DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

Stellungnahme

zu den Änderungsanträgen
der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

„Folgeregelungen zum
GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz“
(Ausschussdrucksache: 21(14)107)

Grundlegende Bewertung

Hybrid-DRG: Abschaffung zum 01.01.2028, Vergütung ohne Übernachtung im Jahr 2027, Ausgabenbegrenzung im Jahr 2028 infolge Einführung der Kurzzeitfallpauschalen (Änderungsantrag 1)

Dieser Änderungsantrag beendet Hybrid-DRG zeitgleich mit der Einführung der Kurzzeitfallpauschalen im Jahr 2028. Die DKG begrüßt diese ordnungspolitisch notwendige Maßnahme, damit die Kurzzeitfallpauschalen im Jahr 2028 sachgerecht und konsistent eingeführt werden können.

Für das Jahr 2027 werden Übergangsregelungen getroffen, die bei Hybrid-DRG-Fällen ohne Übernachtung zu einer Kürzung der Vergütung führen.

Es werden abweichende Regelungen für die Vergütung der als Hybrid-DRG vereinbarten oder festgesetzten Leistungen, die ohne eine Übernachtung im Jahr 2027 erbracht werden, festgelegt. Die Vergütung erfolgt nach der regionalen Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Absatz 2 Satz 5 SGB V unabhängig davon, ob sie von Vertragsärzten oder Krankenhäusern erbracht wird. Für die vertragsärztlichen Leistungserbringer erfolgt die Vergütung von Sachkosten nach der regionalen Euro-Gebührenordnung und nach dem jeweiligen nach § 83 geschlossenen Gesamtvertrag. Für Krankenhäuser gelten bei Hybrid-DRG-Leistungen ohne Übernachtung im Jahr 2027 die im Vertrag nach § 115b SGB V für das Jahr 2027 getroffenen Regelungen zur direkten Vergütung der Sachkosten entsprechend. Da es sich hierbei um eine befristete Regelung und rasch umsetzbare Regelung handelt, sollte diese so beibehalten werden. Von dieser Feststellung unberührt bleibt die grundsätzliche Kritik der DKG an den Regelungen zur Sachkostenvergütung im AOP-Vertrag gemäß § 115b SGB V.

Schon die bestehenden Konvergenzmechanismen hin zum EBM führen zu einer teilweise stark reduzierten Vergütung von Hybrid-DRG für 2027. Bei der derzeitigen Systematik handelt es sich um eine Mischkalkulation, die Hybrid-DRG-Fälle unabhängig davon vergütet, ob ein Behandlungsfall einen Kalendertag oder bis zu drei Kalendertage verweilt und unabhängig davon, ob eine Behandlung im Krankenhaus notwendig ist oder nicht. Das führt dazu, dass längere Behandlungsfälle im Krankenhaus abgewertet und unterfinanziert werden. Durch die Einführung der Kurzzeitfallpauschalen in Verbindung mit der Möglichkeit der Zuordnung von Behandlungsfällen zum AOP-Bereich werden diese Verwerfungen und Fehlanreize im Jahr 2028 behoben. Für das Jahr 2027 müssen jedoch zumindest die Hybrid-DRG-Fälle mit längeren Verweildauern neu berechnet werden, nämlich ohne die mit EBM bewerteten und nach Gesetzesänderung auch vergüteten Same-Day-Fälle. Diese korrigierende Berechnung ist noch gesetzlich vorzugeben.

Gemäß Artikel 2a dieses Änderungsantrages werden zum 01.01.2028 die Hybrid-DRG abgeschafft. Ab dann gelten die Regelungen für die Kurzzeitfallpauschalen. Artikel 9a schreibt fest, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene dabei zu gewährleisten haben, dass durch die Änderung der Vergütungshöhe für stationäre Krankenhausleistungen von den Hybrid-DRGs nach § 115f SGB V im Jahr 2027 zu der Vergütung über Kurzzeitfallpauschalen im Jahr 2028 keine Mehrausgaben für die Kostenträger entstehen. Diese Begrenzung der Ausgaben für die Kostenträger im Zusammenhang mit

der Ablösung der Hybrid-DRG und Einführung der Kurzzeitfallpauschalen erscheint als ein Mittel der Begrenzung der Ausgabensteigerungen durchaus nachvollziehbar. Die Begrenzung der Mehrausgaben hat sich hierbei insbesondere auf die Vergütungshöhe ausschließlich für das Jahr 2028, das Jahr der Einführung der Kurzzeitfallpauschalen, zu beschränken. Die Ausführungen in der Begründung zu diesem Änderungsantrag zu Artikel 9a spiegeln diese Vorgabe nicht wider, sind missverständlich und daher zu streichen.

