



Stellungnahme des IKK e.V.

zum

Gesetzentwurf

zur

Anpassung der Krankenhausreform
(Krankenhausreformanpassungsgesetz)
KHAG

vom 04.10.2025

15.12.2025

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen	4
Kommentierung	9
Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	9
§ 109 SGB V Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern	9
§ 135d SGB V Transparenz der Qualität der Krankenhausbehandlung	11
§ 135e SGB V Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung	13
§ 136c SGB V Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung	15
§ 275a SGB V Prüfungen zu Qualitätskriterien, Strukturmerkmalen und Qualitätsanforderungen in Krankenhäusern	16
§ 427 SGB V Evaluation des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes	17
Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)	18
§ 6a KHG Zuweisung von Leistungsgruppen	18
§ 12a KHG Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019	21
§ 12b KHG Transformationsfonds, Verordnungsermächtigung	22
§ 37 KHG Aufgaben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit der Ermittlung der Vergütung eines Vorhaltebudgets	23
§ 38 KHG Aufgaben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit Zuschlägen zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken	26
§ 39 KHG Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin	27
§ 40 KHG Aufgaben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte und des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus hinsichtlich der Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen	28
Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)	29
§ 1 KHEntgG Anwendungsbereich	29
§ 6b KHEntgG Vergütung eines Vorhaltebudgets	30
§ 9 KHEntgG Vereinbarung auf Bundesebene	31

§ 10 KHEntgG Vereinbarung auf Landesebene	32
Zu Artikel 4 (Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung).....	34
§ 4 KHTFV Antragstellung.....	34
Ergänzender Änderungsbedarf.....	35
Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch).....	35
§ 115f SGB V Spezielle sektorengleiche Vergütung.....	35
Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes).....	36
§§ 115g SGB V / 6c KHEntgG Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung – Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen	36
§ 6a KHEntgG Vereinbarung eines Pflegebudgets.....	38
Zu Bundespflegesatzverordnung (BPflV)	39
§ 3 BPflV Vereinbarung eines Gesamtbetrags	39

Grundsätzliche Anmerkungen

Die deutsche Krankenhauslandschaft steht vor einem dringend notwendigen tiefgreifenden Umgestaltungsprozess. Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), das am 1. Januar 2025 in Kraft trat, wurde eine grundlegende Reform der stationären Versorgung initiiert. Noch vor Beginn der praktischen Umsetzung werden aber nun mit dem vorgelegten Gesetzentwurf zum Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) unter dem Aspekt einer praxisgerechten Fortentwicklung Anpassungen vorgenommen.

Positiv hervorzuheben ist aus Sicht der Innungskrankenkassen, dass die noch im KHVVG vorgesehene und verfassungsrechtlich höchst bedenkliche Finanzierung von Vorhaben der Länder zur Anpassung der Strukturen der Krankenhausversorgung über einen Transformationsfonds hälftig aus Beitragsmitteln der GKV folgerichtig gestrichen wurde. Damit werden die Kosten für Vorhaben der Länder zur Anpassung der Strukturen in der Krankenhausversorgung nunmehr folgerichtig und verfassungsgemäß als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe aus Steuermitteln finanziert. Auch die zeitliche Verschiebung bei der Einführung der Vorhaltekostenfinanzierung ist sachgerecht, um damit die notwendige Zeit zu schaffen, ein wirklich zukunftsfähiges, bedarfsgerechtes System zu entwickeln und die fehlerhafte Fixierung auf Fallzahlen zu beheben.

Als problematisch sehen die Innungskrankenkassen dagegen an, dass die Vorhaltefinanzierung trotz Verschiebung nach wie vor nicht bundesweit zum gleichen Zeitpunkt Gültigkeit erlangt und darüber hinaus nicht sichergestellt ist, dass diese unter Beteiligung der gemeinsamen Selbstverwaltung auf der Bundesebene neu konzeptioniert wird.

Im Fokus der Kritik steht nach wie vor, dass die bereits im Referentenentwurf enthaltenen vielfältigen Ausnahmeregelungen für die Bundesländer insbesondere bezüglich Qualitäts- und Erreichbarkeitsvorgaben sich mit dem Kabinetentwurf nicht nur verfestigt haben, sondern sogar noch erweitert wurden. Dadurch besteht die begründete Gefahr, dass die zentrale Zielsetzung – die Festlegung einer bundesweit gewährleisteten hohen Behandlungsqualität für mehr Patientensicherheit – erheblich geschwächt wird. Individuelle Landesausnahmen, ein den Ländern eingeräumter Beurteilungsspielraum und unklare Begrifflichkeiten wie „flächendeckende Versorgung“ drohen hier zu einem Flickenteppich in der Versorgung zu führen und die Ausnahmetatbestände letztlich zur Regel werden zu lassen.

Im Einzelnen:

Zu viele Ausnahmetatbestände zu Gunsten der Bundesländer insbesondere im Bereich der Leistungsgruppen

Problematisch ist, dass – entgegen der ausdrücklichen Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung – den Bundesländern jetzt noch über die im KHVVG bereits vorgesehenen Ausnahmetatbestände weitere Ausweichmöglichkeiten eingeräumt werden, die im Vergleich zum Referentenentwurf auch noch Ausnahmen bei Fachkliniken und Kooperationsregelungen vorsehen. Die Innungskrankenkassen lehnen dies ab.

Die Vielfalt und Umfänglichkeit der Ausnahmemöglichkeiten – immer gestützt auf das Argument einer flächendeckenden Versorgung, obwohl oft nur Krankenhausstandorte „am Leben“ erhalten und Arbeitsplätze gesichert werden sollen – konterkarieren das Hauptziel der Reform: Die zwingende medizinische Verbesserung der Qualität und der Qualitätsgewährleistung durch die Zentrierung komplexer Leistungen. Die logische Folge: Kliniken können so weiter Leistungen erbringen, für die sie nicht die notwendigen Qualitätsvoraussetzungen erfüllen; die Beitragszahler finanzieren weiterhin ineffiziente Strukturen mit schlechter Qualität und das auf Kosten ihrer Gesundheit.

Es bedarf deshalb bundeseinheitlicher, verbindlicher Leistungsgruppen und Qualitätskriterien als ein zentrales Steuerungsinstrument, um eine qualitativ hochwertige Versorgung gerade auch im ländlichen bzw. unterversorgten Raum zu sichern. Sofern Ausnahmeregelungen unabdingbar sind, sind diese nur dann akzeptabel, wenn sie transparent und überprüfbar sind. Zudem bedürfen sie stets der Zustimmung der Planungsbeteiligten. Die Erweiterung der Ausnahmen mit dem Argument der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zu rechtfertigen, führt dazu, dass die wesentlichen Ziele der Reform nicht erreicht werden. Entscheiden künftig die zuständigen Landesbehörden darüber hinaus im Rahmen ihres eigenen Beurteilungsspielraums über die Erforderlichkeit einer Ausnahme, ohne hierbei an die durch das KHVVG vorgesehenen bundesweit einheitlichen Erreichbarkeitsvorgaben gebunden zu sein, sind schon jetzt langwierige gerichtliche Auseinandersetzungen absehbar.

Kritisch ist zudem, dass Leistungsgruppen zukünftig auch dann zugewiesen werden dürfen, wenn die geforderten Qualitätskriterien – wie z. B. bestimmte Facharztzahlen oder technische Ausstattung – nicht erfüllt sind, ohne dabei die bislang vorgesehenen Erreichbarkeitskriterien in Fahrzeitminuten zu berücksichtigen. Diese Ausnahmen können bis zu drei Jahre betragen; für Kliniken mit Sicherstellungszuschlägen gelten diese sogar unbefristet. Nach Auffassung der Innungskrankenkassen verliert damit das Ziel der ursprünglich geplan-

ten Konzentration von komplexen Leistungen in spezialisierten Zentren an Priorität. Ausnahmen von Qualitätsvorgaben sind deshalb nur übergangsweise gerechtfertigt, um die Versorgung eines entsprechend belegten Bedarfs der Grund- und Notfallversorgung zu sichern. Davon ausgenommen müssen spezialisierte Leistungen sein, da hier die Expertise im Sinne der Qualitätssicherung für Patientinnen und Patienten unverzichtbar und damit nicht verhandelbar ist.

