

## Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum

**Kabinettsentwurf eines Gesetzes zur Anpassung  
der Krankenhausreform  
(Krankenhausreformanpassungsgesetz KHAG)**

**Stand des Gesetzes: 08.10.2025**

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument  
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>1. Allgemeiner Teil .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Kommentierung des Gesetzes .....</b>	<b>6</b>
• Zu Artikel 1 Nummer 3 § 135d SGB V .....	6
• Zu Artikel 1 Nummer 4 § 135e SGB V .....	11
• Zu Artikel 1 Nummer 5 § 135f SGB V .....	15
• Zu Artikel 1 Nummer 7a) § 136c SGB V .....	16
• Zu Artikel 1 Nummer 11a) § 275a SGB V .....	18
• Zu Artikel 1 Nummer 14a) § 427 SGB V .....	20
• Zu Artikel 2 Nummer 2 § 6a KHG .....	21
• Zu Artikel 2 Nummer 5 § 12b KHG .....	24
• Zu Artikel 2 Nummer 6 § 13 KHG .....	26
• Zu Artikel 2 Nummer 11a) § 40 Absatz 2 KHG .....	27
• Zu Artikel 3 Nummer 2 § 1 KHEntgG .....	29
• Zu Artikel 3 Nummer 6b) § 6b Absatz 2 KHEntgG .....	30
• Zu Artikel 3 Nummer 10b) § 10 Absatz 6 KHEntgG .....	31
• Zu Artikel 4 Nummer 2b) § 3 Absatz 1 Satz 1 KHTFV .....	33
• Zu Artikel 4 Nummer 3 § 4 KHTFV .....	34
<b>3. Ergänzender Änderungsbedarf .....</b>	<b>35</b>
• Aussetzen der Meistbegünstigungsklausel und der Tarifrefinanzierung .....	35
• §§ 279 und 282 SGB V (Neuregelung Mandatsbegrenzung) .....	37

## 1. Allgemeiner Teil

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) teilt das ursprüngliche zentrale Ziel der Krankenhausreform, eine zukunftsfähige Krankenhausstruktur auf Grundlage bundesweit einheitlicher Qualitätsstandards in der Krankenhausversorgung zu schaffen und somit die Patientensicherheit zu verbessern sowie die personellen und wirtschaftlichen Ressourcen zielgerichteter einzusetzen. Mit dem am 08.10.2025 vom Bundeskabinett beschlossenen Entwurf des Krankenhausreformanpassungsgesetzes (KHAG) kann das Ziel jedoch nicht erreicht werden. In dem nunmehr vorliegenden Kabinettsentwurf wird an den weitreichenden Ausnahmeregelungen bei den Mindestqualitätsvorgaben für die Länder bei der Zuweisung von Leistungsgruppen festgehalten, die von Seiten zahlreicher Experten schon vielfach kritisiert wurden. Zudem wurden weitere Lockerungen vorgenommen. Bei der Patientensicherheit darf es jedoch keine Abstriche geben. Der vdek empfiehlt deshalb eine grundlegende Überarbeitung des Entwurfs.

Insbesondere die weitreichenden Kooperationsmöglichkeiten, mit denen Krankenhäuser z. B. fehlendes Fachpersonal kompensieren sollen, tragen zu einer Verwässerung der ursprünglichen Reform bei. Das ist sowohl in monetärer Hinsicht als auch mit Blick auf die knappen Personalressourcen hochgradig ineffizient. Der vdek befürwortet bedarfsgerechte und damit gezielte Kooperationen und Netzwerkbildung unter Krankenhäusern. Jedoch können die aktuell vorgesehenen Regelungen dazu genutzt werden, Qualitätsanforderungen zu unterlaufen, sodass notwendige Konzentrations- und Spezialisierungseffekte ausbleiben. Wenn der Gesetzgeber Krankenhäuser mit Hilfe von Kooperationen befähigen will, Qualitätsvorgaben zu erreichen, sollte eine Kooperation nur mit einem Partnerkrankenhaus möglich sein, das die Qualitätskriterien volumnäglich selbst erfüllt. Dabei sollte die Anzahl an Kooperationen, die ein Krankenhaus anderen Häusern anbietet, transparent gemacht und anhand der vorhandenen Ressourcen begrenzt werden. Zudem sollte die Regelung analog den Ausnahmeregelungen auf maximal drei Jahre befristet werden, damit für das die Kooperation initiiierende Haus ein Anreiz besteht, die Standards zügig zu erreichen. Für die Kooperationsvereinbarungen sollten auf der Bundesebene einheitliche Mindestanforderungen definiert werden, die verbindlich anzuwenden und durch den Medizinischen Dienst (MD) zu überprüfen sind.

Weiterhin fehlen sinnvolle gesetzliche Erreichbarkeitsvorgaben der Kliniken je nach Leistungsgruppe und Versorgungsstufe als verpflichtendes Planungskriterium. Die aktuelle Ausnahmeregelung, nach der Länder auf Basis des unbestimmten Kriteriums der sicherzustellenden flächendeckenden Versorgung Standorte festlegen können, kann willkürlich und damit länderindividuell ausgelegt werden. Erreichbarkeiten sind dagegen objektive, eindeutig zu definierende und für die Versorgung relevante Entscheidungsparameter, die differenziert angewendet werden müssen. Notfälle müssen innerhalb kürzester Zeit flächendeckend versorgt werden können, wohingegen für seltene und hochspezialisierte Behandlungen wie eine Organtransplantation andere

Erreichbarkeitsvorgaben gelten können. Kritisch ist in diesem Zusammenhang auch, dass die Länder von den bundesweit festgelegten Mindestvorhaltezahlen abweichen können, ohne dass der tatsächliche Bedarf dabei eine Rolle spielt. Auch werden Krankenkassen auf Landesebene nicht in die Entscheidung über diese Ausnahmeregelungen eingebunden. Der vdek schlägt vor, dass Erreichbarkeitsvorgaben mit bundeseinheitlich für jede Leistungsgruppe definierten Fahrtzeitminuten von den Ländern anzuwenden sind. Abweichungen von Mindestvorhaltezahlen sollten zudem nur im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen erfolgen dürfen.

Der vdek erkennt an, dass die Bundesregierung Befürchtungen einer zu weiten Auslegung der Ausnahmeregelungen durch die Länder ernst nimmt. Dass es künftig das Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen braucht, wenn Leistungsgruppen an Krankenhäuser zugewiesen werden sollen, die die dafür notwendigen Mindestqualitätskriterien (noch) nicht erfüllen, ist ein richtiger Schritt. Dies wird aber aufgrund der starken Aufweichung der Qualitätsvorgaben kaum Relevanz entfalten können. So eröffnet z. B. die landesbezogene Definition der Fachkliniken den Ländern viel Spielraum für die Standortkonservierung. Nach Auffassung des vdek braucht es eine bundesweit einheitliche vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu erarbeitende Definition von Fachkliniken, mit der ein Flickenteppich von Länderdefinitionen vermieden wird. Sie sollte eng auf spezialisierte Bereiche wie z. B. die Versorgung von Schwerbrandverletzten begrenzt sein. Weit verbreitete Leistungsbereiche wie die Endoprothetik sollten dagegen keine eigene Planungskategorie rechtfertigen.

Die geänderte Finanzierung des Transformationsfonds aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität (SVIK) statt zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist positiv zu bewerten. Allerdings müssen die Krankenkassen für die Folgekosten aus Vorhaben des Transformationsfonds aufkommen, da die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) für die Betriebskostenfinanzierung verantwortlich ist. Vor diesem Hintergrund ist es nicht nachvollziehbar, dass Entscheidungen über förderungsfähige Vorhaben künftig nicht mehr zwingend im Einvernehmen mit den Krankenkassen erfolgen müssen.

Die Ausgaben für die stationäre Versorgung sind in den vergangenen zehn Jahren um rund 50 Prozent gestiegen und weisen weiterhin Steigerungsraten auf, die deutlich über den Einnahmen der GKV liegen. Der Bundesgesetzgeber hat mit dem „kleinen Sparpaket“ bereits Maßnahmen ergriffen, um das Ausgabenwachstum zu dämpfen. So soll mit dem Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege unter anderem die Meistbegünstigungsklausel für das Jahr 2026 ausgesetzt werden. Der vdek fordert, auch für die Folgejahre auf die Meistbegünstigungsklausel zu verzichten. Die Krankenhäuser erhalten trotzdem eine ausreichende Finanzierung, da der Orientierungswert ihre tatsächlichen Kostensteigerungen abbildet. Allerdings wird die Sparmaßnahme durch die Regelungen zur vollständigen Tarifrefinanzierung konterkariert. Nach Schätzung des vdek wird dies für das Jahr 2026 ein Ausgabenplus von

500 Millionen Euro für die Krankenkassen bedeuten und somit die angestrebte Einsparung von 1,8 Milliarden Euro erheblich verringern. Deshalb sollte auch die vollständige Tarifrefinanzierung für die nachfolgenden Jahre ausgesetzt werden.

Insgesamt werden grundlegende Veränderungen an den Krankenhausstrukturen, ohne die die Kliniken auf Dauer nicht wirtschaftlich zu betreiben sind, durch das Gesetz nicht erreicht werden können. Das betrifft auch die geplante Vorhaltefinanzierung. Sie darf nicht dazu dienen unwirtschaftliche Strukturen am Leben zu erhalten, sondern muss tatsächlich für die Versorgung benötigten Häusern Fehlanreize zur Fallzahlsteigerung nehmen. Aus Sicht des vdek muss daher der Umbau zu einer neuen, bedarfsgerechten Krankenhauslandschaft zwingend vor der Einführung der Vorhaltefinanzierung erfolgen. Der Transformationsfonds sollte ebenfalls nur für die Finanzierung bedarfsnotwendiger und qualitätsorientierter Krankenhausstandorte eingesetzt werden.

Ergänzend zur Regelungsmaterie des Gesetzentwurfs fordert der vdek eine Anpassung der Regelungen zur Begrenzung von Ehrenämtern der kassenseitigen Vertreter:innen in den Verwaltungsräten der MD. Hier sollte eine Gleichstellung mit anderen Beteiligten erfolgen. Nur für die Vertreter:innen der Krankenkassen geltenden aktuell Beschränkungen hinsichtlich Zahl und Dauer der Ämter (maximal zwei Ämter und maximal zwei Amtsperioden). In der Praxis führen diese Regelungen jedoch zu erheblichen Einschränkungen in der demokratischen Mitwirkung und zu Kompetenzverlusten in der Gremienarbeit. Die Begrenzung der Amtszeiten erschwert es, erfahrene und eingearbeitete Mitglieder langfristig einzubinden. Das beeinträchtigt die Kontinuität und Qualität der Entscheidungsfindung und schwächt die Selbstverwaltung insgesamt. Für die im Jahr 2026 beginnende Phase der Neubesetzung der Verwaltungsräte birgt sie die Gefahr, dass es zukünftig zu personellen Engpässen bei der Besetzung kommen könnte, insbesondere, wenn erfahrene Mitglieder durch starre Begrenzungen ausscheiden müssen, obwohl sie weiterhin zur Verfügung stünden.