Einführung einer Prüfquotenklasse von 1 Prozent für Krankenhäuser mit geringen Auffälligkeiten in der Krankenhausabrechnung (Änderungsantrag 3)

Die geplante Einführung einer neuen Prüfquotenklasse in Höhe von bis zu 1 Prozent ist ein begrüßenswerter Schritt in die richtige Richtung. Um die gewünschte Wirkung der Entlastung der Krankenhäuser zu erzielen, sind jedoch dringlich Korrekturen notwendig.

Anzuerkennen ist, dass durch die neue, niedrigere Prüfquotenklasse eine bürokratische Vereinfachung und damit eine Entlastung für Krankenhäuser eingeführt werden soll, bei denen in bisherigen MD-Prüfungen wenige bis keine Auffälligkeiten festgestellt wurden. Der Effekt des proklamierten Bürokratieabbaus sowie der angeblichen Entlastung der Krankenhäuser ist aber sogar unter Verwendung der in der Begründung des Änderungsantrages verwendeten Daten verschwindend gering. So sollen durch die neue Prüfquotenklasse für den Krankenhausbereich jährliche Einsparungen in Höhe von 100.000 Euro erzielt werden. Demgegenüber steht jedoch eine erhebliche Erhöhung der Kosten durch die Anhebung der Prüfquoten sowie der Schwellenwerte durch das BStabG. Durch diese Regelungen steigt die durchschnittliche Prüfquote der Einzelfallprüfung nach § 275c SGB V von gegenwärtig circa 12 Prozent auf künftig circa 25 Prozent. Bei circa 17,7 Millionen stationären Krankenhausbehandlungsfällen bedeutet dies einen Anstieg der Prüffälle um 2,3 Millionen Fälle. Dies multipliziert mit dem Lohnkostensatz für Krankenhäuser aus der Begründung des Änderungsantrages führt zu einer zusätzlichen Belastung der Krankenhäuser in Höhe von 78,7 Millionen Euro. Die durch die Einführung der neuen Prüfquotenklasse angestrebte Entlastung der Krankenhäuser beträgt somit gerade einmal 0,13 Prozent dessen, was die Krankenhäuser durch die Erhöhung der Prüfquoten sowie der Schwellenwerte durch das BStabG zu verkraften haben. Eine wirksame Entlastung von Bürokratie sieht anders aus.

Die Beanstandungsquote resultiert aus den Ergebnissen der Einzelfallprüfungen des MD nach § 275c SGB V. Diese haben zu weit mehr als 50 Prozent Prüfungen der primären sowie der sekundären Fehlbelegung zum Gegenstand. Das Ergebnis dieser Prüfungen kann jedoch nicht in den Kategorien richtig oder falsch bewertet werden, da es sich bei der Entscheidung des MD, ob eine primäre oder eine sekundäre Fehlbelegung vorliegt, um eine Entscheidung im Nachgang einer erfolgten Behandlung handelt. Der Krankenhausabrechnung liegt hingegen die Entscheidung des behandelnden Krankenhausarztes zum Zeitpunkt der Behandlung zu Grunde. Es stehen sich also jeweils ärztliche Einschätzungen gegenüber, die immer Interpretationsspielräume offenlassen und somit schnell zu Beanstandungen führen. Dies macht das Erreichen einer hohen Unbeanstandungsquote für Krankenhäuser nahezu unmöglich, obwohl es nicht falsch abrechnet oder die Abrechnung an sich zu

beanstanden ist, sondern weil Uneinigkeit über medizinische Fragestellungen herrscht. Vor diesem Hintergrund ist die Beanstandungsquote nicht der richtige Indikator, um eine Prüfquote festzulegen.

