

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

Stellungnahme

zum Referentenentwurf des

Bundesministeriums für Gesundheit für ein

Gesetz zur Modernisierung der Hilfsmittelversorgung und Maßnahmen zum Bürokratierückbau

(Hilfsmittelmodernisierungs- und Bürokratierückbaugesetz – HiB)

(Stand: 16.11.2026)

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung 1

1) Grundlegende Bewertung des Referentenentwurfs 4

1.1) Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen [Artikel 1 Nr. 28 a) – § 64b Abs. 2 SGB V] 4

1.2) Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung in der Physiotherapie im Direktzugang [Artikel 1 Nr. 29 – § 64f SGB V] 6

1.3) Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung [Artikel 1 Nr. 38 – § 73d SGB V i.V.m. § 112a Abs. 3 SGB V] 6

1.4) Kürzung der Finanzierung des Innovationsfonds [Artikel 1 Nr. 49 – § 92a SGB V] 7

1.5) Psychosomatische Institutsambulanzen – befristete Möglichkeit einer hausärztlichen Überweisung und Überprüfung der Vereinbarung [Artikel 1 Nr. 68 b) – § 118 Abs. 3 SGB V] 8

1.6) Sanktionsregelung für das nicht oder nicht vollständig fristgerechte Zustandekommen einer Vereinbarung nach § 120 Absatz 3 Satz 3 SGB V [Artikel 1 Nr. 72 c) – § 120 Abs. 5 SGB V] 10

1.7) Erweiterte Versorgungsverantwortung bei der Heilmittelversorgung („Blankoverordnung“) auch für Krankenhäuser [Artikel 1 Nr. 73 – § 124 Abs. 5 SGB V] 15

1.8) Einmalige Datenerhebungen und Datenübermittlungen in der Qualitätssicherung (Once-Only-Prinzip) und Einrichtung einer verfahrensübergreifenden zentralen Datenannahmestelle (One-Stop-Shop-Verfahren) [Artikel 1 Nr. 127 – § 299 Abs. 1b SGB V] 16

1.9) Übermittlung von Voraufenthalten [Artikel 1 Nr. 128 – § 301 SGB V] 18

1.10) Streichung der Datenübermittelung zu den Pflegepersonaluntergrenzen für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen [Artikel 3 Nr. 5 – § 17d Abs. 9 KHG] 20

1.11) Bundeskrankenhausschiedsstelle [Artikel 3 Nr. 7 – § 18b KHG; ferner § 9 Abs. 2 KHEntgG] 20

1.12) Wegfall der Nachweis- und Rückzahlungspflichten für Tarifmittel des Pflegepersonals [Artikel 5 Nr. 3 a) – § 9 KHEntgG] 22

2) Ergänzender Regelungsbedarf zum Bürokratieabbau 23

2.1) Personalvorgaben und Personalmeldepflichten 23

2.2) Abschaffung der für den Bundes-Klinik-Atlas eingeführten Personalmeldepflichten 25

2.3) Rücknahme der Erhöhung der Prüfquoten sowie der Schwellenwerte in § 275c Abs. 2 SGB V 26

2.4) Entbürokratisierung der MD-Prüfungen 28

2.5) Umfassende Straffung von Strukturvorgaben (Wechselwirkungen von Leistungsgruppen und GBA-Richtlinien/-Regelungen) ... 30

2.6) Kurzzeitfallpauschalen ... 31

2.7) Mindestvorgaben Notfallstufenregelung „bei Bedarf jederzeit (24/7)“ ... 32

2.8) Anpassung der Definition von Krankenhausstandorten ... 37

2.9) Beteiligung betroffener Krankenhäuser am Verfahren zu Ausnahmeregelungen von der Standortdefinition gemäß § 2a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 KHG ... 38

2.10) Deregulierung von Personalvorgaben in Psychiatrie und Psychosomatik ... 42

2.11) Abschaffung des Psych-Personalnachweises ... 44

2.12) Psych-Krankenhausvergleich (Leistungsbezogener Vergleich nach § 4 BPflV) ... 45

2.13) Eindämmung von Leiharbeit und AÜG-Bereichsausnahme ... 45

2.14) Abschaffung der Digitalisierungsabschlagsvereinbarung ... 48

2.15) Verordnung zur Krankenhauskapazitätssurveillance (KHKapSurV) ... 48

2.16) Meldepflichten nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) ... 50

2.17) Implantateregistergesetz (§ 24) ... 51

2.18) Implantateregistergesetz (§ 25) ... 51

2.19) Implantateregister-Betriebsverordnung (§ 22 IRegBV) ... 52

2.20) Energieaudit ... 53

2.21) Untersuchung auf Legionellen im Trinkwasser ... 54

3) Kurzfristiger weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf ... 55

3.1) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen: Abkopplung der Hybrid-DRG-Leistungen und AOP-Leistungen vom kongruenten stationären Versorgungsauftrag ... 55

3.2) Pflegebudget 2027 ... 57

3.3) Rechtssichere Überarbeitung der GBA-Strukturqualitätsrichtlinien ... 58

3.4) Verordnungsfähigkeit Hilfsmittel bei AOP-Leistungen ... 59

Anlage – Übersicht der Änderungsvorschläge zum Referentenentwurf ... 61

Zusammenfassung

Die Krankenhäuser begrüßen, dass das Bundesgesundheitsministerium mit dem Entwurf eines Hilfsmittelmodernisierungs- und Bürokratierückbaugesetzes den seit Langem angekündigten Bürokratieabbau aufgreift. Die vorgesehenen Einzelmaßnahmen greifen jedoch deutlich zu kurz. Die Krankenhäuser brauchen einen wesentlich größeren Wurf zur Deregulierung und zum Bürokratierückbau, der die über Jahre gewachsene Überregulierung grundsätzlich angeht. Ärztliches und pflegerischeres Personal verbringt derzeit pro Arbeitstag nahezu drei Stunden mit Dokumentation und Nachweispflichten, dabei würde nur eine Stunde weniger über 60.000 bereits in den Krankenhäusern vorhandene Vollkräfte für die Patientenversorgung gewinnen. Angesichts finanzieller Herausforderungen bei den Krankenkassen und hoher Defizite bei dem weit überwiegenden Anteil der Krankenhäuser ist Bürokratieabbau daher besonders dringlich. Das Gesetzgebungsverfahren muss deshalb für eine umfassende Entlastung genutzt werden. Punktuelle Korrekturen reichen angesichts der Belastungen im Krankenhausalltag nicht aus.

Notwendig ist ein grundsätzliches Umdenken in der Regulierung der Krankenhausversorgung. Kleinteilige Detailvorgaben und immer neue Kontrollpflichten müssen durch mehr Vertrauen in die fachliche Verantwortung und größere Gestaltungsspielräume der Krankenhäuser abgelöst werden. Entscheidend müssen messbare Behandlungsergebnisse und der Nutzen für Patientinnen und Patienten sein. Bestehende wie neue Vorgaben müssen sich daran messen lassen, ob sie die Versorgung tatsächlich verbessern und ihr Nutzen den Aufwand rechtfertigt. Entbehrliche Vorgaben müssen konsequent entfallen. Gleiche Sachverhalte dürfen nur einmal erhoben und nachgewiesen werden; vorhandene Daten sind stärker zu nutzen und unnötige Doppelprüfungen zu beenden. Die DKG hat hierzu wiederholt konkrete Vorschläge vorgelegt, zuletzt gebündelt in den Positionspapieren „Weniger Bürokratie – Mehr Ressourcen für Patientinnen und Patienten“ und „Deregulierung und Kostensenkung jetzt! 25 Forderungen der Krankenhäuser zur sofortigen Umsetzung“. Diese Vorschläge müssen im weiteren Gesetzgebungsverfahren umfassend aufgegriffen werden.

Der nun vorgelegte Referentenentwurf enthält vor diesem Hintergrund erste Ansätze, die zwar grundsätzlich in die richtige Richtung gehen, aber deutlich hinter den Erwartungen der Krankenhäuser zurückbleiben. Dazu zählen der Wegfall der Nachweispflichten für zusätzliche Tarifmittel des Pflegepersonals und die Streichung von Datenmeldungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen zu den Pflegepersonaluntergrenzen der somatischen Versorgung. Auch die einmalige Datenübermittlung in der Qualitätssicherung kann entlasten. Sie muss dort ansetzen, wo Krankenhäuser bislang identische Angaben mehrfach melden. Bewährte Datenannahmestellen auf Landesebene müssen dort erhalten bleiben, wo bereits nur eine Meldung erfolgt. Ihre bloße Zentralisierung spart keine Bürokratie und gefährdet die Unterstützung der Krankenhäuser bei der Datenübermittlung. Ebenso kann die Mitteilung von Voraufenthalten durch Krankenkassen die Abrechnung bei Verlegungen erleichtern.

Gleichzeitig müssen neue Belastungen vermieden werden. Beispielsweise die erneute Kürzung des Innovationsfonds zugunsten eines neuen Zukunftsfonds mit eigenen Verwaltungsstrukturen lehnen die Krankenhäuser ab. Über die Förderung sektorenübergreifender digitaler Versorgung darf zudem nicht ohne ihre Beteiligung entschieden werden. Ebenso ist die geplante Vergütungskürzung eines Prozents bei nicht fristgerecht vereinbarter digitaler Abrechnung entschieden abzulehnen, da sie auch Einrichtungen ohne eigenes Verschulden trifft.

Ergänzend zur fachlichen Bewertung des Referentenentwurfs (*Kapitel 1*) werden im Rahmen der Stellungnahme in *Kapitel 2* „Ergänzender Regelungsbedarf zum Bürokratieabbau“ weitere zielführende Vorschläge zur Deregulierung gebündelt, die der Entwurf bislang nicht aufgreift. Der Gesetzgeber muss beispielsweise parallele Personalnachweise reduzieren, den Psych-Personalnachweis und den Psych-Krankenhausvergleich abschaffen, die gesetzlich vorgesehene krankenhausübergreifende Fallzusammenführung zurücknehmen und zur ursprünglichen Regelung eines ergebnisoffenen Prüfauftrags an die Vertragsparteien auf Bundesebene zurückkehren sowie entbehrliche Personalmeldungen für den Bundes-Klinik-Atlas streichen. Strukturvorgaben der Leistungsgruppen und des Gemeinsamen Bundesausschusses müssen widerspruchsfrei ineinandergreifen. Personalvorgaben müssen den medizinischen Bedarf berücksichtigen und praxistaugliche Dienstmodelle einschließlich der Rufbereitschaft ermöglichen. Der Medizinische Dienst muss Doppelprüfungen vermeiden. Reine Dokumentationsmängel dürfen nicht dieselben Folgen auslösen wie tatsächliche Qualitätsdefizite. Qualität und Patientensicherheit bleiben verbindlich. Weiterhin müssen die erhöhten Prüfquoten und verschärften Schwellenwerte bei Abrechnungsprüfungen zurückgenommen, Leiharbeitskosten begrenzt und Kooperationen zur Aus- und Weiterbildung von bürokratischen Anforderungen der Arbeitnehmerüberlassung befreit werden. Zudem benötigen die Krankenhäuser rechtssichere Schiedsverfahren sowie eigene Beteiligungs- und Klagerechte bei Entscheidungen über Ausnahmen von der Standortdefinition.

Das *Kapitel 3* „Kurzfristiger weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf“ benennt dringliche Anpassungen insbesondere für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen und das Pflegebudget 2027. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen müssen AOP- und Hybrid-DRG-Leistungen unabhängig von einem entsprechenden stationären Versorgungsauftrag anbieten können. Diese Abkopplung stärkt die wohnortnahe ambulante Versorgung und erleichtert die Umwandlung kleiner Krankenhäuser. Beim Pflegebudget für das Jahr 2027 akzeptieren die Krankenhäuser die vorübergehende Deckelung als pragmatischen Zwischenschritt. Leistungsverlagerungen und Veränderungen des Versorgungsauftrags müssen jedoch Ausnahmen ermöglichen, damit zusätzlich benötigtes Pflegepersonal finanziert werden kann. Zudem muss die mit dem Krankenhausreformanpassungsgesetz eingeführte tätigkeitsbezogene Ausgrenzung von Pflegepersonalkosten bereits für 2027 entfallen. Die Deckelung begrenzt den Budgetanstieg

bereits. Streitigkeiten über einzelne Tätigkeitsanteile verursachen zusätzliche Verhandlungen und Schiedsstellenverfahren, ohne die Versorgung zu verbessern.

Die konkreten gesetzlichen Änderungsvorschläge zu den im Entwurf enthaltenen Regelungen sind in der tabellarischen *Anlage* nochmals zusammengeführt. Für den ergänzenden und kurzfristigen gesetzlichen Handlungsbedarf stehen die Änderungsvorschläge unmittelbar im Fließtext des jeweiligen Kapitels zur Verfügung.

1) Grundlegende Bewertung des Referentenentwurfs

1.1) Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen [Artikel 1 Nr. 28 a) – § 64b Abs. 2 SGB V]

Es ist begrüßenswert, den Erfolg der Modellvorhaben nach § 64b SGB V zur Versorgung psychisch kranker Menschen, der in der Evaluation „Eva64“ (Bundesweit einheitliche Wissenschaftliche Evaluation von Modellvorhaben nach § 64b SGB V) gezeigt werden konnte, zum Anlass für eine Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen zu nehmen. Die Evaluation hat gezeigt, dass die Modellversorgung bei Erwachsenen die Zahl vollstationärer Behandlungstage reduzieren und die Behandlung zugunsten nicht-vollstationärer Angebote flexibilisieren kann. Mit der Streichung des § 64b Absatz 2 SGB V würde die bisher auf maximal 15 Jahre befristete Laufzeit von Modellvorhaben unbefristet weiterlaufen. Eine Entfristung von Modellvorhaben erscheint jedoch nicht zweckmäßig, da dadurch der Zweck von Modellvorhaben verwässert werden kann. Modellvorhaben sind Erprobung mit Evaluationspflicht und verfolgen das Ziel, neue Versorgungsformen unter klaren Bedingungen zu erproben, auszuwerten und daraus Konsequenzen für die Regelversorgung und Regelfinanzierung zu ziehen. Die Befristung erzwingt die Frage, ob das Modell in die Regelversorgung überführt, angepasst oder beendet wird. Ohne Frist entfällt dieser Entscheidungsdruck, und aus einem Experiment wird ein dauerhafter Sonderweg. Statt Modellvorhaben automatisch dauerhaft werden zu lassen, sollten die nachweislich wirksamen und übertragbaren Teile in die Regelversorgung und Regelfinanzierung übernommen werden.

Kritisch zu werten ist auch der Fortbestand der verpflichtenden Begleitevaluation nach § 65 SGB V trotz Entfristung der Modellvorhaben. Gerade dies könnte die Möglichkeit, bestehende Modellvorhaben fortzuführen oder neue Modelle und die damit verbundenen Regional- bzw. Globalbudgets zu vereinbaren, erschweren, wenn nicht gar verhindern. Die Krankenkassen bewerten die sektorenübergreifende Versorgung in den Modellvorhaben als überwiegend positiv. Da sie gemäß § 65 SGB V jedoch zur Evaluation der Modellvorhaben verpflichtet sind, lehnen zunehmend mehr Krankenkassen bestehende Modellvorhaben sowie die Vereinbarung neuer Modelle aus einer Kosten-Nutzen-Abwägung ab. Zudem stehe auch der Verwaltungsaufwand für Evaluation kaum im Verhältnis zum zusätzlichen Erkenntnisgewinn.

Die DKG schlägt deshalb eine Überführung der Modellvorhaben in die Regelversorgung und -finanzierung gemäß der Bundespflegesatzverordnung vor. Dabei soll das Optionsmodell auch die psychosomatische Versorgung in psychiatrischen Einrichtungen umfassen und entsprechend auch für psychosomatische Einrichtungen offen sein. Sofern eine Einrichtung das Optionsrecht im Rahmen der Regelfinanzierung wahrnimmt, sind alle Krankenkassen beteiligt, sodass eine entscheidende Hemmschwelle für die Umsetzung der Modellvorhaben beseitigt ist. Zur Überführung sind neben den vorgeschlagenen Anpassungen in § 64b Absatz 2 SGB V und § 65 SGB V weitere Änderungen in der Bundespflegesatzverordnung notwendig.

Mit dem Optionsmodell wird innerhalb der Regelfinanzierung eine Alternative eröffnet, mit der die spezifischen Ziele und Anforderungen einer sektorenübergreifenden und zukunftsorientierten Versorgung berücksichtigt werden können.

Dafür braucht es jedoch geeignete Begleitumstände. Sollten diese zeitnah nicht realisiert werden können, unterstützt die DKG als Kompromisslösung auch die Entfristung der Modellvorhaben, wie mit der Streichung des § 64b Absatz 2 SGB V vorgeschlagen. Um die Fortführung bestehender Modelle und die Vereinbarung neuer Modellvorhaben nicht zu gefährden, sollte jedoch in jedem Fall die verpflichtende Begleitevaluation gemäß § 65 SGB V für Modellvorhaben nach § 64b SGB V ab dem 01.01.2026 angepasst werden: Während bereits laufende Evaluationen noch regulär abgeschlossen werden können, sollte für die Weiterführung bestehender Modellvorhaben nach Abschluss der Erstevaluation sowie für neu vereinbarte Modellvorhaben nach § 64b SGB V keine Verpflichtung zur wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung mehr bestehen.

Änderungsvorschläge:

§ 64b Absatz 2 SGB V bleibt in seinen bisherigen Sätzen 1 und 2 unverändert.

Nach § 64b Absatz 2 Satz 2 SGB V werden die neuen Sätze 3 bis 5 angefügt:

„Nach Abschluss eines Modellvorhabens nach Absatz 1 können die Krankenkassen und die weiteren Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren, dass das im Modellvorhaben erprobte sektorenübergreifende Versorgungsangebot ganz oder teilweise als Regelversorgung fortgeführt wird. Die Fortführung erfolgt außerhalb des Modellvorhabens und wird nach Maßgabe der Bundespflegesatzverordnung finanziert. Die Einzelheiten der Überführung, insbesondere zu Leistungsumfang, Finanzierung, Qualitätssicherung und Datenerhebung, sind in der Vereinbarung festzulegen.“

In § 65 SGB V werden folgende Sätze 3 und 4 angefügt:

„Für Modellvorhaben nach § 64b Absatz 1 gilt Satz 1 nicht bei einer Verlängerung oder unbefristeten Fortführung nach Vorlage eines ersten Auswertungsberichts sowie bei neu vereinbarten Modellvorhaben. Bereits vor dem 01.01.2026 begonnene wissenschaftliche Begleitungen und Auswertungen von Modellvorhaben nach § 64b Absatz 1 werden nach Maßgabe der bestehenden Vereinbarungen abgeschlossen.“

1.2) Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung in der Physiotherapie im Direktzugang [Artikel 1 Nr. 29 – § 64f SGB V]

Krankenkassen und ihre Verbände können Modellvorhaben vereinbaren, die eine Leistungserbringung in der Physiotherapie ohne vorherige ärztliche Diagnose ermöglichen. Voraussetzung ist u. a. eine Berufserfahrung von fünf Jahren und eine Verweisung zur ärztlichen Abklärung bei medizinischen Kontraindikationen.

Die Möglichkeit von Modellvorhaben zur eigenverantwortlichen Ausübung von Heilkunde im Bereich der Physiotherapie ist ausdrücklich zu begrüßen. Kritisch zu sehen ist, dass die Entscheidung, ob und wie solche Modellvorhaben durchgeführt werden, ausschließlich den Krankenkassen und ihren Verbänden überlassen wird. Im Bereich der Heilkundeausübung durch die Pflege (§ 64d SGB V) hat erst ein verbindlicher Schiedsmechanismus überhaupt dazu geführt, dass es nennenswerte Bemühungen gab. Zudem sollte unmissverständlich geregelt sein, dass Vertragspartner auch Verbände von Leistungserbringern sein können, wobei die Krankenhausgesellschaften als solche zu werten sind.

Änderungsvorschläge:

§ 64f Absatz 1 Satz 1 SGB V wird wie folgt ergänzt:

„*Die Krankenkassen und ihre Verbände* ***und die Leistungserbringer und ihre Verbände*** *können Vereinbarungen nach § 64 Abs. 1 über Leistungen der Physiotherapie schließen*.“

Zudem bedarf es der **Ergänzung einer Frist und eines Schiedsmechanismus** vergleichbar zu § 64d SGB V.

1.3) Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung [Artikel 1 Nr. 38 – § 73d SGB V i.V.m. § 112a Abs. 3 SGB V]

Um eine eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung zu fördern, sind gemäß § 112a SGB V die Vertragsparteien auf Bundesebene im Sinne des § 9 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes (Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung) verpflichtet, in einem Vertrag die Möglichkeiten der eigenverantwortlichen Erbringung von Leistungen der ärztlichen Behandlung durch Pflegefachpersonen im Krankenhaus zu definieren. Die Regelung zur Festlegung dieser Leistungen im Krankenhausbereich knüpft in ihrer Struktur an die Regelung des § 73d an, in welchem eine vergleichbare Vertragsgrundlage für den ambulanten Bereich vorgesehen ist. Mit dem vorliegenden Referentenentwurf ist nunmehr vorgesehen, dass mit der Neufassung des Absatzes 3 von § 73d SGB V – hier Satz 3 – zukünftig vertragslose Zustände verhindert werden, um Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Eine entsprechende Regelung für die

Krankenhäuser fehlt jedoch. Um auch hier vertragslose Zeiten zu verhindern, ist eine entsprechende Regelung in § 112a Absatz 3 aufzunehmen.

Änderungsvorschlag:

§ 112a Absatz 3 SGB V wird um folgenden Satz 2 ergänzt:

„Endet ein Vertrag und besteht Anspruch auf Abschluss eines neuen Vertrags, so gilt der bisherige Vertrag bis zum Abschluss eines neuen Vertrages oder bis zur Entscheidung der Schiedsstelle gemäß Satz 1 vorläufig weiter.“

1.4) Kürzung der Finanzierung des Innovationsfonds [Artikel 1 Nr. 49 – § 92a SGB V]

Das jährliche Fördervolumen des Innovationsfonds soll ab dem Jahr 2027 dauerhaft auf 75 Millionen Euro abgesenkt werden.

Seit der Einführung des Innovationsfonds wurde das jährlich verfügbare Fördervolumen von ursprünglichen 300 Mio. Euro mehrfach reduziert; zuletzt dauerhaft um 50 % auf 100 Mio. Euro jährlich im Juni dieses Jahres durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz nach einer einmaligen Halbierung durch das Gesetz zur Entbürokratisierung in der Pflege im November 2025. Bereits die letzte Reduktion ging über die zuvor von der FinanzKommission Gesundheit vorgeschlagene Absenkung auf ein jährliches Fördervolumen von 150 Mio. Euro hinaus, ohne dass dies weiter begründet wurde. Dies überraschte, da die gesetzlich vorgesehene wissenschaftliche Auswertung der Förderung aus dem Innovationsfonds im Hinblick auf deren Effektivität zur Weiterentwicklung der Förderung derzeit noch läuft und der Bericht über das Ergebnis erst im Juni 2028 vorgelegt werden soll. Mit dem aktuellen Referentenentwurf soll nun völlig unerwartet die dritte Kürzung innerhalb eines Jahres erfolgen und das verbliebene Fördervolumen um ein weiteres Viertel auf 75 Mio. Euro reduziert werden. Somit stünde nur noch die Hälfte des von der FinanzKommission Gesundheit vorgeschlagenen Fördervolumens zur Verfügung. Eingesetzt werden sollen die gekürzten Mittel stattdessen für einen Zukunftsfonds für digitale Transformation und IT-Sicherheit in der Gesundheitsversorgung gemäß den neu geschaffenen §§ 394a und b SGB V. Dieser Fonds hat laut Begründung das Ziel, „die Entwicklung von digitalen Lösungen mit einem konkreten Mehrwert für ambulante und sektorübergreifende Versorgungsprozesse zu fördern, um damit ihren Transfer in den Versorgungsalltag zu beschleunigen.“ Über den Mitteleinsatz für die Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgungsprozesse soll ein sogenannter Digital Health Council aus Vertretern von Krankenkassen, BMG, niedergelassener Ärzte, Gematik und Industrie ohne Beteiligung der Krankenhäuser entscheiden. Gleichzeitig soll eine neue Stelle zur Verwaltung der Fördermittel eingerichtet werden, anstatt auf die bewährten, und in der Fördermitteladministration erfahrenen, Strukturen des Innovationsfonds zurückzugreifen. Mit dem Aufbau dieser doppelten Strukturen ist eher mit einer Zunahme an Bürokratie zu rechnen, anstatt Effizienzreserven zu nutzen und administrative Aufwände zu reduzieren. Die

Kürzung des jährlichen Fördervolumens des Innovationsfonds wird vor diesem Hintergrund abgelehnt und sollte ersatzlos gestrichen werden. Mindestens ist eine Vertretung der Krankenhäuser im Digital Health Council erforderlich.