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

Darüber hinaus sehen die Innungskrankenkassen ein zeitliches Problem in Bezug auf die perspektivische Einführung der Vorhaltefinanzierung unter Weitergeltung der entsprechenden Übergangsregelung für NRW mit landesrechtlich zugewiesenen Leistungsgruppen. An dem derzeit vorgesehenen Modell existieren von allen Beteiligten erhebliche Vorbehalte über dessen Zielgenauigkeit, Umsetzbarkeit und Anreizwirkung. Um diese Bedenken und Hinweise aufzugreifen und eine allgemeine Akzeptanz zu erreichen, erscheint es angebracht, ein Konzept durch die gemeinsame Selbstverwaltung unter Einbeziehung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu entwickeln. Vor diesem Hintergrund schlagen die Innungskrankenkassen einen einheitlichen Start der Vorhaltefinanzierung ab dem Jahr 2028 vor.

Hinreichende Qualitätssicherung bzgl. der Leistungsgruppen insbesondere durch die Selbstverwaltung

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

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

Stattdessen sollten die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen federführend vom G-BA mitbestimmt werden; zumindest wäre ein Vetorecht des G-BA verbindlich vorzusehen.

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

Finanzielle Einsparmöglichkeiten im Bereich Krankenhaus

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

Doch das genügt nicht: Aufgrund der aktuellen Rahmenbedingungen ist die Finanzlage der GKV weiterhin angespannt und mit Blick auf die Haushaltsgesetzgebung keine kurzfristige Besserung in Sicht. Aus diesem Grund weisen die Innungskrankenkassen auf zielführende Einsparmaßnahmen im Bereich des Orientierungswerts (dauerhafte Streichung der Meistbegünstigungsklausel) und des Pflegebudgets hin.

Abstimmung mit anderen Gesetzgebungsverfahren und ergänzender Änderungsbedarf

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

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

Erneut ist anzumerken, dass eine schon seit langem angestrebte ambulant-stationär vernetzte Gesundheitsversorgung jenseits der Sektorengrenzen stärker von einem gemeinsamen Ansatz her hätte mitgedacht werden müssen.

Fazit

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

Die vom Gesetzgeber in der aktuellen Form auf den Weg gebrachte Krankenhausstrukturreform ist vor diesem Hintergrund noch einmal grundlegend zu überdenken und an den entscheidenden Stellen neu zu justieren, damit wirkliche Strukturverbesserungen erreicht werden. Dies gilt auch für den derzeit vorgesehenen unrealistischen Zeitplan zur Umsetzung. Die beteiligten Partner der Selbstverwaltung sollten dafür ein gemeinsames Konzept vorlegen, um die angestrebten Ziele einer qualitätsbasierten Versorgung zu erreichen und deren Realisierung bis 2028 zu sichern.

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

Der IKK e.V. nimmt im Folgenden Stellung zu einzelnen Aspekten des Gesetzentwurfes. Im Übrigen wird auf die detaillierte Stellungnahme des GKV-SV, deren Inhalt zuvor mit den Innungskrankenkassen abgestimmt wurde, verwiesen.

Kommentierung

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 109 SGB V Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

Beabsichtigte Neuregelung

Anpassung der Ausnahme für den Abschluss eines Versorgungsvertrags trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien

Bewertung

Die Neuregelung eröffnet auch den Landesverbänden der Krankenkassen die Möglichkeit, einen Versorgungsvertrag trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien abzuschließen, welche bisher nur den Ländern vorbehalten waren. Auch wenn dies als Folgeänderung für die Ausnahmen der Länder nachvollziehbar erscheint, existieren seitens der Innungskrankenkassen grundsätzliche Vorbehalte gegen Ausnahmen von Qualitätskriterien.

So erscheint bereits der Umstand, dass die Festlegung und Weiterentwicklung von Leistungsgruppen und deren Qualitätskriterien per Rechtsverordnung geregelt werden soll, mehr als bedenklich. Spätestens mit der erforderlichen Zustimmung des Bundesrates und damit der Länder sind langwierige Abstimmungen und Ausnahmeregelungen zu Lasten der Qualität zu befürchten. Daran vermag auch der einzurichtende Ausschuss nichts zu ändern, denn trotz Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes wird der Ausschuss vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gemeinsam mit den obersten Gesundheitsbehörden der Länder geleitet.

Eine Qualitätseinbuße wird zudem insofern befürchtet, als zukünftig der G-BA Richtlinien zu Mindestanforderungen für Strukturen, Prozesse und Ergebnisse nur noch vornehmen bzw. erweitern darf, soweit diese die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen in erforderlicher Weise ergänzen und nicht im Widerspruch dazu stehen. Dies ermöglicht es den Ländern, ihnen unerwünschte Mindestanforderungen auszuhebeln. Eine derartige Degradierung des G-BA ist deshalb mit Blick auf das gesetzgeberische Ziel „Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität“ ausdrücklich abzulehnen. Stattdessen sollten die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen federführend vom G-BA – eine seit Jahren etablierte Institution der gemeinsamen Selbstverwaltung – mitbestimmt werden; zumindest wäre ein Vetorecht des G-BA verbindlich vorzusehen. Daher werden die nun vorgesehenen Ausnahmen zur Nichterfüllung der Qualitätskriterien abgelehnt.

Im Zusammenhang mit den vorliegend geregelten Versorgungsverträgen ist überdies noch der Umgang mit Altversorgungsverträgen zu klären, weil diese nicht den neuen Regeln unterworfen werden und auch eine Anpassung nicht in Betracht käme. Altversorgungsverträge sind daher entweder zu kündigen oder in einen neuen Vertrag zu überführen.

Änderungsvorschlag

§ 109 Absatz 3a SGB V wird ein neuer Satz 8 angefügt:

„Versorgungsverträge, welche zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des KHAG oder am 31.12.2025 rechtsgültig bestehen, sind maximal für 12 Monate weiter gültig, sofern sie nicht entsprechend der Regelungen der Sätze 1 bis 7 angepasst werden.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 3b

§ 135d SGB V Transparenz der Qualität der Krankenhausbehandlung

Beabsichtigte Neuregelung

§ 135d Absatz 4 SGB V sieht vor: Anpassung der Neudefinition der Fachkrankenhäuser und die Ergänzung der Mitteilungspflicht der Länder gegenüber dem InEK dahingehend, dass diese auch die Begründung einer Zuordnung eines Krankenhausstandortes als Fachkrankenhaus der Versorgungsstufe „Level F“ zu umfassen hat.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen lehnen die vorgenommene Neudefinition der Fachkrankenhäuser ab. Bereits jetzt können über 50 Prozent der Krankenhausstandorte als Fachkrankenhäuser ausgewiesen werden. Mit der Neudefinition bestimmen de facto die Länder, was Fachkrankenhäuser sind. Können diese Krankenhausstandorte auch noch als Fachkrankenhaus der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet werden, führt dies dazu, dass eine Vielzahl an Krankenhäusern, welche die Anforderungen der Qualitätsmerkmale für Leistungsgruppen nicht erfüllen, als Fachkrankenhäuser deklariert werden.

Im Gegenzug fehlt es an einer bundeseinheitlichen Regelung, wonach im Leistungsgruppenausschuss bzw. noch besser durch den G-BA eine Definition für Fachkrankenhäuser mit einem bestimmten Spektrum und relevantem Versorgungsanteil erfolgt. Dies erscheint zur Vereinheitlichung der Ausweisungen von Fachkrankenhäusern und zur Vereinheitlichung der Qualität der Leistungserbringung sinnvoll. Jegliche Regelung sollte immer auch im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen erfolgen.

Für erste Umsetzungsstufe entsprechend Festlegung der Landesbehörden im Einvernehmen aber mittelfristig, ist es erforderlich, dass der G-BA bzw. LGA Festlegung bis zum 1. Januar 2030 macht und näher definiert.