Somit ist festzustellen, dass die Einführung einer neuen Prüfquotenklasse die erheblichen Belastungen, die den Krankenhäusern durch die Erhöhung der Prüfquoten sowie der Schwellenwerte durch das BStabG entstehen, noch nicht einmal ansatzweise ausgleicht. Eine sinnvolle Entlastung der Krankenhäuser ergibt sich nur dann, wenn die Prüfquoten, idealerweise aber auch die Schwellenwerte, wieder auf das Niveau vor dem BStabG korrigiert und damit abgesenkt werden. Allein die Rückführung der Prüfquote für Krankenhäuser mit einer Abrechnungsgüte von 65 bis unter 80 Prozent von 20 auf 5 Prozent würde nach einer verfügbaren Q1-2026-Simulation rund 64.500 weniger mögliche MD-Prüfungen je Quartal bewirken. Legt man ausschließlich die vom Gesetzgeber selbst angesetzten Zeit- und Lohnkosten zugrunde, ergäbe sich bereits eine unmittelbare Bürokratieentlastung von rund 8,42 Millionen Euro je Quartal beziehungsweise 33,68 Millionen Euro pro Jahr: 8,82 Millionen Euro bei den Krankenhäusern, 18,89 Millionen Euro beim Medizinischen Dienst und 5,97 Millionen Euro bei den Krankenkassen. Die tatsächliche Entlastung dürfte erheblich höher liegen, weil der gesetzliche Ansatz komplexe ärztliche, medizincontrolling-bezogene und rechtliche Nachbearbeitung nicht realistisch abbildet.

Rechnungszuschlag ab 2027 für nicht-universitäre somatische und psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser; Rechnungszuschlag 2027 für Universitätskliniken und ab 2028 stattdessen Erhöhung des Zuschlags für spezielle Vorhaltung von Universitätskliniken (Änderungsantrag 4)

Der Änderungsantrag setzt die Protokollerklärung der Bundesregierung (Anlage 26 zum Plenarprotokoll zur 1067. Sitzung des Bundesrats, S. 401) zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz um. Der Rechnungszuschlag ist grundsätzlich ein positives Signal an die Krankenhäuser, reicht für eine dauerhaft auskömmliche Finanzierung der von den Krankenhäusern erbrachten Leistungen jedoch bei Weitem nicht aus.

Für die Verteilung der zugesagten Finanzmittel sind Zuschläge pro voll- und teilstationärem Fall vorgesehen. Der Fallbezug ist in Hinblick auf eine begründete Höhe der Zuschläge sowie die einfache Umsetzung in der Praxis sinnvoll. Die Höhe der Zuschläge ab dem Jahr 2027 wurde gemäß der Gesetzesbegründung auf der Grundlage der vom Statistischen Bundesamt für das Jahr 2024 ausgewiesenen Fallzahl von 18,3 Millionen berechnet. Bei der Fallzahlprognose für das Jahr 2027 ist zu beachten, dass der seitdem geringen Fallzahlsteigerung die Verlagerung von über eine 1 Millionen Hybrid-DRG-Fällen gegenübersteht, so dass die Beträge eher zu niedrig sind. Eine Absenkung wäre jedenfalls nicht zu rechtfertigen.

Zudem stellt die Zuschlagssystematik nicht sicher, dass die für das Jahr 2027 zugesagten Finanzmittel vollständig bereitgestellt werden. Daher sollte in Analogie zum aktuellen Rechnungszuschlag noch geregelt werden, dass der Differenzbetrag zwischen dem für das Jahr 2027 zugesagten Finanzierungsvolumen und den tatsächlich über die Rechnungszuschläge ausgezahlten Mitteln im Jahr

2029 aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds dem Transformationsfonds nach § 12b KHG zugeführt wird. Dazu sind entsprechende Anpassungen in § 221a Abs. 3 SGB V und § 12b Abs. 2a KHG erforderlich.

Die Gesetzesbegründung zu Artikel 9c stellt klar, dass der Rechnungszuschlag im Geltungsbereich der BPflV auch für voll- und teilstationäre Fälle im Rahmen von Modellvorhaben nach § 64 b SGB V zu erheben ist. Da in den Modellvorhaben ein beachtlicher Teil der stationären Versorgung durch stationsersetzende Behandlungskonzepte ersetzt wird, werden ausgerechnet diese Einrichtungen finanziell deutlicher schlechter gestellt. Um dies zu vermeiden, müssen für Modellvorhaben nach § 64 b SGB V neben den voll- und teilstationären Fällen auch die stationsersetzenden Behandlungsfälle als zuschlagsberechtigt geregelt werden.