Die ausführliche Kommentierung des Gesetzes erfolgt nachstehend.

## 2. Kommentierung des Gesetzes

Zu Artikel 1 Nummer 3

§ 135d SGB V

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Neuregelung sieht die Streichung der Übergangsregelung in § 135d Absatz 3 Satz 3 SGB V zur Veröffentlichung von Leistungsgruppen im Bundes-Klinik-Atlas und mehrere Folgeanpassungen aufgrund der Streichung der Leistungsgruppe Notfallmedizin aus der Anlage 1 vor. Außerdem wurde der Absatz 4 mit Bezug zu den Fachkrankenhäusern grundlegend umgestaltet. Die Voraussetzung eines Versorgungsanteils von mindestens 80 Prozent in höchstens vier Leistungsgruppen wird gestrichen. Stattdessen wird als Voraussetzung für die Ausweisung eines Krankenhausstandortes als Fachkrankenhaus festgelegt, dass diese erstens eine Spezialisierung nach Erkrankungen, nach Krankheitsgruppen oder nach Leistungsspektrum vorweisen muss. Dabei kann das Fachkrankenhaus auch auf mehrere der genannten Bereiche spezialisiert sein. Zweitens muss der Krankenhausstandort einen relevanten Versorgungsanteil in diesem Bereich leisten. Drittens muss der Standort im Krankenhausplan des jeweiligen Landes als Fachkrankenhaus ausgewiesen sein. Die Zuordnung eines Krankenhausstandortes als Fachkrankenhaus ist von den Ländern zu begründen.

### **Bewertung**

Die Streichung der Leistungsgruppe Notfallmedizin ist an dieser Stelle nachvollziehbar, weil nicht mehr auf sie verwiesen werden kann. Allerdings hat der Gesetzgeber keine Alternative angeboten, was nicht sachgerecht bei der Einteilung der Kliniken in verschiedene Versorgungsstufen ist. Das zeigt sich besonders deutlich bei der Versorgungsstufe des Level 1, der niedrigsten Versorgungsstufe. Dort gibt es sogenannte sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (SÜV) vom Typ Level 1i und Kliniken mit dem Level 1n, wobei das „n“ für Notfallversorgung steht. Wenn nun aber nicht mehr sichergestellt ist, dass diese Kliniken auch wirklich an der Notfallversorgung teilnehmen, werden Nutzer:innen des Bundes-Klinik-Atlas in die Irre geführt, was insbesondere bei Notfällen weitreichende Folgen für die Gesundheit von Patient:innen haben kann. Mindestens also bei dieser Versorgungsstufe sollte eine Ergänzung erfolgen, dass Kliniken nur dann als Level 1n-Kliniken im Bundes-Klinik-Atlas deklariert werden, wenn diese auch tatsächlich die Kriterien für die Basisnotfallstufe der

G-BA-Richtlinie erfüllen. Bei den Kliniken der höheren Versorgungsstufe besteht diese Gefahr nicht so sehr, da davon auszugehen ist, dass sie bei der vom Gesetz geforderten Zusammensetzung an Leistungsgruppen ohnehin eine Notfallversorgung gewährleisten können.

Die vorgesehene Neufassung der Definition von Fachkliniken bleibt weit hinter den gesteckten Zielen der Krankenhausreform zurück. Statt dringend

benötigter Klarheit wird lediglich der Status quo zementiert. Die Streichung des bisherigen Versorgungsanteils von 80 Prozent in höchstens vier Leistungsgruppen ändert daran nichts Wesentliches – die Definition bleibt inhaltsleer. Zwar wird nun formal auf eine vermeintliche Leistungsspezialisierung in diversen Formen und einen „relevanten Versorgungsanteil“ verwiesen, doch bleiben die Begriffe unspezifisch. So ist unklar, wie hoch ein relevanter Versorgungsanteil konkret sein muss. Ebenso ist unklar, wie ausgeprägt eine Spezialisierung sein muss. Die pauschale Bezugnahme auf bestimmte Erkrankungen, Krankheitsgruppen oder Zielpopulationen öffnet der Beliebigkeit der Länder alle Möglichkeiten der Anwendung.

Diese begriffliche Unschärfe wird durch die geplante Verwässerung der Mindestqualitätsvorgaben in § 135e SGB V weiter verschärft. Die Ausweitung von Kooperationsmöglichkeiten – insbesondere für Fachkliniken – untergräbt jede Chance auf ein verlässliches und vergleichbares Qualitätsniveau in Fachkliniken. Der vdek lehnt dies ab, da so das Qualitätsniveau in Fachkliniken für Patient:innen nicht mehr sichergestellt werden kann. Die Kombination aus unklaren Definitionen und abgeschwächten Mindestqualitätsstandards schafft für die Länder einen enormen Interpretations- und Handlungsspielraum. Bereits heute werden Fachkrankenhäuser je nach Bundesland nach völlig unterschiedlichen Kriterien in den Krankenhausplänen ausgewiesen. Anstatt dieser Problematik entgegenzutreten, zementiert die vorgesehene Regelung die föderale Beliebigkeit und liefert zugleich die Möglichkeit für eine gezielte Umgehung der angestrebten Versorgungskonzentration, indem die vorhandenen Strukturen nur fortgeschrieben werden. Bestrebungen nach einer bloßen Konservierung von Strukturen zeichnen sich schon heute in einzelnen Bundesländern ab. Hinzu kommt, dass der enorme Interpretationsspielraum auch die Möglichkeit eröffnet, dass Krankenhäuser von den Landesbehörden vorsorglich als Fachklinik ausgewiesen, um beispielsweise eine Schließung oder einer Umwandlung in andere Versorgungsformen zu umgehen. Wir sehen die Gefahr, dass die Aufweichung von den Ländern genutzt wird, um Wackelkandidaten vorsorglich als Fachklinik zu deklarieren. Ebenso ist es ein Fakt, dass einzelne Länder schon jetzt die bestehenden Interpretationsspielräume nutzen, um Strukturen zu konservieren. Der weite Interpretationsspielraum wird lediglich kaschiert durch eine symbolische Begründungspflicht und einem unverbindlichen Appell nach einer möglichst bundeseinheitlichen Umsetzung. Das entspricht nicht der bisherigen und zukünftigen Planungsrealität der Länder.

Mit den Reformzielen einer Versorgungskonzentration und –spezialisierung sowie einer qualitativ hochwertigen Versorgung, darf die Definition von Fachkliniken in dem vorgesehenen Umfang nicht den Ländern überlassen werden. Es braucht eine konkrete bundeseinheitliche Festlegung zur Identifikation der Fachkrankenhäuser. Dabei müssen die eindeutigen Voraussetzungen für die Spezialisierung des Leistungsportfolios und für den relevanten Versorgungsanteil in den jeweiligen Bereichen (Versorgungskonzentration) festgelegt werden. Die fachliche Expertise ist hierfür beim G-BA vorhanden, weshalb dieser gesetzlich beauftragt werden sollte, Fachkliniken zu definieren.

## Änderungsvorschlag

1. § 135d Absatz 4 Satz 2 Nummer 4 wird wie folgt geändert:

„4. Versorgungsstufe „Level 1n“, wenn an ihm Leistungen aus mindestens der Leistungsgruppe Allgemeine Innere Medizin, der Leistungsgruppe Allgemeine Chirurgie sowie der Leistungsgruppe Intensivmedizin erbracht werden **und es darüber hinaus mindestens die §§ 8 bis 12 der Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.05.2018 B4), der durch den Beschluss vom 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2) geändert worden ist erfüllt oder wenn es sich um ein in den Sätzen 3 oder 4 genanntes Krankenhaus handelt, das noch nicht der Versorgungsstufe „Level F“ oder „Level 1i“ zugeordnet wurde“.**

2. § 135d Absatz 4 Satz 3 wird wie folgt geändert:

„**3Fachkrankenhäuser, die sich auf die Behandlung einer bestimmten Erkrankung, Krankheitsgruppe oder Personengruppe spezialisiert haben und einen relevanten Versorgungsanteil in diesem Bereich leisten, werden von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet, wenn sie die Vorgaben gemäß § 136c Absatz 3a (neu) SGB V erfüllen.**“

3. Ebenso wird eine Änderung des § 135e Absatz 4 Satz 2 vorgeschlagen, die auch im Zusammenhang mit dem Änderungsvorschlag für Fachkliniken zu verstehen ist. Siehe hierfür Bewertung und Änderungsvorschlag zu § 135e SGB V (Artikel 1, Nummer 4)].

4. § 136c Absatz 3a wird eingefügt:

**„§ 136c Absatz 3a SGB V (neu) – Richtlinie zur Definition von Fachkrankenhäusern**

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt erstmals bis zum [Datum einfügen] bundeseinheitliche Vorgaben zur Definition von Fachkrankenhäusern. Er hat dabei insbesondere Voraussetzungen an Leistungsvolumina, Versorgungskonzentration und Leistungsspezialisierung festzusetzen.

(2) Ergänzend zu Absatz 1 kann der Gemeinsame Bundesausschuss Kriterien zur Definition von Fachkrankenhäusern festlegen, die sich vorrangig auf die Behandlung bestimmter Personengruppen spezialisiert haben. Dabei sind insbesondere Standorte zu berücksichtigen, die einen sehr hohen Anteil ihrer Fälle, bei einer gleichzeitig substanziellen Gesamtfallzahl in spezifischen Altersgruppen bzw. bei einem spezifischen Geschlecht behandeln.