1.5) Psychosomatische Institutsambulanzen – befristete Möglichkeit einer hausärztlichen Überweisung und Überprüfung der Vereinbarung [Artikel 1 Nr. 68 b) – § 118 Abs. 3 SGB V]

Die Krankenhäuser begrüßen ausdrücklich, dass das bislang restriktive Überweisungserfordernis für Institutsambulanzen nach § 118 Absatz 3 SGB V (psychosomatische Institutsambulanzen) gelockert und Hausärztinnen und Hausärzten künftig die Möglichkeit eröffnet werden soll, Patientinnen und Patienten unmittelbar dorthin zu überweisen. Hausärztinnen und Hausärzte spielen als erste Anlaufstelle bei der Erkennung und Versorgung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen eine wesentliche Rolle. Aufgrund ihrer häufig langjährigen und kontinuierlichen Begleitung verfügen Hausärztinnen und Hausärzte zudem über besondere Kenntnisse der individuellen Krankheits- und Versorgungssituation von Patientinnen und Patienten. Da sie vielfach bereits Aufgaben der psychosomatischen Grundversorgung übernehmen, sind sie in besonderer Weise befähigt, den Bedarf an einer weiterführenden Behandlung in einer psychosomatischen Institutsambulanz einzuschätzen und bei entsprechender Indikation den Zugang zu dieser Versorgung zu ermöglichen.

Zugleich sollte das Überweisungsgebot grundsätzlich auf seine Erforderlichkeit überprüft werden. Wie in der Begründung des Referentenentwurfs ausgeführt, kann das Überweisungserfordernis den Zugang zu psychosomatischen Institutsambulanzen erheblich erschweren. Der dadurch entstehende Engpass kann zu längeren Wartezeiten und Verzögerungen bei der Behandlung führen. Das Überweisungserfordernis sollte daher vollständig entfallen. Eine ungerechtfertigte Ausweitung der Inanspruchnahme psychosomatischer Institutsambulanzen ist durch den Wegfall der Regelung nicht zu erwarten. Nach § 5 Absatz 2 der Vereinbarung für Institutsambulanzen gemäß § 118 Absatz 3 SGB V (PsIA-Vereinbarung) haben die psychosomatischen Institutsambulanzen die Erforderlichkeit der Behandlung zu Beginn der Behandlung und anschließend mindestens halbjährlich zu überprüfen. Hilfsweise könnte die Überweisungsmöglichkeit durch Hausärztinnen und Hausärzte dauerhaft und nicht lediglich befristet vorgesehen werden, sofern weiterhin am Überweisungserfordernis festgehalten werden soll.

Die Evaluation dieser neuen Regelung bleibt auch bei einer dauerhaften Ausgestaltung weiter sinnvoll. Bei der Festlegung des Evaluationszeitraums ist jedoch zu berücksichtigen, dass Abrechnungsdaten zeitverzögert verfügbar sind. Der vom GKV-Spitzenverband vorzulegende Bericht dürfte daher allenfalls Daten aus vier bis fünf Quartalen abbilden. Hinzu kommt, dass es Zeit braucht, bis eine Neuregelung in der Versorgungspraxis bekannt ist und von den Beteiligten angenommen wird. Eine derart begrenzte Datengrundlage reicht voraussichtlich nicht aus, um tragfähige Schlussfolgerungen für den langfristigen Umgang mit der

Neuregelung zu treffen. Auch verzerrt ein so kurzfristiger Zeitraum Aussagen bezüglich einer möglichen Kostenentwicklung. Durch eine schnellere und bedarfsgerechtere Behandlung könnten Folgekosten, die ansonsten durch eine Chronifizierung der Erkrankung oder durch häufige Inanspruchnahmen von unterschiedlichen Fachärzten entstehen, reduziert werden. Zunächst kurzfristig entstehende Mehrkosten könnten durch mögliche langfristige Kostenersparnisse ausgeglichen werden. Um dies sachgerecht evaluieren zu können und auch die Auswirkungen auf die Versorgung angemessen untersuchen zu können, sollte die Frist für die Vorlage des Berichts um mindestens ein Jahr verlängert werden.

Änderungsvorschläge:

In § 118 Absatz 3 werden die Sätze 2 und 3 gestrichen.

Nach § 118 Absatz 3 Satz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung überprüfen die Festlegung der Gruppe der Patienten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung der ambulanten Behandlung durch eine Einrichtung nach Satz 1 bedürfen, und teilen dem Bundesministerium für Gesundheit das Ergebnis der Überprüfung bis zum … [einsetzen: letzter Tag des achten Monats nach Inkrafttreten] mit.“

Hilfsweise werden nach § 118 Absatz 3 Satz 3 die folgenden Sätze angefügt:

„Die Überweisung kann auch durch einen Hausarzt erfolgen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen evaluiert die Auswirkungen der Überweisungsmöglichkeit nach Satz 5 auf die Versorgung der Versicherten und die Ausgaben der Krankenkassen und berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des 29. Kalendermonats nach Inkrafttreten] über die Ergebnisse der Evaluation. Die Krankenkassen und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen stellen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Anforderung die hierfür erforderlichen Leistungsdaten in anonymisierter Form zur Verfügung. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung überprüfen die Festlegung der Gruppe der Patienten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung der ambulanten Behandlung durch eine Einrichtung nach Satz 1 bedürfen, und teilen dem Bundesministerium für Gesundheit das Ergebnis der Überprüfung bis zum … [einsetzen: letzter Tag des achten Monats nach Inkrafttreten] mit.“

1.6) Sanktionsregelung für das nicht oder nicht vollständig fristgerechte Zustandekommen einer Vereinbarung nach § 120 Absatz 3 Satz 3 SGB V [Artikel 1 Nr. 72 c) – § 120 Abs. 5 SGB V]

Ziel der Regelung ist die Ablösung der Papierform bei der Übermittlung von Beantragungs-, Genehmigungs- und Abrechnungsunterlagen zwischen den in § 120 Absatz 3 Satz 1 genannten Einrichtungen und den Krankenkassen durch eine ausschließlich digitale Übermittlung. Dazu muss spätestens ein Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes eine entsprechende Vereinbarung abgeschlossen werden. Gelingt dies nicht innerhalb der Frist, erfolgt eine pauschale Kürzung der Vergütung um 1 % für alle Leistungen, für die keine entsprechende digitale Abrechnungsvereinbarung existiert. Die Kürzung gilt so lange, bis die Vereinbarung geschlossen ist. Liegt das Scheitern der Verhandlungen nicht im Verschulden der Leistungserbringer und wäre eine Sanktion unbillig, kann das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Frist per Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates verlängern.

Die Einführung der in § 120 Absatz 5 (neu) SGB V vorgesehenen Sanktion wird abgelehnt. Die geplante Regelung ist verfassungsrechtlich erheblich angreifbar, weil unverhältnismäßig, und setzt ein fatales Signal im partnerschaftlichen Verhältnis der Vertragsparteien der Selbstverwaltung. Die Ablehnung begründet sich durch folgende Aspekte:

1. Verfassungsrechtliche Bedenken wegen einseitiger Sanktionierung zulasten der Leistungserbringer

Die vorgeschlagene Pauschalkürzung der Vergütung um 1 % betrifft ausschließlich die Leistungserbringerseite. Wird keine Vereinbarung geschlossen, verbleibt das finanzielle Risiko vollständig bei den Krankenhäusern und ihren Ambulanzen, während die Krankenkassen keinerlei finanzielle Nachteile erleiden. Die einseitige Risikozuweisung verschiebt die gesetzlich vorgegebene Verhandlungsordnung damit zulasten der Leistungserbringer. Sie ist insbesondere deshalb rechtfertigungsbedürftig, weil der Vertragsschluss die Mitwirkung beider Seiten voraussetzt, die finanziellen Folgen des fehlenden Konsenses aber ausschließlich die Krankenhäuser treffen.

Die vorgesehene Vergütungskürzung begegnet erheblichen verfassungsrechtlichen Bedenken. Diese ergeben sich insbesondere daraus, dass der Entwurf die Vergütung rechtmäßig erbrachter Behandlungsleistungen allein wegen des Ausbleibens einer kollektivvertraglichen Vereinbarung vermindert, ohne die Kürzung von einem eigenen, zurechenbaren und vermeidbaren Fehlverhalten des betroffenen Krankenhauses abhängig zu machen. Der gesetzgeberische Gestaltungsspielraum bei der Organisation und Digitalisierung der Leistungsabrechnung rechtfertigt es nicht ohne Weiteres, das Risiko einer von mehreren Vertragsparteien abhängigen Einigung ausschließlich den Krankenhäusern aufzuerlegen

Soweit die betroffenen Krankenhausträger und sonstigen Einrichtungsträger grundrechtsberechtigt sind, ist die Kürzung ihrer leistungsbezogenen Vergütung an Artikel 12 Absatz 1 GG zu messen. Die Regelung betrifft nicht lediglich eine technische Einzelheit des Abrechnungsverfahrens. Sie verknüpft vielmehr den Vergütungsanspruch für medizinische Leistungen mit dem Zustandekommen einer übergeordneten Vereinbarung und wirkt damit unmittelbar auf die wirtschaftlichen Bedingungen der Leistungserbringung ein. Als Berufsausübungsregelung bedarf sie einer verhältnismäßigen Rechtfertigung. Für öffentlich-rechtlich organisierte Einrichtungen ist die Grundrechtsberechtigung gesondert zu beurteilen; die objektiv-rechtsstaatlichen Anforderungen an eine verhältnismäßige gesetzliche Belastung bleiben davon zu unterscheiden und gelten gegenüber allen Krankenhausträgern. Die Digitalisierung von Beantragungs-, Genehmigungs- und Abrechnungsverfahren ist ein legitimes gesetzgeberisches Ziel. Daraus folgt jedoch nicht, dass jedes zu seiner Durchsetzung eingesetzte Druckmittel zulässig ist. Erforderlich ist vielmehr eine nachvollziehbare Verbindung zwischen dem angestrebten Verhalten, den tatsächlichen Handlungsmöglichkeiten der Belasteten und der an das Ausbleiben dieses Verhaltens geknüpften finanziellen Folge.

2. Fehlanreiz für Verzögerungstaktiken der GKV-Seite

Da die Krankenkassen bzw. der GKV-Spitzenverband im Falle des Nichteinhaltens der Einjahresfrist keine Sanktionen zu befürchten haben, schafft der Gesetzgeber einen akuten Fehlanreiz. Der Abschluss eines Vertrages setzt die Mitwirkung der jeweils anderen Vertragsseite voraus. Die Bereitschaft zu ernsthaften Verhandlungen und die Unterbreitung sachgerechter Vorschläge gewährleisten deshalb noch keinen fristgerechten Vertragsschluss. Die Kostenträger können die Verhandlungen über die Ausgestaltung der digitalen Abrechnung bewusst verzögern oder unannehmbare Bedingungen fordern, da das Verstreichen der Frist automatisch zu einer finanziellen Entlastung der Krankenkassen führt. Eine solche Ausgestaltung lädt zu strategischem Missbrauch ein.

Die Regelung kann deshalb nicht nur die Abschlussbereitschaft der Leistungserbringerseite erhöhen, sondern zugleich die Verhandlungsposition der Krankenkassenseite verbessern. Damit besteht ein struktureller Zielkonflikt. Der Entwurf will einen beiderseitigen Vertragsschluss beschleunigen, ordnet die wirtschaftlichen Folgen des Scheiterns aber nur einer Seite zu. Die dadurch veränderte Verhandlungslage kann einen sachgerechten Ausgleich über technische Anforderungen, Umsetzungsfristen, Verantwortlichkeiten und Kosten erschweren. Dies begründet zumindest erhebliche Zweifel an der zielgerichteten Ausgestaltung des gewählten Mittels; ein tatsächlicher Missbrauch durch die Krankenkassenseite muss hierfür nicht nachgewiesen werden.

Zwar mögen von der Regelung aktuell nur die zahnmedizinischen Hochschulambulanzen betroffen sein. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass, wenn der Sanktionsmechanismus erst einmal gesetzlich verankert ist, er bei zukünftigen Kündigungen bestehender oder der

Verhandlung neuer Verträge fatale finanzielle Auswirkungen für alle betroffenen Leistungserbringer hat. Zwar bestehen für die übrigen Leistungsbereiche derzeit Vereinbarungen nach § 120 Absatz 3 Satz 3 SGB V. Sollten diese Vereinbarungen in Zukunft von einer der Vertragsparteien, etwa zur Anpassung an neue technische Standards, gekündigt werden, greift bei einer anschließenden Nichteinigung aber sofort der neue Sanktionsmechanismus des Absatzes 5. Mit dieser Regelung im Hintergrund kann der GKV-Spitzenverband bestehende Verträge für andere Krankenhausbereiche bewusst kündigen, um in den Neuverhandlungen Konditionen einseitig zu fordern. Die Krankenhäuser geraten unter maximalen Druck, da ihnen bei Verhandlungsrunden über die Frist hinaus sofort die 1-prozentige Pauschalkürzung für den gesamten gekündigten Bereich droht.

3. Fehlende Erforderlichkeit gegenüber einer verbindlichen Konfliktlösung

Der Entwurf sieht im Falle eines unverschuldeten Scheiterns als einzige Rechtsfolge vor, dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Frist per Rechtsverordnung verlängern kann, aber nicht muss. Dies greift viel zu kurz, denn eine Fristverlängerung kann den grundlegenden inhaltlichen Dissens zwischen den Vertragsparteien nicht lösen und verschiebt die drohende Sanktionszahlung nur zeitlich.

Insbesondere die automatische Belastung einzelner Einrichtungen wegen des Ausbleibens einer kollektivvertraglichen Einigung, deren Zustandekommen diese Einrichtungen weder selbst herbeiführen noch erzwingen können, stellt einen Eingriff in die grundrechtlich geschützte Position der Krankenhäuser nach Artikel 12 i.V.m Artikel 3 GG sowie einen Verstoß gegen den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz dar. Der vorliegende Referentenentwurf knüpft die Kürzung gerade an den fehlenden Abschluss der Vereinbarung und nicht an einen konkret festgestellten Verstoß der jeweils betroffenen Einrichtung.

Auf der Ebene der Erforderlichkeit des gewählten Mittels bestehen besonders gewichtige Bedenken. Als milderes und unmittelbar auf das Regelungsziel gerichtetes Mittel kommt ein fristgebundenes Verfahren zur verbindlichen Festsetzung der noch offenen Vereinbarungsinhalte in Betracht. Während eine Vergütungskürzung lediglich wirtschaftlichen Druck erzeugt, beseitigt ein solches Verfahren gerade das Hindernis, an das der Entwurf die Sanktion knüpft: das Fehlen einer verbindlichen Regelung. Dass eine solche Konfliktlösung dem Regelungssystem des § 120 SGB V entspricht, zeigt dessen geltender Absatz 4. Für andere Vereinbarungen sieht er die verbindliche Entscheidung einer Schiedsstelle vor; für die Vereinbarung nach Absatz 3 Satz 4 ist eine Festsetzung innerhalb von sechs Wochen vorgesehen. Insofern besteht ein im unmittelbaren Normumfeld etabliertes Instrument, auf das zugegriffen werden kann. Sinnvoller und auch systematisch passender wäre damit die Einschaltung einer institutionalisierten Schiedsstelle als Konfliktlösungsinstrument gewesen, die innerhalb weniger Wochen eine verbindliche Festsetzung trifft oder zumindest die Aussetzung der pauschalen Strafzahlung per Rechtsverordnung.

Hinzu kommt, dass der Referentenentwurf selbst die Vereinfachung und Beschleunigung des Schiedswesens als gesetzgeberisches Ziel verfolgt. Vor diesem Hintergrund bedarf es einer besonderen Rechtfertigung, weshalb gerade hier auf eine verbindliche Konfliktlösung verzichtet und stattdessen eine automatische Kürzung zulasten der Leistungserbringer vorgesehen wird. Als weniger belastende Regelung käme insbesondere die Kombination aus einer verbindlichen Verhandlungsfrist, anschließender kurzfristiger Schiedsentscheidung und gesetzlich gesicherter Übergangsabrechnung in Betracht.

4. Unangemessenheit durch pauschale Belastung ohne hinreichende Differenzierung

Auch im engeren Sinne bestehen erhebliche Verhältnismäßigkeitsbedenken. Für die Bewertung der Belastungsintensität ist nicht allein der Prozentsatz von 1 Prozent maßgeblich. Zu berücksichtigen sind zugleich die Bemessungsgrundlage, die Dauer der Kürzung und die fehlende Möglichkeit der einzelnen Einrichtung, deren Ende selbst herbeizuführen. Die finanzielle Belastung wächst mit dem Umfang der betroffenen Leistungen und der Dauer des vertragslosen Zustands, ohne dass damit notwendig ein entsprechend schwereres Fehlverhalten verbunden wäre. Dem steht lediglich das Ausbleiben einer Vereinbarung über das Übermittlungsverfahren gegenüber.

In der aktuellen wirtschaftlichen Situation der deutschen Krankenhauslandschaft operieren die meisten Kliniken und insbesondere die ohnehin chronisch unterfinanzierten Hochschulambulanzen mit extrem geringen Margen oder schreiben tiefrote Zahlen. Eine Kürzung des Umsatzes um pauschal 1 % entzieht den Einrichtungen direkt die notwendige Liquidität für die Patientenversorgung. Die Kürzung vermindert die zur Finanzierung der Versorgung verfügbaren Erlöse, ohne die Kosten der bereits erbrachten Leistungen entsprechend zu reduzieren. Ihre wirtschaftliche Bedeutung ist daher anhand der betroffenen Erlöse, der Kostenstruktur und der bestehenden Ergebnislage zu beurteilen; aus dem nominell geringen Prozentsatz lässt sich nicht auf eine lediglich geringfügige Belastung schließen.

Hinzu kommt, dass die Kürzung völlig unabhängig davon erfolgt, ob den Krankenkassen durch die verzögerte Vereinbarung überhaupt ein messbarer wirtschaftlicher Schaden entsteht. Da die Leistungen unstreitig erbracht und die Daten – wenn auch übergangsweise in Papierform – übermittelt werden, ist der bürokratische Mehraufwand der Kassen in keiner Weise deckungsgleich mit einem 1-prozentigen Honorarabzug. Der fehlende Nachweis eines wirtschaftlichen Schadens der Krankenkassen verhindert, die Kürzung ohne Weiteres als bloßen Ausgleich zusätzlicher Verwaltungskosten zu rechtfertigen. Soll die Regelung stattdessen als Druckmittel dienen, muss ihre Belastungswirkung gerade im Verhältnis zur Verantwortlichkeit und zur tatsächlichen Einflussmöglichkeit der Betroffenen angemessen sein. Eine unterschiedslose Kürzung auch gegenüber Einrichtungen ohne eigene Einigungsmacht verfehlt diesen Maßstab.

Zudem verstößt die Sanktionsregelung gegen das Äquivalenzprinzip, da eine Pauschalkürzung große und kleine Einrichtungen gleichermaßen bestraft. Bei einer zahnmedizinischen Hochschulambulanz mit hohem Durchlauf summieren sich 1 % schnell zu sechsstelligen Beträgen. Das Strafmaß ist damit vollkommen entkoppelt von der Schwere des vermeintlichen Vergehens und trifft zudem diejenigen Einrichtungen, die überhaupt keinen Einfluss auf die Verhandlungen zum Abschluss der Vereinbarung haben. Letztlich ist auch auf die Systemwidrigkeit dieser Sanktionsregelung im SGB V hinzuweisen. Dieses kennt an anderen Stellen (z. B. bei der verspäteten Einführung der Telematikinfrastruktur) differenziertere, gedeckelte oder zeitlich gestaffelte Sanktionen. Eine sofortige, unbefristete und ungedeckelte Pauschalkürzung ab Tag eins nach Fristablauf hat jedoch reinen Strafcharakter, der dem partnerschaftlichen Gedanken des Sozialrechts widerspricht.

5. Rechtsunsicherheit durch unklare Verschuldensprüfung und den unbestimmten Begriff der „Unbilligkeit“

Die Gesetzesbegründung versucht sich zwar in einer Relativierung des Gefahrenpotentials der Sanktion, indem sie ausführt, dass eine Sanktion bei fehlendem Verschulden der Leistungserbringer unbillig wäre. Dies ergibt sich aber nur aus der Begründung, nicht aus dem Gesetzestext selbst. Es bleibt völlig unklar, welche Instanz anhand welcher Kriterien prüfen soll, warum eine Vereinbarung gescheitert ist, ob das Scheitern durch eine Vertragspartei verschuldet wurde und falls ja, von welcher. Diese letztgenannte Feststellung wäre aber entscheidend für die Frage, ob eine Fristverlängerung überhaupt in Betracht kommt. In der Praxis dürfte es sehr schwer, wenn nicht gar unmöglich sein, einer Vertragspartei ein Verschulden beim Nichtabschluss einer Vereinbarung nachweisen zu können, extrem ersichtliche Fälle wie das bewusste Boykottieren der Verhandlungen einmal ausgenommen. Langwierige Nachweisprozesse werden die Folge sein.

Hinzu kommt, dass der Begriff der Unbilligkeit rechtlich unpräzise ist und das Prozessrisiko für die betroffenen Leistungserbringer massiv erhöht, da unklar ist, welche Hürden für das Vorliegen einer Unbilligkeit übersprungen werden müssen.

Zudem enthält die Regelung einen zentralen Konstruktionsfehler, der darin besteht, dass die Sanktion auf der Ebene einzelner Vergütungsansprüche eintritt, während der für ihre Vermeidung erforderliche Vertragsschluss auf einer anderen Handlungsebene liegt. Die Kürzung erfasst damit nach ihrer vorgesehenen Anknüpfung auch Einrichtungen, die ihre eigenen Mitwirkungs- und Abrechnungspflichten vollständig erfüllen, deren Interessenvertretungen konstruktiv verhandeln und die technisch zur digitalen Übermittlung bereit wären. Das bloße Fehlen der Vereinbarung erlaubt keinen verlässlichen Rückschluss auf eine Pflichtverletzung dieser Einrichtungen. Der Entwurf behandelt gleichwohl den ausstehenden Verhandlungserfolg wie einen ihnen zurechenbaren Regelungsverstoß. Zwar muss nicht jede verwaltungsrechtliche Vergütungsminderung ein Verschulden im strafrechtlichen Sinne voraussetzen. Je stärker eine Kürzung jedoch als Druckmittel zur

Verhaltenssteuerung ausgestaltet ist, desto gewichtiger wird die Frage, ob die belastete Person das verlangte Verhalten überhaupt bewirken und die Belastung durch eigenes rechtmäßiges Handeln vermeiden kann. Daran fehlt es hier jedenfalls insoweit, als das Ausbleiben der Vereinbarung auf Umständen außerhalb des Verantwortungs- und Einflussbereichs der betroffenen Einrichtung beruht.

Änderungsvorschlag

Der geplante § 120 Absatz 5 SGB V wird ersatzlos gestrichen.

1.7) Erweiterte Versorgungsverantwortung bei der Heilmittelversorgung („Blankoverordnung“) auch für Krankenhäuser [Artikel 1 Nr. 73 – § 124 Abs. 5 SGB V]

Die in § 124 Absatz 5 Satz 3 SGB V vorgesehene Neuregelung, dass für die an der Heilmittelversorgung teilnehmenden Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen auch die nach § 125a Absatz 1 SGB V abgeschlossenen Verträge zur Blankoverordnung entsprechend gelten, ist uneingeschränkt zu begrüßen.

Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen können gemäß § 124 Absatz 5 SGB V unter bestimmten Voraussetzungen an der Versorgung von GKV-Versicherten mit Heilmitteln teilnehmen. Dabei gelten die nach § 125 Absatz 1 SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer abgeschlossenen Heilmittelverträge für die Krankenhäuser und die anderen Einrichtungen entsprechend. Zusätzlich dazu können der GKV-Spitzenverband und die Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer gemäß § 125a SGB V Verträge über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung schließen. Die Besonderheit dieser Versorgungsform besteht darin, dass die Heilmittelerbringer dabei selbst über die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen können. Krankenhäuser und andere Einrichtungen sind bisher in den Verträgen nach § 125a SGB V explizit von der Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung ausgeschlossen. Dies führte dazu, dass Krankenhäuser Patientinnen und Patienten mit einer Verordnung zur Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung („Blankoverordnung“) beispielsweise im Heilmittelbereich der Physiotherapie abweisen mussten. Da die Versorgung mit Heilmitteln gerade im ländlichen Raum große Lücken aufweist, wurde das Versorgungsangebot durch den Wegfall der Behandlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser und anderer Einrichtungen noch weiter eingeschränkt. Die Ergänzung der entsprechenden Geltung der nach § 125a SGB V abgeschlossenen Verträge für Krankenhäuser und andere Einrichtungen war zwingend erforderlich, um diese Versorgungslücken zu schließen.