Ausnahme für Aufwendungen zum Schutz der kritischen Infrastruktur im Bereich Sicherheit der Informationstechnik im Rahmen der Begrenzung der Verwaltungskosten der Krankenkassen (Änderungsantrag 6)

Mit dem Änderungsantrag nimmt der Gesetzgeber Aufwendungen der Krankenkassen zum Schutz kritischer Infrastrukturen ausdrücklich von der Begrenzung der Verwaltungskosten aus. Dieser Grundsatz muss auch für die Krankenhäuser, die bekanntlich ein zentraler Bestandteil der kritischen Infrastruktur sind, gelten. Die Krankenhäuser unterliegen erheblichen und stetig wachsenden Anforderungen an die IT- und Cybersicherheit, die insbesondere aufgrund gesetzlicher Anforderungen und einer sich verschärfenden Bedrohungslage entstehen und sich weitgehend dem Einfluss der Krankenhäuser entziehen. Bestehende Förderprogramme in diesen Bereichen sind aus Sicht der Krankenhäuser nicht ausreichend und entsprechende Kostensteigerungen können aufgrund der bestehenden Deckelung auch nicht in den Landesbasisfallwerten bzw. Psych-Budgets ausreichend berücksichtigt werden. Aufwendungen zum Schutz der kritischen Infrastruktur müssen deshalb auch im Krankenhausbereich ausdrücklich als Ausnahmetatbestand oberhalb des Veränderungswertes berücksichtigt werden. Sofern neue Vorgaben zum Schutz kritischer Infrastrukturen aus entsprechenden EU-Vorgaben resultieren, muss sich die Bundesregierung künftig verstärkt dafür einsetzen, dass die Finanzierung der Vorgaben bereits auf EU-Ebene mitgedacht wird.

Prüfungen des Medizinischen Dienstes bei sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (Änderungsantrag 10)

Es ist nachvollziehbar und grundsätzlich zu begrüßen, dass mit den vorliegenden Änderungsanträgen eine gesetzliche Grundlage für die Berechtigung des Medizinischen Dienstes (MD) geschaffen werden soll, die in der SÜV-Leistungskatalog-Vereinbarung festgelegten Qualitätsanforderungen zu prüfen. Vor diesem Hintergrund ist es ebenfalls sachgerecht, dass bei künftigen Änderungen der SÜV-Leistungskatalog-Vereinbarung, soweit diese das Prüfverfahren betreffen, das Benehmen mit dem MD herzustellen ist. Da der MD die Prüfungen durchführen soll, sollte er die Möglichkeit erhalten, Hinweise und Anmerkungen zu den verfahrensbezogenen Regelungen einzubringen. Positiv ist, dass der

Gesetzgeber für die Beteiligung ausdrücklich die Herstellung des Benehmens vorsieht. Damit wird deren Einbindung sichergestellt, ohne die Zuständigkeit und Entscheidungsverantwortung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene für den Inhalt und den Abschluss der Vereinbarung zu verändern.

Kritisch ist jedoch, dass der neue Absatz 9a in § 275a SGB V umfangreiche gesetzliche Vorgaben zur Prüfung der in der SÜV-Leistungskatalog-Vereinbarung festgelegten Qualitätsanforderungen schafft. Diese weichen teilweise von dem bereits durch die Selbstverwaltungspartner in der SÜV-Leistungskatalog-Vereinbarung vorgesehenen Prüfverfahren ab. So sieht beispielsweise § 275a Absatz 9a SGB V (neu) vor, dass eine Bescheinigung des MD bereits bei einer Meldung von Nichterfüllungen von Qualitätsanforderungen durch die SÜV unmittelbar entzogen werden kann oder dass die SÜV bereits bei erstmaligem Antrag zur Prüfung alle Qualitätsanforderungen erfüllen muss. Zu diesen zentralen Punkten wurden durch die Selbstverwaltungspartner bewusst andere Regelungen vereinbart. § 115g Absatz 3 SGB V beauftragt die Selbstverwaltungspartner ausdrücklich, neben den Qualitätsanforderungen auch das Prüfverfahren in der SÜV-Leistungskatalog-Vereinbarung festzulegen. Zusätzliche gesetzliche Detailregelungen, die dem vereinbarten Verfahren widersprechen, dieses verschärfen oder seine Weiterentwicklung erschweren, sollten daher unbedingt vermieden werden. Ausreichend ist ein klarstellender Verweis, dass die Ausgestaltung des Prüfverfahrens den Vereinbarungspartnern der SÜV-Leistungskatalog-Vereinbarung obliegt.