Änderungsvorschlag

§ 135d Absatz 4 Satz 3 SGB V wird wie folgt geändert:

„...; die Zuordnung erfolgt im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen und ist zu begründen.“

Zur Festlegung bundeseinheitliche Vorgaben zur Definition von Fachkrankenhäusern durch den G-BA bzw. LGA siehe die oben ausgeführte Bewertung.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 135e SGB V Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung

Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzesentwurf sieht eine neue Regelung für Belegärzteschaft in Absatz 4 Nummer 6d) vor, wonach ein Belegarzt mit voller vertragsärztlicher Zulassung in jeder Klinik in gleicher Höhe wie ein festangestellter Arzt angerechnet werden kann.

Die neue Kooperationsregelung in Absatz 4 Nummer 7 bestimmt, dass Krankenhäuser Qualitätskriterien mit anderen Krankenhäusern oder Vertragsärztinnen / Vertragsärzten in Kooperation erbringen können sollen, wenn die Vereinbarung in Kooperation in den Qualitätskriterien der Leistungsgruppen vorgesehen ist oder zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist oder sich der Kooperationserbringer innerhalb von zwei Kilometern um das Krankenhaus befindet.

Darüber hinaus werden gemäß Absatz 4 Nummer 7 Satz 4 in begründeten Fällen Kooperationsmöglichkeiten für Fachkliniken erlaubt, die keine vollstationäre Behandlung erbringen und die telemedizinische Erbringung von Qualitätsmerkmale der Leistungsgruppe „Stroke Unit“ ermöglichen.

Bewertung

Die Erfüllung der als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien für eine Leistungsgruppe wird in mehreren Konstellationen aufgeweicht:

Absatz 4 Nummer 6d)

Die vorgesehene Lockerung bei Belegärzten ermöglicht es den Krankenhäusern, zur Erfüllung des Qualitätskriteriums Vorhaltung von Fachärzten Vollzeitäquivalente auch Belegärzte zu berücksichtigen. Diese Regelungsaufweichung ist aus Sicht der Innungskrankenkassen nicht sachgerecht, gefährdet die Qualität der Versorgung und entspricht überdies auch nicht dem Konsens des Leistungsgruppenausschusses.

Absatz 4 Nummer 7 a) bis c)

Auch die Kooperationsmöglichkeiten des Absatz 4 Nummer 7 in Ausnahmefällen werden stark erweitert. Dadurch werden jedoch die Qualitäts- und Vorhaltekriterien der Leistungsgruppen durch die Verwendung von „oder“ (statt „und“) obsolet, indem unbegrenzte Kooperationen bereits immer zulässig sind, wenn auch nur ein Mindestkriterium erfüllt ist.

Die Innungskrankenkassen kennen zwar die Möglichkeit von begründeten Ausnahmen in diesem Bereich an, lehnen jedoch diese Aushebelung mit Blick auf das Gebot der Patientensicherheit ausdrücklich ab.

Stattdessen ist angesichts der Standortvereinbarung nach § 2a Absatz 1 KHG und der Notwendigkeit, Leistungen am Ort des Krankenhauses auch durch Träger anderer Trägerschaft („Wand an Wand“-Lösungen) zu ermöglichen, eine klare Regelung nötig. Die Innungskrankenkassen schlagen hierzu eine Formulierung vor, die sich am bewährten Nutzungshinweis des OPS-Kataloges orientiert. Die Richtlinie „Prüfungen zur Erfüllung von Qualitätskriterien der Leistungsgruppen und von OPS-Strukturmerkmalen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 SGB V“ (LOPS-RL) des Medizinischen Dienstes Bund (MD) sieht vor, dass Kooperationen nicht physisch beim Kooperationsgeber geprüft werden, sondern lediglich die Eigenangaben in der Bescheinigung akzeptiert werden. Standorte könnten so Schlaganfallbehandlung, teilstationäre oder intensivmedizinische Leistungen allein durch Vorlage einer Bescheinigung erbringen, ohne die erforderlichen Qualitätsmerkmale real vorzuhalten. Solche „Kooperationen auf dem Papier“ untergraben das Vertrauen, dass Kliniken die Mindestanforderungen an qualifiziertem Personal und Struktur erfüllen. Zudem werden gute Kliniken, die reale Strukturen vorhalten, durch diese unregelmäßige und ungeprüfte Kooperationserlaubnis unangemessen finanziell benachteiligt.

Die in Absatz 4 Nummer 7 Satz 4 vorgesehene Erfüllung der maßgeblichen Qualitätskriterien durch telemedizinische Kooperation der Leistungsgruppe „Stroke Unit“ sehen die Innungskrankenkassen kritisch. Eine solche mag beispielsweise bei SüV Standorten in der Abklärung und Erstdiagnostik sinnvoll sein, um eine etwaige Verlegung zu prüfen. Bei „Stroke Units“ geht es dagegen um eine medizinische Behandlung und damit Leistungserbringung innerhalb der Krankenhausplanung. Überdies existieren haftungsrechtliche Bedenken.

Nach Auffassung der Innungskrankenkassen sollte der Leistungsgruppenausschuss fristgebunden in der jeweiligen Leistungsgruppe konkrete Kooperationsmöglichkeiten festlegen, um qualitativ hochwertige und finanziell gerechte Kooperationen dort zu ermöglichen, wo sie tatsächlich erforderlich sind.

Änderungsvorschlag

Änderung des Gesetzesentwurfs entsprechend der oben gemachten Bewertung.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 136c SGB V Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung

Beabsichtigte Neuregelung

Nach der Neuregelung soll der G-BA niedrigere, als die gesetzlich vorgesehenen Fallzahlen für die vom InEK gemäß § 40 Absatz 2 Satz 2 KHG vorzunehmender Auswahl von Krankenhausstandorten, die onkochirurgische Leistungen nur in geringem Umfang erbringen, festlegen dürfen, sofern dies zur Aufrechterhaltung der Versorgung erforderlich ist.

Der G-BA erhält die Möglichkeit, einen niedrigeren als den mit 15 Prozent in § 40 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 KHG gesetzlich vorgesehenen Anteil an der Anzahl der Fälle aller Einträge in der jeweiligen nach § 40 Absatz 2 Satz 1 KHG erstellten und sortierten Aufstellung von Krankenhausstandorten festzulegen, bis zu dem das InEK nach § 40 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 KHG die Einträge aus der jeweiligen Aufstellung auszuwählen hat, sofern dies zur Aufrechterhaltung einer patienten- und bedarfsgerechten flächendeckenden stationären Versorgung der Bevölkerung mit onkochirurgischen Leistungen zwingend erforderlich ist.

Bewertung

Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist das Festhalten an dieser Regelung nachvollziehbar; der gesetzgeberische Ansatz einer kurzfristigen Maßnahme zur Verhinderung von Gelegenheitsversorgung wird deshalb grundsätzlich begrüßt. Die Einbeziehung des G-BA zur Überprüfung der pauschalen Quote für einzelne Leistungsbereiche ist sinnvoll, darf aber nicht zu einer grundsätzlichen Verschiebung der Maßnahmen führen.

Vor diesem Hintergrund wäre ein zweistufiges Vorgehen sinnvoll:

Zur Beschleunigung einer Spezialisierung in der Onkochirurgie wäre als kurzfristige erste Maßnahme zur Verhinderung von Gelegenheitsversorgung auch eine geringere pauschale Quote vorstellbar, die unbürokratisch und bei einmaliger Umsetzung praktikierbar wäre. Dies gilt nicht für Indikationsbereiche, bei denen der G-BA bereits Mindestmengen festgelegt hat.

In einem zweiten Schritt wird der G-BA als die richtige Institution angesehen, um ggf. eine weiterführende Bewertung für fachliche Beschränkung zu ermöglichen.

Änderungsvorschlag

Änderung des Gesetzesentwurfs entsprechend der oben gemachten Bewertung.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11 e)

§ 275a SGB V Prüfungen zu Qualitätskriterien, Strukturmerkmalen und Qualitätsanforderungen in Krankenhäusern

Beabsichtigte Neuregelung

Vorgesehen sind vorwiegend redaktionelle Änderungen u. a. zur Anpassung der Fristen für Leistungsgruppen-Prüfaufträge an MD und Abschluss eines Versorgungsvertrages.

