erreger sowie für die fachgerechte Implementierung und Durchführung von Antibiotic-Stewardship-Programmen nach aktuellen Leitlinien. Eine separate Abbildung als Leistungsgruppe stellt sicher, dass qualitätsgesicherte Voraussetzungen korrekt zugeordnet werden können – vor allem mit Blick auf personelle Ressourcen, technische Ausstattung und spezifische konsiliarische sowie infektiologisch-fachärztliche Anforderungen. Würde die Infekti-

ologie aus der Leistungsgruppensystematik gestrichen, drohte eine Abwertung ihrer Versorgungsleistungen. Dies widerspräche zudem den Zielsetzungen des § 135e Abs. 1 Satz 2 SGB V, wonach Qualitätskriterien dem Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und eine leitlinienbasierte, sichere Versorgung gewährleisten sollen.

LG 16 und 47: Die Leistungsgruppen werden in den kommenden Jahren eine entscheidende Rolle bei der Krankenhausplanung und -finanzierung spielen. Die Kinder- und Jugendmedizin muss dabei ebenso differenziert betrachtet werden wie die Erwachsenenmedizin. Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) hat acht pädiatrische Leistungsgruppen definiert, von denen im Krankenhausreformsanierungsgesetz (KHAG) nun zwei, nämlich die LG 16 „Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie“ und LG 47 „Spezielle Kinder- und Jugendmedizin“, wieder gestrichen werden sollen. Begründet wird diese Streichung damit, dass nach dem Leistungsgruppen-Grouper des InEK diesen Leistungsgruppen keine Fälle zugeordnet wurden. Die Nicht-Berücksichtigung dieser Leistungsgruppen hat gravierende Folgen für die Krankenhausplanung der Kliniken und Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin. Wenn sie nicht definiert sind, werden Spezialgebiete wie u.a. die Kinderpneumologie, Kinderkardiologie oder Kinder-Rheumatologie oder auch die spezielle Neugeborenenchirurgie in der Landeskrankenhausplanung keine Rolle spielen können. Die Streichung der Leistungsgruppen könnte außerdem dazu führen, dass die betroffenen Kinder und Jugendlichen durch Ärzt*innen behandelt werden, die in dem geforderten Gebiet weniger spezialisierte Kenntnisse haben, weil sie aus einem anderen Fachgebiet kommen oder vornehmlich Erwachsene behandeln.

LG 65: Die strukturellen Qualitätsvorgaben, die über die Leistungsgruppe verbindlich festgelegt werden, sind eine zentrale Voraussetzung für eine sichere und hochwertige Notfallversorgung. Ohne diese Verankerung besteht die Gefahr, dass die Notfallmedizin qualitativ geschwächt wird und Patientensicherheit beeinträchtigt werden kann. Zudem ist davon auszugehen, dass zahlreiche Kliniken wegen der derzeit unzureichenden Finanzierung erforderliche Strukturmaßnahmen nicht eigenständig vorantreiben. Die Streichung der Leistungsgruppe Notfallmedizin steht damit im Gegensatz zu den gesundheitspolitischen Erfordernissen und gefährdet die Versorgungsqualität und -sicherheit für Millionen Patientinnen und Patienten in Deutschland.

Zu 2.:

Im Anforderungsbereich „Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen“ führt die Streichung des Verweises auf die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) in vielen Leistungsgruppen nur zu einer geringfügigen Entlastung beim Prüfaufwand der Medizinischen Dienste, wenn der Nachweis über die Erfüllung der PpUGV als Prüfkriterium wegfällt. Die Prüfung der Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen erfolgt auf der Grundlage der in § 137i Absatz 4 Satz 1 genannten Bestätigung eines Wirtschaftsprüfers, einer Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, eines vereidigten Buchprüfers oder einer Buchprüfungsgesellschaft. Diese werden ohnehin erhoben. Der Aspekt der Bürokratiereduzierung greift daher nicht. Die Begründung, die Vorgaben seien gemäß PpUGV verbindlich und somit einzuhalten, bedeutet nicht, dass sie real auch erfüllt werden.

Fachabteilungsbezogene Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) sind eine der wichtigsten Maßnahmen zum Schutz des Pflegepersonals vor Überlastung und zur Sicherstellung der Behandlungsqualität und somit auch des Patientenschutzes. Trotz erheblicher Zunahme des Pflegepersonals wurden Patientinnen und Patienten in fast jeder sechsten von den PpUG erfassten Schicht (in 2023 im Schnitt über alle erfassten Bereiche = 15,2 Prozent) nicht mit der erforderlichen Anzahl an Pflegekräften versorgt. Dass es sich hier nicht um einen zu vernachlässigenden Aspekt handelt, macht deutlich, dass ab 2024 etwa 93,5 Prozent aller Krankenhaus-Belegungstage von den Regelungen der PpUGV erfasst werden.