Zudem ist zwingend der Verweis am Ende von § 275a Absatz 9a (neu) so anzupassen, dass in der SÜV-Leistungskatalog-Vereinbarung Abweichungen von Absatz 9a vorgesehen werden können. Im Änderungsantrag wird auf Absatz 1 Satz 3 bis 8 verwiesen, es müsste aber auf **Absatz 9a** Satz 3 bis 8 verwiesen werden. Ansonsten würden die bestehenden Regelungen zum Prüfverfahren in der SÜV-Leistungskatalog-Vereinbarung ausgehebelt werden.

Um den bürokratischen Aufwand gerade bei diesen kleinen Einrichtungen gering zu halten, sollte ergänzend in § 275c Absatz 6 SGB V klargestellt werden, dass eine Einzelfallprüfung bei einer SÜV unzulässig ist, soweit sie Merkmale betrifft, die bereits im Rahmen der Prüfung nach § 115g SGB V geprüft worden sind.

Schließlich sollte die Erbringung von AOP- und Hybrid-DRG-Leistungen durch SÜV von ihrem konkreten stationären Versorgungsauftrag entkoppelt werden. Nur so können SÜV ihrer wichtigen Funktion im Rahmen der Krankenhausreform gerecht werden; hierzu wird auf die Ausführungen zum weiteren gesetzlichen Handlungsbedarf verwiesen.

Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf

1. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen: Abkopplung der Hybrid-DRG-Leistungen und AOP-Leistungen vom kongruenten stationären Versorgungsauftrag

Mit dem Krankenhausverbesserungsversorgungsgesetz (KHVVG) vom 05.12.2024 (BGBl. 2024 I Nr. 400) wurde eine grundlegende Reform der Krankenhausversorgung auf den Weg gebracht. Hierzu zählt auch die Einführung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen (SÜV) nach § 115g SGB V. SÜV sollen eine wohnortnahe medizinische Grundversorgung insbesondere in ländlichen Gebieten sicherstellen. Ihre besondere Funktion besteht darin, als Bindeglied zwischen den Sektoren zu einer besseren Verzahnung derselben beizutragen mit dem Ziel einer stärkeren Ambulantisierung und besseren sektorenübergreifenden Versorgung. Bei der hierfür notwendigen Transformation der Versorgungsstrukturen kommt den SÜV damit eine entscheidende Schlüsselrolle zu. Diese wichtige Funktion können SÜV aber nur erfüllen, wenn sie vollumfänglich in die Lage versetzt werden, Leistungen gemäß § 115b SGB V (ambulantes Operieren) und § 115f SGB V (Hybrid-Leistungserbringung) durchzuführen.

Aus diesem Grund muss in § 115g Absatz 1 Nummer 2 SGB V ergänzt werden, dass SÜV zur Durchführung von ambulanten Operationsleistungen gemäß § 115b SGB V unabhängig davon berechtigt sind, in welchen Leistungsbereichen sie stationäre Krankenhausbehandlung erbringen. Insofern sollte die durch den direkten Verweis auf § 115b SGB V in § 115g Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V entstehende Kopplung der Leistungserbringung von Krankenhäusern im Bereich der ambulanten Durchführung der im AOP-Katalog genannten Leistungen an die Zulassung zur stationären Versorgung (vgl. dazu BSG, Urteil vom 01.07.2014, B 1 KR 1/13 R) im entsprechenden Fachgebiet zum Zwecke der Unterstützung des Transformationsprozesses sowie zur Förderung der SÜV als sektorübergreifende Bindeglieder aufgehoben werden. Aufgrund ihres stark eingeschränkten stationären Leistungsspektrums könnten SÜV ohne eine Abkopplung der AOP-Leistungserbringung vom stationären Versorgungsauftrag nur ein äußerst geringes AOP-Leistungsangebot erbringen, was dem ursprünglichen Ziel einer stärken Ambulantisierung und sektorenübergreifenden Versorgung durch diese Einrichtungen entgegenstehen würde. Einer Aufrechterhaltung der Verknüpfung zum stationären Leistungsbereich steht auch die spezifisch adressierte gesetzgeberische Zielstellung entgegen, in den SÜV bisher vorgesehene stationäre Fachbereiche regelhaft abzubauen und die SÜV stärker am ambulanten Bereich zu orientieren (vgl. dazu BT-Drs. 20/11854 S. 150). Die Öffnung muss gleichzeitig dadurch abgesichert werden, dass im neuen § 115g Absatz 1 Satz 7 SGB V für die AOP-Leistungserbringung durch SÜV bezogen auf die Hauptleistung eine fachärztliche Leistungserbringung vorzusehen ist, deren Nachweis durch die Krankenhausarztnummer gemäß § 293 Ab-satz 7 Satz 3 Nummer 1 SGB V erfolgt. Durch die verpflichtende fachärztliche Leistungserbringung erfolgt die AOP-Leistungserbringung durch SÜV bezogen auf die jeweilige Hauptleistung anders als im stationären Sektor abweichend vom Facharztstandard, was als zusätzliche Anforderung für die Öffnung im Bereich der SÜV zu sehen ist. Andererseits bezieht sich die Pflicht zur fach-ärztlichen Leistungserbringung aber ausschließlich auf die Erbringung der Hauptleistung und nicht auf Leistungen, die darüber hinaus beispielsweise prä- oder postoperativ erforderlich sind.