1.8) Einmalige Datenerhebungen und Datenübermittlungen in der Qualitätssicherung (Once-Only-Prinzip) und Einrichtung einer verfahrensübergreifenden zentralen Datenannahmestelle (One-Stop-Shop-Verfahren) [Artikel 1 Nr. 127 – § 299 Abs. 1b SGB V]

In § 299 SGB V „Datenverarbeitung für Zwecke der Qualitätssicherung“ wird Absatz 1b neu eingefügt. Hiermit sollen für die Qualitätssicherung vorrangig bereits von den Krankenhäusern nach § 299 Absatz 1a SGB V und nach § 21 Absatz 3a des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelte Daten („Routinedaten“ bzw. „Abrechnungsdaten“) verwendet werden. Daten der Leistungserbringer und der Krankenkassen sollen nur einmal für Zwecke der Qualitätssicherung nach § 135a Absatz 2, § 135b Absatz 2 oder § 137a Absatz 3 SGB V erhoben und übermittelt werden (*Once-Only-Prinzip*) und von allen Empfängern nach Absatz 1 Satz 2 und Absatz 1a Satz 2 für Zwecke der Qualitätssicherung verarbeitet werden können. Die Datenübermittlung soll nur noch an eine in den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen benannte verfahrensübergreifende zentrale Stelle (*One-Stop-Shop*) erfolgen.

Die DKG begrüßt grundsätzlich die mit den Änderungen verfolgte Zielsetzung einer aufwandsarmen Datenerhebung für Zwecke der Qualitätssicherung. Für die Strukturqualitätsrichtlinien des GBA werden derzeit Mehrfachmeldungen der Krankenhäuser erforderlich. Gegenwärtig müssen die Krankenhäuser die Erfüllung der Strukturqualitätsanforderungen an jeweils sechs Landesverbände der Krankenkassen bzw. die Ersatzkassen, das IQTIG als Datenannahmestelle des GBA, und – für die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) – Landesbehörden übermitteln. Hier könnte mit dem Once-Only-Prinzip erheblicher Aufwand für die Krankenhäuser eingespart werden, da dieselbe Meldung mehrfach und damit redundant erfolgt. Auch das One-Stop-Shop Prinzip, d. h. die Erfüllung der Vorgaben an eine zentrale Stelle, würde hier einen echten Mehrwert für den Bürokratieabbau im Krankenhaus bedeuten.

Auch die vorrangige Verwendung von bereits für andere Zwecke erhobenen Daten für die Qualitätssicherung wird begrüßt. Dies greift einen im GBA bereits angestoßenen Prozess auf, bereits vorhandene Datenquellen wie Sozialdaten bei den Krankenkassen oder Daten der Krebsregister für die Qualitätssicherung zu nutzen und auf eine separate Datenerhebung durch die Leistungserbringer nach Möglichkeit zu verzichten.

Zur Berechnung des jährlichen Erfüllungsaufwands für die zentrale Datenannahmestelle wird im Referentenentwurf auf die Datenannahmestelle der Landesarbeitsgemeinschaft Bayern verwiesen. Die Landesarbeitsgemeinschaften für Qualitätssicherung (LAG) sind gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des GBA etabliert. Für die DeQS-RL eignen sich die Änderungen jedoch nicht. Die dezentralen Datenannahmestellen auf der Landesebene nehmen keine identischen und damit redundanten Meldungen der Krankenhäuser entgegen, d. h. jedes Krankenhaus hat derzeit nur eine zuständige Datenannahmestelle, an die es Daten im Rahmen der DeQS-RL übermittelt. Eine zentrale Datenannahmestelle auf Bundesebene würde lediglich bedeuten,

dass der Datenfluss vom Leistungserbringer direkt zur Bundesebene umgeleitet wird. Dies hätte jedoch keinen Bürokratieabbau zur Folge, sondern ausschließlich negative Konsequenzen, da hiermit die Leistungserbringer von dem wichtigen Support bei der Datenübermittlung, der gegenwärtig durch ihre zuständige Datenannahmestelle geleistet wird, abgeschnitten werden. Diese Unterstützung ist der Garant für die sehr hohe Datenqualität und belastbare Auswertungsergebnisse. Eine verminderte Datenqualität hätte auch negative Folgen für aktuelle und zukünftige Datenportale (Qualitätsberichte der Krankenhäuser, Transparenzverzeichnis, Perinatalzentren.org etc.). Die mit dem Gesetz intendierte zentrale Datenverfügbarkeit ist bei der DeQS-RL ebenfalls bereits gegeben, da eine separate Datenhaltung und Datenauswertungen dezentral auf Landesebene nicht stattfinden. Alle Daten sind nur auf Bundesebene beim Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) als Bundesauswertungsstelle verfügbar und stehen auf Antrag auch Dritten zur wissenschaftlichen Nutzung zur Verfügung.

Ergänzend zu den mit dem § 299 Absatz 1b SGB V vorgesehenen Änderungen besteht das Erfordernis, dass die neuen Anpassungen zum Once-Only-Prinzip sowie zum One-Stop-Shop-Verfahren auch bei den folgenden Richtlinien zur Anwendung kommen müssen:

- Richtlinie nach § 135d Absatz 5 SGB V zur Weiterentwicklung des Transparenzverzeichnisses,
- Richtlinie nach § 136a Absatz 7 zur Sicherung der Qualität der Versorgung in Kreißsälen, die von einem Krankenhaus betrieben und von einer in dem Krankenhaus angestellten Hebamme geleitet werden und
- Richtlinie nach § 136a Absatz 8 zur Sicherung der Qualität der Versorgung in Krankenhäusern bei der Erkennung und Behandlung von Patienten mit Mangelernährung.

Dies ist über den bisherigen § 299 Absatz 1 Satz 1 SGB V noch nicht sichergestellt, weshalb dieser um entsprechende Verweise ergänzt werden muss.

Änderungsvorschläge:

§ 299 Absatz 1 Satz 1 SGB V wird wie folgt ergänzt:

„(1) Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, zugelassenen Krankenhäuser und übrigen Leistungserbringer gemäß § 135a Absatz 2 sowie die nach Satz 2 festgelegten Empfänger der Daten sind befugt und verpflichtet, personen- oder einrichtungsbezogene Daten der Versicherten und der Leistungserbringer für Zwecke der Qualitätssicherung nach § 135a Absatz 2, § 135b Absatz 2 oder § 137a Absatz 3 zu verarbeiten, soweit dies erforderlich und in Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 27b Absatz 2, § 135b Absatz 2, ***§ 135d Absatz 5,*** *§ 136 Absatz 1*

*Satz 1, **136a Absätze 7 und 8** und § 136b sowie in Vereinbarungen nach § 137d vorgesehen ist.“*

§ 299 Absatz 1b (neu) SGB V wird wie folgt ergänzt:

„In den Richtlinien, Beschlüssen sowie Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 1 ist bis zum 31.12.2029 sicherzustellen, dass Daten nach dem Stand der Technik aufwandsarm in semantisch und syntaktisch interoperabler Form bereitgestellt und verarbeitet werden und

1. die in Absatz 1 Satz 1 und Absatz 1a Satz 1 genannten Daten nur einmal für Zwecke der Qualitätssicherung nach § 135a Absatz 2, § 135b Absatz 2 oder § 137a Absatz 3 erhoben und übermittelt werden und von allen Empfängern nach Absatz 1 Satz 2 und Absatz 1a Satz 2 für Zwecke der Qualitätssicherung verarbeitet werden können und

2. die Datenübermittlung nach Nummer 1 vorrangig mit Daten nach Absatz 1a und mit nach § 21 Absatz 3a des Krankenhausentgeltgesetzes angeforderten und übermittelten Daten sowie ausschließlich an eine in den Richtlinien, Beschlüssen oder Vereinbarungen benannte verfahrensübergreifende zentrale Stelle erfolgt; dies kann auch die unabhängige Stelle nach Absatz 3 sein; Absatz 3 Satz 3 gilt entsprechend.

Abweichend von Satz 1 Nummer 2 ist vorzusehen, dass die Datenübermittlung in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über verpflichtende Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V weiterhin über die bestehenden dezentralen Datenannahmestellen erfolgt.“

1.9) Übermittlung von Voraufenthalten [Artikel 1 Nr. 128 – § 301 SGB V]

Die beabsichtigte Übermittlung von Voraufenthalten von Kassen an Krankenhäuser ist sinnvoll und begrüßenswert, sofern damit beabsichtigt wird, Verlegungen aus vorangegangenen Aufenthalten <24h vor vollstationärer Aufnahme sachgerecht zu erfassen.

Unabhängig hiervon ist die Datenübermittlung bei bestehenden Verlegungsfällen ausdrücklich von der mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz eingeführten und ab dem 1. Januar 2028 anzuwendenden krankenhausübergreifenden Fallzusammenführung nach § 8 Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 KHEntgG zu unterscheiden. Danach sollen Krankenhausaufenthalte auch dann zu einem Fall zusammengeführt und neu eingruppiert werden, wenn eine erneute Aufnahme innerhalb von 30 Kalendertagen nach dem Aufnahmedatum eines vorangegangenen Krankenhausaufenthalts erfolgt und die erbrachten Leistungen derselben Hauptdiagnosegruppe (MDC) zuzuordnen sind. Diese Verpflichtung soll auch bei Behandlungen in unterschiedlichen Krankenhäusern gelten.

Die DKG lehnt diese grundlegende Veränderung der bisherigen Vergütungssystematik entschieden ab. Eine krankenhausübergreifende Fallzusammenführung greift nicht lediglich in einzelne Abrechnungsbestimmungen ein, sondern verändert die Falldefinition als zentrale

Grundlage des gesamten DRG-Vergütungssystems. Betroffen wären insbesondere die Kodierung und Gruppierung, die Kalkulation der Bewertungsrelationen, die Abrechnung und Rechnungsprüfung, die Erlösaufteilung zwischen Krankenhäusern sowie die Zuordnung zu Leistungsgruppen und Vorhaltevolumina. Die bisherige Systematik der Krankenhausfinanzierung würde dadurch grundlegend verändert, ohne dass die damit verbundenen medizinischen, kalkulatorischen und abrechnungstechnischen Fragen hinreichend geklärt sind. Statt bestehende Abrechnungsverfahren zu vereinfachen, würden neue, hochkomplexe Abrechnungs- und Prüfprozesse geschaffen, deren Aufwand und Auswirkungen auf die Krankenhausfinanzierung bislang nicht ausreichend berücksichtigt sind.

Insbesondere reicht eine Mitteilung über Aufenthalte schon deshalb als Instrument nicht aus, weil eine Vergütungsminderung in Abhängigkeit der Leistungen Dritter unweigerlich zu einem begründeten Prüfbegehren von Leistungen zwischen Krankenhäusern führen wird.

Daher wären umfangreiche zusätzliche Datenübermittlungen, Abstimmungen und Abrechnungskorrekturen zwischen rechtlich selbstständigen Krankenhäusern und Krankenkassen erforderlich. Die hierfür notwendigen technischen, organisatorischen und rechtlichen Verfahren würden erhebliche zusätzliche Bürokratie verursachen. Die Einführung einer krankenhausübergreifenden Fallzusammenführung konterkariert damit in grundlegender Weise die mit dem vorliegenden Referentenentwurf verfolgten Ziele des Bürokratierückbaus.

Auch darf die vorgesehene Regelung nicht dazu führen, dass Krankenkassen aus der Anpassung eine tagesgleiche Übermittlung der rechnungsbegründenden Unterlagen, mit denen derzeit das Entlassdatum übermittelt wird, ableiten.

Änderungsvorschlag:

Die Krankenhäuser fordern daher, die gesetzlich vorgesehene krankenhausübergreifende Fallzusammenführung zurückzunehmen und zur ursprünglichen Regelung eines ergebnisoffenen Prüfauftrags an die Vertragsparteien auf Bundesebene zurückzukehren.

Die vorgesehene Regelung ist auf die sinnvolle Maßnahme einer verpflichtenden Mitteilung zu Verlegungen binnen 24h einzuschränken.

§ 301 Absatz 2b (neu) SGB V ist daher wie folgt zu ergänzen:

„Krankenkassen haben einem nach § 108 zugelassenen Krankenhaus nach einer Verlegung ***ihnen vorliegende*** *Angaben zur stationären Aufenthaltsdauer* ***und des Entlasszeitpunktes*** *des vorherigen Aufenthaltes eines Patienten oder einer Patientin unverzüglich zu übermitteln, sobald ihnen das Krankenhaus anzeigt, dass es den Patienten oder die Patientin zur Behandlung aufgenommen hat* ***und eine Entlassung aus einem anderen Krankenhaus binnen***

***24h vor der gemeldeten Aufnahme bekannt ist**. Die Übermittlung nach Satz 1 hat im Wege elektronischer Datenübertragung zu erfolgen."*

Die **Gesetzesbegründung** wäre entsprechend auf die 24h-Regelung einzugrenzen.

1.10) Streichung der Datenübermittelung zu den Pflegepersonaluntergrenzen für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen [Artikel 3 Nr. 5 – § 17d Abs. 9 KHG]

Auch die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen müssen bislang die zur Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen, die ausschließlich für die Somatik gelten, erforderlichen Angaben zum Pflegepersonal gemäß § 21 KHEntgG an das InEK übermitteln. Die Streichung dieser Vorschrift für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen ist nachvollziehbar und ausdrücklich zu begrüßen.

1.11) Bundeskrankenhausschiedsstelle [Artikel 3 Nr. 7 – § 18b KHG; ferner § 9 Abs. 2 KHEntgG]

Die bisher für die Bundesschiedsstelle geltenden Regelungen nach § 18a Absatz 6 KHG werden mit § 18b KHG in eine eigenständige Regelung überführt. Die Notwendigkeit dessen erschließt sich nicht ganz.

Die grundlegende Aufgabenstellung, die paritätische Besetzung mit Vertretern des GKV-Spitzenverbands und der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie die Beteiligung unparteiischer Mitglieder werden im Wesentlichen zwar fortgeführt. Auch zentrale Grundsätze der Amtsführung und Beschlussfassung werden künftig ausdrücklich gesetzlich geregelt.

Geändert hat sich jedoch die Normenarchitektur, denn bislang konnten die Vereinbarungspartner auf Bundesebene (GKV-Spitzenverband und DKG) das Verfahren vertraglich selbst bestimmen. Zwar können diese auch weiterhin zahlreiche Einzelheiten vereinbaren, darunter die Entschädigung und Erstattung von Auslagen, Verfahrensgebühren und Kostenverteilung sowie nähere Regelungen zu Mitgliedern, Geschäftsführung und Verfahren. Diese Kompetenz steht jedoch nunmehr unter dem Vorbehalt, dass das BMG die betreffenden Gegenstände nicht zuvor durch Rechtsverordnung regelt.

Eine wesentliche inhaltliche Änderung betrifft die Geschäftsordnung, welche sich die Bundeskrankenhausschiedsstelle künftig selbst geben soll, unter Beachtung der Vereinbarung der Vertragspartner. Für den erstmaligen Erlass ist im Entwurf allerdings kein eigenes Übergangsverfahren erkennbar, so dass für den Geschäftsordnungsbeschluss nach Inkrafttreten des Gesetzes keine hinreichenden Verfahrensregelungen gelten. Daher sollte das bislang geltende Verfahrensrecht so lange fortgelten, bis die Geschäftsordnung von der Schiedsstelle beschlossen wurde.

Auch fehlt der bisherige Auffangmechanismus, wonach die Vereinbarung zur Bundesschiedsstelle bei Beendigung grundsätzlich weitergalt, bis eine vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erlassene Rechtsverordnung in Kraft trat.

Im vorliegenden Entwurf ist keine vergleichbare Fortgeltungsregelung enthalten. Auch eine klare Frist, bis zu der das BMG eine Rechtsverordnung erlassen müsste, fehlt. Damit bliebe bei Inkrafttreten des Gesetzes offen, welche Regeln gelten, wenn eine Vereinbarung endet oder eine neue Geschäftsordnung noch nicht beschlossen wurde. Die bloße Ermächtigung des BMG zum Erlass einer Rechtsverordnung gewährleistet nicht, dass diese rechtzeitig ergeht.

Darüber hinaus besteht weiterer Regelungsbedarf im Bereich der **Festsetzung der Bundeskrankenhausschiedsstelle von Amts wegen.**

Nach § 9 Absatz 2 KHEntgG ist die aktuelle Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG – zukünftig Bundeskrankenhausschiedsstelle nach § 18b KHG (siehe oben) – zur Entscheidung berufen, wenn die Vertragsparteien auf Bundesebene sich nicht über die Vereinbarung des Fallpauschalen-Katalogs nach § 17b Absatz 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Bewertungsrelationen etc. oder den Katalog ergänzender Zusatzentgelte nach § 17b Absatz 1 Satz 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Vergütungshöhe einigen können. Für den Zeitraum vor dem 15.11. eines Jahres ermöglicht Satz 5 der Regelung den Vertragsparteien auf Bundesebene derzeit, bei der Schiedsstelle aktiv die Festsetzung zu beantragen. Für den Zeitraum ab dem 15.11. eines Jahres sieht der derzeit geltende Satz 6 eine Entscheidung der Schiedsstelle von Amts wegen „zum 15.11." vor.

Dies ist für die Schiedsstelle, aber auch die beteiligten Vertragsparteien, faktisch unmöglich. Denn die Schiedsstelle kann Beschlüsse nur im Rahmen einer mündlichen Verhandlung treffen, und schon durch die Vorbereitung derer, einschließlich der Ladung unter Einhaltung von Ladungsfristen und der Abgabe von Stellungnahmen durch die Vertragsparteien kann eine Entscheidung „zum 15.11." nicht erfolgen. Die Einhaltung dieses Zeitpunktes ist für die Schiedsstelle und sämtliche Beteiligten objektiv unmöglich.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hält es deshalb für dringend erforderlich, Satz 6 der Regelung so auszugestalten, wie es auch schon für andere Amtsverfahren der Schiedsstelle – unter anderem in derselben Regelung – vorgesehen ist. Danach wäre ein Zeitpunkt „X" zu bestimmen, ab dem die Schiedsstelle ihre Entscheidung innerhalb eines gesetzlich vorgegebenen maximalen Zeitraumes zu treffen hat. Dieser Zeitpunkt kann nicht der 15.11. sein, denn unter Zugrundelegung von mindestens vier Wochen, innerhalb derer die Entscheidung herbeizuführen ist, wäre es dann schon Mitte Dezember für die Festsetzung des Entgeltsystems und damit zu spät für die Umsetzung in der Praxis. Es ergeht daher der Vorschlag, den Zeitpunkt „X" auf den 31.10. eines Jahres festzulegen und der Schiedsstelle aufzugeben, innerhalb von vier Wochen ihre Entscheidung herbeizuführen.

§ 9 Absatz 2 Satz 6 müsste hierfür wie folgt neu gefasst werden:

„Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 Nummer 1 oder 2 bis zum 31. Oktober eines Jahres nicht oder teilweise nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle abweichend von den Sätzen 1 und 5 ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von vier Wochen.“

1.12) Wegfall der Nachweis- und Rückzahlungspflichten für Tarifmittel des Pflegepersonals [Artikel 5 Nr. 3 a) – § 9 KHEntgG]

Die Krankenhäuser begrüßen die vorgesehene Streichung der gesetzlichen Pflicht, die zweckentsprechende Verwendung zusätzlicher Mittel für Tariferhöhungen des Pflegepersonals nachzuweisen. Mit der Änderung des § 9 Absatz 1 Nr. 7 KHEntgG entfällt zugleich die Verpflichtung, ein Verfahren zur Rückzahlung nicht zweckentsprechend verwendeter Mittel zu vereinbaren.

Die bisherige Regelung führt bei Krankenhäusern und Kostenträgern zu einem erheblichen bürokratischen Aufwand. Der Nachweis beruhte auf der früheren Rechtslage, nach der für das Pflegepersonal eine gesonderte Regelung zur Tarifrefinanzierung galt. Diese Sonderregelung besteht nicht mehr. Seit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz werden Tariferhöhungen für alle Berufsgruppen nach einer einheitlichen Systematik refinanziert. Es ist daher folgerichtig, den Nachweis zu streichen. Eine Ausweitung auf das gesamte Personal wäre angesichts des damit verbundenen Aufwands nicht nachvollziehbar und widerspräche dem Ziel des Bürokratierückbaus. Bei einer solchen Ausweitung müssten zudem die Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen, deren Kosten über das Pflegebudget finanziert werden, vom Anwendungsbereich des Nachweises abgegrenzt werden. Eine solche Abgrenzung wäre aufwendig und würde der Finanzierungssystematik nicht gerecht.

Besonders belastet sind Krankenhäuser, die keinen maßgeblichen oder vergleichbaren Tarifvertrag anwenden. Sie müssen die zweckentsprechende Mittelverwendung nach der Vereinbarung gemäß § 9 Absatz 1 Nr. 7 KHEntgG unter anderem durch ein Wirtschaftsprüfertestat belegen. Der damit verbundene Aufwand kann im Einzelfall die Höhe der zusätzlichen Mittel übersteigen. Aufwand und Nutzen der Nachweispflicht stehen damit in keinem angemessenen Verhältnis.

Die Streichung der Nachweis- und Rückzahlungspflichten ist daher sachgerecht. Sie baut bürokratischen Mehraufwand ab und vermeidet aufwendige Abgrenzungs- und Prüfverfahren. Zugleich bleibt die Berücksichtigung von Tariferhöhungen bei der Vereinbarung der Erhöhungsrate nach § 10 Absatz 5 Satz 4 KHEntgG unberührt.

Die DKG hatte die Abschaffung der Nachweispflicht bereits im November 2025 in ihrem Positionspapier zum Abbau von Überbürokratisierung gefordert. Die nun vorgesehene gesetzliche Änderung greift diese Forderung auf und wird ausdrücklich begrüßt.

2) Ergänzender Regelungsbedarf zum Bürokratieabbau

2.1) Personalvorgaben und Personalmeldepflichten

In den vergangenen Jahren wurden immer neue, aufwendige und sich teilweise überschneidender Instrumente zur Personalbemessung eingeführt. Diese Vielfalt verursachte erheblichen bürokratischen Aufwand, führte zu doppelten Datenerhebungen und erschwerte eine bedarfsgerechte Personaleinsatzplanung. Die Krankenhäuser begrüßen es daher, dass bereits mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz auf die Einführung einer ärztlichen Personalbemessung nach § 137m SGB V, einer Personalbemessung für weitere Gesundheitsberufe nach § 137n SGB V, sowie einer Personalbemessung in Notaufnahmen nach § 137l SGB V verzichtet wurde und anstelle verbindlicher Messverfahren nun eine allgemeine Vorgabe gemäß § 137k greift, die Kliniken dazu verpflichtet, eine bedarfsgerechte Personalausstattung zur Sicherung der Behandlungsqualität bereitzustellen.

Dennoch besteht weiterer Handlungsbedarf. Im Bereich der Pflege wurde mit dem GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz die Pflegepersonalbedarfsbemessung abgeschafft. Mit den Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) und dem Pflegepersonalquotienten (PPQ) bestehen jedoch weiterhin zwei parallele Instrumente fort, die die Pflegepersonalausstattung zum Inhalt haben. Die Krankenhäuser bedauern, dass nicht diese Instrumente außer Kraft gesetzt worden sind und die Pflegepersonalbedarfsbemessung (PPR 2.0) als einziges Instrument der Pflegepersonalbemessung erhalten geblieben ist. Die PPR 2.0 ist stärker am tatsächlichen Pflegebedarf ausgerichtet und ermöglicht zugleich eine praxistauglichere Steuerung des Pflegepersonals.

Daher ist zumindest der Pflegepersonalquotient weiterhin abzuschaffen. Vor dem Hintergrund der gedeckelten Pflegekostenfinanzierung sind zudem die Pflegepersonaluntergrenzen in ihrer jetzigen Form grundsätzlich in Frage zu stellen. Die Dokumentations- und Meldepflichten zu den Pflegepersonaluntergrenzen sind zu vereinfachen: Künftig sollte eine Jahresmeldung genügen und auf die Quartalsmeldungen mangels zusätzlicher Aussagekraft und mangels fehlender Anwendung verzichtet werden. Es bedarf weiterhin der Reduzierung und Vereinheitlichung von Datenerhebungen und Meldewegen zur Pflege im Krankenhaus. Um dies zu erreichen, ist es unerlässlich, die in der Protokollerklärung der Bundesregierung zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz angekündigte Schaffung eines Minimaldatensatzes ab Mitte 2027 konsequent weiterzuverfolgen und tatsächlich umzusetzen. Mittelfristig sind weitere Entlastungen bei den PpUG-Nachweis- und Meldepflichten notwendig, um die vorgesehene Weiterentwicklung der Pflegekostenfinanzierung nicht zu konterkarieren. Krankenhäuser mit einer nachgewiesenen guten Pflegepersonalausstattung sind von den PpUGs zu befreien. Hierzu sind geeignete Indikatoren/ Kriterien auf Selbstverwaltungsebene bzw. durch das InEK zu entwickeln. Darüber hinaus ist ein Ganzhausansatz bei den PpUGs notwendig.