Ohne Kontrolle und damit Sanktionen läuft die grundsätzliche Vorgabe daher ins Leere.

Zu 3.:

Mit Bezug auf die Begründung zu a) muss der Leistungsgruppen-Grouper entsprechend angepasst werden, sodass die Behandlung von Kindern und Jugendlichen auch in den entsprechenden Leistungsgruppen abgebildet werden.

Ferner ergeben sich durch Beibehaltung der entsprechenden Leistungsgruppen eine Reihe von Folgeänderungen, die es zu berücksichtigen gilt.

Änderungsantrag Nr. 9

Zu Artikel 2 Nummer 2 (§ 6a Krankenhausfinanzierungsgesetzes - KHG)

(Zuweisung von Leistungsgruppen)

Artikel 2 Nummer 2 wird gestrichen.

Begründung:

Das Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) sieht vor, die PKW-Erreichbarkeitsvorgaben bei der Zuweisung der Leistungsgruppen zu streichen. Diese waren ein zentrales, im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) implementiertes Steuerungsinstrument, um sicherzustellen, dass alle Menschen – ob in Stadt oder Land – schnell und zuverlässig medizinische Hilfe erhalten. Ohne klare bundeseinheitliche Erreichbarkeitsvorgaben droht ein Flickenteppich bei den Versorgungsstrukturen und der Versorgungsqualität. Statt dessen soll nun die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde innerhalb ihres eigenen Beurteilungsspielraums entscheiden, ob die Zuweisung einer Leistungsgruppe zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist (vgl. Begründung, S. 113). In einigen Regionen könnte dies dazu führen, dass zwar größere Ballungszentren ausreichend versorgt bleiben, jedoch ländliche oder strukturschwache Gebiete weiter benachteiligt werden. Um eine bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen, sind bundeseinheitliche Vorgaben zur Erreichbarkeit weiterhin unerlässlich, da nur so ein gleichwertiger Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle Bürgerinnen und Bürger gewährleistet werden kann.

Änderungsantrag Nr. 10

Zu Artikel 2 Nummer 4 NEU (§ 9 Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG)

(Fördertatbestände)

1. In Artikel 2 wird eine neue Nummer 4 mit dem folgenden Inhalt eingefügt:

„In § 9 Abs. 1 KHG wird bei den förderfähigen Maßnahmen eine neue Nummer 3 eingefügt:

„3. Maßnahmen zur energetischen Sanierung und Klimaanpassungsmaßnahmen.“

2. Die Nummern 4 bis 11 werden zu den Nummern 5 bis 12.

Begründung:

Energetische Sanierungen und Klimaanpassungsmaßnahmen haben das Potenzial, langfristig Kosten zu senken, insbesondere durch Einsparungen bei den Energiekosten und eine erhöhte Resilienz gegenüber extremen Wetterereignissen. Gleichzeitig tragen sie dazu bei, die Klimaziele zu erreichen und die Umwelt zu schonen. Krankenhäuser stehen aufgrund ihres hohen Energieverbrauchs unter besonderem Druck. Daher ist die Förderung von Investitionskosten zur energetischen Sanierung und Maßnahmen zur Klimaanpassung von großer Bedeutung.

Änderungsantrag Nr. 11

Zu Artikel 2 Nummer 7 ALT (§ 17b Abs. 4c, Abs. 6a neu Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG)

(Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung, Automatische Vorhalte-Sanktionen bei wiederholten Qualitätsverstößen)

Artikel 2 Nummer 7 wird wie folgt geändert:

1. Buchstabe b wird neu eingefügt:

„b) Folgender Satz 2 wird neu ergänzt:

„Dabei macht das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus insbesondere Empfehlungen dafür, wie die Vorhaltekostenanteile in jeder Leistungsgruppe sachgerecht kalkuliert werden können und die Vorhaltefinanzierung in Richtung einer bevölkerungsbezogenen Vorhaltefinanzierung auf Grundlage von Morbidität, Erreichbarkeit, Mitversorgungseffekten und Ambulantisierung weiterentwickelt werden kann.“