Konkret im Absatz 6 Sätze 4 bis 5 wird geregelt: Übermittlung des Ergebnisses der MD Bescheinigung über Erfüllung der jeweiligen Strukturmerkmale durch das Krankenhaus an die Landesverbände der Krankenkassen und den Ersatzkassen.

Absatz 7 Satz 3 sieht die Anzeige durch Krankenhäuser vor, wenn keine Bescheinigung seitens des MD übermittelt wurde

Bewertung

Die Anpassung der Fristen für Leistungsgruppen-Prüfaufträge erscheint pragmatisch.

Die noch zum Referentenentwurf existierenden Forderungen der Innungskrankenkassen nach einer gesetzlichen Klarstellung der Übermittlungsmöglichkeiten für den Medizinischen Dienst (MD) wurden in Absatz 6 Sätze 4 bis 5 aufgegriffen. Die Innungskrankenkassen begrüßen dies.

Sofern keine Bescheinigung nach Absatz 7 Satz 3 vorliegt und vom Krankenhaus auch nicht übermittelt wird, führt dies zu einem Nichtwissen der Krankenkassen, daher erscheint die direkte Lieferung durch den MD folgerichtig.

Änderungsvorschlag

§ 275a Absatz 7 Satz 3 SGB V wird wie folgt geändert:

„Sofern Krankenhäusern, denen nach Abschluss einer Prüfung zu der Erfüllung der in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Strukturmerkmale, die sie beim Medizinischen Dienst nach einer in Satz 1 Nummer 1 oder Satz 2 Nummer 1 genannten Anzeige beantragt haben, keine in Absatz 6 Satz 3 genannte Bescheinigung übermittelt ~~wurde~~wird, ~~haben-teilt~~ dies der MD unverzüglich auf elektronischem Wege den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung unter Angabe des betreffenden Standortes des Krankenhauses mitzuteilen.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 14

§ 427 SGB V Evaluation des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes

Beabsichtigte Neuregelung

Anpassung des Datums zur Vorlage des ersten Evaluierungsberichts vom 31. Dezember 2028 auf den 31. Juli 2027.

Bewertung

Die Vorverlegung des ersten Evaluationsberichts auf den 31. Juli 2027 ist abzulehnen, da sie dem Transparenzwunsch nur scheinbar dient. Zu diesem Zeitpunkt werden noch keine aussagekräftigen Daten zur Wirkung der Reform vorliegen, da die Vorhaltevergütung erst 2028 budgetwirksam wird. Ein verfrühter Bericht auf unzureichender Datengrundlage führt zwangsläufig zu Fehlschlüssen und kann den Reformprozess in die Irre leiten.

Besonders kritisch sehen die Innungskrankenkassen, dass die zur Verfügung stehenden Daten des InEK nicht ausreichen, um die Kriterien und die Gründe für die Zuordnung von Krankenhäusern zur Versorgungsstufe „Level F“ valide zu untersuchen. Es fehlt schlicht an der notwendigen Datengrundlage für eine fundierte Analyse. Nach Auffassung der Innungskrankenkassen erscheint allenfalls eine erste Umsetzungsstatistik bis zu dem Zeitpunkt realistisch, jedoch kein Evaluationsbericht.

Änderungsvorschlag

Streichung von § 427 Satz 1 Nummer 5 SGB V und Änderung entsprechend der Bewertung.

Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 2

§ 6a KHG Zuweisung von Leistungsgruppen

Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1 Nr. 2 enthält Sonderregelungen für Leistungsgruppen, die durch landesrechtliche Vorschriften bis zum 31. Dezember 2024 zugewiesen wurden, bis zum 31. Dezember 2030 weiterbestehen (Lex NRW).

Absatz 4 sieht folgende Regelung vor: Anpassung der Ausnahme für die Zuweisung von Leistungsgruppen trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien sowie Anpassung der Fristen zur Meldung der zugewiesenen Leistungsgruppen an InEK. Nach Absatz 4 Satz 2 ist die Zuweisung einer Leistungsgruppe in den in Satz 1 genannten Fällen auf höchstens drei Jahre zu befristen.

Bewertung

Absatz 1

Auch wenn die Fristenänderung und Übergangsregelungen nachvollziehbar erscheinen, sehen die Innungskrankenkassen die angedachten erweiterten Ausnahmen von Qualitätskriterien grundsätzlich kritisch. Zur Wahrung einer realistischen Zeitschiene und unter Berücksichtigung der bereits erfolgten Zuweisungen in einem Bundesland (NRW) und zur Wahrung einer schnellstmöglichen bundeseinheitlichen Festlegung von Leistungsgruppen und Vorhaltefinanzierung schlagen die Innungskrankenkassen einen abweichenden Zeitplan vor. Siehe dazu ausführlich die Kommentierung zu Artikel 2 Nr. 8.

Absatz 4

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

Problematisch ist nach Meinung der Innungskrankenkassen auch, dass die Leistungsgruppen zukünftig nach dem Gesetzentwurf auch dann zugewiesen werden dürfen, wenn die geforderten Qualitätskriterien – wie z. B. bestimmte Facharztzahlen oder technische Ausstattung – nicht erfüllt sind, ohne dabei die bislang vorgesehenen Erreichbarkeitskriterien in

Fahrzeitminuten zu berücksichtigen. Diese Ausnahmen können bis zu drei Jahre betragen, für Kliniken mit Sicherstellungszuschlägen gelten diese sogar unbefristet.

Nach Auffassung der Innungskrankenkassen wird der Gesetzgeber gerade an dieser Stelle dem Ziel der ursprünglich geplanten Konzentration von komplexen Leistungen in spezialisierten Zentren nicht gerecht. Kliniken können so Leistungen erbringen, für die sie nicht die notwendigen Voraussetzungen erfüllen. Stattdessen sind bundeseinheitliche Leistungsgruppen und Qualitätskriterien als ein zentrales Steuerungsinstrument der Reform notwendig, um eine qualitativ hochwertige Versorgung auch im ländlichen Raum zu sichern. Wenn künftig jedes Bundesland selbst über Ausnahmen ohne klare und allgemeingültige Kriterien entscheiden können soll, wird lediglich das derzeit ineffiziente System weiter aufrechterhalten. Die Spezialisierung von Kliniken und die Konzentration auf Qualität werden durch die Lockerung von personellen und organisatorischen Anforderungen zulasten der Qualität für Patientinnen und Patienten ausgebremst.

Ausnahmen von Qualitätsvorgaben sind nur dann gerechtfertigt, um die Versorgung eines entsprechenden klar zu begründeten, tatsächlichen Bedarfs zu sichern. Davon ausgenommen sind jedoch spezialisierte Leistungen, da hier die erforderliche Expertise im Sinne einer Qualitätssicherung für Patientinnen und Patienten unverzichtbar und damit nicht verhandelbar ist. Daher dürfen Ausnahmen für Leistungen der bedarfsgerechten Grund- und Notfallversorgung der Bevölkerung ausschließlich nur in ländlichen Regionen und zeitlich befristet vorgesehen werden. Dadurch ist sichergestellt, dass Ausnahmen nur begrenzt bis zum Inkrafttreten einer bundeseinheitlichen Rechtsverordnung umgesetzt werden können.

Im Übrigen ist der Ausnahmetatbestand in Absatz 4 zur Sicherung einer flächendeckenden Versorgung zu unbestimmt. Zum einen fehlt eine ausreichend verbindliche Definition für „flächendeckende Versorgung“. Zudem sollte das Ziel der Versorgung ausschließlich eine bedarfsgerechte Leistung mit entsprechender Qualität, nicht dagegen nur eine „erreichbare“ Leistung sein. Der Begriff „flächendeckende Versorgung“ ist deshalb bundeseinheitlich zu definieren. Dazu bietet sich eine Regelung durch den G-BA an, der bereits differenzierte Festlegungen zu Notfallstufen und Sicherstellungshäusern getroffen hat.