Des Weiteren sind bereits für das Jahr 2027 sämtliche Hybrid-DRGs aus der PpUG-Indikatoren-DRG-Liste zu streichen, zumal die Hybrid-DRGs ab dem 1. Januar 2028 ohnehin abgeschafft werden. Hybrid-DRG-Fälle sind außerdem im Hinblick auf den Pflegeaufwand nicht mit stationären Fällen vergleichbar. Es ist zudem klarzustellen, dass die Hybrid-DRG-Fälle bei der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen nicht zu berücksichtigen sind.

Änderungsvorschläge:

In §137i Absatz 4 SGB V sind die Sätze 6 und 7 zu streichen:

~~*„Die Krankenhäuser teilen zusätzlich den jeweiligen Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus einmal je Quartal die Anzahl der Schichten mit, in denen die in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung, in einer Vereinbarung nach Absatz 1 oder in einer Verordnung nach Absatz 3 Satz 1 festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen nicht eingehalten worden sind. Die Mitteilung muss spätestens bis zum Ablauf von zwei Wochen nach Beginn des folgenden Quartals, aufgeschlüsselt nach Monaten und nach der Art der Schicht, erfolgen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1, den jeweils zuständigen Landesbehörden, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie auf Anforderung dem Bundesministerium für Gesundheit einmal je Quartal eine Zusammenstellung der Angaben nach Satz 6.“*~~

Der neue Satz 6 (vormals Satz 8) ist zudem wie folgt zu fassen:

„Das InEK hat dem Bundesministerium für Gesundheit und den Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes bis zum 30. Juni 2027 ein Konzept und Kriterien vorzulegen, wie Krankenhausstandorte von den Nachweis- und Meldeverpflichtungen wirksam entlastet werden können.“

Die Anlage 1 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) wird wie folgt geändert:

Sämtliche Hybrid-DRGs sind aus dem für die Bestimmung pflegesensitiver Bereiche maßgeblichen Indikator-DRG-Katalog herauszunehmen. Es ist klarzustellen, dass Hybrid-DRG Fälle bei der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen nicht berücksichtigt werden.

Mit den Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) und dem Pflegepersonalquotienten (PPQ) bestehen weiterhin zwei parallele Instrumente, die die Pflegepersonalausstattung zum Inhalt haben. Der Pflegepersonalquotient sollte daher gestrichen werden. Der § 137j SGB V ist insofern gänzlich zu streichen.

2.2) Abschaffung der für den Bundes-Klinik-Atlas eingeführten Personalmeldepflichten

Für die Veröffentlichung im Bundes-Klinik-Atlas (BKA/ Transparenzverzeichnis) wurden zusätzliche Datenübermittlungspflichten für die Krankenhäuser zum ärztlichen Personal je Quartal eingeführt (§ 21 Absatz 7 KHEntgG), neben der schon bestehenden jahresbezogenen Datenübermittlung (§ 21 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe f KHEntgG). Ein Versäumen der Datenlieferung nach Absatz 7 wird mit Sanktionen geahndet.

Diese Daten werden durch die Krankenhäuser seit Inkrafttreten des Gesetzes erhoben und geliefert. Eine Veröffentlichung im BKA ist bisher nicht erfolgt und derzeit auch nicht absehbar. Gleichwohl bringt die Datenlieferung erheblichen bürokratischen Aufwand mit sich, der selbst zum potenziellen Informationsgewinn, der bei einer Veröffentlichung zu erwarten wäre, in keinem Verhältnis steht.

Die quartalsweise Datenlieferung folgt darüber hinaus einer abweichenden Systematik zur jahresbezogenen Datenlieferung mit den gleichen Inhalten nach § 21 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe f KHEntgG und schafft damit übermäßige Aufwände für die datenliefernden Krankenhäuser. Zur Herstellung von Transparenz über die ärztliche Ausstattung eines Krankenhausstandorts ist die jahresbezogene Datenlieferung, wie auch bei allen anderen zu veröffentlichenden Inhalten, völlig ausreichend. Auch der weitere gesetzlich vorgesehene Zweck der Datenerhebung nach § 21 Absatz 7 KHEntgG zur ärztlichen Personalbemessung wurde infolge der Streichung von § 137m SGB V durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vom Gesetzgeber aufgegeben.

Zu berücksichtigen ist ferner, dass die bestehende Regelung mit einer sanktionsbewehrten Durchsetzung der Datenlieferverpflichtung verbunden ist. Solange jedoch die eingeforderten Daten nicht in das Transparenzverzeichnis überführt werden können, ist die Aufrechterhaltung der Abschlagsregelungen nicht verhältnismäßig.

Die Regelung zur quartalsweisen Datenerhebung nach § 21 Absatz 7 KHEntgG ist daher ersatzlos zu streichen. Die vorgeschlagene Änderung ermöglicht eine sofortige Entlastung der Krankenhäuser von nicht zwingend notwendiger Bürokratie und Doppelstrukturen im Bereich der Krankenhausberichterstattung.

Änderungsvorschlag:

§ 21 Absatz 7 KHEntgG wird ersatzlos gestrichen.

2.3) Rücknahme der Erhöhung der Prüfquoten sowie der Schwellenwerte in § 275c Abs. 2 SGB V

Geändert wurden durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz sowohl die Schwellenwerte als auch die Höhe der Prüfquoten. Künftig gilt eine Prüfquote in Höhe von

- 5 % bei Anteil unbeanstandeter Schlussrechnungen ab 80 %,
- 20 % bei Anteil unbeanstandeter Schlussrechnungen zwischen 65 % und 80 % sowie
- 40 % bei Anteil unbeanstandeter Schlussrechnungen kleiner als 65 %.

Daneben wurde der Schwellenwert für die Beanstandungsquote als Voraussetzung für die Durchführung einer Vollprüfung bei vermuteter systematischer Falschabrechnung von bislang 20 % auf 50 % unbeanstandeter Schlussrechnungen erhöht. Ergänzend soll durch das Gesetz zur Reform der Notfallversorgung eine neue Prüfquotenklasse in Höhe von 1 % eingeführt werden für Krankenhäuser, die einen Anteil unbeanstandeter Schlussrechnungen von mindestens 90 % haben.

Die Erhöhung der Prüfquoten sowie der Schwellenwerte sind zurückzunehmen. Auch wenn die Systematik der krankenhausindividuellen Prüfquote unangetastet geblieben ist, sind die wesentlichen Parameter zum Nachteil der Krankenhäuser erhöht worden. Dass die geringste Prüfquote in Höhe von 5 % aufrechterhalten wird, stellt keinen Vorteil für die Krankenhäuser dar, da es wegen der Erhöhung des Schwellenwertes für die Krankenhäuser schwieriger wird, diese Quote zu erreichen. Auch die Einführung der neuen Prüfquotenklasse in Höhe von 1 % bringt den Krankenhäusern kaum Vorteile, da der Effekt der angeblichen Entlastung der Krankenhäuser sogar unter Verwendung der in der Begründung des diesbezüglichen Änderungsantrages zum Gesetz zur Reform der Notfallversorgung verwendeten Daten verschwindend gering ist, da die neue Prüfquotenklasse für den Krankenhausbereich jährliche Einsparungen lediglich in Höhe von 100.000 € erzielen soll. Demgegenüber steht jedoch eine erhebliche Erhöhung der Kosten durch die Anhebung der Prüfquoten sowie der Schwellenwerte durch das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz.

Durch diese Regelungen steigt die durchschnittliche Prüfquote der Einzelfallprüfung nach § 275c SGB V von gegenwärtig ca. 12 % auf künftig ca. 25 %, ohne dass dafür ein sachlich nahvollziehbarer Grund vorliegt. Bei ca. 17,7 Mio. stationären Krankenhausbehandlungsfällen bedeutet dies einen Anstieg der Prüffälle um 2,3 Mio. Fälle. Eine wirksame Entlastung von Bürokratie sieht anders aus. Dazu kommt, dass die vorgesehene maximale Prüfquote in Höhe von 40 % schon für sich gesehen eine massive Erhöhung der Prüfmöglichkeit der Krankenkassen darstellt, da sie damit die durchschnittliche Prüfquote, die in den Hochzeiten der ungeregelten Prüfungen zu verzeichnen war und bei ca. 17 % lag, um nahezu das Zweieinhalbfache übertrifft.

Hier stellt sich sogar die Frage, ob die Krankenkassen (sowie in Konsequenz die Medizinischen Dienste) ohne Ausbau ihrer Ressourcen, was nicht ohne erhebliche Kostenbelastung zu Lasten der Versichertengemeinschaft erfolgen kann und somit die seitens des Gesetzgebers erhofften zusätzlichen Erlöse wiederum schmälern wird, diese hohe Prüfquote überhaupt werden realisieren können. Intention dieser Regelungen ist einzig das Ziel, den Krankenkassen zu weiteren Einnahmen zu verhelfen, die Qualität der Abrechnung steht nicht im Fokus.

Zudem ist die Frage der Beanstandungsquote nicht der richtige Indikator, um eine Prüfquote festzulegen. Die Beanstandungsquote resultiert aus den Ergebnissen der Einzelfallprüfungen der Medizinischen Dienste nach § 275c SGB V. Diese haben zu weit mehr als 50 % 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 Medizinischen Dienstes, ob eine primäre oder eine sekundäre Fehlbelegung vorliegt, um eine ex-post-Entscheidung eines Arztes im Nachgang einer erfolgten Behandlung handelt, während der Krankenhausabrechnung die ex-ante-Entscheidung des behandelnden Krankenhausarztes zu Grunde liegt. Es stehen sich also jeweils ärztliche Einschätzungen gegenüber, die immer Interpretationsspielräume offenlassen und somit schnell zu Beanstandungen führen, was das Erreichen einer hohen Unbeanstandungsquote für Krankenhäuser nahezu unmöglich macht, obwohl es nicht falsch abrechnet oder die Abrechnung an sich zu beanstanden ist, sondern weil Uneinigkeit über medizinische Fragestellungen herrscht.

Somit ist festzustellen, dass sich eine sinnvolle Entlastung der Krankenhäuser nur dann ergibt, wenn die Prüfquoten, idealerweise aber auch die Schwellenwerte, wieder auf das Niveau vor dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz abgesenkt werden. Allein die Rückführung der Prüfquote für Krankenhäuser mit einer Abrechnungsgüte von 65 bis unter 80 % von 20 auf 5 % 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 Mio. Euro je Quartal beziehungsweise 33,68 Mio. Euro pro Jahr: 8,82 Mio. Euro bei den Krankenhäusern, 18,89 Mio. Euro beim Medizinischen Dienst und 5,97 Mio. 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.

Änderungsvorschläge:

§ 275c Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) Satz 4 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Die quartalsbezogene Prüfquote nach Satz 2 wird vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen für jedes Quartal auf der Grundlage der Prüfergebnisse des vorvergangenen Quartals ermittelt und beträgt

1. bis zu 5 Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung bei 60 Prozent oder mehr liegt,

2. bis zu 10 Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung zwischen 40 Prozent und unterhalb von 60 Prozent liegt,

3. bis zu 15 Prozent für ein Krankenhaus, wenn der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen an allen durch den Medizinischen Dienst geprüften Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung unterhalb von 40 Prozent liegt.“

b) In Satz 6 wird die Angabe „*50 Prozent*“ durch die Angabe „***20 Prozent***“ ersetzt.

2.4) Entbürokratisierung der MD-Prüfungen

Die Prüfungen des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 und Absatz 8 SGB V in Verbindung mit der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 SGB V (MD-QP-RL) sollten so ausgestaltet werden, dass Mehrfachprüfungen und wiederholte Nachweisführungen vermieden werden, bereits vorliegende Prüfergebnisse berücksichtigt werden und die Prüfpraxis transparent und richtliniengebunden ist. Die DKG schlägt hierzu folgende Maßnahmen vor:

1. Bereinigungszeitraum verlängern

Hat der Medizinische Dienst festgestellt, dass ein Krankenhausstandort die geprüften Anforderungen erfüllt, wird der Standort nach der MD-QP-RL derzeit 36 Monate lang nicht erneut in eine Stichprobe einbezogen. Dieser Zeitraum ist auf fünf Jahre zu verlängern und gesetzlich abzusichern.

2. Medizinischen Dienst an die GBA-Regelungen binden

Es ist gesetzlich klarzustellen, dass Maßstab der Prüfungen ausschließlich die Qualitätsanforderungen und Vorgaben sind, die in den Richtlinien und Beschlüssen des GBA festgelegt sind. Begutachtungsleitfäden und Auslegungshilfen dürfen keine zusätzlichen materiellen Anforderungen begründen. Sie dienen ausschließlich der einheitlichen Anwendung und sind zu veröffentlichen.

3. Transparenz über konkrete Beanstandungen herstellen

Die Ergebnisse der Prüfungen sollten jährlich so dargestellt werden, dass erkennbar ist,

- welche Qualitätsanforderungen geprüft und beanstandet wurden,
- in welchem Umfang Verstöße vorlagen und
- ob eine materielle Nichterfüllung oder lediglich ein Dokumentations- oder Nachweismangel vorlag.

So lässt sich überprüfen, ob die Prüfpraxis dem Wortlaut und Regelungszweck der GBA-Regelungen entspricht.

Änderungsvorschläge:

Zu 1. und 3.:

§ 137 Absatz 3 SGB V wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„In der Richtlinie ist vorzusehen, dass ein Krankenhausstandort, bei dem der Medizinische Dienst im Rahmen einer Prüfung nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 die Erfüllung der geprüften Qualitätsanforderungen festgestellt hat, für einen Zeitraum von mindestens fünf Jahren nicht erneut in eine Stichprobenprüfung nach Satz 1 Nummer 2 zu denselben Qualitätsanforderungen einbezogen wird.“

b) Nach dem neuen Satz 6 wird folgender Satz eingefügt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss sieht in der Richtlinie eine jährliche Berichterstattung über die Ergebnisse der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 vor, in der die geprüften und die beanstandeten Qualitätsanforderungen sowie die Art der Beanstandung, unterschieden nach materieller Nichterfüllung, fehlendem oder unvollständigem Nachweis und formalen Dokumentationsmängeln, auszuweisen sind.“

Zu 2.:

§ 275a Absatz 8 SGB V wird wie folgt geändert:

Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Maßstab der Prüfungen sind ausschließlich die in den Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegten Qualitätsanforderungen; Begutachtungsleitfäden und sonstige Auslegungshilfen des Medizinischen Dienstes dürfen keine darüber hinausgehenden Anforderungen begründen und sind zu veröffentlichen.“

2.5) Umfassende Straffung von Strukturvorgaben (Wechselwirkungen von Leistungsgruppen und GBA-Richtlinien/-Regelungen)

Die Qualitätsanforderungen an die Krankenhausversorgung müssen klar, widerspruchsfrei und praktikabel geregelt sein. Für Krankenhäuser muss eindeutig erkennbar sein, welche verbindlichen Anforderungen für die Erbringung einer Leistung gelten und in welchem Verhältnis die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen nach § 135e SGB V zu den Regelungen des GBA stehen.

In der derzeitigen Ausgestaltung und Umsetzung bestehen hierzu erhebliche Unklarheiten. Die parallele Anwendung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen und der Strukturqualitätsrichtlinien des GBA kann zu Überschneidungen, Überregulierung, Rechtsunsicherheit sowie vermeidbaren Kostenbelastungen führen. Treffen faktische Leistungsausschlüsse mit formal sanktionsbewehrten Strukturvorgaben des GBA zusammen, drohen zudem mehrfache Eingriffe, ohne dass die Zuständigkeiten und das Verhältnis der Anforderungen hinreichend klar abgegrenzt sind.

Erforderlich ist deshalb eine eindeutige normative Rangfolge. Die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen nach § 135e SGB V sollten für die dort geregelten Anforderungen maßgeblich sein. Regelungen des GBA dürfen nur ergänzend und subsidiär gelten, soweit sie erforderlich sind, den Anforderungen der Leistungsgruppen nicht widersprechen und keine bereits vergleichbar geregelten Sachverhalte erneut erfassen. Dies betrifft sowohl Strukturqualitätsrichtlinien als auch Mindestmengenregelungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V.

Der Gesetzgeber sollte die maßgeblichen Vorschriften so klar fassen, dass ihr Anwendungsbereich, ihr Verhältnis zueinander und die jeweils verbindlichen Anforderungen für alle Rechtsanwender eindeutig erkennbar sind. Nur so lassen sich Doppelregelungen vermeiden und Rechtsklarheit für Krankenhäuser und weitere Beteiligte schaffen.

Änderungsvorschlag:

Zur Klarstellung des gesetzgeberisch intendierten Vorrangs der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen sollte § 136 Absatz 4 SGB V so ergänzt werden, dass der GBA Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nur festlegen darf, soweit diese die nach § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V maßgeblichen Qualitätskriterien in erforderlicher Weise ergänzen, nicht im Widerspruch zu ihnen stehen und nicht bereits abschließend durch diese geregelt sind. Den Qualitätskriterien nach § 135e SGB V kommt insoweit ein Vorrang zu; Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses haben lediglich ergänzenden und subsidiären Charakter.

§ 136 Absatz 4 SGB V wird zur Klarstellung des Vorrangs der Qualitätskriterien nach § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V und zur Vermeidung widersprüchlicher Regelungen daher um folgende Sätze 2 bis 4 ergänzt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Bestimmungen in Richtlinien aufzuheben, soweit die nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgeblichen Qualitätskriterien vergleichbare Mindestanforderungen festlegen. ***Vor dem Erlass oder der Änderung von Bestimmungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 hat der Gemeinsame Bundesausschuss zu prüfen, ob und in welchem Umfang die vorgesehenen Mindestanforderungen bereits durch Qualitätskriterien nach § 135e Absatz 2 Satz 2 geregelt sind. Die Bestimmungen des Gemeinsamen Bundesausschusses dürfen den maßgeblichen Qualitätskriterien nach § 135e Absatz 2 Satz 2 nicht widersprechen und dürfen diese nur ergänzen, soweit dies zur Regelung eines nicht bereits abschließend geregelten Sachverhalts erforderlich ist. Das Ergebnis der Prüfung ist in den tragenden Gründen der Richtlinie nachvollziehbar darzulegen.“***

2.6) Kurzzeitfallpauschalen

Mit dem GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz wurde der § 11 im Krankenhausentgeltgesetz im Zusammenhang mit der Einführung von Kurzzeitfallpauschalen zum 1. Januar 2028 neu eingeführt. Durch die Kurzzeitfallpauschalen soll die Vergütung von stationären Behandlungen reformiert werden. Sie schaffen eine einheitliche Vergütung, unabhängig von der tatsächlichen Verweildauer. In welchem Setting eine Behandlung erfolgt, hängt von der medizinischen Indikation, den Besonderheiten des jeweiligen Eingriffs und dem konkreten Behandlungskontext ab.

Die Vorgaben in § 9 Absatz 1 Nr. 11a) und b) sollen sicherstellen, dass durch die Einführung von Kurzzeitfallpauschalen keine Fallzahlausweitungen bei den stationären Behandlungsfällen mit bis zu zwei Übernachtungen auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses stattfinden Damit soll gewährleistet werden, dass von Krankenhäusern ambulant zu erbringende Leistungen nicht hospitalisiert werden.

Diese Begründung trägt nicht mehr und die Regelung wird nunmehr entbehrlich, da im Rahmen der Notfallreform über einen fachfremden Änderungsantrag zum GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz ein neuer Artikel 3a in § 17b Absatz 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes eingefügt wurde. Für die Zuordnung, ob eine Leistung über eine Kurzzeitfallpauschale oder über § 115b SGB V vergütet wird, sind vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zertifizierte Datenverarbeitungslösungen zu verwenden. Somit entscheidet das Groupierungsergebnis über die Zuordnung des Behandlungsfalls, ob eine Leistung nach dem Katalog ambulant durchführbarer Operationen, stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen nach § 115b SGB V oder über eine Kurzzeitfallpauschale abzurechnen ist.

Änderungsvorschlag:

Streichung der Nummer 11 in § 9 KHEntgG:

~~*„11. erstmals bis zum 30. September 2027 nähere Einzelheiten für Kurzzeitfallpauschalen im Sinne des § 17b Absatz 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, insbesondere*~~

~~*a) Vorgaben, durch die sichergestellt wird, dass durch die Einführung der Kurzzeitfallpauschalen keine Fallzahlausweitung bei den stationären Behandlungsfällen mit bis zu zwei Übernachtungen auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses stattfindet, und*~~

~~*b) die Folgen einer Überschreitung der nach Buchstabe a festgelegten Begrenzung.“*~~

2.7) Mindestvorgaben Notfallstufenregelung „bei Bedarf jederzeit (24/7)“

Der Gesetzgeber sollte die GBA-Strukturvorgaben systematisch auf Praxistauglichkeit, Rechtssicherheit und Wirtschaftlichkeit überprüfen und insbesondere unbestimmte personelle Verfügbarkeitsanforderungen überarbeiten. Besonders problematisch sind unbestimmte Formulierungen zur ärztlichen bzw. fachärztlichen Verfügbarkeit, insbesondere Anforderungen wie „bei Bedarf jederzeit (24/7)“. Solche Vorgaben lassen offen, in welcher Form die Verfügbarkeit konkret sicherzustellen ist, und schaffen damit erhebliche Rechts- und Planungsunsicherheiten.

In der Praxis besteht die Gefahr, dass diese unbestimmten Anforderungen faktisch als Verpflichtung zu einer durchgehenden körperlichen Präsenz bestimmter Qualifikationen ausgelegt werden, insbesondere bei Verknüpfung mit konkreten zeitlichen Fristen. Daraus können erhebliche Vorhalte- und Personalkosten entstehen, ohne dass ein entsprechender Zusatznutzen für die Patientenversorgung im Einzelfall hinreichend belegt ist. Gerade im Krankenhausbereich bestehen mit Präsenzdienst, Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft arbeitsrechtlich anerkannte und praxistaugliche Dienstmodelle, mit denen eine bedarfsgerechte Versorgung differenziert und verlässlich sichergestellt werden kann.

Vor diesem Hintergrund sollten unbestimmte Verfügbarkeitsanforderungen aus Strukturvorgaben grundsätzlich nicht mehr verwendet werden. An ihre Stelle sollten klare, arbeitsrechtlich anschlussfähige Regelungen treten, die festlegen, in welcher Form ärztliche Verfügbarkeit sicherzustellen ist.

Mit Beschluss vom 3. März 2026 hat der Leistungsgruppen-Ausschuss (LGA) klargestellt, dass „jederzeit“ außerhalb des Regeldienstes Rufbereitschaft bedeutet, sofern die Verfügbarkeit nicht bereits durch Anwesenheitsdienste sichergestellt wird. Der Ausschuss hebt ausdrücklich hervor, dass die jederzeitige Verfügbarkeit keine ununterbrochene körperliche Anwesenheit am Standort verlangt, sondern auch durch Rufbereitschaft erfüllt werden kann. Vor diesem Hintergrund ist außerhalb der Regelzeit grundsätzlich davon auszugehen, dass Rufbereitschaft ausreichend ist. Da der LGA mit der Definition zugleich ein einheitliches Verständnis der

Anforderungen in den Leistungsgruppen herstellen will, ist es sachgerecht, denselben Maßstab auch den Notfallstufen zugrunde zu legen, um Wertungswidersprüche zwischen vergleichbaren Struktur- und Verfügbarkeitsanforderungen zu vermeiden. Eine Verpflichtung zum Präsenzdienst darf dementsprechend nur dort vorgesehen werden, wo sie medizinisch zwingend erforderlich, durch Evidenz oder ein besonderes Patientensicherheitsinteresse gerechtfertigt und auch unter Berücksichtigung des hierfür zusätzlich erforderlichen Personal- und Ressourcenaufwands verhältnismäßig ist. Dies ist zu Zeiten außerhalb des Regeldienstes grundsätzlich nicht anzunehmen. Denn jede regulatorische Vorgabe verengt den Handlungsspielraum des Krankenhauses bei der Steuerung seines Ressourceneinsatzes und schränkt die Möglichkeit ein, Personal und Mittel optimal für die Patientenversorgung einzusetzen. Auch wenn einzelne Anforderungen für sich genommen sachlich gerechtfertigt sein können, führt ihre absolute Setzung dazu, dass personelle und finanzielle Ressourcen zunehmend zur Erfüllung formaler Vorgaben gebunden werden und für die eigentliche Patientenversorgung nicht mehr in gleichem Maße zur Verfügung stehen.