2. Der bisherige Buchstabe b wird zu Buchstabe c.

3. Buchstabe d wird neu eingefügt:

„d) Nach Absatz 6 wird folgender Absatz 6a ergänzt:

„(6a) Bei wiederholter Nichterfüllung von Qualitätskriterien einer Leistungsgruppe nach § 135e SGB V oder bei wiederholter Unterschreitung von Pflegepersonaluntergrenzen nach den §§ 136a, 137i SGB V gelten folgende Rechtsfolgen:

1. Bei dreimaliger Nichterfüllung innerhalb von zwölf Monaten sind Vorhaltevergütungen für die betroffene Leistungsgruppe für die Dauer von vier Quartalen um 10 Prozent zu mindern.
2. Bei mehr als dreimaliger Nichterfüllung innerhalb von zwölf Monaten ruht die Abrechenbarkeit der betroffenen Leistungsgruppe bis zur nachgewiesenen Wiedererfüllung; der Nachweis erfolgt durch den Medizinischen Dienst.

Das IQTIG veröffentlicht jährlich einen Bericht über die Anwendung der Rechtsfolgen.“

Begründung:

Zu 1:

Das InEK hat eine Analyse der Auswirkungen der Einführung einer Vorhaltevergütung vorzunehmen und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Vorhaltevergütung vorzulegen. Eine Kalkulation der tatsächlichen Vorhaltekosten wird nicht vorgesehen. Die Vorhaltekostenanteile in den unterschiedlichen Leistungsgruppen sind jedoch sehr unterschiedlich. Um auf der Kostenseite eine stärkere Differenzierung zwischen den Leistungsgruppen erreichen zu können, soll geprüft werden, inwiefern perspektivisch die Vorhaltekosten in jeder Leistungsgruppe

sachgerecht und spezifisch kalkuliert werden können. Darüber hinaus könnte eine Berücksichtigung der Kriterien Morbidität, Erreichbarkeit, Mitversorgungseffekte und Ambulantisierung dazu führen, dass sich die Vorhaltefinanzierung sukzessive fallzahlunabhängiger ausgestaltet.

Zu 3.:

Qualitätskriterien müssen durchsetzbar und mit wirksamen Folgen verbunden sein. Automatische, bundesweit einheitliche Sanktionen schaffen Verbindlichkeit, verbessern Patientensicherheit und verhindern, dass Reformwirkung durch lokale Ausnahmen oder Vollzugsdefizite unterlaufen wird.

Änderungsantrag Nr. 12

Zu Artikel 3 Nummer 2 (§ 1 Abs. 3 Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG)

(Anwendungsbereich)

1. Artikel 3 Nummer 2 wird gestrichen.
2. Die Nummern 3 bis 13 werden zu den Nummern 2 bis 12.

Begründung:

Die im Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) in Artikel 3 Nummer 2 vorgesehene Ergänzung des § 1 Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) sieht eine Verschiebung der vollen Finanzwirksamkeit der Vorhaltevergütung um ein Jahr (2030 statt 2029) vor. Durch die im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) vorgenommene Einführung einer Vorhaltevergütung verlieren die DRG-Fallpauschalen ihre dominierende Bedeutung in der Vergütung von Krankenhausleistungen. Den größten Teil macht künftig eine weitgehend fallzahl-unabhängige Vorhaltefinanzierung aus. Damit können erforderliche Strukturen vorgehalten werden. Statt möglichst viele Patient*innen in kurzer Zeit durch die Kliniken zu schleusen, bekommen die Krankenhäuser nun mehr Geld für ihre eigentliche Aufgabe: ausreichend Kapazitäten für die Versorgung der Menschen bereitzuhalten. Die Verschiebung der budgetwirksamen Einführung der Vorhaltevergütung auf 2030 verschärft die Unsicherheit der Krankenhäuser. Krankenhäuser brauchen Planungssicherheit. Die kurzfristige Verteilung von vier Milliarden Euro Sofortmitteln ersetzt keine echte Reform. Nur eine solide Vorhaltefinanzierung vermindert den Fehlanreiz immer mehr Patientinnen und Patienten stationär zu behandeln. Die Verschiebung der Vorhaltevergütung verzögert das Wirksamwerden der Reform und spitzt damit die wirtschaftliche Situation der Kliniken weiter zu, statt sie zu verbessern.