(3) Die bundeseinheitlichen Vorgaben nach Absatz 1 und 2 sind vom Gemeinsamen Bundesausschuss in einer Richtlinie zu beschließen und regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, zu überprüfen und anzupassen.“

## Begründung

Die bisherige gesetzliche Regelung des § 135d SGB V eröffnet einen erheblichen Handlungs- und Interpretationsspielraum bei der Ausweisung von Krankenhausstandorten als Fachkrankenhäuser. Durch die Ausweisung als Fachkrankenhaus müssen wesentliche Qualitätsmerkmale der Leistungsgruppen nicht mehr am Standort eingehalten werden. Bereits jetzt werden Fachkrankenhäuser, je nach Bundesland, nach völlig unterschiedlichen Kriterien in den Krankenhausplänen ausgewiesen. Es bestehen große Ermessensspielräume bei der Beschreibung von Fachkliniken. Sowohl die jetzt im § 135d SGB V festgelegte Definition an Fachkrankenhäuser wie auch heterogen verwendeten Maßstäbe der Länder bei der bisherigen Ausweisung von Fachkrankenhäusern sind mit Blick auf die Leistungsgruppensystematik nicht zeitgemäß. Es bedarf einer bundeseinheitlichen Grundlage zur Identifikation und Festlegung der Fachkrankenhäuser. Damit Fachkrankenhäuser einheitlich ausgewiesen werden und einheitliche Mindestqualität erbringen, ist es sinnvoll, die vom G-BA zu erarbeitenden Vorgaben (Neuregelung gemäß Änderungsvorschlag) als Basis für die entsprechende Ausweisung zu nehmen. Die Definition von Fachkliniken gemäß der Richtlinie dient als Grundlage für die Krankenhausplanung der Länder und kann für die Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Krankenhausvergütung herangezogen werden. Sie soll die bisherigen, teilweise unbestimmten Rechtsbegriffe im Zusammenhang mit Fachkrankenhäusern präzisieren und eine bundesweit einheitlichere Grundlage schaffen.

Der G-BA konkretisiert mit der Definition die Regelungen des § 135d Absatz 4 SGB V. Ziel ist es, eine klare Abgrenzung von Fachkliniken gegenüber anderen Krankenhäusern zu ermöglichen und als „Leitplanke“ für die Krankenhausplanung sowie für Qualitäts- und Vergütungsaspekte zu dienen. Der G-BA hat die Auswirkungen seiner Richtlinie, insbesondere auf die Versorgungslandschaft und die Identifikation von „echten Fachkliniken“, zu evaluieren. Der G-BA hat Regelungen zu treffen, die sicherstellen, dass Krankenhäuser mit einem sehr breiten Leistungsspektrum, wie insbesondere Universitätskliniken oder Krankenhäuser, die primär weit verbreitete Basisleistungen erbringen („Vollsortimenter“), nicht als Fachkliniken im Sinne dieser Definition gelten. Ebenso hat der G-BA sicherzustellen, dass durch die Schwellenwertfestlegungen Fachkliniken als Fachkliniken identifiziert werden, wenn sie sich auf einzelne Leistungen spezialisiert haben (Leistungsspezialisierung) und es sich dabei um Leistungen handelt, die nur an vergleichsweise wenigen Krankenhäusern in der Republik erbracht werden (Konzentration der Versorgung). Hohe Spezialisierungsgrade und ein hohes Konzentrationsmaß in der Versorgung stehen im Mittelpunkt der Fachklinikdefinition. Die anzusetzenden Schwellenwerte sind regelmäßig auf ihre Validität und Trennschärfe hin zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen. Als Richtgröße können zu den vier Schwellenwerten folgende Werte handlungsleitend sein:

1. Gesamtmindestfallzahl des Krankenhausstandortes: Es ist eine Mindestfallzahl für den gesamten Krankenhausstandort vorzusehen, um eine geringvolumige Versorgung auszuschließen. Als Richtwert kann eine Mindestfallzahl von 500 Fällen pro Jahr dienen.

2. Mindestkonzentrationsgrad des Leistungsspektrums am Standort: Die Spezialisierung eines Standortes ist anhand der Konzentration seines Abrechnungsgeschehens auf wenige Leistungsbereiche, gemessen als Herfindahl-Hirschman-Index (HHI) der am Standort erbrachten DRGs (Standort-HHI), zu bestimmen. Ein Schwellenwert, beispielsweise 0,05, ist vorzusehen, ab dem ein Standort als spezialisiert gilt.
3. Mindestspezialisierungsgrad der relevanten Leistungen: Es sind nur solche Leistungen/DRGs zu berücksichtigen, die einen hohen Spezialisierungsgrad aufweisen, d. h. deren Erbringung sich bundesweit auf eine geringe Anzahl von Standorten konzentriert. Dies ist mittels des Herfindahl-Hirschman-Index für jede Diagnosis Related Group (DRG-HHI) zu messen. Ein Schwellenwert, beispielsweise 0,005, ist vorzusehen, ab dem eine DRG als spezialisiert bzw. konzentriert gilt.
4. Mindestfallzahl der relevanten, spezialisierten Leistungen: Eine Fachklinik muss eine Mindestfallzahl an Fällen mit Leistungen/DRGs aufweisen, die den unter Ziffer 3 genannten Spezialisierungsgrad erfüllen. Als Richtwert kann eine Mindestfallzahl von 250 dieser Spezial-DRGs pro Jahr dienen.

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Aufgabe des Ausschusses, Leistungsgruppen festzulegen, bei denen das Land keine Ausnahmen zulassen kann, entfällt. Die Frist zum Erlass der Leistungsgruppen-Rechtsverordnung wird gestrichen. Der Leistungsgruppen-Ausschuss erhält die primäre Aufgabe, die Leistungsgruppen und Qualitätskriterien weiterzuentwickeln. Damit die Patientenvertretung ihr Recht zur Mitberatung ausüben kann, werden auch für die Mitarbeit im Leistungsgruppen-Ausschuss Reisekosten, Verdienstausfall und Aufwandsentschädigungen gewährt. Anders als im Referentenentwurf wird die Zahl der sachkundigen Personen auf vier begrenzt. Die Ansprüche richten sich gegen den G-BA als Träger der Geschäftsstelle des Ausschusses. Außerdem wird der Umfang der finanziellen Bedarfe, die vom G-BA gegenfinanziert werden, präzisiert.

Es wird eine Sonderregelung für Tages- und Nachtkliniken geschaffen, nach der die qualitative Vorhaltung bei diesen Kliniken nur zu den eingeschränkten Betriebszeiten zu erfolgen hat. Für die ärztliche Verfügbarkeit wird vorgegeben, dass ein Vollzeitäquivalent 38,5 Wochenstunden entspricht und nicht mehr 40 Wochenstunden. Neu ist, dass der Umfang der Anrechenbarkeit von Fachärzten auch auf die Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie erweitert wird.

Anders als im Referentenentwurf können Belegärzte mit vollem vertragsärztlichen Versorgungsauftrag als Vollzeitäquivalent angerechnet werden, auch wenn das Krankenhaus nicht über eine ausgewiesene Belegabteilung verfügt. Hier genügt, dass das Krankenhaus eine Versorgung durch Belegärzte vorsieht.

In Erweiterung zum Referentenentwurf wird eine neue Möglichkeit geschaffen, zu kooperieren, solange sich der Kooperationspartner am Standort befindet. Fachkrankenhäuser dürfen neben den verwandten Leistungsgruppen nun auch sachliche Ausstattungen über Kooperationen gewährleisten. Neu ist auch, dass Krankenhausstandorte, an denen keine vollstationären Krankenhausbehandlungen erbracht werden, die Qualitätskriterien aus Anlage 1 auch in Verbünden und Kooperationen erfüllen dürfen.

Der Verweis zur Erfüllung der Erreichbarkeitsvorgaben wird gestrichen, da diese im § 6a KHG gestrichen werden. Daneben wurden zahlreiche redaktionelle Änderungen vorgenommen, zudem wurden die Stellen, die sich auf das Inkrafttreten der Rechtsverordnung beziehen, entfernt.

### **Bewertung**

Mit dem vorliegenden Kabinettsentwurf wird klar, dass es mittelfristig keine Rechtsverordnung mit Empfehlungen des Leistungsgruppen-Ausschusses geben wird, sondern dieser die Leistungsgruppen und Qualitätskriterien nur noch weiterentwickeln soll, und das laut Begründung nicht vor 2029. Sehr problematisch ist, dass die Aufgabe des Ausschusses, Leistungsgruppen festzulegen, bei

denen das Land keine Ausnahmen zulassen kann, entfallen soll – vor allem bei elektiven und vorwiegend komplexen Leistungsgruppen ist dies im Sinne der Patientensicherheit nicht nachvollziehbar!

Die weitestgehend redaktionellen Änderungen werden nicht weiter kommentiert, weil diese nachrangig sind im Verhältnis zu den vielen Ausnahmen und Abweichmöglichkeiten, die geschaffen werden und die die Qualitätskriterien bis zur Unkenntlichkeit verwässern.

So wird es noch leichter gemacht vorgegebene Arztzahlen zu erreichen (Reduzierung Vollzeitstunden, Belegärzte etc.) bzw. können Ärzte für bis zu drei Leistungsgruppen gleichzeitig angerechnet werden. Wenn man dann noch die deutlich ausgeweiteten Möglichkeiten für Krankenhausstandorte hinzunimmt, die Vorgaben auch in Kooperation mit anderen Krankenhäusern zu erfüllen, wird deutlich, dass insbesondere Personalvorgaben nur noch reine Makulatur sind. Patient:innen werden sich nicht darauf verlassen können, dass die mit einer Leistungsgruppe suggerierte ärztliche Kompetenz zur Verfügung steht. Das größte Problem ist, dass keinerlei Vorgaben dafür existieren, dass das kooperationsgebende Krankenhaus seinerseits die Qualitätskriterien erfüllt und nicht selbst nur über die Leistungsgruppe verfügt, weil es mit anderen Häusern kooperiert oder vom Land im Rahmen einer Ausnahmegenehmigung zugelassen wurde. Es ist auch nicht sichergestellt, dass das kooperationsgebende Krankenhaus über ausreichend Kapazitäten verfügt, neben der eigenen Erfüllung der Qualitätskriterien zusätzlich weitere Krankenhäuser zu unterstützen. Es ist auch nicht begrenzt, wie viele Kooperationen ein Krankenhaus maximal bedienen darf. Es könnte sich zum attraktiven Geschäftsmodell für große Krankenhäuser entwickeln, hier möglichst oft als Kooperationsgeber zu fungieren.