Gerade bei personellen Verfügbarkeitsanforderungen zeigt sich, dass das Anheben von Anforderungen zur Erreichung auch der letzten Optimierungsgrade mit überproportionalen Kosten verbunden sein kann *(vgl. Augurzky & Bergschneider, Folgen des GKV-Beitragsstabilisierungsgesetzes auf die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser, hcb GmbH, Essen, 28.04.2026)*. Starre Vorgaben, die faktisch auf eine durchgehende körperliche Präsenz hinauslaufen, zwingen Krankenhäuser dazu, erhebliche personelle Puffer vorzuhalten. Dies bindet knappe Fachkräfte, verursacht hohe Vorhaltekosten und erschwert einen bedarfsgerechten Personaleinsatz. Unbestimmte Verfügbarkeitsvorgaben sollen durch klare und arbeitsrechtlich anschlussfähige Regelungen ersetzt werden, damit nicht faktisch Präsenzpflichten entstehen, obwohl die Versorgung je nach medizinischem Bedarf auch durch Bereitschaftsdienst oder Rufbereitschaft sichergestellt werden kann.

Die Krankenhäuser schlagen vor, unbestimmte und kostenintensive Strukturvorgaben des GBA zur personellen Verfügbarkeit gesetzlich zu präzisieren und durch klare Bezugnahmen auf die im Arbeitsrecht anerkannten Dienstmodelle zu ersetzen. Begriffe wie „jederzeitige Verfügbarkeit“ oder „bei Bedarf jederzeit (24/7)“ sollen nicht länger eigenständig oder unbestimmt verwendet werden, wenn sie faktisch als Grundlage für 24/7-Präsenzpflichten dienen können**.**

Stattdessen soll gesetzlich klargestellt werden, dass personelle Verfügbarkeit im Krankenhaus grundsätzlich durch die etablierten Dienstformen Präsenzdienst, Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft sichergestellt wird. Welche dieser Dienstformen erforderlich ist, muss sich am medizinischen Bedarf, an der Reaktionszeit und an dem tatsächlichen Zusatznutzen für die Versorgung orientieren. Im Einklang mit dem Vorschlag des Leistungsgruppen-Ausschusses ist dabei davon auszugehen, dass außerhalb des Regeldienstes Rufbereitschaft grundsätzlich als ausreichende Form der Sicherstellung anzusehen ist.

Ziel der Maßnahme ist es damit, unbestimmte Verfügbarkeitsbegriffe durch rechtssichere, praxistaugliche und kostenangemessene Regelungen zu ersetzen. Dadurch werden Fehlanreize zu übermäßigen 24/7-Präsenzvorhaltungen vermieden, Auslegungsstreitigkeiten reduziert und zugleich die notwendige Versorgungssicherheit gewährleistet.

Explizites Beispiel der Notfallstufenregelung (Fassung 2018 und 2025 im Vergleich):

Von der dargestellten Problematik sind die Anforderungen der jeweiligen Notfallstufe betroffen, die grundsätzlich jederzeit, also 24/7, am Standort erfüllt werden müssen. Betroffen sind insbesondere Zentrale Notaufnahme, Personal, CT/Bildgebung, Labordiagnostik sowie weitere technische und organisatorische Vorhaltungen. Der Beschluss vom 20. November 2025 fällt dadurch auf, dass er die 24/7-Logik breiter ausformuliert, stärker konkretisiert und an mehreren Stellen personell sowie qualitativ auflädt, insbesondere durch:

- ausdrückliche Formulierungen wie „jederzeit (24/7) im Bedarfsfall vor Ort verfügbar“ in der ZNA,
- zusätzliche Qualifikationsanforderungen in Form der Zusatzweiterbildungen „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ und „Notfallpflege“ sowie
- eine stärker ausdifferenzierte technische und modulbezogene 24/7-Vorhaltung.

Die nachfolgenden Personalanforderungen sind in der vorliegenden Fassung „jederzeit im Bedarfsfall (24/7)“ vorzuhalten:

- Stufe der Nichtteilnahme an der stationären Notfallversorgung: eine angestellte Ärztin oder ein angestellter Arzt und eine Pflegefachperson; zusätzlich, sofern Operationen in Narkose durchgeführt werden, eine Fachärztin oder ein Facharzt für Anästhesiologie,
- Basisnotfallversorgung, Erweiterte Notfallversorgung und Umfassende Notfallversorgung: eine Fachärztin oder ein Facharzt und eine Pflegefachperson; *Zusatz für die umfassende Stufe ab 1. Januar 2028: die jeweils jederzeit verfügbaren Personen müssen die vorgesehene Zusatz- bzw. Fachweiterbildung besitzen oder sich in entsprechender Weiterbildung befinden.*

Die nachfolgenden Personalanforderungen sind in der vorliegenden Fassung „innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar“:

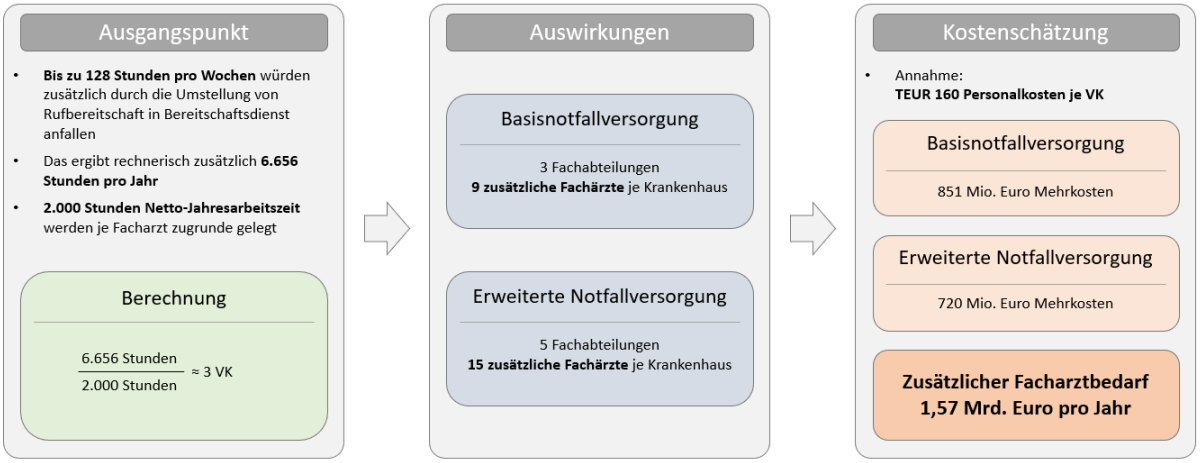
- Basisnotfallversorgung, Erweiterte Notfallversorgung und Umfassende Notfallversorgung: eine Fachärztin oder ein Facharzt aus Chirurgie oder Unfallchirurgie, eine Fachärztin oder ein Facharzt aus Innerer Medizin, eine Fachärztin oder ein Facharzt für Anästhesiologie.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Die Entlastung ergibt sich insbesondere aus vier Effekten:

- Vermeidung unnötiger 24/7-Präsenzdienste und damit geringerer Personalvorhaltekosten, insbesondere bei spezialisierten Qualifikationen,
- weniger Auslegungsstreitigkeiten und geringerer Prüfaufwand, wenn unbestimmte Vorgaben klar definiert werden,
- mehr Flexibilität für funktionierende regionale Versorgungsmodelle, z. B. über Kooperationen, Verbünde oder telemedizinische Unterstützung und
- Vermeidung struktureller Fehlsteuerungen, wenn personelle Ressourcen nicht für formale Vorhaltevorgaben gebunden werden, sondern tatsächlich in der Versorgung eingesetzt werden können.

Formale Darstellung der Berechnung und der resultierenden Mehrkosten bei der Umstellung von Rufbereitschaft in Bereitschaftsdienst anhand der 30-Minuten-Regelung



Die Berechnung basiert auf der Annahme, dass die in der GBA-Regelung vorgesehene Anforderung, wonach Fachärztinnen und Fachärzte „jederzeit an 24 Stunden am Tag und sieben Tagen pro Woche (24/7) innerhalb von maximal 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten verfügbar“ sein müssen, künftig nicht mehr durch Rufbereitschaft, sondern nur noch durch Bereitschaftsdienst erfüllt werden kann. Damit verdeutlicht sie die möglichen personellen und finanziellen Folgen einer entsprechenden Auslegung der Vorgaben.

Ausgangspunkt ist ein zusätzlicher Mehrbedarf von bis zu 128 Stunden pro Woche. Hochgerechnet auf das Jahr entspricht dies 6.656 Stunden. Bei einer durchschnittlichen Netto-Jahresarbeitszeit von 2.000 Stunden je Facharzt/ Fachärztin ergibt sich daraus ein zusätzlicher Bedarf von gut drei Vollkräften je betroffener Fachabteilung.

Nach der Notfallstufenregelung betrifft dies in der Basisnotfallversorgung drei Fachabteilungen, sodass sich ein zusätzlicher Bedarf von neun Fachärzten je Krankenhaus ergibt. In der erweiterten Notfallversorgung sind fünf Fachabteilungen betroffen, was zu einem zusätzlichen Bedarf von 15 Fachärzten je Krankenhaus führt.

Legt man durchschnittliche jährliche Personalkosten von 160.000 Euro pro Vollkraft zugrunde, ergeben sich daraus die in der Grafik dargestellten Gesamtkosten. Die Darstellung soll damit insbesondere veranschaulichen, welche erheblichen Mehrbelastungen für Krankenhäuser entstehen können, wenn die GBA-Vorgabe, wonach qualifiziertes Personal „jederzeit an 24 Stunden am Tag und sieben Tagen pro Woche (24/7) innerhalb von maximal 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten verfügbar“ sein muss, nicht mehr über Rufbereitschaft, sondern nur noch über Bereitschaftsdienst erfüllt werden kann.

Auch hier zeigt sich, dass die personelle Verfügbarkeit nicht über Minutenangaben, sondern über arbeitsrechtlich anerkannte Dienstarten geregelt werden sollte. Minutenwerte sind auslegungsanfällig und führen in der Praxis häufig dazu, dass faktisch Präsenzpflichten unterstellt werden, obwohl dies normativ nicht eindeutig vorgegeben ist. Dagegen bieten Präsenzdienst, Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft eine rechtlich klare und praxiserprobte Systematik, mit der sich Verfügbarkeit bedarfsgerecht, wirtschaftlich und rechtssicher ausgestalten lässt.

Änderungsvorschlag:

Es empfiehlt sich, im SGB V eine allgemeine gesetzliche Regelung für Strukturvorgaben des GBA zu verankern. Ziel ist es, den Grundsatz festzuschreiben, dass Strukturvorgaben evidenzbasiert, verhältnismäßig und auf das für eine qualitativ gesicherte Versorgung erforderliche Maß beschränkt sein müssen. Zudem sollte klargestellt werden, dass Anforderungen an die personelle Verfügbarkeit nicht durch unbestimmte Begriffe beschrieben werden dürfen, sondern an die arbeitsrechtlich anerkannten Dienstmodelle anknüpfen müssen. Dabei sollte gesetzlich verdeutlicht werden, dass die Verfügbarkeit außerhalb des Regeldienstes grundsätzlich durch Rufbereitschaft gewährleistet werden kann, soweit sie nicht durch Anwesenheitsdienste wie Schicht- oder Bereitschaftsdienst sichergestellt wird.

Nachfolgender Absatz wäre in § 136c SGB V einzufügen:

„Strukturvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses müssen auf das für eine qualitativ gesicherte Versorgung erforderliche Maß beschränkt, evidenzbasiert und verhältnismäßig sein. Anforderungen an die Verfügbarkeit von Personal oder Qualifikationen sind in den Strukturvorgaben eindeutig und unter Bezugnahme auf die arbeitsrechtlich anerkannten Dienstmodelle zu regeln. Hierfür sind insbesondere Präsenzdienst, Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft zugrunde zu legen. Außerhalb des Regeldienstes ist die Verfügbarkeit durch

Rufbereitschaft zu gewährleisten, soweit sie nicht durch Anwesenheitsdienste, insbesondere Schicht- oder Bereitschaftsdienst, sichergestellt wird. Eine Verpflichtung zum Präsenzdienst darf nur vorgesehen werden, soweit dieser für eine qualitativ gesicherte Versorgung medizinisch erforderlich ist.“

2.8) Anpassung der Definition von Krankenhausstandorten

Krankenhausstandorte können per gesetzlicher Definition bislang nur eine Fläche von maximal 2.000 Metern Abstand (Luftlinie) umfassen. Die Definition eines Krankenhausstandortes über dieses rein räumliche Kriterium ist inadäquat, entbehrt einer fachlichen Grundlage und behindert moderne, effiziente Versorgungsstrukturen sowie die aktuellen Transformationsprozesse. Krankenhäuser mit mehreren Gebäuden – bspw. aus Übernahmen o. Ä. – sind so gezwungen, an den einzelnen Standorten strukturelle und organisatorische Vorhaltungen zu unterhalten, die kostspielige und ineffiziente Doppelstrukturen bilden.

Die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung empfiehlt die Anpassung der Definition auf 5.000 Meter (Dritte Stellungnahme, S. 14). Hilfsweise sollten den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden mehr Entscheidungs- oder zumindest Mitspracherechte bei der Festlegung von Ausnahmeregelungen eingeräumt werden. Dies reduziert bürokratische Aufwände in den entsprechenden Entscheidungsverfahren und ermöglicht durch den Abbau von Doppelstrukturen einen effizienteren Geräte- und Personaleinsatz sowie organisatorische Vereinfachungen, beispielsweise bei Prüfungen des Medizinischen Dienstes, ein Einsparpotenzial im zweistelligen Millionenbereich.

Änderungsvorschläge:

§ 2a Absatz 1 Satz 2 KHG wird wie folgt geändert:

*„Ein Krankenhausstandort kann abweichend von Satz 1 aus mehreren Gebäuden oder Gebäudekomplexen eines Krankenhausträgers bestehen, wenn der Abstand zwischen den am weitesten voneinander entfernt liegenden Gebäudepunkten nicht mehr als ~~2.000~~ **5.000** Meter Luftlinie beträgt (Flächenstandort).“*

Hilfsweise wird nach § 2a Absatz 4 Satz 1 KHG folgender Satz 2 eingefügt:

„Sofern die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde im Rahmen ihrer Krankenhausplanung die Entscheidung getroffen hat, dass abweichend von Absatz 1 Satz 1 und 2 die Gebäude oder Gebäudekomplexe eines bestimmten Krankenhauses ein Krankenhausstandort sind, ist die Ausnahme nach Satz 1 Nummer 2 zu vereinbaren.“

2.9) Beteiligung betroffener Krankenhäuser am Verfahren zu Ausnahmeregelungen von der Standortdefinition gemäß § 2a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 KHG

Gemäß § 2a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 KHG können GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft im Benehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde und dem Verband der Privaten Krankenversicherung vereinbaren, dass abweichend von der Standortdefinition gemäß § 2a Absatz 1 Satz 1 und 2 KHG die Gebäude oder Gebäudekomplexe eines bestimmten Krankenhauses ein Krankenhausstandort sind. Kommt eine diesbezügliche Einigung nicht zustande, entscheidet hierüber die Bundesschiedsstelle auf Antrag einer Vertragspartei. Im Verfahren beteiligt wird neben den Vertragsparteien die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde, die durch die Schiedsstelle anzuhören ist und deren im Rahmen der Anhörung abgegebene Stellungnahme angemessen zu berücksichtigen ist (§ 2a Absatz 4 Satz 3 KHG).

Die Beteiligung des betroffenen Krankenhausträgers ist nicht lediglich eine Frage zweckmäßiger Verfahrensgestaltung. Die Entscheidung nach § 2a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 KHG betrifft die individuellen Standortverhältnisse eines bestimmten Krankenhauses und damit eine rechtliche Zuordnung, an die zahlreiche Anforderungen an Organisation, Leistungserbringung, Qualitätssicherung und Finanzierung anknüpfen. Sie berührt bei grundrechtsfähigen Krankenhausträgern deshalb die durch Artikel 12 Absatz 1 des Grundgesetzes geschützten Bedingungen ihrer beruflichen Betätigung.

Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts erfordert die Verwirklichung der Berufsfreiheit eine dem Grundrechtsschutz angemessene Verfahrensgestaltung. Dies hat das Gericht ausdrücklich auch für das Krankenhausrecht hervorgehoben (BVerfG, Beschluss vom 14. Januar 2004 – 1 BvR 506/03 –, Rn. 22). Die individuelle Standortentscheidung darf daher nicht in einem Verfahren getroffen werden, das dem betroffenen Träger keine wirksame Möglichkeit eröffnet, die entscheidungserheblichen Tatsachen und Bewertungen zur Kenntnis zu nehmen, hierzu Stellung zu nehmen und seine eigenen Belange in die Entscheidungsfindung einzubringen.

Soweit das geltende Recht dahin verstanden und angewendet wird, dass diese eigenen Verfahrens- und Rechtsschutzpositionen ausgeschlossen sind, wird es den verfassungsrechtlichen Anforderungen nicht gerecht. Da sich dieser Ausschluss nach Auffassung der Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 SGB V nicht durch verfassungskonforme Auslegung vermeiden lässt, ist eine gesetzliche Ergänzung verfassungsrechtlich geboten. Für sämtliche Krankenhausträger sollten die entsprechenden subjektiven Rechte unabhängig von ihrer Rechtsform und Grundrechtsfähigkeit ausdrücklich gesetzlich gewährleistet werden.

1. Unmittelbare Grundrechtsbetroffenheit der Krankenhausträger

Das einzelne Krankenhaus, das die Ausnahme von der Standortdefinition begehrt, ist von der Entscheidung der Bundesschiedsstelle auch unmittelbar betroffen. Gemäß § 2a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 KHG geht es bei der Frage der Ausnahme von der Standortdefinition um die Gebäude oder Gebäudekomplexe eines bestimmten Krankenhauses, sodass die diesbezügliche Entscheidung anhand der im Einzelfall dieses bestimmten Krankenhauses vorliegenden Umstände zu treffen ist. Auch in der Gesetzesbegründung zur Einführung von § 2a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 KHG durch das KHVVG (BGBl. 2024 I Nr. 400) wird betont, dass abweichende Standortfestlegungen nur in Einzelfällen, d. h. nur dann möglich sein sollen, wenn dies geboten ist, um den Besonderheiten des jeweiligen Falles Rechnung tragen zu können (vgl. Bundestags-Drucksache 20/13407 vom 16.10.2024, Seite 305).

Die Entscheidung, ob eine Ausnahme gewährt wird oder nicht, hat für dieses bestimmte Krankenhaus zur Folge, ob es künftig mit einem oder mehreren Standorten im Standortverzeichnis gemäß § 293 Absatz 6 SGB V aufgeführt sein wird. Diese Vergabe der Standortnummer und entsprechende Eintragung im Standortverzeichnis hat erhebliche Auswirkungen auf zahlreiche Verpflichtungen des Krankenhauses in unterschiedlichsten Regelungsbereichen, die auf die Standortnummer Bezug nehmen. Da die Standortentscheidung darüber mitbestimmt, welche organisatorischen, personellen und leistungsbezogenen Anforderungen der Krankenhausträger jeweils gesondert erfüllen muss, betrifft sie nicht lediglich seine registermäßige Erfassung, sondern die rechtlichen Rahmenbedingungen seiner beruflichen Betätigung. Besonders deutlich wird dies durch die Anknüpfung der Leistungsgruppenzuweisung an den Standort nach § 2a KHG in § 6a KHG. Weitere ausdrückliche Anknüpfungen bestehen unter anderem bei Pflegepersonaluntergrenzen und bei der Erfüllung von GBA-Qualitätsanforderungen. Die Verzeichnisvereinbarung nennt außerdem Abrechnung und Datenübermittlung als Verwendungszwecke der Standortkennzeichen.

2. Beteiligung des Krankenhausträgers am Clearing- und am Schiedsstellenverfahren

Aus der unmittelbaren Grundrechtsbetroffenheit der Entscheidung über die Ausnahme von der Standortdefinition folgt die Notwendigkeit, den jeweiligen Krankenhausträger sowohl am Verfahren der Vereinbarung einer Ausnahme zwischen GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft, als auch am hierzu gegebenenfalls durchzuführenden Schiedsverfahren zu beteiligen.

Derzeit zeigen die ersten Verfahren vor der Bundesschiedsstelle zu Standortausnahmeanträgen von Krankenhäusern, dass eine Beteiligung der jeweils betroffenen Krankenhäuser am Verfahren vor der Bundesschiedsstelle abgelehnt wird unter Verweis auf fehlende gesetzliche Regelungen in § 2a Absatz 4 KHG. Diesbezügliche Regelungen seien nur in Bezug auf die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden

aufgenommen worden. Es bedarf daher einer Klarstellung in § 2a Absatz 4 KHG, dass die betroffenen Krankenhäuser an den Entscheidungsprozessen zu den von ihnen jeweils begehrten Ausnahmeregelungen zu beteiligen sind und ihnen eine Klagebefugnis gegen eine etwaige diesbezügliche Entscheidung der Bundesschiedsstelle zusteht.

Inhaltlich sprechen insbesondere Umstände für ein eigenes Mitwirkungsrecht des Krankenhausträgers:

- Die Entscheidung hängt von den individuellen medizinischen, organisatorischen und räumlichen Verhältnissen seines Krankenhauses ab.
- Der Träger verfügt über die dafür maßgeblichen tatsächlichen Informationen.
- Die Bewertung umfasst fachliche Einschätzungen und gegebenenfalls Prognosen zu Qualität und Versorgungsrisiken.
- Die Entscheidung kann mit Auflagen oder Befristungen verbunden werden, die den Träger selbst treffen. Diese Entscheidungsmöglichkeiten sind jedenfalls in § 9 Abs. 3 Satz 9 der ausgewerteten Verzeichnisvereinbarung vorgesehen.

Nach § 9 Abs. 2 muss das Krankenhaus im Clearingverfahren umfangreiche Angaben insbesondere zur Erfüllung von Qualitätsanforderungen, zu Versorgungsrisiken, Mindestmengen und OPS-Strukturmerkmalen vorlegen. Nach § 9 Abs. 6 wird der Antrag anhand der vom Krankenhaus angegebenen Besonderheiten beurteilt.

Wer dem Krankenhausträger eine substantiierte Darlegung seiner individuellen Verhältnisse abverlangt und die Entscheidung auf eine Bewertung dieser Verhältnisse stützt, muss ihm auch ermöglichen, entscheidungserhebliche Einwände gegen seine Darstellung zu erfahren, tatsächliche Missverständnisse aufzuklären und zu nachgereichten Bewertungen Stellung zu nehmen. Eine Verweigerung dieser Beteiligungsrechte macht die Schiedsstellenentscheidungen bereits aus formellen Gründen angreifbar.

Die institutionelle Vertretung der Krankenhausseite und die Wahrnehmung der individuellen Verfahrensrechte eines bestimmten Krankenhausträgers sind nicht identisch. Die DKG handelt als gesetzliche Vertragspartei mit eigener verbandlicher Verantwortung; daraus folgt keine rechtlich gesicherte individuelle Einflussmöglichkeit des betroffenen Trägers auf die Entscheidung der Schiedsstelle.

Vielmehr hat der betroffene Krankenhausträger einen Anspruch auf eine sachgerechte, an den gesetzlichen Zwecken und den Besonderheiten des Einzelfalls ausgerichtete Entscheidung über seinen Ausnahmeantrag. Diesem Anspruch kann nur durch eigene Mitwirkungsrechte im Entscheidungsverfahren und die eigene Möglichkeit, eine streitige Entscheidung herbeizuführen, wirksam Geltung verschafft werden.

3. Klagerecht des Krankenhausträgers

Darüber hinaus muss einem von einer abschlägigen Entscheidung der Bundesschiedsstelle betroffenen Krankenhausträger auch ein unmittelbares Klagerecht gegen diese Entscheidung zustehen, um die Rechtmäßigkeit der ihn betreffenden Standortausnahmeentscheidung rechtzeitig, eigenständig und mit einem seinem Begehren entsprechenden Rechtsschutzziel gerichtlich überprüfen zu lassen. Da die Standortausnahmeentscheidung als vorgelagerte, für die weitere Standortbehandlung maßgeblichen Folgeregelungen gilt, spricht viel dafür, den Rechtsschutz unmittelbar auf dieser Ebene zu eröffnen, da andere vorrangig wahrzunehmende Rechtsschutzmöglichkeiten gegen die Rechtsfolgen der Entscheidung der Bundesschiedsstelle dem betroffenen Krankenhausträger nicht unmittelbar offenstehen.

Sollten sich im weiteren Verlauf anfechtbare Vollzugsakte noch dadurch ergeben, dass sich das Krankenhaus beispielsweise weigert, für jeden Standort einen eigenen Qualitätsbericht zu erstellen oder Datenübermittlungs- oder Nachweispflichten für beide Standorte separat nachzukommen, wären solche Vollzugsakte nur durch ein regelwidriges Verhalten des Krankenhauses erreichbar. Dies wäre dem betroffenen Krankenhaus nicht zumutbar.