Außerdem hat die Verschiebung der Vorhaltevergütung weitere Implikationen. So geht damit einher, dass gewisse Sonderzahlungen für 2027 ersatzlos gestrichen werden sollen. Das betrifft vor allem die Zuschläge für die Bereiche Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin, die ursprünglich für das Kalenderjahr 2027 vorgesehen war, laut KHAG nun aber auf 2028 verschoben werden sollen. Durch die ersatzlose Streichung der Förderbeiträge im Jahr 2027 fehlen den Kliniken 363 Millionen Euro.

Änderungsantrag Nr. 13

Zu Artikel 3 Nummer 4 (§ 4 Absatz 5a neu Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG)

(Definition von Doppelzuweisungen)

In Artikel 3 Nummer 4 wird ein neuer Buchstabe d ergänzt:

„d) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 5a ergänzt:

„(5a) Für Leistungen einer spezialisierten Leistungsgruppe im Sinne der Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 SGB V gilt:

1. Doppelzuweisung liegt vor, wenn zwei oder mehr Krankenhäuser in derselben spezialisierten Leistungsgruppe endgültig zugewiesen sind und ihre Standorte in einer Pkw-Fahrzeit von höchstens 30 Minuten voneinander liegen und je Standort für die Versorgung von weniger als 200.000 meldepflichtigen Einwohnern verantwortlich sind, gemessen nach einem bundeseinheitlichen, vom InEK festgelegten Routing-Standard. Für einzelne Leistungsgruppen der spezialisierten Versorgung soll der Leistungsgruppenausschuss bis zum 31.12.2026 Empfehlungen zu einer höheren Zahl meldepflichtiger Einwohner nach Satz 1 machen.
2. Eine Doppelzuweisung liegt nicht vor, wenn die Standorte näher als 30 Minuten liegen und das Einzugsgebiet je Standort mehr als 200.000 Einwohnerinnen und Einwohner umfasst. Das Einzugsgebiet bestimmt sich nach dem vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten bevölkerungsgewichteten 30-Minuten-Erreichbarkeitsraum.
3. Liegt Doppelzuweisung nach Nummer 1 oder 2 vor und besteht kein Sicherstellungstatbestand nach § 6a Absatz 3 KHG, sind Entgelte nach diesem Gesetz sowie Vorhaltevergütungen nach § 17b KHG für das jeweils nachrangig zugewiesene Krankenhaus degressiv zu mindern. Die Minderung beträgt im ersten Jahr 5 Prozent, im zweiten Jahr 10 Prozent und im dritten Jahr 20 Prozent.
4. Nachrangigkeit bestimmt sich nach der Erfüllung der Qualitätskriterien nach § 135e SGB V und – bei Gleichstand – nach der höheren Ergebnisqualität nach § 135f Absatz 2 SGB V.
5. Abweichungen von Satz 1 Nummer 3 sind nur zulässig, wenn das Land einen Sicherstellungstatbestand nach § 6a Absatz 3 KHG unter Anwendung bundeseinheitlicher Kriterien nach § 135g Absatz 1 feststellt; die Feststellung ist auf höchstens drei Jahre zu befristen und zu veröffentlichen.“

Begründung:

Die Degression setzt einen zwingenden Effizienz- und Konzentrationsanreiz dort, wo spezialisierte Leistungen ohne Versorgungsnotwendigkeit doppelt vorgehalten werden. Die 30-Minuten-Fahrzeit und das hilfsweise Einwohner-Kriterium machen die Regionaldefinition verbindlicher und verhindern politisch dehnbare Einzugsgebiete. Ausnahmen sind ausschließlich bei eng definierten Sicherstellungstatbeständen zulässig, befristet und transparent.

Änderungsantrag Nr. 14

Zu Artikel 3 Nummer 8 b (§ 8 Abs. 12 Satz 1 Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG)

**(Ausschluss von Abschlägen von der Fallpauschale bei Unterschreitung der unteren
Grenzverweildauer)**

Artikel 3 Nummer 8 Buchstabe b wird gestrichen.

Begründung:

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) hat vorgesehen, die Abschläge von den Fallpauschalen bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer bei Kindern und Jugendlichen ab dem Jahr 2027 abzuschaffen. Das Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) soll diese Abschaffung nun um ein Jahr verzögern. Kinder und Jugendliche können aus medizinischer Sicht häufig früher aus dem Krankenhaus entlassen werden. Eine Genesung zu Hause unter Aufsicht und Pflege der Eltern ist in vielen Fällen förderlich. Es sollten nicht länger Anreize dafür geschaffen werden, Kinder und Jugendliche allein aus wirtschaftlichen Gründen länger im Krankenhaus zu behalten.