Hier muss unbedingt ein Sicherheitsnetz für Patient:innen eingezogen werden. Dazu sollten bundeseinheitliche Rahmenbedingungen und Vorgaben für Kooperationen durch den Leistungsgruppen-Ausschuss (LGA) festgelegt werden. Der MD, der ohnehin einen Überblick über die Kooperationen hat, die Anzahl an Kooperationen pro kooperationsgebendes und kooperationsnehmendes Krankenhaus sowie die zur Verfügung stehenden personellen und ausstattungsbezogenen Ressourcen beim Kooperationsgeber ermitteln und dies als Auswertung an die Landesplanungsbehörde und die Krankenkassen auf Landesebene übermitteln. Diese erhalten somit Transparenz und können einschreiten, wenn sich ein Krankenhaus für zu viele Kooperationen zur Verfügung stellt. Die Planungsbehörden sollten dazu verpflichtet werden, dem BMG jährlich über die Anbieter und Nehmer von Kooperationsleistungen zu berichten. Im Klinik-Atlas sollte ebenfalls vermerkt werden, wenn die Mindestqualitätsvorgaben nur über Kooperationen sichergestellt werden können. Gleichzeitig müssen von der Bundesebene einheitliche Mindestvorgaben für Kooperationsverträge vorgegeben werden.

Durch die gleichzeitige Ausweitung der Sonderregeln für Level-F-Krankenhäuser entfallen zudem die letzten bundeseinheitlichen Rahmenvorgaben in Bezug auf die Qualität für Fachkrankenhäuser. Damit kann ein einheitliches

Qualitätsniveau in Fachkliniken für Patient:innen nicht mehr sichergestellt werden. Der vdek lehnt dies ab. Wie in der Bewertung zu § 135d SGB V dargestellt, wird zusätzlich zur Herabsetzung der Qualitätsvorgaben die gesetzliche Definition von Fachkliniken aufgeweicht und der Beliebigkeit der Bundesländer überlassen. Für eine bundesweit gleichwertige Versorgung – auch in Fachkliniken – ist jedoch eine klar gefasste gesetzliche Definition unverzichtbar. Die fachliche Expertise ist hierfür beim G-BA vorhanden, weshalb dieser gesetzlich beauftragt werden sollte, Fachkliniken zu definieren (siehe Bewertung und Änderungsvorschlag unter § 135d SGB V (Artikel 1 Nummer 4)).

### Änderungsvorschlag

1. § 135e Absatz 1 Satz 1 wird um folgende Nummer 3 ergänzt:

„3. Regelungen darüber zu treffen, für welche Leistungsgruppen die Zuweisung unter Anwendung einer Ausnahmegenehmigung nach § 6a Absatz 4 KHG ausgeschlossen ist.“

2. § 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 6 Buchstabe c und d werden wie folgt gefasst:

„c) Fachärzte für bis zu drei Leistungsgruppen, die einem Krankenhaus für diesen Krankenhausstandort nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurden, berücksichtigt werden können; dies gilt nicht für die in Anlage 1 Nummer 1 und 14 genannten Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie,  
d) in einer ausgewiesenen Belegabteilung an Stelle eines Vollzeitäquivalentes ein Belegarzt mit vollem vertragsärztlichen Versorgungsauftrag angerechnet werden kann; die in den Buchstaben b und c festgelegten Kriterien gelten entsprechend und“

3. § 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 7 wird wie folgt gefasst:

„7. dass Krankenhäuser ein Qualitätskriterium in Kooperationen und Verbünden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen können, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt **und diese auf maximal drei Jahre befristet ist und die Erfüllung in Kooperation in dem jeweiligen Qualitätskriterium vorgesehen ist sowie**

b) dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung nach den Vorgaben nach § 6a Absatz 4 KHG zwingend erforderlich ist oder  
c) sich der Kooperationspartner in einem Gebäude des jeweiligen Krankenhausstandortes befindet oder der Abstand zwischen den am weitesten voneinander entfernt liegenden Gebäudepunkten des jeweiligen Krankenhausstandortes und des Kooperationspartners nicht mehr als 2.000 Meter Luftlinie beträgt.“

4. § 135e Absatz 4 Sätze 2 bis 4 werden wie folgt gefasst:

„<sup>2</sup>Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden, können die in Anlage 1 als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien in den Anforderungsbereichen „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ ~~und „Sachliche Ausstattung“~~ in Kooperationen und

Verbünden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt und das kooperierende Krankenhaus seinerseits die für die Leistungsgruppen maßgeblichen Qualitätskriterien nach § 135e selbst und nicht ebenso durch Kooperationen oder Ausnahmegenehmigung erfüllt.

[Der Änderungsvorschlag steht im Zusammenhang mit dem Änderungsvorschlag zu § 135d SGB V (Artikel 1 Nummer 3)]

<sup>3</sup>Krankenhausstandorte, an denen keine vollstationäre Krankenhausbehandlung erbracht wird, können die in Anlage 1 als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien in den Anforderungsbereichen „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ und „Personelle Ausstattung“ in Kooperation und Verbünden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt und das kooperierende Krankenhaus seinerseits die für die Leistungsgruppen maßgeblichen Qualitätskriterien nach § 135e selbst und nicht ebenso durch Kooperationen oder Ausnahmegenehmigung erfüllt. Die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene legen dazu Mindestvorgaben für Kooperationsverträge bis zum (einsetzen: Datum 6 Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes) fest.

<sup>4</sup>Ein Krankenhausstandort kann in begründeten Fällen die in den Anforderungsbereichen „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ und „Personelle Ausstattung“ maßgeblichen Qualitätskriterien der in Anlage 1 Nummer 54 genannten Leistungsgruppe „Stroke Unit“ in telemedizinischer Kooperation mit einem anderen Krankenhaus erfüllen wenn das kooperierende Krankenhaus seinerseits die für die Leistungsgruppen maßgeblichen Qualitätskriterien nach § 135e selbst und nicht ebenso durch Kooperationen oder Ausnahmegenehmigung erfüllt.“

[Ein Änderungsvorschlag zur Auswertung der Anzahl von Kooperationen findet sich in den Anmerkungen zum § 275a SGB V (Artikel 1 Nummer 11).]

Zu Artikel 1 Nummer 5  
§ 135f SGB V

**Beabsichtigte Neuregelung**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung von § 135d Absatz 3 Satz 3 SGB V (Streichung der Übergangsregelung). Infolge der Verschiebung der Vorhaltevergütung wird auch die Frist für den Erlass der Rechtsverordnung um ein Jahr verschoben. Die Klarstellung aus dem Referentenentwurf, dass Mindestvorhaltezahlen auch für Leistungsgruppen gelten, die von den Ländern bereits als zugewiesen gelten, wurde aufgehoben.

**Bewertung**

Mindestvorhaltezahlen sind eines der wenigen verbliebenen Instrumente, das den notwendigen Konzentrationsprozess der Krankenhauslandschaft befördern kann. Krankenhäuser sollen Leistungsgruppen nur anbieten dürfen, wenn dies unter qualitativen und wirtschaftlichen Aspekten sinnvoll ist. Damit werden Patient:innen vor Gelegenheitsversorgung geschützt und die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung wird zudem gewährleistet.

Umso kritischer ist es, dass Länder nun Ausnahmen bei vermeintlich gefährdeten Sicherstellung der Versorgung erteilen können, die weder ein Einvernehmen mit den Krankenkassen im Land erfordern noch sich an verbindlichen Erreichbarkeitskriterien orientieren müssen (siehe Bewertung zu § 6b Absatz 2 KHEntgG).

Die übrigen Änderungen sind sachgerecht und folgerichtig.

**Änderungsvorschlag**

Siehe Änderungsvorschlag zu § 6b Absatz 2 KHEntgG.

### **Beabsichtigte Neuregelung**

§ 40 KHG sieht vor, dass das Institut für Entgeltsysteme im Krankenhaus (InEK) diejenigen Krankenhausstandorte identifiziert, die onkochirurgische Leistungen nur in geringem Umfang erbringen. Demnach hat das InEK die Krankenhausstandorte mit den wenigsten Fallzahlen in einem Indikationsbereich auszuwählen, die zusammen 15 Prozent aller Fälle aus dem Indikationsbereich umfassen (15. Perzentil). Diese Standorte erhalten zukünftig ein partielles Abrechnungsverbot. Mit der nun vorgesehenen Regelung erhält der G-BA die Möglichkeit für die Indikationsbereiche nach § 40 Absatz 1 Satz 3 KHG eine geringere Prozentzahl festzulegen als die ansonsten gesetzlich vorgesehenen 15 Prozent, sofern dies zur Aufrechterhaltung einer patienten- und bedarfsgerechten flächendeckenden Versorgung mit onkochirurgischen Leistungen zwingend erforderlich ist. Der G-BA muss hierbei ein analoges Vorgehen anwenden wie das InEK. Das heißt, die Festlegung einer niedrigeren Prozentzahl erfolgt anhand der sortierten Aufstellung von Krankenhausstandorten des InEK. Der G-BA muss vor einer Beschlussfassung eine Folgenabschätzung durchführen und Stellungnahmen einholen. Diesbezüglich wird vorgesehen, dass das InEK für den G-BA die Daten nach § 21 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b bis f KHEntgG bedarfsweise auswerten und dem G-BA diese Auswertungen übermitteln kann.

### **Bewertung**

Die Berücksichtigung der Regelungskompetenz des G-BA im Zusammenhang mit den Mindestmengen ist grundsätzlich zu begrüßen. Ebenso wird begrüßt, dass für eine abweichende Festlegung des G-BA ein engerer Austausch mit dem InEK erfolgen muss – dies unter anderem in Form von Stellungnahmen und der Anforderung von Datenauswertungen. Es besteht jedoch Nachbesserungsbedarf:

Durch die Einschränkung bleibt weiterhin eine Wechselwirkung mit Leistungen unberücksichtigt, zu denen der G-BA bereits Mindestmengen festgelegt hat und bei denen bereits eine Leistungskonzentration stattgefunden hat. Aus diesem Grund muss in § 40 KHG festgelegt werden, dass Leistungen von der Regelung in § 40 KHG ausgenommen werden, für die bereits Mindestmengen vom G-BA festgelegt wurden. Das InEK hat in seinen Arbeiten zur Ermittlung der Indikationsbereiche gemäß § 40 Absatz 1 KHG die Zusammenarbeit mit der Deutschen Krebsgesellschaft und dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aufgenommen. Im Rahmen dieser Zusammenarbeit wurden bereits Krebserkrankungen aufgrund ihres seltenen Vorkommens berücksichtigt und für einen eigenen Indikationsbereich als ungeeignet erkannt. Insofern hat das InEK bereits die Kritik der Fachgesellschaften berücksichtigt, dass ein pauschaler Perzentilansatz bei seltenen Krankheitsbildern zu Versorgungslücken führen kann. Damit diese Regelung nicht zu einer Aufweichung eines guten Konzentrationsprozesses führt, sollte dem G-BA aus Sicht der Ersatzkassen daher stattdessen die Kompetenz eingeräumt werden, höhere Prozentzahlen festzulegen. Dies unter der Voraussetzung, dass eine flächendeckende

Versorgung nicht gefährdet wird. Auch sollte dies erst geschehen, nachdem das InEK seine Arbeiten gemäß § 40 Absatz 2 KHG abgeschlossen hat und eine Bereinigung um Gelegenheitsversorger mit sehr niedrigen Leistungsmengen bereits erfolgt ist.