Änderungsvorschläge:

§ 2a Absatz 4 KHG ist wie folgt zu fassen:

„(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft können im Benehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde und dem Verband der Privaten Krankenversicherung vereinbaren, dass

1. fachliche Organisationseinheiten nach Absatz 1 Satz 3 eigenständige Krankenhausstandorte sind oder

2. ***auf Antrag eines Krankenhauses*** *abweichend von Absatz 1 Satz 1 und 2 die Gebäude oder Gebäudekomplexe eines bestimmten Krankenhauses ein Krankenhausstandort sind.*

Das den Antrag nach Satz 1 Nummer 2 stellende Krankenhaus ist am Verfahren über eine Einigung nach Satz 1 zu beteiligen. *Kommt eine Einigung nach Satz 1 nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 auf Antrag einer Vertragspartei. Die Schiedsstelle hat die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde anzuhören und eine von ihr im Rahmen der Anhörung abgegebene Stellungnahme angemessen zu berücksichtigen.* ***Die Schiedsstelle hat das den Antrag nach Satz 1 Nummer 2 stellenden Krankenhaus anzuhören und am Verfahren vor der Schiedsstelle zu beteiligen. Klagen der Vertragsparteien nach Satz 1 oder des den Antrag nach Satz 1 Nummer 2 stellenden Krankenhauses gegen die Entscheidung nach Satz 3 sind gegen die Schiedsstelle zu richten.“***

2.10) Deregulierung von Personalvorgaben in Psychiatrie und Psychosomatik

Der hohe Regulierungsgrad und die administrativen Kosten durch die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) sind unverhältnismäßig. Durch berufsgruppen-, quartals- und standortbezogene Mindestanforderungen wird ein effizienter Personaleinsatz erheblich erschwert und die therapeutischen Handlungsmöglichkeiten werden massiv eingeschränkt. Ein bedarfsorientierter Einsatz finanzieller wie personeller Ressourcen der Krankenhäuser erfordert folgende Maßnahmen:

1. Änderung der Bezugsgrößen

Statt starrer Mindestvorgaben für jede einzelne Berufsgruppe bedarf es einer übergreifenden Mindestvorgabe über alle Berufsgruppen, die im Rahmen einer leitlinienorientierten Behandlung den Personaleinsatz dort ermöglicht, wo er tatsächlich gebraucht wird. Berufsgruppenübergreifende Mindestvorgaben sichern auf der einen Seite ein Mindestmaß an medizinisch gut ausgebildeten Fachkräften, ohne die Kliniken zu einem unnötigen und teuren Personalaufbau zu zwingen. Berufsrechtliche Vorgaben, insbesondere für Ärzte und Pflegekräfte, sowie haftungsrechtliche Rahmenbedingungen setzen dem Krankenhaus bereits einen Orientierungsrahmen und fördern zugleich eine verantwortungsvolle Nutzung bestehender Handlungsspielräume.

Eine weitere Flexibilität bei der Planung und beim Einsatz des Personals könnte zudem durch eine Erweiterung des bisherigen Quartalsbezugs auf einen Halbjahres- oder Jahresbezug geschaffen werden. Saisonale Schwankungen, Personalfluktuationen und andere personelle oder organisatorische Unwägbarkeiten wirken sich häufig über längere Zeiträume aus und lassen sich daher nur bedingt innerhalb eines einzelnen Quartals abbilden. Ein längerer Bezugszeitraum würde den Krankenhäusern ermöglichen, ihren Personaleinsatz vorausschauender zu planen und wirtschaftlich verlässlicher zu steuern.

Zugleich sollte die Erfüllung der Mindestvorgaben nicht ausschließlich auf den einzelnen Standort bezogen, sondern auf Ebene der gesamten Klinik betrachtet werden. Dadurch könnten personelle Ressourcen entsprechend dem tatsächlichen Bedarf flexibel zwischen den einzelnen Standorten eingesetzt werden. Dies würde ermöglichen, vorübergehende Auslastungsschwankungen, krankheitsbedingte Ausfälle oder besondere Versorgungssituationen auszugleichen und vorhandene Personalressourcen effizienter zu nutzen. Der klinikweite Bezugsrahmen für die Erfüllung der Mindestvorgaben schließt dabei eine standortbezogene Darstellung des Personaleinsatzes nicht aus. Vielmehr könnte der Personaleinsatz weiterhin für jeden Standort gesondert ausgewiesen und nachvollziehbar dargestellt werden, ohne die notwendige Flexibilität beim standortübergreifenden Einsatz des Personals einzuschränken.

2. Nachweise und Prüfungen

Eine Anpassung der Bezugsgrößen für die Mindestvorgaben würde einerseits einen flexibleren Personaleinsatz ermöglichen und andererseits den Nachweisaufwand für die Kliniken erheblich verringern. Aktuell erreichen viele Kliniken die Mindestvorgaben nur durch teils umfangreiche und kompliziert ausgestaltete Anrechnungen zwischen den Berufsgruppen der PPP-RL sowie durch die Anrechnung weiterer Fach- und Hilfskräfte, beispielsweise Physician Assistants und Medizinische Fachangestellte.

Bei einer berufsgruppenübergreifenden Mindestvorgabe würde die Notwendigkeit solcher komplexen Anrechnungen entfallen. Maßgeblich wäre dann, dass insgesamt ausreichend Personal für die Behandlung zur Verfügung steht und entsprechend dem tatsächlichen Versorgungsbedarf eingesetzt werden kann. Die Personalausstattung der einzelnen Berufsgruppen sollte dabei weiterhin ausgewiesen werden. Dadurch bliebe nachvollziehbar, wie sich das eingesetzte Personal gemäß den individuellen Behandlungskonzepten und Bedarfen zusammensetzt, während zugleich vermieden würde, Personal ausschließlich aufgrund der formalen Systematik der PPP-RL vorzuhalten oder anzurechnen.

Insgesamt sind die Nachweise daher auf ein notwendiges Maß zu begrenzen, ohne auf eine transparente Darstellung der einzelnen Berufsgruppen und ihres Einsatzes zu verzichten. Die Nachweise sollten sich jedoch auf diejenigen Angaben beschränken, die für die Einhaltung der Mindestvorgaben erforderlich sind und zur zielgerichteten Weiterentwicklung der PPP-RL benötigt werden. Darüber hinaus müssen Mehrfachprüfungen desselben Sachverhalts im Rahmen der Qualitäts-, Abrechnungs- oder Strukturprüfungen durch den Medizinischen Dienst reduziert werden.

Zudem ist eine zeitnahe Neugestaltung der Sanktionsregelungen in der PPP-RL erforderlich. Diese sollten gestuft und verhältnismäßig ausgestaltet werden. Für jede Vorgabe, die als Mindestvorgabe qualifiziert werden soll, sind das damit verknüpfte Patientenrisiko, ihr Zweck, ihr konkreter Bezug zur Behandlung und die zugrunde liegende Evidenz nachvollziehbar darzulegen. Je belastbarer die medizinische Evidenz und je unmittelbarer der Zusammenhang mit der Behandlungsqualität ist, desto einschneidender kann die Rechtsfolge sein. Ein Wegfall des Vergütungsanspruchs kann daher nur bei eindeutig evidenzbasierten und medizinisch unverzichtbaren Mindestvorgaben vorgesehen werden. Bei weniger belastbarer Evidenz oder einem nur mittelbaren Behandlungsbezug sind mildere und abgestufte Rechtsfolgen anzuwenden. Das Leistungserbringungsverbot muss aufgrund der bestehenden Versorgungsverpflichtung entfallen.

Änderungsvorschläge:

- Änderung und Ergänzung des § 136a Absatz 2 SGB V:
    - Zur Umsetzung einer berufsgruppenübergreifenden Mindestvorgabe wird in § 136a Absatz 2 SGB V nach Satz 3 folgender Satz 4 eingefügt:

      „Die verbindlichen Mindestvorgaben nach Satz 2 sind bis zum 30.06.2027 so zu überarbeiten, dass eine Mindestvorgabe für das gesamte therapeutische Personal über alle therapeutischen Berufsgruppen hinweg festgelegt wird."

    - Für eine weitergehende Anpassung der PPP-RL ist ein alternativer Arbeitsauftrag an den GBA mit umfangreicheren Anpassungen der Bezugsgrößen in § 136a Absatz 2 SGB V denkbar, nach Satz 3 wird hierfür folgender Satz 4 eingefügt:

      „Die verbindlichen Mindestvorgaben nach Satz 2 sind bis zum 30.06.2027 so zu überarbeiten, dass eine Mindestvorgabe für das gesamte therapeutische Personal über alle therapeutischen Berufsgruppen hinweg für ein gesamtes Krankenhaus bezogen auf ein ganzes Kalenderjahr festgelegt wird."

- Darüber hinaus: Beauftragung des GBA zur Prüfung und ggf. Etablierung eines gestuften Systems von Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben gemäß § 137 Absatz 1 SGB V.

2.11) Abschaffung des Psych-Personalnachweises

Der Psych-Personalnachweis gem. § 18 Absatz 2 BPflV sollte abgeschafft werden. Ziel ist, parallele Nachweissysteme (PPP-RL-Nachweise) und systembedingte Unstimmigkeiten (zweifache Sanktionierung von fehlendem Personal) zu beenden.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Für die Krankenhäuser entstehen Kosten für die jährliche Aufbereitung der vereinbarten und der tatsächlichen Personalstellen, die formgerechte Übermittlung an das InEK sowie für das erforderliche Testat des Wirtschaftsprüfers. Dem InEK, das mit dem Systemzuschlag von der GKV finanziert wird, entsteht Aufwand für die kontinuierliche Annahme, Aufbereitung und Archivierung der Daten. Zudem kann der Nachweis in den jährlichen Budgetverhandlungen die Personalressourcen sowohl des Krankenhauses als auch der Krankenkassen binden.

Der durch den Psych-Personalnachweis bedingte Aufwand betrifft alle psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen. Mit dem Verzicht auf den Psych-Personalnachweis könnten die Krankenhäuser bundesweit um einen Betrag von rund 3 Millionen Euro entlastet werden. Zusätzlich würde eine Entlastung des InEK von rund 0,24 Millionen Euro den

Krankenkassen zugutekommen. Die Entlastungswirkung für die Vertragsparteien der Budgetvereinbarung dürfte jeweils zwischen 0,1 und 0,7 Millionen Euro betragen.

Änderungsvorschlag:

Abschaffung des Psych-Personalnachweises durch Streichung von § 18 Abs. 2 BPflV und § 3 Abs. 3 Sätze 8 bis 10 BPflV.

2.12) Psych-Krankenhausvergleich (Leistungsbezogener Vergleich nach § 4 BPflV)

Der Psych-Krankenhausvergleich ist abzuschaffen und infolgedessen auch § 3 BPflV entsprechend anzupassen. Der Psych-Krankenhausvergleich (Leistungsbezogener Vergleich nach § 4 BPflV) hat zwischenzeitlich seine Bedeutung verloren, da die Budgetfindung seit Einführung der Personalmindestanforderungen des GBA im Jahr 2020 durch diese Personalmindestvorgaben bestimmt wird.

Entlastungswirkung und Berechnungsgrundlage:

Die Entlastungswirkung der Maßnahme liegt insbesondere im Wegfall des mit dem Psych-Krankenhausvergleich verbundenen Erhebungs-, Aufbereitungs-, Übermittlungs- und Auswertungsaufwands auf Seiten der Krankenhäuser und des InEK. Für die Vertragsparteien auf der Ortsebene ist keine nennenswerte Entlastungswirkung zu erwarten, da der Psych-Krankenhausvergleich bereits jetzt in den Budgetverhandlungen kaum Anwendung findet.

Durch Verzicht auf den Psych-Krankenhausvergleich wären eine Entlastungswirkung für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen bundesweit in Höhe von rund 0,6 Millionen Euro zu erwarten. Zusätzlich würde eine Entlastung des InEK von rund 0,3 Millionen Euro den Krankenkassen zugutekommen.

Änderungsvorschlag:

Streichung des § 4 BPflV „Leistungsbezogener Vergleich“ sowie Streichung der auf § 4 BPflV aufsetzenden Vorschriften in § 3 Abs. 3 BPflV, § 9 Abs. 1 BPflV und § 18 Abs. 1 BPflV.

2.13) Eindämmung von Leiharbeit und AÜG-Bereichsausnahme

Leiharbeit im Krankenhaus hat in den letzten Jahren untragbare Ausmaße angenommen. Leiharbeitsfirmen bestimmen Konditionen und vermitteln Personal zum Vielfachen der tariflichen Kosten an Kliniken. Studien belegen zudem, dass der Einsatz von Leiharbeit im Krankenhaus negative Effekte auf die Patientenversorgung hat. Es bedarf daher wirksamer Einschränkungen der Leiharbeit im Krankenhaus durch eine Begrenzung der Vergütungssätze und eine stärkere Verpflichtung der Verleiher bei der Sicherstellung der fachlichen Eignung im AÜG. Diese Maßnahmen führen auch zu mehr Zufriedenheit der Krankenhausbeschäftigten,

da etwaige Ungerechtigkeit (insbesondere vermeintlich höhere Vergütung, selektive Schichtauswahl) vermieden wird.

Hinzu kommt, dass die mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz verbundenen Erlöseinbußen die Notwendigkeit verschärfen, den Krankenhäusern wirksame Spielräume zur Begrenzung ihrer Betriebskosten zu eröffnen. Wer die verfügbaren Mittel auf der Einnahmenseite beschränkt, muss zugleich auf der Ausgabenseite die rechtlichen Voraussetzungen für wirtschaftlicheres Handeln schaffen. Eine Begrenzung der Erlöse ohne korrespondierende Entlastung bei den Kosten ist kein tragfähiges Konzept zur Stabilisierung der Krankenhausversorgung, sondern verschärft den Druck auf Personal und Leistungsangebot. Vor diesem Hintergrund sind die von der DKG vorgeschlagenen Maßnahmen zur Eindämmung der gewerblichen Leiharbeit und zur Einführung einer gezielten AÜG-Bereichsausnahme für die Aus- und Weiterbildung aufzugreifen. Der Gesetzgeber darf die Krankenhäuser nicht einerseits zu weiteren Einsparungen zwingen und ihnen andererseits geeignete Instrumente zur wirtschaftlichen Personalorganisation vorenthalten. Erforderlich ist vielmehr eine zielgerichtete Differenzierung. Kostenintensive gewerbliche Leiharbeit ist wirksam zu begrenzen; fachlich gebotene Kooperationen im Rahmen der Aus- und Weiterbildung sind von unnötigen bürokratischen Anforderungen zu entlasten.

Die Begrenzung der Vergütungssätze der Leiharbeit auf das 1,5-fache kann 450 Mio. Euro pro Jahr in der Pflege einsparen. Im ärztlichen Dienst können 200 Mio. Euro pro Jahr eingespart werden. Wenn sich der Umfang der Leiharbeit aufgrund der Maßnahmen halbiert, würde der Einspareffekt insgesamt ca. 1 Mrd. Euro betragen.

Gleichzeitig werden Krankenhäuser vielfach selbst ungewollt zu Verleihern, wenn sie im Rahmen der Vorgaben der ärztlichen und pflegerischen Weiterbildung ihre Mitarbeiter an externe Weiterbildungsstellen entsenden. Dies führt für die Krankenhäuser zu hohem bürokratischem Aufwand bei der Beantragung einer Arbeitnehmerüberlassungserlaubnis. Insofern ist hier eine AÜG-Bereichsausnahme im Rahmen der Aus- und Weiterbildung notwendig. Auch diese hat positive Effekte auf die Patientenversorgung. Sie erleichtert angehenden Fachärzten, ihre Weiterbildung möglichst schnell und effizient zu absolvieren. Gleiches gilt für angehende Pflegefachpersonen. Damit stehen Fachärztinnen und -ärzte sowie Pflegefachpersonen schneller der Patientenversorgung zur Verfügung. Es ist zudem ein Beitrag zur Absicherung der Aus- und Weiterbildungskapazitäten, was dem Fachkräftemangel entgegenwirkt und damit vielfache positive Auswirkungen auf die Patientenversorgung hat.

Bei Bürokratiekosten der AÜG-Pflicht von ca. 3.000 Euro pro Arzt (Kosten Beantragung, Erlaubnis, personeller Aufwand) können knapp 100 Mio. Euro pro Jahr eingespart werden, in der pflegerischen Weiterbildung mind. 10 Mio. Euro pro Jahr.

Die Berechnungen basieren auf den Grunddaten sowie dem Kostennachweis der Krankenhäuser, die das Statistische Bundesamt veröffentlicht. Die Kosten für Leiharbeit

entstammen der Blitzumfrage des DKI zur Leiharbeit aus November 2022. Die Bürokratiekosten für die AÜG-Pflicht von Aus- bzw. Weiterbildungen stellt u. a. auf die Kosten für die Beantragung der Erlaubnis bei der Bundesagentur für Arbeit ab. Zudem fallen weitere Kosten an (z. B. Personalaufwände bei den Krankenhäusern, ggf. neue Personalakquise).

Änderungsvorschläge:

I. Definition einer Ausnahme vom Anwendungsbereich des AÜG für die Aus- und Weiterbildung:

§ 1 Absatz 3 AÜG wird um folgende Nr. 2d ergänzt:

„(3) Dieses Gesetz ist mit Ausnahme des § 1b Satz 1, des § 16 Absatz 1 Nummer 1f und Absatz 2 bis 5 sowie der §§ 17 und 18 nicht anzuwenden auf die Arbeitnehmerüberlassung

2d. zwischen Arbeitgebern aus dem Gesundheitswesen, wenn die Überlassung im Rahmen einer Aus- oder Weiterbildung, die auf Basis von bundes- oder landesrechtlichen Regelungen (ärztliche Weiterbildung nach WBO oder pflegerische Weiterbildung nach Landesrecht bzw. DKG-Empfehlung) absolviert wird, erfolgt

oder….“

II. Einführung einer Vergütungshöchstgrenze des Verleihers:

Das AÜG wird um einen neuen § 3b ergänzt:

„§ 3b Vergütungshöchstgrenze

Der Verleiher hat gegenüber dem Entleiher einen Anspruch auf Vergütung der Arbeitnehmerüberlassung. Die Vergütung darf das 1,5-fache der tariflichen Vergütung des überlassenen Leiharbeitnehmers nicht überschreiten. Wird eine die Vergütungshöchstgrenze des Satzes 2 überschreitende Vergütung vereinbart, reduziert sich der Vergütungsanspruch des Verleihers auf denjenigen Betrag, der sich bei Anwendung der Vergütungshöchstgrenze des Satzes 2 ergibt.“

III. Regelung der besonderen Anforderungen für die Verleihung von Gesundheitspersonal:

§ 5 Absatz 1 AÜG wird um eine neue Nummer 5 ergänzt:

„§ 5 Widerruf

(1) Die Erlaubnis kann mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden, wenn

5. der Verleiher von Personal im Gesundheitswesen es unterlässt, die Einhaltung der dieses Personal betreffenden Anforderungen, insbesondere hinsichtlich der nachzuweisenden Qualifikationen oder zu absolvierenden Fort- und Weiterbildungen, sicher zu stellen.“

2.14) Abschaffung der Digitalisierungsabschlagsvereinbarung

Gemäß § 5 Absatz 3h KHEntgG wird ein Krankenhaus ab dem 1. Januar 2025 mit einem Abschlag in Höhe von bis zu 2 % des Rechnungsbetrags für jeden voll- und teilstationären Fall sanktioniert, wenn es nicht sämtliche in § 19 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 bis 6 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung genannten digitalen Dienste zur Nutzung bereitstellt. Näheres wurde in der zum 1. August 2023 in Kraft getretenen Digitalisierungsabschlagsvereinbarung bestimmt. Die Abschlagsregelungen sind mit einem erheblichen bürokratischen Aufwand verbunden. Einerseits muss der Umsetzungsstand von ca. 100 Kriterien jährlich pro Krankenhausstandort dokumentiert werden. Andererseits fordern die Krankenkassen in unsachgemäßem Umfang Nachweise, insbesondere Vertragsunterlagen zu unterschiedlichsten digitalen Diensten. Diese müssen aufwändig aufbereitet, übermittelt und von den Verhandlungspartnern geprüft werden. Dem Aufwand steht keinerlei Mehrwert in der Versorgung gegenüber. Zudem zeigen die Zahlen der Fördermittelbewilligungen und die Ergebnisse des DigitalRadar deutlich, dass die Krankenhäuser der vom Gesetzgeber geförderten und geforderten Digitalisierungsoffensive in den stationären Versorgungsprozessen in vollem Umfang nachkommen. Insofern läuft die Sanktionierung als Anreizsystem ins Leere, erzeugt aber fortlaufend bürokratischen Aufwand auf Seiten der Krankenhäuser und auf Seiten der Krankenkassen, der nicht mehr zu rechtfertigen ist.

Der Abschlag wird standortbezogen berechnet. Erfahrungsgemäß gehen wir davon aus, dass ein jährlicher Aufwand von etwa 10 Personentagen pro Standort bei den Krankenhäusern und den Krankenkassen entsteht. Bei ca. 2.900 Krankenhausstandorten und durchschnittlichen Personalvollkosten von etwa 380 € pro Tag ergibt sich daraus ein Einsparpotential von etwa 11 Mio. € pro Jahr.

Änderungsvorschlag:

Ersatzlose Streichung von § 5 Absatz 3h KHEntgG

2.15) Verordnung zur Krankenhauskapazitätssurveillance (KHKapSurV)

Gemäß der Verordnung zur Krankenhauskapazitätssurveillance (KHKapSurV) hat die **DEMIS-Meldung** täglich bis 11 Uhr mit Stand Vortag 12 Uhr an das Robert Koch-Institut zu erfolgen. Hierbei handelt es sich um eine Meldung über die Anzahl der durch die vollstationäre nicht intensivmedizinische somatische Versorgung belegten Betten, differenziert nach mit Erwachsenen und Kindern belegten Betten.

Die **Meldung an das DIVI-Intensivregister** muss täglich bis 12 Uhr erfolgen. Hierbei handelt es sich um die Meldung der belegten und der belegbaren Intensivbetten, jeweils differenziert nach Erwachsenen und Kindern und ICU low care, ICU high care und ECMO, die Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Sars-CoV-2 (weiter differenziert), die Anzahl der Kinder mit

RSV-/ Influenzavirus-Infektion sowie die Schätzung der maximalen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten für Neuaufnahmen innerhalb von sieben Tagen.

Zudem bestehen teilweise weitere Meldepflichten über landesrechtliche Register (z. B. IG NRW und IVENA).

Die Meldungen müssen unter großem Aufwand des Krankenhauspersonals täglich erfolgen und binden Personal, das für andere Aufgaben dringend benötigt wird. Während der COVID-19-Pandemie war die tagesaktuelle Kenntnis der Bettenauslastung der Krankenhäuser sinnvoll und notwendig. Nach dem Ende der Pandemie ist eine ständige epidemiologische Überwachung der Krankenhauskapazitäten nicht mehr notwendig, insbesondere nicht an Wochenenden, an denen der Empfänger der Meldungen diese auch nicht auswertet oder sichtet.

Die Meldungen verursachen in den Krankenhäusern erheblichen bürokratischen Aufwand. Das bundesweite Einsparvolumen liegt im zweistelligen Millionenbereich. Zudem drohen Sanktionen im Fall von nicht, nicht richtig, nicht vollständig, nicht in der vorgeschriebenen Weise oder nicht rechtzeitig übermittelten Meldungen.

Es ist daher sachgerecht, die KHKapSurV aufzuheben bzw. bis zum erneuten Eintreten einer vergleichbaren kritischen Gesundheitslage auszusetzen. Die Sanktionen im Infektionsschutzgesetz gegen die Meldeverpflichtung sind zu streichen.

Zusätzlicher Software- und Personalaufwand muss in der Finanzierung langfristig endlich berücksichtigt werden, denn obwohl der Prozess digital betrieben wird, verursacht er weiterhin Kosten. Alternativ sollten automatisiert übermittelbare Routinedaten aus bewährten Übermittlungsstandards der Abrechnung zur Ermittlung von Inzidenzen und Fallzahlen herangezogen werden.

Änderungsvorschläge:

I. Die Verordnung zur Krankenhauskapazitätssurveillance vom 19.09.2022 wird aufgehoben.

Alternativ wäre eine Reduzierung der Meldehäufigkeiten auf 3 Tage pro Woche geboten:

§ 1 Absatz 2 KHKapSurV wird wie folgt geändert:

„Die Übermittlung der Angabe nach Absatz 1 hat ~~ab dem 20. September 2022 täglich~~ ***Montag, Mittwoch und Freitag*** *bis 11 Uhr mit Stand des Vortages um 12 Uhr zu erfolgen.“*

§ 2 Absatz 2 Satz 1 KHKapSurV wird wie folgt geändert:

„Die Übermittlung der Angaben nach Absatz 1 hat ~~ab dem 26. November 2022 täglich~~ ***Montag, Mittwoch und Freitag*** *bis 12 Uhr zu erfolgen.“*

II. § 73 Absatz 1a Nr. 2a IfSG wird wie folgt geändert:

„entgegen § 13 Absatz 5 Satz 1, auch in Verbindung mit einer Rechtsverordnung nach Satz 3 Nummer 1, ~~*oder entgegen § 13 Absatz 7 Satz 1 in Verbindung mit einer Rechtsverordnung nach Satz 4 Nummer 1 bis 3 oder 4*~~ *eine dort genannte Angabe nicht, nicht richtig, nicht vollständig, nicht in der vorgeschriebenen Weise oder nicht rechtzeitig übermittelt, ...“*

2.16) Meldepflichten nach Infektionsschutzgesetz (IfSG)

§ 6 IfSG regelt die namentliche Meldung einer Erkrankung durch die feststellende Ärztin bzw. durch den feststellenden Arzt (in Krankenhäusern ist für die Einhaltung der Meldepflicht neben der feststellenden Ärztin bzw. dem feststellenden Arzt auch die leitende Ärztin bzw. der leitende Arzt, in Krankenhäusern mit mehreren selbstständigen Abteilungen die leitende Abteilungsärztin bzw. der leitende Abteilungsarzt, in Einrichtungen ohne leitende Ärztin bzw. leitenden Arzt die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt verantwortlich). Gemäß § 9 IfSG sind neben umfangreichen Angaben zur betroffenen Person unter anderem auch Name, Anschrift und weitere Kontaktdaten der Untersuchungsstelle, die mit der Erregerdiagnostik beauftragt ist, sowie Name, Anschrift und weitere Kontaktdaten des Meldenden zu übermitteln.

§ 7 IfSG regelt die namentliche Meldung von Krankheitserregern durch die Leiter von Medizinaluntersuchungsämtern und sonstigen privaten oder öffentlichen Untersuchungsstellen einschließlich Arztpraxen mit Infektionserregerdiagnostik und Krankenhauslaboratorien. Gemäß § 9 IfSG sind hierbei ebenfalls Angaben zur betroffenen Person, Name, Anschrift und weitere Kontaktdaten des Einsenders sowie Name, Anschrift und weitere Kontaktdaten des Meldenden erforderlich.

In der Praxis müssen dadurch teilweise gleichlautende Meldungen und Stammdaten sowohl durch die behandelnde Krankenhausärztin oder den behandelnden Krankenhausarzt als auch durch das feststellende Labor übermittelt werden.

Eine Verschlankung des Meldeprozesses und insbesondere der Wegfall redundanter Meldungen durch Krankenhaus und Labor würden sowohl das Krankenhauspersonal als auch das die Meldungen verarbeitende Gesundheitsamt deutlich entlasten.

Wichtig für die epidemiologische Lageeinschätzung ist ein möglichst aktueller Datenstand, um bei Häufungen von Infektionen schnell reagieren zu können. Dies kann durch Nutzung bereits vorhandener Routinedatenströme (insbesondere Aufnahmediagnosen) aus der elektronischen Datenübermittlung zu Abrechnungszwecken ohne zusätzlichen Eingabeaufwand zur nahezu tagesaktuellen Inzidenzmeldung in einem reduzierten Datenkranz umgesetzt werden. Ein mit der Softwareindustrie abgestimmtes Konzept der DKG aus der Corona-Pandemiephase hierzu liegt dem BMG bereits vor und kann auf andere Infektionserreger erweitert werden. Durch geeignete technische Anpassungen können

derartige automatisierte Nachrichtenübermittlungen für alle stationären Fälle des Krankenhauses genutzt werden.

Änderungsvorschlag:

Die Meldeprozesse nach §§ 6, 7 und 9 IfSG sind zu verschlanken und redundante Doppelmeldungen identischer Angaben durch die behandelnden Krankenhausärztinnen und -ärzte sowie das feststellende Labor zu streichen. Außerhalb einer epidemischen Notlage sollte der verpflichtende Detaillierungsgrad fallbezogener Meldungen in § 9 IfSG auf das für den konkreten Infektionsschutz zwingend erforderliche Maß reduziert und für das allgemeine Infektionsmonitoring auf automatisiert übermittelbare Routinedaten zurückgegriffen werden.

2.17) Implantateregistergesetz (§ 24)

Gemäß § 24 Absatz 1 Nr. 2 IRegG muss der Patientin oder dem Patienten eine schriftliche oder elektronische Kopie der personenbezogenen Daten, die die verantwortliche Gesundheitseinrichtung an die Vertrauensstelle und an die Registerstelle des Implantateregisters übermittelt hat, ausgehändigt werden. Derartige zusätzliche, unaufgefordert herauszugebende Informationen stehen im Widerspruch zu Artikel 15 DS-GVO (Recht auf Auskunft). Nach der DS-GVO muss die datenverarbeitende Stelle nicht von sich aus aktiv werden, sondern es ist ausreichend, dass Patientinnen und Patienten die Unterlagen verlangen. Die Sinnhaftigkeit einer unaufgefordert herauszugebenden (und zudem „doppelten“) Information erschließt sich nicht. Ferner steht eine nicht erfragte Information im Widerspruch zu dem Grundsatz der Datenminimierung gemäß Artikel 5 Absatz 1 c) DS-GVO.

Durch die „doppelte“ Information (Ausdruck und Übergabe bzw. Hinterherschicken von Unterlagen) bei allen Patientinnen und Patienten, die sich implantatbezogenen Maßnahmen unterziehen, entsteht vermeidbarer zusätzlicher Verwaltungsaufwand.

Ein Verzicht auf diese „doppelte“ Information würde den entstehenden zusätzlichen Verwaltungsaufwand (Ausdruck und Übergabe/ Schicken von Unterlagen) minimieren.

Änderungsvorschlag:

In § 24 Absatz 1 IRegG wird Nr. 2 ersatzlos gestrichen.

2.18) Implantateregistergesetz (§ 25)

Gemäß § 25 IRegG muss eine Information über implantatbezogene Maßnahmen an die gesetzliche Krankenkasse, das private Krankenversicherungsunternehmen oder den sonstigen Kostenträger über die Durchführung einer implantatbezogenen Maßnahme erfolgen. Wird direkt mit diesem Kostenträger abgerechnet, so gilt die Informationspflicht nach § 25 IRegG

bereits mit der Abrechnung der implantatbezogenen Maßnahme als abgegolten. Sofern die Leistung eines bei einer gesetzlichen Krankenkasse, einem privaten Krankenversicherungsunternehmen oder einem sonstigen Kostenträger Versicherten als Selbstzahlerleistung oder mit einer Unfallkasse oder Berufsgenossenschaft abgerechnet wird, muss nach § 25 IRegG der gesetzlichen Krankenkasse, dem privaten Krankenversicherungsunternehmen oder dem sonstigen Kostenträger gemeldet werden, dass eine meldepflichtige implantatbezogene Maßnahme durchgeführt wurde. Dies erfolgt durch Übermittlung der Krankenversichertennummer (KVNR).

Die Meldung nach § 25 IRegG betrifft also Selbstzahler und BG-Fälle mit Versicherung im Inland. Es geht um die Übermittlung der KVNR an diese Versicherungen, damit diese später den Vitalstatus der Patientin bzw. des Patienten an das Register übermitteln können. Die Situation wird aktuell dadurch erschwert, dass die KVNR für privat versicherte Patientinnen und Patienten freiwillig ist und noch nicht von allen Versicherungsträgern vollständig ausgerollt wurde. Aus diesem Grund legen nicht alle PKV-Patienten ihre KVNR vor der Maßnahme vor, auch wenn sie gesetzlich zur Mitwirkung verpflichtet sind.

Da die Meldung nach § 25 IRegG derzeit auf Papier erfolgt, und das Formular entweder per Post oder Fax an die zuständige Krankenkasse geschickt werden muss, entstehen in den Krankenhäusern unzeitgemäße und vermeidbare bürokratische Aufwände. Dieser Medienbruch konterkariert zudem die ansonsten digitale Ausgestaltung des Implantateregisters.

Änderungsvorschlag:

Schaffung eines elektronischen Verfahrens zur Umsetzung der Informationspflicht.

Es wäre wünschenswert, wenn die Meldung direkt durch den Patienten oder Träger der gesetzlichen Unfallversicherung erfolgt. Im letzteren Fall ist eine Anpassung der regulativen Rahmenbedingungen erforderlich, da die Unfallversicherungsträger die KVNR derzeit nicht erhalten. → Schaffung eines elektronischen Meldeverfahrens und ggf. Finanzierung der Softwarekosten, wenn dieses nicht kostenfrei genutzt werden kann.

2.19) Implantateregister-Betriebsverordnung (§ 22 IRegBV)

Sofern Patientinnen und Patienten Auskunft über ihre im Implantateregister gespeicherten Daten verlangen, muss (irgend-)ein Krankenhaus, das an das Implantateregister angeschlossen ist, sämtliche Daten der Patientin bzw. des Patienten, die über sie oder ihn im Register gespeichert und ggf. von anderen Krankenhäusern oder Krankenkassen gemeldet worden sind, der Patientin bzw. dem Patienten zur Verfügung stellen, obwohl der Patientin bzw. dem Patienten diese Informationen bereits vorliegen (z. B. gemäß Implantatepass). Dies bedeutet einen enormen Aufwand für die von der Patientin bzw. dem Patienten angefragten

Krankenhäuser, da die Übermittlungswege höchst komplex sind und Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erforderlich werden.

Durch den Änderungsvorschlag würde der Aufwand für die von der Patientin bzw. dem Patienten angefragten Daten auf die Krankenhäuser beschränkt, die die implantatbezogene Maßnahme durchgeführt haben.

Änderungsvorschlag:

§ 22 Absatz 2 IRegBV wird wie folgt geändert:

*„Das Verlangen nach Absatz 1 kann ~~über jede~~ **nur über die** Gesundheitseinrichtung, die die implantatbezogene Maßnahmen ~~in Bezug auf die nach Abschnitt 1 vom Wirkbetrieb umfassten Implantattypen~~ durchgeführt hat, eingereicht werden.“*

2.20) Energieaudit

Gemäß § 8 Absatz 3 des Gesetzes über Energiedienstleistungen und andere Energieeffizienzmaßnahmen (EDL-G) sind Unternehmen von der Pflicht, ein Energieaudit durchzuführen, befreit, wenn sie ein Umweltmanagementsystem (UMS) bzw. Energiemanagementsystem (EMS) eingerichtet haben oder mit dessen Einrichtung begonnen haben.

Im Gesetz zur Steigerung der Energieeffizienz in Deutschland (Energieeffizienzgesetz – EnEfG) wird die Pflicht zur Durchführung eines Energieaudits nur für einen befristeten Zeitraum (von 20 Monaten) ausgesetzt, wenn während dieser Zeit ein UMS oder ein EMS eingerichtet wird (§ 8 Absatz 2 EnEfG). Wenn die Errichtung des UMS/ EMS während dieser Frist nicht vollendet sein sollte, muss zusätzlich ein Energieaudit durchgeführt werden.

Es ergeht daher der Vorschlag, die Unternehmen, die gerade dabei sind, ein UMS/ EMS einzurichten, von der Pflicht, ein Energieaudit durchzuführen, zu befreien. Dazu ist die 20-monatige Befristung in § 8 Absatz 2 EnEfG zu streichen. Der Änderungsvorschlag würde die Krankenhäuser, die sich im Aufbau eines UMS/ EMS befinden, von vermeidbarem Doppelaufwand entlasten.

Änderungsvorschlag:

§ 8 Absatz 2 EnEfG wird wie folgt geändert:

„Unternehmen, die bis zum Ablauf des 17. November 2023 den Status eines Unternehmens nach Absatz 1 erlangt haben, müssen ein Energie- oder Umweltmanagementsystem bis zum Ablauf des 18. Juli 2025 eingerichtet haben. Unternehmen, die ab dem 18. November 2023 den Status eines Unternehmens nach Absatz 1 erlangen, müssen ein Energie- oder Umweltmanagementsystem spätestens 20 Monate nach dem Zeitpunkt, zu dem sie diesen

Status erlangt haben, eingerichtet haben. Unternehmen im Sinne von Satz 1 und 2 sind bis zum Nachweis der Einrichtung eines Energie- oder Umweltmanagementsystems von der Verpflichtung zur Durchführung von Energieaudits nach § 8 Absatz 1 des Gesetzes über Energiedienstleistungen und andere Effizienzmaßnahmen befreit~~, längstens jedoch bis zum Ablauf der in Satz 1 oder 2 genannten Fristen~~."

2.21) Untersuchung auf Legionellen im Trinkwasser

Krankenhäuser sind verpflichtet, das Trinkwasser regelmäßig auf Legionellen zu untersuchen. Wird gemäß § 51 der Trinkwasserverordnung (TrinkwV) der festgelegte technische Maßnahmenwert erreicht, hat das Krankenhaus Maßnahmen zu ergreifen (bis hin zu baulichen Maßnahmen).

Die im Krankenhaus auftretenden Infektionen sind fast immer durch Legionella pneumophila Serogruppe 1 bedingt (in 99 % der Fälle laut RKI-Jahrbuch für 2020, Seite 135-137). Andere Legionellenspezies bereiten demgegenüber nur selten Probleme für die Gesundheit der Patientinnen und Patienten, wie z. B. Legionella anisa.

Insofern sollten aufwendige, zum Teil auch bauliche Sanierungsmaßnahmen erst dann gefordert werden, wenn auch tatsächlich eine Gesundheitsgefährdung der Patientinnen und Patienten durch die vorliegende Legionellenspezies zu befürchten ist, d. h. erst dann, wenn auch tatsächlich die maßgeblich gesundheitsgefährdende Spezies Legionella pneumophila (Serogruppe 1) nachgewiesen worden ist.

§ 51 Absatz 1 TrinkwV sollte dahingehend geändert werden, dass die einzuleitenden Maßnahmen nur dann erforderlich werden, wenn Legionella pneumophila Serogruppe 1 nachgewiesen wurde.

Die vorgeschlagene Änderung verhindert die Durchführung aufwendiger Maßnahmen, die – ausgehend vom Ausmaß der Gesundheitsgefährdung – nicht notwendig sind. Dadurch können insbesondere auch Kosten für umfangreiche bauliche Maßnahmen eingespart werden. Das Einsparpotenzial wird auf einen zweistelligen Millionenbetrag geschätzt.

Änderungsvorschlag:

§ 51 Absatz 1 TrinkwV wird wie folgt ergänzt:

*„Wird in einer Trinkwasserinstallation **Legionella pneumophila Serogruppe 1 nachgewiesen und** der in Anlage 3 Teil II festgelegte technische Maßnahmenwert für den Parameter Legionella spec. erreicht, so hat der Betreiber der Wasserversorgungsanlage, in der sich die Trinkwasserinstallation befindet, unverzüglich ..."*

3) Kurzfristiger weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf

3.1) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen: Abkopplung der Hybrid-DRG-Leistungen und AOP-Leistungen vom kongruenten stationären Versorgungsauftrag

Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) vom 05.12.2024 (BGBl. 2024 I Nr. 400) wurde eine grundlegende Reform der Krankenhausversorgung begonnen. Hierzu zählt auch die Einführung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen (süV) nach § 115g SGB V. Sie 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 (ambulantes Operieren) und § 115f (Hybrid-Leistungserbringung) durchzuführen.

Aus diesem Grund wird in § 115g Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 ergänzt, dass süV zur Durchführung von ambulanten Operationsleistungen gemäß § 115b unabhängig davon berechtigt sind, in welchen Leistungsbereichen sie stationäre Krankenhausbehandlung erbringen. Insofern wird die durch den direkten Verweis auf § 115b in § 115g Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 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 sektorenübergreifende Bindeglieder aufgehoben. 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 stärkeren 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 wird gleichzeitig dadurch abgesichert, dass im neuen § 115g Absatz 1 Satz 7 für die AOP-Leistungserbringung durch süV bezogen auf die Hauptleistung eine fachärztliche Leistungserbringung vorgesehen ist, deren Nachweis durch die Krankenhausarztnummer gemäß § 293 Absatz 7 Satz 3 Nr. 1 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 fachärztlichen

Leistungserbringung aber ausschließlich auf die Erbringung der Hauptleistung und nicht auf Leistungen, die darüber hinaus beispielsweise prä- oder postoperativ erforderlich sind.

Darüber hinaus wird in § 115g Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 klargestellt, dass süV Leistungen gemäß § 115f (Hybrid-Leistungserbringung) durchführen können. Auch hierbei wird ergänzt, dass süV zur Durchführung von Leistungen gemäß § 115f 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 stärkeren Ambulantisierung und sektorenübergreifenden Versorgung durch diese Einrichtungen entgegenstehen würde. Diese Öffnung wird ebenfalls im neuen § 115g Absatz 1 Satz 7 dadurch abgesichert, 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 Nr. 1 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 SGB V wird das Komma am Ende durch ein Semikolon ersetzt und folgende Angabe eingefügt:

„sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sind zur Durchführung von Leistungen gemäß § 115b unabhängig davon berechtigt, in welchen Leistungsbereichen sie stationäre Krankenhausbehandlung erbringen,“

II. In § 115g Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 SGB V 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 unabhängig davon zugelassen werden, in welchen Leistungsbereichen sie stationäre Krankenhausbehandlung erbringen.“

III. Am Ende von § 115g Absatz 1 SGB V werden folgende Sätze 7 und 8 angefügt:

„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.“

3.2) Pflegebudget 2027

Für das Jahr 2027 sehen die gesetzlichen Vorgaben vor, dass die individuellen Pflegebudgets der Krankenhäuser im Vergleich zu 2026 maximal um 3,42 Prozent steigen dürfen („Grundlohnrate minus 1 %“). Als pragmatischen Zwischenschritt auf dem Weg zu einer intelligenteren Lösung akzeptiert die DKG den Deckelungs-Ansatz zur kurzfristigen Entdynamisierung grundsätzlich. Insbesondere zu den beiden folgenden Punkten sieht die DKG dennoch dringenden, kurzfristigen Nachbesserungsbedarf:

a) Berücksichtigung von Leistungsverlagerungen im Jahr 2027

Die für 2027 vorgesehene Deckelung der Pflegebudgets lässt Leistungsverlagerungen, die sich aus der Zuweisung oder Nichtzuweisung beantragter Leistungsgruppen ergeben, bislang vollständig unberücksichtigt. Dies ist besonders kritisch für Krankenhäuser, die infolge der neuen Krankenhausplanung zusätzliches Pflegepersonal für die Erfüllung ihres ausgeweiteten Versorgungsauftrages einstellen müssen. Ein anschauliches und in der Praxis sehr relevantes Beispiel ist die zusätzliche Einstellung von Hebammen aufgrund der Schließung einer benachbarten Geburtsstation. Für einen solchen Aufbau von Pflegepersonal fehlt in den Regelungen für 2027 eine entsprechende Öffnungsklausel, die den Krankenhäusern einen ausnahmsweisen Anstieg ihrer Pflegebudgets über die 3,42 % hinaus erlaubt. Die derzeitige Regelung konterkariert damit die Ziele der Krankenhausreform, deren Auswirkungen sich bereits 2027 in der Praxis zeigen (Leistungsverlagerung und -konzentration). Zeitnah notwendig ist daher eine gesetzliche Vorgabe, die gewährleistet, *„dass Leistungsstrukturveränderungen beim Pflegebudget zu berücksichtigen sind, soweit diese infolge einer Veränderung des Versorgungsauftrags, aufgrund von krankenhausplanerischen Maßnahmen, einer Neu- oder Umwidmung von Fachabteilungen oder einer Verlagerung von Leistungen erfolgen.“*

b) Verhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen über die Pflegebudgets 2027

Die DKG hat Verständnis für das Anliegen der Politik, zu verhindern, dass einzelne Krankenhäuser die geltenden Vorgaben im Jahr 2027 zur Abgrenzung des Pflegebudgets (Pflege am Bett) missbräuchlich ausnutzen könnten. Durch die grundsätzliche Deckelung der hausindividuellen Pflegebudgets im Rahmen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes ist diese „Gefahr“ aber grundlegend gebannt. Eine wie auch immer geartete „Verschiebung“ von Personal in das 2027er Pflegebudget ist nicht mehr möglich. Aus diesem Grund haben die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene auch darauf verzichtet, die Pflegepersonalabgrenzungsvereinbarung neu zu fassen.

Die mit dem KHAG in § 6a Abs. 2a Satz 9 KHEntgG eingefügte Ergänzung, dass Pflegepersonalkosten für Tätigkeiten, die nicht der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und in Kreißsälen dienen (insbesondere hauswirtschaftliche,

logistische, administrative oder technische Tätigkeiten), unabhängig von der dienstlichen Zuordnung aus der Finanzierung über das Pflegebudget auszugrenzen sind, wird dennoch vor Ort bei Krankenkassen und Kliniken zu erheblicher Unruhe und Aufwand bis hin zu Schiedsstellenverfahren führen. Vor diesem Hintergrund ist es dringend notwendig, den oben zitierten § 6a Abs. 2a Satz 9 KHEntgG bereits mit Wirkung für das Jahr 2027 ersatzlos zu streichen.

3.3) Rechtssichere Überarbeitung der GBA-Strukturqualitätsrichtlinien

Die Strukturqualitätsrichtlinien des GBA nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V werden derzeit umfassend überarbeitet. Anlass hierfür sind insbesondere die Urteile des Bundessozialgerichts vom 12. Juni 2025 zur Kinderonkologie-Richtlinie und zur MHI-Richtlinie. Das Bundessozialgericht hat darin die Anforderungen an die Herleitung von Mindestanforderungen sowie an die Ausgestaltung und Begründung der daran anknüpfenden Rechtsfolgen konkretisiert. Die Überarbeitung der Richtlinien sollte genutzt werden, um die Qualitätsvorgaben rechtssicher, evidenzbasiert und verhältnismäßig auszugestalten. Für jede einzelne Qualitätsanforderung sind insbesondere der konkrete Normzweck und das zu verringernde Patientenrisiko, der zugrundeliegende wissenschaftliche Erkenntnisstand, die medizinische Notwendigkeit der Anforderung sowie die jeweils angemessene Rechtsfolge transparent darzulegen.

Bei einer unsicheren oder nur begrenzten Evidenzlage ist diese ausdrücklich auszuweisen und bei der Festlegung der Rechtsfolge zu berücksichtigen. Je schwächer die Erkenntnisgrundlage ist, desto weniger belastend darf die Rechtsfolge ausfallen. Zudem ist klar zwischen echten Mindestanforderungen und sonstigen Qualitätsanforderungen zu unterscheiden. Eine Mindestanforderung setzt einen unmittelbaren Bezug zur Behandlung und zum Schutz der Patientinnen und Patienten voraus. Reine Strukturvorgaben ohne konkreten Behandlungsbezug dürfen daher nicht ohne Weiteres als Mindestanforderungen mit sanktionierenden Rechtsfolgen ausgestaltet werden. Besonders erforderlich ist eine klare Trennung zwischen der tatsächlichen Nichterfüllung einer Qualitätsanforderung und bloßen Dokumentations- oder Nachweismängeln. Werden die personellen und strukturellen Qualitätsanforderungen tatsächlich eingehalten, darf eine unvollständige Dokumentation nicht automatisch dieselben Rechtsfolgen auslösen wie eine tatsächliche Nichterfüllung von Qualitätsanforderungen. Für eine unvollständige, fehlerhafte oder fehlende Dokumentation sind vielmehr abgestufte und verhältnismäßige Maßnahmen vorzusehen.

Der Vergütungswegfall darf nicht als automatische Folge jeder Nichterfüllung einer Qualitätsanforderung vorgesehen werden. Er setzt vielmehr eine eigenständige Bewertung der Bedeutung, der Evidenzgrundlage und der Verhältnismäßigkeit der jeweiligen Anforderung voraus. Anforderungen und Rechtsfolgen sind daher jeweils getrennt zu begründen, aufeinander abzustimmen und verhältnismäßig auszugestalten.

Änderungsvorschläge:

§ 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V wird wie folgt ergänzt:

„Mindestanforderungen dürfen nur festgelegt werden, wenn sie einen unmittelbaren Bezug zur Behandlung oder zur Patientensicherheit aufweisen und der Vermeidung eines konkreten patientenbezogenen Risikos dienen. Für jede Mindestanforderung sind der konkrete Normzweck, das zu verringernde Patientenrisiko sowie die zugrunde liegende wissenschaftliche Erkenntnisgrundlage nachvollziehbar darzulegen. Bei unsicherer oder nur begrenzter Evidenzlage ist dies ausdrücklich auszuweisen.“

In § 137 Absatz 1 SGB V werden nach Satz 4 folgende Sätze eingefügt:

„Die an die Nichterfüllung von Qualitätsanforderungen anknüpfenden Rechtsfolgen sind unter Berücksichtigung der Bedeutung der jeweiligen Anforderung, ihres Behandlungs- und Patientenbezugs, der zugrunde liegenden Evidenz sowie der Schwere und Art des Verstoßes verhältnismäßig abzustufen. Dabei ist zwischen der tatsächlichen Nichterfüllung einer Mindestanforderung und einem bloßen Dokumentations- oder Nachweismangel zu unterscheiden. Die bloße unvollständige, fehlerhafte oder fehlende Dokumentation darf nicht mit denselben Rechtsfolgen belegt werden wie die tatsächliche Nichterfüllung einer qualitätsbezogenen Mindestanforderung mit daraus resultierendem Patientenrisiko. Der Wegfall des Vergütungsanspruchs darf nicht automatisch an jede Nichterfüllung einer Qualitätsanforderung geknüpft werden. Er setzt eine eigenständige Prüfung der Bedeutung der Anforderung, ihrer Evidenzgrundlage sowie der Erforderlichkeit und Angemessenheit dieser Rechtsfolge voraus.“

3.4) Verordnungsfähigkeit Hilfsmittel bei AOP-Leistungen

Im Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V (AOP-Vertrag) ist in § 11 Abs. 1 Satz 1 vorgesehen, dass die für die Durchführung der im AOP-Katalog enthaltenen Leistungen im Krankenhaus benötigten Hilfsmittel vom Krankenhaus zur Verfügung gestellt werden und diese – bis auf eine Sonderregelung für Schienen in § 11 Abs. 5 AOP-Vertrag – nicht gesondert berechnungsfähig sind. Sofern dieselben Eingriffe in der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden und ein Hilfsmittelbedarf besteht, steht vertragsärztlichen Leistungserbringern demgegenüber ein Verordnungsrecht zu.

Vor dem Hintergrund zunehmender Ambulantisierung und sektorenübergreifender Leistungserbringung ist nicht nachvollziehbar, aus welchem Grund Krankenhäusern bei AOP-Leistungen nach § 115b SGB V keine Verordnungsmöglichkeit für eine im Zusammenhang mit der konkreten Leistung notwendige Hilfsmittelversorgung eingeräumt wird, sondern diese die nicht nur teils erheblichen Kosten für die Hilfsmittelversorgung selbst tragen müssen und sich ohne eine entsprechende Regelung postoperative Probleme für Patientinnen und Patienten ergeben.

Betroffene Patientinnen und Patienten müssen im Nachgang zum Eingriff eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt für eine Hilfsmittelversorgung aufsuchen, da vorab ein notwendiger Bedarf nicht abschließend bekannt ist. Hierfür ist – zur Sicherung des Behandlungserfolges – zeitnah nach dem Eingriff ein entsprechender Termin nötig, was jedoch in der vertrags(fach)ärztlichen Versorgung nicht grundsätzlich gewährleistet ist. Auch können Anfahrtswege zur Vertragsärztin bzw. zum Vertragsarzt für die Patientinnen und Patienten postoperativ unüberwindbar sein. Die den Eingriff durchführenden Ärztinnen und Ärzte am Krankenhaus können zudem konkreter entscheiden, welche Hilfsmittelversorgung bzw. welches Hilfsmittel im individuellen Einzelfall sinnvoll erscheint und damit Fehlverordnungen verhindern. Aus Sicht der Patientinnen und Patienten ist eine „Versorgung aus einer Hand“ – wie auch in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung vorgesehen – daher überaus sinnvoll; folglich sollte eine Verordnungsmöglichkeit für Hilfsmittel durch Krankenhäuser in § 115b SGB V aufgenommen werden.

Ferner kann eine entsprechende Verordnungsmöglichkeit in § 115b SG V eine Regelungslücke zum Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a GB V schließen. Stationäre Fälle, die dem Entlassmanagement unterliegen, beinhalten eine Verordnungsmöglichkeit für Hilfsmittel. Führt die Prüfung eines stationären Falles durch den MD zur Einstufung, dass dieser nach § 115b SGB V hätte erbracht werden können, würde die Rechtsgrundlage für eine – bereits vorliegende und ggfs. erbrachte – Hilfsmittelverordnung/ -versorgung fehlen. Damit ist die mit dem stationären Fall verknüpfte Verordnung nicht mehr zulässig.

Änderungsvorschlag:

§ 115b Abs. 2 SGB V wird um folgenden Satz 7 ergänzt:

„***Soweit diese zur Sicherung des Behandlungserfolges erforderlich sind, können die Krankenhäuser Hilfsmittel nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 verordnen***.“

Anlage – Übersicht der Änderungsvorschläge zum Referentenentwurf

Nr.	Bezug	Regelungstext/ Inhalt	Anmerkung	Konkreter Änderungsvorschlag
1	Artikel 1 Nr. 28: a) § 64b Absatz 2 SGB V	Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen – Streichung Absatz 2/ Überführung der Modellvorhaben nach § 64b SGB V als Option in die Regelversorgung und -finanzierung sowie Anpassung der verpflichtenden Begleitevaluation nach § 65 SGB V	Die DKG begrüßt das Aufgreifen der positiven Evaluationsergebnisse zu den Modellvorhaben nach § 64b SGB V, hält eine bloße Entfristung jedoch nicht für zweckmäßig, da Modellvorhaben auf eine befristete Erprobung und anschließende Übernahme in die Regelversorgung ausgerichtet sind. Vorzugswürdig ist daher eine Überführung der erprobten Versorgungsformen als Optionsmodell (unter Einbeziehung der Psychosomatik und Beteiligung aller Krankenkassen) in die Regelversorgung und -finanzierung nach der Bundespflegesatzverordnung. Sollte dies kurzfristig nicht realisierbar sein, trägt die DKG die Entfristung als Kompromisslösung mit. Um die Fortführung bestehender und die Vereinbarung neuer Modelle nicht durch unverhältnismäßigen Aufwand zu gefährden, muss jedoch in jedem Fall die verpflichtende Begleitevaluation nach § 65 SGB V nach Abschluss bereits	§ 64b Absatz 2 SGB V bleibt in seinen bisherigen Sätzen 1 und 2 unverändert. Nach § 64b Absatz 2 Satz 2 SGB V werden die neuen Sätze 3 bis 5 angefügt: ***„Nach Abschluss eines Modellvorhabens nach Absatz 1 können die Krankenkassen und die weiteren Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren, dass das im Modellvorhaben erprobte sektorenübergreifende Versorgungsangebot ganz oder teilweise als Regelversorgung fortgeführt wird. Die Fortführung erfolgt außerhalb des Modellvorhabens und wird nach Maßgabe der Bundespflegesatzverordnung finanziert. Die Einzelheiten der Überführung, insbesondere zu Leistungsumfang, Finanzierung, Qualitätssicherung und***

			laufender Erstevaluationen für fortgeführte und neu vereinbarte Modellvorhaben nach § 64b SGB V entfallen.	***Datenerhebung, sind in der Vereinbarung festzulegen.“*** § 65 SGB V werden folgende Sätze 3 und 4 angefügt: ***„Für Modellvorhaben nach § 64b Absatz 1 gilt Satz 1 nicht bei einer Verlängerung oder unbefristeten Fortführung nach Vorlage eines ersten Auswertungsberichts sowie bei neu vereinbarten Modellvorhaben. Bereits vor dem 01.01.2026 begonnene wissenschaftliche Begleitungen und Auswertungen von Modellvorhaben nach § 64b Absatz 1 werden nach Maßgabe der bestehenden Vereinbarungen abgeschlossen.“***
2	Artikel 1 Nr. 29: § 64f SGB V	Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung in der Physiotherapie im Direktzugang: Vertragspartner und Schiedsmechanismus	Es sollte unmissverständlich geregelt sein, dass Vertragspartner auch Verbände von Leistungserbringern sein können. Es fehlt außerdem eine Regelung für einen verbindlichen Schiedsmechanismus.	§ 64f Absatz 1 Satz 1 SGB V wird wie folgt ergänzt: *„Die Krankenkassen und ihre Verbände **und die Leistungserbringer und ihre Verbände** können Vereinbarungen nach § 64 Abs. 1 über Leistungen der Physiotherapie schließen.“* Zudem bedarf es der **Ergänzung einer Frist und eines Schiedsmechanismus** vergleichbar zu § 64d SGB V.

3	<u>Artikel 1 Nr. 38:</u> § 73d SGB V i.V.m. § 112a Absatz 3 SGB V	Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung	Für den Krankenhausbereich fehlt eine analoge Regelung wie sie für den ambulanten Sektor nach § 73d SGB V geplant ist, mit der zukünftig vertragslose Zustände verhindert werden sollen.	§ 112a Absatz 3 SGB V wird um folgenden Satz 2 ergänzt: ***„Endet ein Vertrag und besteht Anspruch auf Abschluss eines neuen Vertrags, so gilt der bisherige Vertrag bis zum Abschluss eines neuen Vertrages oder bis zur Entscheidung der Schiedsstelle gemäß Satz 1 vorläufig weiter.“***
4	<u>Artikel 1 Nr. 49:</u> § 92a SGB V	Absenkung der Finanzierung des Innovationsfonds ab dem Jahr 2027 dauerhaft auf 75 Millionen Euro pro Jahr	Es handelt sich um die dritte Kürzung der jährlichen Fördersumme des Innovationsfonds innerhalb eines Jahres. Bereits mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz wurde die Fördersumme im Juni auf 100 Mio. Euro jährlich reduziert, obwohl sich die FinanzKommission Gesundheit für ein jährliches Fördervolumen von 150 Mio. Euro ausgesprochen hatte. Mit der weiteren Kürzung stünden nur noch 50 % des vorgeschlagenen Volumens zur Verfügung. Gleichzeitig soll ein Zukunftsfonds mit eigenen administrativen Strukturen eingerichtet werden, der u. a. der Weiterentwicklung sektorenübergreifender Versorgungsangebote dienen soll, jedoch keine Beteiligung der Krankenhäuser vorsieht. Die geplante weitere Reduktion wird deshalb abgelehnt. Mindestens ist	Streichung

			eine Vertretung der Krankenhäuser im Digital Health Council erforderlich.	
5	Artikel 1 Nr. 68: b) § 118 Absatz 3 Sätze 5-8 SGB V	Befristete Möglichkeit einer hausärztlichen Überweisung in psychosomatische Institutsambulanzen und Überprüfung der Vereinbarung	Die DKG begrüßt ausdrücklich die vorgesehene Öffnung des Überweisungserfordernisses für Hausärztinnen und Hausärzte, da diese aufgrund ihrer kontinuierlichen Begleitung und ihrer Erfahrung in der psychosomatischen Grundversorgung den Behandlungsbedarf ihrer Patientinnen und Patienten gut einschätzen können. Zugleich sollte das Überweisungserfordernis grundsätzlich auf seine Erforderlichkeit überprüft werden und vollständig entfallen, zumal es laut Begründung zum Referentenentwurf ein wesentliches Zugangshindernis darstellt und die Behandlungsnotwendigkeit nach § 5 Absatz 2 der PsIA-Vereinbarung ohnehin regelmäßig durch die Ambulanzen überprüft wird. Sollte am Überweisungserfordernis festgehalten werden, ist die Überweisungsmöglichkeit durch Hausärztinnen und Hausärzte dauerhaft vorzusehen. Eine Evaluation bleibt sinnvoll, allerdings sollte die Frist	§ 118 Absatz 3 Satz 2 und 3 wird gestrichen. Nach § 118 Absatz 3 Satz 1 werden die folgenden Sätze angefügt: ***„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung überprüfen die Festlegung der Gruppe der Patienten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung der ambulanten Behandlung durch eine Einrichtung nach Satz 1 bedürfen, und teilen dem Bundesministerium für Gesundheit das Ergebnis der Überprüfung bis zum … [einsetzen: letzter Tag des achten Monats nach Inkrafttreten] mit.“*** Hilfsweise werden nach § 118 Absatz 3 Satz 3 die folgenden Sätze angefügt: ***„Die Überweisung kann auch durch einen Hausarzt erfolgen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen evaluiert die Auswirkungen der***

			für den Bericht angesichts der verzögerten Verfügbarkeit der Abrechnungsdaten und der notwendigen Anlaufzeit der Neuregelung um mindestens ein Jahr verlängert werden.	***Überweisungsmöglichkeit nach Satz 5 auf die Versorgung der Versicherten und die Ausgaben der Krankenkassen und berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des 29. Kalendermonats nach Inkrafttreten] über die Ergebnisse der Evaluation. Die Krankenkassen und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen stellen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Anforderung die hierfür erforderlichen Leistungsdaten in anonymisierter Form zur Verfügung. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung überprüfen die Festlegung der Gruppe der Patienten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung der ambulanten Behandlung durch eine Einrichtung nach Satz 1 bedürfen, und teilen dem Bundesministerium für Gesundheit das Ergebnis der Überprüfung bis zum … [einsetzen:***

				letzter Tag des achten Monats nach Inkrafttreten] mit.“
6	Artikel 1 Nr. 72: c) § 120 Absatz 5 SGB V	Einführung eines Pauschalabzuges von 1% der Rechnungssumme bei nicht fristgerechtem Abschluss der Vereinbarung nach § 120 Absatz 3 Satz 3 SGB V	Beabsichtigte pauschale Rechnungskürzung wird abgelehnt, da sie eine einseitige Sanktionierung der Leistungserbringerseite darstellt, Fehlanreize auf Seiten der Krankenkassen schafft, unangemessen und unverhältnismäßig ausgestaltet ist, wegen der Verwendung unbestimmter Rechtsbegriffe nicht die Rechtssicherheit fördert und die Misstrauenskultur zu Lasten der Leistungserbringer fördert.	Ersatzlose Streichung des beabsichtigten § 120 Absatz 5 SGB V.
7	Artikel 1 Nr. 127: § 299 Abs. 1b (neu) SGB V	Einmalige Datenerhebungen und Datenübermittlungen in der Qualitätssicherung (Once-Only-Prinzip) und Einrichtung einer verfahrensübergreifenden zentralen Datenannahmestelle (One-Stop-Shop-Verfahren) / Aufwandsarme Datenbereitstellung, Abschaffung von Mehrfachmeldungen, vorrangige Verwendung von Routinedaten und zentrale Datenverfügbarkeit für die Qualitätssicherung	Die Vorschläge werden grundsätzlich begrüßt und würden insbesondere für die Strukturqualitätsrichtlinien des GBA einen deutlichen Bürokratieabbau bedeuten. Auch die Richtlinie zur Sicherung der Qualität der Versorgung in Kreißsälen, die von einem Krankenhaus betrieben und von einer in dem Krankenhaus angestellten Hebamme geleitet werden, die Richtlinie zur Sicherung der Qualität der Versorgung in Krankenhäusern bei der Erkennung und Behandlung von Patienten mit Mangelernährung sowie die zukünftige Richtlinie zur Weiterentwicklung des Transparenzverzeichnisses sollte von den vorgesehenen Vereinfachungen	Änderungen in § 299 Absatz 1 Satz 1 SGB V: Ergänzung zur Berücksichtigung der Richtlinien des GBA nach 135d Absatz 5 SGB V, 136a Absatz 7 SGB V und 136a Absatz 8 SGB V. Änderungen in § 299 Absatz 1b (neu) SGB V: Ausschluss der Richtlinie des GBA über verpflichtende Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.

			profitieren. Für die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung des GBA ist der Vorschlag einer zentralen Datenannahmestelle jedoch ungeeignet, da es hier keine redundanten Mehrfachmeldungen, bereits eine zentrale Datenverfügbarkeit besteht und der Wegfall der dezentralen Datenannahmestellen (LAG) den für die hohe Datenqualität unverzichtbaren Support der Krankenhäuser abschneiden würde.	
8	Artikel 1 Nr. 128: § 301 SGB V	Übermittlung von Voraufenthalten (und Fallzusammenführung)	Die beabsichtigte Übermittlung von Voraufenthalten von Kassen an Krankenhäuser ist sinnvoll und begrüßenswert, sofern damit beabsichtigt wird, Verlegungen aus vorangegangenen Aufenthalten <24h vor vollstationärer Aufnahme sachgerecht zu erfassen. Unabhängig hiervon ist die Datenübermittlung bei bestehenden Verlegungsfällen ausdrücklich von der mit dem GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz eingeführten und ab dem 1. Januar 2028 anzuwendenden krankenhausübergreifenden Fallzusammenführung nach § 8 Absatz 5	Die vorgesehene Regelung ist auf die sinnvolle Maßnahme einer verpflichtenden Mitteilung zu Verlegungen binnen 24h einzuschränken. § 301 Absatz 2b (neu) SGB V wird daher wie folgt ergänzt: *„Krankenkassen haben einem nach § 108 zugelassenen Krankenhaus nach einer Verlegung* ***ihnen vorliegende*** *Angaben zur stationären Aufenthaltsdauer* ***und des Entlasszeitpunktes*** *des vorherigen Aufenthaltes eines Patienten oder einer Patientin unverzüglich zu übermitteln, sobald ihnen das Krankenhaus anzeigt, dass es den Patienten oder die Patientin zur Behandlung aufgenommen hat* ***und eine Entlassung aus einem anderen***

			Satz 1 Nummer 2 KHEntgG zu unterscheiden. Danach sollen Krankenhausaufenthalte auch dann zu einem Fall zusammengeführt und neu eingruppiert werden, wenn eine erneute Aufnahme innerhalb von 30 Kalendertagen nach dem Aufnahmedatum eines vorangegangenen Krankenhausaufenthalts erfolgt und die erbrachten Leistungen derselben Hauptdiagnosegruppe (MDC) zuzuordnen sind. Diese Verpflichtung soll auch bei Behandlungen in unterschiedlichen Krankenhäusern gelten. Die DKG lehnt diese grundlegende Veränderung der bisherigen Vergütungssystematik entschieden ab und fordert daher, die gesetzlich vorgesehene krankenhausübergreifende Fallzusammenführung zurückzunehmen und zur ursprünglichen Regelung eines ergebnisoffenen Prüfauftrags an die Vertragsparteien auf Bundesebene zurückzukehren.	***Krankenhaus binnen 24h vor der gemeldeten Aufnahme bekannt ist**. Die Übermittlung nach Satz 1 hat im Wege elektronischer Datenübertragung zu erfolgen."* Die **Gesetzesbegründung** wäre entsprechend auf die 24-Regelung einzugrenzen.
9	<u>Artikel 2 Nr. 3 und 4:</u> §§ 137f und 137g SGB V sowie verschiedene Anpassungen in der Risikostruktur-	Mit den Änderungen werden Krankenkassen zukünftig verpflichtet, für alle vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) mit entsprechenden Anforderungen konkretisierten Krankheiten flächendeckend	Das Anliegen des Gesetzgebers, die Umsetzung von strukturierten Behandlungsprogrammen zu befördern, wird begrüßt. Insbesondere für die erst in jüngerer Zeit vom GBA konkretisierten Krankheiten wurden Programme in der Versorgung nur unzureichend bis gar	In § 137f Absatz 7 Satz 1 SGB V wird das Wort „*können*" durch das Wort „***sollen***" ersetzt.

	Ausgleichsverordnung (Artikel 15 und 16)	strukturierte Behandlungsprogramme (“DMP“) für ihre Versicherten anzubieten. Um dies zu ermöglichen, wurden eine ganze Reihe von Änderungen in den Vorschriften vorgenommen, die eine Umsetzung deutlich vereinfachen sollen.	nicht umgesetzt. Die im Gesetz nunmehr aufgenommene Verpflichtung zur Umsetzung und die gleichzeitig vorgenommenen diesbezüglichen Vereinfachungen lassen die Hoffnung zu, dass sich die Umsetzung in der Versorgungspraxis verbessern wird. Viel wird allerdings davon abhängen, dass sich speziell im ambulanten Versorgungsbereich genügend Leistungserbringer dafür finden, dies insbesondere vor dem Hintergrund der Verpflichtung zu einem flächendeckenden Angebot. Die öffentliche Diskussion zeigt, dass hier insbesondere im Bereich der fachärztlichen Versorgung Lücken zu erwarten sind. Dies stünde einer erfolgreichen Umsetzung unzweifelhaft entgegen. Insofern erscheint es zielführend und ratsam, hier die Möglichkeiten eines bedarfsgerechten Einbezugs ambulanter fachärztlicher Versorgung durch Krankenhäuser stärker zu betonen, beispielsweise durch die Änderung der „Kann“-Vorschrift in § 137f Absatz 7 SGB V in eine „Soll“-Vorschrift.	
10	Artikel 3 Nr. 7: § 18b (neu) KHG; ferner § 9 Abs. 2 KHEntgG	Mit dem neuen § 18b KHG soll die Bundeskrankenhausschiedsstelle eingeführt werden.	§ 18b KHG überführt die bisherigen Regelungen zur Bundesschiedsstelle in eine eigenständige Vorschrift; während Aufgaben, Besetzung und zentrale	§ 18b Abs. 2 Satz 1 ist wie folgt zu ergänzen: *„Die Bundeskrankenhausschiedsstelle gibt sich unter Beachtung der*

			Grundsätze weitgehend fortgeführt werden, wird die Vereinbarungskompetenz von GKV-SV und DKG künftig durch mögliche Rechtsverordnungen des BMG begrenzt. Neu ist insbesondere, dass sich die Schiedsstelle ihre Geschäftsordnung selbst geben soll, ohne dass der Entwurf ein Übergangsverfahren für deren erstmaligen Erlass vorsieht. Zudem fehlen die bisherige Fortgeltungsregelung der Vereinbarung bis zum Erlass einer Rechtsverordnung und eine Frist für deren Erlass, sodass bis zu einer Neuregelung unklar bleiben kann, welche Verfahrensregeln gelten; deshalb sollte eine ausdrückliche Übergangs- und Auffangregelung geschaffen werden.	*Vereinbarung nach Absatz 3 eine Geschäftsordnung;* ***dieser Beschluss wird auf Grundlage der bisherigen Geschäftsordnung getroffen****."* § 18b Abs. 3 ist wie folgt zu ergänzen: *„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren das Nähere über Erstattung der baren Auslagen, die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder, die Verfahrensgebühren sowie über die Verteilung der Kosten, soweit dies nicht vom Bundesministerium für Gesundheit* ***bis zum [2 Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes]*** *durch Rechtsverordnung nach Absatz 4 geregelt wurde. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft können das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung der Mitglieder, die Geschäftsführung und das Verfahren regeln, soweit dies nicht vom Bundesministerium für Gesundheit* ***bis zum [2 Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes]*** *durch Rechtsverordnung nach Absatz 4 geregelt wurde.* ***Bis zum Erlass der Rechtsverordnung sowie der Vereinbarungen nach Satz 1 und 2 gilt die auf Grundlage des § 18a Abs. 6 Satz***

				8 KHG in der bis zum [einsetzen: Datum des Inkrafttretens des Gesetzes] geltenden Fassung getroffene Vereinbarung des Spitzenverbandes Bund der gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft fort.“
			Darüber hinaus besteht weiterer Regelungsbedarf im Bereich der Festsetzung der Bundeskrankenhausschiedsstelle von Amts wegen. Nach § 9 Absatz 2 KHEntgG ist die aktuelle Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG – zukünftig Bundeskrankenhausschiedsstelle nach § 18b KHG (siehe oben) – zur Entscheidung berufen, wenn die Vertragsparteien auf Bundesebene sich nicht über die Vereinbarung des Fallpauschalen-Katalogs nach § 17b Absatz 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Bewertungsrelationen etc. oder den Katalog ergänzender Zusatzentgelte nach § 17b Absatz 1 Satz 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Vergütungshöhe einigen können. Für den Zeitraum vor dem 15.11. eines Jahres ermöglicht Satz 5 der Regelung den Vertragsparteien auf	*§ 9 Absatz 2 Satz 6 wird wie folgt neu gefasst:* ***„Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 Nummer 1 oder 2 bis zum 31. Oktober eines Jahres nicht oder teilweise nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle abweichend von den Sätzen 1 und 5 ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von vier Wochen.“***

			Bundesebene derzeit, bei der Schiedsstelle aktiv die Festsetzung zu beantragen. Für den Zeitraum ab dem 15.11. eines Jahres sieht der derzeit geltende Satz 6 eine Entscheidung der Schiedsstelle von Amts wegen „zum 15.11.“ vor. Dies ist für die Schiedsstelle, aber auch die beteiligten Vertragsparteien, faktisch unmöglich. Denn die Schiedsstelle kann Beschlüsse nur im Rahmen einer mündlichen Verhandlung treffen, und schon durch die Vorbereitung derer, einschließlich der Ladung unter Einhaltung von Ladungsfristen und der Abgabe von Stellungnahmen durch die Vertragsparteien kann eine Entscheidung „zum 15.11.“ nicht erfolgen. Die Einhaltung dieses Zeitpunktes ist für die Schiedsstelle und sämtliche Beteiligten objektiv unmöglich. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hält es deshalb für dringend erforderlich, Satz 6 der Regelung so auszugestalten, wie es auch schon für andere Amtsverfahren der Schiedsstelle – unter anderem in derselben Regelung – vorgesehen ist. Danach wäre ein Zeitpunkt „X“ zu bestimmen, ab dem die Schiedsstelle ihre Entscheidung innerhalb eines gesetzlich vorgegebenen	

			maximalen Zeitraumes zu treffen hat. Dieser Zeitpunkt kann nicht der 15.11. sein, denn unter Zugrundelegung von mindestens vier Wochen, innerhalb derer die Entscheidung herbeizuführen ist, wäre es dann schon Mitte Dezember für die Festsetzung des Entgeltsystems und damit zu spät für die Umsetzung in der Praxis.	



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