Positiv ist, dass zumindest die Forderung der Innungskrankenkassen bei den Ausnahmen diese stets im Einvernehmen und nicht nur im Benehmen mit den Planungsbeteiligten (u. a. auch den Landesverbänden der Krankenkassen) erfolgt, aufgegriffen wurde.

Eine gesonderte Regelung für Sicherstellungshäuser wie in § 6a Absatz 4 Satz 3 KHG ist aus Sicht der Innungskrankenkassen dagegen nicht notwendig. Auch hier gilt, wie bei sämtlichen Ausnahmen, dass eine Umsetzung ausschließlich im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen erfolgen dürfen.

Der Verzicht auf die undifferenzierten Erreichbarkeitsnormen wird begrüßt, da diese den geplanten Konzentrationsprozessen entgegenwirken würde. Für die Sicherstellung der Notfallversorgung existieren bereits G-BA Vorgaben, die berücksichtigt werden sollten.

Zusätzlich sollte klargestellt werden, dass die Regelungen der Rechtsverordnungen nach § 135e und § 135f SGB V in jedem Fall bei Ausnahmen zu beachten sind.

Änderungsvorschlag

§ 6a Absatz 1 und 4 KHG werden wie folgt geändert:

Absatz 1:

Siehe obige Bewertung (neues Konzept).

Absatz 4 Satz 1:

„Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort Leistungsgruppen nach Absatz 1 Satz 1 zuweisen, obwohl abweichend von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Voraussetzungen das Krankenhaus an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien nicht erfüllt, wenn

1. dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung bedarfsgerechten Grund- und Notfallversorgung der Bevölkerung in ländlichen Regionen entsprechend den Festlegungen des G-BA zwingend erforderlich ist oder ...“

Absatz 4 Satz 3:

„Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist in dem in Satz 1 genannten Fall angemessen auf ~~höchstens drei Jahre~~ zu befristen und jeweils spätestens nach 3 Jahren zu überprüfen.“

Absatz 4 Satz 4 und 5 streichen, da Sicherstellungshäuser in Satz 3 inkludiert.

Satz 4 wird wie folgt neu gefasst:

„Die Regelungen der Rechtsverordnungen nach §135e und §135f sind bei der Zuweisung zu beachten.“

Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes))

Nr. 4

§ 12a KHG Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019

Beabsichtigte Neuregelung

Die bis zum Ende der Laufzeit des Strukturfonds nicht abgerufenen Mittel werden von 2026 bis 2035 zur Finanzierung der Verwaltung des Transformationsfonds und der für die Durchführung der Förderung notwendigen Aufwendungen des BAS eingesetzt und hierzu in entsprechenden Jahresbeträgen an den Transformationsfonds übertragen.

Bewertung

Die Regelung wird abgelehnt. Die Übertragung der dem Gesundheitsfonds entzogenen Beitragsmittel, die originär für die Strukturfondsmaßnahmen vorgesehen waren, ist nicht sachgerecht. Die (Rest-)Mittel des Strukturfonds sollten vollständig an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zurückfließen. Zudem erschließt sich nicht, dass die Verwaltung des Transformationsfonds in den Jahren 2026 bis 2035 nun aus GKV-Mitteln erfolgen soll.

Änderungsvorschlag

Streichen der Regelung.

Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)
Nr. 5

§ 12b KHG Transformationsfonds, Verordnungsermächtigung

Beabsichtigte Neuregelung

Vorgesehen ist die Streichung der bisher in Satz 1 Nummer 5 vorgesehenen Verpflichtung der Länder, gegenüber dem BAS nachzuweisen, dass sie das Insolvenzrisiko der am Vorhaben beteiligten Krankenhäuser geprüft haben.

Bewertung

Der Verzicht auf die bisher bestehende Verpflichtung in § 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 5 KHG, die Prüfung des Insolvenzrisikos nachzuweisen, ist nicht nachvollziehbar. Dies könnte zu einer zweckwidrigen Verwendung von für den Transformationsprozess notwendigen Finanzierungsmitteln führen. Daher plädieren die Innungskrankenkassen für eine Beibehaltung.

Änderungsbedarf

Beibehaltung der bisherigen Regelung in § 12b Absatz 3 Satz 1 Nr. 5 KHG.

Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 8

§ 37 KHG Aufgaben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit der Ermittlung der Vergütung eines Vorhaltebudgets

Beabsichtigte Neuregelung

§ 37 Absätze 1 bis 3 KHG sehen Folgeänderungen aufgrund der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr für die Ermittlung der Vorhaltevolumina durch das InEK vor.

Absatz 6 enthält eine Übergangsregelung zur Berücksichtigung der bis zum 31. Dezember 2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen.

Bewertung

Absätze 1 bis 3

Die Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung um ein Jahr erscheint aus Sicht des Gesetzgebers folgerichtig. Die grundsätzliche Kritik der Innungskrankenkassen an der Vorhaltevergütung besteht dagegen fort: Vorhaltefinanzierung ermittelt sich auf Basis von Leistungszahlen und nicht an dem tatsächlich existierenden Bedarf. Finanzierung von Vorhaltung macht nur Sinn, wenn vorher effiziente Strukturen geschaffen wurden. Daher ist eine bedarfsorientierte ausreichende und zweckmäßige Struktur Voraussetzung für die Vorhaltevergütung.

Die Umstellung des bisherigen Fallpauschalensystems auf eine ergänzende Vorhaltefinanzierung geht nach Ansicht der Innungskrankenkassen zwar in die richtige Richtung, zumal damit auch eine risikoadjustierte Finanzierung beibehalten wird. Um eine wirkliche Strukturveränderung zu erreichen, ist es jedoch essentiell, dass sich die Höhe der krankenhauses individuellen Vorhaltepauschalen am tatsächlichen Bedarf bzw. an der mit den Leistungsgruppen zu versorgenden Bevölkerung ausrichten. Auf diese Weise ist eine Unterstützung von Konzentrationsprozessen in Regionen mit Überkapazitäten sowie die Erhaltung von Strukturen in Regionen mit einer Unterversorgung möglich. Eine ausschließliche Berücksichtigung von Leistungskennzahlen darf keine Grundlage für die Festlegung der Leistungsgruppen sein. Ansonsten werden „Überversorgungen“ konserviert.

Bereits in der Stellungnahme zum KHVVG vom 23. September 2024 hatten die Innungskrankenkassen die vorgeschlagene undifferenzierte Pauschalierung in Höhe von 60 Prozent abgelehnt. Der sehr hohe pauschale Ansatz zur Vorhalte mit 60 Prozent beinhaltet in der jetzigen Fassung zu viele Anreize zur Konservierung der bisherigen Krankenhausstrukturen. Die Einbeziehung der Pflegekosten als Vorhaltefinanzierung ist auch nicht sachgerecht, da

sie bereits seit 2020 einer vollständigen Ist-Kosten-Finanzierung durch das Pflegebudget unterliegen. Dies hat zur Folge, dass bei unterschiedlich hohen Pflegekosten, aber starrem Prozentsatz je Leistung nicht nachvollziehbare Unterschiede bei der Höhe der Vorhaltekosten entstehen.

Der pauschale Satz ohne Pflegekosten sollte dementsprechend nur noch 30 Prozent der Gesamtfallkosten betragen. Alternativ könnte der pauschale Betrag durch die vom InEK ermittelten Kosten der medizinischen und nicht medizinischen Infrastruktur ersetzt werden.