### Änderungsvorschlag

1. Satz 1 der vorgesehenen Regelung wird durch folgenden Satz ersetzt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss kann für einen nach § 40 Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes definierten Indikationsbereich ab dem [einsetzen: Datum des letzten Tages des vierten auf die Verkündung dieses Gesetzes folgenden Kalendermonats] einen Anteil von mehr als 15 Prozent an der Anzahl der Fälle aller Einträge in der jeweiligen nach § 40 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes erstellten und sortierten Aufstellung von Krankenhausstandorten festlegen, bis zu dem das Institut für das Entgelt- system im Krankenhaus nach § 40 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 des Kranken- hausfinanzierungsgesetzes die Einträge aus der jeweiligen Aufstellung auszu- wählen hat, sofern die Aufrechterhaltung einer flächendeckenden stationären Versorgung der Bevölkerung nicht gefährdet wird. § 40 Absatz 3 (neu) Kran- kenhausfinanzierungsgesetz gilt entsprechend.“

2. Satz 6 der vorgesehenen Regelung wird durch folgenden Satz ersetzt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss führt vor der Beschlussfassung eine Fol- genabschätzung zu den Auswirkungen eines nach Satz 1 festgelegten Anteils von mehr als 15 Prozent auf die Krankenhausstandorte und auf die patienten- und bedarfsgerechte flächendeckende stationäre Versorgung der Bevölkerung mit onkochirurgischen Leistungen durch und bezieht deren Ergebnisse in die Entscheidung ein.“

3. Nach § 40 Absatz 2 KHG wird folgender Absatz 3 (neu) eingefügt:

„Ausgenommen von den Regelungen nach den Absätzen 1 und 2 sind Leistun- gen, welche einer Mindestmenge auf Grundlage von § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V unterliegen.“

4. § 40 Absatz 3 KHG wird zu Absatz 4.

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Prüfung der Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) nach § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) durch den MD auf Grundlage der Bestätigung, durch beispielsweise einen Wirtschaftsprüfer, wird gestrichen. Es handelt sich hierbei um eine Folgeänderung aufgrund der durchgängigen Streichung des Verweises in Anlage 1.

### **Bewertung**

Die Streichung des Verweises auf die PpUGV mag formal als Beitrag zum Bürokratieabbau nachvollziehbar erscheinen. Inhaltlich ist sie jedoch höchst problematisch. Es muss unmissverständlich sichergestellt werden, dass die PpUG weiterhin als verbindliche, planungsrelevante Mindestkriterien von den Ländern berücksichtigt werden. Ohne diese Verankerung droht ein gravierender Fehlreiz, da Standorten Leistungsgruppen zugewiesen werden könnten, die dauerhaft nicht über das notwendige Pflegepersonal verfügen. Das verfügbare Pflegepersonal wird jedoch angesichts des demografischen Wandels zukünftig der limitierende Faktor für die Leistungserbringung sein. Eine alternde Gesellschaft wird vermehrt Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen, während gleichzeitig die Zahl der Fachkräfte, die dem Arbeitsmarkt zur Verfügung steht, kleiner wird. Das verfügbare Personal muss daher effizient auf die Krankenhausstandorte verteilt werden. Eine Krankenhausplanung, die diesen limitierenden Faktor ausblendet, würde mittelfristig die Versorgungssicherheit massiv gefährden.

Ferner sind die PpUG als pflegerischer Mindeststandard unabdingbar für die Patientensicherheit. Ein Krankenhaus, das wiederholt und deutlich die PpUG unterschreitet, kann keine sichere Versorgung erbringen. Einem solchen Standort Leistungsgruppen zuzuordnen, wäre fatal. Ein Bürokratieabbau darf nicht auf Kosten von Mindeststandards erfolgen und wird durch diese Neuregelung nicht erreicht. Die PpUG-Meldungen der Krankenhäuser liegen vor und könnten ohne größeren Aufwand mit in die Prüfung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen einfließen. Mit Blick auf die Patientensicherheit und den demografischen Wandel ist es daher unabdingbar, dass die PpUG als Qualitätskriterium für die Leistungsgruppenzuweisung verankert werden. Die verbindliche Geltung der PpUG muss in § 137i SGB V sowie in § 6a KHG festgehalten werden. Mit Fortschreibung der PpUGV muss dann auch eine Übertragbarkeit der PpUG auf die Leistungsgruppen sichergestellt werden. Nur unter diesen Bedingungen ist eine Streichung des Verweises auf die PpUGV an dieser Stelle und in der Anlage 1 sachgerecht.

Die MD sollten zudem die Aufgabe erhalten, die Anzahl an Kooperationen, die ein Krankenhaus anbietet (kooperationsgebendes Krankenhaus) bzw. in Anspruch nimmt, auszuwerten und den Planungsbehörden der Länder sowie den Krankenkassen auf Landesebene zur Verfügung zu stellen. Mit der so entstehenden Transparenz können diese erkennen, wenn Krankenhäuser unzulässig

viele Kooperationen anbieten und Ressourcen nicht mehr ausreichend für die eigenen Patient:innen einsetzen können. Darauf aufbauend könnten die Landesbehörden oder Krankenkassen im Land etwa den Versorgungsauftrag bei den betroffenen Krankenhäusern anpassen. Die Planungsbehörden sollten ebenso dazu verpflichtet werden, dem BMG jährlich über die Anbieter und Nehmer von Kooperationsleistungen zu berichten. Im Klinik-Atlas sollte zudem ebenfalls vermerkt werden, wenn die Mindestqualitätsvorgaben nur über Kooperationen sichergestellt werden können.

### **Änderungsvorschlag**

1. Nach § 137i Absatz 2 SGB V wird folgender Absatz 2a eingefügt:  
„Die in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) festgelegten Vorgaben gelten unabhängig von der Einführung oder Änderung von Leistungsgruppen für die in der Verordnung bestimmten Bereiche unverändert und sind von zugelassenen Krankenhäusern im Sinne des § 108 verbindlich einzuhalten.“
2. Nach § 6a Absatz 1 Satz 1 KHG wird folgender Satz eingefügt:  
„Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde berücksichtigt bei der Zuweisung nach Satz 1 die Erfüllung der in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen“
3. § 275a SGB V wird um folgenden Absatz 12 ergänzt:  
„(12) Der Medizinische Dienst wertet die nach Absatz 1 erhobenen Daten zu Kooperationen in Hinblick auf Art, Gegenstand und Häufigkeit pro Krankenhausstandort aus. Dabei ist zu unterscheiden, ob ein Krankenhausstandort eine Kooperation in Anspruch nimmt oder eine Kooperation für einen anderen Krankenhausstandort erbringt. Der Medizinische Dienst übermittelt seine Auswertungen erstmalig zum 30.09.2026 für den vorangegangenen Zeitraum und in der Folge jährlich bis zum 31.03. für das vorangegangene Kalenderjahr an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen.“ Die Planungsbehörden teilen dem BMG jährlich zum 31.12. erstmals zum 31.12.2027 mit, welcher Krankenhausstandort im jeweiligen Bundesland in welchem Umfang Kooperationen anbietet und welcher Standort der Kooperationsnehmer ist. Diese Daten werden ebenfalls dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) übergeben und im Klinik-Atlas für die jeweiligen Krankenhausstandorte veröffentlicht.

Zu Artikel 1 Nummer 14a)  
§ 427 SGB V

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Frist für den ersten Bericht der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene zur Auswirkung der Krankenhausreform wird vom 31.12.2028 auf den 31.07.2027 vorverlegt.

Mit dem Kabinettsentwurf wird ergänzt, dass der Bericht insbesondere die Auswirkungen bei Krankenhäusern berücksichtigen soll, die die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen nicht erfüllen. Zudem soll über die Einführung der Fachkliniken berichtet werden.

### **Bewertung**

Die Anpassung wird kritisch gesehen. Die Vorverlegung des ersten Evaluierungsberichts auf den 31.07.2027 ist zwar dem Wunsch nach früher Transparenz geschuldet, birgt aber die Gefahr, dass zu diesem Zeitpunkt noch keine aussagekräftigen Daten über die Wirkungen der Reform vorliegen werden, insbesondere da die Vorhaltevergütung erst 2028 budgetwirksam wird. Ein verfrühter Bericht könnte auf unzureichender Datengrundlage zu falschen Schlussfolgerungen führen und den Reformprozess fehlleiten.

Die Ergänzung des Berichts um Fachkrankenhäuser und Krankenhäuser, die die Qualitätsanforderungen nicht erfüllen, ist sachgerecht.

### **Änderungsvorschlag**

Die Fristangabe in § 427 Satz 1 wird gestrichen.

Zu Artikel 2 Nummer 2  
§ 6a KHG

**Beabsichtigte Neuregelung**

Es wird ergänzt, dass auch nach § 108 Nummer 4 SGB V zugelassene Krankenhäuser die Qualitätskriterien erfüllen müssen. Für Länder, die bis zum 31.12.2024 Leistungsgruppen zugewiesen haben, gilt eine Übergangsregelung.

Länder können bei der Zuweisung der Leistungsgruppen Ausnahmen trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien nur noch im Einvernehmen mit den Krankenkassen festlegen. Dabei entfallen die Erreichbarkeitskriterien zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung. Ausnahmen sind auch bei Betriebseinstellungen oder Zusammenlegungen möglich, können jedoch nur noch befristet auf drei Jahre ohne Verlängerungsmöglichkeit festgelegt werden. Für Standorte auf der Liste der bedarfsnotwendigen ländlichen Krankenhäuser ist eine unbefristete Ausnahme nun ohne Auflagen möglich.

Die Frist für die Mitteilung der Zuweisung der Leistungsgruppen an das InEK wird im Rahmen der Verschiebung der Vorhaltefinanzierung auf den 30.09.2027 angepasst. Wenn das Land die Leistungsgruppen bereits 2025 oder 2026 mitteilt, berechnet das InEK die Vorhaltefinanzierung informativ.

**Bewertung**

Die Festlegung, dass Bundeswehrkrankenhäuser die Qualitätsvorgaben der zugeteilten Leistungsgruppe erfüllen müssen, wird begrüßt.