Darüber hinaus sollte in § 115g Absatz 1 Nummer 6 SGB V klargestellt werden, dass SÜV Leistungen gemäß § 115f SGB V (Hybrid-Leistungserbringung) durchführen können. Auch hierbei ist zu ergänzen, dass SÜV zur Durchführung von Leistungen gemäß § 115f SGB V unabhängig davon zugelassen werden können, in welchen Leistungsbereichen sie stationäre Krankenhausbehandlung erbringen. Aufgrund ihres stark eingeschränkten stationären Leistungsspektrums könnten SÜV ohne eine Abkopplung der Hybrid-Leistungserbringung vom stationären Versorgungsauftrag ebenfalls nur ein äußerst geringes Hybrid-Leistungsangebot erbringen, was dem ursprünglichen Ziel einer stärken Ambulantisierung und sektorübergreifenden Versorgung durch diese Einrichtungen entgegenstehen würde. Diese Öffnung sollte ebenfalls in einem neuen § 115g Absatz 1 Satz 7 SGB V dadurch abgesichert werden, dass für die Hybrid-Leistungserbringung durch SÜV bezogen auf die Hauptleistung eine fachärztliche Leistungserbringung vorgesehen ist, deren Nachweis durch die Krankenhausarztnummer gemäß § 293 Absatz 7 Satz 3 Nummer 1 SGB V erfolgt. Durch die verpflichtende fachärztliche Leistungserbringung erfolgt die Hybrid-Leistungserbringung durch SÜV bezogen auf die jeweilige Hauptleistung anders als im stationären Sektor abweichend vom Facharztstandard, was als zusätzliche Anforderung für die Öffnung im Bereich der SÜV zu sehen ist. Andererseits bezieht sich die Pflicht zur fachärztlichen Leistungserbringung auch hier ausschließlich auf die Erbringung der Hauptleistung.

Änderungsvorschläge:

I. In 115g Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 wird das Komma am Ende durch ein Semikolon ersetzt und folgende Angabe eingefügt: ***„sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sind zur Durchführung von Leistungen gemäß § 115b SGB V unabhängig davon berechtigt, in welchen Leistungsbereichen sie stationäre Krankenhausbehandlung erbringen,“***

II. In § 115g Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 6 angefügt: ***„6. Leistungen nach § 115f; sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können zur Durchführung von Leistungen gemäß § 115f SGB V unabhängig davon zugelassen werden, in welchen Leistungsbereichen sie stationäre Krankenhausbehandlung erbringen.“***

III. Am Ende von § 115g Absatz 1 ist folgender Satz 7 einzufügen: ***„Bei der Erbringung von Leistungen nach Satz 2 Nummer 2 und 6 ist die Hauptleistung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt durchzuführen. Als Nachweis für die fachärztliche Leistungserbringung der Hauptleistung bei der Erbringung von Leistungen nach Satz 2 Nummer 2 und 6 ist die Arztnummer nach § 293 Absatz 7 Satz 3 Nummer 1 zu verwenden.“***