Änderungsantrag Nr. 15

Zu Artikel 6 Nummer 1 (§ 9 Abs. Nr. 5 Bundespflegesatzverordnung - BPfIV)

(Vereinbarung auf Bundesebene)

Artikel 6 wird wie folgt geändert:

1. Eine neue Nummer 1 wird mit folgendem Regelungsinhalt eingefügt:

„1. § 8 Absatz 7 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„(7) Das Krankenhaus berechnet abweichend von Absatz 1 Satz 1 erster Halbsatz bei Patientinnen und Patienten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind und im Zeitraum vom 1. November 2025 bis zum 31. Oktober 2026 zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, einen Zuschlag in Höhe von 3,25 Prozent des Rechnungsbetrags, einschließlich der voll- und teilstationären Behandlungen in Modellvorhaben nach § 64b SGB V und weist diesen gesondert in der Rechnung aus.“

2. Die bisherige Nummer 1 wird durch die folgende neue Nummer 2 ersetzt:

„2. § 9 Absatz 1 Nummer 5 wird durch die folgende Nummer 5 ersetzt:

„5. bis zum 31. Oktober jeden Jahres den Veränderungswert nach Maßgabe des § 10 Absatz 6 Satz 6 oder 7 des Krankenhausentgeltgesetzes, wobei bereits anderweitig finanzierte Kostensteigerungen zu berücksichtigen sind, soweit dadurch die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht unterschritten wird; im Falle des § 10 Absatz 6 Satz 7 des Krankenhausentgeltgesetzes ist der Veränderungswert ausgehend von dem nach § 10 Absatz 6 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes veröffentlichten Orientierungswert unter Berücksichtigung bereits anderweitig finanzierter Kostensteigerungen inklusive der Kostenentwicklung des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen in der Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie zu vereinbaren,“

3. Die bisherigen Nummern 2 bis 3 werden zu den Nummern 3 bis 4.

Begründung:

Zu 1.:

Der bisherige § 8 Absatz 7 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung wirft Unklarheiten bei den Krankenkassen und den Leistungserbringern auf, ob der geregelte Zuschlag auch nach Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen nach § 64b SGB V Anwendung findet. Modellvorhaben nach § 64b SGB V sind eine innovative, sektorenübergreifende und patientenorientierte Versorgungsform und konnten über mehrere Jahrzehnte Evidenz zur Wirksamkeit und Verbesserung der sektorenübergreifenden psychiatrischen Versorgung generieren. Sie sollten bei der Anwendung gesetzlicher, vertraglicher oder finanzieller Regelungen gegenüber der Regelversorgung nicht benachteiligt werden. Dies würde Modelle im gesamten Bundesgebiet vor große Herausforderungen stellen. Die im Rahmen von Modellvorhaben erbrachten voll- und teilstationären Leitungen nach § 8 Absatz 7 Satz 1 BPfIV sollten dementsprechend zuschlagsfähig sein. Auch laut einer Stellungnahme des Bundesministeriums für

Gesundheit vom 04.11.2015 besteht kein sachlicher Grund, Krankenhäuser, die im Rahmen von Modellvorhaben nach § 64b SGB V tätig werden, von der Soforthilfe des Bundes für Krankenhäuser zur Schließung der Lücke bei den Sofort-Transformationskosten aus den Jahren 2022 und 2023 auszunehmen. Die notwendige gesetzliche Klarstellung wird durch diese Gesetzesänderung umgesetzt.

Zu 2.:

Der Orientierungswert spiegelt die tatsächliche Kostenentwicklung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken aktuell nicht wider, da das Pflegepersonal dort anders berechnet wird. Seit 2020 werden in somatischen Kliniken die Kosten des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung nicht mehr über die Fallpauschalen vergütet. Stattdessen erhalten die Krankenhäuser ein kostendeckendes Pflegebudget. Für die Bereiche der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik gilt seit Inkrafttreten des Psych-Entgeltgesetzes (PsychEntG) ein eigenes Abrechnungssystem (PEPP-System). In diesem Abrechnungssystem sind die Kosten der Pflege weiterhin Bestandteil der Fallpauschale. Der Orientierungswert für die psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken sollte sich dementsprechend auf das PEPP-System beziehen. Durch den Änderungsantrag wird sichergestellt, dass die Kostenentwicklung des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen in der Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie Berücksichtigung findet.