Die Übergangsregelung, die de facto für Nordrhein-Westfalen (NRW) Anwendung finden soll, ist in ihrer Zielsetzung, nicht jedoch in der derzeit geplanten Umsetzung nachvollziehbar. Sie bedeutet, dass die Leistungsgruppenlogik des InEK und die Qualitätskriterien der Bundesebene für die nächsten fünf Jahre in NRW nicht gelten. Die Belastung der bundesweiten Abrechnungssysteme mit zwei unterschiedlichen Abrechnungsstrukturen sollte zur Vermeidung einer zusätzlichen bürokratischen Belastung dringend unterbleiben.

Grundsätzlich werden Ausnahmeregelungen hinsichtlich der Erfüllung von Qualitätskriterien kritisch gesehen. Aus Sicht der Ersatzkassen sollte der Schutz der Patienten über dem Schutz von Institutionen stehen. Insbesondere wird es mit der neuen Regelung einer gefährdeten Sicherstellung in das Ermessen jedes einzelnen Landes gestellt, wann diese vorliegt. Verbindliche Kriterien fehlen. Es sollten daher mindestens bundeseinheitlich verbindliche Fahrzeitminuten vorgegeben werden, und zwar medizinisch differenziert für die verschiedenen Leistungsgruppen. Entsprechend sachgerechte Vorschläge hatte der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) bereits in seiner Stellungnahme zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KVVG) gemacht.

Positiv ist, dass Länder die Ausnahmen zur Erfüllung der Mindestqualitätsvorgaben nur im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen anwenden können. Verbunden damit sollte zwischen Land und

Krankenhaus eine schriftliche Zielvereinbarung geschlossen werden, die Schritte und Zuständigkeiten hin zur Erfüllung der Qualitätskriterien festlegt. Ziel ist, dass das Land und das Krankenhaus sich darüber verständigen, welche konkreten Maßnahmen durch wen, bis wann hin zur Erfüllung erforderlich sind. Die Befristungen, Einvernehmensherstellungen und die Einführung dezidierter krankenhausindividueller Zielvereinbarungen mit konkreten Handlungsschritten sollten ebenfalls für Kooperationen und Verbünde gelten. Die Qualitätskriterien müssen in einem engen Zeitfenster an allen Standorten erfüllt werden, die eine Leistungsgruppe anbieten.

Problematisch ist, dass nunmehr Länder bei allen Leistungsgruppen Ausnahmen bei den Qualitätskriterien vornehmen können und es keinerlei rote Linien mehr gibt, die ein Mindestmaß an Qualität für die Versorgung von Patienten im Rahmen der Krankenhausplanung sicherstellen. Im KHVVG gab es noch die Einschränkung, dass Länder bei bestimmten Leistungsgruppen keine Ausnahmen erteilen konnten – wenn dies der Leistungsgruppenausschuss so festgelegt hatte (§ 135e Absatz 1 Nummer 4 SGB V alt). Dies entfällt nun mit der Neuregelung und wird vehement abgelehnt.

Die Anpassung der Meldefristen der zugewiesenen Leistungsgruppen an das InEK dient einer realitätsnahen Umsetzung der Reform.

### Änderungsvorschlag

1. Nach § 6a Absatz 1 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde berücksichtigt bei der Zuweisung nach Satz 1 die Erfüllung der in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen.“

[Änderungsvorschlag ergibt sich aus der Bewertung und dem Änderungsvorschlag zu § 275a SGB V (Artikel 1, Nummer 11a)]

2. Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

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

1. dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist oder
2. der Betrieb des jeweiligen Krankenhausstandortes vollständig oder teilweise eingestellt wird und die Zuweisung der Leistungsgruppen für die Umsetzung der Betriebseinstellung zwingend erforderlich ist

**und dies für die jeweilige Leistungsgruppe nicht durch die Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

**ausgeschlossen ist. Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich, wenn ein anderer Krankenhausstandort, für den die jeweilige Leistungsgruppe zugewiesen ist für einen erheblichen Teil der Einwohner des Einzugsbereichs des Krankenhausstandorts, für den die Leistungsgruppe zugewiesen werden soll, nicht innerhalb der in Anlage 2 genannten Fahrzeit mit einem Kraftfahrzeug erreichbar ist.**

Vor der Zuweisung einer Leistungsgruppe in den in Satz 1 genannten Fällen hat die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde zu prüfen, ob die für die Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden nach § 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 8 Satz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt werden können. Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist in den in Satz 1 genannten Fällen auf höchstens drei Jahre zu befristen. Wenn ein Krankenhausstandort in dem in Satz 1 Nummer 1 genannten Fall zum Zeitpunkt der Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppe in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist, kann die Leistungsgruppe abweichend von Satz 3 unbefristet zugewiesen werden. Mit der Zuweisung ist das Krankenhaus in dem in Satz 1 Nummer 1 genannten Fall **schriftlich** zu verpflichten, an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien innerhalb einer angemessenen Frist zu erfüllen. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann sich vor Erteilung einer Auflage nach Satz 5 hierzu durch den Medizinischen Dienst beraten lassen. **In der schriftlichen Vereinbarung ist festzulegen, wer und bis wann welche konkreten Maßnahmen ergreift, damit die Qualitätskriterien erfüllt werden können.** Bei der Entscheidung über die Erklärung des in Satz 1 genannten Einvernehmens handeln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich. Das Einvernehmen nach Absatz 4 Satz 1 umfasst auch Entscheidungen zu Kooperationen und Verbünden, wenn Qualitätskriterien an einem Standort nicht erreicht werden und die Leistungsgruppe zur Sicherstellung der Versorgung zugewiesen wird.“

Es wird eine neue Anlage 2 ergänzt, die die Fahrzeitminuten pro Leistungsgruppe festlegt (vgl. hierzu die Stellungnahme des GKV-SV).

#### **Alternativer Änderungsvorschlag**

Hilfsweise sollte wieder zur im KHVVG getroffenen Fahrzeitregelung zurückgekehrt werden.

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Regelung sieht die Umstellung der Finanzierung des Krankenhaustransformationsfonds aus Bundesmitteln statt GKV-Mitteln vor, wobei der durch den Bund bereitzustellende Betrag auf insgesamt 29 Milliarden Euro angehoben wurde. Auch Hochschulkliniken sollen künftig von bestimmten Fördertatbeständen profitieren. Die Antragsfrist wird gestrichen, ebenso die Verpflichtung zum Nachweis der Prüfung des Insolvenzrisikos.

Es werden ein Sonderzuwendungsrecht gegenüber der Bundeshaushaltsordnung (BHO) geschaffen und Vorschriften im Zusammenhang mit der Beteiligung der privaten Krankenversicherung (PKV) an der Finanzierung gestrichen. Zudem erfolgt eine Regelung der Rückführung nicht verwendeter Mittel an den Bund.

### **Bewertung**

Die Regelungen zur Verteilung der Kosten des Krankenhaustransformationsfonds werden ausdrücklich begrüßt. Grundsätzlich sollte über die Anträge zum Transformationsfonds erst entschieden werden, wenn die Zuweisung der Leistungsgruppen durch die Länder erfolgt ist. Daher sollte in § 12 geregelt werden, dass im Jahr 2026 nicht ausgeschöpfte Mittel im Land verbleiben und auf das Folgejahr übertragen werden.

Die im KHVG vorgesehene Regelung, dass übriggebliebene Mittel aus dem Strukturfonds an den Krankenhaustransformationsfonds übertragen werden, muss jedoch gestrichen werden. Die Mittel müssen an die GKV zurückgeführt werden. Dies würde sonst dazu führen, dass der Bund Beitragsmittel der GKV verwendet.

Die Festschreibung der Investitionskosten bis 2035 auf das durchschnittliche Niveau der Jahre 2021 bis 2023 und einmalig gesteigert um den Orientierungswert 2024 ist problematisch. Der Anteil der Investitionskosten an den Betriebskosten wird so immer kleiner. Es sollte eine jährliche Steigerung der festgeschriebenen durchschnittlichen Investitionsmittel um den Orientierungswert erfolgen und als Fördervoraussetzung festgeschrieben werden.

Positiv zu bewerten ist, dass die Krankenkassen weiter an den Entscheidungen beteiligt sind. Die Länder sollten jedoch weiterhin das Insolvenzrisiko prüfen, insbesondere um Folgekosten im Betriebskostenbereich im Rahmen einer Insolvenzverschleppung zu vermeiden. Insofern ist die durch das KHAG vorgesehene Streichung wieder aufzuheben.

**Änderungsvorschlag**

§ 12a Absatz 2 Satz 4 KHG wird gestrichen.

In § 12b werden in Absatz 3 Satz 2 hinter der Zahl „2024“ die Worte „und für die Folgejahre bis 2033“ eingefügt.

Zu Artikel 2 Nummer 6  
§ 13 KHG

**Beabsichtigte Neuregelung**

Die Finanzierung des Transformationsfonds soll künftig durch Bund und Länder erfolgen, sodass die Fördervorhaben des Transformationsfonds nicht mehr im Einvernehmen mit den Landesverbänden und den Ersatzkassen erfolgen müssen. Hier reicht nun aus, dass ein Einvernehmen angestrebt werden soll.

**Bewertung**

Diese Aufweichung ist kritisch zu sehen. Dass die Entscheidungen der Länder über die Anträge der Vorhaben im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen erfolgen müssten, folgt den Erfahrungen bei der Umsetzung der Leistungsgruppenplanung in NRW. Hier haben die Krankenkassen unter Beweis gestellt, dass sie verantwortungsvoll und partnerschaftlich bei der Umsetzung des dortigen Strukturwandels umgehen konnten. Darüber hinaus ist zu bedenken, dass die Krankenkassen die Folgekosten aus den Vorhaben zum Transformationsfonds vollumfänglich finanzieren müssen.

**Änderungsvorschlag**

Der neue § 13 KHG ist zu streichen.

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Es wird geregelt, dass das InEK bei der Auswahl der Krankenhausstandorte einen Beschluss des G-BA nach § 136c Absatz 1 SGB V berücksichtigt, sofern der G-BA für diesen Indikationsbereich eine niedrigere Prozentzahl als die ansonsten gesetzlich vorgesehene Zahl von 15 Prozent festgelegt hat. Das InEK hat seine Liste der ausgewählten Standorte entsprechend zu aktualisieren. Die (aktualisierte) Liste der ausgewählten Standorte übermittelt das InEK dem IQTIG und der nach § 135d Absatz 1 Satz 3 SGB V benannten Stelle.

### **Bewertung**

Bei der Berücksichtigung von durch den G-BA festgelegten niedrigen Prozentzahlen handelt es sich um eine Folgeänderung aufgrund der Änderung von § 136c SGB V. Im Zusammenhang mit der Bewertung zu § 136c SGB V besteht an § 40 KHG Nachbesserungsbedarf. So bleiben in § 40 KHG weiterhin Wechselwirkungen mit Leistungen, zu denen der G-BA bereits Mindestmengen festgelegt hat und bei denen eine Leistungskonzentration stattgefunden hat, unberücksichtigt. Aus diesem Grund ist es notwendig, dass in § 40 KHG festgelegt wird, dass Leistungen, für die bereits Mindestmengen vom G-BA festgelegt wurden, von der Regelung in § 40 KHG ausgenommen werden.

Bei onkologischen Leistungen, für die es bisher keine anderweitige Mindestmengen gibt, wird durch das Vorgehen mit einem einzigen Bezugsjahr vor allem eine große Anzahl an Gelegenheitsversorgern mit sehr niedrigen Leistungsmengen identifiziert werden. In der Folge verbleiben demnach viele Krankenhäuser mit einer immer noch geringen Leistungsmenge in der Versorgung. Bei onkologischen Leistungen, bei denen es bereits Mindestmengen gibt (z. B. Mamma-Ca-Chirurgie), ist hingegen bereits eine Bereinigung um Gelegenheitsversorger erfolgt. Für diese Leistungen erfolgt eine doppelte Bereinigung und damit eine deutlich stärkere Reduktion von Leistungserbringern.

Ferner hat das InEK in seinen bisherigen Arbeiten zur Ermittlung der Indikationsbereiche bereits Krebserkrankungen aufgrund ihres seltenen Vorkommens berücksichtigt und für einen eigenen Indikationsbereich als ungeeignet erkannt. Aus Sicht der Ersatzkassen sollte dem G-BA in § 136c SGB V daher stattdessen die Kompetenz eingeräumt werden, höhere Prozentzahlen festzulegen.

## Änderungsvorschlag

1. Die Regelung in Absatz 2 Satz 2 und 3 wird wie folgt formuliert:

„Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus wählt aus jeder der nach Satz 1 erstellten und sortierten Aufstellungen von Krankenhausstandorten die obersten Einträge bis einschließlich zu jenem Eintrag aus, bei dem die Summe der Anzahl der Fälle aller vorhergehenden Einträge erstmals einem der folgenden Anteile an der Anzahl der Fälle aller Einträge in der jeweiligen Aufstellung entspricht:

1. einem Anteil in Höhe von mindestens 15 Prozent oder
2. für den Fall, dass der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß § 136c Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einen Anteil von **mehr** als 15 Prozent festgelegt hat, einem Anteil in Höhe von mindestens diesem festgelegten Anteil;

sofern die Anzahl der Fälle mehrerer Krankenhausstandorte gleich hoch ist und die Auswahl jedes dieser Krankenhausstandorte dazu führen würde, dass der nach dem ersten Halbsatz geltende Anteil an der Anzahl der Fälle aller Einträge in der jeweiligen Aufstellung erreicht oder überschritten würde, sind alle diese Krankenhausstandorte auszuwählen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht bis zum 31. Mai 2027 eine nach den nach Absatz 1 Satz 3 definierten Indikationsbereichen differenzierte Liste der nach Satz 2 ausgewählten Krankenhausstandorte barrierefrei auf seiner Internetseite und ordnet zum Zweck der Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis nach § 135d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Indikationsbereiche, nach der die Liste zu differenzieren ist, den jeweils nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Leistungsgruppen zu; für den Fall, dass der Gemeinsame Bundesausschuss nach der Veröffentlichung der Liste gemäß § 136c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einen Anteil von **mehr** als 15 Prozent festlegt, trifft das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erneut eine Auswahl nach Satz 2, aktualisiert die im ersten Halbsatz genannte Liste und veröffentlicht die aktualisierte Liste barrierefrei auf seiner Internetseite.“

2. Folgender Absatz 2 wird eingefügt:

„Ausgenommen von den Regelungen nach den Absätzen 1 und 2 sind Leistungen, welche einer Mindestmenge auf Grundlage von § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V unterliegen.“

3. Absatz 3 wird zu Absatz 4.

4. Die Gesetzesbegründung ist an mehreren Stellen zu überarbeiten. Beispielsweise entspricht die Begründung zu Absatz 1 zu Satz 3 nicht der vorgesehenen Regelung. Eine Begründung zu Absatz 2 zu Satz 4 fehlt gänzlich.

Zu Artikel 3 Nummer 2  
§ 1 KHEntgG

**Beabsichtigte Neuregelung**

In NRW sollen bis 2030 keine Vorhaltebudgets eingeführt werden. Stattdessen sollen in NRW die derzeitigen Budget- und Abrechnungsregeln bis 2030 weitergelten.

**Bewertung**

Die Regelung verursacht für Krankenkassen und Krankenhäuser unnötige bürokratische Aufwände, da in NRW und dem restlichen Bundesgebiet bis 2030 zwei unterschiedliche Abrechnungssysteme gepflegt und in Teilen aneinander angepasst werden müssen.

Zudem werden die Krankenhäuser in NRW und im restlichen Bundesgebiet in der Budgetverhandlung ungleich behandelt. In NRW soll weiterhin der Fixkostendegressionsabschlag und der Mindererlösausgleich gelten, was im restlichen Bundesgebiet mit der Einführung der Vorhaltefinanzierung entfällt. Dies könnte zu finanziellen Verwerfungen führen.

**Änderungsvorschlag**

Für NRW sollten die bundesweiten Budget- und Abrechnungsregeln gelten.

Zu Artikel 3 Nummer 6b)  
§ 6b Absatz 2 KHEntgG

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Bei der Feststellung von Ausnahmen von den Mindestvorhaltezahlen durch das Land entfallen die Erreichbarkeitskriterien, die bisher definieren, wann ein Krankenhaus zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist (siehe § 6a KHG).

### **Bewertung**

Durch die Streichung der Erreichbarkeitskriterien der Leistungsgruppen können die Länder eigenständig festlegen, welche Krankenhäuser von den Mindestvorhaltezahlen ausgenommen werden sollen. Damit wird das sinnvolle Instrument der Mindestvorhaltezahlen ad absurdum geführt. Ausnahmen sollten nur im Einvernehmen mit den Kassen im Land ermöglicht werden.

### **Änderungsvorschlag**

In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Satzteil „Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann“ die Wörter „im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen“ eingefügt.

### **Beabsichtigte Neuregelung**

Der Orientierungswert soll zukünftig die Kostenentwicklung des vorhergehenden Kalenderjahres angeben (statt des ersten Halbjahrs des laufenden Jahres und des zweiten Halbjahrs des Vorjahres). Zudem wird die Pflicht zur Datenübermittlung an das Statistische Bundesamt auf zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V beschränkt.

Die Delegationsmöglichkeit der Festlegung der für den Orientierungswert zu erhebenden Daten an das Statistische Bundesamt wurde im Kabinettsentwurf gestrichen.

### **Bewertung**

Das Kalenderjahr eignet sich als Zeitraum für den Orientierungswert, da es einen Abgleich mit Wirtschaftsprüfertestaten ermöglicht, die sich ebenfalls auf ein Kalenderjahr beziehen. Allerdings weicht der Zeitraum für den Orientierungswert dann vom Zeitraum der Grundlohnrate ab. Vor diesem Hintergrund sollte die Meistbegünstigungsklausel dauerhaft gestrichen werden, die besagt, dass der jeweils höhere Wert Grundlage für die Vereinbarung des Veränderungswerts ist. Das Maß für die Ausgaben sollten die Einnahmen sein. Dementsprechend sollte die Meistbegünstigungsklausel umgekehrt werden.

Grundsätzlich besteht aber das gravierende Problem, dass die Krankenhäuser ungeprüfte Daten an das Statistische Bundesamt melden, die dann als Grundlage für die Ausgabenentwicklung der Krankenkassen herangezogen werden. Es bedarf einer klaren Regelung, wie diese Melddaten plausibilisiert und verifiziert werden können. Dies sollte in den Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen geschehen, da diese schließlich auf die Folgekosten durch den Orientierungswert zu tragen haben.

Die mit dem Sparpaket der Bundesregierung vorgesehene Entlastung der GKV wird durch die Regelungen zur vollständigen Tarifrefinanzierung konterkariert. Nach dieser Regelung müssen Tarifsteigerungen oberhalb der Obergrenze gesondert refinanziert werden. Bei einer Absenkung der Obergrenze müsste daher eine entsprechend höhere Tarifrate bezahlt werden. Nach Schätzung des vdek würde sich dies 2026 auf 500 Millionen Euro summieren. Um tatsächlich 1,7 Milliarden Euro einzusparen, sollte aus Sicht des vdek die vollständige Tarifrefinanzierung zumindest für das Jahr 2026 ausgesetzt werden.

### **Änderungsvorschlag**

§ 10 Absatz 5 ist zu streichen.

§ 10 Absatz 6 wird wie folgt geändert:

- In Satz 6 werden am Ende des Satzes die Wörter „der Veränderungsrate“ durch „dem Orientierungswert“ ersetzt.

- In Satz 7 wird der Satzteil nach dem Komma durch „entspricht der Veränderungswert der Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

In § 10 Absatz 6 in der Fassung des KHAG werden in Satz 4 nach den Worten „Zwecke nach Satz 1“ die Worte „die im Rahmen der Vereinbarungen nach § 11 und § 11 BPfIV geprüften“ eingefügt.

Zu Artikel 4 Nummer 2b)  
§ 3 Absatz 1 Satz 1 KHTFV

**Beabsichtigte Neuregelung**

Hochschulkliniken sollen von den aufgeführten Fördertatbeständen des Krankenhaustransformationsfonds profitieren können.

**Bewertung**

Die Änderung ist folgerichtig.

**Änderungsvorschlag**

Streichung der Regelung.

Zu Artikel 4 Nummer 3  
§ 4 KHTFV

**Beabsichtigte Neuregelung**

Die bisherige Regelung, wonach bei Antragsstellung ein Nachweis darüber erfolgen muss, dass das Insolvenzrisiko der an dem Vorhaben beteiligten Krankenhäuser mit einem vom jeweiligen Krankenhaussträger beauftragten Testat einer Wirtschaftsprüferin oder eines Wirtschaftsprüfers geprüft wurde und das bestätigt, dass in der Betrachtung der Jahresprognose keine Insolvenzgründe nach Insolvenzordnung vorliegen, wird gestrichen.

**Bewertung**

Wie bereits zu § 12b KHG dargelegt, sollten die Länder weiterhin verpflichtet werden, das Insolvenzrisiko zu prüfen.

**Änderungsvorschlag**

Die bisher gesetzlich vorgesehene Regelung in § 4 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7 der Verordnung wird beibehalten.

### 3. Ergänzender Änderungsbedarf

#### Aussetzen der Meistbegünstigungsklausel und der Tarifrefinanzierung

Als Obergrenze für die Steigerung der Landesbasisfallwerte (LBFW) und Psychiatrie-Budgets 2026 soll der Orientierungswert von 2,98 Prozent festgelegt werden. Somit soll die Meistbegünstigungsklausel ausgesetzt werden, nach der die Grundlohnrate von 5,17 Prozent zur Obergrenze geworden wäre. Nach Ansicht des BMG könnten mit dieser Regelung im Jahr 2026 1,8 Milliarden Euro eingespart werden, was aufgrund der engen Finanzsituation der Krankenkassen dringend notwendig ist. Der vdek fordert demnach ein dauerhaftes Aussetzen der Meistbegünstigungsklausel, denn die Krankenhäuser erhalten trotzdem eine ausreichende Finanzierung, da der Orientierungswert ihre tatsächlichen Kostensteigerungen abbildet.

Allerdings wird die Sparmaßnahme durch die Regelungen zur vollständigen Tarifrefinanzierung konterkariert. Nach dieser Regelung müssen Tarifsteigerungen oberhalb der Obergrenze gesondert refinanziert werden. Bei einer Absenkung der Obergrenze müsste daher eine entsprechend höhere Tarifrate bezahlt werden. Nach Schätzung des vdek würde sich dies allein für 2026 auf 500 Millionen Euro summieren. Im Bereich des Pflegebudgets gibt es darüber hinaus überhaupt keine Ausgabenbegrenzung.

Um tatsächlich 1,8 Milliarden Euro einzusparen, sollte aus Sicht des vdek die vollständige Tarifrefinanzierung zumindest für das Jahr 2026 ausgesetzt werden. Darüber hinaus sollte auch die Steigerung des Pflegebudgets auf den Orientierungswert begrenzt werden. Der vdek und die Ersatzkassen fordern deshalb, die vollständige Tarifrefinanzierung auch über 2026 hinaus abzuschaffen. Die Erfahrung der vergangenen Jahre hat gezeigt, dass dadurch ein kontraproduktiver Anreiz für einen ressourcenschonenden Einsatz von medizinischem Fachpersonal gesetzt und eine starke Ausgabendynamik verursacht wurde. Soffern eine vollständige Abschaffung nicht möglich ist, sollte für die Berechnung der Tarifrate nicht der Gesamtorientierungswert, sondern der Teilorientierungswert Personalkosten angesetzt werden.

#### Änderungsvorschläge

§ 6a KHEntG wird folgender neuer Absatz 8 angefügt:

„Das Pflegebudget darf das um den Teilorientierungswert Personalkosten erhöhte Pflegebudget des Vorjahres nicht überschreiten. Ab dem Jahr 2026 ist ein Ausgleich der Mehrkosten gemäß Satz 3 ausgeschlossen.“

§ 10 Absatz 5 KHEntG wird gestrichen.

In § 10 Absatz 6 KHEntG werden die Sätze 6 und 7 wie folgt angepasst:

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

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

## §§ 279 und 282 SGB V (Neuregelung Mandatsbegrenzung)

### **Aufhebung der Mandatsbegrenzung für ehrenamtliche Mitglieder des Medizinischen Dienstes**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Der bisherige § 279 Absatz 4 SGB V wird wie folgt angepasst:

„16 Vertreter werden von den Verwaltungsräten oder Vertreterversammlungen der Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkasse, der Ersatzkassen und der BAHN-BKK gewählt. Die Krankenkassen haben sich über die Zahl der Vertreter, die auf die einzelne Kassenart entfällt, zu einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes. Als Vertreter nach Satz 1 sind je zur Hälfte Frauen und Männer zu wählen. Jeder Wahlberechtigte nach Satz 1 wählt auf der Grundlage der von der oder dem Vorsitzenden des Verwaltungsrates erstellten Bewerberliste eine Frau und einen Mann. Die acht Bewerberinnen und acht Bewerber mit den meisten Stimmen sind gewählt. Eine Wahl unter Verstoß gegen Satz 4 ist nichtig. Ist nach dem dritten Wahlgang die Vorgabe nach Satz 4 nicht erfüllt, gelten nur so viele Personen des Geschlechts, das nach dem Ergebnis der Wahl mehrheitlich vertreten ist, als gewählt, wie Personen des anderen Geschlechts gewählt wurden; die Anzahl der Vertreter nach Absatz 4 reduziert sich entsprechend. Das Nähere zur Durchführung der Wahl regelt die Satzung. ~~Die Amtszeit der Vertreter nach Satz 1 darf zwei Amtsperioden nicht überschreiten. Personen, die am 1. Januar 2020 bereits Mitglieder im Verwaltungsrat eines Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sind, können einmalig wiedergewählt werden.“~~

Der bisherige § 279 Absatz 6 SGB V wird wie folgt angepasst:

„Beschäftigte des Medizinischen Dienstes, der Krankenkassen oder ihrer Verbände sind nicht wähl- oder benennbar. ~~Personen, die bereits mehr als ein Ehrenamt in einem Selbstverwaltungsorgan eines Versicherungsträgers, eines Verbandes der Versicherungsträger oder eines anderen Medizinischen Dienstes innehaben, können nicht gewählt oder benannt werden.~~ § 51 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 und Absatz 6 Nummer 2 bis 6 des Vierten Buches gilt entsprechend. Rechtsbehelfe gegen die Benennung oder die Wahl der Mitglieder des Verwaltungsrates haben keine aufschiebende Wirkung. § 57 Absatz 5 bis 7 des Vierten Buches und § 131 Absatz 4 des Sozialgerichtsgesetzes gelten entsprechend.“

§ 282 Absatz 2 Satz 7 SGB V wird entsprechend der vorgeschlagenen Änderungen wie folgt angepasst:

„[...] Das Nähere, insbesondere zur Wahl der oder des Vorsitzenden und der Stellvertreterin oder des Stellvertreters, regelt die Satzung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1. § 40 Absatz 1 Satz 1 und 2, Absatz 2 und 3, die §§ 41, 42 Absatz 1 bis 3 des Vierten Buches, § 217b Absatz 1 Satz 3 und Absatz 1a bis 1e und

§ 279 Absatz 4 Satz 4 bis 9, Absatz 5 Satz 5 und Absatz 6 gelten entsprechend. Die Vertreter nach Satz 2 Nummer 3 sind nicht stimmberechtigt. Personen, die Mitglieder des Verwaltungsrates des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sind, können nicht gewählt werden.“

### **Begründung**

Die gesetzlichen Regelungen zur Wahrnehmung von Selbstverwaltungsmänten im MD und MD Bund sehen derzeit vor, dass kassenseitige Vertreter:innen in den Verwaltungsräten nur ein weiteres Ehrenamt in der Sozialversicherung ausüben dürfen sowie eine Begrenzung ihrer Tätigkeit auf maximal zwei Amtsperioden. Diese Regelungen gelten nicht für andere Mitglieder der Verwaltungsräte, wie etwa Patienten- oder Berufsvertreter:innen. Ziel dieser Begrenzungen war es, eine ausgewogene Mandatsverteilung und eine Durchmischung der Gremien sicherzustellen.

In der Praxis führen diese Regelungen jedoch zu erheblichen Einschränkungen in der demokratischen Mitwirkung und zu Kompetenzverlusten in der Gremienarbeit. Die Begrenzung der Amtszeiten erschwert es, erfahrene und eingearbeitete Mitglieder langfristig einzubinden. Dies beeinträchtigt die Kontinuität und Qualität der Entscheidungsfindung und schwächt die Selbstverwaltung insgesamt. Die Regelung birgt zudem die Gefahr, dass es zukünftig zu personellen Engpässen bei der Besetzung kommen könnte, insbesondere, wenn erfahrene Mitglieder durch starre Begrenzungen ausscheiden müssen, obwohl sie weiterhin zur Verfügung stünden.

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Herausforderungen wird vorgeschlagen, die Begrenzungen der Anzahl der Ehrenämter sowie der Amtsperioden für kassenseitige Vertreter:innen in den Verwaltungsräten der MD aufzuheben. Die entsprechenden Regelungen in § 279 Absatz 4 und 6 SGB V sollten gestrichen oder so angepasst werden, dass eine gleichberechtigte Amtsausübung aller Mitgliedergruppen in der Selbstverwaltung möglich ist.

Die Aufhebung dieser Begrenzungen würde die Besetzbartkeit der Gremien deutlich verbessern, da sie den Kreis potenzieller Kandidat:innen erweitert und die Möglichkeit schafft, erfahrene und engagierte Mitglieder längerfristig einzubinden. Zudem ermöglicht die Aufhebung der Mandatsbegrenzungen eine trägerübergreifende Perspektive, die für die inhaltliche Arbeit in der Selbstverwaltung von großem Wert ist. Die Möglichkeit, Erfahrungen aus verschiedenen Bereichen der Sozialversicherung einzubringen, fördert die Qualität der Entscheidungsfindung und trägt zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems bei. Soweit aber die Ämterhäufung innerhalb der Gemeinschaft der MD in Rede stand, hätte diese Häufung aufgrund des inneren Zusammenhangs der gemeinsamen Aufgaben und Interessen nicht zu einem potenziellen Konflikt geführt. Schließlich würde die Gleichbehandlung aller Mitgliedergruppen innerhalb der Verwaltungsräte hergestellt, was aus rechts- und gleichstellungspolitischer Sicht geboten erscheint. Eine Aufhebung der Begrenzung auf zwei Amtszeiten entspräche im Übrigen der allgemeinen Regelung der Amtszeiten

der Selbstverwaltungsorgane der Sozialversicherung gemäß § 58 SGB IV, die u. a. auch für den GKV-SV (§ 217b Absatz 1 Satz 3 SGB V) gelten.

Im Rahmen einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Verwaltungsräte ist es erforderlich, das Ehrenamt zu stärken und von bürokratischen Hürden zu befreien. Ein attraktiver, stabiler und leistungsfähiger Verwaltungsrat trägt entscheidend zur Unabhängigkeit der MD bei.

Bei der Änderung in § 282 Absatz 2 Satz 7 SGB V handelt es sich um eine notwendige Folgeänderung aufgrund der vorgeschlagenen Streichung des § 279 Absatz 4 Satz 10 und 11 SGB V.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)  
Askanischer Platz 1  
10963 Berlin  
Tel.: 030/2 69 31 – 0  
Fax: 030/2 69 31 – 2900  
Politik@vdek.com