2. Krankenhausübergreifende Fallzusammenführung: Rückkehr zu einem ergebnisoffenen Prüfauftrag

Die mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz ab 2028 vorgesehene krankenhausübergreifende Fallzusammenführung stellt einen grundlegenden Eingriff in das Krankenhausvergütungssystem dar. Die erneute Aufnahme innerhalb von 30 Kalendertagen nach dem Aufnahmedatum eines vorangegangenen Aufenthalts und die Zuordnung zur gleichen Hauptdiagnosegruppe (MDC) belegen keinen hinreichenden medizinischen Zusammenhang. Durch die gemeinsame Gruppierung können

vielmehr rechnerische Gesamtfälle entstehen, die in dieser Form medizinisch nicht stattgefunden haben.

Die Neuregelung verändert nicht lediglich einzelne Abrechnungsbestimmungen, sondern die Falldefinition als Grundlage des Vergütungssystems. Betroffen sind insbesondere Kodierung und Gruppierung, DRG-Kalkulation, Abrechnung und Rechnungsprüfung, Zu- und Abschläge sowie die Zuordnung zu Leistungsgruppen und Vorhaltevolumina. Die bestehenden Bewertungsrelationen sind nicht für krankenhausübergreifende Gesamtfälle kalkuliert; ihre Anwendung gewährleistet daher keine sachgerechte Abbildung der Leistungen und Kosten der beteiligten Krankenhäuser.

Zugleich würde die Vergütung einer bereits erbrachten Leistung von späteren Behandlungen, Dokumentationen und Kodierungen anderer Krankenhäuser abhängig, auf die das betroffene Krankenhaus regelmäßig keinen Einfluss hat. Dies kann Fehlanreize gegen medizinisch sinnvolle Verlegungen setzen. Wesentliche Fragen des rechtssicheren Datenaustauschs, der Verantwortlichkeit für den Gesamtfall, der Rechnungsprüfung und der Erlösaufteilung sind ungeklärt. Ein nachhaltiger Einspareffekt lässt sich aus der rechnerischen Verringerung der Fallzahl nicht ableiten: Die Behandlungskosten bleiben bestehen und müssen in einer sachgerechten Neukalkulation berücksichtigt werden. Hinzu kommen erhebliche zusätzliche Verwaltungs-, IT- und Prüfaufwände.

Die DKG fordert daher, die gesetzliche Grundregel der krankenhausübergreifenden Fallzusammenführung zurückzunehmen und durch einen ergebnisoffenen Prüfauftrag zu ersetzen. Statt lediglich Ausnahmen von einer bereits vorgegebenen Zusammenführung zu vereinbaren, müssen die Vertragsparteien auf Bundesebene zunächst prüfen können, ob und in welchem Umfang eine Weiterentwicklung der bestehenden Fallzusammenführungsregeln wirtschaftlich geboten, medizinisch vertretbar sowie rechtlich und technisch umsetzbar ist. Ausgangspunkt muss die bisherige differenzierte Systematik der FPV bleiben.

Anlage – Übersicht der Änderungsvorschläge der DKG zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD „Folgeregelungen zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz“ (Ausschussdrucksache: 21(14)107)