Absatz 6

Zur Wahrung einer realistischen Zeitschiene und unter Berücksichtigung der bereits erfolgten Zuweisungen in einem Bundesland (NRW) sowie einer schnellstmöglichen bundeseinheitlichen Festlegung von Leistungsgruppen und angestrebten Vorhaltefinanzierung, schlagen die Innungskrankenkassen einen einheitlichen Start der Vorhaltefinanzierung ab dem Jahr 2028 vor:

Die beteiligten Partner der Selbstverwaltung entwickeln unter Einbeziehung des InEK gemeinsam eine umfassende Konzeption der Vorhaltefinanzierung, um die politischen Ziele zu erreichen und deren Realisierung bis 2028 zu sichern:

- Leistungszuweisung ohne Vorhaltefinanzierung in den Jahren 2026 und 2027, wobei die bis 31. Dezember 2024 nach landesrechtlichen Vorschriften (NRW!) zugewiesenen Leistungsgruppen Geltung behalten.
- bis 31.12.2026: Partner der Selbstverwaltung erarbeiten ein Konzept für die Vorhaltefinanzierung inklusive Konvergenz mit Fokus auf die Bedarfsermittlung (Bedarfsorientierung)
- 2027: Umsetzung durch das InEK
- ab dem Jahr 2028: erneute Ausweisung der Leistungsgruppen nun nach bundeseinheitlichen Kriterien für alle Bundesländer einheitlich
- ebenfalls im Jahr 2028: erstmalige Ausweisung der Vorhaltefinanzierung budgetneutral entsprechend des Konzeptes der Selbstverwaltung.

Da die Vorhaltefinanzierung eine umfassende Änderung des bisherigen Vergütungssystems darstellt, besteht jedoch das Risiko, Fehlentwicklungen mit folgenschweren Konsequenzen zu erzeugen. Aus diesem Grund ist es erforderlich, kurzfristig auf Abweichungen von den Zielvorstellungen reagieren zu können. Die geplante Vorlage eines Zwischenberichtes bis zum 31. Dezember 2029 sowie des endgültigen Berichtes bis zum 31. Dezember 2031 erfolgt insofern zu einem zu späten Zeitpunkt. Vielmehr sollten in den ersten Jahren der Umstellung jährliche Berichte etabliert werden, um auf Umsetzungsprobleme unmittelbar reagieren zu können. Daher ist eine Weiterentwicklung der Vorhaltefinanzierung unverzichtbar,

um die geplanten Ziele zu erreichen und Fehler zu korrigieren. Auch hierfür sollte die gemeinsame Selbstverwaltung insbesondere mit der Unterstützung des InEK, gesetzlich beauftragt werden.

Änderungsvorschlag

Streichung von § 37 Absatz 6 KHG, da die gemeinsame Selbstverwaltung bis zum 31. Dezember 2026 einen Vorschlag für eine Vorhaltefinanzierung erarbeitet.

Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 9

§ 38 KHG Aufgaben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit Zuschlägen zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken

Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 28 KHG sieht u.a. folgende Neuregelungen vor:

Zuschläge für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken sowie die Anpassung von Fristen aufgrund der Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung.

Bewertung

Zwar werden im vorliegenden Gesetzentwurf nur Anpassungen hinsichtlich der Fristen vorgenommen. Die bereits im Gesetzgebungsverfahren zum KHVVG vorgebrachte Kritik der Innungskrankenkassen vom 23. September 2024 gilt jedoch fort, wonach wir eine weitere zusätzliche Förderung der Hochschulkliniken nicht für notwendig erachten.

Diese haben bereits spezielle Leistungsgruppen mit entsprechenden Vorhaltekosten und Zentrumszuschlägen. Koordinierung und Vernetzungsaufgaben sind grundsätzlich auch Aufgaben von Uni-Kliniken und unterliegen damit auch der landesspezifischen Hochschulfinanzierung. Die mit einer solchen zusätzlichen Förderung einhergehende Doppelfinanzierung wird daher ausdrücklich abgelehnt. Hinzu kommt das Problem der Abgrenzung, denn Forschungsaufgabe gilt allgemein hin als Ländersache. Auch werden die Zentrumszuschläge im Gegenzug nicht gestrichen.

Änderungsvorschlag

Streichung.

Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 10

§ 39 KHG Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin

Beabsichtigte Neuregelung

§ 39 Absatz 1 sieht vor: Anpassungen der Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung.

Bewertung

Zwar werden im vorliegenden Gesetzentwurf nur Anpassungen hinsichtlich der Fristen vorgenommen. Die bereits im Gesetzgebungsverfahren zum KHVVG vorgebrachte Kritik der Innungskrankenkassen vom 23. September 2024 gilt jedoch fort.

Bereits seit dem Jahr 2020 erhalten bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum gemäß § 5 Absatz 2a KHEntgG eine pauschale Förderung für die Fachabteilungen Innere, Chirurgie, Geburtshilfe und Pädiatrie. Diese zusätzliche Finanzierung stellt die Versorgung der Bevölkerung mit notwendiger Vorhaltung von Leistungen sicher. Diese pauschale Förderung muss bei der Einführung einer Vorhaltepauschale berücksichtigt werden, um eine Doppelfinanzierung zu vermeiden.

Darüber hinaus werden die krankenhaushausindividuellen Zuschläge gemäß § 5 Absatz 2 KHEntgG beibehalten. Bei einem Defizitnachweis gemäß § 5 Absatz 2 Satz 4 KHEntgG sind die Krankenkassen verpflichtet, „nochmals“ einen Zuschlag zur kostendeckenden Finanzierung dieser Krankenhäuser zu vereinbaren. Die fortlaufende Gewährung dieses krankenhaushausindividuellen Sicherstellungszuschlages ist daher ebenfalls zu streichen.

Die zuvor aufgeführten Argumente gelten ebenso für die Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin gemäß § 39 Absatz 2 KHG (neu).

Für den Fall, dass an einer zusätzlichen Finanzierung festgehalten werden sollte, müsste diese im Rahmen der Vorhaltevergütung oder bestehender Zuschläge gewährt werden. Hier böte sich aus Sicht der Innungskrankenkassen ein Notfall- oder Sicherstellungszuschlag an; eine Maßnahme, die auch zum Bürokratieabbau beitragen würde. Zudem würde so das Risiko von Doppelfinanzierungen (z.B. Pflegebudget) reduziert werden.

Änderungsvorschlag

Streichung.

Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 11

§ 40 KHG Aufgaben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte und des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus hinsichtlich der Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen

Beabsichtigte Neuregelung

Hinsichtlich der Spezialisierung Onkochirurgie ist u. a. vorgesehen: Die Anpassungen der Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung; des Weiteren die Berücksichtigung von durch den G-BA festgelegten niedrigeren Prozentzahlen und Aktualisierung der entsprechenden Listen.

Bewertung

Verweis auf Kommentierung zu Artikel 1 Nr. 7.

Änderungsvorschlag

Verweis auf Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nr. 7.

Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2

§ 1 KHEntgG Anwendungsbereich

Beabsichtigte Neuregelung

§ 1 Absatz 4 sieht vor: Sonderregelung für Krankenhäuser in einem Land, in dem bis zum 31. Dezember 2024 Leistungsgruppen nach landesrechtlichen Vorschriften zugewiesen wurden.

Beabsichtigte Neuregelung

Nach dem Vorschlag der Innungskrankenkassen ist ein Konzept für eine bundeseinheitliche Vorhaltefinanzierung vorgesehen, wie in Artikel 2 Nr. 8 dargestellt. Ein Ausschluss eines Landes erübrigt sich daher.

Bewertung

Streichung.

Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 6 a, c und d

§ 6b KHEntgG Vergütung eines Vorhaltebudgets

Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung sieht u. a. folgende Detailregelungen zur Ermittlung des Vorhaltebudgets vor: Anpassung Fristen aufgrund von Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung; Klarstellung – Vorhaltebudget nur für auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütete Krankenhausfälle sowie eine Übergangsregelung für Berücksichtigung der bis zum 31. Dezember 2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen.

Bewertung

Die aktuellen Änderungen im Gesetzentwurf sind als notwendige Folgeänderung nachvollziehbar. Die grundsätzliche Kritik der Innungskrankenkassen an der Vorhaltefinanzierung wird jedoch aufrechterhalten. Siehe dazu unsere Stellungnahme zu Artikel 2 Nummer 8.

Änderungsvorschlag

Entsprechend obiger Bewertung.

Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 9a

§ 9 KHEntgG Vereinbarung auf Bundesebene

Beabsichtigte Neuregelung

Vorgesehen ist die Erhöhung der Notfallzuschläge ab 2028 als Folgeänderung zur verschobenen Einführung der Vorhaltevergütung.

Im Weiteren: Redaktionelle Folgeänderungen zu den Anpassungen zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts.

Bewertung

Die vorgesehenen Änderungen dienen der Umsetzung des oben zu Nr. 8 § 39 gemachten Vorschlages. Danach werden die bisherigen Beträge zur Finanzierung der Notfallversorgung als ausreichend angesehen. Als Folge dessen ist zu beachten, dass insoweit auch das G-BA Notfallstufenkonzept anzupassen ist.

Änderungsvorschlag

Streichung.

Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 10

§ 10 KHEntgG Vereinbarung auf Landesebene

Beabsichtigte Neuregelung

§ 10 KHEntgG sieht u. a. Regelungen zur Anpassung des Berichtszeitraums, eine Klarstellung hinsichtlich des Kreises zur Übermittlung verpflichteter Krankenhäuser sowie die Ermöglichung der Subdelegation der Verordnungsermächtigung zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts durch BMG auf Statistisches Bundesamt vor.

Bewertung

Vor dem Hintergrund der desaströsen Finanzlage und -entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufgrund der Dynamik der Leistungsausgaben und ungewisser Aussicht auf kurzfristige zusätzliche finanzwirksame Maßnahmen sind sämtliche zielführenden Einsparmöglichkeiten zur Entlastung der Beitragszahlenden zu prüfen. Insoweit wird auf die mit den Innungskrankenkassen abgestimmte 77-seitige Stellungnahme des GKV- Spitzenverbandes vom 28. November 2025 an die FinanzKommission Gesundheit verwiesen.

Konkret zum Orientierungswert wird an dieser Stelle auf die bestehende Überkompensation hingewiesen, die vorliegt, wenn die Kostensteigerung unterhalb der Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen liegt. Die Krankenhäuser erhalten mit der Finanzierung in Höhe der Veränderungsrate Gelder oberhalb der eigentlichen die Versorgung sicherstellenden Kosten – kurz: eine Überkompensierung der Kostenstrukturen (Meistbegünstigungsklausel). Die Folge: Die Krankenkassen finanzieren damit einem Krankenhaus Budgetsteigerungen oberhalb der diesem Haus entstandenen Kosten.

Bisher galt eine Obergrenzenregelung, wonach die Krankenhäuser mindestens die beitragspflichtigen Einnahmen erhielten (Umkehr der Mindest- zu Maximalfinanzierung). Primär wird der Orientierungswert finanziert; sobald jedoch die Kostensteigerung oberhalb der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV liegt, ist maximal nur noch über den Veränderungswert zu verhandeln. Damit erfolgt eine Partizipation an Effizienzsteigerungen der Krankenhäuser.

Die Deckelung des Veränderungswertes in Höhe der Veränderungsrate begründet sich aus dem Grundsatz, dass nur das ausgegeben werden kann, was auch eingenommen wird. Die bisherige Regelung hat zur Folge, dass sich das finanzielle Defizit der GKV noch weiter vergrößert und weitere Beitragssatzsteigerungen unvermeidbar sind.

Im Entwurf eines Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) war diese Deckelung nur für das Jahr 2026 vorgesehen. Aus GKV Sicht besteht

aber die Notwendigkeit der dauerhaften Streichung der Meistbegünstigungsklausel (Verstetigung).

Um die mit dieser Streichung verfolgte Zielsetzung sicherzustellen, ist zusätzlich dringend eine weitere Anpassung der Finanzierungsregelungen des KHEntgG im Bereich der zusätzlichen Tarifierfinanzierung in § 10 Absatz 5 KHEntgG notwendig. Ohne eine Anpassung droht durch die Regelung der Tarifraten nach Aussetzung der Meistbegünstigungsklausel aufgrund eines falschen Bezugspunktes eine Doppelfinanzierung. Mit der Tarifraten sollen Tarifsteigerungen, die oberhalb der bereits berücksichtigten Personalkostensteigerungen liegen, refinanziert werden. Als Bezugspunkt zur Berechnung der Tarifraten wird der jeweilige Veränderungswert angesetzt. Im Veränderungswert werden aber neben Sachkostensteigerungen auch Personalkostensteigerungen berücksichtigt. Folglich würden Tarifsteigerungen praktisch doppelt finanziert.

Änderungsvorschlag

§ 10 Absatz 6 Sätze 6 und 7 KHEntgG werden wie folgt geändert:

Satz 6

Unterschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, entspricht der Veränderungswert dem Orientierungswert der Veränderungsrate.

Satz 7

Überschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, entspricht der Veränderungswert der Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene den Veränderungswert gemäß § 9 Absatz 1b Satz 1 und § 9 Absatz 1 Nummer 5 der Bundespflegegesetzverordnung.

Notwendige Folgeänderung: Streichung der zusätzlichen Tarifierfinanzierung

Streichung § 10 Absatz 5 KHEntgG.

Zu Artikel 4 (Änderung der Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung)

Nr. 3

§ 4 KHTFV Antragstellung

Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 4 soll die Regelung zur Antragsfrist aufgrund Änderung in § 12b KHG gestrichen werden; weitere Folgeänderungen zu Änderungen in § 12b KHG sowie Maßgaben des Bundesrates und Wegfall des Einvernehmens bei Fördervorhaben.

Bewertung

Die Krankenkassen werden durch die dauerhafte Umsetzung von Vorhaben des KHTF mit Betriebskosten/Betriebsmitteln belastet, die sie zu finanzieren haben. Aus diesem Grund sind die Krankenkassen dringend in die Bewilligung von Fördervorhaben einzubinden. Fördervorhaben sollten deshalb ausschließlich – wie derzeit noch gesetzlich (KHTFV) vorgesehen – im Einvernehmen mit den Krankenkassen erfolgen.

Änderungsvorschlag

Siehe obige Bewertung.

Ergänzender Änderungsbedarf

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 115f SGB V Spezielle sektorengleiche Vergütung

Hintergrund

Die Innungskrankenkassen fordern, die gemäß § 115f Absatz 2 Satz 2 SGB V fix vorgesehene Fallzahlausweitung bis zum Jahr 2030 entfallen lassen. Hintergrund ist, dass die Systematik von Hybrid-DRG bei der gesetzlich vorgesehenen Fallzahlausweitung Schwächen aufweist.

Die Umsetzung der Hybrid-DRGs in den letzten drei Jahren hat gezeigt, dass das Konstrukt der Hybrid-DRG-Fallpauschalen, die sektorengleich durch Krankenhäuser und Vertragsärzte erbracht werden können und anteilig auf Basis stationärer Kosten und vertragsärztlicher Vergütung kalkuliert werden, zunehmend an seine Grenzen stößt. Insbesondere die mit dem KHVVG gesetzlich verankerte Fallzahlausweitung der Hybrid-DRG-Leistungen auf bis zu zwei Millionen stationäre Fälle bis zum Jahr 2030 ist unter der Maßgabe, dass die Leistungen gleichermaßen von Krankenhäusern und Vertragsärzten erbracht werden sollen, nur schwer umsetzbar.

Regelungsvorschlag

Die Innungskrankenkassen regen daher an, gemeinsame harmonisierte Regelung für Ambulantisierung und kurzstationäre Fälle zu finden. Es wird ausdrücklich auf das sogenannte Kurzliegerkonzept des GKV-SV verwiesen.

Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

§§ 115g SGB V / 6c KHEntgG Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung – Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen

Hintergrund

Wie schon in der Stellungnahme vom 23. September 2024 zum Gesetzentwurf KHVVG ausgeführt, sehen die Innungskrankenkassen in den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (SüV) grundsätzlich eine Umwandlungsoption für bestehende kleinere Krankenhäuser, die nach dem bisherigen Vergütungssystem unwirtschaftlich arbeiten. Sie bieten in unterversorgten Regionen die Chance zur Sicherstellung einer stationären, ambulanten und pflegerischen Grundversorgung. Dabei sollten sich die Einrichtungen auf ein wohnortnah erforderliches Leistungsspektrum fokussieren und sich zwingend am Versorgungsbedarf der Bevölkerung orientieren.

Allerdings: Dieser zunächst positive Ansatz ist auch mit zahlreichen Fragen (z. B. im Hinblick auf die Bereinigungsproblematik bei ambulanter Erbringung von hausärztlichen Leistungen) und Risiken behaftet.

Die aktuelle Definition der Leistung birgt das Risiko, dass die sektorenübergreifenden Einrichtungen genau in den Regionen entstehen, in denen bereits eine Überversorgung existiert. Zu kritisieren ist insbesondere, dass dem Gesetzentwurf zufolge die zukünftigen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen flächendeckend, d. h. auch in Ballungsgebieten, zugelassen werden sollen. Diese Doppelstrukturen lehnen die Innungskrankenkassen ausdrücklich ab und fordern eine Beschränkung nur auf ländliche und unterversorgte Regionen. Dabei ist zwingend der tatsächliche Versorgungsbedarf der Bevölkerung zu berücksichtigen.

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

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass Einrichtungen nach § 115g aufgrund des Nichtvorhandenseins bestimmter Strukturen wie z. B. Notfallstrukturen und geringere diagnostische Ausstattung niedrigere Fallkosten aufweisen. Daher die zusätzliche Anregung der Innungskrankenkassen, zur Sicherung maximal vergleichbarer Fallkosten von sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen mit stationären Einrichtungen. Das Gesamtvolumen darf nicht die vergleichbare Erlössumme aus DRG und Pflegekosten für Kliniken nach § 108 SGB V überschreiten.

Regelungsvorschlag

§ 115g Absatz 1 Satz 1 SGB V wird wie folgt ergänzt:

„(1) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sind Standorte von Krankenhäusern in ländlichen und unterversorgten Regionen, die...“

§ 6c Absatz1 KHEntgG wird um einen neuen Satz 3 ergänzt:

„Das Gesamtvolumen darf nicht die vergleichbare Erlössumme aus DRG und Pflegekosten für Kliniken nach § 108 überschreiten (bzw. nur in begründeten Ausnahmefällen) maximal in vergleichbarer Höhe entsprechender Fälle.“

Die bisherigen Sätze 3 ff alt verschieben sich in der Nummerierung um jeweils einen Wert nach oben.

Zu Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

§ 6a KHEntgG Vereinbarung eines Pflegebudgets

Hintergrund: Deckelung des Pflegebudgets über Pflegepersonalquotient

Seit Einführung des Pflegebudgets sind die Ausgaben für die Pflege am Bett doppelt so stark gestiegen wie die Einnahmen der Kassen. Einer der Gründe ist die fehlende Deckelung. Die damals festgestellten Defizite sind nach nunmehr fünf Jahren behoben. Auf Basis der Wirtschaftsprüfer-Testate ist nachweisbar, dass die Anzahl und Vergütung der Pflegekräfte in Krankenhäusern seitdem stark angestiegen und deutlich oberhalb der vergleichbaren Steigerungen der beitragspflichtigen Einnahmen liegen. Das hat zu deutlichen Ausgabensteigerungen der Krankenkassen geführt. Daher ist eine Deckelung des Pflegebudgets über den Pflegepersonalquotienten notwendig. Eine Deckelung der Erhöhung hätte zudem mittelbar positive Auswirkungen vor dem Hintergrund des Pflegepersonalmangels in stationären Pflegeeinrichtungen.

Aus diesem Grund schlagen die Innungskrankenkassen vor, die Zunahme unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit mit dem Pflegepersonalquotienten zu begrenzen.

Regelungsvorschlag

§ 6a Absatz 2 S. 4ff KHEntgG wird wie folgt geändert:

„Das Pflegebudget unterliegt dem Wirtschaftlichkeitsprinzip, ist in seiner Entwicklung nicht grundsätzlich durch den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1b Satz 1 begrenzt und § 275c ... Zusätzliches Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung und Pflegeentlastende Maßnahmen gemäß Satz 6ff werden nur finanziert, wenn der Pflegequotient gem. § 137j SGB V des Krankenhauses unterhalb des bundesweiten Durchschnittes liegt; ...

Zu Bundespflegesatzverordnung (BPfIV)

§ 3 BPfIV Vereinbarung eines Gesamtbetrags

§ 3 Absatz 3 BPfIV – Rückzahlungsverpflichtung bei Nichteinstellung von zusätzlich vereinbartem Personal

Entsprechend der BPfIV sind bei der Vereinbarung eines Gesamtbetrags für die Krankenhausvergütung die Qualitätsvorgaben des G-BA zur Personalausstattung (PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V) zu berücksichtigen.

Zur Einhaltung dieser Qualitätsvorgaben haben psychiatrische Krankenhäuser eine entsprechende personelle Ausstattung vorzuhalten. Falls ein höherer Gesamtbetrag zur Finanzierung von zusätzlichem Personal vereinbart wird und das Krankenhaus das Personal nicht einstellt, besteht keine gesetzliche Verpflichtung, die zusätzliche Finanzierung zurückzuzahlen. Des Weiteren ist eine Reduzierung des Gesamtbetrages nicht möglich, wenn das Krankenhaus dies mit dem Argument ablehnt, in den Folgejahren das zusätzliche Personal einzustellen.

Als Konsequenz entstehen für die Krankenkassen Ausgabensteigerungen ohne eine Verbesserung der Behandlungsqualität.

§ 3 Absatz 10 BPfIV

Grundsätzlich ist Leiharbeit in Krankenhäusern problematisch. Festangestelltes Personal ist in der Regel besser in die Abläufe des Krankenhauses integriert und kennt die Krankenakte nebst den gesundheitlichen Besonderheiten der einzelnen Patientinnen und Patienten besser, was zu einer kontinuierlicheren und qualitativ hochwertigeren Versorgung führt. Dies ist besonders für psychiatrische Krankenhäuser von Bedeutung.

Die Finanzierung der vollständigen Kosten für Leiharbeit entfaltet demgegenüber den Anreiz, zunehmend Leiharbeitskräfte zu beschäftigen, um den aufwendigen Prozess der Personaleinstellung zu umgehen. Da Leiharbeit zudem deutlich höhere Kosten als festangestelltes Personal erzeugt, entstehen den psychiatrischen Krankenhäusern zusätzliche Personalkosten. Leiharbeit sollte daher nur in Ausnahmefällen vorgesehen und nicht noch finanziell gefördert werden.

Regelungsvorschlag

§ 3 Absatz 3 BPfIV wird wie folgt geändert:

„Sofern sich auf Grundlage der Nachweise nach § 18 Absatz 2 ergibt, dass eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde, ~~haben die Vertragsparteien zu vereinbaren, inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist~~ oder die vereinbarten Mittel nicht zweckentsprechend verwendet wurden, sind diese Mittel im nächstmöglichen Budgetzeitraum als Ausgleichsbetrag zurückzuzahlen und der Gesamtbetrag ist im Folgejahr entsprechend abzusenken. Eine Absenkung des Gesamtbetrags nach Satz 8 ist nicht vorzunehmen, wenn das Krankenhaus nachweist, dass nur eine vorübergehende und keine dauerhafte Unterschreitung der vereinbarten Stellenzahl oder der vereinbarten Mittel vorliegt. Übergangsweise werden nicht zweckentsprechend verwendete Mittel über ein Ausgleichsverfahren zurückbezahlt. Wird nach einer Absenkung des Gesamtbetrags eine Stellenbesetzung vorgenommen, ist der Gesamtbetrag für den nächsten Vereinbarungszeitraum in Höhe der entstehenden zusätzlichen Kosten zu erhöhen.“

In § 3 BPfIV wird Absatz 10 neu ergänzt:

„Bei Beschäftigung von therapeutischem Personal ohne direktes Arbeitsverhältnis mit dem Krankenhaus, insbesondere von Leiharbeitnehmern im Sinne des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes oder von Personal aus Servicegesellschaften durch Gestellungsdienst, ist der Teil der Vergütungen, der über das tarifvertraglich vereinbarte Arbeitsentgelt für das Personal mit direktem Arbeitsverhältnis mit dem Krankenhaus hinausgeht, und damit auch die Zahlung von Vermittlungsentgelten nicht im Gesamtbetrag und im Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung nach § 18 Absatz 2 zu berücksichtigen.“