



Stellungnahme des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands (VUD)
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung eines
Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (KHAG)
(Drucksache 21/2512)

Generelle Anmerkungen:

Der Reformbedarf für die Krankenhausversorgung in Deutschland ist unbestritten. Die Ziele der mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) auf den Weg gebrachten Krankenhausreform sind angesichts des demografischen Wandels und seiner absehbaren Folgen eindeutig: strukturelle Anpassungen, die zu Leistungskonzentrationen, Qualitätssteigerung und bedarfsgerechter Versorgung führen.

Mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (KHAG) soll das KHVVG praxisgerecht fortentwickelt werden – mit dem Ziel, eine qualitative, bedarfsgerechte Krankenhausversorgung zu gewährleisten. Hierzu sollen unter anderem Ausnahmeregelungen und Kooperationsmöglichkeiten erweitert, die Finanzierung des Transformationsfonds umgestaltet sowie Zwischenfristen, Leistungsgruppen und deren Qualitätskriterien angepasst werden.

Die Universitätsklinika sehen in dem vorliegenden Entwurf des KHAG keine zielführende Anpassung der Krankenhausreform, sondern befürchten stattdessen eine Abkehr von deren Zielen – zu Lasten der Qualität, der dringend benötigten Strukturanpassung und mit absehbar negativen Folgen für die Finanzierbarkeit.

Wesentlicher Grund hierfür ist die beabsichtigte Anpassung der Ausnahmeregelungen und Kooperationsmöglichkeiten sowie die Definition von Fachkrankenhäusern: bei allen drei Regelungen wird den Ländern ein Ermessungsspielraum zugestanden, dem keine eindeutigen und messbaren Kriterien zugrunde gelegt werden und der somit eine uneinheitliche Anwendung in den einzelnen Ländern zulässt. Ein umfassender und zeitlich gestreckter Ermessensspielraum für die Krankenhausplanungsbehörden bewahrt nicht nur den Flickenteppich bei der Krankenhausplanung, sondern birgt auch die erhebliche Gefahr, dass trotz anerkannter Überkapazitäten und der Folgen des demografischen Wandels die dringend

notwendige Konzentration und die gewollte Verbesserung der Qualität – zu Lasten der Patienten¹ – verhindert werden. Der Status quo könnte zementiert und notwendige Veränderungen ausgesessen werden – selbst in überversorgten urbanen Gebieten.

Ohne zeitnahe, stringente Strukturveränderungen und Konzentrationen werden auch die im KHVVG veranschlagten Einsparungen bei den Krankenhausaussgaben nicht realisierbar sein. Vielmehr droht ein weiterer Ausgabenanstieg, der die finanzielle Lage der Krankenkassen zusätzlich belastet und infolgedessen auch die wirtschaftliche Situation der bedarfsnotwendigen Krankenhäuser weiter verschlechtern wird.

Nach der neu gefassten Ausnahmeregelung sollen Kliniken Leistungsgruppen auch ohne Nachweis von Qualitätskriterien und unabhängig von Erreichbarkeitsvorgaben im Ermessen der Länder zugewiesen werden können. Dies soll für einen Zeitraum von drei Jahren und ohne Beschränkung auf ländliche Regionen erfolgen. Es ist richtig und wichtig, dass die Landesverbände der Krankenkassen mit ihrem Einvernehmen eine zu weitgefaste Anwendung der Ausnahmeregelung in den Ländern abwenden können, aber zumindest die Voraussetzung „Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung“ sollte über messbare Vorgaben bundeseinheitlich definiert werden.

Die Ausweitung der Anerkennung von Kooperationen als Nachweis der Erfüllung von Qualitätskriterien birgt ebenso die Gefahr, dass notwendige Strukturveränderungen und Leistungskonzentrationen in der Krankenhausversorgung ausbleiben. Denn die Krankenhausplanungsbehörden können diese bei der Zuweisung von Leistungsgruppen anerkennen. Diese Regelungen müssen dringend nachgebessert werden. Deshalb ist es mindestens zwingend erforderlich, dass auch für die Anerkennung von Kooperationen das Einvernehmen mit den Krankenkassenverbänden auf Landesebene hergestellt wird und Kooperationen bei Kernleistungen generell ausgeschlossen werden. Gleichzeitig muss die Frage der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung über messbare Kriterien (z. B. in Form von Erreichbarkeitsnormen für ein alternatives Versorgungsangebot) bundeseinheitlich operationalisiert werden.

Die Ausweitung der Ausnahmen und die erweiterten Kooperationsmöglichkeiten führen zudem zu einer finanziellen Ungleichbehandlung der Krankenhäuser. Krankenhäuser, denen trotz Nichterfüllung von Qualitätsanforderungen Leistungsgruppen und dazugehörige Vorhaltevergütung zugewiesen wird, werden so wirtschaftlich bessergestellt als diejenigen, die durch finanziellen Mehraufwand die Anforderungen tatsächlich erfüllen. Einen finanziellen Vorteil haben auch (Fach-)Krankenhäuser, denen über die Anerkennung von Kooperationen Leistungsgruppen zugewiesen werden. Daher müssen die Regelungen zur Ermittlung der Vorhaltebudgets je Leistungsgruppen nachgebessert werden. Bei Leistungsgruppen, die nur über Kooperationen erfüllt werden können oder für die die Ausnahmeregelungen genutzt wurden, darf den betroffenen Krankenhäusern nur ein gemindertes Vorhaltebudget zugewiesen werden.

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird auf geschlechtsspezifische Schreibweisen verzichtet. Alle personenbezogenen Bezeichnungen beziehen sich im Sinne der Gleichbehandlung auf alle Geschlechter.

Der Gesetzentwurf sieht auch Änderungen beim Krankenhaustransformationsfonds vor. Die Finanzierung des Bundesanteils aus Steuermitteln ist ordnungspolitisch nachvollziehbar. Die Universitätsklinika sind nun auch angemessen bei den Fördertatbeständen des Transformationsfonds berücksichtigt, wie im Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD vereinbart und wie es der Bundesrat in seiner Entschließung zur Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung vom 21. März 2025 beschlossen hatte. Die Universitätsklinika begrüßen die im Vergleich zum Referentenentwurf erfolgten Ergänzungen zu ihrer Beteiligung an den Fördertatbeständen des Transformationsfonds. Im Sinne der durch das KHVVG gewollten Leistungskonzentration und Strukturveränderungen sind insbesondere die Fördertatbestände der Konzentration von Versorgungskapazitäten, Bildung regionaler Krankenhausverbünde und die Bildung integrierter Notfallstrukturen auch für die Universitätsklinika von herausragender Bedeutung. Dabei ist sicherzustellen, dass diese Partizipation auch bei einem Inkrafttreten des KHAG zum 01.03.2026 noch rückwirkend für das ganze Jahr 2026 ermöglicht wird.

Dem Gesetzentwurf zufolge soll auch die Einführung der Vorhaltevergütung sowie die damit zusammenhängenden Fristen verschoben werden. Dies kann im Sinne einer guten Vorbereitung und Umsetzung der einzelnen Bausteine der Krankenhausreform sinnvoll sein. Allerdings bedeutet diese Verschiebung auch eine Verzögerung für die Umsetzung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie der Finanzierung der speziellen Vorhaltung bei den Universitätsklinika um ein Jahr. Begründet wird dies mit der verspäteten Anwendung der Vorhaltevergütung ab dem Jahr 2028, die wiederum nach § 38 KHG als Bemessungsgrundlage der Zuschläge dient. Diese Verschiebung ist inhaltlich und auch sachlich nicht nachvollziehbar. Um die positiven Effekte der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zeitnah in die Anwendung zu bringen und zu nutzen, ist es dringend geboten, die Umsetzung dieses Teils der Krankenhausreform ab dem Jahr 2027 sicherzustellen – insbesondere vor dem Hintergrund der anstehenden Notfallreform, der aktuellen Diskussion zur Resilienz des Gesundheitssystems im Krisenszenario und im Rahmen des Gesundheitssicherstellungsgesetzes. Mit der gesetzlich verankerten Koordinierungsrolle können zukünftig umfassend regionale Patientenpfade implementiert werden, wovon die Patienten unmittelbar profitieren werden. Gleichzeitig können so die vorhandenen regionalen Versorgungskapazitäten bestmöglich und entsprechend dem jeweiligen Versorgungsbedarf genutzt werden. Deshalb muss der Gesetzentwurf die Umsetzung ab dem Jahr 2027 ermöglichen und entsprechend angepasst werden. Ergänzend zu den bestehenden Regelungen zu den Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und gleichzeitig passend zur Notfallreform sollte das KHAG zudem eine Verpflichtung zur Patientenaufnahme bei Verlegungen aus Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen enthalten.

Mit dem KHAG muss auch eine Lösung für Universitätsklinika und Großkrankenhäuser infolge der Standortdefinition mit der „2-km-Regelung“ gefunden werden. Insbesondere die Leistungsgruppen und die Erfüllung der zugehörigen Qualitätsanforderungen sind an den Standort gekoppelt. Der Intention der Standortregelung ist grundsätzlich zuzustimmen. Allerdings benachteiligt die Regelung aufgrund der „2-km-Regelung“ Großkrankenhäuser, die aufgrund der begrenzten zusammenhängenden Flächen innerhalb einer Stadt die Krankenversorgung aufteilen müssen. Mit der zunehmenden Bedeutung der Standortdefinition sind daher hierfür Ausnahmen gesetzlich zu verankern, ohne die bisherige Intention der Regelung aufzugeben. So sollte bei einem Krankenhaus, das innerhalb derselben Stadt an räumlich getrennten Standorten Patienten versorgt und

einheitliche Organisations- und Leitungsstrukturen aufweist oder wenn landeshochschulrechtliche Vorschriften dies vorsehen, von einem Standort ausgegangen werden.

Das KHAG bietet keine Antwort auf die überbordende Bürokratie, der die Krankenhäuser ausgesetzt sind. Bereits in der Vergangenheit wurden vielfältige und kleinteilige Regulierungsansätze implementiert, mit denen teilweise ähnlich gelagerte Sachverhalte adressiert werden (siehe PpUG, PPR 2.0 und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses). Mit Einführung der Leistungsgruppen und ihren zugehörigen Qualitätsanforderungen werden derartige Parallelstrukturen der Qualitätsregulierung und Nachweisführung weiter verstärkt. Hier müssen dringend neue Wege zur Entbürokratisierung gefunden werden.

Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Art. 1: Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
1	§ 109	Anpassung der Ausnahme für den Abschluss eines Versorgungsvertrags trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien	-
3	§ 135d	– Streichung Übergangsregelung in § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V zur Veröffentlichung von Leistungsgruppen im Bundes-Klinik-Atlas – Folgeanpassung aufgrund der Streichung der LG Notfallmedizin – Zuweisung des „Level F“ Fachkrankenhaus durch die zuständige Landesbehörde	§ 135d Abs. 4 Satz 3 – Level F bzw. Fachkrankenhaus <u>Sachverhalt:</u> Die zuständige Landesbehörde kann dem Standort eines Krankenhauses, der • sich auf die Behandlung einer bestimmten Erkrankung, Krankheitsgruppe, Personengruppe oder eines bestimmten Leistungsspektrums spezialisiert hat und • einen relevanten Versorgungsanteil in diesem Bereich leistet und • im Krankenhausplan des jeweiligen Landes als Fachkrankenhaus ausgewiesen ist, der Versorgungsstufe „Level F“ (d.h. Fachkrankenhaus) zuweisen. Die Zuordnung ist zu begründen.



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Nach § 135e Abs. 4 SGB V können Fachkrankenhäuser dann die Anforderungsbereiche „verwandte[r] Leistungsgruppen“ und „Sachliche Ausstattung“ in Kooperation insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Vertragsärzten erbringen. <u>Bewertung:</u> Auch bei der Zuweisung der Versorgungsstufe F bzw. bei der Ausweisung als Fachkrankenhaus müssen die Landesbehörden Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassenverbänden anstreben. Zudem sollte im BKA /Transparenzverzeichnis neben der vorgesehenen Kennzeichnung der entsprechenden Standorte auch die Begründung für die Zuordnung ausgewiesen werden. Darüber hinaus sollte auch die Evaluation nach § 427 SGB V eine dezidierte Auswertung der Fachkrankenhäuser, der Begründung der Zuordnung und die Qualitätskriterien der Leistungsgruppe ausgewiesen werden, die nicht am Standort erbracht werden können. Weitere Änderungsbedarfe zu § 135d Abs. 3 S.1 Nr. 3 - „personelle Ausstattung im Verhältnis zum Leistungsumfang“ <u>Sachverhalt:</u> Im Medizinforschungsgesetz wurde in § 21 KHEntgG festgelegt, dass zusätzlich zu den bereits vorhandenen Festlegungen auch die Anzahl des beschäftigten ärztlichen Personals pro Leistungsgruppe zu erfassen und im Rahmen der § 21-Datenlieferung an das InEK zu übermitteln ist. Dies wurde seinerzeit wie folgt begründet: <i>„Die Daten zum ärztlichen Personal sind zukünftig von den Krankenhäusern auch gegliedert nach den maßgeblichen Leistungsgruppen zu übermitteln. Dies ist erforderlich, da durch die</i>



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<i>vorgesehene Krankenhausreform unter anderem Mindestvoraussetzungen zur Vorhaltung von ärztlichem Personal je Leistungsgruppe nach Anlage 1 [...] getroffen werden. Die daraus gewonnen Informationen können folglich vom Medizinischen Dienst für die Prüfung der maßgeblichen Voraussetzungen genutzt werden. Zudem sollen die Informationen perspektivisch auch für das Transparenzverzeichnis [...] genutzt werden.“</i> <u>Bewertung:</u> 1. Doppelerhebung mit erheblichem Bürokratieaufwand ohne Nutzen: Der Medizinische Dienst (MD) hat in der LOPS-Richtlinie zur Überprüfung des Parameters „Anzahl Fachärzte pro Leistungsgruppe“ eigene Dokumentationsvorgaben festgelegt (vgl. Anlage 2 der LOPS-Richtlinie). Da die InEK-Vorgaben sich von den MD-Vorgaben unterscheiden, führen sie zwangsläufig zu unterschiedlichen Ergebnissen innerhalb desselben Hauses. Für die Krankenhäuser bedeutet bereits jetzt die parallele Erstellung zudem einen erheblichen Mehraufwand, da sie für einen gesetzlich vorgesehenen Parameter „Arztzahl pro Leistungsgruppe“ nun zwei völlig unterschiedliche Dokumentationssysteme, Berechnungsgrundlagen und Systematiken anwenden müssen. Derzeit werden zwar teure IT-Lösungen entwickelt, die eigene Grundannahmen treffen, um die Ärzte den Leistungsgruppen – rein hypothetisch (z. B. auf der Grundlage der InEK-Kalkulationsdaten) – zuzuordnen. Doch es ist fraglich, wie realitätsnah die damit produzierten Ergebnisse tatsächlich sein können. Aufgrund der hohen Sanktionszahlungen bei Nicht-Lieferung der § 21-Daten werden die Krankenhäuser gezwungen sein, die kostenintensive IT-Software zu beschaffen, um nachweisen zu können, die Daten erstellt und abgegeben zu haben.



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			2. Zur Aussagekraft: Inhaltlich ist unklar, was der Parameter „Anzahl Fachärzte pro Leistungsgruppe“ aussagen soll. Dies soll durch das nachfolgende Beispiel verdeutlicht werden: <u>LG 58 – Darmtransplantation:</u> <i>Nach unserer Berechnung gab es 2024 in der <u>LG Darmtransplantation</u> in Deutschland nur 1 Darmtransplantation. Es ist allerdings davon auszugehen, dass mindestens 20 Uniklinika diese LG beantragen werden. In 19 Uniklinika lautet dann der Quotient „Anzahl Fachärzte pro LG“: mind. 3 Fachärzte bei 0 Fällen pro Jahr in der LG Darmtransplantation. In 1 Uniklinikum ergibt dieser Parameter in der LG Darmtransplantation: 3 Fachärzte bei 1 Fall pro Jahr.</i> 3. Fachabteilungen mit diversen Leistungsgruppen: Da die Ärzte einer Fachabteilung über mehrere Leistungsgruppen verteilt sein können, gibt es innerhalb einer Fachabteilung bzw. auf einer Station sehr unterschiedliche Quotienten „Arzt pro Leistungsgruppe“, deren Interpretations- und Aussagekraft für die Öffentlichkeit damit völlig im Unklaren bleibt. Das folgende Beispiel für eine Fachabteilung Viszeralchirurgie soll dies verdeutlichen: <i>Fachabteilung Viszeralchirurgie mit den LG 14 – Allgemeine Chirurgie, LG 30 – Bariatrische Chirurgie, LG 31 - Lebereingriffe, LG 32 – Ösophaguseingriffe und LG 33 Pankreaseingriffe</i> <i>In dieser Fachabteilung könnte der Parameter „Arzt pro LG“ in der</i> • <i>LG 14 bei 5 Fachärzten für 1000 Fälle pro Jahr liegen,</i> • <i>LG 30 bei 3 Fachärzten für 90 Fälle pro Jahr,</i> • <i>LG 33 bei 3 Fachärzten für 50 Fälle pro Jahr.</i>



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<u>Gesamtfazit:</u> Die Verpflichtung, Arztdaten pro Leistungsgruppe anzugeben, sollte gestrichen werden. Hingegen ist die Darstellung der Arztdaten pro Fachabteilung am Standort sinnvoll. Der Medizinische Dienst wird die Ergebnisse der § 21-Daten im Rahmen der LG-Prüfung nicht nutzen. Der Medizinische Dienst hat in der LOPS-Richtlinie mit der Anlage 2 ein eigenes Dokumentationsformat für diesen Parameter festgelegt: Name des Facharztes, Geburtsdatum, Qualifikation und Facharzturkunde pro Leistungsgruppe. Diese Daten werden nach § 11 der LOPS-RL auch an das Land übermittelt. Da die über die LOPS-Richtlinie übermittelten Daten über die § 21-Daten hinausgehen, sind die § 21-Daten für den MD unnötig und die seinerzeitige Annahme des Gesetzgebers im Medizinforschungsgesetz hinfällig. Zudem ist unklar, was der Parameter „Arzt pro Leistungsgruppe“ für die Öffentlichkeit aussagen soll (vgl. obige Nr. 1 und Nr. 3). Sinnvoll ist allerdings, wie bereits vorgesehen, die Darstellung des Quotienten „Anzahl der Fälle pro Arzt- bzw. Facharzt innerhalb einer Fachabteilung“ (z. B. Viszeralchirurgie: Fälle pro VK Arzt: 93 Fälle, Fälle pro VK Facharzt: 159 Fälle). Dieser Quotient ist seit Jahren in vergleichbarer Form im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser verfügbar. Die Berechnung des Parameters „Arzt pro Leistungsgruppe“ geht mit erheblichen Ressourcen und IT-Aufwänden einher, ohne dass die im Medizinforschungsgesetz beschriebenen Zielsetzungen damit erreicht würden. Zudem hat der Medizinische Dienst in der LOPS-Richtlinie ohnehin eine eigene Dokumentation zur Überprüfung dieses Parameter vorgesehen.



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<u>Lösungsvorschlag:</u> In § 21 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe f KHEntgG: Streichung der Wörter „nach den Leistungsgruppen nach Anlage 1 zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch und“, der durch das Medizinforschungsgesetz eingefügt wurde.
4	§ 135e	– Streichung Frist Erlass und Inkrafttreten LG-RVO – finanzielle und organisatorische Unterstützung der Patientenvertretung im Leistungsgruppen-Ausschuss – Vereinheitlichung Regelungen zu Kooperationsmöglichkeiten von Fachkrankenhäusern – Sonderregelung für Tages- und Nachtkliniken (Erfüllung zeitlicher Vorgaben nur zu jew. Betriebszeiten) – Vollzeitäquivalent: Anpassung anrechenbare Stundenanzahl von 40 auf 38,5 – Anpassung Berücksichtigung Belegärzte (voller vertragsärztlicher Versorgungsauftrag) – Streichung eines Verweises (entfallen)	§ 135e Abs. 4 Nr. 7 – Kooperationen <u>Sachverhalt:</u> Der Kabinettsentwurf sieht nun vor, dass Krankenhäuser ein Qualitätskriterium in Kooperationen mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen können, wenn eine schriftliche Kooperation vorliegt und entweder - die Erfüllung in Kooperation mit dem jeweiligen Qualitätskriterium vorgesehen ist oder - dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist oder - 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 nicht mehr als 2 000 Meter Luftlinie beträgt. <u>Bewertung:</u> Mit der Formulierung unter 7b wird es möglich, dass ein Land dauerhaft nach eigenem Ermessen entscheidet, welches Krankenhaus – auch ohne die entsprechenden Qualitätskriterien aus der eigenen Organisation heraus zu erfüllen – Leistungsgruppen erbringen kann. Durch die vereinfachten Möglichkeiten, die Kriterien für Leistungsgruppen durch Kooperationen zu erfüllen, könnte es zu einer flächendeckenden Vergabe von Leistungsgruppen kommen. Dies stünde dem grundsätzlichen Reformziel einer Konzentration der Versorgung zur Erhöhung der Qualität entgegen.



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Die Entscheidungen zur Zuteilung von Leistungsgruppen an Krankenhäuser, die die Kriterien nur durch Kooperationen erfüllen, sollten daher nur auf Basis von bundeseinheitlichen Kriterien, befristet und zudem nur im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassenverbänden erfolgen können (siehe auch Lösungsvorschlag). Das gilt auch für den Buchstaben c (d.h. Abstand bis zu 2.000 m Luftlinie), wenn zum Patiententransport öffentliche Straßen benutzt werden müssen. Dies entzieht dem Rettungsdienst anderweitig notwendige Ressourcen und kann darüber hinaus auch der Patientensicherheit entgegenstehen. Unproblematisch ist diese Regelung in 7c, wenn nicht der Patient transportiert werden muss, sondern z. B. Blutproben, deren Ergebnisse nicht unmittelbar zeitlich zur Verfügung stehen müssen, Proben für mikrobiologische Untersuchungen oder histologische Gewebeproben oder Schnellschnitte für die Pathologie. <u>Lösungsvorschläge:</u> Um die Versorgungsqualität und Patientensicherheit zu gewährleisten, ist § 135e Abs. 4, Nr. 7b wie folgt anzupassen: ▪ Kooperationen sind zeitlich zu begrenzen, z. B. auf 3 Jahre (analog wie § 6a KHG), ▪ bei Kooperationen haben die Länder Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassenverbänden herzustellen; hierfür sollten die Krankenkassen bundeseinheitliche Kriterien zu Grunde legen, ▪ Kooperationen sind nicht zulässig, wenn Kernleistungen einer Leistungsgruppe über einen Kooperationsgeber erbracht werden.



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Damit auch die Patienten, die Öffentlichkeit wie auch die einweisenden Vertragsärzten Transparenz über diese Krankenhäuser erhalten, die die Qualitätskriterien einer Leistungsgruppe nur über Kooperationen nach Nr. 7b oder 7c erbringen können, ist dies im Bundes-Klinik-Atlas nach § 135d SGB V auszuweisen. Zudem sind in der Evaluierung nach § 427 SGB V die Krankenhäuser, die aufgrund der Entscheidung der Länder Leistungsgruppen über Kooperationsverträge erbringen dürfen sowie die entsprechenden Kriterien, gesondert auszuwerten. Ferner sind die Vorhaltepauschalen für Krankenhäuser, die die Qualitätskriterien nur durch Kooperationen nach Nr. 7 erfüllen können, entsprechend abzusenken. § 135e Abs. 4 Satz 2 <u>Sachverhalt:</u> Bei Fachkrankenhäusern kann die zuständige Landesbehörde die Versorgungsstufe „Level F“ zuweisen. Damit können dann die Anforderungsbereiche „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ und „Sachliche Ausstattung“ in Kooperation insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Vertragsärzten erfolgen. <u>Bewertung:</u> Damit die dauerhafte Möglichkeit von Fachkrankenhäusern, Qualitätskriterien von Leistungsgruppen in den Anforderungsbereichen „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ und „Sachliche Ausstattung“ nicht selbst, sondern durch Kooperationen zu erfüllen, nicht zu einer Absenkung der Versorgungsqualität führt, sollte auch hier Einvernehmen mit



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassenverbänden hergestellt werden. <u>Lösungsvorschlag:</u> Einfügen eines neuen Satzes in § 135e Abs. 4 nach Satz 2: <i>„Bei der Zuordnung der Versorgungsstufe „Level F“ bei den Fachkrankenhäusern hat die für die Krankenhausbehörde zuständige Landesbehörde Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. Ersatzkassenverbänden herzustellen.“</i> Damit auch die Patienten, die Öffentlichkeit wie auch die einweisenden Vertragsärzte Transparenz über die Fachkrankenhäuser erhalten, die die Qualitätskriterien einer Leistungsgruppe nur über Kooperationen erfüllen, ist dies im Bundes-Klinik-Atlas nach § 135d SGB V auszuweisen und die Qualitätskriterien, die ausschließlich über Kooperationsgeber erbracht werden, gesondert darzustellen. Zudem sind in der Evaluierung nach § 427 SGB V die Fachkrankenhäuser gesondert auszuwerten. Ferner sind die Vorhaltepauschalen für die Fachkrankenhäuser, die die Qualitätskriterien nur durch Kooperationsgeber erfüllen können, entsprechend abzusenken. Zusätzlicher Klarstellungsbedarf bei § 135e Abs. 4 S. 2 Nr. 6b und 6c - <i>„Hinsichtlich der Erfüllung der für eine Leistungsgruppe in Anlage 1 als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien gilt,</i> 1. 2. ... 7. [...] erfüllt sind, wenn Fachärzte im jeweils genannten personellen und zeitlichen Umfang vorgehalten werden, wobei



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			a) ... b) <i>mindestens ein Facharzt jederzeit in Rufbereitschaft verfügbar sein muss</i> c) <i>Fachärzte für bis zu drei Leistungsgruppen, [...], berücksichtigt werden können;</i> d) <i>in Fällen, in denen das Krankenhaus eine Versorgung durch Belegärzte vorsieht, dem Vollzeitäquivalent in Buchstabe a ein voller vertragsärztlicher Versorgungsauftrag entspricht; ... “</i> <u>Sachverhalt zu § 135e Abs. 4 S. 2 Nr. 6b:</u> Dem Wortlaut nach heißt das, dass für jede Leistungsgruppe (vgl. § 135e Abs. 4 1. Halbsatz SGB V) mindestens ein Facharzt jederzeit in Rufbereitschaftsdienst eingeteilt sein muss. Dabei gibt es allerdings Leistungsgruppen, die sehr wenige Fälle (auch über alle Krankenhäuser in Deutschland hinweg) aufweisen (LG Herztransplantation, LG Darmtransplantation, etc.). Das bedeutet, dass wenn 55 Leistungsgruppen beantragt wurden, 55 Fachärzte (mit der entsprechenden Qualifikation, die in den Qualitätskriterien der Leistungsgruppe genannt ist) Rufbereitschaft haben. <u>Bewertung:</u> Bei wörtlicher Auslegung des Gesetzes würde dies einen enormen und unwirtschaftlichen Personaleinsatz bedeuten. <u>Lösungsvorschlag:</u> 6b) <u>„mindestens ein Facharzt jederzeit in Rufbereitschaft verfügbar sein muss, dieser kann entsprechend seiner Facharztkompetenz für mehrere Leistungsgruppen parallel die Rufbereitschaft übernehmen“.</u>



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			<u>Begründung:</u> Diese Ergänzung würde klarstellen, dass ein Facharzt mit der entsprechenden Qualifikation parallel Rufbereitschaft für mehrere Leistungsgruppen übernehmen könnte. Sollte die Arbeitsbelastung im Rufbereitschaftsdienst für die mehreren Leistungsgruppen zu groß werden, sehen bereits jetzt die Tarifverträge die Anordnung von einem „höheren“ Dienst vor. Das heißt: Sollte durchschnittlich im Rufdienst eine Arbeitsbelastung von über 25 Prozent anfallen, muss statt einem Rufdienst ein Bereitschaftsdienst angeordnet werden. Bei Überschreiten der Grenze im Bereitschaftsdienst muss stattdessen ein Schichtdienst angeordnet werden. <u>Sachverhalt zu § 135e Abs. 4 S. 2 Nr. 6c:</u> Es bleibt dem Gesetzestext nach unklar, ob diese Regelung „ein Facharzt für bis zu 3 Leistungsgruppen“ auch außerhalb der regulären Dienstzeiten (d.h. in Rufbereitschaft) gilt oder ob außerhalb der regulären Dienstzeiten auch mehrere Leistungsgruppen möglich sind, sofern die entsprechende Facharztqualifikation dieser Leistungsgruppen vorhanden ist. <u>Bewertung und Lösungsvorschlag:</u> Um Rechtssicherheit zu haben, ist eine gesetzliche Klarstellung hilfreich, dass die Begrenzung auf bis zu 3 Leistungsgruppen nur für den regulären Dienst gilt. Vgl. auch Anmerkungen zur Anlage 1 zu § 135e SGB V



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
7	§ 136c	Spezialisierung Onkochirurgie: Abweichung von gesetzlich vorgegebener Prozentzahl für bestimmte Indikationsbereiche durch G-BA-Beschluss	Vgl. hierzu Stellungnahme zu § 40 KHG Hier ist eine Ausnahmeregelung für den Fall beschrieben, dass der G-BA eine geringere Mindestmenge festgelegt hat und mit dem „15 Prozent Cut“ nun eine höhere Mindestmenge gelten würde. Der G-BA hat bislang deutlich mehr als 15 Prozent der bisherigen Leistungserbringer von der Leistungserbringung abgeschnitten.
8	§ 137i	InEK differenziert für die PpUGV in den pflegesensitiven Bereichen den Pflegeaufwand nach Schweregradgruppen	Die Flexibilisierung der Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen ist zu begrüßen.
9	§ 221	Streichung LKK-Anteil an der Finanzierung des Transformationsfonds	-
10	§ 271	Anpassung von Mindestreserve und Obergrenze der Liquiditätsreserve im Gesundheitsfonds	-
11	§ 275a	- Streichung eines Satzes zur Prüfung der PpUGV - Anpassung Fristen für LG-Prüfaufträge an MD und Abschluss - Strukturprüfung: Korrektur der Bezeichnung des Verfahrens	§ 275a Abs. 1. Satz 8 <u>Sachverhalt:</u> Es erfolgt die durchgängige Streichung des Verweises auf Einbeziehung der Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) als Qualitätskriterium in der Anlage 1. <u>Bewertung:</u> Der Wegfall der Prüfung der Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen durch den Medizinischen Dienst (MD) in Anlage 1 erscheint im Sinne des Bürokratieabbaus und der Reduktion von Mehrfachnennung konsequent und folgerichtig, wenn die Jahresmeldung zur Einhaltung der PpUGV ohnehin an anderer Stelle geprüft und eine Nichteinhaltung sanktioniert wird. In der Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft nach § 137i Absatz 4 SGB V ist



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			festgelegt, dass die Jahresmeldung zum jährlichen Erfüllungsgrad der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen durch einen Wirtschaftsprüfer bestätigt und an das InEK weitergeleitet werden muss. Zudem folgt die Logik der in Anlage 1 festgelegten Leistungsgruppen nicht der Struktur der pflegesensitiven Bereiche. Eine zusätzliche Nachweisführung würde nicht nur zu einer Mehrfachdokumentation, sondern zusätzlich auch noch zu einer erforderlichen Umstrukturierung der Daten führen. Zudem ist die Flexibilisierung der Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i Absatz 1 Satz 3 zu begrüßen. Weiterer Klarstellungsbedarf bei § 275a Abs. 2 und 3 SGB V <u>Sachverhalt:</u> In Absatz 2 werden die beauftragenden Stellen für Prüfungen der Qualitätskriterien von Leistungsgruppen und die Prüfverfahren normiert. Allein die beauftragende Stelle (entweder Landesbehörde oder Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen) erhält das Gutachten des MD, um ggf. auf erforderliche Korrekturen hinzuweisen. Das Krankenhaus erhält das Ergebnis der Prüfung nach Abschluss dieses Verfahrens zeitgleich mit den beauftragenden Stellen und dem IQTIG. Zukünftige Folgeprüfungen sind von den beauftragenden Stellen rechtzeitig vor Fristablauf beim MD zu beauftragen. <u>Bewertung und Lösungsvorschlag:</u> Das MD-Gutachten ist nicht nur allein der beauftragenden Stelle zuzusenden, sondern ist gleichzeitig dem Krankenhaus zu übermitteln, um den MD umgehend auf falsche Darstellungen oder Unstimmigkeiten im MD-Gutachten hinzuweisen und um Korrektur zu bitten. Zudem sind Anforderungen in den G-BA-Richtlinien, in den StrOPS und in den Qualitätskriterien der Leistungsgruppen nicht eindeutig formuliert bzw. unklar, weshalb es essenziell ist, dass die Auslegung dieser sowie die



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			entsprechende Dokumentation zum Nachweis der Erfüllung dieser Anforderung in einem gemeinsamen Verfahren erfolgt. Sollte das Ergebnis der MD-Prüfung dem Krankenhaus erst nach Verfahrensabschluss zur Verfügung gestellt werden, besteht keine Möglichkeit für das Krankenhaus, Unklarheiten oder fälschliche Darstellungen auszuräumen. Die beauftragenden Stellen sind gesetzlich zu verpflichten, zeitig und rechtzeitig (ggf. mit Zeitpuffer für Rückfragen, für Klärungen etc.) vor Ablauf des Gültigkeitszeitraums des Gutachtens den MD zu beauftragen. Es dürfen keine zeitlichen Lücken zwischen den Gutachten für die Leistungsgruppe/n entstehen, da andernfalls finanzielle Nachteile für Krankenhäuser drohen. Weiterer Klarstellungsbedarf bei § 275a i.V.m. § 283 SGB V <u>Sachverhalt:</u> In § 275a i.V.m. § 283 SGB V ist gesetzlich klarzustellen, dass die Qualitätskontrollen von G-BA-Richtlinien und die Prüfungen der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen besser aufeinander abgestimmt werden müssen und gegenseitig anzuerkennen sind: Das heißt, dass die LG 18 (Bauchaortenaneurysma) als Qualitätskriterium die Erfüllung der G-BA-Bauchaortenaneurysma-Richtlinie enthält (analog bei LG 22 – Herzchirurgie – Kinder und Jugendliche mit der G-BA-Kinderherzchirurgie bzw. LG 27 – Spezielle Traumatologie, LG 43 – 45 und LG 49). <u>Bewertung und Lösungsvorschlag:</u> In der MD-Qualitätskontroll-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses wird nun vorgesehen, dass nur eine Stichprobe statt aller Krankenhäuser geprüft werden soll. Im Gegensatz dazu sieht § 10 Abs. 3 der LOPS-Richtlinie vor, dass im Rahmen der Leistungsgruppenprüfungen



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			diese erneute Qualitätskontrolle nur dann <u>nicht</u> durchgeführt wird, wenn der Abschluss der Prüfung der Qualitätskontrolle nicht länger als 36 Monate zurückliegt. Andernfalls wird im Rahmen der Leistungsgruppen-Prüfung erneut eine Qualitätskontrolle der G-BA-Richtlinien durchgeführt. Hier ist eine gesetzliche Vorgabe zur Beauftragung des G-BA erforderlich, in seiner MD-Qualitätskontroll-Richtlinie diese Krankenhäuser aus der Stichprobe zu nehmen, damit sie nicht erneut geprüft werden und die Ergebnisse i.R.d. Leistungsgruppen-Prüfung anerkannt werden. Weiterer Klarstellungsbedarf bei § 275a Abs. 6 und 7 SGB V <u>Sachverhalt:</u> Die derzeitige Regelung ist missverständlich und bedarf einer dringenden Klarstellung vor dem Hintergrund, dass mit der Krankenhausreform Umstrukturierungen und Konzentrationen erfolgen sollen. vgl. auch die Stellungnahme des MD zum Referentenentwurf des KHAG: <i>„Krankenhäuser müssen eine Leistung, die sie erstmalig abrechnen wollen, für drei Monate erbracht haben, bevor sie diese vergütet bekommen. Die Bescheinigung durch den MD darf jedoch erst ab dem Tag der Anzeige erfolgen – nicht rückwirkend.“</i> <u>Bewertung:</u> Der Wortlaut des § 275a Abs. 7 Satz 2 liefert diverse Auslegungsmöglichkeiten, die erkennbar Streitigkeiten, die dann durch Gerichte zu klären sind, verursachen werden. Dies sehen sowohl MD Bund (siehe oben) als auch die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling so. Krankenkassen könnten die Regelung so auslegen, dass eine 3-monatige Vorleistungspflicht ohne Vergütungsanspruch bestehen könnte. Daher wäre eine entsprechende Klarstellung sehr hilfreich, um Rechtsstreitigkeiten zu vermeiden.



Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			<u>Änderungsvorschlag zur Klarstellung in § 275a Abs. 7 Satz 2 SGB V:</u> <i>„Krankenhäuser können abweichend von Absatz 6 Satz 6 bis zum Abschluss einer Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale, längstens bis zu sechs Monate ab dem Tag der in Nummer 1 genannten Anzeige, erbrachte Leistungen abrechnen, wenn sie</i> <i>1. dem zuständigen Medizinischen Dienst, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung unter Angabe des betreffenden Standortes des Krankenhauses auf elektronischem Wege angezeigt haben, dass sie die in dem Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 festgelegten Strukturmerkmale des Codes, der der jeweiligen Leistung zugrunde liegt, während der drei dieser Anzeige vorhergehenden Kalendermonate als erfüllt und nachweisbar ansehen, und</i> <i>2. in den letzten zwölf Monaten vor der in Nummer 1 genannten Anzeige noch keine in Nummer 1 genannte Anzeige für Leistungen, denen dieser Code zugrunde liegt, vorgenommen haben.“</i>
12	§ 278	Streichung Fehlverweis für Berichte MD an MD Bund	-
13	§ 283	Regelungen zur einheitlichen digitalen Umsetzung von Richtlinien durch MD Bund	-
14	§ 427	Anpassung des Datums zur Vorlage des ersten Evaluierungsberichts	<u>Sachverhalt:</u> Der § 427 wurde hinsichtlich der Vorschriften zur Evaluation der Zuweisung von Leistungsgruppen erweitert. Gefordert ist nun die Übermittlung von



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Daten an das InEK insbesondere auch in Bezug auf die Häufigkeit und die Begründung von Ausnahmen, die nach § 6a Absatz 4 KHG bei Nichterfüllung von Qualitätskriterien der Leistungsgruppen erteilt werden. Auch die Länge der Befristungen von Leistungsgruppenzuweisungen im Rahmen einer Ausnahme sowie Verpflichtungen der Krankenhäuser zur Ergreifung qualitätssteigernder Maßnahmen sollen in die Evaluation über die langfristigen Folgen der Ausnahmeerteilung für die Krankenhausstrukturen und für die Qualität der Versorgung einfließen. Darüber hinaus wurde auch der Gegenstand der Evaluation um die von den Landesbehörden durchgeführte Zuordnung von Krankenhausstandorten zu der Versorgungsstufe „Level F“ nach § 135d Absatz 4 Satz 3 SGB V erweitert. Untersucht werden sollen hier die Art der Spezialisierung und insbesondere die Kriterien, nach denen die zuständigen Landesbehörden die Erbringung eines relevanten Versorgungsanteils durch ein Fachkrankenhaus annehmen. Dies wird umgesetzt indem geregelt wird, dass das InEK die hierzu erforderlichen Daten in anonymisierter Form an die mit der Evaluation beauftragten Stellen zu übermitteln hat. Die Anonymisierung der Daten bezieht sich auf den jeweiligen Krankenhausstandort, die Daten sollen landesbezogen auswertbar sein. <u>Bewertung:</u> Das Ziel der Evaluation, welche Auswirkungen die Leistungsgruppenzuweisungen trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien nach § 6a Absatz 4 KHG auf die Konzentration der Krankenhausleistungen und auf die bezweckte Qualitätssteigerung haben, ist ausdrücklich zu begrüßen. Ebenso zu begrüßen ist es, dass nunmehr geprüft wird, inwieweit die Länder die Ausweisung der Fachkrankenhäuser möglichst bundeseinheitlich anhand geeigneter Kriterien insbesondere im Hinblick auf



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Leistungsvolumen, Leistungskonzentration und Spezialisierung umsetzen. Zu hinterfragen ist jedoch, weshalb das InEK den mit der Evaluation beauftragten Stellen die Daten anonymisiert zur Verfügung zu stellen hat. Dies führt im Zweifel dazu, dass notwendige Konsequenzen aus den Ergebnissen der Evaluation zum Erreichen der mit der Krankenhausreform verfolgten Ziele nicht oder zumindest nicht zeitnah gezogen werden. <u>Änderungsvorschlag:</u> Es sollte grundsätzlich von Anfang an Transparenz über die Ausnahmeregelungen (nach § 6a) und über die Krankenhäuser, die über Kooperationen nach § 135e Abs. 4 Nr. 7 SGB V Qualitätskriterien sowie über die Fachkrankenhäuser, die die Qualitätskriterien über Kooperationen erfüllen, bestehen. Das heißt, in der Evaluation ist auch zu analysieren, in welchem Umfang und aus welchen Gründen Krankenhäuser die Qualitätskriterien nach § 135e Abs. 4 Nr. 7 nicht selbst erfüllen.
15	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	Generell zur Anlage 1 (Bedeutung der Spalten und der Begriffe) Der Anlage 1 kann nicht entnommen werden, was die einzelnen Spalten bedeuten. Somit eröffnen sich unterschiedliche Interpretationsmöglichkeiten. Die Medizinischen Dienste werden bei der Prüfung der Leistungsgruppen die Sachverhalte auslegen müssen. Zur Reduktion des Konfliktpotenzials (Leistungserbringer und Länder) und damit sich nicht die Gerichte damit befassen müssen, sollte die Bedeutung der Spalten eindeutig und rechtssicher geregelt werden (vgl. auch Stellungnahme zu § 135e SGB V). Folgendes Beispiel soll die unterschiedlichen Interpretationsmöglichkeiten in der Spalte „Verfügbarkeit“ verdeutlichen: <u>Zur LG 7 – Komplexe Rheumatologie:</u> Spalte: „Verfügbarkeit“: „3 FA, mind. Rufbereitschaftsdienst: jederzeit“



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		– 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 – 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	• <u>Interpretationsmöglichkeit 1: ein FA hat in der LG Rheumatologie Rufbereitschaft (vgl. wörtliche Auslegung von § 135e Abs. 4 Nr. 7b SGB V)</u> • <u>Interpretationsmöglichkeit 2: 3 FA, die gleichzeitig (außerhalb der regulären Dienstzeit) mind. Rufbereitschaftsdienst (oder Bereitschaftsdienst) machen müssen</u> • <u>Interpretationsmöglichkeit 3: 3 FA (unabhängig von der Facharztqualifikation), von denen mindestens einer außerhalb der regulären Dienstzeit mindestens Rufbereitschaftsdienst machen muss.</u> • <u>Interpretationsmöglichkeit 4: einer der 3 Fachärzte, die unter der Spalte „Qualifikation“ aufgeführt sind (d.h. hier bei LG 7: <u>FA Innere Medizin und Rheumatologie FA Orthopädie und Unfallchirurgie mit ZW Orthopädische Rheumatologie</u>), macht mindestens Rufbereitschaftsdienst</u> Unklar ist auch in der Spalte „Verfügbarkeit“, ob und wie viele LG gleichzeitig von einem entsprechend qualifizierten Facharzt außerhalb der Dienstzeiten (d.h. im Rufbereitschaft- oder im Bereitschaftsdienst) erbracht werden dürfen. Hier sollte auch bedacht werden, dass tarifvertraglich festgelegt ist, dass beim Überschreiten einer bestimmten Arbeitsbelastung ein entsprechend höherer Dienst anzuordnen ist. D.h., sollte durchschnittlich eine Arbeitsbelastung von über 25 Prozent anfallen, muss statt einem Rufdienst ein Bereitschaftsdienst angeordnet werden. Bei Überschreiten der Grenze beim Bereitschaftsdienst, muss ein Schichtdienst angeordnet werden. Daher sollte klar abgegrenzt werden, ob die Anrechenbarkeitsregelung (1 FA für max. 3 Leistungsgruppen) auch außerhalb der regulären Dienstzeit im Rufdienst oder im Bereitschaftsdienst gelten kann. Dabei muss das Gesetz auch das Wirtschaftlichkeitsgebot beachten.



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		– 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 – 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	<i>LG 13 – Minimalinvasive Herzklappenintervention:</i> <i>Entgegen der Empfehlung des Leistungsgruppenausschusses, sind hier unter personeller Ausstattung nun die Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie aufgenommen worden, ohne dass dies entsprechend in der Gesetzesbegründung erläutert wird. Die LG, die von den FA für Innere Medizin und Kardiologie erbracht werden, finden sich allerdings in der Spalte „Erbringung verwandter LG“ am Standort.</i> Ein weiterer Punkt, der zur Rechtsunsicherheit beiträgt, ist: Wenn inhaltlich das gleiche gemeint ist, ist es auch identisch zu formulieren. <i>Dies soll das folgende Beispiel illustrieren: Spalte „Sachliche Ausstattung“ zum Sachverhalt „Teleradiologischer Befund möglich“.</i> <i>Während dieser Sachverhalt in einzelnen Leistungsgruppen aufgenommen ist, fehlt er in anderen Leistungsgruppen, wie z. B. in der LG 14 - Allgemeine Chirurgie bzw. in der LG 30 - Bariatrische Chirurgie. Manchmal steht „Teleradiologischer Befund möglich“ unter „Röntgen“, „CT“ und „MRT“, manchmal direkt unter „Röntgen jederzeit“, obwohl dann noch „CT“ und „MRT“ folgen. Hier ist klarzustellen, ob ausschließlich die Röntgenbilder oder auch die CT- oder MRT-Bilder teleradiologisch befundet werden dürfen.</i> <u>Gesamtfazit:</u> Der Leistungsgruppenkatalog sollte hier rechtssicher eindeutige Vorgaben festlegen, damit der Medizinische Dienst genau den Sachverhalt prüfen kann, den das Gesetz intendiert. <u>Lösungsvorschlag:</u> Um die Begriffsdefinitionen rechtssicher auszugestalten, sind diese im Gesetz bzw. in einer Verordnung, basierend auf den Beratungsergebnissen des Leistungsgruppenausschusses festzulegen.



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		– LG 58 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – LG 59 Anpassung bei Erbringung verwandter LG – Streichung LG 65	Weiterer, zu regelnder Sachverhalt im Kontext der Anlage 1 Auch die Definition, welche Nachweise für die Überprüfungen durch den Medizinischen Dienst vorzulegen sind, bedarf mindestens einer Entscheidung im Leistungsgruppenausschuss (LGA). Hierbei kommt es auch insbesondere darauf an, dass nicht extra Dokumente und Nachweise zur Prüfung zu erstellen sind, sondern bereits vorhandene genutzt werden. Dabei sollte der Grundsatz gelten, dass die vorzulegenden Dokumentationen und Nachweise den klinischen Behandlungswegen folgen. Ansonsten wird hier neue Bürokratie aufgebaut, die allerdings zu keiner Qualitätsverbesserung führt. Hier sollte der LGA einbezogen werden. Für alle medizinischen Behandlungen mit ionisierenden Strahlen oder radioaktiven Stoffen gibt es das Strahlenschutzgesetz. Bislang sind diese Fälle allerdings nicht in der LG Nuklearmedizin bzw. LG Strahlentherapie abgebildet, die die entsprechenden Anforderungen unter Berücksichtigung des Strahlenschutzgesetz und nachfolgender Normen – festlegen. Bislang sind die meisten nuklearmedizinischen und strahlentherapeutischen Fälle der LG 1 – Allgemeine Innere zugeordnet. Hingegen sieht diese Leistungsgruppe Qualitätskriterien vor, die nach der (Muster-)Weiterbildungsordnung oder nach dem Strahlenschutzgesetz die Behandlung dieser Fälle nicht erlauben. Z. B. kann ein FA Innere Medizin niemals die Behandlung von nuklearmedizinischen oder strahlentherapeutischen Fällen übernehmen. Zudem erfordern diese Fälle auch zwingend einen Medizinphysik-Experten. Somit werden bei nuklearmedizinischen und strahlentherapeutischen Fällen im KHAG / SGB V Anforderungen gestellt, die anderen Gesetzen widersprechen. Zur Reduktion des Bürokratieaufwands wird ausdrücklich die Streichung von § 6 PpUGV in den LG begrüßt (siehe oben unter § 275a SGB V). Somit



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			entfällt komplizierte Berechnungs- und Abgrenzungs-Bürokratie. Unabhängig von der Streichung an dieser Stelle gilt die PpUGV ohnehin und führt gemäß PpUGV-Sanktionsregelung zu Sanktionen.
			Art. 2: Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes
1	§ 2a	Redaktionelle Anpassung (Verschiebung Satz 2 in Folgeabsatz)	§ 2a Krankenhausstandort <u>Sachverhalt:</u> Mit dem KHVVG wurde der Standortbegriff per Gesetz neu definiert und zudem die Möglichkeit einer Ausnahmeregelung für die Standortdefinition geschaffen. Für die Ausgestaltung der Ausnahmeregelung wurden die Selbstverwaltungspartner beauftragt. Die Ausnahmeregelung sieht auch weiterhin einen Umkreisradius von maximal 2 km vor. Insbesondere die Leistungsgruppen und die Erfüllung der zugehörigen Qualitätsanforderungen sind an den Standort gekoppelt. <u>Bewertung:</u> Mit dem KHAG muss auch eine Lösung für Universitätsklinika und Großkrankenhäuser infolge der Standortdefinition mit der „2-km-Regelung“ gefunden werden. Der Intention der Standortregelung ist grundsätzlich zuzustimmen. Die Praxis zeigt allerdings, dass die aktuelle Regelung Großkrankenhäuser benachteiligt, die aufgrund der begrenzten zusammenhängenden Flächen innerhalb einer Stadt, die Krankenversorgung auf mehrere Standorte aufteilen müssen. Auch können landeshochschulrechtliche Vorgaben der Standortregelung entgegenstehen. Mit der zunehmenden Bedeutung der Standortdefinition sind daher hierfür Ausnahmen gesetzlich zu verankern, ohne die bisherige Intention der Regelung aufzugeben. <u>Lösungsvorschlag:</u> Bei einem Krankenhaus, das innerhalb derselben Stadt an räumlich getrennten Standorten Patienten versorgt und einheitliche Organisations- und Leitungsstrukturen aufweist oder landeshochschulrechtliche



Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Vorschriften dies vorsehen, sollte von einem Standort ausgegangen werden.
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	§ 6a Abs. 4 <u>Sachverhalt:</u> Die bisherigen Vorgaben maximaler PKW-Fahrtzeiten, innerhalb welcher spezifische medizinische Leistungsbereiche erreichbar sein sollen, sind ersatzlos gestrichen worden. Durch den Wegfall dieser Regelung können die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nun für einen Zeitraum von bis zu 3 Jahren nach eigenem Ermessen über Abweichungen von den vom Bund definierten Qualitätskriterien bei der Zuweisung von Leistungsgruppen entscheiden. Zudem bleibt die Vorgabe an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden zu prüfen, inwieweit maßgebliche Qualitätskriterien der Leistungsgruppen ggf. mittels Kooperationen und in Verbünden erfüllt werden können, im aktuellen Gesetzentwurf bestehen. <u>Bewertung:</u> Diese umfangreiche Ausweitung der ohnehin bereits bestehenden Ausnahmeregelungen konterkariert wesentlich die grundlegenden Ziele der Krankenhausreform, durch Bündelung von Kompetenzen und Konzentration von Leistungsangeboten die Qualität der Versorgung zu verbessern. Die entfallenen Regelungen zu den Fahrzeiten bildeten einen soliden Rahmen für eine bedarfsgerechte Krankenhausplanung auf Landesebene mit Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung, insbesondere im ländlichen Raum. Nun ist konträr zu den Reformzielen einer Konzentration und Qualitätssteigerung der Leistungsangebote die Möglichkeit geschaffen worden, selbst in urbanen Regionen mit bestehender Überversorgung für bis zu 3 Jahre den Status quo zu zementieren. Auch wenn die explizite



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Möglichkeit einer Verlängerung für weitere 3 Jahre entfallen ist, bleibt unklar, ob hierdurch ein echter Anreiz zur Erfüllung der bundeseinheitlichen Qualitätskriterien gesetzt wird, oder diese dennoch fortlaufend umgangen werden können. Denkbar wäre beispielsweise, dass einem Krankenhaus nach 3 Jahren trotz Nichterfüllung der Qualitätsanforderungen weiterhin eine LG-Zuweisung aufgrund neuer Ausnahmetatbestände gewährt wird. Eine solche Umgehung der auf 3 Jahre befristeten Ausnahmeregelung ist strikt abzulehnen und von vornherein zu unterbinden. Neu ist das nun notwendige Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen ab Beginn des Ausnahmezeitraumes, das zu begrüßen ist. Die Erfüllung maßgeblicher Qualitätskriterien der Leistungsgruppen durch Kooperationen und in Verbünden für alle Krankenhäuser, was bisher insbesondere hinsichtlich der Vorhaltung verwandter Leistungsgruppen Fachkrankenhäusern der Stufe „Level F“ vorbehalten war, ist weiterhin kritisch zu sehen. Hierdurch entsteht ein massiver Fehlanreiz, das individuelle Leistungsgruppenspektrum nahezu beliebig auszuweiten auf Kosten der Versorgungsqualität. Für die hierdurch bedingte zukünftige Vorhaltefinanzierung bedeutet dies zudem, dass Krankenhäuser, welche die sachliche und personelle Ausstattung selbst vorhalten und finanzieren, deutlich benachteiligt werden. <u>Lösungsvorschlag:</u> Die bisher vorgesehenen Ausnahmeregelungen zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung sind ausreichend. Sollten die geplanten Ausnahmeregelungen und Kooperationsmöglichkeiten umgesetzt werden, muss für Krankenhäuser, welche LG zugewiesen bekommen, ohne die hierfür notwendigen Qualitätskriterien selbst bzw. nur durch Kooperationen erfüllen zu können, die Vorhaltevergütung zwingend gesenkt werden (siehe hierzu auch Bewertung und Lösungsvorschläge zu § 135e Abs. 4 SGB V).



Nr im Entw.	Vorschrift	Stichwort	Stellungnahme
			Auch ist über die in § 427 SGB V geplanten Erweiterungen der Vorschriften und Gegenstände der Evaluation der Krankenhausplanung der Länder hinaus, mehr Transparenz herzustellen. Dazu ist zwingend im Bundesklinikatlas zu veröffentlichen, an welchen Standorten und nach welchen Kriterien die Länder über Ausnahmeregelungen entscheiden und Kooperationsvereinbarungen zur Erfüllung von Qualitätskriterien gelten lassen. Diese Transparenz muss auch für die von den Landesbehörden als Fachkrankenhäuser der Stufe „Level F“ ausgewiesenen Standorte gelten. § 6a Abs. 6 Satz 2 <u>Sachverhalt:</u> Die Möglichkeit zur Datenübermittlung durch die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden an das InEK wurde für die budgetneutralen Jahre 2026 (bis 31.12.2025) sowie 2027 (bis 31.12.2026) explizit ergänzt. <u>Bewertung:</u> Hierdurch ist eine Übermittlung der jeweiligen Vorhaltevolumina gemäß § 37 Abs. 5 an die Krankenhausträger, trotz der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung, ermöglicht worden. Folglich können auch die Zuschläge für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie für die spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken gemäß § 38 ermittelt werden. Diese Ergänzungen sind somit ausdrücklich zu begrüßen. <u>Lösungsvorschlag:</u> Die gemäß der Formulierung im Gesetzentwurf freiwilligen Datenlieferungen sollten, zumindest für das Kalenderjahr 2027 mit Datenlieferung bis 31.12.2026, verpflichtend gefordert werden. Hierdurch wird für die Krankenhausträger Transparenz und Planungssicherheit bereits vor der finanzwirksamen Einführung der Vorhaltevergütung gewährleistet.



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
3	§ 6b	Anpassung der Frist zur Meldung der zugewiesenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben an InEK	§ 6b Satz 1 <u>Sachverhalt und Bewertung:</u> Die Frist zur Übermittlung derjenigen Krankenhäuser an das InEK, denen die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden die nach § 6b Satz 1 genannten Aufgaben zugewiesen haben, wurde um 11 Monate, auf den 30. September 2027 verschoben. Dies wird mit der Änderung des § 38 mit Verschiebung der Auszahlung der Zuschläge für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie für die spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken um jeweils ein Jahr nach 2028 begründet. Da jedoch bereits die dortige Verschiebung nicht sachgerecht ist, ist folglich auch hier die Friständerung zu revidieren.
5	§ 12b	- Umstellung der Finanzierung des KHTF (Bundesmittel statt GKV-Mittel) - Streichung der Antragsfrist - Streichung der Verpflichtung, die Prüfung des Insolvenzrisikos nachzuweisen. - Schaffung eines Sonderzuwendungsrechts ggü. der BHO - Streichung der Vorschriften im Zusammenhang mit der Beteiligung der PKV an der Finanzierung - Regelung der Rückführung nicht verwendeter Mittel an den Bund	<u>Sachverhalt:</u> Die Finanzierung des Bundesanteils am Transformationsfonds aus Steuermitteln ist ordnungspolitisch nachvollziehbar. Die Universitätsklinika sind nun auch angemessen beim Zugang zum Transformationsfonds berücksichtigt, wie der Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD dies ausdrücklich vorsieht und es auch der Bundesrat in seiner Entschließung zur Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung vom 21. März 2025 beschlossen hatte. <u>Bewertung:</u> Die Universitätsklinika begrüßen die im Vergleich zum Referentenentwurf erfolgten Ergänzungen zu ihrer Beteiligung an den Fördertatbeständen des Transformationsfonds im Sinne des Koalitionsvertrages. Im Sinne der durch das KHVVG gewollten Leistungskonzentration und Strukturveränderungen sind insbesondere die Fördertatbestände der Konzentration von Versorgungskapazitäten, Bildung regionaler Krankenhausverbünde und die Bildung integrierter Notfallstrukturen auch für die Universitätsklinika von herausragender Bedeutung. Für einen zielgerichteten Transformationsprozess im Sinne der Krankenhausreform muss das



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Krankenhausfinanzierungsrecht insbesondere diese Fördertatbestände auch für Universitätsklinika von Anbeginn zugänglich machen. Hierzu ist ebenfalls sicherzustellen, dass diese Partizipation auch bei einem Inkrafttreten des KHAG erst am 01.03.2026 noch rückwirkend für das Jahr 2026 ermöglicht wird. Darüber hinaus sollte in Absatz 1 Satz 3 Nr. 4 die Formulierung an die entsprechende Regelung des § 3 Abs. 4 der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung angepasst werden, wonach neben Vorhaben zur Bildung auch Vorhaben „zum Ausbau von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen insbesondere an Hochschulkliniken“ aus dem Transformationsfonds gefördert werden können. Es sollte schließlich auch klargestellt werden, dass die Verpflichtung der Länder nach § 12b Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 Buchstabe a KHG (neu), „in jedem der Kalenderjahre vom Jahr der Antragstellung bis 2035 Haushaltsmittel für die Investitionskostenförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitzustellen, die der nach Satz 2 berechneten durchschnittlichen Höhe der in den Haushaltsplänen des jeweiligen Landes der Kalenderjahre 2021 bis 2023 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel zuzüglich der in Nummer 3 genannten Anteile für die aus dem Transformationsfonds geförderten Vorhaben im jeweiligen Kalenderjahr entspricht“, auch entsprechend für die Investitionsmittel für Hochschulkliniken gilt.
7	§ 17b	Anpassung Fristen für Evaluation Vorhaltevergütung durch Verschiebung der Vorhaltevergütung um ein Jahr	-



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
8	§ 37	Ermittlung Vorhaltevergütung: - Anpassungen Fristen für Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung - Übergangsregelung zur Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen - Anpassungen Fristen für freiwillige Information über Vorhaltevolumina in den Jahren 2026 und 2027	Weiterer Änderungsbedarf: § 37 Abs. 2 Satz 7 Nr. 2 <u>Sachverhalt und Bewertung:</u> Es erscheint nach wie vor fraglich, ob ein Fallzahlkorridor von plus/minus 20 Prozent bezogen auf das Vorjahr als Kriterium für die Veränderung des Vorhaltebudgets sinnvoll und zielführend ist. Unter Umständen können bei dieser Größenordnung verstärkt wirtschaftliche Anreize für Optimierungsstrategien gesetzt werden. Es könnte sich für Krankenhäuser als besonders vorteilhaft darstellen, wenn sich das Fallzahlniveau „in Richtung 81 Prozent“ absenkt. In diesem Fall wird das Vorhaltebudget auch dann noch ohne Einbußen ausgezahlt. Gleichzeitig erhalten Krankenhäuser mit Fallzahlsteigerungen von bis zu 19 Prozent ebenfalls das ursprüngliche Ausgangsbudget bei der Vorhaltefinanzierung. Eine Erhöhung des Vorhaltebudgets wird entsprechend der Regelung erst ab einer Schwelle von 20 Prozent erwirkt. Besonders herausfordernd könnte sich die Regelung auch bei Leistungsgruppen mit kleinen Fallzahlen, wie z. B. Transplantationen, erweisen. Dort können Leistungsschwankungen aufgrund einzelner, nicht zwingend strukturell bedingter Ereignisse regelmäßig und in deutlichem Umfang auftreten. <u>Lösungsvorschlag:</u> Um solche Ausschläge im Leistungsgeschehen abzufedern, sollte als Referenz statt des Vorjahres besser ein Mehrjahreszeitraum (z. B. gleitender Durchschnitt über drei Jahre) erwogen werden. Insgesamt kann sich die Regelung bzgl. der Neuermittlung der Vorhaltebudgets insbesondere für Universitätsklinika und Maximalversorger als nachteilig erweisen, wenn sie aufgrund von Krankenhausschließungen oder dem Wegfall von Leistungsgruppen bei anderen Krankenhäusern die Leistungen der betroffenen Kliniken auffangen müssen. Die Frage stellt sich daher prinzipiell, ob der Korridor nicht zu hoch angesetzt ist und stattdessen eher geringer angesetzt werden muss. Ggf. wäre auch ein asymmetrischer



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Korridor denkbar, bei dem Fallzahlzuwächse bspw. ab zehn Prozent zu einem höheren Vorhaltebudget führen, wohingegen das Vorhaltebudget erst ab einem Fallzahlrückgang von 20 Prozent abgesenkt wird. Alternativ wäre im Falle der Häuser mit absehbaren Fallzahlzuwächsen ebenfalls gut denkbar, dass die Länder mit entsprechenden Planfallzahlen kalkulieren können. § 37 Abs. 5 <u>Sachverhalt und Bewertung:</u> Die Anpassungen der Fristen für die durch das InEK an die Krankenhausträger zu übermittelnde Information über Vorhaltevolumina in den budgetneutralen Jahren 2026 und 2027, welche aus den Ergänzungen zu § 6a Absatz 6 Satz 2 Nr. 1 respektive Nr. 2 folgen, sind sachgerecht. Hierdurch wird folgerichtig die Ermittlung der Zuschläge für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie für die spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken gemäß § 38 ermöglicht.
9	§ 38	Zuschläge Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken: Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	§ 38 Abs. 1 <u>Sachverhalt:</u> Anpassungen der Fristen zur Ermittlung der Zuschläge für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken. <u>Bewertung:</u> Die Verschiebung der Förderzuschläge um ein Jahr nach 2028 ist nicht sachgerecht und deren Begründung durch die Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ebenfalls ein Jahr ist inhaltlich falsch. Die expliziten Ergänzungen in § 6a Absatz 6 Satz 2 Nr. 1 respektive Nr. 2 zur Datenübermittlung durch die Landesbehörden an das InEK, und die hieraus folgenden Anpassungen der Fristen für die Information des InEK an



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			die jeweiligen Krankenhausträger über deren Vorhaltevolumina in den Jahren 2026 und 2027, ermöglichen ja gerade eben die Ermittlung der Zuschläge zur Förderung der nach § 6b Satz 1 zugewiesenen Aufgaben und verhindern diese ausdrücklich nicht. Die vorgesehenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie die speziellen Vorhaltungen von Hochschulkliniken gemäß § 38 durch diejenigen Krankenhäuser der Level 3U (respektive Level 3), welche durch die Landesbehörden hierfür zu benennen sind, sind insbesondere jetzt in den landesspezifischen Krankenhausplanungen innerhalb der bundeseinheitlichen Leistungsgruppensystematik von essenzieller Bedeutung. Insbesondere auch vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion zur Resilienz des Gesundheitssystems im Krisenszenario und im Rahmen des Gesundheitssicherstellungsgesetzes. Die Ermittlung und Auszahlung der Förderungen ist gemäß den o.g. Anpassungen im KHAG explizit auch im budgetneutralen Jahr 2027 nach wie vor möglich, unabhängig von der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung. <u>Lösungsvorschlag:</u> Die ursprünglichen Fristen, sowohl zur Übermittlung der Krankenhäuser durch die Landesbehörden gemäß § 6b Satz 1, als auch die ursprüngliche Frist hier in § 38 Abs. 1 sind wieder einzusetzen. Sollten die hierzu benötigten Datenlieferungen der Landesbehörden an das InEK zur Ermittlung der Vorhaltevolumina für das Jahr 2027 jedoch nicht verpflichtend geregelt werden, wie unsererseits für § 6a Abs. 6 Satz 2 Nr. 2 KHG gefordert, könnte zur Ermittlung der Zuschläge gemäß § 38 alternativ auch der Case-Mix-Index herangezogen werden.



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			In diesem Zusammenhang muss der Gesetzgeber gleichzeitig auch dafür Sorge tragen, dass die Level-Zuweisungen der Krankenhäuser rechtzeitig erfolgen.
8	§ 39	Förderbeträge Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie, Intensivmedizin: Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung	-
11	§ 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	Vgl. auch § 136c Abs. 2 SGB V <u>Sachverhalt:</u> Neben der Änderung der Fristen wird nun auch für den Fall, dass der G-BA neben seinen Mindestmengen-Reglungen (gem. § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGBV) im nun durch den Gesetzentwurf eingefügten neuen § 136c Abs. 2 eine niedrigere Prozentzahl festlegt, die Höhe dieser Prozentzahl verwendet. <u>Bewertung:</u> Die Überlegungen zu dieser Regelung sind im Prinzip nachvollziehbar: Sie soll verhindern, dass in den Leistungsbereichen, in denen der G-BA bereits Mindestmengen festgelegt hat (Brustkrebs-Chirurgie und Lungenkrebs-Chirurgie, Major-Leberresektionen) ein weiteres Abschneiden von 15 Prozent der Leistungserbringer von onkochirurgischen Leistungen verhindert wird. Allerdings darf diese Regelung nicht über die diversen negativen Auswirkungen und die fehlende Rechtsklarheit hinwegtäuschen. Exemplarisch werden folgende Punkte genannt: 1. Zur Klarstellung sollte wenigstens in der Begründung genannt werden, dass die Anwendung des Abschneidens der unteren 15



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Prozent der Leistungserbringer von onkochirurgischen Leistungen einmalig erfolgt. 2. Das InEK ist die zentrale Institution, die das G-DRG-System jährlich kalkuliert und weiterentwickelt, u.a. auf der Basis von ICD- und OPS-Kodes. Daher ist es nicht verwunderlich, dass sich teilweise größere Unterschiede in den Fallzahlen der Krankenhäuser ergeben, wenn man auf der einen Seite die Fallzahl der Mindestmengen-Regelungen des G-BA (aufgrund anderer ICD- und OPS-Kodes) und auf der anderen Seite im Bundes-Klinik-Atlas (unter der Kachel „Krebs“) die dort ausgewiesenen Fallzahlen vergleicht. Da sowohl die Mindestmengen-Regelungen als auch § 40 KHG im Prinzip mit einem Leistungserbringungsverbot einhergehen, sollten zur Rechtssicherheit keine oder nur minimale Unterschiede bestehen. 3. Der G-BA verwendet 4 unterschiedliche Zählweisen in seinen Mindestmengen-Regelungen, was natürlich auch für die Software-Industrie einen höheren Aufwand generiert, den die Krankenhäuser bezahlen müssen. Zudem werden die meisten Software-Produkte erst unmittelbar vor dem vorgegebenen Abgabedatum fertig, so dass die Krankenhaus-Mitarbeitenden immer erhebliche Probleme und zeitliche Aufwände haben, um die maximal 13 Zahlen (= entsprechend der Fallzahlen in den max. 13 Leistungsbereichen der Mindestmengen-Regelungen) mit der Software fristgerecht bei den Landesverbänden der Krankenkassen abgeben zu können. 4. Der Gesetzgeber sieht keine Regelung für die Fallkonstellationen vor, dass der G-BA derzeit bzw. in naher Zukunft höhere Mindestmengen (in der Onkochirurgie oder in anderen Leistungen) festlegt, so dass nach dem Entfall der unteren 15 Prozent der



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Leistungserbringer in der Onkochirurgie bzw. den angedachten Mindestvorhaltezahlen in den Leistungsgruppen, die G-BA-Mindestmengen-Regelungen zu weiteren Konzentrationen führen. 5. Des Weiteren ist es derzeit sehr wohl möglich, dass bestimmte onkochirurgische Leistungen durch den Leistungsgruppen-Grouper unterschiedlichen Leistungsgruppen zugeordnet werden. Auch dieser Punkt bedarf zur Rechtssicherheit einer eindeutigen gesetzlichen Regelung. 6. Zudem ist gesetzlich unklar, ob der G-BA dann auch weiteren Mindestmengen zu onkochirurgischen Indikationen in den nächsten Jahren festlegen soll, da es ansonsten zu Doppelregelungen kommt. Vgl. Stellungnahme zu § 136c SGB V. Zudem sollte auch § 136c SGB V zeitlich begrenzt werden, da bei den onkochirurgischen Leistungen nach § 40 KHG nur einmal vorgesehen ist, die untersten 15 Prozent der Leistungserbringer von der Versorgung abzuschneiden.
			Art. 3: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes
2	§ 1	– Spezielle Regelungen für Krankenhäuser, denen bis zum 31.12.2024 Leistungsgruppen nach landesrechtlichen Vorgaben zugewiesen wurden.	<u>Sachverhalt:</u> In Absatz 4 wird bestimmt, welche Regelungen des KHEntgG abweichend auf Krankenhäuser in NRW Anwendung bzw. Nicht-Anwendung finden. Unter der Nr. 3 wird bestimmt, dass der Fixkostendegressionsabschlag in NRW bis einschließlich zum Jahr 2030 anzuwenden ist. <u>Bewertung</u> Durch die bereits erfolgte Leistungsgruppenzuweisung an die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser wird es bereits ab dem kommenden Jahr zu



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern kommen. Der Fixkostendegressionsabschlag benachteiligt dabei Krankenhäuser mit Mehrleistungen infolge der beabsichtigten Leistungskonzentration. Seine Fortführung sollte bereits zum Jahr 2026 abgeschafft werden.
3	§ 3	- Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung - - Vorhaltebudget greift erst ab 2028 (statt 2027)	-
4	§ 4	- Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung bei • Vereinbarung Erlösbudget • Fixkostendegressionsabschlag	<u>Sachverhalt:</u> In Folge der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung soll der Fixkostendegressionsabschlag auch noch im Jahr 2027 Anwendung finden. <u>Bewertung:</u> In einer Reihe von Bundesländern haben die zuständigen Planungsbehörden bereits mit dem Verfahren zur Zuweisung der Leistungsgruppen begonnen oder sind kurz davor. Hieraus werden voraussichtlich bereits im Jahr 2027 Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern resultieren. Die Fristverschiebung der Abschaffung des Fixkostendegressionsabschlags hemmt allerdings den durch das KHVVG gewollten Konzentrationsprozess, da hieraus resultierende Mehrleistungen durch den Fixkostendegressionsabschlag wirtschaftlich benachteiligt werden. Gleichzeitig bedeutet dieser für die Budgetverhandlungen einen zusätzlichen bürokratischen Aufwand. Daher sollte die aktuell geltende Regelung mit einer letztmaligen Anwendung im Jahr 2026 beibehalten werden.
5	§ 5	- Verlängerung der Zuschläge Pädiatrie und Geburtshilfe um ein Jahr als Folgeänderung	-



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		aus Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung – Redaktionelle Korrektur bzgl. der Erhebung des Zuschlags für die Pädiatrie	
6	§ 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	-
7	§ 7	Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für Abrechnung der Entgelte	-
8	§ 8	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für die Berechnung der Entgelte – Übergangsregelung für Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht	Weiterer Änderungsbedarf: § 37 Abs. 2 Satz 7 Nr. 2 <u>Sachverhalt und Bewertung:</u> Bei Krankenhäusern, welche Leistungsgruppen zugewiesen bekommen, ohne die hierfür notwendigen Qualitätskriterien selbst (gemäß § 6a Abs. 4 KHG) bzw. nur durch Kooperationen (gemäß § 135e Absatz 4 SGB V) erfüllen zu können, muss die Vorhaltevergütung zwingend gesenkt werden.



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		zugewiesenen Leistungsgruppen bei Abrechnungsverboten	Die Ausweitung der Ausnahmen und die erweiterten Kooperationsmöglichkeiten führen zu einer ungleichen finanziellen Behandlung der Krankenhäuser. Benachteiligt sind diejenigen Krankenhäuser, die die Qualitätsanforderungen an die Leistungsgruppen tatsächlich erfüllen, da diese einen finanziellen Mehraufwand gegenüber denjenigen Krankenhäusern haben, die die Qualitätsanforderungen zwar nicht erfüllen, aber dennoch die vollumfängliche Vergütung erhalten. Daher ist es nur sachgerecht, wenn jene Krankenhäuser, die die Anforderungen nicht umfassend erfüllen, auch nur eine anteilige Vorhaltevergütung erhalten.
9	§ 9	– Erhöhung der Notfallzuschläge ab 2028 als Folgeänderung zur verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung – Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	-
10	§ 10	Orientierungswert: Anpassung Berichtszeitraum, Klarstellung Kreis zur Übermittlung verpflichteter Krankenhäuser, Ermöglichung der Subdelegation der Verordnungsermächtigung zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts durch BMG auf Statistisches Bundesamt	-
13	§ 21	– Anpassungen Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung für die Datenübermittlung	Bezüglich § 21 Abs. 7, siehe oben zu § 135d SGB V



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
		- Folgeänderung zur Änderung von § 135d Abs. 3 S. 3 SGB V (Streichung Übergangsregelung) - Regelung zur umfassenden Nutzung von Daten für die zum Zwecke der Ermittlung des Abschlags erforderlichen Schätzung der Anzahl der Pflegevollkräfte oder ärztlichen Vollkräfte	
			Art. 4 Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung
1	§ 2	Red. Folgeänderung zu Änderung in § 12b KHG	-
2	§ 3	Red. Folgeänderung zu Änderung in § 12b KHG und Klarstellung	
3	§ 4	Streichung der Regelung zur Antragsfrist aufgrund Änderung in § 12b KHG, weitere Folgeänderungen zu Änderungen in § 12b KHG sowie Maßgaben des BR	§ 4 Abs. 4 Nr. 4 <u>Bewertung:</u> Die Folgeänderungen zu Vorhaben nach § 3 Abs. 4 sind sachgerecht.
4	§ 5	Streichung Regelung für Beteiligung PKV	-
5	§ 6	Streichung Regelungen für Beteiligung PKV	-
6	§ 7	- Änderung der Rückforderungsvorschrift von „kann“-Regelung zu „soll“-Regelung - Streichung Regelung für Beteiligung PKV - Streichung von Absatz 8, der nach Maßgabe BR anderweitige Verwendung von nicht verausgabten Fördermitteln ermöglichte.	-



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
7	§ 8	Ermöglichung der Aktualisierung der Förderrichtlinie	-
			Art. 5 Änderung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen
1	§ 186a	Anpassung der Ausnahme von der Fusionskontrolle für Krankenhauszusammenschlüsse, die zur Verbesserung der Versorgung erforderlich sind (zuvor in § 187 Abs. 10 geregelt)	-
2 und 3	§ 187	Redaktionelle Anpassung in § 187 Abs. 9 sowie redaktionelle Folgeänderung zur Einfügung eines neuen § 186a	-
			Art. 6 Änderung der Bundespflegesatzverordnung
	§ 9	Redaktionelle Folgeänderungen zu Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts	-
			Art. 7 Inkrafttreten
	Erfüllung s-aufwand	Auswirkungen auf Kostenträger und ungleiche Belastungen für Leistungserbringer	Der Gesetzentwurf sieht keine Mehrausgaben durch eine Erweiterung von Ausnahmen bei der Vergabe von Leistungsgruppen vor. De facto werden diese aber bei den Kostenträgern entstehen. Kliniken sollen Leistungsgruppen auch ohne Nachweis von Qualitätskriterien und unabhängig von Erreichbarkeitsvorgaben nach freiem Ermessen der Länder zugewiesen werden können. Dies soll für einen Zeitraum von bis zu drei Jahren und ohne Beschränkung auf ländliche Regionen erfolgen. Damit droht eine erhebliche Gefährdung der Ziele der Krankenhausreform: Einsparpotentiale und Konzentrationsprozesse werden so ausgebremsst. Der



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Status quo könnte zementiert und notwendige Veränderungen ausgesessen werden – selbst in überversorgten urbanen Gebieten. Ohne zeitnahe, stringente Strukturveränderungen und Konzentrationen werden die im KHVVG veranschlagten Einsparungen bei den Krankenhausaussgaben nicht realisierbar sein. Vielmehr droht ein weiterer Ausgabenanstieg, der die finanzielle Lage der Krankenkassen zusätzlich belastet und infolgedessen auch die wirtschaftliche Situation der bedarfsnotwendigen Krankenhäuser weiter verschlechtern wird. Die Ausweitung der Ausnahmen und die erweiterten Kooperationsmöglichkeiten führen zudem zu einer ungleichen finanziellen Behandlung der Krankenhäuser. Krankenhäuser, denen trotz Nichterfüllung von Qualitätsanforderungen Leistungsgruppen und dazugehörige Vorhaltevergütung zugewiesen wird, werden so wirtschaftlich bessergestellt als diejenigen, die durch finanziellen Mehraufwand die Anforderungen tatsächlich erfüllen.
Weitere Anmerkungen			
	Ggf. weitere Anmerkungen	Regelung für ein Clearing-Verfahren bzgl. Beantragung von Fachabteilungsschlüsseln aufnehmen	Das Vorhandensein von einem Fachabteilungsschlüssel oder die Verweildauer in einer Fachabteilung sind bei dem Leistungsgruppen-Grouper bei einer nicht kleinen Anzahl von Leistungsgruppen das maßgebliche Zuordnungskriterium. Neue Fachabteilungsschlüssel können im Rahmen der KH-Budgetverhandlungen bei den Krankenkassen beantragt werden. Bislang war es von nachgeordneter Bedeutung, falls ein Fachabteilungsschlüssel letztendlich nicht zugewiesen wurde.



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Aufgrund der neuen Regelungen zur Krankenhausplanung und -vergütung ist es erforderlich, dass es – bei unterschiedlichen Auffassungen zwischen Kostenträger und Krankenhaus über die Zuweisung von Fachabteilungsschlüsseln – ein Konfliktlösungsmechanismus eingeführt wird. Die Letztentscheidung sollte den Krankenhausplanungsbehörden obliegen.
		Übergangsregelungen für bereits geprüfte LG (ggf. noch unter KHVVG)	Im KHAG ist eine Übergangsregelung dahingehend aufzunehmen, dass bereits unter dem KHVVG erfolgten MD-Prüfungen von Leistungsgruppen weitergelten.
		Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben	Ergänzend zu den bestehenden Regelungen zu den Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sollte das KHAG zudem eine Verpflichtung zur Patientenaufnahme bei Verlegungen aus Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen enthalten.
		Mindestfallvorgaben für die Spezielle sektorengleiche Vergütung	§ 115f Abs. 2 SGB V – Mindestfallvorgaben für die Spezielle sektorengleiche Vergütung Die Ambulantisierung ist eine sinnvolle Entwicklung, von der zum einen Patienten profitieren. Zum anderen kann sie stationäre Kapazitäten und insbesondere knappes Fachpersonal entlasten. Ambulantisierung ist somit auch eine Antwort auf den Fachkräftemangel. Ambulante Krankenhausversorgung, insbesondere auch in Universitätsklinika, ist jedoch nicht immer mit einer Versorgung im vertragsärztlichen Bereich gleichzusetzen. Die mit den Hybrid-DRGs in § 115f SGB V festgelegte sektorenübergreifende Versorgung weist Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten dennoch einen gemeinsamen Leistungsbereich sowie eine einheitliche Vergütung zu. Unterstellt wird dabei, dass die als Hybrid-DRG bestimmten Leistungen von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern gleichermaßen erbracht werden. Dass dies jedoch häufig



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			nicht der Fall ist, legen die vom InEK analysierten Daten nahe. Insofern muss sich das unterschiedliche Leistungsgeschehen auch in einer nach Krankheitsschwere abgestuften und verweildauerabhängigen Vergütung widerspiegeln. Die Vergütung der Hybrid-DRGs muss für Krankenhäuser wirtschaftlich darstellbar sein, wenn Ambulantisierung tatsächlich gelingen soll. Vor diesem Hintergrund ist das von der Politik vorgegebene Ziel von mind. einer Mio. Hybrid-DRG-Fälle ab dem Jahr 2026, mind. 1,5 Mio. Hybrid-DRG-Fälle ab dem Jahr 2028 und mind. zwei Mio. ab dem Jahr 2030 besonders kritisch zu sehen. Das Ringen darüber, im geforderten Umfang geeignete Leistungen für den Hybrid-DRG-Katalog 2026 zu identifizieren, macht deutlich, dass sachlich überzeugende Argumente fehlen, auf die eine Leistungsauswahl in einem so erheblichen Umfang gestützt werden kann.
		Ermittlung der Prüfquote bei dem Umfang von Abrechnungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst	§ 275c Abs. 2 – Ermittlung der Prüfquote bei dem Umfang von Abrechnungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst Die von der GKV ermittelten Prüfquoten können aufgrund der Systematik zur Berechnung der Prüfquoten sowie aufgrund der Aufbereitung der Daten nur eingeschränkt etwas über die Richtigkeit der Krankenhausabrechnungen aussagen. Insbesondere bei Universitätsklinika und Maximalversorgern führen komplexe Fallkonstellationen, längere Verweildauern oder seltene Diagnosen häufiger zu Rechnungsbeanstandungen. Diese können oftmals erst im Rahmen des sog. Erörterungsverfahrens abschließend geklärt werden. So belegen Datenanalysen von Universitätsklinika, dass die tatsächliche Qualität der Krankenhausabrechnungen besser ist, als sie in den Statistiken des GKV-SV ausgewiesen wird. Die Systematik der Abrechnungsprüfung muss dringend dahingehend weiterentwickelt werden, dass in der Statistik zur Prüfquote erfolgreiche Widersprüche sowie das Ergebnis des Erörterungsverfahrens berücksichtigt werden. Bei Nichteinigkeit über das



Nr im Entw.	Vor-schrift	Stichwort	Stellungnahme
			Ergebnis der Stichprobenprüfung und der Hochrechnung ist zudem eine Clearingstelle erforderlich, z. B. Landesschiedsstelle, auch um die Gerichte zu entlasten.
		Folgeänderung Medizinforschungsgesetz	§ 135d Abs. 3 SGB V aktuell Satz 8 (bzw. Satz 6 nach RefE) Der Satzteil „ <i>die Krankenhäuser bis zum 30. Juni 2025 die aktuellen Informationen über die Teilnahme an dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 136c Absatz 4 beschlossenen gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern</i> “ muss gestrichen werden, da die Übermittlungspflicht der Krankenhäuser an das IQTIG nach § 135d SGB V nicht mehr besteht. Stattdessen wurde diese Übermittlungspflicht mit dem Medizinforschungsgesetz nun in § 21 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe h KHEntgG geregelt und erfolgt von den Krankenhäusern an das InEK im Rahmen der § 21-Datenlieferungen. Eine Streichung des o.g. Satzteils stellt eindeutig klar, dass dieser Sachverhalt nicht zusätzlich noch in einem anderen Datenformat an das IQTIG zu übermitteln ist.
		Einfluss auf die Ärztliche Weiterbildung durch Strukturveränderungen	Die erwarteten Strukturveränderungen in der Versorgung werden auch Einfluss auf den Verlauf der Ärztlichen Weiterbildung haben und zur verstärkten Gründung von Weiterbildungsverbünden führen, um den vollen Weiterbildungsinhalt abbilden zu können. Zur administrativen Vereinfachung und zum Abbau bürokratischer Hürden, sollte diesbezügliche eine Anpassung am Arbeitnehmerüberlassungsgesetz vorgenommen werden.