ÄA Nr.	Bezug	Regelungstext/Inhalt	Anmerkung	Konkreter Änderungsvorschlag
1	Artikel 9a/§ 17b Absatz 2a Satz 8 – hier Begründung	Begrenzung Mehrausgaben Kurzzeitfallpauschalen	Die Begrenzung der Mehrausgaben hat sich hierbei insbesondere auf die Vergütungshöhe ausschließlich für das Jahr 2028, das Jahr der Einführung der Kurzzeitfallpauschalen, zu beschränken. Die Ausführungen in der Begründung zu diesem Änderungsantrag zu Artikel 9a spiegeln diese Vorgabe nicht wider, sind missverständlich und daher zu streichen.	Streichung des folgenden Satzes aus der Begründung zu Nummer 4 (Artikel 9a neu): Sofern den Vertragsparteien auf Bundesebene die erforderlichen Daten aus dem Jahr 2027 zur Anpassung der Ausgangsgrundlage für die Vergütung von Kurzzeitfallpauschalen für das Jahr 2028 noch nicht umfassend vorliegen, sind diese zu schätzen und bei Bedarf sind nach Vorliegen der erforderlichen Daten die Schätzungen in den Folgejahren zu korrigieren.
4	Artikel 9a neu Artikel 9b neu Artikel 9c neu	Rechnungszuschlag 2027	Umsetzung als fallbezogene Zuschläge für 2027 nachvollziehbar, Höhe der Zuschläge eher zu niedrig	Zuführung der ggf. nicht ausgeschöpften Mittel in den Transformationsfonds, Ergänzung der Zuschlagsfähigkeit von stationsersetzenden Behandlungsfällen in Modellvorhaben nach § 64 b SGB V
7	Änderungsantrag 7 Zu Artikel 1 Nummer 18a neu (§ 129 SGB V)	Wiedereinführung von Zytostatika-Ausschreibungen	Für die Behandlung mit Zytostatika sind Versorgungssicherheit, Prozessstabilität und Planbarkeit sicherzustellen, um die Qualität und Sicherheit der Versorgung von schwerkranken Patienten nicht zu gefährden. Gerade bei patientenindividuell benötigten Arzneimitteln, parenteralen Zubereitungen und Arzneimitteln für komplexe Therapien können zusätzliche Liefer- und Schnittstellenrisiken unmittelbar Auswirkungen auf die Versorgung haben.	Ersatzlose Ablehnung des Änderungsantrags *Zum 1. Oktober 2026 treten bereits neue Preise in der „Hilfstaxe“ (Vertrag über die Preisbildung für Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen) in Kraft. Herstellerrabatte werden damit von den Apotheken bereits an die Krankenkassen weitergegeben. Nach vorläufigen Berechnungen wird dies bereits zu Einsparungen im dreistelligen Millionen-Bereich führen, sodass es hier weitere Einsparregularien unverhältnismäßig erscheinen.*

ÄA Nr.	Bezug	Regelungstext/Inhalt	Anmerkung	Konkreter Änderungsvorschlag
			Daher darf bei einer Wirtschaftlichkeitsbetrachtung nicht allein der Beschaffungspreis betrachtet werden. Entscheidend ist vielmehr die Gesamtheit der Versorgungskosten und -risiken. Das vermeintlich günstigere Einkaufen kann durch zusätzliche Aufwände für Ausschreibungen, Lieferantenwechsel, Lagerhaltung, Logistik, Dokumentation und die Bearbeitung von Lieferproblemen relativiert werden und die Versorgungssicherheit gefährden. Krankenhäuser benötigen Arzneimittel häufig kurzfristig und in genau definierter Menge. Eine Konzentration der Versorgung auf wenige Anbieter wird hier die Abhängigkeit von einzelnen Lieferanten erhöhen. Wirtschaftlichkeit in sensiblen medizinischen Versorgungssituationen darf also nicht isoliert als niedrigster Einkaufspreis verstanden werden. Verlässlichen Lieferbeziehungen, vielfältigeren belastbaren Bezugsquellen und resilienten Versorgungsstrukturen kommt ein größeres Gewicht zu, anstatt vermeintliche Einsparungen ausschließlich über eine möglichst starke Konzentration der Beschaffung zu erzielen.	
10	Artikel 1 Buchstabe b Absatz 9a	Ausführungen zum Prüfverfahren der SÜV	Diese Regelungen widersprechen teilweise den Regelungen des Prüfverfahrens innerhalb der SÜV-Leistungskatalogvereinbarung. Sie sollten gestrichen werden und durch einen allgemeinen Verweis ersetzt werden, der besagt, dass das maßgebliche Prüfverfahren in der SÜV-Leistungskatalog-Vereinbarung geregelt ist.	Das Nähere zur Prüfung der Qualitätsanforderungen der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen nach Absatz 1 Nummer 6 regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft in der Vereinbarung nach § 115g Absatz 3 SGB V.

ÄA Nr.	Bezug	Regelungstext/Inhalt	Anmerkung	Konkreter Änderungsvorschlag
			Alternativ sollte der Bezug des letzten Satzes geändert werden, sodass klargestellt ist, dass die maßgeblichen Regelungen, die in der SÜV-Leistungskatalog-Vereinbarung sind.	Alternativ sollte der letzte Satz in Absatz 9a geändert werden: „Diese können auch Abweichungen von Absatz 9a Satz 3 bis 8 vorsehen.“

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

Wegelystraße 3
10623 Berlin

Tel. (030) 3 98 01-0
Fax (030) 3 98 01-3000
E-Mail dkgmail@dkgev.de

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT