Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)221.3

11.10.2024

Änderungsantrag 1

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 1 Nummer 1 (§ 39e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Übergangspflege in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen)

Artikel 1 Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

‚1. § 39e wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird durch die folgenden Absätze 1 und 2 ersetzt:

„(1) Versicherte haben im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung für längstens zehn Tage Anspruch auf Übergangspflege

1. in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung oder
2. an einem anderen Standort eines Krankenhauses, wenn im unmittelbaren Anschluss an die Krankenhausbehandlung in diesem Krankenhaus erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem Elften Buch nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können.

(2) Die Übergangspflege umfasst die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung der Versicherten, die Grund- und Behandlungspflege, ein Entlassmanagement, Unterkunft und Verpflegung sowie die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung. Das Vorliegen der Voraussetzungen einer Übergangspflege ist vom Krankenhaus im Einzelnen nachprüfbar zu dokumentieren. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren das Nähere zur Dokumentation nach Satz 2. Kommt die Vereinbarung nach Satz 3 nicht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei den Inhalt der Vereinbarung fest.“

b) Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3.‘

Begründung:
Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus sind bisher gegenüber den in der Vorschrift genannten Leistungen nachrangig und können nur erbracht werden, wenn diese Leistungen nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können. Diese Nachrangigkeit entfällt künftig, wenn Übergangspflege in sektorenübergreifenden Einrichtungen nach § 115g erbracht wird. Der Anspruch auf Versorgung in Einrichtungen nach §115g besteht auch in Fällen der Abverlegung aus anderen Krankenhäusern oder Krankenhausstandorten.

Änderungsantrag 2

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 1 Nummer 1a und 1b -neu- (§§ 92a, 92b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(*Meldesysteme zur Förderung der Patientensicherheit*)

NachArtikel 1 werden die folgenden Nummern 1a und 1b eingefügt:

‚1a. In § 92a Absatz 2 Satz 4 werden nach den Wörtern „ des Gemeinsamen Bundesausschusses“ ein Komma und die Wörter „zur Entwicklung und Weiterentwicklung von Meldesystemen zur Förderung der Patientensicherheit,“ eingefügt.

1b. In § 92b Absatz 2 Satz 3 werden nach den Wörtern „Die Schwerpunkte“ die Wörter „zur Entwicklung und Weiterentwicklung von Meldesystemen zur Förderung der Patientensicherheit und“ eingefügt und nach den Wörtern „von Leitlinien nach § 92a Absatz 2 Satz 4“ die Wörter „zweite Alternative“ gelöscht.‘

Begründung:
Für die Gewährung der Patientensicherheit ist es von zentraler Bedeutung, kritische Ereignisse mit für Patientinnen und Patienten schwerwiegenden Schäden zu vermeiden. Zu solchen Ereignissen gehören auch sog. „Never Events“, bei denen es sich um vermeidbare unerwünschte Ereignisse in der medizinischen Versorgung handelt, die zum Tod oder zu besonders schwerwiegenden Schäden bei Patientinnen und Patienten führen, wie z. B. Beispiel Patienten- und Seitenverwechslungen, gravierende Medikationsfehler oder zurückgebliebene Fremdkörper nach Operationen. Um solche Ereignisse zu vermeiden, ist es Voraussetzung, sie zu erfassen und zu analysieren, um aus ihnen systematisch und im gesamten Versorgungssystem lernen zu können und gezielte Präventionsmaßnahmen sowie die Sicherheits- und Lernkultur in der Gesundheitsversorgung weiterzuentwickeln. Das erfordert zunächst, dass solche Ereignisse vertraulich, anonym und losgelöst von haftungsrechtlichen Konsequenzen gemeldet werden können und ausschließlich für die Verbesserung der Patientensicherheit herangezogen werden. Die Entwicklung und Weiterentwicklung bisheriger Ansätze von Melderegistern zu Patientensicherheitsereignissen einrichtungsübergreifender Bedeutung auf Bundesebene stellt in der Gesundheitsversorgung in Deutschland eine Neuerung dar, die es zu fördern gilt.
Die im Innovationsfonds bestehende Möglichkeit des Einsatzes der für Versorgungsforschung zur Verfügung stehenden Mittel zur Förderung von Forschungsvorhaben zur Weiterentwicklung und insbesondere Evaluationen der Richtlinien des G-BA und der Entwicklung oder Weiterentwicklung ausgewählter medizinischer Leitlinien, für die in der Versorgung besonderer Bedarf besteht, soll deshalb um die Förderung von Forschungsvorhaben zur Entwicklung und Weiterentwicklung von Meldesystemen zur Förderung der Patientensicherheit erweitert werden. Dadurch soll insbesondere der Aufbau eines nationalen Meldesystems zur anonymen Erfassung von Never Events und gravierenden unerwünschten Ereignissen einrichtungsübergreifender Bedeutung unterstützt werden. Ziele sind, innerhalb von drei Jahren mindestens einen entsprechenden Antrag zu einem Forschungsvorhaben zur Entwicklung und Weiterentwicklung von Meldesystemen zur Förderung der Patientensicherheit zu bewilligen und mit den resultierenden Projektergebnissen die Einrichtung einer Vertrauensstelle zu unterstützen, welche die Vertraulichkeit der Meldungen garantiert und die Entwicklung notwendiger Präventionsmaßnahmen beauftragt, entgegennimmt und kommuniziert.

Änderungsantrag 3

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 1 Nummer 1a -neu- (§ 107 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(*Verankerung der pflegefachlichen Leitung in der Krankenhausdefinition*)

Nach Artikel 1 Nummer 1 wird folgende Nummer 1a eingefügt:

‚1a. In § 107 Absatz 1 Nummer 2 werden nach dem Wort „stehen“ ein Komma und die Wörter „pflegefachlich unter ständiger pflegefachlicher Leitung stehen“ und nach dem Wort „diagnostische“ ein Komma und das Wort „pflegefachliche“ eingefügt.‘

Begründung

Sowohl in der Akut- als auch in der Langzeitpflege ist durch den demografischen Wandel eine Steigerung der Nachfrage nach Pflegeleistungen in allen Arten von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen zu erwarten. Um diese Nachfrage befriedigen zu können und entsprechende Personalressourcen sicherzustellen, sind vielfältige Maßnahmen nötig. Ein wichtiges Ziel in diesem Kontext ist die Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufes. Um dieses Ziel zu erreichen, ist u.a. eine Stärkung der Kompetenzen der Pflege nötig.
Die vorliegende Ergänzung des § 107 SGB V trägt dazu bei, durch eine explizite Verankerung der pflegefachlichen Leitung in der Definition des Krankenhauses und des Vorhandenseins von entsprechenden pflegefachlichen Kompetenzen in der Leitung des Krankenhauses, den Stellenwert der Pflegefachlichkeit und des Pflegeberufes in der akuten Krankenhauspflege hervorzuheben. Die durch die Pflegefachpersonen geleistete Arbeit ist eine unerlässliche Voraussetzung für eine effektive Durchführung der Krankenhausbehandlung. Sie haben ihre eigenen Kernaufgaben, bei deren Erbringung fachliche Standards eingehalten werden müssen. Aus diesem Grund ist es nötig, dass in der Definition des Krankenhauses neben der ärztlichen Leitung auch eine pflegefachliche Leitung verankert wird und neben den therapeutischen und diagnostischen auch die pflegefachlichen Möglichkeiten eine explizite Erwähnung finden.

Änderungsantrag 4

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 1 Nummer 1a -neu- (§ 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Zu Artikel 1 Nummer 2 (§ 109 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Zu Artikel 3 Nummer 10 (§ 8 des Krankenhausentgeltgesetzes)

(*Zulassung der Bundeswehrkrankenhäuser zur Krankenhausbehandlung der Versicherten; Folgeänderungen*)

1. Artikel 1 wird wie folgt geändert:

a) Nach Nummer 1 wird folgende Nummer 1a eingefügt:

‚1a. § 108 wird wie folgt geändert:

1. In Nummer 2 wird das Wort „oder“ gestrichen.

2. In Nummer 3 wird der Punkt am Ende durch ein Komma und das Wort „oder“ ersetzt.

3. Folgende Nummer 4 wird angefügt:

„4. Bundeswehrkrankenhäuser, soweit sie durch das Bundesministerium der Verteidigung im Einvernehmen mit der jeweiligen für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen dazu bestimmt wurden; bis zu dieser Bestimmung gelten die Bundeswehrkrankenhäuser als dazu bestimmt, soweit sie am 1. Januar 2024 durch die Aufnahme in den Krankenhausplan eines Landes oder durch den Abschluss eines Versorgungsvertrags mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zugelassen waren.“‘

b) Nummer 2 Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

‚a) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „Krankenhausbedarfsplan nach § 8 Abs. 1 Satz 2“ durch die Wörter „Krankenhausplan nach § 8 Absatz 1 Satz 3“ ersetzt und nach dem Wort „Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ die Wörter „und bei den Bundeswehrkrankenhäusern die in § 108 Nummer 4 genannte Bestimmung“ eingefügt.‘

2. Artikel 3 Nummer 10 wird wie folgt geändert:

a) Dem Buchstaben a wird folgender Buchstabe a vorangestellt:

‚a) Absatz 1 Satz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 3 eingefügt:

„3. bei Bundeswehrkrankenhäusern aus der in § 108 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Bestimmung,“.

bb) Die bisherige Nummer 3 wird Nummer 4.‘

b) Die Buchstaben a bis d werden die Buchstaben b bis e.

Begründung

Zu Nummer 1
Zu Buchstabe a
Die Bundeswehr ist ein wesentliches Instrument der Sicherheits- und Verteidigungspolitik, deren zentraler Auftrag die Landes- und Bündnisverteidigung ist. Vor dem Hintergrund der Verschlechterung der globalen Sicherheitslage sowie der verschärften Bedrohungslage für Europa und auch Deutschland, vor allem durch den Angriffskrieg Russlands auf die Ukraine, ist der Fokus auf die Kriegstüchtigkeit und Einsatzbereitschaft der Bundeswehr gerichtet worden. Aufgabe des Sanitätsdienstes der Bundeswehr ist es, im Frieden und im Fall der Landes- und Bündnisverteidigung durch die medizinische Versorgung die jederzeitige Einsatzbereitschaft der Soldatinnen und Soldaten zu gewährleisten. Die Erfüllung dieser Aufgaben erfordert eine einheitliche Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Inübunghaltung des ärztlichen und nicht-ärztlichen Sanitätspersonals auf höchstem Niveau, wobei die medizinische Versorgung der Soldatinnen und Soldaten quantitativ nicht ausreicht, um dies zu erreichen; hierzu ist der Zugang zur stationären Versorgung gesetzlich versicherter Patientinnen und Patienten unabdingbar. Mit der Änderung wird daher in § 108 in einer neuen Nummer 4 geregelt, dass die Bundeswehrkrankenhäuser zur Krankenhausbehandlung zugelassen sind, soweit sie durch das Bundesministerium der Verteidigung in Einvernehmen mit der jeweiligen für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen dazu bestimmt wurden. Bis zu diesem Zeitpunkt gelten die Bundeswehrkrankenhäuser als zur Krankenhausbehandlung bestimmt, soweit sie am 1. Januar 2024 durch die Aufnahme in den Krankenhausplan eines Landes oder durch den Abschluss eines Versorgungsvertrags mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zugelassen waren. Durch diese Regelung wird auch zukünftig der zur Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie zur Inübunghaltung des medizinischen, ärztlichen und nichtärztlichen Sanitätspersonals notwendige Zugang zur Behandlung gesetzlich versicherter Patientinnen und Patienten sichergestellt. Durch die Änderungen in § 108 Nummer 2 und 3 werden redaktionelle Folgeänderungen umgesetzt.

Zu Buchstabe b
Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der in § 108 Nummer 4 neu geregelten Zulassung der Bundeswehrkrankenhäuser zur Krankenhausbehandlung. Der Versorgungsvertrag eines Bundeswehrkrankenhauses ergibt sich aus der Bestimmung des Bundesministeriums der Verteidigung gemäß § 108 Nummer 4.

Zu Nummer 2
Zu Buchstabe a
Mit der Änderung wird ein neuer Buchstabe a in Artikel 3 Nummer 10 eingefügt, mit dem § 8 Absatz 1 Satz 4 geändert wird. Es handelt sich dabei um eine Folgeänderung aufgrund der in § 108 Nummer 4 SGB V neu geregelten Zulassung der Bundeswehrkrankenhäuser zur Krankenhausbehandlung der Versicherten. Der Versorgungsauftrag eines Bundeswehrkrankenhauses ergibt sich aus der Bestimmung des Bundesministeriums der Verteidigung gemäß § 108 Nummer 4 SGB V.

Zu Buchstabe b
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderung unter Buchstabe a.

Änderungsantrag 5

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 1 Nummer 2 (§ 109 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 110 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(*Nachweiszeitraum MD Gutachten;*
Verpflichtung der Krankenhäuser zur
Qualitätssteigerung bei unbefristeter Ausnahme;
Anpassung der Regelung zur Kündigung des Versorgungsvertrags
infolge der Änderung des Nachweiszeitraums MD Gutachten)

1. In Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe d wird Absatz 3a wie folgt geändert:

a) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

> „Der in Satz 1 genannte Nachweis wird durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes über die Prüfung der Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien erbracht, dessen Übermittlung nach § 275a Absatz 4 Satz 1 an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu dem Zeitpunkt des Abschlusses des Versorgungsvertrags nicht länger als zwei Jahre und ab dem dritten Nachweis nicht länger als drei Jahre zurückliegt."

b) In Satz 7 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „in dem Versorgungsvertrag ist das Krankenhaus zu verpflichten, an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien innerhalb einer angemessenen Frist zu erfüllen" eingefügt.

2. In Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe a werden in Satz 1 Nummer 2 nach den Wörtern „zwei Jahre" die Wörter „oder, sofern die Erfüllung der Qualitätskriterien für die jeweilige Leistungsgruppe bereits zweimal durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes nachgewiesen wurde, länger als drei Jahre" eingefügt.

Begründung

Zu Nummer 1
Zu Buchstabe a
Mit der Änderung wird die Regelung über den Nachweis der Erfüllung der Qualitätskriterien angepasst. Wurde die Erfüllung der Qualitätskriterien für eine Leistungsgruppe bereits zweimal durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes nachgewiesen, wird der für die Vereinbarung der Leistungsgruppe erforderliche Nachweis über die Erfüllung der Qualitätskriterien abweichend von der bisherigen Fassung der Regelung durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes erbracht, dessen Übermittlung nicht länger als drei Jahre zurückliegt. Die Regelung ermöglicht nach einer Übergangsphase einen längeren Prüfturnus und dient damit der Entlastung der Medizinischen Dienste und der Entbürokratisierung.

Zu Buchstabe b
Im Interesse einer qualitativ hochwertigen Versorgung soll eine unbefristete Ausnahme im Rahmen der Vereinbarung von Leistungsgruppen nicht zu einer dauerhaften Unterschreitung der Mindestanforderungen an die Strukturqualität führen. Ein Krankenhausträger ist daher auch im Fall einer unbefristeten Ausnahme zu verpflichten, Maßnahmen zu ergreifen, um die Qualitätskriterien innerhalb einer angemessenen Frist zu erfüllen. Dies kann zum Beispiel durch den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen mit anderen Krankenhausträgern oder durch die Fort- und Weiterbildung des medizinischen und pflegerischen Personals erreicht werden. Welche Frist für die Verpflichtung zur Erfüllung der Qualitätskriterien angemessen ist, entscheiden die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Änderung unter Nummer 1 Buchstabe a. Nach der neuen Fassung des § 109 Absatz 3a Satz 2 kann die Erfüllung der Qualitätskriterien durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes nachgewiesen werden, dessen Übermittlung nicht länger als drei Jahre zurückliegt, wenn die Erfüllung der Qualitätskriterien für die jeweilige Leistungsgruppe bereits zweimal durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes nachgewiesen wurde. Dieser Grundsatz soll auch auf die Kündigung des Versorgungsvertrags übertragen werden. Wurde die Erfüllung der Qualitätskriterien einer Leistungsgruppe bereits zweimal nachgewiesen, ist der Versorgungsvertrag in Bezug auf diese Leistungsgruppe abweichend von der bisherigen Regelung zu kündigen, wenn die Übermittlung des letzten Gutachtens des Medizinischen Dienstes länger als drei Jahre zurückliegt, es sei denn die Erfüllung der Qualitätskriterien kann für die jeweilige Leistungsgruppe durch eine begründete Selbsteinschätzung nachgewiesen werden.

Änderungsantrag 6

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 110 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Kurzfristige Nichterfüllung der Qualitätskriterien)

In Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe c wird in Satz 4 Nummer 3 nach dem Wort „Qualitätskriterien“ das Wort „drei“ durch das Wort „sechs“ ersetzt.

Begründung

Mit der Änderung wird die in § 110 Absatz 1 Satz 4 Nummer 3 geregelte Ausnahme angepasst. Nach dieser Vorschrift muss ein Versorgungsvertrag nicht gekündigt werden, wenn das betroffene Krankenhaus die Nichterfüllung von Qualitätskriterien fristgerecht gemeldet hat und Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Nichterfüllung nur kurzzeitig andauert. Mit der Änderung wird die maßgebliche Dauer der Nichterfüllung der Qualitätskriterien von drei Monaten auf sechs Monate angehoben. So wird dem Umstand Rechnung getragen, dass Krankenhäuser im Einzelfall und insbesondere bei unvorhergesehenen Ereignissen länger als drei Monate benötigen können, um Qualitätskriterien wieder zu erfüllen. Insbesondere in ländlichen Regionen kann zum Beispiel die Nachbesetzung von Personal länger als drei Monate in Anspruch nehmen. Durch die Änderung erhalten die Landesverbände der Krankenassen und die Ersatzkassen nunmehr die Möglichkeit, auch bei einer voraussichtlichen Dauer der Nichterfüllung von sechs Monaten unter Abwägung der betroffenen Interessen von der Kündigung eines Versorgungsvertrags abzusehen.

Änderungsantrag 7

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 1 Nummer 3a – neu – (§ 115f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Zu Artikel 3 Nummer 1a – neu – (§ 1 des Krankenhausentgeltgesetzes)

(Hybrid-DRG, Verweisanpassung)

1. Nach Artikel 1 Nummer 3 wird folgende Nummer 3a eingefügt:

‚3a. § 115f wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift werden das Semikolon und das Wort „Verordnungsermächtigung“ gestrichen.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) Im Satzteil vor der Aufzählung werden die Wörter „bis zum 31. März 2023“ gestrichen.
bbb) In Nummer 1 werden nach dem Wort „stationär“ die Wörter „mit Übernachtung“ eingefügt.
ccc) In Nummer 2 wird nach dem Wort „Vergütung“ das Wort „ausschließlich“ eingefügt.

bb) Satz 6 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die Krankenkassen übermitteln über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen dem in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannten Institut auf dessen Anforderung innerhalb von zwei Wochen die zum Zeitpunkt der Anforderung für das letzte Abrechnungsjahr, für das die Fallzahlen und Vergütungen vollständig vorliegen, verfügbaren Fallzahlen und Vergütungen unter Angabe der Sachkosten der nach § 115b Absatz 2 Satz 4 von ihnen vergüteten Leistungen sowie die Höhe der nach dem jeweiligen nach § 83 geschlossenen Gesamtvertrag vergüteten Sachkosten bezogen auf die nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ausgewählten Leistungen, aufgeschlüsselt nach den Kodes des Operationen- und Prozedurenschlüssels. Die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 beauftragen das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gemeinsam bis zum 15. Mai eines jeden Kalenderjahres, erstmals bis zum 15. Mai 2025, einen Vorschlag für die Kalkulation der Vergütung differenziert nach dem Schweregrad der Fälle zu erarbeiten. In den Vorschlägen ist eine schrittweise Anpassung der Vergütungen vorzusehen, mit dem Ziel, dass bis zum Jahr 2030 die Höhe der Vergütungen der nach § 115b vereinbarten Leistungen erreicht wird. Auf der Grundlage des Vorschlags schließen die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 die Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 bis zum 30. Juni eines jeden Kalenderjahres mit Wirkung ab dem 1. Januar des folgenden Kalenderjahres.“

c) Absatz 2 wird durch die folgenden Absätze 1a und 2 ersetzt:

„(1a) Spätestens in der bis zum 30. Juni 2030 zu schließenden Vereinbarung sind die nach Absatz 1 Satz 2 zu kalkulierenden Fallpauschalen auf Grundlage fallbezogener empirischer Kostendaten des ambulanten und stationären Bereichs festzulegen. Danach sind sie jährlich auf der Grundlage der jeweiligen in Satz 1 genannten Kostendaten zu überprüfen und, sofern erforderlich, anzupassen. Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 beauftragen das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut gemeinsam bis zum 30. April 2025, einen Vorschlag für ein Konzept zur Festlegung der Fallpauschalen nach Satz 1 zu erarbeiten. Auf der Grundlage dieses Vorschlags vereinbaren die Vertragsparteien bis zum 31. Dezember 2025 das Konzept zur Festlegung der Fallpauschalen nach Satz 1 und legen dieses Konzept dem Bundesministerium für Gesundheit vor.“

„(2) Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 haben die Auswahl der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 jährlich zu überprüfen und, sofern zur Einhaltung der Vorgaben nach Satz 2 erforderlich, bis zum 31. März des jeweiligen Kalenderjahres, in dem die Überprüfung stattfindet, auf Grundlage des nach Satz 3 beauftragten Vorschlags mit Wirkung ab dem 1. Januar des folgenden Kalenderjahres anzupassen. Die Auswahl hat so zu erfolgen, dass bezogen auf die gemäß § 21 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Jahr 2023 übermittelten Daten zu vollstationären Krankenhausfällen ohne Berücksichtigung der Krankenhausfälle, in denen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden angewendet werden, ab dem Jahr 2026 jährlich mindestens eine Million, ab dem Jahr 2028 jährlich mindestens 1,5 Millionen und ab dem Jahr 2030 jährlich mindestens zwei Millionen Fälle erfasst werden. Die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 beauftragen das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut gemeinsam bis zum 15. Februar eines jeden Kalenderjahres die Auswahl der Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 zu überprüfen und einen Vorschlag zur Anpassung der Leistungsauswahl vorzulegen. Bei der Überprüfung und Anpassung nach Satz 1 können auch Leistungen ausgewählt werden, die nicht in dem nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalog genannt sind. Leistungen für Kinder, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und Leistungen für Menschen mit Behinderungen sollen nicht ausgewählt werden.“

d) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In den Sätzen 1 und 3 werden die Wörter „Rechtsverordnung nach Absatz 4“ jeweils durch die Wörter „Entscheidung nach Absatz 4 Satz 2 oder Satz 5“ ersetzt.

bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie über die erforderlichen Vordrucke ist von den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 zu vereinbaren. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist nach Maßgabe der nach § 87a Absatz 5 Satz 7 beschlossenen Vorgaben des Bewertungsausschusses in den Vereinbarungen nach § 87a Absatz 3 um die Leistungen zu bereinigen, die Bestandteil der Fallpauschale nach Absatz 1 Satz 2 sind.“

e) Die Absätze 4 und 5 werden wie folgt gefasst:

„(4) Kommt eine Beauftragung nach Absatz 1 Satz 7, Absatz 1a Satz 3, Absatz 2 Satz 3 oder Absatz 5 Satz 1 nicht fristgerecht zustande, erfolgt die jeweilige Beauftragung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 9 oder Absatz 1a Satz 4 oder eine Anpassung nach Absatz 2 Satz 1 ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zustande, setzt der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a Satz 2 den Inhalt der jeweiligen Vereinbarung mit einer Mehrheit von zwei Dritteln seiner stimmberechtigten Mitglieder innerhalb von vier Wochen fest; § 87 Absatz 5a Satz 6 und 7 gilt entsprechend. Zur Vorbereitung der Festsetzungen nach Satz 2 sind das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus verpflichtet, dem Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a Satz 2 unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten; die in § 115b Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien haben die Kosten der Zuarbeit zu gleichen Teilen zu tragen. Der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. kann an Verhandlungen der Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 und Sitzungen des Bewertungsausschusses in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a Satz 2 beratend teilnehmen. Setzt der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a Satz 2 den Inhalt der jeweiligen Vereinbarung ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht fest, ist das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, diesen festzulegen. Zur Vorbereitung einer Festlegung nach Satz 5 sind die einzelnen in § 115b Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien, der Bewertungsausschuss für die in § 87 Absatz 1 Satz 1 genannten ärztlichen Leistungen, der Bewertungsausschuss in der Zusammensetzung nach § 87 Absatz 5a Satz 1, das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten; die in § 115b Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien haben die Kosten der Zuarbeit der Institute zu gleichen Teilen zu tragen.“

„(5) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien beauftragen bis zum 30. April 2025 das in § 87 Absatz 3b Satz 1 genannte Institut und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus mit der regelmäßigen Evaluation der Auswirkungen der speziellen sektorengleichen Vergütung auf die Versorgung der Versicherten, auf die Vergütungen der Leistungserbringer sowie auf die Ausgaben der Krankenkassen auf der Grundlage nicht personenbezogener Leistungsdaten. Ein entsprechender

Evaluationsbericht der Institute ist dem Bundesministerium für Gesundheit im Abstand von jeweils 18 Monaten, erstmals zum 30. Juni 2026, vorzulegen.“ ‘

2. Nach Artikel 3 Nummer 1 wird folgende Nummer 1a eingefügt:

‚1a. In § 1 Absatz 3 Satz 3 wird die Angabe „Absatz 4 Satz 1“ durch die Wörter „Absatz 4 Satz 2 oder Satz 5“ ersetzt.‘

Begründung

Zu Nummer 1
Zu Buchstabe a
Die Anpassung der Überschrift ist erforderlich, da in Absatz 4 die Kompetenz des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zum Erlass einer Rechtsverordnung gestrichen wurde.

Zu Buchstabe b
Zu Doppelbuchstabe aa
Die Vereinbarung der speziellen sektorengleichen Vergütungen (Hybrid-DRG) und damit vergüteter Leistungen ist eine dauerhafte Aufgabe, der die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 (AOP-Vertragsparteien) zukünftig jährlich nachzukommen haben. Die vergangene, erstmalige Frist, der 31. März 2023, wird gestrichen.

Darüber hinaus wird klargestellt, dass bei einer Vergütung nach Hybrid-DRG auch eine stationäre Leistungserbringung, das heißt eine Versorgung mit Übernachtung, erfolgen kann. Für darüber hinausgehende Fälle mit einer medizinisch indizierten längeren Verweildauer sowie einem höheren klinischen Komplexitätsgrad erfolgt eine Abrechnung nach dem Krankenhausentgeltrecht. Die Hybrid-DRG sind daher in geeigneter Weise unter anderem anhand des Kriteriums der Fallschwere von den DRG abzugrenzen.

Ebenfalls wird klargestellt, dass die nach § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten Leistungen ausschließlich mit der Hybrid-DRG nach § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 abgerechnet werden können. Eine Abrechnung beispielsweise nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) oder dem stationären Fallpauschalensystem (vgl. § 1 Absatz 3 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)) ist nicht möglich. Es gilt ein Abrechnungsausschluss anderer als der speziellen sektorengleichen Vergütungen.

Zu Doppelbuchstabe bb
Zur Kalkulation der Hybrid-DRG werden umfangreiche Daten aus dem stationären Bereich, dem ambulanten Bereich im Krankenhaus und dem ambulanten vertragsärztlichen Bereich benötigt. Ein Großteil der Daten liegt dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) über § 21 Absatz 2 KHEntgG und § 17b Absatz 3 Satz 5 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) sowie dem Institut des Bewertungsausschusses (InBA) über § 87 Absatz 3f bereits vor und kann zur Kalkulation der Hybrid-DRG genutzt werden. Da den Instituten regelhaft keine Informationen über die Fallzahlen und Vergütungen aus dem ambulanten Bereich im Krankenhaus für die nach § 115b Absatz 2 Satz 4 von den Krankenkassen vergüteten Leistungen vorliegen, werden die Krankenkassen zur Übermittlung der entsprechenden Fallzahlen und Vergütungen unter separater Angabe der Sachkosten über den GKV-Spitzenverband an das InBA verpflichtet. Gleiches gilt für die Sachkosten, die im vertragsärztlichen Bereich bei ambulanten, gesamtvertraglich vergüteten Fällen anfallen. Die Übermittlungspflicht bezieht sich nur auf die für die Hybrid-DRG ausgewählten Leistungen.

Das BMG hat im Jahr 2023 zur Vorbereitung der Hybrid-DRG-Verordnung die Expertise von InEK und InBA für die Kalkulation der Hybrid-DRG genutzt. Auch die AOP-Vertragsparteien haben sich im Jahr 2024 auf eine Beauftragung der Institute zu diesem Zweck verständigt. Die Institute besitzen auf dem Gebiet der Kalkulation stationärer bzw. ambulanter Entgelte Alleinstellungsmerkmale in Deutschland. Ihnen soll daher auch zukünftig eine zentrale Rolle beim Ausbau und der Weiterentwicklung eines sektorengleichen Entgelts zukommen. Es wird daher geregelt, dass die Institute durch die AOP-Vertragsparteien bis zum 15. Mai eines Jahres mit der Erstellung und Vorlage eines Vorschlags für die Kalkulation der Hybrid-DRG für das nachfolgende Kalenderjahr zu beauftragen sind. Der Vorschlag umfasst auch die für die Vergütung in Absatz 1 Satz 3 vorgesehene Berücksichtigung von Unterschieden nach dem Schweregrad der Fälle durch die Bildung von Stufen. Der Vorschlag ist von den Instituten so auszugestalten, dass sich die Höhe der Hybrid-DRG schrittweise bis zum Jahr 2030 dem Vergütungsniveau nach AOP-Vertrag, der den EBM als Grundlage bestimmt, angepasst hat. Ab dem Jahr 2030 gilt dann eine neue, empirische Kalkulationsvorgabe. Der Vorschlag der Institute bildet die Grundlage für die Vergütungsvereinbarung der AOP-Vertragsparteien, die bis zum 30. Juni eines Jahres zu erfolgen hat.

Zu Buchstabe c
Die Kalkulation der Fallpauschalen im DRG-System basiert seit langem auf den Kostendaten einer Stichprobe von Krankenhäusern, die diese Daten gemäß § 17b Absatz 3 Satz 5 KHG an das InEK übermitteln. Die so kalkulierten DRG gehen schon heute in den Mischpreis der Hybrid-DRG ein. Ab 2030 sollen auch für den ambulanten Bereich empirisch bei den Leistungserbringern erhobene kostenbezogene Daten Eingang in die Kalkulation finden. InEK und InBA haben hierfür – nach bis zum 30. April 2025 zu erfolgender Beauftragung durch die AOP-Vertragsparteien – einen Vorschlag für ein Kalkulationskonzept zu erarbeiten. Das vorzulegende Konzept hat dabei insbesondere auch die Fragen zu klären, wie notwendige kostenbezogene Daten bei Krankenhäusern, Vertragsarztpraxen und ambulanten Operationszentren erhoben werden, auf welchem Weg die Daten an die Institute übermittelt werden und wie die Daten ausgewertet werden. Im Gegensatz zu Krankenhäusern verfügen Arztpraxen in aller Regel nicht über größere Management- und Verwaltungsstrukturen. Dies ist bei der Konzeptionierung der Datenerhebung zu berücksichtigen. Auf eine möglichst geringe zusätzliche Belastung der Leistungserbringer, auch der Krankenhäuser, ist zu achten. Auf der Grundlage des von den Instituten vorgelegten Vorschlags haben die AOP-Vertragsparteien bis Ende 2025 ein finales Kalkulationskonzept zu vereinbaren. Das Konzept ist dem BMG vorzulegen. Das BMG prüft auf dieser Basis, inwieweit gesetzlicher Anpassungsbedarf zur Realisierung des Konzepts besteht.

Das bisher zweijährige Intervall für die Überprüfung und Anpassung des Hybrid-DRG-Leistungskatalogs wird auf ein Jahr verkürzt. Für den Umfang des Leistungskatalogs gelten zukünftig klare Vorgaben, nachdem die bisherigen Bemühungen der AOP-Vertragsparteien scheiterten (2023 mit resultierender Ersatzvornahme des BMG für 2024) bzw. deutlich hinter den Erwartungen des Gesetzgebers zurückblieben (2024 wurde eine nur geringfügige Erweiterung des Startkatalogs aus der Hybrid-DRG-Verordnung des BMG für 2025 vereinbart). Nach aktuelleren Studien liegt das Ambulantisierungspotenzial vollstationärer Fälle zwischen 10% und 20%. Hiervon ausgehend wird vorgegeben, dass bezogen auf die gemäß § 21 Absatz 2 KHEntgG für das Jahr 2023 übermittelten vollstationären Krankenhausfalldaten ab dem Jahr 2026 jährlich mindestens eine Million Fälle mit der Leistungsauswahl erfasst werden müssen. Fälle mit neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind dabei nicht zu berücksichtigen, da hier zunächst kein Ambulantisierungspotenzial zu vermuten ist. Das geforderte jährlich zu erfassende vollstationäre Fallzahlvolumen wird ab dem Jahr 2028 auf 1,5 Millionen und ab dem Jahr 2030 auf zwei Millionen erhöht. Bei ca. 17 Millionen vollstationären Behandlungsfällen pro Jahr (Niveau vor der Covid-19-Pandemie) würden damit ab 2026 ca. 6%, ab 2028 ca. 9% und ab 2030 ca. 12% der vollstationären Fälle ambulantisiert.

Wie bei der Vergütungsvereinbarung gilt auch hier, dass die AOP-Vertragsparteien InEK und InBA zu beauftragen haben. Diese haben die Leistungsauswahl zu überprüfen und einen Vorschlag für deren Anpassung vorzulegen. Der Auftrag an die Institute kann auch die Beantwortung der grundlegenden Frage umfassen, wie eine Hybrid-DRG-Leistung zukünftig definiert sein sollte, insbesondere welche Ein- und Ausschlusskriterien hierbei heranzuziehen sind. Das Gesetz macht diesbezüglich nun lediglich die Vorgabe, dass Leistungen für Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres und Leistungen für Menschen mit Behinderungen nicht ausgewählt werden sollen. Die Beauftragung der Institute hat jährlich bis zum 15. Februar zu erfolgen. Die Vereinbarung der AOP-Vertragsparteien über die Überprüfung und Anpassung ist auf Grundlage des Vorschlags der Institute dann bis zum 31. März eines Jahres zu treffen, mit Wirkung zum 1. Januar des Folgejahres. Der Vereinbarung muss nachvollziehbar zu entnehmen sein, welches vormals vollstationäre Fallzahlvolumen mit den einzelnen ausgewählten Indikationen (Bündelungen von OPS-Kodes) jeweils erfasst wird. Fallzahlberechnungen der Institute sind in der Vereinbarung auszuweisen bzw. Abweichungen hiervon zu erläutern. Die Einhaltung der pflichtigen Fallzahlvorgaben muss durch das Bundesministerium für Gesundheit als zuständige Aufsichtsbehörden überprüft werden können.

Zu Buchstabe d
Zu Doppelbuchstabe aa
Es handelt sich um Folgeänderungen zur Änderung in Absatz 4, der nun keine Rechtsverordnungskompetenz des BMG mehr vorsieht.

Zu Doppelbuchstabe bb
Mit dem ersten angefügten Satz werden die Vorgaben zur Abrechnung der Hybrid-DRG dahingehend ergänzt, dass die AOP-Vertragsparteien das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie die hierfür erforderlichen Vordrucke zu vereinbaren haben. Bereits im ersten Quartal 2024 haben Deutsche Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband für die Krankenhäuser sowie Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband für die Vertragsärztinnen und -ärzte entsprechende Vereinbarungen geschlossen, um die in der Rechtsverordnung des BMG festgelegten Hybrid-DRG in der Praxis abrechenbar zu machen. Dies sollen die AOP-Vertragsparteien auch in Zukunft tun, wobei hier im Sinne einer sektorengleichen Vergütung einheitliche Verfahrensregelungen gelten sollen, soweit dies praktikabel und bürokratiearm umsetzbar ist.

Der zweite angefügte Satz führt eine Bereinigungsregelung für die Hybrid-DRG ein. Zwar dürfte der größte Teil der mit der Fallpauschale nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 abgegoltenen Leistungen auf das Kapitel 31 EBM (Gebührenordnungspositionen für ambulante Operationen, Anästhesien, präoperative, postoperative und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen) entfallen und damit bereits zuvor außerhalb der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen vergütet worden sein, allerdings können einzelne mit der Fallpauschale vergütete Leistungsbestandteile auch in fachärztlichen Grundpauschalen und EBM-Positionen des Labors enthalten sein, die wiederum Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind. Vor diesem Hintergrund ist, insbesondere da die Hybrid-DRG ab 2026 deutlich ausgebaut werden sollen, eine Bereinigung zur Vermeidung einer Doppelvergütung sachgerecht und durch den Bewertungsausschuss ein entsprechendes Verfahren zu beschließen.

Zu Buchstabe e
Absatz 4 sieht Regelungen für den Fall vor, dass die AOP-Vertragsparteien nicht den in den Absätzen 1, 1a und 2 vorgesehen Aufgaben nachkommen.

Satz 1 sieht vor, dass das BMG die Beauftragung des InEK und InBA vornimmt, wenn diese nicht in der nach Absatz 1 Satz 7 (Vorschlag für Vergütung), Absatz 1a Satz 3 (Vorschlag für Kalkulationskonzept), Absatz 2 Satz 3 (Vorschlag für Leistungsauswahl) oder Absatz 5 Satz 1 (Evaluation) bestimmten Frist durch die AOP-Vertragsparteien beauftragt werden.

Satz 2 überträgt dem ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a Satz 5 die Festsetzungskompetenz für den Fall, dass eine Vereinbarung der AOP-Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 9 (Vergütung), Absatz 1a Satz 4 (Kalkulationskonzept) oder Absatz 2 Satz 1 (Leistungsauswahl) ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zustande kommt. Der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss hat die jeweilige Vereinbarung spätestens vier Wochen nach Ablauf der jeweiligen gesetzlichen Frist festzusetzen.

Der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss ist ein bereits mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz, das am 1. Januar 2012 in Kraft getreten ist, etabliertes Schiedsgremium der Selbstverwaltung, das bereits mehrfach einberufen wurde und dem neben der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b mittlerweile auch weitere Themen zugewiesen wurden. Der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss wird einberufen, wenn im ergänzten Bewertungsausschuss eine übereinstimmende Beschlussfassung durch GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung und Deutsche Krankenhausgesellschaft nicht oder teilweise nicht möglich war. In solchen Fällen wird der ergänzte Bewertungsausschuss um einen unparteiischen Vorsitzenden und ein weiteres unparteiisches Mitglied erweitert. Wird die für die Beschlussfassung im ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss notwendige Zweidrittelmehrheit der stimmberechtigten Mitglieder nicht erreicht, setzen die beiden unparteiischen Mitglieder den Beschluss fest. Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden. Zur Vorbereitung von Entscheidungen kann der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss auf beim ergänzten Bewertungsausschuss geschaffene Strukturen (Arbeitsausschuss, Arbeitsgruppen) zurückgreifen. Dazu zählt auch die Unterstützung durch das InBA, das auch die Geschäftsführung des ergänzten Bewertungsausschusses wahrnimmt. Vor diesem Hintergrund ist eine Befassung des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses mit dem Themenkomplex der Hybrid-DRG naheliegend, und – nicht zuletzt angesichts der Kurzfristigkeit der gegebenenfalls erforderlichen Schiedsentscheidung – einer Aufgabenübertragung an das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene nach § 89a vorzuziehen. Neben dem InBA wird auch das InEK verpflichtet, dem ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss zuzuarbeiten. Die kurzfristige Handlungsfähigkeit des Schiedsgremiums wird hierdurch unterstützt.

Auch private Krankenversicherungsunternehmen sind von der Vereinbarung der Hybrid-DRG betroffen, da in § 1 Absatz 3 Satz 3 KHEntgG die Anwendung der Hybrid-DRG für alle Benutzer und Benutzerinnen des Krankenhauses einheitlich bestimmt ist. Dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. wird vor diesem Hintergrund ein Teilnahmerecht mit beratender Funktion an den Sitzungen des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses zur Hybrid-DRG eingeräumt. Das Teilnahmerecht gilt ebenso für die Verhandlungen der AOP-Vertragsparteien zur Hybrid-DRG.

Satz 5 regelt den Fall, dass wider Erwarten auch der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss die Vereinbarungen zur Vergütung, zum Kalkulationskonzept oder zur Leistungsauswahl der Hybrid-DRG ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht festsetzt. In diesem Fall ist das BMG ermächtigt, die Vereinbarung festzulegen und kann hierfür auf die bereits gesetzlich geregelte Zuarbeit durch InEK, InBA, die einzelnen AOP-Vertragsparteien sowie den Bewertungsausschuss und den ergänzten Bewertungsausschuss zurückgreifen. Die Festsetzung erfolgt per Verwaltungsakt.

Die bestehende gesetzliche Regelung in Absatz 5 wird dahingehend angepasst, dass die regelmäßige Evaluation der Auswirkungen der Hybrid-DRG auf die Versorgung der Versicherten, auf die Vergütungen der Leistungserbringer sowie auf die Ausgaben der Krankenkassen auf der Grundlage nicht personenbezogener Leistungsdaten zukünftig von InEK und InBA durchgeführt werden soll. Eine entsprechende Beauftragung der Institute hat bis zum 30. April 2025 durch die AOP-Vertragsparteien zu erfolgen. Der Evaluationsbericht der Institute ist dem BMG im Abstand von 18 Monaten, erstmals zum 30. Juni 2026, vorzulegen.

Zu Nummer 2
Aufgrund der Änderungen im Artikel 1 Nummer 3a – neu – ist es notwendig, den Verweis in § 1 KHEntgG anzupassen. Es handelt sich um eine Folgeänderung.

Änderungsantrag 8

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 1 Nummer 5 (§ 116a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(*Ermächtigung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen und Sicherstellungskrankenhäuser zur fachärztlichen Versorgung*)

Artikel 1 Nummer 5 wird wie folgt gefasst:

‚5. § 116a wird wie folgt gefasst:

„§ 116a
Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser

(1) Der Zulassungsausschuss muss zugelassene Krankenhäuser für das entsprechende Fachgebiet in den Planungsbereichen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine eingetretene Unterversorgung nach § 100 Absatz 1 oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf nach § 100 Absatz 3 festgestellt hat, auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, soweit und solange dies zur Beseitigung der Unterversorgung oder zur Deckung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist.

(2) Der Zulassungsausschuss muss sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen in Planungsbereichen, in denen für die hausärztliche Versorgung keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf deren Antrag zur hausärztlichen Versorgung ermächtigen.

(3) Der Zulassungsausschuss muss sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sowie Krankenhäuser, die in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen sind, auf deren Antrag zur jeweiligen fachärztlichen Versorgung ermächtigen, wenn
1. im Zeitpunkt der Antragstellung in dem Planungsbereich für die jeweilige Arztgruppe der fachärztlichen Versorgung keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind und
2. in einem Zeitraum von neun Monaten ab Antragstellung in dem Planungsbereich für die jeweilige Arztgruppe der fachärztlichen Versorgung keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet werden.

Der Zulassungsausschuss informiert die zuständige Kassenärztliche Vereinigung unverzüglich über den Antrag einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung oder eines Krankenhauses, das in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist, auf Erteilung einer Ermächtigung zur Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung. Die Ermächtigung ist zu entziehen, wenn der Landesausschuss in dem Planungsbereich für die betreffende Arztgruppe eine Zulassungsbeschränkung anordnet.“ ‘

Begründung

Mit der Neufassung werden die Möglichkeiten der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen sowie der sogenannten Sicherstellungskrankenhäuser zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ausgebaut.

Absatz 1 bleibt in der bisherigen Entwurfsfassung unverändert.

Absatz 2 sieht in der bisherigen Entwurfsfassung vor, dass der Zulassungsausschuss eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen bei drohender Unterversorgung zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen muss, soweit und solange dies zur Abwendung der drohenden Unterversorgung erforderlich ist. Aufgrund der nunmehr erweiterten Möglichkeiten der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ist diese Regelung in der Neufassung nicht mehr enthalten.

Der bisherige Absatz 3 wird inhaltlich unverändert zu Absatz 2 und sieht damit weiterhin vor, dass der Zulassungsausschuss eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung auf Antrag zur hausärztlichen Versorgung zeitlich unbegrenzt ermächtigen muss, wenn in dem betreffenden Planungsbereich keine Zulassungsbeschränkungen (§ 103 Absatz 1 Satz 2) angeordnet sind.

Hiervon ausgehend ist in Absatz 3 nunmehr vorgesehen, dass sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen und Sicherstellungskrankenhäuser auch zur fachärztlichen Versorgung zu ermächtigen sind, wenn in dem betreffenden Planungsbereich für die betreffende Arztgruppe im Zeitpunkt der Antragstellung keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind und auch in den darauf folgenden neun Monaten keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet werden. Im Sinne einer Sicherstellungsfrist erhält die zuständige Kassenärztliche Vereinigung damit die Gelegenheit, vorhandene Zulassungsmöglichkeiten mit den vorhandenen Sicherstellungsinstrumenten vorrangig durch den Einsatz von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten auszuschöpfen.

Abweichend von der Regelung zur Ermächtigung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen zur hausärztlichen Versorgung hat der Zulassungsausschuss eine nach Absatz 3 erteilte Ermächtigung zur Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung zu entziehen, wenn der Landesausschuss in dem Planungsbereich für die betreffende Arztgruppe eine Überversorgung feststellt und infolgedessen eine Zulassungsbeschränkung anordnet.

In der Gesamtschau ist damit zum einen gewährleistet, dass eine ermächtigte sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung oder ein ermächtigtes Sicherstellungskrankenhaus nicht in bereits überversorgten Planungsbereichen an der fachärztlichen Versorgung teilnimmt. Zum anderen ist gewährleistet, dass eine ermächtigte sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung oder ein ermächtigtes Sicherstellungskrankenhaus aus der fachärztlichen Versorgung ausscheidet, wenn die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte die bestehenden Zulassungsmöglichkeiten selbst ausschöpfen. Ergänzende Ermächtigungsmöglichkeiten ergeben sich für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen und Sicherstellungskrankenhäuser aus Absatz 1, der eine Ermächtigung bei bestehender Unterversorgung sowie bei zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf vorsieht, ohne, dass das Verstreichen einer Sicherstellungsfrist abzuwarten ist. Soweit die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung oder das Sicherstellungskrankenhaus demgegenüber eine dauerhafte Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung beabsichtigt, besteht mit der Gründung von medizinischen Versorgungszentren nach wie vor die Möglichkeit, bedarfsgerecht und planungssicher an der fachärztlichen Versorgung teilzunehmen.

Bei der Feststellung der Überversorgung wird der Versorgungsbeitrag der ermächtigten sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung und der ermächtigten Sicherstellungskrankenhäuser nicht berücksichtigt (§ 103 Absatz 1 Satz 1), sodass ihre Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung auch nicht eine Zulassungsbeschränkung für die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte auslösen kann. Die von den sektorenübergreifenden Versorgungeinrichtungen und Sicherstellungskrankenhäusern auf der Grundlage der Ermächtigungen nach Absatz 3 erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen werden nach § 120 Absatz 1 SGB V vergütet.

Die Berichterstattung über die Anwendung der Regelungen zur Ermächtigung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen zur hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung erfolgt im Rahmen des Berichts nach § 115g Absatz 4, der einen gemeinsamen Bericht des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen, des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu den Auswirkungen der Leistungserbringung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen auf die ambulante, stationäre und pflegerische Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen erstmals nach fünf Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes vorsieht. Aufgrund ihrer besonderen Bedeutung für die hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur ist davon auszugehen, dass die Anwendung der Absätze 2 und 3 im Rahmen Berichts mit Informationen zur Quantität und Qualität des Versorgungsbeitrags der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen sowie zu dessen Auswirkungen auf die Leistungserbringung durch die niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte einen besonderen Stellenwert einnimmt.

Änderungsantrag 9

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 1 Nummer 5a -neu - (§ 117a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(*Ermächtigung von Bundeswehrkrankenhäusern zur ambulanten Behandlung*)

Nach Artikel 1 Nummer 5 wird folgende Nummer 5a eingefügt:

‚5a. Nach § 117 wird folgender § 117a eingefügt:

„§ 117a
Bundeswehrambulanzen

Bundeswehrkrankenhäuser sind zur ambulanten ärztlichen Behandlung der Versicherten in dem für die Aufgabenwahrnehmung des Sanitätsdienstes der Bundeswehr erforderlichen Umfang ermächtigt.“ ‘

Begründung

Die Bundeswehr ist ein wesentliches Instrument der Sicherheits- und Verteidigungspolitik, deren zentraler Auftrag die Landes- und Bündnisverteidigung ist. Aufgrund der Verschlechterung der globalen der Sicherheitslage sowie der verschärften Bedrohungslage für Europa und auch Deutschland, vor allem durch den Angriffskrieg Russlands auf die Ukraine, ist der Fokus auf die Kriegstüchtigkeit und Einsatzbereitschaft der Bundeswehr gerichtet worden. Aufgabe des Sanitätsdienstes der Bundeswehr ist es, im Frieden sowie im Fall der Landes- und Bündnisverteidigung durch die medizinische Versorgung die jederzeitige Einsatzbereitschaft der Soldatinnen und Soldaten zu gewährleisten. Die Erfüllung dieser Aufgaben erfordert eine einheitliche Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Inübunghaltung des ärztlichen und nichtärztlichen Sanitätspersonals auf höchstem Niveau, wobei die medizinische Versorgung der Soldatinnen und Soldaten quantitativ nicht ausreicht, um dies zu erreichen; hierzu ist der Zugang zur umfassenden, auch ambulanten Versorgung gesetzlich versicherter Patientinnen und Patienten unabdingbar.

Zum einen muss auch die ambulante Behandlung von Patientinnen und Patienten im Rahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung erlernt werden, zum anderen muss es dem Personal des Sanitätsdienstes der Bundeswehr möglich sein, den Krankheitsverlauf von der Diagnostik über den stationären Aufenthalt bis zum Abschluss der ambulanten Nachbehandlung zu begleiten, um im Einsatz eigenständig jeden Behandlungsanteil durchführen zu können.

Vor diesem Hintergrund beinhaltet die Regelung eine Öffnung der zugelassenen Bundeswehrkrankenhäuser für die ambulante ärztliche Behandlung der GKV-Versicherten. Die Bundeswehrkrankenhäuser sind zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt, soweit dies für die Aufgabenwahrnehmung, d.h. die Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Inübunghaltung des Sanitätspersonals erforderlich ist. Die Regelung erfolgt in Anlehnung an § 117 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 zur Ermächtigung der Hochschulambulanzen in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang. Zugunsten einer weitgehenden Teilnahmemöglichkeit aller ambulanten Einrichtungen der Bundeswehrkrankenhäuser beinhaltet die Regelung eine weite Formulierung im Sinne eines medizinischen Zusammenhangs zu den Aufgaben des Sanitätsdienstes. Darüber hinaus haben sich die ermächtigten Bundeswehrkrankenhäuser auch hinsichtlich der Leistungsmengen auf den für die Aufgabenerfüllung erforderlichen Umfang zu beschränken.

Die von den ermächtigten Bundeswehrkrankenhäusern nach dieser Regelung erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen werden nach § 120 Absatz 1 vergütet.

Änderungsantrag 10

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 1 Nummern 5a und 5b - neu - (§§ 118b, 120 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(*Pädiatrische Institutsambulanzen*)

Nach Artikel 1 Nummer 5 werden die folgenden Nummern 5a und 5b eingefügt:

‚5a. Nach § 118a wird folgender § 118b eingefügt:

„§ 118b
Pädiatrische Institutsambulanzen

Pädiatrische Krankenhäuser und Krankenhäuser mit selbständigen pädiatrischen Fachabteilungen sind zur ambulanten kinder- und jugendärztlichen Behandlung von versicherten Kindern und Jugendlichen, die aufgrund der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der Behandlung durch ein Krankenhaus bedürfen, ermächtigt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren im Einvernehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft

1. die Gruppe derjenigen pädiatrischen Patienten, die nach Satz 1 aufgrund der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der Behandlung durch ein Krankenhaus bedürfen,
2. sächliche und personelle Voraussetzungen der Leistungserbringung sowie sonstige Anforderungen an die Qualitätssicherung

.

Kommt die Vereinbarung bis zum [einsetzen: erster Tag des sechsten Monats nach Inkrafttreten nach Artikel 7] nicht zustande, legt das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a Absatz 2 den Inhalt der Vereinbarung fest.“

5b. In § 120 Absatz 1a Satz 1 werden das Komma und die Wörter „die auf Überweisung erfolgt,“ gestrichen.‘

Begründung

Nach den Feststellungen der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung ist die Versorgung von Kindern und Jugendlichen in den pädiatrischen Spezialdisziplinen nicht flächendeckend sichergestellt. Zwar existiert eine hohe Anzahl persönlicher Ermächtigungen. Diese werden von den Zulassungsausschüssen jedoch regelmäßig befristet und inhaltlich eingeschränkt, sodass die Kontinuität der Behandlung nicht in jedem Fall gewährleistet ist, etwa bei Abwesenheit der ermächtigten Ärztin oder des ermächtigten Arztes. Im Ergebnis empfiehlt die Regierungskommission die Einführung eines Ermächtigungstatbestands in Anlehnung an die Regelungen der §§ 118, 118a SGB V zur Ermächtigung psychiatrischer und geriatrischer Institutsambulanzen (vgl. Sechste Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung - Empfehlungen der Regierungskommission für eine kurz-, mittel- und langfristige Reform der konservativen und operativen Kinder- und Jugendmedizin, S. 7, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Stellungnahme_6_Paediatrie.pdf).

Vor diesem Hintergrund beinhaltet die Neuregelung in Nummer 5a eine gesetzliche Ermächtigung zugelassener Kinderkrankenhäuser und andere zugelassener Krankenhäuser mit selbständigen pädiatrischen Fachabteilungen zur ambulanten konservativen und operativen Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung auf eine ambulante Krankenhausbehandlung angewiesen sind. Zur weiteren Umsetzung legen die Selbstverwaltungspartner innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes neben Vorgaben der Qualitätssicherung die Gruppe derjenigen Patienten und Patienten fest, die von den niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten nicht ausreichend versorgt werden können und deshalb der Behandlung in einer pädiatrischen Spezialambulanz bedürfen. Eine etwaige

Konfliktlösung erfolgt durch das sektorenübergreifende Schiedsgremium. Ein Überweisungsvorbehalt ist angesichts der vertraglichen Festlegungen nicht erforderlich.

Die von den pädiatrischen Institutsambulanzen nach dieser Regelung erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen werden nach § 120 Absatz 1 und Absatz 1a vergütet. Als Folge der gesetzlichen Ermächtigung mit erstmaligen Vorgaben der Selbstverwaltungspartner nach § 118b wird in der neuen Nummer 5b vorgesehen, dass der Überweisungsvorbehalt nach § 120 Absatz 1a Satz 1 für ambulante Leistungen der pädiatrischen Fachabteilungen von Krankenhäusern entfällt.

Änderungsantrag 11

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 1 Nummer 7 (§ 135d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(*Ergänzung Transparenzverzeichnis um Qualitätsindikatoren und Wegfall Meldeweg Notfallstufen, Präzisierung des Begriffs Fachkrankenhaus*)

Artikel 1 Nummer 7 wird wie folgt geändert:

1. Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

   ‚a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

   aa) In Satz 2 werden die Wörter „übermittelten Daten“ durch die Wörter „übermittelten Auswertungen und der nach § 40 Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelten Liste“ ersetzt.

   bb) In Satz 3 werden die Wörter „übermittelten Daten“ durch die Wörter „übermittelten Auswertungen und der nach § 40 Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelten Liste“ ersetzt und werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und auf Grundlage dieser Auswertungen neue risikoadjustierte Qualitätsindikatoren zu Sterblichkeit und periprozeduralen Komplikationen entwickeln; ferner kann das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen patientenrelevante Prozesse als Qualitätsindikator darstellen“ eingefügt.

   cc) In Satz 6 werden die Wörter „übermittelten Daten“ durch die Wörter „übermittelten Auswertungen und die nach § 40 Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelte Liste“ ersetzt.`

2. Buchstabe b Doppelbuchstabe bb wird wie folgt gefasst:

   ‚bb) Satz 8 wird wie folgt geändert:

   aaa) Nummer 1 wird wie folgt gefasst:
   „1. der Gemeinsame Bundesausschuss die in § 136b Absatz 5 Satz 7 genannten Informationen der erfolgten Prognoseprüfungen und die Entscheidungen der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden nach § 136b Absatz 5a über die Nichtanwendung von § 136b Absatz 5 Satz 1 und 2 sowie“.

   bbb) In Nummer 2 werden nach dem Wort „Krankenhäuser“ die Wörter „bis zum 30. Juni 2025“ eingefügt.´

3. Folgender Buchstabe c wird angefügt:

   ‚c) In Absatz 4 Satz 3 werden vor dem Punkt am Ende ein Komma und die Wörter „wenn sie mindestens 80 Prozent der im vorhergehenden Kalenderjahr von ihnen abgerechneten Fälle in höchstens vier der in Anlage 1 genannten Leistungsgruppen abzüglich der Fälle der in Anlage 1 Nummer 1 und 14 genannten Leistungsgruppen Nummer 1 und 14 Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie erbracht haben; die in Anlage 1 Nummer 10 bis 13 genannten Leistungsgruppen EPU/Ablation, Interventionelle Kardiologie, Kardiale Devices und Minimale Herzklappenintervention werden als eine Leistungsgruppe gezählt“ eingefügt.´

Begründung

Zu Nummer 1
Zu Buchstabe a
Zu Doppelbuchstabe aa
Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des § 40 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und zur ebenfalls vorgesehenen Änderung von Artikel 3 Nummer 18 Buchstabe d.
Zu Doppelbuchstabe bb
Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des § 40 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und zur ebenfalls vorgesehenen Änderung von Artikel 3 Nummer 18 Buchstabe d.

Die Ergänzung des Satzes ist erforderlich für die Weiterentwicklung der Leistungsgruppen und des Transparenzverzeichnisses.

Zu Doppelbuchstabe cc
Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des § 40 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und zur ebenfalls vorgesehenen Änderung von Artikel 3 Nummer 18 Buchstabe d.

Zu Nummer 2
Zu Doppelbuchstabe bb
Zu Dreifachbuchstabe aaa
Wegen der Änderung in Dreifachbuchstabe bbb wird der Änderungsbefehl aus dem Gesetzentwurf zu Nummer 7 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb hier inhaltlich unverändert eingefügt.

Zu Dreifachbuchstabe bbb
Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einfügung des § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe h Krankenhausentgeltgesetz mit dem Medizinforschungsgesetz. Demnach werden die Informationen über die Notfallstufen von den Krankenhäusern künftig an das InEK und vom InEK an das IQTIG zur Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis übermittelt. Eine Übermittlung der Informationen über die Notfallstufen der Krankenhäuser an das IQTIG kann folglich nach Etablierung des neuen Datenübermittlungsweges entfallen.

Zu Nummer 3
Bereits mit dem am 28. März 2024 in Kraft getretenen Krankenhaustransparenzgesetz wurde eine Regelung zur Bestimmung von Fachkrankenhäusern eingeführt, die bei der Zuordnung zur Versorgungsstufe „Level F“ von den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden im Einzelfall anzuwenden ist. Diese Regelung wird hier präzisiert. Danach sind Fachkrankenhäuser nur solche, die mindestens 80 vom Hundert der im vorhergehenden Kalenderjahr abgerechneten Fälle in höchstens vier der in Anlage 1 genannten Leistungsgruppen abzüglich der Fälle der Leistungsgruppen Nr. 1 „Allgemeine Innere Medizin“ und Nr. 14 „Allgemeine Chirurgie“ erbracht haben. Die kardiologischen Leistungsgruppen Nr. 10 bis 13 werden dabei als eine Leistungsgruppe gewertet. In den Leistungsgruppen Nr. 1 und Nr. 14 kann keine Zuordnung als Fachkrankenhaus erfolgen.

Änderungsantrag 12

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 1 Nummer 8 (§ 135e und § 135f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(*Anpassung der Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Klarstellung zum Verfahren der Methodenentwicklung bei Mindestvorhaltezahlen, Interimsregelung*)

Artikel 1 Nummer 8 wird wie folgt geändert:

1. § 135e wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

      aa) In Satz 1 wird nach den Wörtern „Maßgabe der“ das Wort „nach folgenden“ eingefügt und die Wörter „2 und 3“ gestrichen.

      bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt: „Weicht das Bundesministerium für Gesundheit beim Erlass einer Rechtsverordnung nach Absatz 1 von den Empfehlungen des Ausschusses ab, hat es dem Ausschuss die Gründe für die Abweichung vor Erlass der Rechtsverordnung darzulegen.“

      cc) Im neuen Satz 7 werden nach der Angabe „§ 140f“ die Wörter „und der Medizinische Dienst Bund“ eingefügt.

      dd) Nach dem neuen Satz 8 werden die folgenden Sätze eingefügt:

      „Vor einer Beschlussfassung nach Satz 1 ist dem Gemeinsamen Bundesausschuss Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahme ist in die jeweilige Beschlussfassung einzubeziehen. Der Ausschuss berücksichtigt die gemäß § 136a Absatz 7 getroffenen Festlegungen im Rahmen seiner Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Inhalte der Rechtsverordnung nach Absatz 1.“

      ee) Der neue Satz 14 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

      „Zur Koordinierung der Tätigkeit des Ausschusses wird eine Geschäftsstelle beim Gemeinsamen Bundesausschuss eingerichtet. Der personelle und sachliche Bedarf der Geschäftsstelle wird auf Vorschlag des Ausschusses vom Gemeinsamen Bundesausschuss im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit bestimmt und ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss in seinen Haushalt einzustellen.“

   b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

      aa) Satz 2 wird wie folgt geändert:

      aaa) In Nummer 6 werden nach den Wörtern „entsprechenden Facharztbezeichnung“ die Wörter „oder einer vergleichbaren Bezeichnung“ eingefügt.

      bbb) In Nummer 7 Buchstabe d werden das Komma und die Wörter „sofern dies in dem jeweiligen Qualitätskriterium vorgesehen ist“ durch ein Semikolon und die Wörter „die in den Buchstaben b und c festgelegten Kriterien insbesondere hinsichtlich der zeitlichen Verfügbarkeit gelten entsprechend“ ersetzt.

      bb) In Satz 3 werden nach dem Wort „vorliegt“ die Wörter „und die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde festgestellt hat, dass dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erforderlich ist“ gestrichen.

      dcc) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„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. Bei der in der Anlage 1 genannten Leistungsgruppe 65 „Notfallmedizin“ ist im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ ein Facharzt mit einer Facharztbezeichnung „Notfallmedizin“ als gleichwertig zu einem Facharzt in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung mit der Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ anzusehen.“

2. § 135f wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 2 Satz 4 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Bevor das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen wissenschaftliche Empfehlungen nach Satz 1 erarbeitet, entwickelt und veröffentlicht es eine allgemeine Methodik zur Erarbeitung solcher Empfehlungen. Vor der Entwicklung der allgemeinen Methodik ist Sachverständigen der medizinischen und gesundheitsökonomischen Wissenschaft und Praxis sowie den für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entwicklung der allgemeinen Methodik einzubeziehen.“

b) Folgender Absatz 5 wird angefügt:
„Bis zum 31. Dezember 2026 gilt, dass ein Standort eines Krankenhauses, der entsprechend § 135d Absatz 4 Satz 8 im bundesweiten Vergleich wenig Behandlungsfälle in einer Leistungsgruppe erbracht hat, mit einem Hinweis auf den geringen quantitativen Versorgunganteil in der betroffenen Leistungsgruppe versehen wird .“

Begründung

Zu Nummer 1
Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa
Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung.

Zu Doppelbuchstabe bb
Das Bundesministerium für Gesundheit als Verordnungsgeber wird verpflichtet, im Vorfeld des Erlasses einer Rechtsverordnung nach Absatz 1 zu begründen, wenn es inhaltlich von den Empfehlungen des Ausschusses nach Satz 1 abweicht. Der Ausschuss ist so besetzt, dass er seine Empfehlungen auf breiter Faktenkenntnis mit wissenschaftlicher Grundlage erarbeitet. Daher ist es sachgerecht, ein Abweichen von diesen fachlich entwickelten Empfehlungen zu erläutern. Der Verordnungsgeber wird dadurch nicht in seiner Normsetzungskompetenz berührt.

Zu Doppelbuchstabe cc
Dem Medizinischen Dienst Bund (MD Bund) wird die Möglichkeit gegeben, in beratender Funktion an den Sitzungen des Leistungsgruppenausschusses teilzunehmen. Dies erscheint insbesondere dann sachlich geboten, wenn über die konkrete Ausgestaltung von Qualitätskriterien beraten wird und der MD Bund Erfahrungen aus der Prüfpraxis und etwaige Konkretisierungserfordernisse in die Beratungen einbringen kann.

Zu Doppelbuchstabe dd
Dem Gemeinsamen Bundesausschuss ist durch den Leistungsgruppenausschuss Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahme des Gemeinsamen Bundesausschusses ist in die Beschlussfassung über die Empfehlungen zu den Inhalten der Rechtsverordnung einzubeziehen, damit diese auf einer möglichst breiten Fachkenntnis basieren.
Im Rahmen der Weiterentwicklung von Leistungsgruppen und Qualitätskriterien gemäß § 135e soll geprüft werden, inwieweit die Vorgabe der Verfügbarkeit von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe bei der in Anlage 1 Nummer 42 genannten Leistungsgruppe „Geburten“ auch durch einen von Hebammen geführten Kreißsaal ersetzt werden kann, wenn die vom Gemeinsamen Bundesausschuss in seiner Richtlinie beschlossenen Kriterien und Qualitätsanforderungen zur Sicherung der Qualität der Versorgung in Kreißsälen erfüllt werden.

Zu Doppelbuchstabe ee
Zur Koordinierung der Aufgaben des in Satz 1 genannten Ausschusses bedarf es einer Geschäftsstelle. Diese wird beim Gemeinsamen Bundesauschuss eingerichtet, weil er langjährige Erfahrung mit der neutralen Geschäftsstellentätigkeit zur Vorbereitung und Unterstützung der Entscheidungsfindung in Gremien mit heterogener Besetzung hat. Die Geschäftsstelle erledigt die laufenden Geschäfte, hierzu gehört insbesondere die Organisation der Sitzungen des Ausschusses, die Vor- und Nachbereitung der Sitzungen und der für die Arbeitsfähigkeit des Ausschusses notwendigen Dokumente (einschließlich eines Entwurfs einer Geschäftsordnung). Der personelle und sachliche Bedarf der Geschäftsstelle wird auf Vorschlag des Ausschusses vom Gemeinsamen Bundesausschuss im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit bestimmt. Aufgrund der Einrichtung der Geschäftsstelle beim Gemeinsamen Bundesausschuss ist der hierfür erforderliche Aufwand in den Haushalt des Gemeinsamen Bundesausschusses einzustellen.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Zu Dreifachbuchstabe aaa
Um sicherzustellen, dass in dem Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung in der Tabellenspalte „Qualifikation“ sowohl die nach den aktuell geltenden als auch die nach den nicht mehr geltenden Weiterbildungsordnungen erworbenen Weiterbildungsbezeichnungen berücksichtigt werden, wird die Regelung um den Zusatz „oder einer vergleichbaren Bezeichnung“ ergänzt.

Zu Dreifachbuchstabe bbb
Das Belegarztwesen soll dem Grunde nach durch die Regelungen des KHVVG nicht eingeschränkt werden. Durch die Streichung wird klargestellt, dass in allen Leistungsgruppen die Anforderungen an die personelle Ausstattung auch durch Belegärztinnen und -ärzte erfüllt werden können. Denn die belegärztliche Versorgung ist insbesondere in den Leistungsgruppen zielführend, in denen Leistungen vor allem elektiv erfolgen und ein niedriges komplexes Patientengut mit entsprechend geringer Verweildauer und relativen wenigen Schnittstellen zu anderen Leistungsgruppen gegeben ist (vgl. Krankenhausplan NRW 2022). Diese Anpassung ist auch sachgerecht, da insoweit nur der eng gefasste Kabinettentwurf an die Rechtslage in NRW und somit das zwischen Bund und Ländern geeinte Eckpunktepapier angeglichen wird.
Durch die Ergänzung, dass die in den Buchstaben a bis c festgelegten Kriterien entsprechend auch für Belegärzte gelten, wird sichergestellt, dass Belegärztinnen und -ärzte vollumfänglich und somit insbesondere auch hinsichtlich der zeitlichen Verfügbarkeit mit angestellten Ärzten gleichgestellt sind.

Zu Doppelbuchstabe bb
Um der besonderen Spezialisierung von Fachkrankenhäusern Rechnung zu tragen, wird die Möglichkeit, Qualitätskriterien in Kooperation und Verbünden mit anderen Krankenhäusern und Leistungserbringern zu erfüllen, für die von den Ländern dem „Level F“ zugeordneten Fachkrankenhäuser erweitert. Durch die Streichung des Kriteriums „zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung“ wird der besonderen Rolle der Fachkrankenhäuser für die Patientenversorgung Rechnung getragen.

Zu Doppelbuchstabe cc
Da die Schlaganfallversorgung nicht in allen Bundesländern flächendeckend über Stroke Units an Neurologischen Kliniken sichergestellt werden kann, wird in begründeten Fällen die Möglichkeit einer Erfüllung der in Anlage 1 genannten Qualitätskriterien durch telemedizinische Kooperationen mit einem anderen Krankenhausstandort, der über eine Stroke Unit verfügt, geschaffen. Die Anwendung dieser Ausnahme kann begründet sein, wenn ein anderer Krankenhausstandort, an dem die Leistungsgruppe Stroke Unit erbracht wird, für einen erheblichen Teil der Bevölkerung eines Einzugsgebietes nicht innerhalb von 30 PKW-Fahrtzeitminuten zu erreichen ist. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde teilt im Rahmen der Beauftragung des Medizinischen Dienstes zur Prüfung der Leistungsgruppe Stroke Unit an einem bestimmten Krankenhausstandort mit, ob ein entsprechend begründeter Ausnahmefall anzunehmen ist.
Die Regelung stellt sicher, dass Fachärzte für Notfallmedizin, sofern diese in den Ländern eingeführt werden oder durch Anerkennung ausländischer Fachärzte Berücksichtigung finden, gleichwertig zu einem Facharzt in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung mit Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ eingesetzt beziehungsweise für die Erfüllung der Qualitätskriterien der in der Anlage 1 in der Leistungsgruppe 65 „Notfallmedizin“ maßgeblichen Qualitätskriterien berücksichtigt werden können.

Zu Nummer 2
Zu Buchstabe a
Für die Festlegung der Mindestvorhaltezahlen gibt es bisher kein nationales oder internationales Vorbild. Mit der Ergänzung des Absatz 2 wird angeordnet, dass das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit in einem

ersten Schritt zunächst eine wissenschaftlich fundierte Methodik entwickelt und hierzu ein offenes Stellungnahmeverfahren sowie Pilotbewertungen durchzuführen hat, um eine fundierte und wissenschaftlich akzeptierte Festlegung von Mindestvorhaltezahlen gewährleisten zu können. Bei der Methodenentwicklung sind die Stellungnahmen der Sachverständigen und Vertreter der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen einzubeziehen.

Zu Buchstabe b

Es wird normiert, dass die Erbringung von wenigen Leistungen aus einer Leistungsgruppe einen Hinweis auf bloße Gelegenheitsversorgung geben kann und künftig im Rahmen der Neuausrichtung der Krankenhausplanung einen zu geringen quantitativen Versorgunganteil darstellen könnte. Für den Zeitraum bis zur Einführung der Mindestvorhaltezahlen dient diese reine Informationsquelle als sog. Interimsinstrument. Durch die Befristung für die Dauer der budgetneutralen Phase bis Ende 2026 entfaltet die Regelung weder vergütungsrechtliche noch unmittelbar krankenhausplanerische Wirkung. Sie hat ausschließlich informatorischen Charakter und soll die Planungsbehörden und Krankenhäuser bei der Neuausrichtung der künftigen Krankenhausplanung unterstützen.

Änderungsantrag 13

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 1 Nummer 9a (§ 136a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Richtlinienauftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss für Kriterien und Qualitätsanforderungen hebammengeleiteter Kreißsäle in Krankenhäusern)

Nach Artikel 1 Nummer 9 wird folgende Nummer 9a eingefügt:

‚9a. Dem § 136a wird folgender Absatz 7 angefügt:

„(7) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt bis zum … [einsetzen: letzter Tag des sechsten auf die Verkündung folgenden Monats] in seinen Richtlinien nach § 136 Absatz 1 geeignete sektorbezogene Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Versorgung in Kreißsälen fest, die von einem Krankenhaus betrieben und von einer in dem Krankenhaus angestellten Hebamme geleitet werden. Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen und die Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene sind zu beteiligen.“ ‘

Begründung

Für hebammengeleitete Kreißsäle in Krankenhäusern bedarf es verbindlicher Vorgaben von Kriterien und Qualitätsanforderungen zur Sicherung der Qualität der Versorgung. Daher wird der Gemeinsame Bundesausschuss verpflichtet, innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes in seinen Richtlinien nach § 136 Absatz 1 geeignete sektorbezogene Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Versorgung in solchen Kreißsälen festzulegen, die von einem Krankenhaus betrieben und von einer in dem Krankenhaus angestellten Hebamme geleitet werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann sich dabei an bereits vorhandenen Vorarbeiten (wie von Hebammen und Ärzteschaft erarbeiteten Kriterienkatalogen oder Ergebnissen durchgeführter Forschungsvorhaben) orientieren. Die Regelung greift damit die Vorgabe aus dem Koalitionsvertrag 2021 – 2025 zwischen SPD, Bündnis 90/die Grünen und FDP auf, den Ausbau hebammengeleiteter Kreißsäle an Kliniken zu stärken sowie eine entsprechende Empfehlung des Aktionsplans der Bundesregierung „Gesundheit rund um die Geburt“. Den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen und den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene wird ein Beteiligungsrecht eingeräumt. Dies umfasst das Recht auf Teilnahme an den und unmittelbare Einbringung in die Beratungen des G-BA.

Im Rahmen der Weiterentwicklung von Leistungsgruppen und Qualitätskriterien gemäß § 135e soll anschließend geprüft werden, inwieweit die Vorgabe der Verfügbarkeit von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe bei Geburten durch einen von Hebammen geführten Kreißsaal ersetzt werden kann, wenn die vom Gemeinsamen Bundesausschuss in seiner Richtlinie beschlossenen Kriterien und Qualitätsanforderungen zur Sicherung der Qualität der Versorgung in Kreißsälen erfüllt werden.

Änderungsantrag 14

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 1 Nummer 10 Buchstabe b (§ 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Anforderungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen für Krankenhausstandorte ohne Basisnotfallstufe und für Belegkrankenhäuser)

Artikel 1 Nummer 10 Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

‚b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft bis zum 31. Dezember 2025, inwieweit die Vorgaben anzupassen sind, um eine bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung dauerhaft sicherzustellen.“

bb) Folgender Satz wird angefügt:

“Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bis zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des zehnten Monats nach Inkrafttreten nach Artikel 7] zu prüfen, ob Leistungen, für die eine notwendige Vorhaltung für die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen ist, auch durch Belegärzte erfüllt werden können“.

Begründung

Zu Doppelbuchstabe aa)
Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bis zum 31. Dezember 2025 zu prüfen, inwieweit aufgrund der geänderten Rahmenbedingungen Anpassungen der derzeitigen bundeseinheitlichen Vorgaben notwendig sind. Dabei ist insbesondere zu überprüfen, inwieweit die Vorgabe der aktuell geltenden Regelungen für die Sicherstellungszuschläge, dass an dem jeweiligen Krankenhausstandort die Anforderungen der Basisnotfallstufe erfüllt sein müssen, weiterhin sachgerecht und erforderlich sind.

Zu Doppelbuchstabe bb)
Belegärztliche Leistungen können künftig für die personelle Ausstattung als Qualitätskriterium einer Leistungsgruppe berücksichtigt werden (§ 135e Absatz 4 Satz 3 Nummer 7 Buchstabe d SGB V-E). Die Anforderungen an die personelle Ausstattung können auch durch Belegärztinnen und Belegärzte erfüllt werden. Die Regelung des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - (Sicherstellungszuschläge-Regelungen) vom 24. November 2016, zuletzt geändert am 1. Oktober 2020, sehen für die Erfüllung der Voraussetzungen einer notwendigen Vorhaltung vor, dass den entsprechenden Fachabteilungen angestellte Ärztinnen und Ärzte des Krankenhauses zugeordnet sind. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat vor diesem Hintergrund fristgebunden zu prüfen, inwieweit die Sicherstellungszuschläge-Regelungen anzupassen sind, um die Erfüllung der Voraussetzungen einer notwendigen Vorhaltung auch bei einer belegärztlichen Versorgung zu ermöglichen.

Änderungsantrag 15

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 1 Nummer 11a und 11b neu (§§ 137k, 137m und 137n des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(*Einführung der ärztlichen Personalbemessung, Kommission für Personalbemessung im Krankenhaus, weitere Anpassungen*)

Nach Artikel 1 Nummer 11 werden die folgenden Nummern 11a und 11b eingefügt:

‚11a. § 137k Absatz 1 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt den jeweils zuständigen Landesbehörden jährlich und dem Bundesministerium für Gesundheit nach Aufforderung eine Zusammenstellung der Angaben nach Satz 2.“

11b. Nach § 137l werden die folgenden §§ 137m und 137n eingefügt:

„§ 137m

Bemessung des ärztlichen Personals im Krankenhaus; Verordnungsermächtigung

(1) Die zugelassenen Krankenhäuser im Sinne des § 108 sind verpflichtet, eine bedarfsgerechte ärztliche Personalausstattung für die ärztliche Behandlung im Krankenhaus sicherzustellen. Zu diesem Zweck haben sie nach Maßgabe der Verordnung nach Absatz 3 folgende Angaben zu ermitteln, zu dokumentieren und in geeigneter Nachweisform an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zu übermitteln:

1. die Anzahl der in Abteilungen der somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern jeweils eingesetzten Ärztinnen und Ärzte, umgerechnet in Vollkräfte, aufgegliedert nach Weiterbildungsstufen,
2. den Bedarf an Ärztinnen und Ärzten in Abteilungen der somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern, aufgegliedert nach Weiterbildungsstufen,
3. die Anzahl der in Abteilungen der somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern auf Grundlage des ermittelten Bedarfs einzusetzenden Ärztinnen und Ärzten, umgerechnet in Vollkräfte, aufgegliedert nach Weiterbildungsstufen.

Die Verpflichtung nach Satz 2 Nummer 1 besteht nicht, wenn die Daten bereits nach § 21 Absatz 7 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelt werden. Die Anzahl der eingesetzten Ärztinnen und Ärzte ist an die Anzahl der einzusetzenden Ärztinnen und Ärzte schrittweise anzupassen, sofern sie hinter dieser zurückliegt. Das Institut für das Entgeltsystem in Krankenhaus wertet die Daten aus und übermittelt den jeweils zuständigen Landesbehörden und dem Bundesministerium für Gesundheit eine Zusammenstellung der Angaben nach Satz 2. Die Datenauswertungen können nach Maßgabe der Verordnung nach Absatz 3 veröffentlicht werden.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt spätestens bis zum 31. März 2025 einen Auftragnehmer im Sinne von § 137k Absatz 2 Satz 1 mit der Erprobung eines in Abstimmung mit der Bundesärztekammer durch das Bundesministerium für Gesundheit festzulegenden Konzeptes zur Ermittlung einer bedarfsgerechten ärztlichen Personalausstattung in Abteilungen der somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern. Im Rahmen der Erprobung sind insbesondere folgende Aspekte zu untersuchen:

1. Tauglichkeit des Konzeptes für eine bundesweite Einführung in verschiedenen Typen von Krankenhäusern und in deren unterschiedlichen Abteilungen,
2. Qualität der anhand des Konzeptes erhobenen Daten und ihre bundesweise Vergleichbarkeit,
3. Eignung der anhand des Konzeptes erhobenen Daten zur Einbeziehung als Qualitätskriterium, insbesondere auch im Zusammenhang mit der Vergabe von Leistungsgruppen an Krankenhäuser,
4. Einführungs- und Nutzungsaufwand des Konzeptes für die Krankenhäuser,
5. Möglichkeiten einer digitalisierten und automatisierten Datenerhebung, um den Nutzungsaufwand für die Krankenhäuser zu reduzieren.

Für die Durchführung der Erprobung hat der Auftragnehmer eine repräsentative Auswahl an zugelassenen Krankenhäusern im Sinne des § 108 zu bestimmen. Die ausgewählten Krankenhäuser

sind verpflichtet, sich an der Erprobung aktiv zu beteiligen und dem Auftragnehmer folgende Daten zu übermitteln:

1. die Anzahl der in den jeweiligen in Satz 1 genannten Abteilungen eingesetzten Ärztinnen und Ärzte, umgerechnet auf Vollkräfte, und
2. die Anzahl der in den jeweiligen in Satz 1 genannten Abteilungen einzusetzenden Ärztinnen und Ärzte, die unter Anwendung des erprobten Instruments ermittelt wurde, umgerechnet auf Vollkräfte.

Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend. Der Auftragnehmer kann Form und Verfahren der Datenübermittlung festlegen. Der Auftragnehmer hat dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens sechs Monate nach Erteilung des Zuschlags einen Abschlussbericht über die Ergebnisse der Erprobung vorzulegen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat dem Auftragnehmer die ihm nach § 21 Absatz 7 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten zur Nutzung im Rahmen des Auftrags nach Satz 1 in geeigneter Form zu überlassen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Ergebnisse der Erprobung bei Erlass der Rechtsverordnung nach Absatz 3 zu berücksichtigen.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorgaben zur Ermittlung der Anzahl der in Abteilungen der somatischen Versorgung von Erwachsenen und Kindern in zugelassenen Krankenhäusern im Sinne des § 108 jeweils eingesetzten und der auf Grundlage des … Bedarfs nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 in diesem Abteilungen jeweils einzusetzenden Ärztinnen und Ärzte erlassen. In der Rechtsverordnung kann das Bundesministerium für Gesundheit das Nähere bestimmen

1. zur Bedarfsermittlung im Hinblick auf Ärztinnen und Ärzte und ihrer Methodik,
2. zur bedarfsgerechten personellen Zusammensetzung des ärztlichen Personals auf der Grundlage der beruflichen Qualifikationen der Ärztinnen und Ärzte,
3. zu der von den Krankenhäusern standortbezogen zu erfassenden, nach beruflichen Qualifikationen aufgegliederten
   a) Ist-Personalbesetzung der Ärztinnen und Ärzte in der jeweiligen Abteilung und
   b) Soll-Personalbesetzung der Ärztinnen und Ärzte in der jeweiligen Abteilung,
4. zur Übermittlung der von Krankenhäusern nach Nummer 3 erfassten Daten an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus einschließlich der Form und des Verfahrens der Übermittlung,
5. zu Berichtspflichten gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit,
6. zur Dokumentation, zum Nachweis und zur Veröffentlichung der von den Krankenhäusern zu erfassenden und zu übermittelnden Daten,
7. zur Auswertung der von den Krankenhäusern zu erfassenden und zu übermittelnden Daten durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus,
8. zur Häufigkeit sowie Form und Verfahren der Übermittlung nach Absatz 1 Satz 5.

§ 137k Absatz 4 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

(4) Die Mindestvorgaben zur ärztlichen Personalausstattung, die sich aus den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ergeben, bleiben unberührt..

(5) § 137k Absatz 7 gilt entsprechend.

§ 137n
Kommission für Personalbemessung im Krankenhaus

(1) Die Vertragsparteien auf Bundesebene im Sinne des § 9 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes richten bis zum 30. September 2025 im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit eine Kommission ein, die Empfehlungen zur Personalbemessung von anderen als den in den §§ 137k und 137m genannten Gesundheitsberufen erarbeitet, die im Krankenhaus in der unmittelbaren Patientenversorgung tätig sind . Zur Koordinierung und Organisation der Arbeit der Kommission richtet der Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine Geschäftsstelle ein.

(2) Die Kommission setzt sich zusammen aus

1. einer Vertreterin oder einem Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen,
2. einer Vertreterin oder einem Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft,
3. einer Vertreterin oder einem Vertreter des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V.,
4. jeweils drei Vertreterinnen oder Vertretern der jeweiligen Gesundheitsberufe mit Praxiserfahrung und
5. zwei Vertreterinnen oder Vertretern der einschlägigen Wissenschaft

Die Mitglieder werden von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien für einen Zeitraum von drei Jahren berufen. Die Mitglieder werden von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien ausgewählt, ihre Berufung erfolgt nach Einholung der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.

(3) Die Kommission erarbeitet Empfehlungen zu folgenden Themen:

1. Ansätzen zur Personalbemessung von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Gesundheitsberufen1,
2. der Notwendigkeit der Einführung von Personalbemessungsinstrumenten für die in Absatz 1 Satz 1 genannten Gesundheitsberufe,
3. Wechselwirkungen und Synergieeffekten zu den Regelungen in den §§ 137k, 137l und 137m,
4. dem Erfüllungsaufwand und den Digitalisierungsvoraussetzungen für die Umsetzung der Personalbemessung.

(4) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragsparteien legen dem Bundesministerium der Gesundheit bis zum 31. Mai 2025 ein Konzept zur Organisation und Arbeitsweise der Kommission samt Geschäftsordnung zur Genehmigung vor. In diesem ist auch eine inhaltliche und zeitliche Planung der zu erarbeiteten Empfehlungen, auch hinsichtlich der unterschiedlichen in Absatz 1 Satz 1 genannten Gesundheitsberufen darzulegen.“ ‘

Begründung

Zu Nummer 11a (Anpassung des § 137k SGB V)
Am 1. Juli 2024 ist die Pflegepersonalbemessungsverordnung (BGBl. I Nr. 188 vom 14.06.2024) in Kraft getreten. Damit werden die Krankenhäuser zur Ermittlung ihres Pflegepersonalbedarfes nach den Grundsätzen der Pflegepersonalregelung 2.0 (PPR 2.0) und zur Übermittlung der Daten zu Ist- und Soll-Personalausstattung an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus verpflichtet. Auf der Grundlage dieser Daten soll das Bundesministerium für Gesundheit weitere Schritte zur Einführung der Pflegepersonalbemessung durch Verordnung implementieren, u.a. die Festlegung von verbindlich einzuhaltenden Erfüllungsgraden hinsichtlich der Personalausstattung. Um die Entwicklungen der Datenlage engmaschiger beobachten zu können, sind jedoch häufigere Datenübermittlungen an das Bundesministerium für Gesundheit nötig, als die im Gesetz ursprünglich angelegte jährliche Übermittlung. Um den Prozess möglichst flexibel zu gestalten und in der jeweiligen Phase des Implementierungs-prozesses entsprechend reagieren zu können, soll eine Datenübermittlung nach Aufforderung des BMG erfolgen. Da die derzeit in der Verordnung angelegten Datenübermittlungsintervalle ein Quartal betragen, ist davon auszugehen, dass diese Aufforderung zunächst nach jedem Quartal erfolgen wird.

Zu Nummer 11b
Zu § 137m SGB V
Eine angemessene Personalausstattung mit ärztlichem Personal spielt sowohl für die Qualität der Behandlung im Krankenhaus als auch für den Schutz des Personals selbst vor Überlastung und eine nachhaltige Nutzung der Personalressourcen eine zentrale Rolle. Nach Angaben der Bundesärztekammer und des Marburger Bundes ist die Anzahl der Arbeitsstunden des ärztlichen Personals im Krankenhaus sehr hoch und überschreitet teilweise die Grenzen des Arbeitszeit-gesetzes. Nach einer Befragung des Marburger Bundes aus dem Jahr 2022 (Online Befragung, 8463 gültige Antworten) liegt die tatsächliche Wochenarbeitszeit inklusive aller Dienst und Überstunden im Mittel deutlich über 50 Stunden. Ein Fünftel der Befragten hat eine wöchentliche Arbeitszeit von 60 Stunden und mehr. Angestellte Ärztinnen und Ärzte leisten im Schnitt rund 6,2 Überstunden pro Woche, 19% der Befragen geben an, wöchentlich 10 bis 19 Überstunden zu leisten (MB-Monitor 2022, Zusammenfassung der Ergebnisse, abrufbar unter: https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2022-08/3%20-%20MB-Monitor%202022_Zusammenfassung_Ergebnisse_0.pdf). 40% der Befragten beurteilen ihre Arbeitsbedingung als mittelmäßig, 21% als schlecht. 66% beurteilen die personelle Besetzung im ärztlichen Dienst in ihrer Einrichtung als eher schlecht oder schlecht. (Gesamtauswertung MB-Monitor 2022: https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2022-08/4%20-%20Gesamtauswertung%20MB%20Monitor%202022%20-%20Grafische%20Darstellung_0.pdf)
In der Begründung zum Entwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes wurde die Erfüllung von Anforderungen der Personalbemessungssysteme für die Ärzteschaft (z. B. das Personalbemessungssystem der Bundesärztekammer) als eines der möglichen Kriterien bei der Zuweisung von Leistungsgruppen genannt.
Um langfristig gute Arbeitsbedingungen für das ärztliche Personal zu erreichen, die Patientensicherheit zu fördern sowie das Niveau der Ausstattung mit ärztlichem Personal als Qualitätskriterium z.B. in dem o.g. Zusammenhang nutzen zu können, ist es notwendig, eine objektive und transparente Grundlage für die Ermittlung des Bedarfes an ärztlichem Personal zu schaffen. Um das zu erreichen, muss ein Personalbemessungsinstrument für das ärztliche Personal implementiert werden, welches realistisch den Personalbedarf für die im Arbeitsalltag der Krankenhausärzte anfallenden Aufgaben und Pflichten abbildet. Dieses muss für einen flächendeckenden Einsatz in allen Typen von Kranken-häusern sowie in verschiedenen Fachabteilungen geeignet sein und standardisierte und vergleichbare Daten liefern können.

Die vorliegende Regelung schafft Voraussetzungen für eine verbindliche Anwendung einer Personalbemessung für das ärztliche Personal.
Die Regelung ist in Anlehnung an § 137k SGB V und das bewährte Vorgehen bei der Einführung der Personalbemessung für Pflegekräfte konzipiert.
Die Krankenhäuser sollen verpflichtet werden, eine bedarfsgerechte ärztliche Personalausstattung für die ärztliche Behandlung im Krankenhaus vorzuhalten. Zum Zwecke der Ermittlung des Personalbedarfes und der sich daraus ergebenden Zahl der Ärztinnen und Ärzte (umgerechnet in Vollzeitäquivalente) sollen alle Krankenhäuser ein standardisiertes System anwenden. In Frage kommt hier als Personalbemessungssystem z.B. das ärztliche Personalbemessungssystem der Bundesärztekammer (ÄPS-BÄK). ÄPS-BÄK bildet die in verschiedenen Abteilungen anfallenden ärztlichen Aufgaben und Pflichten ab. Auf dieser Basis kann der Personalbedarf und die Zahl der in der konkreten Abteilung benötigten ärztlichen Vollzeitäquivalente kalkuliert werden. Für die Feststellung, inwiefern die aktuelle Personalausstattung eines Krankenhauses dem ermittelten Soll entspricht, werden auch Daten zur Anzahl der aktuell vorhandenen Ärzte erhoben (Ist-Personalausstattung). Um doppelte Datenübermittlung zu vermeiden, sollen hier die nach § 21 Absatz 7 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes erhobenen Daten verwendet werden. Daher entfällt die Pflicht zur Datenübermittlung, sofern die Daten durch das Krankenhaus bereits nach § 21 Absatz 7 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelt worden sind.
Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die Anzahl der eingesetzten Ärztinnen und Ärzte schrittweise an die nach Satz 2 Nummer 2 und 3 ermittelte Soll-Personalbesetzung anzupassen, sofern sie hinter dieser zurückliegt.
Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt den zuständigen Landesbehörden und dem Bundesministerium für Gesundheit Angaben zur ermittelten Ist- und Soll-Personalbesetzung im Hinblick auf Ärzte in den Krankenhäusern.
Diese in Absatz 1 angelegten Verpflichtungen bedürfen einer Konkretisierung durch eine Verordnung nach Absatz 3.
Bevor ein System jedoch flächendeckend durch eine Verordnung nach Absatz 3 eingeführt wird, muss eine unabhängige wissenschaftliche Erprobung stattfinden. Daher ist in Absatz 2 vorgesehen, dass das Bundesministerium für Gesundheit bis 31. März 2025 eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung oder einen Sachverständigen bzw. eine Sachverständige mit der Durchführung einer solchen Erprobung beauftragen soll. Welches Instrument oder Ansatz erprobt werden soll, bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit in Abstimmung mit der Bundesärztekammer. Damit wird sichergestellt, dass bereits existierende Ansätze sowie Erfahrungen aus der Praxis in dem Prozess eine angemessene Berücksichtigung finden können. Das detaillierte Konzept dieser Erprobung wird in Abstimmung zwischen dem Auftragnehmer und dem Bundesministerium für Gesundheit erarbeitet, das Ziel ist, insbesondere solche Aspekte zu untersuchen, wie die Tauglichkeit des Instrumentes für eine bundesweite und verbindliche Einführung unter allen relevanten Aspekten, dazu gehören u.a. die Einsetzbarkeit in verschiedenen Arten von Fachabteilungen und Krankenhäusern, die Qualität der anhand des Instrumentes erhobenen Daten und ihre bundesweite Vergleichbarkeit, sowie der Einführungs- und Nutzungsaufwand für die Krankenhäuser sowie Möglichkeiten seiner Reduzierung durch digitalisierte Anwendungen. Darüber hinaus soll untersucht werden, ob die aus der Anwendung des Personalbemessungsinstrumentes gewonnenen Erkenntnisse geeignet sind, als Qualitätskriterium herangezogen zu werden, insbesondere im Prozess der Vergabe von Leistungsgruppen an die Krankenhäuser.
Die Erprobung ist in einer repräsentativen Auswahl der Krankenhäuser durchzuführen, die anzuwendenden Repräsentativitätskriterien sind durch den Auftragnehmer im Rahmen seines Konzeptes vorzuschlagen und mit dem Bundesministerium abzustimmen. Die Krankenhäuser, die in die Stichprobe eingeschlossen wurden, sind verpflichtet, dem Auftragnehmer die unter den Nummern 1 und 2 aufgelisteten Daten zu übermitteln. Es handelt sich hier um Daten, die einen Vergleich der vorhandenen Ist-Personalbesetzung und der anhand des erprobten Instrumentes errechneten Soll-Personalbesetzung ermöglichen. Auch hier muss keine gesonderte Übermittlung der Ist-Personaldaten erfolgen, wenn diese bereits nach § 21 Absatz 7 des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelt worden sind. Darüber hinaus sind sie verpflichtet, sich sonst an der Erprobung aktiv zu beteiligen, z.B. im Rahmen von durch den Auftragnehmer durchzuführenden Befragungen o.ä. Dies wird mit der Verpflichtung des InEK flankiert, dem Auftragnehmer die erhobenen Ist-Personaldaten zum Zwecke der Erprobung zu überlassen. Der Auftragnehmer hat dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens sechs Monate nach Erteilung des Zuschlags den Abschlussbericht mit den Ergebnissen der Erprobung vorzulegen. Die Ergebnisse der Erprobung sind durch das Bundesministerium für Gesundheit bei Erlass der Rechtsverordnung nach Absatz 3 zu berücksichtigen.
In Absatz 3 wird die Ermächtigungsgrundlage für den Erlass einer Verordnung zur verbindlichen Einführung eines Personalbemessungssystems für das ärztliche Personal ausgestaltet. Wenn die Erprobung nach Absatz 2 ergeben hat, dass das erprobte Instrument für eine flächendeckende Einführung geeignet ist, kann das Bundesministerium für Gesundheit auf Grundlage des Absatzes 3 eine entsprechende Verordnung erlassen. In dieser Verordnung wird dann die Systematik der anzuwendenden Personalbemessung sowie die notwendigen Datenübermittlungen hinsichtlich der Ist- und Soll-Personalbesetzung verankert. Des weiteren können Regelungen zu Nachweispflichten sowie zur Auswertung der erhobenen Daten getroffen werden. Auch hier sollen keine doppelten Datenübermittlungen stattfinden, sofern die bereits nach § 21 Absatz 7 des

Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten genutzt werden können. Für den Erlass der Verordnung bedarf es der Zustimmung des Bundesrates.
Im Absatz 4 wird klargestellt, dass die Regelung keinen Einfluss auf die Geltung von etwaigen in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses enthaltenen Mindestvorgaben zur ärztlichen Personalausstattung haben soll.
Hinsichtlich der Finanzierung der zur Erfüllung der sich aus dieser Vorschrift ergebenden Aufgaben des InEK wird im Absatz 5 auf § 137k Absatz 7 verwiesen.

Zu § 137n SGB V
Für die Berufsgruppe der Pflegekräfte wurde bereits mit dem Krankenpflegeentlastungsgesetz im § 137k SGB V der Prozess der Implementierung eines Pflegepersonalbemessungsinstrumentes angestoßen. Für das ärztliche Personal soll dies mit dem § 137m SGB V passieren. In Krankenhäusern sind jedoch noch einige andere Berufsgruppen tätig (u.a. Hebammen, Physiotherapeuten, Anästhesie- und Operationstechnische Assistentinnen und Assistenten), für die bisher keine einheitliche Personalbemessung vorgesehen ist. Dabei gibt es zwischen verschiedenen Berufsgruppen teilweise Überschneidungen (z.B. zwischen Pflegepersonal und Hebammen), die zu unerwünschten Verschiebungseffekten führen können, falls nur für eine dieser Berufsgruppen verbindliche Personalvorgaben existieren.
Um die Notwendigkeit der Entwicklung und Einführung von einheitlichen Personalbemessungsinstrumenten für weitere Berufsgruppen um Krankenhaus zu untersuchen, soll eine Kommission gegründet werden. Diese soll von den Selbstverwaltungsparteien bis zum 30. September 2025 nach Vorgaben des § 137n SGB V eingerichtet werden. Zur Koordinierung der Arbeit dieser Kommission richtet der Spitzenverband Bund der Krankenkassen eine entsprechende Geschäftsstelle ein.
In Absatz 2 wird die Zusammensetzung der Kommission definiert. Angestrebt wird hier eine ausgewogene Besetzung zum einen aus dem Kreis der Selbstverwaltung und zum anderen aus der Praxis und Wissenschaft. Die Mitglieder werden von den Selbstverwaltungspartnern ausgewählt und berufen, für die Berufung bedarf es der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Dies ist deshalb notwendig, da die Arbeitsergebnisse der Kommission als Grundlage für künftige Regelungsvorhaben des Bundesministeriums für Gesundheit dienen sollen, sodass nur Mitglieder berufen werden soll, deren Qualifikationen und Erfahrung zu diesem Ziel beitragen können. Die Mitglieder werden für einen Zeitraum von 3 Jahren berufen. Da es um Prüfung der Personalbemessung in verschiedenen Berufsgruppen gehen soll, muss sichergestellt werden, dass die jeweils vor dem Hintergrund ihrer Kompetenzen geeigneten Personen herangezogen werden. Daher soll es in der Kommission jeweils drei Vertreter jeder der relevanten Berufsgruppen geben.
In Absatz 3 werden die Themen definiert, zu welchen die Kommission Empfehlungen und Lösungsvorschläge erarbeiten soll. Es soll vor allem geprüft werden, in welchen Berufsgruppen, die im Krankenhaus in der unmittelbaren Patientenversorgung tätig sind, Bedarf an der Einführung einer verbindlichen Personalbemessung besteht und wie diese aussehen könnte. Insbesondere sind hier die ggf. bereits in Deutschland oder international vorliegenden Ansätze zu berücksichtigen. Zu den Berufsgruppen, die aufgrund ihrer Überschneidungen mit dem Pflegepersonal hier besonders im Fokus stehen könnten, gehören nach bisherigen Erfahrungen im Rahmen der Einführung des Pflegepersonalbemessungsinstruments Hebammen sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten. Darüber hinaus soll die Kommission Wechselwirkungen mit den bereits vorhandenen oder geplanten Personalbemessungsinstrumenten (PPR 2.0, Pflegepersonalbemessung auf Intensivstationen, ärztliche Personalbemessung) in den Blick nehmen und den jeweils zu erwartenden Einführungsaufwand und Digitalisierungsvoraussetzungen, die für die Umsetzung der Personalbemessung notwendig sind, untersuchen.
Die konkrete Arbeitsweise der Kommission soll durch die Selbstverwaltungspartner festgelegt werden (Absatz 4). Sie sind verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Mai 2025 ein entsprechendes Konzept zur Genehmigung vorzulegen. In dem Konzept ist u.a. zu skizzieren, mit welchen Berufsgruppen mit welchem Zeitplan die Befassung stattfinden soll und was die angestrebten Meilensteine und Ergebnisse sind. Darüber hinaus haben die Selbstverwaltungspartner für die Kommission eine Geschäftsordnung zu formulieren.

Änderungsantrag 16

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 1 Nummer 14 (§ 275a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(*Anpassung der Prüfung von Qualitätskriterien durch den Medizinischen Dienst*)

In Artikel 1 Nummer 14 wird § 275a wie folgt geändert:

1. Absatz 1 wird wie folgt geändert:
   a) Die Sätze 3 bis 5 werden wie folgt gefasst:

      „Sie erfolgen im schriftlichen Verfahren, als Prüfungen vor Ort oder zum Teil im schriftlichen Verfahren und zum Teil als Prüfung vor Ort auf Grundlage vorliegender Daten, Nachweise, Unterlagen und Auskünfte der Krankenhäuser. Prüfungen vor Ort erfolgen angemeldet. Bei Prüfungen zu der Erfüllung der in Satz 1 Nummer 1, 3 und 4 genannten Qualitätskriterien und Qualitätsanforderungen sind abweichend von Satz 4 Prüfungen vor Ort ohne Anmeldung zulässig, wenn Tatsachen mit hinreichender Wahrscheinlichkeit erwarten lassen, dass eine Prüfung nach Anmeldung den Erfolg der Prüfung gefährden würde."
   b) In Satz 6 werden nach den Wörtern „anderen Prüfungen nach Satz 1" die Wörter „oder aus nach den §§ 275a und 275d in den bis zum … [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassungen durchgeführten Prüfungen" eingefügt.
   c) Satz 7 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
      „Der Medizinische Dienst berücksichtigt im Rahmen der Prüfungen Daten aus dem Transparenzverzeichnis nach § 135d Absatz 1 Satz 1 und kann vorliegende Zertifikate anerkennen. Die Prüfung der Erfüllung der in § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen erfolgt auf der Grundlage der in § 137i Absatz 4 Satz 1 genannten Bestätigung eines Wirtschaftsprüfers, einer Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, eines vereidigten Buchprüfers oder einer Buchprüfungsgesellschaft."

2. Absatz 2 wird wie folgt geändert:
   a) In Satz 3 werden vor dem der Punkt am Ende ein Komma und die Wörter „insbesondere bei Hinweisen über die Nichterfüllung der Qualitätskriterien." eingefügt.
   b) In Satz 6 werden die Wörter „zwei Wochen nach Zugang" durch die Wörter „einem Monat nach Zugang" ersetzt und wird das Wort „offensichtliche" gestrichen.

Begründung

Zu Nummer 1
Zu Buchstabe a
Prüfungen erfolgen nicht mehr vorrangig im schriftlichen Verfahren. Prüfungen erfolgen als Prüfungen im schriftlichen Verfahren, als Vor-Ort-Prüfung oder in einem kombinierten Verfahren (Satz 3 neu). Die bisherigen Sätze 4 und 5 sind redaktionell anzupassen. Entscheidet der MD nach pflichtgemäßem Ermessen, dass eine Vor-Ort-Prüfung oder eine kombinierte Prüfung erforderlich ist, meldet er diese an (Satz 4 neu). Bei Prüfungen der Erfüllung der in Satz 1 Nummer 1, 3 und 4 genannten Qualitätskriterien und Qualitätsanforderungen sind auch unangemeldete Prüfungen zulässig, soweit dies für die Aussagekraft der Prüfungen erforderlich ist (Satz 5 neu).

Zu Buchstabe b
Mit der Ergänzung wird klargestellt, dass der Medizinische Dienst auch Erkenntnisse und Nachweise aus Prüfungen für die nach Satz 1 vorgesehenen Prüfungen verwenden kann, die aus Prüfungen vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes resultieren.

Zu Buchstabe c

Mit der Änderung prüft der zuständige Medizinische Dienst im Rahmen seiner Prüfung im Einzelfall, ob ein vorliegendes Zertifikat als Nachweis über die Erfüllung von Qualitätskriterien anerkannt wird.
Für die Prüfung der Einhaltung von Pflegepersonaluntergrenzen wird klargestellt, dass diese auf der Grundlage der durch die Krankenhäuser vorzulegenden Bestätigung eines Wirtschaftsprüfers vorzunehmen ist.

Zu Nummer 2
Zu Buchstabe a
Mit der Änderung wird konkretisiert, in welchen Fällen die beauftragenden Stellen insbesondere jederzeit Prüfungen zur Erfüllung von Qualitätskriterien beauftragen können. Ein Bedarfsfall besteht insbesondere bei Hinweisen, dass Qualitätskriterien nicht erfüllt werden. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn ein Krankenhaus die Nichterfüllung von Qualitätskriterien gemeldet hat oder eine Nachprüfung erforderlich sein kann, weil ein Krankenhaus ein Qualitätskriterium im Rahmen der erstmaligen Prüfung durch den Medizinischen Dienst nicht erfüllt hatte. Sofern Leistungsgruppen neu zugewiesen werden müssen (beispielsweise wegen der Schließung eines Krankenhauses bzw. Standorts), ist gemäß Satz 1 ohnehin ein Gutachten zu beauftragen.

Zu Buchstabe b
Die Bundesregierung hat in ihrer Stellungnahme zur Gegenäußerung des Bundesrats eine Prüfung zugesagt. Der Vorschlag der Länder, die Klärung mit dem zuständigen Medizinischen Dienst im Rahmen der Prüfung der Erfüllung von Qualitätskriterien nicht auf offensichtliche Unstimmigkeiten und Unklarheiten zu beschränken und die Prüffrist entsprechend auf einen Monat zu verlängern, wird umgesetzt.

Änderungsantrag 17

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 1 Nummer 15 (§ 275c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), Artikel 2 Nummer 8 (§ 17c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes), Artikel 6a – neu – (Artikel 14 des MDK-Reformgesetzes)

(*Streichung der Stichprobenprüfung und Entbürokratisierung der Einzelfallprüfung sowie Verschlankung und Fristverlängerung der Evaluation der Krankenhausabrechnungsprüfung*)

1. Artikel 1 Nummer 15 wird wie folgt gefasst:

   ‚15. § 275c wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
      aa) In Satz 2 werden nach dem Wort „beträgt" die Wörter „bis zum … [einsetzen: Tag der Verkündung]“ eingesetzt.
      bb) Folgende Sätze werden angefügt:
      „Ab dem … [einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 7] beträgt der Aufschlag 400 Euro. Maßgeblich für die Zuordnung einer beanstandeten Abrechnung, die zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt, zu einem Quartal ist ab dem … [einsetzen: Tag des Inkrafttretens nach Artikel 7] die jeweilige leistungsrechtliche Entscheidung der Krankenkasse.“

   b) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
      aa) In Nummer 2 wird das Wort „Einhaltung“ durch das Wort „Erfüllung“ und die Angabe „§ 275d“ durch die Wörter „§ 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2“ ersetzt und wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
      bb) Folgende Nummer 3 wird angefügt:
      „3. hinsichtlich der Abrechnung der Vergütung des Vorhaltebudgets nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b des Krankenhausentgeltgesetzes.“‘

2. Artikel 2 Nummer 8 wird wie folgt gefasst:

   ‚8. § 17c wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 2b wird wie folgt geändert:
      aa) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:
      „Die Krankenkasse und das Krankenhaus können von dem jeweils anderen Beteiligten keine Erstattung von Kosten für die Hinzuziehung eines Bevollmächtigten oder eines Beistands im Rahmen der in Satz 1 genannten einzelfallbezogenen Erörterung oder des in Satz 2 genannten Abschlusses eines einzelfallbezogenen Vergleichsvertrags verlangen.“

      bb) Im neuen Satz 7 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt.

   b) In Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt.

   c) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
      aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:
         aaa) In Nummer 4 werden nach dem Wort „sowie“ die Wörter „letztmals bis zum 30. Juni 2025“ eingefügt.
         bbb) In Nummer 6 wird das Komma durch einen Punkt ersetzt.
         ccc) Nummer 7 wird aufgehoben.
      bb) Satz 4 wird aufgehoben.
      cc) Im neuen Satz 5 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 4“ ersetzt.

   d) Absatz 7 wird wie folgt geändert:
      aa) In Satz 1 wird die Angabe „2025“ durch die Angabe „2026“ ersetzt.

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:
„In dem Bericht sind insbesondere die Auswirkungen der Einzelfallprüfung nach § 275c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der Prüfungen zu der Erfüllung der in § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Strukturmerkmale sowie der Tätigkeit des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene nach § 19 darzustellen und ist darzulegen, ob die quartalsbezogene Prüfquote im Sinne des § 275c Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Einzelfallprüfung nach § 275c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geeignet ist.“ ‘

3. Nach Artikel 6 wird folgender Artikel 6a eingefügt:

‚Artikel 6a
Änderung des MDK-Reformgesetzes

Artikel 14 des MDK-Reformgesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789), das durch Artikel 8 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesministerium für Gesundheit berichtet dem Deutschen Bundestag bis zum 31. Dezember 2026 auf der Grundlage des Berichts nach § 17c Absatz 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes über die Auswirkungen der Weiterentwicklung der Krankenhausabrechnungsprüfung. Der Bericht hat insbesondere die finanziellen und strukturellen Auswirkungen der Einzelfallprüfung nach § 275c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der Prüfungen zu der Erfüllung der in § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Strukturmerkmale sowie der Tätigkeit des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene nach § 19 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes darzustellen.“‘

Begründung

Zu Nummer 1
Zu Buchstabe a
Zu Doppelbuchstabe aa und Doppelbuchstabe bb
Durch die Regelung wird der bisherige prozentuale und von der Prüfquote abhängige Aufschlag auf beanstandete Abrechnungen umgewandelt in einen pauschalen Aufschlag auf beanstandete Abrechnungen. Der Aufschlag ist weiterhin nur von den Krankenhäusern zu zahlen, bei denen der Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 60 Prozent in dem betreffenden Quartal liegt. Die Höhe des pauschalen Aufschlags beträgt 400 Euro. Durch die pauschale Festlegung werden aufwändige Berechnungen der konkreten Aufschlagshöhe, die aufgrund der Anknüpfung an die Prüfquote bislang erforderlich waren, vermieden und zudem wird das Streitpotenzial zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen, welches in der Vergangenheit vermehrt zu Rechtsstreitigkeiten geführt hat, gesenkt. Zur Vermeidung von Unsicherheiten und Streitigkeiten hinsichtlich der zeitlichen Anwendung des pauschalen Aufschlags wird geregelt, dass dieser ab dem Tag des Inkrafttretens des Gesetzes anzuwenden ist und damit den bisherigen prozentualen und von der Prüfquote abhängigen Aufschlag, welcher bis zum Tag der Verkündung des Gesetzes anzuwenden ist, ersetzt.

Aufgrund von Streitigkeiten auf der Ortsebene, welches Quartal für die Erhebung eines Aufschlags maßgeblich ist, erfolgt mit dem neuen Satz die Klarstellung, dass das Datum der leistungsrechtlichen Entscheidung durch die Krankenkasse maßgeblich ist. Von dem maßgeblichen Quartal leitet sich dann auch die maßgebliche quartalsbezogene Prüfquote ab. Der sachliche Anknüpfungspunkt für die Geltendmachung des Aufschlags ist die Beanstandung durch den Medizinischen Dienst nach Abschluss dessen Prüfung. Die Beanstandung des Medizinischen Dienstes wird jedoch erst mit dem Datum der leistungsrechtlichen Entscheidung der Krankenkassen über die Abrechnungsminderung gegenüber dem Krankenhaus wirksam, da erst damit das Krankenhaus Kenntnis darüber erlangt, inwieweit es zur Rückzahlung sowie zur Zahlung von Aufschlägen verpflichtet ist. Zur Vermeidung von Unsicherheiten und Streitigkeiten hinsichtlich der zeitlichen Anwendung der Zuordnungsregel (maßgebliches Quartal für die Erhebung eines Aufschlags) wird geregelt, dass diese ebenso wie der pauschale Aufschlags ab dem Tag des Inkrafttretens des Gesetzes anzuwenden ist. Das bedeutet, dass der pauschale Aufschlag auf beanstandete Abrechnungen Anwendung findet, deren Prüfung mit der leistungsrechtlichen Entscheidung der Krankenkasse ab dem Tag des Inkrafttretens des Gesetzes abgeschlossen wird.

Zu Buchstabe b
Die Doppelbuchstaben aa und bb entsprechen den bisherigen Buchstaben a und b.

Der bisherige Buchstabe c entfällt aufgrund der Streichung der Stichprobenprüfung nach § 17c Absatz 1a KHG.

Zu Nummer 2
Eine Neufassung ist erforderlich, da die Regelung zur Einführung der Stichprobeprüfung gestrichen wird und daraus Folgeänderungen resultieren.

Mit dem Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789) wurde eine Vielzahl von Maßnahmen auf den Weg gebracht, um eine effizientere, effektivere und zielgenauere Prüfung von Krankenhausabrechnungen zu erreichen. Kernelement des Maßnahmenpakets war die Einführung von Prüfquoten, mit denen das Ausmaß an Einzelfallprüfungen reduziert und eine Entlastung aller Beteiligten erreicht werden sollte. Das Prüfquotensystem wurde mittlerweile erfolgreich installiert. Die damit einhergehenden vierteljährlichen Auswertungen zeigen, dass die tatsächliche Prüfquote derzeit bei rund 8 Prozent liegt und damit halbiert werden konnte. Zudem hat sich die Abrechnungsqualität in den Krankenhäusern verbessert, wodurch ein weiteres Ziel des Prüfquotensystems erreicht wurde. Krankenhaus und Kostenträger können in einem Vorverfahren zudem aufwandsarm offene Fragen zur Abrechnung und zu den damit im Zusammenhang stehenden medizinischen Fragen ohne eine Hinzuziehung des Medizinischen Dienstes klären. Dadurch können der Bürokratieaufwand bei allen Beteiligten verringert und die Beilegung streitiger Punkte beschleunigt werden. Es ist festzustellen, dass das neue System funktioniert und mittlerweile alle Beteiligten die Funktionsweise und ihre Aufgaben kennen.

Demgegenüber hat sich gezeigt, dass die Auswirkungen der Einführung einer Stichprobenprüfung unklar wären und bestehendes Entbürokratisierungspotenzial in der Abrechnungsprüfung zielgenauer durch eine Weiterentwicklung der bereits etablierten Einzelfall- und Strukturprüfungen gehoben werden kann. Die Maßnahmen dienen dazu, Bürokratie abzubauen und Prozesse zu vereinfachen. Vor dem Hintergrund wird auf die Einführung von Stichprobenprüfungen verzichtet.

Zu Buchstabe a
Buchstabe a entspricht dem bisherigen Buchstaben b.

Zu Buchstabe b
Es handelt sich um eine Folgeänderung, die durch die Streichung der Einführung der Stichprobenprüfung erforderlich ist. Im Übrigen handelt es sich wie bisher um eine redaktionelle Korrektur, wodurch die Satzzählung korrigiert wird.

Zu Buchstabe c
Zu Doppelbuchstabe aa
Zu Dreifachbuchstabe aaa
Es handelt sich um eine Folgeregelung aufgrund der mit Inkrafttreten des Gesetzes vorgesehenen Geltung eines pauschalen Aufschlags in Höhe von 400 Euro anstelle eines bisher, in Abhängigkeit von dem Anteil unbeanstandeter Rechnungen eines Krankenhauses, im Einzelfall zu berechnenden Aufschlags (§ 275c Absatz 3 SGB V). Vor diesem Hintergrund besteht für die Darstellung der durchschnittlichen Aufschlagshöhe letztmals für die durch den GKV-Spitzenverband zu erstellende Jahresstatistik 2025 ein Anwendungsbereich.

Zu Dreifachbuchstabe bbb und Dreifachbuchstabe ccc
Dreifachbuchstabe bbb und Dreifachbuchstabe ccc entsprechen den bisherigen Dreifachbuchstaben aaa und bbb.

Zu Doppelbuchstabe bb und Doppelbuchstabe cc
Entspricht dem bisherigen Gesetzentwurf.

Zu Buchstabe d
Zu Doppelbuchstabe aa
Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der mit der Weiterentwicklung der Einzelfall- und der Strukturprüfung vorgesehenen Maßnahmen. Der Gesetzgeber bezweckte mit der durch das MDK-Reformgesetz vom 14. Dezember 2019 geregelten Vorschrift, dass die ersten Anwendungserfahrungen mit den verschiedenen Maßnahmen im Bereich der Krankenhausabrechnungsprüfungen und deren Auswirkungen möglichst zeitnah evaluiert werden sollten, um potenziellen Anpassungsbedarf frühzeitig offenzulegen. Infolge der COVID-19-Pandemie und den damit einhergehenden Ausnahmeregelungen im Hinblick auf die Abrechnungsprüfung wurde die Frist zur Vorlage des Berichts mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz vom 20. Dezember 2022 um zwei Jahre verschoben.

Mit dem vorliegenden Gesetz sollen die Einzelfall- und die Strukturprüfung weiterentwickelt und entbürokratisiert werden, indem eine pauschale Aufschlagshöhe (§ 275c Absatz 3 SGB V) respektive eine Verlängerung der Gültigkeitsdauer der Bescheinigungen durch den MD (§ 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V) vorgesehen wird. Der Gesetzgeber nimmt insofern bereits auf diesem Wege Anpassungen vor, die sich aufgrund der Erfahrungen der Prüfungen ergeben haben. Um dem gesetzgeberischen Ziel nachzukommen, auf Grundlage des durch den GKV-Spitzenverband und die DKG nach Absatz 7 zu erstellenden Berichts gegebenenfalls weitere Anpassungen vorzunehmen, ist es erforderlich, den Bericht auf die bereits angepassten Maßnahmen zu erstrecken. Dies gilt zumindest in Bezug auf die pauschale Aufschlagshöhe im Rahmen der Einzelfallprüfung, die ab dem Inkrafttreten des vorliegenden Gesetzes wirken soll. Erste Auswirkungen wären zum Jahr 2026 dann voraussichtlich bereits beurteilbar. Um insofern zu gewährleisten, dass der durch die DKG und den GKV-Spitzenverband zu vergebende Bericht diese berücksichtigen kann, ist es erforderlich, aber auch sachgerecht, die Frist für die Berichtslegung um ein Jahr zu verlängern.

Zu Doppelbuchstabe bb
Mit der Regelung wird der durch die DKG und den GKV-Spitzenverband zu erstellende Bericht stärker auf die Auswirkungen der Krankenhausabrechnungsprüfung fokussiert. Vorgesehen wird daher, dass die Auswirkungen der erweiterten Möglichkeiten der Erbringung und Abrechnung ambulanter Leistungen und stationsersetzender Eingriffe nicht Teil des Berichts sein sollen. Die Regelung erfolgt vor dem Hintergrund, dass eine zielgenaue und qualitative Auswirkungsanalyse, für welche die Vertragsparteien fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige zu beauftragen haben, erfordert, das Portfolio des Berichts zu konzentrieren.

Zudem erfolgt eine redaktionelle Anpassung aufgrund der Integration der bisherigen Regelung zu den Strukturprüfungen nach § 275d SGB V in den neu gefassten § 275a SGB V.

Darüber hinaus wird die Regelung um einen Prüfauftrag für den GKV-Spitzenverband und die DKG erweitert. Diese haben im Rahmen des Berichts darzulegen, ob das seit dem Jahr 2022 implementierte Prüfquotensystem, in dem die Höhe der Prüfquote von dem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen eines Krankenhauses abhängt, für die Durchführung von Einzelfallprüfungen geeignet ist, oder ob mit einer einheitlichen Prüfquote die mit dem Prüfquotensystem erreichten Ziele ebenso adäquat erreicht werden könnten. Sie haben für den Vergleich des Prüfquotensystems mit einer einheitlichen Prüfquote insbesondere die Aspekte Bürokratie, Höhe des Regressvolumens und Anreizwirkungen in den Blick zu nehmen. Je nach Prüfergebnis ist dann ggf. auch eine Empfehlung für eine geeignete Höhe einer einheitlichen Prüfquote und deren Herleitung zu erwarten.

Zu Nummer 3
Es handelt sich um eine Folgeregelung aufgrund der in § 17c Absatz 7 KHG vorgesehenen Änderungen, namentlich der Verschiebung der Frist für die Vorlage des durch den GKV-Spitzenverband und die DKG zu erstellenden Berichts um ein Jahr sowie die Fokussierung der Berichtsinhalte auf die Abrechnungsprüfung. Entsprechend ist auch die Frist für den Bericht des BMG gegenüber dem Deutschen Bundestag, die sich an der des Berichts nach § 17c Absatz 7 KHG bemisst, um ein Jahr zu verschieben.

Änderungsantrag 18

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 1 Nummer 21 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa (§ 283 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Strukturprüfungen, Verlängerung der Prüfintervalle, Vereinheitlichung; Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund)

In Artikel 1 Nummer 21 Buchstabe a wird Doppelbuchstabe aa wie folgt gefasst:

‚aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

„3. über die Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 einschließlich der Festlegung der fachlich erforderlichen Zeitabstände von in der Regel drei Jahren für die Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, der Folgen, die eintreten, wenn nach einer in § 275a Absatz 6 Satz 5 genannten Mitteilung Strukturmerkmale durch das betreffende Krankenhaus nicht mehr eingehalten werden, und der Festlegung geeigneter Maßnahmen, um die Prüfungen soweit möglich zu vereinheitlichen und aufwandsarm auszugestalten,“.

bbb) In Nummer 9 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

ccc) Folgende Nummer 10 wird angefügt:

„10. zur in Absatz 1 Satz 1 genannten Zusammenarbeit und einheitlichen Aufgabenwahrnehmung.“ ‘

Begründung

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Die Änderung gibt eine Verlängerung der Prüfintervalle bei den Strukturprüfungen vor und stellt damit einen weiteren wichtigen Baustein zur Bürokratieentlastung dar. Bisher legt der Medizinische Dienst Bund in der Strukturprüfungsrichtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V (StrOPS-RL) die fachlich erforderlichen Zeitabstände für die Begutachtung fest. Der Zeitabstand bzw. die Geltungsdauer der Bescheinigung beträgt nach der StrOPS-RL grundsätzlich zwei Jahre und in besonderen medizinischen Bereichen mit erhöhten Anforderungen ein Jahr. Eine gesetzgeberische Vorgabe des fachlich erforderlichen Zeitabstandes von in der Regel drei Jahren führt damit zu einer deutlichen Entlastung von Krankenhäusern und Medizinischen Diensten. Die Verlängerung ist vor dem Hintergrund der Prüfergebnisse der 2021 eingeführten Strukturprüfungen verhältnismäßig, nach denen im Jahr 2021 in 90,7 % der Fälle, im Jahr 2022 in 92,5 % der Fälle und im Jahr 2023 in 97,5 % der Fälle die Strukturmerkmale eingehalten wurden.

Die regelhafte Vorgabe der Dauer der Prüfintervalle von drei Jahren belässt dem Medizinischen Dienst Bund die Möglichkeit, auch künftig beispielsweise für besondere medizinische Bereiche mit erhöhten Anforderungen abweichende Zeitabstände vorzusehen. Ebenso gewährleistet die regelhafte Vorgabe der Dauer der Prüfintervalle von drei Jahren, dass der Medizinische Dienst Bund zum Zwecke der Vereinheitlichung und Harmonisierung der Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 SGB V für die Dauer einer Übergangsphase zunächst abweichende Zeitabstände vorsehen kann. Dies gilt insbesondere in Bezug auf den Nachweis der Erfüllung der nach § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V maßgeblichen Qualitätskriterien. Dieser wird nach § 6a Absatz 2 Satz 2 KHG durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes erbracht, dessen Übermittlung zum Zeitpunkt der Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppe nicht länger als zwei – und nach § 6a Absatz 2 Satz 3 KHG perspektivisch nicht länger als drei – Jahre zurückliegen darf. Eine entsprechende Regelung gilt für Vertragskrankenhäuser.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Es erfolgt eine redaktionelle Folgeänderung durch Anfügung der Nummer 10.

Zu Dreifachbuchstabe ccc

Mit Anfügung der Nummer 10 in Satz 1 wird dem Medizinischen Dienst Bund Richtlinienkompetenz eingeräumt, für die ihm in Absatz 1 Satz 1 zugewiesene Aufgaben der Koordination und Förderung der Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste in medizinischen und organisatorischen Fragen. Die Ergänzung erfolgt mit dem Ziel die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste untereinander zu stärken und so die fachliche Qualität der Entscheidungen der Medizinischen Dienste weiter zu steigern. Die Richtlinien sollen weiterhin insbesondere die Einheitlichkeit der Umsetzung der Fachaufgaben in den Medizinischen Diensten fördern. Mit der Ergänzung wird der Medizinische Dienst Bund u.a. dazu berechtigt, einrichtungsübergreifende Gremien der Medizinischen Dienste einzurichten und diesen Zuständigkeiten und Aufgaben zuzuweisen. Dabei soll der Medizinische Dienst Bund insbesondere die Erforderlichkeit der Fortführung von Gremien leitender Ärztinnen und Ärzte sowie der Etablierung von Gremien leitender Pflegefachpersonen prüfen und gegebenenfalls normieren sowie erforderlichenfalls Regelungen zur Zusammenarbeit sowie zur Form der Zusammenarbeit unterschiedlicher Gremien treffen. Teil dieser Regelungen sollten auch Vorgaben zur Verantwortlichkeit für konkrete Themen und Sachverhalte sein.

Änderungsantrag 19

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 1 Nummer 22a (§ 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(*Fachabteilungsschlüssel*)

Nach Artikel 1 Nummer 22 wird folgende Nummer 22a eingefügt:

‚22a. § 301 Absatz 3wird wie folgt gefasst:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder den Bundesverbänden der Krankenhausträger gemeinsam
1. das Nähere über Form und Inhalt der erforderlichen Vordrucke,
2. die Zeitabstände für die Übermittlung der Angaben nach Absatz 1,
3. das Verfahren der Abrechnung im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern,
4. ein Verfahren zur Übermittlung eines Antrages auf Anschlussrehabilitation durch das Krankenhaus auf Wunsch und mit Einwilligung der Versicherten im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern,
5. das Nähere zum Verfahren und zu den Zeitabständen der Übermittlung im Wege elektronischer Datenübertragungen nach Absatz 2a und
6. eine bundeseinheitliche Bezeichnung und Bestimmung von Fachabteilungen.
Kommt eine Vereinbarung ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei oder des Bundesministeriums für Gesundheit.“ ‘

Begründung

Mit der Ergänzung wird den Vertragspartnern aufgegeben, Fachabteilungen bundeseinheitlich zu bestimmen. Eine bundeseinheitliche Bestimmung von Fachabteilungen wird mit Einführung von Leistungsgruppen, für die eine Vorhaltevergütung geleistet wird, erforderlich. Nach § 21 Absatz 3c Satz 1 KHEntgG erarbeitet das InEK Vorgaben u.a. für die Zuordnung der Behandlungsfälle der Krankenhäuser zu den Leistungsgruppen. Eine bundeseinheitliche Fallzuordnung, die Voraussetzung für eine daran anknüpfende Vergütungsregelung ist, setzt voraus, dass ein einheitlicher Fachabteilungsschlüssel eine bundesweit einheitliche Fachabteilung bezeichnet. Die Vertragsparteien können hierfür einen Vorschlag des InEK einholen. Kommt eine Vereinbarung nicht oder nicht vollständig zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG über die in Satz 1 genannten Gegenstände.

Änderungsantrag 20

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 1 Nummer 24 (§ 427 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(*Evaluation des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes*)

In Artikel 1 Nummer 24 wird § 427 wie folgt geändert:

1. Satz 1 wird wie folgt geändert:

   a) Im Satzteil vor der Aufzählung werden das Komma und die Wörter „zum 31. Dezember 2028, zum 31. Dezember 2033 sowie zum 31. Dezember 2038“ durch die Wörter „zum 31. Dezember 2028, zum 31. Dezember 2030, zum 31. Dezember 2033, zum 31. Dezember 2036 sowie zum 31. Dezember 2039“ ersetzt.

   b) Nach Nummer 1 wird folgende Nummer 2 eingefügt:

      „2. die Auswirkungen der für Leistungsgruppen geltenden Mindestvorhaltezahlen im Sinne des 135f Absatz 1 Satz 1, insbesondere hinsichtlich der mit der Festlegung der Mindestvorhaltezahlen bezweckten Qualitätssteigerung der Krankenhausbehandlung und hinsichtlich der Versorgungssituation der Patienten,“

   c) Die bisherigen Nummern 2 und 3 werden die Nummer 3 und 4.

2. Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

   „Der nach § 142 Absatz 1 Satz 1 berufene Sachverständigenrat legt dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2031 einen Bericht über die in Satz 1 genannten Gegenstände vor. Die für die nach den Sätzen 1 und 2 vorzulegenden Berichte erforderlichen Daten sind dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, dem Verband der Privaten Krankenversicherung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem nach § 142 Absatz 1 Satz 1 berufenen Sachverständigenrat von den Krankenkassen, den Unternehmen der privaten Krankenversicherung, den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenhäusern und den Medizinischen Diensten in anonymisierter Form zu übermitteln.“

Begründung

Zu Nummer 1
Zu Buchstabe a
Mit der Änderung wird § 427 im Interesse einer umfassenden Evaluation des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes ergänzt. Die Vorschrift wird um zwei Evaluationsberichte erweitert. Zugleich werden die zeitlichen Abstände der Evaluation angepasst. Um die Auswirkungen des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes möglichst frühzeitig zu untersuchen, sollen die ersten beiden Berichte in einem Abstand von zwei Jahren vorgelegt werden. Danach soll die Evaluation in einem dreijährigen Abstand erfolgen.

Zu Buchstabe b
Mit der Änderung wird der Gegenstand der Evaluation ergänzt. Danach sollen auch die Auswirkungen der nach § 135f Absatz 1 Satz 1 für die Leistungsgruppen geltenden Mindestvorhaltezahlen evaluiert werden. Untersucht werden soll insbesondere, ob die mit der Einführung der Mindestvorhaltezahlen bezweckte Qualitätssteigerung der Krankenhausbehandlung erreicht wurde und wie sich die Mindestvorhaltezahlen auf die Versorgungssituation der Patienten auswirkt, etwa auf die Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten. Hierzu kann auch untersucht werden, wie häufig und für welche Leistungsgruppen die zuständigen Landesbehörden Leistungsverlagerungen nach § 135f Absatz 1 Satz 2 festgelegt haben. Die Einhaltung der Mindestvorhaltezahlen ist grundsätzlich Voraussetzung für den Erhalt eines Vorhaltebudgets durch ein Krankenhaus.

Die Auswirkungen der Einführung der Vorhaltevergütung wird gemäß § 17b Absatz 4c KHG durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) evaluiert. Das InEK soll auf der Basis der Analyse der Auswirkungen der Einführung einer Vorhaltevergütung auch Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Vorhaltevergütung vorlegen.

Zu Buchstabe c
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderung unter Buchstabe b.

Zu Nummer 2
Mit der Änderung wird die Vorlage eines zusätzlichen Evaluationsberichts durch den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege nach § 142 Absatz 1 Satz 1 geregelt. Hierdurch sollen die Auswirkungen der durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz geschaffenen Rechtsänderungen auch durch ein wissenschaftliches Gremium untersucht werden. Der Evaluationsbericht soll die in Satz 1 genannten Gegenstände umfassen. Durch den entsprechenden Verweis auf die Übermittlungspflicht in Satz 2 wird sichergestellt, dass der Sachverständigenrat die für seinen Bericht erforderlichen Daten erhält.

Änderungsantrag 21

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 1 Nummer 25 (Anlage 1 zu § 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(*Anpassung der Anforderungsbereiche der Leistungsgruppen*)

Anlage 1 wird wie folgt geändert:

1. In der Leistungsgruppe Nummer 1 Allgemeine Innere Medizin werden im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Qualifikation“ nach dem Wort „Facharzt (FA)“ die Wörter „aus dem Gebiet“ eingefügt.

2. Leistungsgruppe Nummer 3 Infektiologie wird wie folgt geändert:

   a) Im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter LG“ in der Tabellenspalte „Standort“ werden nach dem Wort „Notfallmedizin“ die Wörter „LG Komplexe Pneumologie“ gestrichen und die Tabellenspalte „Kooperation“ die Wörter „LG Komplexe Gastroenterologie LG Interventionelle Kardiologie“ gestrichen.

   b) Im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung“ werden die Wörter „mindestens zwölf Stunden“ durch die Wörter „vierundzwanzig Stunden“ ersetzt.

   c) Im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Qualifikation“ wird nach den Wörtern „FA in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung mit ZW Infektiologie“ das Wort „oder“ eingefügt.

   d) Im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Verfügbarkeit“ werden nach den Wörtern „und Infektiologie oder“ die Wörter „mindestens ein FA Innere Medizin und Infektiologie und“ eingefügt und die Wörter „drei FA in“ durch die Wörter „zwei FA in“ ersetzt und nach den Wörtern „Infektionsepidemiologie“ und „Umweltmedizin“ jeweils die Wörter „mit ZW Infektiologie“ gestrichen.

   e) Im Anforderungsbereich „Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen“ werden nach dem Wort „Konsilservice“ in einer neuen Zeile die Wörter „Fachapotheker oder Fachapothekerin mit der Bereichsweiterbildung Infektiologie oder ABS-fortgebildeter Apotheker oder Apothekerin, die entweder auf Station, in der Krankenhausapotheke oder in krankenhausversorgenden Apotheken tätig sind“ eingefügt, werden die Wörter „HIV- Ambulanz“ durch die Wörter „Einrichtung der ambulanten Medizin mit Schwerpunkt Infektiologie“ ersetzt, und werden nach dem Wort „Kooperation“ ein Komma und die Wörter „auch durch auf die Behandlung von HIV Patienten spezialisierte vertragsärztliche Leistungserbringern, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt“ eingefügt.

3. In der Leistungsgruppe Nummer 14 Allgemeine Chirurgie werden in dem Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Verfügbarkeit“ die Wörter „oder Viszeralchirurgie sowie mindestens ein FA für Orthopädie und Unfallchirurgie“ eingefügt.

4. In der Leistungsgruppe Nummer 19 Carotis operativ/interventionell wird in der dritten Spalte der zweiten Zeile das Wort „Auswahlkriterium“ eingefügt.

5. In der Leistungsgruppe Nummer 27 Spezielle Traumatologie im Anforderungsbereich „Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen“ wird das Wort „Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV)“ durch das Wort „Verletzungsartenverfahren (VAV)“ ersetzt, werden die Wörter „vom 1. Januar 2013 in der Fassung vom 1. Juli 2023“ durch die Wörter „in der Fassung vom 1. Januar 2013“ ersetzt, werden die Wörter „§ 34 Absatz 1 Satz 2 SGB VII“ durch die Wörter „§ 34 Absatz 2 und 3 SGB VII“ ersetzt, und das Wort „Schwerverletzungsartenverfahren“ durch das Wort „Verletzungsartenverfahren“ ersetzt.

6. In der Leistungsgruppe Nummer 32 Ösophaguseingriffe wird im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Verfügbarkeit“ die Wörter „Drei FA“ durch die Wörter „Fünf FA Davon

drei FA Viszeralchirurgie," ersetzt und wird die Wörter „Zwei FA" durch die Wörter „Davon zwei FA" ersetzt.

7. In der Leistungsgruppe Nummer 33 Pankreaseingriffe wird im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung" in der Tabellenspalte „Verfügbarkeit" das Wort „Drei" durch das Wort „Fünf" und das Wort „ein" durch das Wort „drei" ersetzt.

8. In der Leistungsgruppe Nummer 35 Augenheilkunde werden im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung" in der Tabellenspalte „Verfügbarkeit" die Wörter „oder Belegärzte" gestrichen.

9. In dem Leistungsgruppe Nummer 37 MKG werden im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung" in der Tabellenspalte „Verfügbarkeit" die Wörter „oder Belegärzte" gestrichen.

10. In der Leistungsgruppe Nummer 39 Allgemeine Frauenheilkunde werden im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung" in der Tabellenspalte „Verfügbarkeit" die Wörter „oder Belegärzte" gestrichen.

11. In der Leistungsgruppe Nummer 50 HNO werden im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung" in der Tabellenspalte „Verfügbarkeit" die Wörter „oder Belegärzte" gestrichen.

12. In der Leistungsgruppe Nummer 54 Stroke Unit werden im Anforderungsbereich „Sachliche Ausstattung" nach den Wörtern „MRT jederzeit" und nach den Wörtern „MR-Angiographie jederzeit" jeweils die Wörter „(Befundung auch durch Teleradiologie möglich)" eingefügt.

13. In der Leistungsgruppe Nummer 60 Lebertransplantation werden im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung" in der Tabellenspalte „Verfügbarkeit" die Wörter „je Disziplin" gestrichen.

14. Leistungsgruppe Nummer 65 Notfallmedizin wird wie folgt geändert:

    a) Im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung" in der Tabellenspalte „Qualifikation" werden die Wörter „FA Innere Medizin oder FA Allgemeinchirurgie oder FA Anästhesiologie oder FA Neurologie" jeweils durch die Wörter „FA in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung" ersetzt.

    b) Im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung" in der Tabellenspalte „Verfügbarkeit" werden die Wörter „die zu mindestens 80 % in der Notaufnahme tätig sind" durch die Wörter „die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung in der Notaufnahme zugeordnet sind" ersetzt.

    c) Im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung" werden der Tabellenspalte „Verfügbarkeit" in einer neuen Spalte die Wörter „davon bis zum 31.12.2028 maximal zwei FA in der Zusatz-Weiterbildungsphase zur ZW Klinische Akut- und Notfallmedizin" angefügt.

Begründung

Zu Nummer 1
Um die breite internistische Qualifikation der Krankenhäuser abzubilden, wird die Qualifikation der FA in der Leistungsgruppe Allgemeine Innere Medizin auf FA aus dem Gebiet der Inneren Medizin ausgeweitet.

Zu Nummer 2
Zu Buchstabe a
In der Leistungsgruppe Nummer 3 Infektiologie wird das Erfordernis des Vorhaltens der LG Komplexe Pneumologie an dem Standort gestrichen, da es keinen fachlichen Mehrwert bieten, sondern in Kombination lediglich an Universitätskliniken möglich sein sollte.
Kooperationen mit den LG Komplexe Gastroenterologie und LG Interventionelle Kardiologie sind fachlich nicht zwingend erforderlich, sodass dieses Qualitätskriterium gestrichen wird.

Zu Buchstabe b
In der Leistungsgruppe Nummer 3 Infektiologie ist eine Ausweitung des Zugangs zu einem mikrobiologischen Labor von 12 Stunden täglich auf 24 Stunden sachlich geboten, denn es führt zu einer verbesserten Qualität der Patientenversorgung in der Leistungsgruppe Infektiologie.

Zu Buchstabe c

Die Qualifikationen sind in allen LG immer alternativ zu verstehen. Der Klarstellung halber wird in die Spalte Qualifikation das Wort „oder“ zwischen den Qualifikationen der FA eingefügt.

Zu Buchstabe d
Die Qualitätskriterien zu der personellen Verfügbarkeit werden dahingehend ergänzt, dass immer mindestens ein Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie anwesend sein muss, da ansonsten die Versorgungsqualität nicht hinreichend sichergestellt ist. Die Regelung sieht vor, dass von den vier FA mindestens ein FA Innere Medizin und Infektiologie sein muss. Die weiteren FA können entweder FA Innere Medizin und Infektiologie sein oder FA in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung mit ZW Infektiologie, von denen wiederum einer mindestens den FA Innere Medizin vorweisen muss.

Zu Buchstabe e
Krankenhausapotheken tragen bei der stationären Arzneimitteltherapie wesentlich zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung in den Kliniken bei. Für die Leistungsgruppe Infektiologie ist daher eine Ergänzung der personellen Mindestanforderung um Fachapotheker oder Fachapothekerinnen mit der Bereichsweiterbildung Infektiologie und / oder ABS-fortgebildete Apotheker und Apothekerinnen geboten.
Da die Systematik der Anlage 1 vorsieht, dass im Bereich personelle Ausstattung ausschließlich die Anforderungen an die Vorhaltung von ärztlichem Personal normiert werden, erfolgt die Aufnahme der weiteren Anforderung im Bereich „Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen“. Weiterhin wird klargestellt werden, dass die Anforderung von entsprechenden Apothekerinnen und Apothekern auf Station, in der Krankenhausapotheke und/ oder in krankenhausversorgenden Apotheken erfüllt werden kann.

Zu Buchstabe f
Leistungsgruppe Nummer 3 Infektiologie setzt bislang die Vorhaltung einer HIV-Ambulanz mindestens in Kooperation voraus. Um der Weite der LG Infektiologie Rechnung zu tragen wird der Begriff HIV- Ambulanz durch Einrichtungen der ambulanten Medizin mit Schwerpunkt Infektiologie ersetzt.

Die Ergänzung dient der Klarstellung, dass Kooperationen auch mit Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung möglich sind, wenn es sich dabei um auf die Behandlung von HIV Patientinnen und -patienten spezialisierte vertragsärztliche Leistungserbringern handelt und eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt.

Zu Nummer 3
In der Leistungsgruppe Nummer 14 Allgemeine Chirurgie wird durch die Streichung klargestellt, dass die Verfügbarkeit von drei Fachärztinnen oder Fachärzten durch alle drei in der Spalte „Qualifikation“ genannten Facharztgruppen erfüllt werden kann.

Zu Nummer 4
Es handelt sich um eine redaktionelle Korrektur.

Zu Nummer 5
In der Leistungsgruppe Nummer 27 wird das Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) durch das Verletzungsartenverfahren (VAV) ersetzt. Dies dient der Sicherung einer flächendeckenden Versorgung.

Zu Nummer 6
Durch die Änderungen soll die Geltung derselben personellen Anforderungen für die Leistungsgruppe Nummer 32 Ösophaguseingriffe und die Leistungsgruppe 33 Pankreaseingriffe umgesetzt werden.

Zu Nummer 7
Der Landeskrankenhausplan NRW sieht bei Pankreaseingriffen die Verfügbarkeit von insgesamt fünf FA vor. Daher wird die Leistungsgruppe Nummer 33 Pankreaseingriffe entsprechend angepasst.

Zu Nummer 8
Die Anforderungen an die personelle Ausstattung sollen in allen Leistungsgruppen (und somit auch in der Leistungsgruppe Nummer 35 Augenheilkunde) auch durch Belegärztinnen und-ärzte erfüllt werden können. Die Streichung der Beschränkung der Anrechnung von Belegärztinnen und -ärzten allein auf bestimmte in Anlage 1 ausdrücklich genannte LG dient der Klarstellung und ist eine Folgeänderung von § 135 e Absatz 4 Satz 2 Nummer 7 d.

Zu Nummer 9
Die Anforderungen an die personelle Ausstattung sollen in allen Leistungsgruppen (und somit auch in der Leistungsgruppe Nummer 37 MKG) auch durch Belegärztinnen und -ärzte erfüllt werden können. Die Streichung der Beschränkung der Anrechnung von Belegärztinnen und -ärzten allein auf bestimmte in Anlage 1

ausdrücklich genannte LG dient der Klarstellung und ist eine Folgeänderung von § 135 e Absatz 4 Satz 2 Nummer 7 d.

Zu Nummer 10
Die Anforderungen an die personelle Ausstattung sollen in allen Leistungsgruppen (und somit auch in der Leistungsgruppe Nummer 39 Allgemeine Frauenheilkunde) auch durch Belegärztinnen und ärzte erfüllt werden können. Die Streichung der Beschränkung der Anrechnung von Belegärztinnen und -ärzten allein auf bestimmte in Anlage 1 ausdrücklich genannte LG dient der Klarstellung und ist eine Folgeänderung von § 135 e Absatz 4 Satz 2 Nummer 7 d.

Zu Nummer 11
Die Anforderungen an die personelle Ausstattung sollen in allen Leistungsgruppen (und somit auch in der Leistungsgruppe Nummer 50 HNO) auch durch Belegärztinnen und-ärzte erfüllt werden können. Die Streichung der Beschränkung der Anrechnung von Belegärztinnen und -ärzten allein auf bestimmte in Anlage 1 ausdrücklich genannte LG dient der Klarstellung und ist eine Folgeänderung von § 135 e Absatz 4 Satz 2 Nummer 7 d.

Zu Nummer 12
Um die erforderliche fachärztliche Expertise flächendeckend bei an neurologischen Kliniken angesiedelten Stroke Units sicherzustellen, soll die Einbeziehung von teleradiologischen Leistungen möglich sein. Dies wird durch die Aufnahme des Zusatzes „Befundung auch durch Teleradiologie möglich“ im Anforderungsbereich sachlich Ausstattung CT/MRT und CT/MRT-Angiographie umgesetzt.

Nummer 13
Die Streichung dient der Klarstellung, dass die Verfügbarkeit der personellen Ausstattung in der Leistungsgruppe Nummer 60 Lebertransplantation eine Rufbereitschaft von 6 FA vorsieht.

Zu Nummer 14

Zu Buchstabe a
In der Leistungsgruppe Nummer 65 Notfallmedizin werden die personellen Anforderungen an die fachliche Qualifikation dahingehend geändert, dass nunmehr alle FA aus einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung berücksichtigt werden können. Durch die Ergänzung soll sichergestellt werden, dass beispielsweise auch FA für Allgemeinmedizin und FA für Pädiatrie weiterhin eine Tätigkeit in der Notaufnahme ermöglicht wird.

Zu Buchstabe b
Um die Anforderungsbereiche der Leistungsgruppe Notfallmedizin mit den Leistungsgruppen vergleichbar zu machen, wird der Verweis auf einen prozentualen Stellenanteil gestrichen. Um eine konkrete Zuordnung der FA zur LG Notfallmedizin dennoch sicherzustellen, erfolgt stattdessen ein Verweis auf eine fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutige Zuordnung der FA zu der Versorgung in der Notaufnahme.

Zu Buchstabe c
Die personellen Anforderungen an die Verfügbarkeit werden dahingehend erweitert, dass übergangsweise bis zum 31.12.2028 von den drei geforderten FA mit ZWB Klinische Akut- und Notfallmedizin maximal zwei FA sich noch in der Weiterbildungsphase für die ZWB Klinische Akut- und Notfallmedizin befinden dürfen. Diese Ergänzung ist sachlich geboten, da hierdurch ein verstärkter Anreiz für diese versorgungsrelevante Zusatzweiterbildung gesetzt wird.

Änderungsantrag 22

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 2 Nummer 0 und 2 (§§ 2a, 6a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)
Zu Artikel 1 Nummer 7, 11a, 11b, 21a, Artikel 5a und zu Artikel 5b (§§ 135d, 137i, 137j, 293 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch; § 2 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung; § 2 der Pflegepersonalbemessungsverordnung)

(Krankenhausstandortdefinition, Folgeänderungen)

1. Artikel 1 wird wie folgt geändert:

   a) Nummer 7 Buchstabe b wird wie folgt geändert:

      aa) Nach Doppelbuchstabe aa wird folgender Doppelbuchstabe bb eingefügt:

         ‚bb) In Satz 2 werden die Wörter „§ 2 der zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemäß § 2a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes getroffenen Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen vom 29. August 2017, die auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlicht ist“ durch die Wörter „§ 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ ersetzt.‘

      bb) Der bisherige Doppelbuchstabe bb wird Doppelbuchstabe cc.

   b) Nach Nummer 11 werden die folgenden Nummern 11a und 11b eingefügt:

      ‚11a. In § 137i Absatz 4a Satz 2 werden die Wörter „§ 2 der zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemäß § 2a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes getroffenen Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen vom 29. August 2017, die auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlicht ist“ durch die Wörter „§ 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ ersetzt.

      11b. In § 137j Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „§ 2 der zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemäß § 2a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes getroffenen Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen vom 29. August 2017, die auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlicht ist“ durch die Wörter „§ 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ ersetzt.‘

   c) Nach Nummer 21 wird folgende Nummer 21a eingefügt:

      ‚21a. § 293 Absatz 6 wird wie folgt geändert:

         a) In Satz 1 werden die Wörter „der Vereinbarung nach § 2a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ durch die Wörter „des § 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ ersetzt.

         b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
         „Flächenstandorte nach § 2a Absatz 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind im Verzeichnis nach Satz 1 als solche zu kennzeichnen.

         c) Der bisherige Satz 11 wird aufgehoben.‘

2. Artikel 2 wird wie folgt geändert:

a) Folgende Nummer 0 wird vorangestellt:

‚0. § 2a wird wie folgt gefasst:

„§ 2a

Definition eines Krankenhausstandortes

(1) Ein Krankenhaus im Sinne des § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch hat einen oder mehrere Standorte. Ein Standort ist einem Krankenhausträger zugeordnet. An einem Standort muss mindestens eine fachliche Organisationseinheit vorhanden sein, in der Patienten voll-, teil- oder tagesstationär, vor- oder nachstationär oder ambulant behandelt werden. Eine Organisationseinheit im Sinne des Satzes 3 ist insbesondere eine Fachabteilung, eine Tagesklinik oder eine ärztlich geleitete Organisationseinheit, in der ambulante Leistungen erbracht werden (Krankenhausambulanz). Finden die Behandlungen in einem Gebäude oder in einem zusammenhängenden Gebäudekomplex des Krankenhauses statt, bildet dieses oder dieser den Krankenhausstandort. Finden die Behandlungen in mehreren nicht zusammenhängenden Gebäuden oder Gebäudekomplexen des Krankenhauses statt, bei denen der Abstand zwischen den äußeren Gebäuden nicht mehr als 2000 Meter Luftlinie beträgt, bilden diese einen einheitlichen Standort (Flächenstandort). Überschreiten die Gebäude oder Gebäudekomplexe den Abstand nach Satz 5, bilden sie mehrere Standorte.

(2) Jeder Krankenhausstandort ist räumlich eindeutig zu bestimmen. Die räumliche Bestimmung erfolgt anhand einer Geokoordinate der Zugangsadresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl). Ein Flächenstandort wird abweichend von Satz 2 räumlich anhand einer Geokoordinate der Adresse des Hauptzugangs bestimmt. Eigenständige Standorte, die die Vertragspartner nach Absatz 4 Satz 1 bestimmt haben, und Krankenhausambulanzen werden gesondert geokodiert.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des dritten Monats nach Inkrafttreten nach Artikel 7] insbesondere

1. das Nähere zum Verfahren der Geokodierung und zum anzuwendenden Koordinatensystem und zur Notation nach Maßgabe des Absatzes 2, insbesondere auch für eigenständige Standorte nach Absatz 1 Satz 6 und 7, und
2. die Konkretisierung der Krankenhausambulanzen, für die die Vorgaben der Absätze 1 und 2 gelten.

Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht innerhalb der Frist zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 ohne Antrag einer Vertragspartei.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft können im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung vereinbaren, dass Organisationseinheiten nach Absatz 1 Satz 4 eigenständige Standorte bilden. Im Einzelfall können sie auch Krankenhausstandorte abweichend von Absatz 1 bestimmen. Kommt eine Einigung nach Satz 1 oder Satz 2 nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 auf Antrag einer Vertragspartei.

(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft prüfen im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung die nach Absatz 1 festgelegten Standortkriterien hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Qualitätssicherung der Patientenversorgung sowie hinsichtlich ihrer finanziellen Auswirkungen und legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des fünften Jahres nach Inkrafttreten nach Artikel 7] einen wissenschaftlich evaluierten Bericht über diese vor.

(6) Die Möglichkeit, Vereinbarungen nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung einheitlich für alle Standorte eines Krankenhauses zu schließen, bleibt durch die vorstehenden Absätze unberührt.“ ‘

b) In Nummer 2 werden in § 6a Absatz 1 Satz 3 die Wörter „§ 2 der zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemäß § 2a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes getroffenen Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen vom 29. August 2017, die auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlicht ist“ durch die Angabe „§ 2a“ ersetzt.

3. Nach Artikel 5 werden die folgenden Artikel 5a und 5b eingefügt:

‚Artikel 5a
Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung

In § 2 Absatz 3 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 9. November 2020 (BGBl. I S. 2357), die zuletzt durch Artikel 8z5 des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359) geändert worden ist, werden die Wörter „§ 2 der zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemäß § 2a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes getroffenen Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen vom 29. August 2017, die auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlicht ist“ durch die Wörter „§ 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ ersetzt.

Artikel 5b
Änderung der Pflegepersonalbemessungsverordnung

In § 2 Absatz 5 der Pflegepersonalbemessungsverordnung vom 12. Juni 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 188) werden die Wörter „§ 2 der zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemäß § 2a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes getroffenen Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen vom 29. August 2017, die auf der Internetseite der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlicht ist“ durch die Wörter „§ 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ ersetzt.‘

Begründung

Zu Nummer 1
Zu Buchstabe a
Zu Doppelbuchstabe aa
Es handelt sich um Folgeänderungen zur Änderung des § 2a, mit der die Definition eines Krankenhausstandorts gesetzlich geregelt wird.

Zu Doppelbuchstabe bb
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Buchstabe b
Es handelt sich um Folgeänderungen zur Änderung des § 2a KHG, mit der die Definition eines Krankenhausstandorts gesetzlich geregelt wird.

Zu Buchstabe c
Die Änderung des § 293 Absatz 6 Satz 1 ist eine Folgeänderung zur Änderung des § 2a KHG, mit der die Definition des Krankenhausstandorts gesetzlich geregelt wird. Gleiches gilt für den neuen Satz 2, der vorsieht, dass Flächenstandorte nach § 2a Absatz 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes im Verzeichnis nach Satz 1 als solche zu kennzeichnen sind.
Satz 11 wird aufgehoben, da die Beauftragung zur Führung des Standortverzeichnisses und die Vereinbarung des Näheren über das Verzeichnis fristgemäß zustande gekommen sind und die Regelung daher nicht mehr erforderlich ist.

Zu Nummer 2
Zu Buchstabe a
§ 2a Absatz 1 in der Fassung vom 19. Dezember 2016 übertrug dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) die Aufgabe, den Begriff des Krankenhausstandorts bundeseinheitlich zu definieren. Die von den Selbstverwaltungspartnern in der „Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen gemäß § 2a Abs. 1 KHG“ vom 29. Juli 2017 festgelegte Definition ist Anknüpfungspunkt für zahlreiche bestehende krankenhausregulatorische Bestimmungen, insbesondere im Bereich der Qualitätssicherung, Abrechnung sowie bei der Bedarfsplanung und Krankenhausstatistik. Sie ist außerdem Grundlage der mit diesem Gesetz neu eingeführten Qualitätskriterien der Leistungsgruppen, vgl. § 135e Absatz 2 Satz 1 SGB V.

Die DKG hat die Vereinbarung zum Jahresende 2024 gekündigt. Die Vereinbarung gilt formal bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung weiter. Die Möglichkeit der Festlegung einer neuen, abweichenden Definition des Krankenhausbegriffs birgt die Gefahr der Entstehung von Rechtsunsicherheiten bei der Anwendung vielzähliger Regelungen, die den derzeit geltenden Begriff des Krankenhausstandorts in Bezug nehmen. Aufgrund der zahlreichen Verweise auf die etablierte Standortdefinition wäre zudem mit einem nicht geringfügigen Änderungsbedarf auch in anderen Gesetzen zu rechnen, der einen nicht unerheblichen bürokratischen Aufwand nach sich ziehen dürfte. Insbesondere um die durchgehend konsequente und rechtssichere Durchsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zu garantieren, erfolgt daher die gesetzliche Verstetigung der bislang geltenden Standortdefinition.

Die in Absatz 1 enthaltene Legaldefinition orientiert sich an den von den Selbstverwaltungspartnern in der Vereinbarung vom 29. Juli 2017 festgelegten Kriterien. Entsprechend der etablierten Systematik der den Krankenhausstandortbegriff in Bezug nehmenden gesetzlichen Regelungen – wird zur Standortbestimmung nicht auf den Krankenhausträger oder auf das Krankenhaus als Gesamtbetriebseinheit bzw. Unternehmen, sondern auf räumlich-örtliche exakt bestimmbare Versorgungseinheiten abgestellt. Ein Standort muss über mindestens eine fachliche Organisationseinheit, z.B. eine Fachabteilung, Tagesklinik oder Ambulanz verfügen, in der die unmittelbare medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten, die voll-, teil- oder tagesstationär, vor- oder nachstationär oder ambulant erbracht werden kann, erfolgt. Wie sich ein Krankenhausstandort konkret bestimmt, hängt von der Lokalisation der einzelnen Gebäude oder Gebäudekomplexe ab. Finden die Behandlungen in einem Gebäude oder in einem zusammenhängenden Gebäudekomplex des Krankenhauses statt, bildet dieses oder dieser den Krankenhausstandort. Erfolgen sie dagegen in mehreren nicht zusammenhängenden Gebäuden oder Gebäudekomplexen des Krankenhauses, hängt die Frage, ob es sich um einen einheitlichen Standort oder mehrere Standorte handelt, dagegen davon ab, wie weit die Gebäude voneinander entfernt sind. Beträgt der Abstand zwischen den äußeren Gebäuden nicht mehr als 2000 Meter Luftlinie, liegt ein einheitlicher Standort, ein sogenannter Flächenstandort, vor. Ist der Abstand dagegen größer, handelt es sich um mehrere Standorte. Damit werden im Gesetz die derzeitigen Vorgaben zur Entfernung aus der bisherigen Standortvereinbarung übernommen.

Absatz 2 greift einen wichtigen Punkt der bisherigen Standortvereinbarung, das Erfordernis, die Standorte eindeutig räumlich zu bestimmen, auf. Dies erfolgt anhand von Geokoordinaten. Zu geokodieren ist die Zugangsadresse des Standorts. Bei Flächenstandorten sind dagegen die Geokoordinaten der Adresse des Hauptzugangs zu bestimmen. Für Krankenhausambulanzen ist – unabhängig von einer Bestimmung als eigenständiger Standort nach Absatz 4 Satz 1 – die Zugangsadresse des Gebäudes oder Gebäudeteils zu kodieren, in dem die Krankenbehandlung erbracht wird. Gleiches gilt für andere Organisationseinheiten , die nach Absatz 4 Satz 1 vertraglich zu eigenständigen Standorten bestimmt wurden. Verfügt das Gebäude oder der Gebäudeteil des eigenständigen Standorts nicht über eine eigene Zugangsadresse, obliegt die Festlegung des Verfahrens der Lokalisation den Vertragspartnern nach Absatz 3.

Nach Absatz 3 haben der GKV-Spitzenverband und die DKG im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum [Einsetzen: Datum des letzten Tages des dritten Monats nach Inkrafttreten nach Artikel 7] insbesondere das Nähere zum Verfahren der Geokodierung, zum anzuwendenden Koordinatensystem und zur Notation nach Maßgabe des Absatzes 2 zu vereinbaren. Dies gilt insbesondere auch für eigenständige Standorte. Haben die betreffenden Gebäude oder Gebäudeteile keine eigene Zugangsadresse, ist in der Vereinbarung das Verfahren festzulegen, wie diese lokalisiert werden. Ebenfalls sind – entsprechend der Umsetzung in § 3 der bisherigen Standortvereinbarung – die Krankenhausambulanzen zu konkretisieren. Um dem gesetzgeberischen Auftrag Rechnung zu tragen, ist nicht nur einmalig aufgrund des neuen Regelungsauftrags in § 2a, sondern regelmäßig zu überprüfen, ob es - insbesondere aufgrund zwischenzeitlich erfolgter gesetzlicher Änderungen – Ergänzungsbedarf bei der Enumeration der Krankenhausambulanzen gibt. Für den Fall, dass eine Vereinbarung nach Absatz 3 nicht innerhalb der Frist zustande kommt, ist ein Schiedsverfahren vor der Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 vorgesehen, die ohne Antrag einer Vertragspartei entscheidet.

Absatz 4 enthält zwei weitere Regelungsgegenstände, die in die Hände der Vertragspartner gelegt werden. In Satz 1 wird wie bisher die Möglichkeit eröffnet, auch andere Organisationseinheiten nach Absatz 1 Satz 4 als eigenständige Standorte zu bestimmen. Hierfür kommen insbesondere Tageskliniken in Betracht. Dies trägt zur Verbesserung der Transparenz über das Leistungsgeschehen bei und ist auch aus Sicht der Qualitätssicherung vorteilhaft.
Satz 2 ermöglicht den Selbstverwaltungspartnern darüber hinaus, Vereinbarungen zu schießen, die eine von den Vorgaben des Absatzes 1 abweichende Standortfestlegung vorsehen. Dies soll jedoch nur in Einzelfällen, d.h. nur dann möglich sein, wenn dies geboten ist, um den Besonderheiten des jeweiligen Falles Rechnung tragen zu können. Um jedoch künftig zu verhindern, dass derartige Einzelfallvereinbarungen von einer

Vertragspartei blockiert werden, entscheidet im Falle der Nichteinigung die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6.

In Absatz 5 wird dem GKV-Spitzenverband und der DKG im Benehmen mit dem PKV-Verband zudem der Auftrag erteilt, die gesetzlich festgeschriebenen Standortkriterien zu evaluieren, damit diese bei Bedarf durch den Gesetzgeber weiterentwickelt werden können.

Absatz 6 übernimmt die nach wie vor sachgerechte Regelung des bisherigen Absatzes 1 Satz 4.

Zu Buchstabe b
Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 2a, mit der die Definition des Krankenhausstandorts gesetzlich geregelt wird.

Zu Nummer 3
Zu Artikel 5a
Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 2a KHG, mit der die Definition eines Krankenhausstandorts gesetzlich geregelt wird.

Zu Artikel 5b
Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 2a KHG, mit der die Definition eines Krankenhausstandorts gesetzlich geregelt wird.

Änderungsantrag 23

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 2 Nummer 2 (§ 6a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

(*Nachweiszeitraum MD Gutachten; Zuweisung von Leistungsgruppen an Bundeswehrkrankenhäuser; Regelung für Bundeswehrkrankenhäuser zur Erfüllung der Qualitätskriterien in Kooperation; Verpflichtung der Krankenhäuser zur Qualitätssteigerung bei unbefristeter Ausnahme; Berücksichtigung der Einwände der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen, Folgeänderung zur Regelung über den Nachweiszeitraum MD Gutachten; Kurzfristige Nichterfüllung der Qualitätskriterien; Meldepflicht*)

In Artikel 2 Nummer 2 wird § 6a wie folgt geändert:

1. Absatz 2 wird wie folgt geändert:

   a) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

      „Wurde die Erfüllung der für eine Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien bereits zweimal durch ein Gutachten nach Satz 2 nachgewiesen, wird der in Satz 1 genannte Nachweis durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes über die Prüfung der Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien erbracht, dessen Übermittlung nach § 275a Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde zu dem Zeitpunkt der Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppe nicht länger als drei Jahre zurückliegt."

   b) Im neuen Satz 4 wird die Angabe „Satz 2" durch die Wörter „den Sätzen 2 und 3" ersetzt.

2. Absatz 3 wird wie folgt geändert:

   a) Dem Wortlaut werden die folgenden Sätze vorangestellt:

      „Den Bundeswehrkrankenhäusern werden die Leistungsgruppen zugewiesen, für die sie nach den Vorgaben des Bundesministeriums der Verteidigung zur Erfüllung ihres militärischen Auftrags Ressourcen vorhalten. Das Bundesministerium der Verteidigung teilt der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde die in Satz 1 genannten Leistungsgruppen mit.

   b) Im neuen Satz 3 werden die Wörter „Bundeswehrkrankenhäusern sowie den" und die Wörter „nach den Vorgaben des Bundesministeriums der Verteidigung oder" jeweils gestrichen.

   c) Im neuen Satz 4 werden vor dem Wort „Krankenhäuser" die Wörter „Bundeswehrkrankenhäuser und" eingefügt.

3. Absatz 4 wird wie folgt geändert:
   a) In Satz 5 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „mit der Zuweisung ist das Krankenhaus zu verpflichten, an dem jeweiligen Krankenhausstandort die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien innerhalb einer angemessenen Frist zu erfüllen" eingefügt.

   b) Folgender Satz wird angefügt:

      „Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat die Stellungnahme der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen bei der Entscheidung über die Ausnahme nach Satz 1 zu berücksichtigen."

4. Absatz 5 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 Nummer 3 werden nach den Wörtern „zwei Jahre“ die Wörter „und für den Fall, dass die Erfüllung der Qualitätskriterien für die jeweilige Leistungsgruppe bereits zweimal durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes nachgewiesen wurde, länger als drei Jahre“ eingefügt.

b) In Satz 2 Nummer 2 wird nach dem Wort „Qualitätskriterien“ das Wort „drei“ durch das Wort „sechs“ ersetzt.

5. Absatz 6 Satz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 2 werden die Wörter „nach Absatz 5 Satz 1“ gestrichen.

b) Nummer 4 wird wie folgt gefasst:
„4. die Angabe, ob das jeweilige Krankenhaus mit einem anderen Krankenhaus oder ob der jeweilige Krankenhausstandort mit einem anderen Krankenhausstandort zusammengeschlossen wurde einschließlich des Zeitpunkts des Zusammenschlusses,“.

c) Nummer 5 wird gestrichen.

d) Nummer 6 wird Nummer 5.

6. Absatz 7 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 2 werden die Wörter „Absatz 5 Satz 1“ gestrichen

b) In Nummer 3 werden die Wörter „Absatz 3a Satz 4“ durch die Wörter „Absatz 3a Satz 5“ ersetzt.

Begründung

Zu Nummer 1
Zu Buchstabe a
Mit der Änderung wird die Regelung über den Nachweis der Erfüllung der Qualitätskriterien angepasst. Wurde die Erfüllung der Qualitätskriterien für eine Leistungsgruppe bereits zweimal durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes nachgewiesen, wird der für die Zuweisung der Leistungsgruppe erforderliche Nachweis abweichend von Satz 2 durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes erbracht, dessen Übermittlung nicht länger als drei Jahre zurückliegt. Die Regelung ermöglicht nach einer Übergangsphase einen längeren Prüfturnus und dient damit der Entlastung der Medizinischen Dienste und der Entbürokratisierung.

Zu Buchstabe b
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderung unter Buchstabe a.

Zu Nummer 2
Zu Buchstabe a
Die Bundeswehr ist ein wesentliches Instrument der Sicherheits- und Verteidigungspolitik, deren zentraler Auftrag die Landes- und Bündnisverteidigung ist. Vor dem Hintergrund der Verschlechterung der globalen Sicherheitslage sowie der verschärften Bedrohungslage für Europa und auch Deutschland, vor allem durch den Angriffskrieg Russlands auf die Ukraine, zeigt sich zwingend die Notwendigkeit der Sicherstellung der Einsatzbereitschaft und der Kriegstüchtigkeit der Bundeswehr. Aufgabe des Sanitätsdienstes der Bundeswehr ist es, im Frieden und im Fall der Landes- und Bündnisverteidigung durch die medizinische Versorgung die jederzeitige Einsatzbereitschaft der Soldatinnen und Soldaten zu gewährleisten. Die Erfüllung dieser Aufgaben erfordert eine einheitliche Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Inübunghaltung des ärztlichen und nichtärztlichen Sanitätspersonals auf höchstem Niveau. Da die medizinische Versorgung der Soldatinnen und Soldaten quantitativ nicht ausreicht, und auch nicht die Behandlung aller relevanten Krankheitsbilder ermöglicht, kann die notwendige Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Inübunghaltung nur sicher gestellt werden, wenn ein umfassender Zugang zur Versorgung gesetzlich versicherter Patientinnen und Patienten in den Fachgebieten gegeben ist, die für die Behandlung von Soldatinnen und Soldaten relevant sind. Der besondere Auftrag der Bundeswehrkrankenhäuser muss bei der Zuweisung der Leistungsgruppen berücksichtigt werden. Es müssen daher die Leistungsgruppen zugewiesen werden, für die nach den Vorgaben des Bundesministeriums der Verteidigung zur Erfüllung des militärischen Auftrags Ressourcen vorgehalten werden. Das Bundesministerium der Verteidigung teilt der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde die maßgeblichen Leistungsgruppen mit.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderung unter Buchstabe a.

Zu Buchstabe c
Aufgrund der den Bundeswehrkrankenhäusern zugewiesenen begrenzten Ressourcen und der dadurch nicht umfänglich vorgehaltenen Fachdisziplinen ist es erforderlich, dass die Bundeswehrkrankenhäuser zur Sicherstellung ihres besonderen Auftrages die für eine Leistungsgruppe als Qualitätskriterien festgelegten verwandten Leistungsgruppen nach § 135e Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe a SGB V auch in Kooperation erbringen können.

Zu Nummer 3
Zu Buchstabe a
Im Interesse einer qualitativ hochwertigen Versorgung soll eine unbefristete Ausnahme im Rahmen der Leistungsgruppenzuweisung nicht zu einer dauerhaften Unterschreitung der Mindestanforderungen an die Strukturqualität führen. Ein Krankenhausträger ist daher auch im Fall einer unbefristeten Ausnahme zu verpflichten, Maßnahmen zu ergreifen, um die Qualitätskriterien innerhalb einer angemessenen Frist zu erfüllen. Dies kann zum Beispiel durch den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen mit anderen Krankenhausträgern oder durch die Fort- und Weiterbildung des medizinischen und pflegerischen Personals erreicht werden. Welche Frist für die Verpflichtung zur Erfüllung der Qualitätskriterien angemessen ist, entscheidet die zuständige Landesbehörde unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls.

Zu Buchstabe b
Mit der Änderung wird geregelt, dass die zuständige Planungsbehörde die Stellungnahme der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen bei der Entscheidung über die in Satz 1 genannte Ausnahme zu berücksichtigen hat.

Zu Nummer 4
Zu Buchstabe a
Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Regelung zum Nachweis über die Erfüllung der Qualitätskriterien in Absatz 2 Satz 3. Nach Absatz 2 Satz 3 kann die Erfüllung der Qualitätskriterien auch durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes nachgewiesen werden, dessen Übermittlung nicht länger als drei Jahre zurückliegt, wenn die Erfüllung der Qualitätskriterien für die jeweilige Leistungsgruppe bereits zweimal durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes nachgewiesen wurde.
Dieser Grundsatz soll auch auf die Aufhebung einer Leistungsgruppenzuweisung übertragen werden. Wurde die Erfüllung der Qualitätskriterien einer Leistungsgruppe bereits zweimal nachgewiesen, ist die Zuweisung abweichend von der bisherigen Regelung aufzuheben, wenn die Übermittlung des letzten Gutachtens des Medizinischen Dienstes länger als drei Jahre zurückliegt, es sei denn die Erfüllung der Qualitätskriterien kann für die jeweilige Leistungsgruppe durch eine begründete Selbsteinschätzung nachgewiesen werden.

Zu Buchstabe b
Mit der Änderung wird die in Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 geregelte Ausnahme angepasst. Nach dieser Vorschrift muss eine Leistungsgruppenzuweisung nicht aufgehoben werden, wenn das betroffene Krankenhaus die Nichterfüllung von Qualitätskriterien fristgerecht gemeldet hat und Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Nichterfüllung nur kurzzeitig andauert. Mit der Änderung wird die maßgebliche Dauer der Nichterfüllung der Qualitätskriterien von drei Monaten auf sechs Monate angehoben. So wird dem Umstand Rechnung getragen, dass Krankenhäuser im Einzelfall und insbesondere bei unvorhergesehenen Ereignissen länger als drei Monate benötigen können, um Qualitätskriterien wieder zu erfüllen. Insbesondere in ländlichen Regionen kann zum Beispiel die Nachbesetzung von Personal länger als drei Monate in Anspruch nehmen. Durch die Änderung erhalten die Landesbehörden nunmehr die Möglichkeit, auch bei einer voraussichtlichen Dauer der Nichterfüllung von sechs Monaten unter Abwägung der betroffenen Interessen von der Aufhebung einer Leistungsgruppenzuweisung abzusehen.

Zu Nummer 5
Zu Buchstabe a
Mit der Änderung wird der Verweis auf Absatz 5 Satz 1 gestrichen. In Absatz 5 Satz 1 sind Fälle aufgezählt, in denen die zuständige Landesbehörde die Zuweisung einer Leistungsgruppe unverzüglich aufzuheben hat. Über die in der Aufzählung genannten Fälle hinaus sind aber weitere Sachverhalte denkbar, bei deren Vorliegen eine bereits erfolgte Leistungsgruppenzuweisung aufgehoben werden kann. So können Krankenhausträger sich zum Beispiel zum Zweck der Spezialisierung hinsichtlich ihres Leistungsspektrums abstimmen und Vereinbarungen über die von ihnen vorgehaltenen Leistungsgruppen treffen. Gegenstand dieser Vereinbarung kann beispielsweise sein, dass eine bestimmte Leistungsgruppe nur noch durch einen der beteiligten Krankenhausträger vorgehalten wird. In diesem Fall kann die zuständige Landesbehörde auf Antrag der Krankenhausträger eine bereits erfolgte Zuweisung einer Leistungsgruppe aufheben, wenn dies mit ihren krankenhausplanerischen Zielen vereinbar ist.

Da für die Berechnung des Anteils eines Krankenhauses an dem Vorhaltevolumen des jeweiligen Landes jegliche Aufhebung einer zugewiesenen Leistungsgruppe relevant ist, wird mit der Änderung die Meldepflicht entsprechend angepasst. Die Landesbehörde hat daher auch die Aufhebung einer Leistungsgruppenzuweisung aus anderen als den in Absatz 5 Satz 1 genannten Gründen zu melden, sodass das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) diese bei der Berechnung des Anteils eines Krankenhauses an dem Vorhaltevolumen des jeweiligen Landes nach § 37 berücksichtigen kann.

Zu Buchstabe b
Die Neufassung dient lediglich der Klarstellung, dass es in mehreren Konstellationen zu Zusammen-schlüssen von Krankenhäusern kommen kann, die jeweils die Meldepflicht auslösen. Im Rahmen des Absatz 6 ist sowohl der Zusammenschluss mehrerer bisher wirtschaftlich getrennter Krankenhäuser zu melden, als auch der Zusammenschluss verschiedener Krankenhausstandorte. Zudem ist der Zeitpunkt der Zusammenschlüsse mitzuteilen.

Zu Buchstabe c
Mit der Änderung wird Nummer 5 gestrichen, um Doppelungen zu vermeiden. Nach Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 hat die zuständige Landesbehörde unter anderem die von ihr vorgegebenen Planfallzahlen zu melden. Dies umfasst auch die Pflicht zur Meldung der Planfallzahlen, die einem Krankenhaus vorgegeben wurden, das an einem Standort erstmalig eine Leistung aus einer Leistungsgruppe erbringt.

Zu Buchstabe d
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderung unter Buchstabe c.

Zu Nummer 6
Zu Buchstabe a
Mit der Änderung wird der Verweis auf Absatz 5 Satz 1 gestrichen. In Absatz 5 Satz 1 sind Fälle aufgezählt, in denen die zuständige Landesbehörde die Zuweisung einer Leistungsgruppe unverzüglich aufzuheben hat. Über die in der Aufzählung genannten Fälle hinaus sind aber weitere Sachverhalte denkbar, bei deren Vorliegen eine bereits erfolgte Leistungsgruppenzuweisung aufgehoben werden kann. Durch die Streichung des Verweises auf Absatz 5 Satz 1 wird sichergestellt, dass dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) jede Aufhebung einer Leistungsgruppenzuweisung mitgeteilt wird. Das IQTIG veröffentlicht gemäß § 135d Absatz 3 SGB V unter anderem die den Krankenhaustandorten zugewiesenen Leistungsgruppen im Transparenzverzeichnis und bedarf daher im Interesse einer größtmöglichen Transparenz auch der Information über die Aufhebung von Leistungsgruppenzuweisungen aus anderen als den in Absatz 5 Satz1 genannten Gründen.

Zu Buchstabe b
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderung des § 109 Absatz 3a in Artikel 1 Nummer 2.

Änderungsantrag 24

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 2 Nummer 2 (§ 6b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

(*Inhalt der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben; Zuweisung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben an Krankenhäuser der Versorgungsstufe „Level 3"; Klarstellung, dass Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich handeln; Berücksichtigung der Einwände der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen*)

In Artikel 2 Nummer 2 wird § 6b wie folgt geändert:

1. In Satz 1 Nummer 1 werden nach dem Wort „Großschadenslagen," die Wörter „der Intensivmedizin und Notfallversorgung, im Zusammenwirken mit den nach Landesrecht bestimmten oder den von der obersten zuständigen Landesbehörde hierfür vorgesehenen Rettungsleitstellen," eingefügt.

2. In Satz 3 wird das Wort „nur" gestrichen.

3. Satz 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

   „Die in Satz 1 genannten Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben dürfen auch einem Krankenhaus zugewiesen werden, das der in § 135d Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Versorgungsstufe „Level 3" zugeordnet ist, wenn in dem jeweiligen Land kein Krankenhaus der Versorgungsstufe „Level 3U" zugeordnet ist, oder wenn die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde dies zur Förderung der Koordinierung und Vernetzung der Krankenhausversorgung für erforderlich hält. Bei der Entscheidung über die Erklärung des in Satz 1 genannten Benehmens handeln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat die Stellungnahme der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen bei der Entscheidung über die in Satz 1 genannte Zuweisung zu berücksichtigen."

Begründung

Zu Nummer 1

Die Änderung dient der Präzisierung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben. Durch die Übertragung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sollen Versorgungsstrukturen optimiert und die Zusammenarbeit von Leistungserbringern, zum Beispiel in Versorgungsnetzwerken, gefördert werden. Hierbei ist die gesamte Versorgungskette einschließlich des Transportes von Patientinnen und Patienten relevant. Die Wahrnehmung der in § 6b geregelten Aufgaben erfordert daher auch eine Abstimmung mit den zuständigen Rettungsleitstellen, insbesondere bei Großschadensereignissen und der Intensivmedizin und Notfallversorgung. Die landesweite Koordinierung der Rettungsdienste erfolgt durch die hierfür landesrechtlich bestimmten Rettungsleitstellen. Sollte dies nicht landesrechtlich geregelt sein, kann die oberste zuständige Landesbehörde hierfür eine Leitstelle vorsehen.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Änderung unter Nummer 3.

Zu Nummer 3

Mit der Änderung wird die Möglichkeit der zuständigen Landesbehörden erweitert, Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben auch Krankenhäusern, die der Versorgungsstufe „Level 3" zugeordnet sind, zuzuweisen. Bei diesen Krankenhäusern handelt es sich um Maximalversorger, die über eine vergleichbare Leistungsfähigkeit wie die Hochschulkliniken verfügen. Diesen Krankenhäusern dürfen die Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben daher auch zugewiesen werden, wenn in dem jeweiligen Land kein Krankenhaus als Hochschulklinik anerkannt ist oder wenn die zuständige Landesbehörde dies neben der Zuweisung der Aufgaben an die Hochschulkliniken zur Förderung der Koordinierung und Vernetzung der Krankenhausversorgung für erforderlich hält.

Mit dem neuen Satz 5 wird klargestellt, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen bei der Erklärung des Benehmens im Rahmen der Zuweisung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben gemeinsam und einheitlich handeln. Es wird zudem geregelt, dass die zuständige Planungsbehörde die Stellungnahme der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen bei der Entscheidung über die Zuweisung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zu berücksichtigen hat.

Änderungsantrag 25

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 2 Nummer 2 (§ 6c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

(Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung)

In Artikel 2 Nummer 2 werden in § 6c Absatz 1 nach dem Wort „Ersatzkassen“ ein Komma und die Wörter „der Landeskrankenhausgesellschaft oder der Vereinigung der Krankenhausträger im Land sowie der Kassenärztlichen Vereinigung“ eingefügt.

Begründung

Im Regierungsentwurf ist bereits vorgesehen, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde das Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Pflegekassen sowie den Ersatzkassen herzustellen hat, wenn sie Krankenhausstandorte als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt. Mit der Änderung wird diese Regelung erweitert und das Benehmenserfordernis auch auf die Landeskrankenhausgesellschaft oder die Vereinigung der Krankenhausträger im Land und auf die Kassenärztliche Vereinigung erstreckt. Die im Verfahren der Benehmensherstellung abgegebenen Stellungnahmen tragen dazu bei, der Krankenhausplanungsbehörde ein umfassenderes Bild über die Situation der Krankenhäuser und die Versorgungssituation im ambulanten Bereich zu verschaffen und den Prozess der Bedarfsermittlung zu verbessern.

Änderungsantrag 26

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 2 Nummer 3a (§ 9 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

(*Berücksichtigung der Nachhaltigkeit im Rahmen der Investitionsprogramme der Länder*)

Nach Artikel 2 Nummer 3 wird folgende Nummer 3a eingefügt:

‚3a. In § 9 Absatz 5 werden nach dem Wort „Grundsätze“ die Wörter „und Nachhaltigkeit“ eingefügt.‘

Begründung

Die Ergänzung dient der Klarstellung, dass eine zukunftsgewandte wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser maßgeblich auch durch Energieeffizienz und Klimaresilienz zu erreichen ist. Wegen der hohen Ressourcen- und Energieintensität von Krankenhäusern entfällt ein nicht unerheblicher Anteil von klimaschädlichen Emissionen auf den Krankenhausbereich. Die Länder haben zur Verwirklichung der in § 1 genannten Ziele im Rahmen der Aufstellung ihrer Krankenhausplanung und ihrer Investitionsprogramme daher zwingend auch die Energieeffizienz und Aspekte der Klimaschonung zu beachten. Der Begriff der Nachhaltigkeit ist dabei weit auszulegen.

Änderungsantrag 27

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 12b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

(*Transformationsfonds*)

In Artikel 2 Nummer 5 wird § 12b wie folgt geändert:

1. Absatz 1 wird wie folgt geändert:
   a) Satz 4 wird wie folgt geändert:
      aa) Im Satzteil vor der Aufzählung werden nach dem Wort „können“ die Wörter „an zugelassenen Krankenhäusern“ eingefügt.
      bb) Nummer 1 wird wie folgt gefasst:
      „1. Vorhaben zur standortübergreifenden Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten, einschließlich der erforderlichen Angleichung der digitalen Infrastruktur, insbesondere
      a) zur Erfüllung von Qualitätskriterien nach § 135e Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder
      b) zur Erfüllung von Mindestvorhaltezahlen nach § 135f Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,“
      cc) Nummer 5 wird wie folgt gefasst:
      „5. wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von regional begrenzten Krankenhausverbünden zum Abbau von Doppelstrukturen, insbesondere durch Standortzusammenlegungen,“
      dd) In Nummer 7 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
      ee) Folgende Nummer 8 wird angefügt:
      „8. Vorhaben zur Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten in den mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a Buchstabe e bis g, soweit diese auf einem Vorhaben nach Nummer 1 oder Nummer 5 beruhen.
   b) Folgender Satz wird angefügt:
   „Vorhaben, die überwiegend dem Erhalt bestehender Strukturen dienen, sind nicht förderfähig.“

2. Absatz 3 wird wie folgt geändert:
   a) Satz 1 wird wie folgt geändert:
      aa) Nummer 1 wird wie folgt gefasst:
      „1. der jeweilige Antrag auf Förderung für das jeweilige Kalenderjahr
      a) bis zum 30. September des jeweils vorhergehenden Kalenderjahres gestellt wurde, oder
      b) bis zum 31. Dezember des jeweils vorhergehenden Kalenderjahres gestellt wurde, das jeweilige Land dem Bundesamt für Soziale Sicherung zuvor bis zum 30. September die Höhe des diesbezüglichen Fördervolumens angezeigt hat und die beantragte Fördersumme die Höhe der angezeigten Fördersumme nicht übersteigt,“.
      bb) In Nummer 2 wird die Angabe „1. Januar 2026“ durch die Angabe „1. Juli 2025“ ersetzt.
      cc) Nummer 4 wird wie folgt geändert:
      aaa) In Buchstabe a werden vor dem Wort „durchschnittlichen“ die Wörter „nach Satz 2 für das jeweilige Jahr berechneten“ eingefügt und wird die Angabe „2024“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.
      bbb) In Buchstabe b werden vor dem Wort „durchschnittlichen“ die Wörter „nach Satz 2 für das jeweilige Jahr berechneten“ eingefügt, wird die Angabe „2024“ durch die Angabe „2023“ ersetzt und wird nach dem Komma das Wort „und“ gestrichen.
      dd) Nach Nummer 4 wird folgende Nummer 5 eingefügt:
      „5. das jeweilige Land nachweist, das Insolvenzrisiko der an dem Vorhaben beteiligten Krankenhäuser geprüft zu haben, und“
      ee) Die bisherige Nummer 5 wird Nummer 6.
   b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Für die Berechnungen der durchschnittlichen Haushaltsmittel nach Satz 1 Nummer 4 Buchstaben a und b sind die Beträge der in Jahren 2021 bis 2023 jeweils ausgewiesenen Haushaltsmittel, abzüglich der als Sonderförderung ausgewiesenen Haushaltsmittel, zu addieren, die Summe durch drei zu dividieren und ist dieser Betrag entsprechend des vom Statistischen Bundesamt für das Jahr 2024 nach § 10 Absatz 6 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes bekanntgegebenen Orientierungswertes zu erhöhen."

c) Der bisherige Satz 5 wird wie folgt gefasst:
„Hat das jeweilige Land gegenüber dem Träger eines Krankenhauses, auf das sich das zu fördernde Vorhaben bezieht, auf eine verpflichtende Rückzahlung von Mitteln der Investitionsförderung verzichtet, gilt für diese Mittel Satz 4 entsprechend; es sei denn, das Land legt nachvollziehbar dar, dass der Rückforderungsverzicht für ein Vorhaben nach Absatz 1 Satz 4 Nummer 1, 2, 5 oder Nummer 7 erforderlich ist."

d) Im bisherigen Satz 7 werden die Wörter „Sätze 1 bis 6" durch die Wörter „Sätze 1 bis 7" ersetzt.

3. Absatz 5 wird wie folgt geändert:
In Nummer 4 wird nach der Angabe „Satz 1" durch die Angabe „und 2" eingefügt.

4. Folgender Absatz 6 wird angefügt:
„(6) Ist in den Jahren 2026 bis 2035 jeweils bis zum 30. September des jeweiligen Vorjahres keine Beteiligung der Unternehmen der privaten Krankenversicherung nach Absatz 1 Satz 3 in einer Höhe erfolgt, die dem Anteil der privat Krankenversicherten an der Zahl der vollstationären Behandlungsfälle entspricht, berichtet das Bundesministerium für Gesundheit dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages bis zum 31. Januar des jeweiligen Jahres und legt dem Deutschen Bundestag bis zum 31. März des jeweiligen Jahres einen Regelungsvorschlag vor, der eine entsprechende Beteiligung der privaten Krankenversicherung und aller weiteren Kostenträger mit Ausnahme der gesetzlichen Krankenversicherung an der Förderung und ihre Anrechnung auf den Höchstbetrag nach § 271 Absatz 6 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beinhaltet."

Begründung

Zu Nummer 1
Zu Buchstabe a
Zu Doppelbuchstabe aa
Durch die Ergänzung wird klargestellt, dass nur für zugelassene Krankenhäuser, die nach den Regelungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes förderfähig sind, eine Förderung aus dem Transformationsfonds beantragt werden kann.

Zu Doppelbuchstabe bb
Durch die Umformulierung wird der Fördertatbestand weiter formuliert und auch dem Umfang nach bezüglich der Förderfähigkeit der Angleichung digitaler Infrastruktur ergänzt, soweit diese für ein nach Nummer 1 gefördertes Vorhaben erforderlich ist.
Durch die Erweiterung der Förderungsfähigkeit von Konzentrationsvorhaben können auch solche Vorhaben gefördert werden, die nicht primär der Erfüllung der Qualitätskriterien oder von Mindestvorhaltezahlen dienen, sondern die Wirtschaftlichkeit der Versorgung steigern sollen, etwa durch einen Abbau von Doppelstrukturen, den Abbau von Betten oder die Verminderung des Vorhalteaufwandes.

Zu Doppelbuchstabe cc
Durch die Ergänzungen wird klargestellt, dass sich die Förderung nach diesem Fördertatbestand auf die Bildung von regional begrenzten Krankenhausverbünden beschränkt. Nicht förderungsfähig ist damit die Bildung überregionaler Krankenhausketten, die in erster Linie der Optimierung der Unternehmensstruktur des Trägerunternehmens dienen. Zudem kommt eine Förderung nach diesem Fördertatbestand nur in Frage, wenn durch die Bildung des Verbundes Doppelstrukturen abgebaut werden. Dies ist insbesondere der Fall, wenn zwei bestehende Krankenhausstandorte oder akutstationäre Behandlungskapazitäten von Krankenhausstandorten mit unterschiedlichen Trägern, die sich in räumlicher Nähe befinden, im Rahmen eines Verbunds zusammengeführt werden. Der Abbau von Doppelstrukturen kann in einer Konzentration von Versorgungs- oder Vorhaltestrukturen, dem Abbau von Betten oder der Verminderung des Vorhalteaufwandes zum Ausdruck kommen.

Zu Doppelbuchstabe dd
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Doppelbuchstabe ee

Es wird ein weiterer Fördertatbestand ergänzt, wonach auch die Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten förderfähig ist, soweit diese auf einer nach Fördertatbestand 1 oder 5 geförderten Konzentration oder Verbundbildung beruhen.

Zu Buchstabe b
Durch den angefügten Satz wird verdeutlicht, dass die Förderung aus dem Transformationsfonds ausschließlich dazu bestimmt ist, auf Grundlage der Fördertatbestände Vorhaben im Sinne der Krankenhausreform bzw. der weiteren genannten gesundheitspolitisch bedeutsamen Förderzwecke zu finanzieren. Vorhaben, die nicht überwiegend diese Zielsetzung verfolgen, sondern überwiegend dem Erhalt bestehender Strukturen dienen, sind daher nicht durch den Transformationsfonds förderfähig. Für den Erhalt bestehender Krankenhausstrukturen und die Investitionskostenfinanzierung sind die Länder zuständig. Die Ausgestaltung des Förderverfahrens des Transformationsfonds trägt diesem bereits Rechnung, da die Zuteilung der Fördermittel zweckgebunden erfolgt, Nachweise über die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel zu erbringen sind und nicht zweckentsprechende Fördermittel zurückzuzahlen sind.

Zu Nummer 2
Zu Buchstabe a
Zu Doppelbuchstabe aa
Die Antragsfrist für Auszahlungen aus dem Transformationsfonds ist mit Blick auf die Sicherung der Liquiditätssituation des Gesundheitsfonds zwingend erforderlich. Der Gesundheitsfonds wird zum Ende des Geschäftsjahres 2024 nur noch über liquide Mittel geringfügig oberhalb der gesetzlichen Mindestreserve von rund 4,7 Milliarden Euro verfügen. Mit der Antragsfrist wird sichergestellt, dass die für die Finanzierung des Transformationsfonds benötigten Mittel in Höhe von bis zu 2,5 Milliarden Euro (zuzüglich nicht abgerufener Mittel der Vorjahre) vorab bei der Bemessung des Zuweisungsvolumens an die Krankenkassen bekannt sind und durch den GKV-Schätzerkreis sowie bei der Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes und der dafür maßgeblichen Größen gemäß § 242a in Verbindung mit § 220 Absatz 2 SGB V durch das BMG für das Folgejahr berücksichtigt werden können. Ohne Kenntnis der voraussichtlichen Auszahlungen im Folgejahr käme es zu einem Unterschreiten der gesetzlichen Mindestreserve des Gesundheitsfonds und es bestünde die Gefahr, dass der Gesundheitsfonds die garantierten Zuweisungen an die Krankenkassen nicht vollständig aus eigener Kraft bedienen kann.
Um gleichwohl dem Wunsch der Länder nach mehr Flexibilität und einer Verlängerung der Antragsfrist nachzukommen, wird den Ländern die Möglichkeit eröffnet, Anträge auch bis zum 31. Dezember des jeweils vorhergehenden Kalenderjahres zu stellen. Unter Berücksichtigung der Liquiditätssituation des Gesundheitsfonds und des Mitte Oktober stattfindenden Schätzerkreises nach § 220 Absatz 2 SGB V können Anträge, die nach dem 30. September eingehen, allerdings nur berücksichtigt werden, wenn das Land zuvor dem BAS bis zum 30. September angezeigt hat, dass es bis zum Jahresende einen Antrag stellen wird und dabei beziffert, in welcher Höhe Fördermittel bis Jahresende beantragt werden sollen. Für die zeitintensivere Erstellung des Antrages selbst haben die Länder somit ein längeres Zeitfenster bis zum 31. Dezember. Sollte die tatsächlich beantragte Fördersumme den angezeigten Betrag übersteigen, kann eine Bewilligung für das der Antragstellung folgende Kalenderjahr nur bis zu dem angezeigten Betrag erfolgen. Mit dieser Änderung wird einerseits die Flexibilität der Länder erhöht, aber gleichzeitig die Liquiditätssituation des Gesundheitsfonds nicht gefährdet.

Zu Doppelbuchstabe bb
Durch die aus dem Kreis der Länder geforderte Änderung wird der mögliche Beginn der Umsetzung des Fördervorhabens um ein halbes Jahr vorverlegt. Somit sind, sofern auch die sonstigen Fördervoraussetzungen vorliegen, auch Vorhaben förderfähig, deren Umsetzung bereits einige Monate vor der Laufzeit des Transformationsfonds begonnen haben. Dies ist insbesondere relevant bei größeren Bauvorhaben im Hinblick auf die Verfügbarkeit von Planungs- und Baukapazitäten.

Zu Doppelbuchstabe cc
Zu Dreifachbuchstaben aaa und bbb
Mit der Anpassung des Referenzzeitraums für die Berechnung der Investitionsfördermittel, zu deren Bereitstellung sich das jeweilige Land verpflichtet bzw. deren Bereitstellung es nachweist, wird einem Anliegen aus dem Kreis der Länder Rechnung getragen. Die Streichung des Referenzjahres 2024 kommt den Ländern entgegen, die ihren Haushaltsansatz für die Investitionsförderung in 2024 deutlich gesteigert haben. Zudem erfolgt eine Klarstellung im Hinblick auf den neu eingefügten Satz 2.

Zu Doppelbuchstabe dd
Durch die Einfügung einer weiteren Antragsvoraussetzung für die Länder soll das Risiko minimiert werden, dass Fördermittel aus dem Transformationsfonds an insolvente oder kurz vor der Zahlungs-unfähigkeit stehende Krankenhäuser fließen. Aus der Ausgestaltung des Transformationsfonds, wo-nach die Fördermittel zweckgebunden beantragt und gewährt werden, geht bereits hervor, dass die Fördermittel zweckgebunden

einzusetzen sind und nicht zur allgemeinen Finanzierung der Kranken-häuser und damit im Zweifel insolvenzverzögernd verwendet werden dürfen. Soweit die Mittel nicht zweckentsprechend verwendet werden, sind diese zurückzuzahlen. Mit der zusätzlichen Antragsvoraussetzung werden die Länder verpflichtet, im Rahmen der Antragstellung die finanzielle Situation der beteiligten Krankenhäuser zu prüfen und zu bestätigen, dass für diese Häuser keine Insolvenzgefahr seitens des Landes gesehen wird. Dies kann durch einschlägige Testate nachgewiesen werden. Die nähere Ausgestaltung dieser Antragsvoraussetzung er-folgt in der Rechtsverordnung. Um eine mögliche Rückzahlungsverpflichtung aufgrund nicht zweckentsprechender Verwendung zu vermeiden, haben die Länder ein hohes Interesse daran, die Mittel nicht an insolvenzgefährdete Krankenhäuser weiterzureichen.

Zu Doppelbuchstabe ee
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Buchstabe b
Ergänzend zu den unter Buchstabe cc, Dreifachbuchstabe aaa und bbb vorgesehenen Änderungen werden weitere Ergänzungen für die Ermittlung der durch die Länder nach Satz 1 Nummer 4 bereitzustellenden durchschnittlichen Haushaltsmittel aufgenommen.
Um Länder, die in den Jahren 2021 bis 2023 ihre Investitionskostenförderung durch Sonderprogramme für die Krankenhauslandschaft (z. B. Coronahilfen) ergänzt haben und dies in ihren Haushaltsplänen gesondert zu der Investitionskostenfinanzierung ausgewiesen haben, nicht unangemessen zu benachteiligen, wird geregelt, dass diese Mittel bei der Berechnung der durchschnittlichen Haushaltsmittel nach Absatz 3 Satz 4 nicht eingerechnet werden.
Zudem sind die Durchschnittswerte der durch die Länder bereitgestellten Haushaltsmittel für die Investitionskostenförderung der Jahre 2021 bis 2023 entsprechend des vom Statistischen Bundesamt gemäß § 10 Absatz 6 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes bekanntgegebenen Orientierungswertes für das Jahr 2024 zu erhöhen.
Der durch das Statistische Bundesamt jährlich ermittelte Orientierungswert nach § 10 Absatz 6 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes gibt die tatsächlichen Kostenentwicklungen der Krankenhäuser ohne die Kostenentwicklung des Pflegepersonals in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen wieder. Durch die Ergänzung wird somit auch die Kostenentwicklung im Krankenhausbereich für das Jahr 2024 berücksichtigt.

Zu Buchstabe c
Die Ergänzung geht auf eine Forderung der Länder zurück. Für Investitionsfördermittel, auf deren Rückforderung ein Land gegenüber einem Krankenhaus verzichtet hat, wird unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit geschaffen, dass diese nicht auf die Berechnung der bereitzustellenden Investitionsfördermittel angerechnet werden können. Dies ist der Fall, wenn das Land eine Förderung aus dem Transformationsfonds nach Fördertatbestand 1, 2, 5 oder 7 beantragt und nachvollziehbar darlegt, dass die Mittel, auf deren Rückforderung das Land verzichtet hat, für die Umsetzung des genannten Transformationsvorhabens erforderlich sind.

Zu Buchstabe d
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 3
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 4
Für den Fall, dass es für die Jahre der Laufzeit des Transformationsfonds jeweils bis Ende September des Vorjahres, erstmals bis zum 30. September 2025, nicht zu einer Beteiligung der privaten Krankenversicherung nach Absatz 1 Satz 3 kommt, sieht die Regelung vor, dass das BMG dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags bis zum 31. Januar des jeweiligen Jahres, erstmals zum 31. Januar 2026, einen Bericht hierüber vorlegt. Zudem schlägt das BMG in diesem Fall dem Deutschen Bundestag bis zum 31. März des jeweiligen Jahres, erstmals bis zum 31. März 2026, eine Regelung vor, die eine Finanzierung des Transformationsfonds unter Einbeziehung der privaten Krankenversicherung und aller weiterer Kostenträger mit Ausnahme der gesetzlichen Krankenversicherung an der Förderung und ihre Anrechnung auf den Höchstbetrag nach § 271 Absatz 6 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beinhaltet. Das BMG kann daher auch einen Vorschlag vorlegen, der im Fall einer Beteiligung der privaten Krankenversicherung und der übrigen Kostenträger zu einer Verringerung des Finanzierungsanteils der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds führt.

Änderungsantrag 28

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 2 Nummer 7 Buchstabe a (§ 17b Absatz 1 Satz 10 und 14 – neu – des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

(Besondere Einrichtungen)

Artikel 2 Nummer 7 Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

‚a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Absatz 4 keine abweichenden Regelungen enthält“ durch die Wörter „die Absätze 4 und 4b keine abweichenden Regelungen enthalten“ ersetzt.

bb) In Satz 10 werden nach den Wörtern „schwerkranken Patienten“ die Wörter „oder von Patienten mit Behinderungen“ eingefügt, werden die Wörter „zeitlich befristet“ gestrichen und werden nach dem Wort „verfügen,“ die Wörter „sowie bei Krankenhäusern, die in der in Satz 14 genannten Aufstellung enthalten sind, für das der Veröffentlichung der Aufstellung folgende Kalenderjahr,“ eingefügt.

cc) Folgender Satz wird angefügt:
„Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt jährlich auf der Grundlage der nach § 21 Absatz 1 und 2 des Krankenhausentgeltgesetzes jeweils für das vorangegangene Kalenderjahr übermittelten Daten diejenigen Krankenhäuser, die die nachfolgenden Kriterien erfüllen, und veröffentlicht diese jährlich bis zum 30. Juni, erstmals bis zum 30. Juni 2025, in einer Aufstellung barrierefrei auf seiner Internetseite:
1. in mindestens 75 Prozent der vollstationären, nach dem Krankenhausentgeltgesetz vergüteten Fälle des Krankenhauses waren die Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus mindestens 28 Tage und unter 18 Jahre alt und
2. der auf das Krankenhaus entfallende Anteil an allen vollstationären, nach dem Krankenhausentgeltgesetz vergüteten Fällen, bei denen die Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus mindestens 28 Tage und unter 18 Jahre alt waren, beträgt mindestens 0,5 Prozent.“´

Begründung

Zu Doppelbuchstabe aa
Aufgrund der Änderungen wird Artikel 2 Nummer 7 Buchstabe a neu gefasst. Der Regelungstext unter Doppelbuchstabe aa entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Doppelbuchstabe bb
Um für besondere Einrichtungen eine langfristige und stabile Finanzierung ihrer einrichtungsindividuellen Kosten zu gewährleisten, wird die bislang geltende zeitliche Befristung der Herausnahme aus dem DRG-Fallpauschalensystem gestrichen. Dies erhöht die Planungssicherheit für besondere Einrichtungen. Daneben wird geregelt, dass auch Einrichtungen, die besonders viele Menschen mit Behinderungen behandeln und deren Leistungen deshalb mit den Entgeltkatalogen nicht sachgerecht vergütet werden können, aus dem DRG-Fallpauschalensystem ausgenommen werden können. Hierdurch sollen einerseits Anreize für Krankenhäuser geschaffen werden, die Versorgungsangebote für Menschen mit Behinderung zu verbessern und auszubauen. Andererseits soll für bestehende besondere Einrichtungen langfristigere Planungssicherheit ermöglicht und die erreichten Erfolge in der Inklusiven Medizin verstetigt werden.

Zur Sicherstellung der stationären somatischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen wird neben dem vorgesehenen Förderbetrag für den Bereich Pädiatrie sowie dem vorgesehenen Zuschlag für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit geschaffen, dass Krankenhäuser, die quantitativ eine

besondere Bedeutung für die stationäre somatische Versorgung von Kindern und Jugendlichen haben, auf Antrag des Krankenhauses als besondere Einrichtung aus dem Vergütungssystem ausgenommen werden können. Die Ermittlung, welche Krankenhäuser diese Möglichkeit in Anspruch nehmen können, erfolgt jährlich durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) anhand der in Satz 14 neu festgelegten Kriterien. Die in der vom InEK veröffentlichten Aufstellung enthaltenen Krankenhäuser sind berechtigt, in dem der Veröffentlichung folgenden Jahr einen Antrag zu stellen, um als besondere Einrichtung aus dem Vergütungssystem ausgenommen zu werden. Als besondere Einrichtung erhalten Krankenhäuser keine Vorhaltevergütung, sie vereinbaren stattdessen krankenhausindividuelle tages- oder fallbezogene Entgelte.

Zu Doppelbuchstabe cc
Zur Festlegung, welche Krankenhäuser neben Palliativstationen oder -einheiten auf eigenen Antrag als besondere Einrichtung aus dem Vergütungssystem ausgenommen werden können, werden bestimmte Kriterien festgelegt. Ein Krankenhaus muss im Kalenderjahr in mindestens 75 Prozent seiner vollstationären somatischen Fälle Kinder und Jugendliche behandelt haben und einen Mindestanteil von 0,5 Prozent an der vollstationären somatischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen bundesweit aufweisen. Die Krankenhäuser, die unter diese Regelung fallen, sollen ihren Leistungsschwerpunkt in der somatischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen haben. Aufgrund des regelhaft geringeren Anteils der somatischen Fälle von Kindern und Jugendlichen an allen vollstationären somatischen Fällen eines Krankenhauses sind unselbstständige pädiatrische Fachabteilungen regelhaft nicht adressiert. Zu berücksichtigen sind nur die Fälle, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz vergütet werden.

Für die Festlegung der relevanten Fälle werden Kinder und Jugendliche als Patientinnen und Patienten mit einem Alter bei Aufnahme von mindestens 28 Tagen und unter 18 Jahren definiert. Neugeborene mit einem Alter unter 28 Tagen werden nicht berücksichtigt, da für die Geburtshilfe andere Förderungen vorgesehen sind.
Für die Ermittlung der Krankenhäuser, die die vorgenannten Kriterien erfüllen und daher auf eigenen Antrag als besondere Einrichtung aus dem Vergütungssystem ausgenommen werden, werden jeweils die von den Krankenhäusern nach § 21 Absatz 1 und 2 KHEntgG übermittelten Daten für das Vorjahr zugrunde gelegt. Es werden keine neuen Datenübermittlungspflichten erzeugt. Mit der Ermittlung und Veröffentlichung einer Aufstellung der Krankenhäuser, die die festgelegten Kriterien erfüllen, wird das InEK beauftragt. Die erforderlichen Daten liegen dem InEK vor und es hat Erfahrungen mit derartigen Ermittlungen und Veröffentlichungen. Auch so wird zusätzlicher Erfüllungsaufwand minimiert. Die Veröffentlichung der Aufstellung der Krankenhäuser, die die festgelegten Kriterien erfüllen, erfolgt jährlich zum 30. Juni, erstmals zum 30. Juni 2025 und gibt für das auf die Veröffentlichung folgende Kalenderjahr an, welche Krankenhäuser neben den Palliativstationen und -einrichtungen als besondere Einrichtung auf eigenen Antrag aus dem Vergütungssystem ausgenommen werden können. Den veröffentlichten Krankenhäusern bleibt dadurch genug Zeit zu entscheiden, ob sie als besondere Einrichtung aus dem Vergütungssystem ausgenommen werden wollen, einen Antrag zu stellen und die erforderlichen Budgetverhandlungen vorzubereiten und aufzunehmen.

Die von den Vertragsparteien auf der Bundesebene in der Vereinbarung zur Bestimmung von besonderen Einrichtungen getroffenen Regelungen für selbstständige Kinderkrankenhäuser bleiben von dieser Regelung unberührt.

Änderungsantrag 29

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

Zu Artikel 2 Nummer 7 Buchstabe a (§ 17b Absatz 1 Satz 14 – neu – des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

(Zu- und Abschläge ärztliche Weiterbildung)

Artikel 2 Nummer 7 Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

‚a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „Absatz 4 keine abweichenden Regelungen enthält“ durch die Wörter „die Absätze 4 und 4b keine abweichenden Regelungen enthalten“ ersetzt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:
„Auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus entscheiden die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 bis zum 31. Dezember 2025, wie zur sachgerechten Finanzierung der mit der ärztlichen Weiterbildung verbundenen Mehrkosten bei der Leistungserbringung Zu- und Abschläge für bestimmte Leistungen oder Leistungsbereiche ausgestaltet werden können; erforderliche Zu- und Abschläge sollen möglichst in Abhängigkeit von Qualitätsindikatoren für die Weiterbildung ausgestaltet sein und die voraussichtliche Summe der Zu- und Abschläge soll ausgeglichen sein.“ ´

Begründung

Aufgrund der Änderungen wird Artikel 2 Nummer 7 Buchstabe a neu gefasst.

Der Regelungstext unter Doppelbuchstabe aa entspricht dem Gesetzentwurf.

Mit der neuen Regelung unter Doppelbuchstabe bb wird das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus beauftragt, ein Konzept für die Einführung von Zu- und Abschlägen zur sachgerechten Finanzierung der mit der ärztlichen Weiterbildung verbundenen Mehrkosten zu entwickeln. Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene haben auf dieser Grundlage bis zum 31. Dezember 2025 über die Ausgestaltung von Zu- und Abschlägen für eine sachgerechte Finanzierung der mit der ärztlichen Weiterbildung an Krankenhäusern verbundenen Mehrkosten zu entscheiden. Die Zu- und Abschläge sollen möglichst in Abhängigkeit von Qualitätsindikatoren für die Weiterbildung ausgestaltet sein. Die voraussichtliche Summe der Zu- und Abschläge soll ausgeglichen sein, so dass die Einführung der Zu- und Abschläge für die ärztliche Weiterbildung insgesamt finanzneutral ausfällt.

Änderungsantrag 30

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 2 Nummer 7 Buchstabe c Doppelbuchstabe dd (§ 17b Absatz 4a Satz 1 Nummer 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

(*Personalkosten von Pflegekräften im Anerkennungsverfahren*)

Artikel 2 Nummer 7 Buchstabe c Doppelbuchstabe dd werden in Nummer 5 die Wörter „einen Anpassungslehrgang“ durch die Wörter „eine Anpassungsmaßnahme“ ersetzt.

Begründung

Durch die Änderung werden die Kenntnis- und die Eignungsprüfung als äquivalente Anpassungsmaßnahme neben dem Anpassungslehrgang von der Neuregelung in § 17b Absatz 4a Satz 1 Nummer 5 KHG erfasst. Personen, die die Anerkennung ihrer ausländischen Berufsqualifikation beantragt haben, haben ein Wahlrecht zwischen den Anpassungsmaßnahmen Kenntnis- oder Eignungsprüfung einerseits und Anpassungslehrgang andererseits. Der Kenntnis- oder Eignungsprüfung vorgeschaltet ist in den überwiegenden Fällen ein Vorbereitungskurs. Während des Zeitraums dieses Vorbereitungskurses werden die betroffenen Personen in der Regel auch schon als Hilfskräfte in der Pflege eingesetzt. Insoweit sind sie im Pflegebudget zu berücksichtigen.

Änderungsantrag 31

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 2 Nummer 7, 13 (§§ 17b Absatz 4b, 37 Absatz 1, 2, 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) und Artikel 3 Nummer 4 (§ 4 des Krankenhausentgeltgesetzes)

(*Anpassung der Zeitlichkeit und redaktionelle Folgeänderungen für die Umsetzung der Vorhaltevergütung)*

1. Artikel 2 wird wie folgt geändert:

   a) In Nummer 7 Buchstabe d wird in § 17b Absatz 4b Satz 1 und Satz 5 die Angabe „2025“ jeweils durch die Angabe „2026“ ersetzt.

   b) In Nummer 13 wird § 37 wie folgt geändert:

      aa) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

         aaa) In Satz 2 zweiter Halbsatz werden die Wörter „§ 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 6“ durch die Wörter „§ 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 5“ ersetzt.

         bbb) In Satz 5 wird die Angabe „2024“ durch die Angabe „2025“ ersetzt.

      bb) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

         aaa) In Satz 3 Nummer 1 werden die Wörter „oder Nummer 5“ gestrichen.

         bbb) In Satz 5 werden die Wörter „§ 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 5“ durch die Wörter „§ 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 1“ ersetzt.

      cc) Absatz 5 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

      „Für das Kalenderjahr 2026 hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis zum 10. Dezember 2025 dem Krankenhausträger für seine Krankenhausstandorte eine Information über die Höhe der nach Absatz 1 Satz 1 und 2 ermittelten und nach Absatz 1 Satz 3 und 4 aufgeteilten Vorhaltevolumina je Leistungsgruppe zu übermitteln, wenn das Land, in dem diese Krankenhausstandorte liegen, im Jahr 2025 eine in § 6a Absatz 6 Satz 1 genannte Übermittlung vorgenommen hat.“

2. Artikel 3 wird wie folgt geändert:

   a) Nummer 4 Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

   ‚a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und die Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2“ durch die Wörter „§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, im Jahr 2026 einschließlich der sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog ergebenden Vorhaltebewertungsrelationen, und die Zusatzentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2“ ersetzt.‘

   b) In Nummer 9 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa werden in Satz 3 die Wörter „In den Jahren 2025 und 2026“ durch die Wörter „Im Jahr 2026“ ersetzt.

Begründung
Zu Nummer 1
Zu Buchstabe a

Aufgrund des späteren Inkrafttretens des Gesetzes gelingt eine Umsetzung zum Jahr 2025 nicht mehr. Daher wird die Angabe von 2025 auf 2026 geändert. Das InEK hat erstmals für das Jahr 2026 eine Ausgliederung entsprechend der beschriebenen Systematik vorzunehmen. In der Folge haben die Vertragsparteien auf Bundesebene die Ausgliederung und die ermittelten Vorhaltebewertungsrelationen erstmals in ihrer Vereinbarung für das Kalenderjahr 2026 zu berücksichtigen und die Vorhaltebewertungsrelationen in dem Entgeltkatalog für das Kalenderjahr 2026 auszuweisen.

Zu Buchstabe b
Zu Doppelbuchstabe aa
Zu Dreifachbuchstabe aaa
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung, die aufgrund der Streichung einer Nummer in § 6a Absatz 6 Satz 1 erforderlich ist.

Zu Dreifachbuchstabe bbb
Aufgrund des späteren Inkrafttretens des Gesetzes gelingt eine Umsetzung zum Jahr 2025 nicht mehr. Daher wird die Angabe von 2025 auf 2026 geändert. Das InEK hat das Konzept für die Ermittlung der Vorhaltevolumina bis zum 30. September 2025 zu erstellen und auf seiner Internetseite zu veröffentlichen.

Zu Doppelbuchstabe bb
Zu Dreifachbuchstabe aaa und Dreifachbuchstabe bbb
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung, die aufgrund der Streichung einer Nummer in § 6a Absatz 6 Satz 1 erforderlich ist.

Zu Doppelbuchstabe cc
Aufgrund des späteren Inkrafttretens des Gesetzes gelingt eine Umsetzung zum Jahr 2025 nicht mehr. Daher kann das InEK den Krankenhausträgern eines Landes frühestens für das Jahr 2026 eine Information über die ermittelten und aufgeteilten Vorhaltevolumina je Leistungsgruppe zukommen lassen, sofern das Land bis zum 31. Oktober 2025 eine Übermittlung nach § 6a Absatz 6 Satz 1 vorgenommen hat. Dies wird mit den Änderungen nachvollzogen.

Zu Nummer 2
Zu Buchstabe a
Aufgrund des späteren Inkrafttretens des Gesetzes gelingt eine Ausweisung der Vorhaltebewertungsrelationen im Fallpauschalenkatalog erstmals für das Jahr 2026. Daher wird das Erlösbudget im Jahr 2025 noch wie bisher verhandelt und nur im Jahr 2026 gehören die Vorhaltebewertungsrelationen auch zum Erlösbudget.

Zu Buchstabe b
Aufgrund des späteren Inkrafttretens des Gesetzes gelingt eine Ausweisung der Vorhaltebewertungsrelationen im Fallpauschalenkatalog erstmals für das Jahr 2026. Daher erfolgt die Ermittlung der Entgelte im Jahr 2025 wie bisher und nur im Jahr 2026 umfasst die effektive Bewertungsrelation auch die Vorhaltebewertungsrelation.

Änderungsantrag 32

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 2 Nummer 7 (§ 17b Absatz 4c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

(*Konkretisierung und Erweiterung der Evaluation der Vorhaltevergütung)*

In Artikel 2 Nummer 7 Buchstabe d wird § 17b Absatz 4c wie folgt geändert:

a) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Für die in Satz 1 genannte Analyse und die Empfehlungen hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus auch zu prüfen, ob die Höhe des nach Absatz 4b Satz 1 auszugliedernden Anteils sachgerecht ist, ob die variablen Sachkosten sowie die Kosten von Querschnittsaufgaben sachgerecht abgebildet sind, ob durch die Ausgestaltung der Vorhaltevergütung unterjährige Leistungseinschränkungen eintreten und inwieweit die Vergütung eines Vorhaltebudgets an dem bevölkerungsbezogenen Bedarf und fallzahlunabhängig ausgerichtet werden kann."

b) Im neuen Satz 4 wird die Angabe „Satz 2" durch die Angabe „Satz 3" ersetzt.

Begründung

Zu Buchstabe a
Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) hat für die Vorhaltevergütung eine Evaluation vorzunehmen und dabei deren Auswirkungen zu analysieren und Empfehlungen zu deren Weiterentwicklung zu machen. Hierbei sollen auch die Höhe des Vorhalteanteils und mögliche Weiterentwicklungsbedarfe kritisch gewürdigt werden. Im Rahmen dessen soll das InEK auch prüfen, ob der vor der Ausgliederung des Vorhalteanteils durchzuführende Abzug der variablen Sachkosten geeignet ist, um die variablen Sachkosten adäquat zu vergüten. In Bezug auf die Kosten hat das InEK auch kritisch zu beleuchten, ob bei den Kosten von Querschnittsaufgaben, die bereits in der Kalkulation enthalten sind, Handlungsbedarf für eine noch bessere Abbildung in der Kalkulation und in den Vorhaltekosten besteht. Bei der Analyse der Auswirkungen soll das InEK zudem überprüfen, ob es durch die Ausgestaltung der Vorhaltevergütung zu unterjährigen Leistungseinschränkungen bei den Krankenhäusern kommt. Die Ergebnisse seiner Analyse hat das InEK in seinen Evaluationsberichten darzulegen.

Neben den vorgenannten Sachverhalten, die den Auftrag des InEK konkretisieren, wird der Auftrag erweitert um eine Prüfung dazu, inwieweit die Vorhaltevergütung zukünftig stärker am Bedarf der zu versorgenden Bevölkerung und fallzahlunabhängig ausgerichtet werden kann. Diese Prüfung ist durch das InEK im Rahmen seiner Evaluation zu leisten und in den Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Vorhaltevergütung schriftlich niederzulegen. Das InEK hat für den Aspekt des bevölkerungsbezogenen Bedarfs insbesondere die Faktoren Morbidität, Erreichbarkeit, Mitversorgungseffekte und Ambulantisierung in den Blick zu nehmen und die Frage zu beantworten, inwieweit die Vorhaltevergütung populationsbezogen ermittelt werden kann.

Zu Buchstabe b
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung, die durch die Einfügung eines neuen Satzes erforderlich ist.

Änderungsantrag 33

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 2 Nummer 13 (§ 37 Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

(*Vorgabe einer festen Bezugsgröße für die Ermittlung der Vorhaltevolumina in den Jahren 2026 bis 2028*)

In Artikel 2 Nummer 13 werden dem § 37 Absatz 1 die folgenden Sätze angefügt:

„Abweichend von Satz 2 erster Halbsatz beläuft sich für die Kalenderjahre 2026 bis 2028 das Vorhaltevolumen für ein Land jeweils auf den Durchschnitt der vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Kalenderjahre 2023 und 2024 jeweils nach Maßgabe des Satzes 7 zu ermittelnden Vorhaltevolumina in dem Land. Die für die Kalenderjahre 2023 und 2024 jeweils zu ermittelnden Vorhaltevolumina in einem Land werden ermittelt, indem das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus den nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das jeweilige Kalenderjahr übermittelten Leistungsdaten zu Krankenhausfällen in dem jeweiligen Land, die auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet werden, die Vorhaltebewertungsrelationen für das jeweilige Kalenderjahr zuordnet und für das jeweilige Kalenderjahr eine Summe über die Vorhaltebewertungsrelationen bildet. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat das Nähere zur Ermittlung der Vorhaltevolumina für die Kalenderjahre 2026 bis 2028 in dem in Satz 5 genannten Konzept festzulegen.“

Begründung

Mit der Regelung wird vorgesehen, dass die Vorhaltevolumina für die Kalenderjahre 2026 bis 2028 als Durchschnitt der Vorhaltevolumina aus den Jahren 2023 und 2024 ermittelt werden. Damit werden Fehlanreize vermieden, die dadurch entstehen könnten, dass Krankenhäuser vor der Einführung der Vorhaltevergütung gezielt ihre Fallzahl steigern, um von Beginn an eine höhere Vorhaltevergütung zu erreichen. Zugleich wird ein Absinken der Vorhaltevolumina gegenüber dem Durchschnitt dieser Referenzjahre vermieden. Die feste Bezugsbasis für die Vorhaltevolumina wird für die Kalenderjahre 2026 bis 2028 genutzt. Für das Anwendungsjahr 2026 wird die Höhe der durchschnittlichen Vorhaltevolumina der Kalenderjahre 2023 und 2024 lediglich als eine Information über die Höhe der Vorhaltevergütung an die Krankenhäuser in dem Land übermittelt, in dem die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde bereits bis zum 31. Oktober 2025 die Zuweisung der Leistungsgruppen im Land abgeschlossen hat. Ab dem Anwendungsjahr 2029 erfolgt die Ermittlung der Vorhaltevolumina nach den Vorgaben in Absatz 1 Satz 2 erster Halbsatz.

Die für die Kalenderjahre 2023 und 2024 jeweils zu ermittelnden Vorhaltevolumina in einem Land werden ermittelt, indem das InEK den Krankenhausfällen aus dem jeweiligen Kalenderjahr die Vorhaltebewertungsrelationen aus dem jeweiligen Kalenderjahr zuordnet und diese Vorhaltebewertungsrelationen des jeweiligen Jahres summiert. Anschließend sind die jeweiligen Summen der Vorhaltebewertungsrelationen zu addieren und ist der Durchschnitt zu bilden.

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat das Nähere zur Ermittlung der Vorhaltevolumina für die Kalenderjahre 2026 bis 2028 in seinem Konzept festzulegen.

Änderungsantrag 34

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 2 Nummer 13 (§ 37 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

(*Gezielte Erhöhung der Anteile an der Vorhaltevergütung von bedarfsnotwendigen ländlichen Krankenhausstandorten*)

In Artikel 2 Nummer 13 wird § 37 Absatz 2 wie folgt geändert:

a) Satz 3 wird wie folgt geändert:
aa) In Nummer 2 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.
bb) Folgende Nummer 3 wird angefügt:

„3. abweichend von Nummer 2 ist die Mindestvorhaltezahl einer Leistungsgruppe nach § 135f Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu berücksichtigen, sofern die unter Nummer 2 genannte Anzahl der Fälle niedriger ist als diese Mindestvorhaltezahl und der Krankenhausstandort in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist."

b) Satz 8 wird wie folgt gefasst:

„Wenn in einem Kalenderjahr, in dem für ein Land nach Satz 6 keine Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils durchzuführen ist, eine Vorgabe nach § 6a Absatz 1 Satz 2 zweiter Halbsatz erfolgt oder ein in § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 bis 5 genanntes Ereignis in diesem Land eintritt oder für eine Leistungsgruppe eine Mindestvorhaltezahl für eine Leistungsgruppe nach § 135f Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erstmals festgelegt oder geändert wird, ist für die betroffenen Leistungsgruppen für dieses Land und für die an dieses Land angrenzenden Länder für sämtliche Krankenhausstandorte, an denen Leistungen aus den betroffenen Leistungsgruppen erbracht werden, abweichend von Satz 6 eine Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils auch in diesem Kalenderjahr durchzuführen."

Begründung

Zu Buchstabe a
Für die bedarfsnotwendigen ländlichen Krankenhausstandorte, die in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG aufgenommen wurden, wird eine weitere finanzielle Verbesserung im Rahmen der Vorhaltevergütung vorgesehen. Sofern die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde für einen solchen Krankenhausstandort keine Planfallzahl übermittelt hat und seine nach § 21 Absatz 1 und 2 KHEntgG übermittelte Fallzahl in einer Leistungsgruppe, für die eine Mindestvorhaltezahl nach § 135f Absatz 4 SGB V festgelegt wurde, niedriger ist als diese Mindestvorhaltezahl, hat das InEK die Mindestvorhaltezahl für die Anteilsermittlung dieses Krankenhausstandortes an der Vorhaltevergütung in dieser Leistungsgruppe zu verwenden. Dies gilt auch für Neuermittlungen der Anteile in den Folgejahren, solange der Krankenhausstandort weiterhin in der Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG aufgenommen ist und seine Fallzahl in der jeweiligen Leistungsgruppe, für die eine Mindestvorhaltezahl festgelegt wurde, niedriger ist als diese Mindestvorhaltezahl und die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde dem Krankenhausstandort keine Planfallzahl für diese Leistungsgruppe übermittelt hat. Mit der Regelung werden die Anteile und damit die Vorhaltevergütung eines in der Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG aufgenommenen Krankenhausstandortes an der Vorhaltevergütung der ihm zugewiesenen Leistungsgruppen gezielt erhöht. Dies trägt zur Sicherstellung dieser bedarfsnotwendigen ländlichen Krankenhausstandorte bei.

Zu Buchstabe b
Auch bei einer erstmaligen Zuweisung einer Leistungsgruppe zu einem Krankenhausstandort ist eine Neuermittlung des in Satz 1 genannten Anteils in der jeweiligen Leistungsgruppe durchzuführen, so dass die Vorgabe einer Planfallzahl bei einer Zuweisung einer neuen Leistungsgruppe nach § 6a Absatz 1 Satz 2 zweiter Halbsatz ebenfalls in Bezug zu nehmen ist. Außerdem wird eine redaktionelle Folgeänderung vorgenommen, die aufgrund der Streichung einer Nummer in § 6a Absatz 6 Satz 1 erforderlich ist.

Als weiterer Anlass, der eine neue Ermittlung der Anteile der Krankenhausstandorte an der Vorhaltevergütung in Leistungsgruppen zwischen zwei Zeitpunkten einer Anteilsermittlung erforderlich macht, wird auch die Festlegung von neuen oder geänderten Mindestvorhaltezahlen für Leistungsgruppen ergänzt. Sofern für eine Leistungsgruppe eine Mindestvorhaltezahl neu festgelegt oder eine schon bestehende Mindestvorhaltezahl geändert wird, ist in den betroffenen Leistungsgruppen eine Neuermittlung der Anteile durch das InEK durchzuführen. Dies ist sachgerecht, da die Festlegung oder Änderung von Mindestvorhaltezahlen auch Auswirkungen auf die Krankenhauslandschaft und -versorgung haben kann.

Änderungsantrag 35

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 2 Nummer 14 (§ 39 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

(*Förderbetrag für die Geburtshilfe*)

In Artikel 2 Nummer 14 wird nach § 39 Absatz 2 Satz 2 folgender Satz eingefügt:
„In der Vereinbarung nach Satz 2 ist sicherzustellen, dass 20 Millionen Euro von dem in Absatz 1 Nummer 2 genannten Betrag für Krankenhäuser vorgesehen werden, die die Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136a Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen."

Begründung

Die Regelung dient dazu, die von Hebammen geleiteten Kreißsäle im Rahmen der Förderung der Geburtshilfe zielgenau mit einem jährlichen Finanzierungsvolumen von 20 Millionen Euro zu fördern, sofern diese die Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß der Richtlinie nach § 136a Absatz 7 SGB V erfüllen. Die Regelung trägt der Bedeutung der Versorgung durch von Hebammen geleitete Kreißsäle Rechnung und stärkt diese zusätzlich.

Änderungsantrag 36

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 3 Nummer 2 Buchstabe a (§ 2 Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes) und Artikel 4 Nummer 1 Buchstabe a (§ 2 Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 der Bundespflegesatzverordnung)

(*Strahlentherapie, Zentrumszuschläge*)

1. Artikel 3 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

‚2. § 2 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) Satz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. eine Strahlentherapie, wenn deren Durchführung durch Dritte medizinisch notwendig ist,“.

bb) Die bisherige Nummer 2 wird Nummer 3.

b) In Satz 4 werden nach dem Wort „voraus“ ein Semikolon und die Wörter „die Ausweisung und Festlegung im Krankenhausplan oder die Festlegung im Einzelfall kann durch die Genehmigung des nach § 5 Absatz 3 vereinbarten Zuschlags nach § 14 Absatz 1 Satz 2 ersetzt werden“ eingefügt.‘

2. Artikel 4 Nummer 1 Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

‚a) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. eine Strahlentherapie, wenn deren Durchführung durch Dritte medizinisch notwendig ist,“.‘

Begründung

Zu Nummer 1
Zu Buchstabe a
Die Regelung erweitert den Anwendungsbereich für die Herausnahme strahlentherapeutischer Leistungen aus den vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG). Dadurch soll die Versorgungsrealität bei der Erbringung strahlentherapeutischer Leistungen, insbesondere zur Behandlung von Tumoren, vor dem Hintergrund der durch die Urteile des Bundessozialgerichtes vom 26. April 2022 (Aktenzeichen B 1 KR 15/21 R) und vom 29. August 2023 (Aktenzeichen B 1 KR 18/22 R) eingetretenen Beschränkungen umfassend abgebildet werden.

Aus medizinischer Sicht ist es notwendig, dass der Patient oder die Patientin zeitgerecht, durchgängig, das heißt gegebenenfalls auch vor und nach dem Krankenhausaufenthalt, und durch dasselbe Gerät bestrahlt wird. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass strahlentherapeutische Leistungen nur in wenigen Fällen und durch wenige Krankenhäuser selbst, sondern weit überwiegend durch ambulante Leistungserbringer erbracht werden. Patientinnen und Patienten mit starker Symptombelastung durch eine Tumorerkrankung, mit starken therapiebedingten Nebenwirkungen oder mit sehr intensiven und belastenden Therapiekonzepten wie bei einer kombinierten Radiochemotherapie benötigen jedoch eine stationäre Betreuung während der Strahlentherapie. Deren ambulante Versorgung mit strahlentherapeutischen Leistungen soll auch weiterhin für die Dauer eines vollstationären Aufenthaltes aufrechterhalten werden, um zu verhindern, dass ein entsprechender Therapiezyklus während eines vollstationären Aufenthalts oder nach einem solchen unterbrochen wird.

Deshalb ist es erforderlich, die Regelung nicht auf Fälle zu begrenzen, in denen die strahlentherapeutische Behandlung während des vollstationären Aufenthalts fortgeführt oder entsprechend einem vor Aufnahme erstellten Therapieplan begonnen wird, sondern auch auf Fälle zu erstrecken, in denen sich die Notwendigkeit einer strahlentherapeutischen Behandlung erst während des vollstationären Aufenthaltes ergibt bzw. der vollstationäre Behandlungsbedarf bereits ab Beginn der Strahlentherapie besteht.

Für Krankenhäuser ohne Versorgungsauftrag für strahlentherapeutische Leistungen folgt aus dem BSG-Urteil vom 29. August 2023 eine Regelungsnotwendigkeit, da diese Krankenhäuser strahlentherapeutisch veranlasste ambulante Drittleistungen nicht abrechnen können. Infolge des Verbots der vertragsärztlichen Parallelbehandlung bestünde ebenfalls keine Abrechnungsmöglichkeit des ambulanten Leistungserbringers für entsprechende Leistungen.

Aber auch für Krankenhäuser, denen das Land einen Versorgungauftrag zugewiesen hat, der strahlentherapeutische Leistungen umfasst, kann die medizinische Notwendigkeit entstehen, Patientinnen und Patienten für die Bestrahlung an die vertragsärztliche Versorgung zu übergeben. Denn nur dadurch kann erreicht werden, dass diese Patientinnen und Patienten durch dasselbe Gerät bestrahlt werden. Soweit Krankenhäuser diese strahlentherapeutischen Leistungen als veranlasste Drittleistungen nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 KHEntgG abrechnen wollen, wäre ihnen dies infolge des BSG-Urteils vom 26. April 2022 möglicherweise verwehrt. Nach diesem Urteil dürfen Krankenhäuser wesentliche der vom Versorgungsauftrag eines Krankenhauses umfassten Leistungen nicht regelmäßig und planvoll auf Dritte, die nicht in seine Organisation eingegliedert sind, auslagern. Deshalb wird mit der Regelung auf das Erfordernis eines fehlenden Versorgungsauftrags für strahlentherapeutische Leistungen verzichtet und für die Herausnahme der Strahlentherapie aus den vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 KHEntgG ausschließlich auf die medizinische Notwendigkeit der Durchführung der Strahlentherapie durch Dritte abgestellt.

Zu Buchstabe b
Durch die Änderung wird die Festlegung der besonderen Aufgaben von Zentren durch die zuständige Landesbehörde vereinfacht. Dadurch können die Krankenhäuser in kürzerer Zeit als bisher Zuschläge für besondere Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten erhalten. Diese Zuschläge vereinbaren die Krankenhäuser mit den Kostenträgern auf Ortsebene. Die Vereinbarung der Zuschläge setzt voraus, dass das Krankenhaus oder ein Teil des Krankenhauses eine besondere Aufgabe wahrnimmt, die hierfür vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgesetzten Qualitätsanforderungen erfüllt und für die besondere Aufgabe eine Festlegung nach § 2 Absatz 2 Satz 4 KHEntgG erfolgt ist, d.h. die Ausweisung und Festlegung einer besonderen Aufgabe im Krankenhausplan des Landes oder eine gleichartige Festlegung durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus. Die Auslegung und Festlegung im Krankenhausplan und die Festlegung im Einzelfall kann künftig durch die Genehmigung des Zuschlags ersetzt werden. Dadurch können die Krankenhäuser mit den Kostenträgern bereits vor der Entscheidung der Landesbehörde in Verhandlungen über die Zuschläge treten. Das Verfahren wird beschleunigt.

Zu Nummer 2
Die Änderung vollzieht die Änderung des § 2 Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 KHEntgG für den Bereich der allgemeinen Krankenhäuser für den Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser nach der BPflV unmittelbar nach und ist deshalb zwingend erforderlich. Diese Einrichtungen sollen rechtlich genauso behandelt werden wie allgemeine Krankenhäuser. Auch für diese Einrichtungen wird daher der Anwendungsbereich für die Herausnahme strahlentherapeutischer Leistungen aus den vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 BPflV erweitert.

Änderungsantrag 37

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 3 Nummer 5 (§ 5 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes)

(*Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen*)

In Artikel 3 Nummer 5 wird folgender Buchstabe a0 vorangestellt:

‚a0) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Es kann eine Vereinbarung nach Satz 1 abweichend von den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auch getroffen werden, wenn das Krankenhaus an dem jeweiligen Standort nicht die Anforderungen an die Notfallversorgung nach dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beschlossenen gestuften System der Notfallstrukturen in Krankenhäusern erfüllt.“ ´

Begründung

Die derzeit geltenden Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V sehen als eine Voraussetzung einer Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen die Teilnahme an dem gestuften System von Notfallstrukturen vor. Um dem Transformationsprozess und den notwendigen planerischen Entscheidungen der Länder nicht vorzugreifen, kann abweichend von den derzeit geltenden rechtlichen Vorgaben eine Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen auch dann erfolgen, wenn an dem betreffenden Krankenhausstandort die Anforderungen an die Basisnotfallversorgung nach den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V nicht erfüllt sind.

Änderungsantrag 38

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 3 Nummer 5 (§ 5 des Krankenhausentgeltgesetzes)

(*Liste der Krankenhäuser gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG)*

Artikel 3 Nummer 5 Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

‚a) Absatz 2a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „das“ nach den Wörtern „Ein Krankenhaus“ durch die Wörter „dessen Standort“ ersetzt, wird die Angabe „400 000“ durch die Angabe „500 000“ ersetzt, werden nach den Wörtern „hält ein Krankenhaus“ die Wörter „an einem Standort“ eingefügt und wird die Angabe „200 000“ durch die Angabe „250 000“ ersetzt.

bb) In Satz 4 werden die Wörter „Ist ein Krankenhaus“ durch die Wörter „Ist ein Krankenhausstandort“ ersetzt.‘

Begründung

Durch die Änderung wird Artikel 3 Nummer 5 Buchstabe a neu gefasst. Nach der bisher geltenden Fassung des § 5 Absatz 2a Satz 1 haben Krankenhäuser, die in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 aufgenommen sind, Anspruch auf zusätzliche Finanzierung. Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 6 eine Liste der Krankenhäuser, welche die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zu § 136c Absatz 3 Satz 2 SGB V erfüllen. Tatsächlich sind in der Liste Krankenhausstandorte aufgeführt. Neben der Standortidentifikationsnummer enthält sie auch die Bezeichnung des Standorts. Die Änderung dient daher der Angleichung der Regelung in § 5 Absatz 2a an die tatsächlichen Angaben, die die Liste gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 6 enthält.

Änderungsantrag 39

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 3 Nummer 5 Buchstabe d (§ 5 Absatz 3k des Krankenhausentgeltgesetzes)

(*Maßgebliche Fälle*)

In Artikel 3 Nummer 5 Buchstabe d wird in § 5 Absatz 3k Satz 3 das Wort „über“ durch das Wort „mindestens“ ersetzt.

Begründung

Es handelt sich um eine redaktionelle Korrektur.

Änderungsantrag 40

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 3 Nummer 6 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa und Nummer 12 Buchstabe b Doppelbuchstabe dd (§ 6 Absatz 3 und § 10 Absatz 5 des Krankenhausentgeltgesetzes)

(Vereinbarung einer Erhöhungsrate für die Tarifrefinanzierung 2024)

Artikel 3 wird wie folgt geändert:

1. Nummer 6 Buchstabe b wird wie folgt geändert:

   a) Doppelbuchstabe aa wird wie folgt gefasst:
   ‚aa) In Satz 5 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt und werden nach dem Wort „Erhöhungsbetrag“ die Wörter „auf Verlangen einer Vertragspartei über das Budget des jeweils laufenden Pflegesatzzeitraums und anderenfalls“ eingefügt.

   b) Nach Doppelbuchstabe aa wird folgender Doppelbuchstabe bb eingefügt:

   ‚bb) In Satz 6 wird die Angabe "§ 4 Abs. 3" durch die Wörter „§ 4 Absatz 3 in der am … [einsetzen: Datum Tag der Verkündung dieses Gesetzes] geltenden Fassung" ersetzt.‘

   c) Der bisherige Doppelbuchstabe bb wird Doppelbuchstabe cc.

2. Nummer 12 Buchstabe b wird wie folgt geändert:

   a) Doppelbuchstabe dd wird wie folgt gefasst:

   ‚dd) Satz 4 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

   „Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 haben die Vereinbarung der Erhöhungsrate und der anteiligen Erhöhungsrate nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 jeweils für das laufende Kalenderjahr innerhalb von vier Wochen nach Wirksamwerden einer nach Satz 3 maßgeblichen tarifvertraglichen Vereinbarung zu treffen; die Erhöhungsrate nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 ist in Höhe des Unterschieds zwischen dem in § 9 Absatz 1b Satz 1 genannten Veränderungswert und der in Satz 3 genannten Tarifrate zu vereinbaren. Zusätzlich haben die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 bis zum … [einsetzen: Datum vier Wochen nach Inkrafttreten nach Artikel 7] eine Vereinbarung der Erhöhungsrate und der anteiligen Erhöhungsrate nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 zu treffen; die Erhöhungsrate nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 ist in Höhe des Unterschieds zwischen dem nach § 9 Absatz 1b Satz 1 für das Jahr 2024 vereinbarten Veränderungswert und der in Satz 3 genannten Tarifrate, die unter Beachtung der im Jahr 2024 wirksam gewordenen maßgeblichen tarifvertraglichen Vereinbarungen zu ermitteln ist, zu vereinbaren.“ ‘

   b) In Doppelbuchstabe ee wird die Angabe „Satz 6“ durch die Angabe „Satz 7“ ersetzt.

Begründung

Zu Nummer 1
Zu Buchstabe a
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Regelung unter Nummer 2 Buchstabe a.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Anpassung der Mindererlösausgleiche in § 4 Absatz 3. Mit der Änderung wird gewährleistet, dass für die nach § 6 Absatz 1 Satz 1 gebildeten Erlössummen von krankenhausindividuell vereinbarten Entgelten für Leistungen oder besondere Einrichtungen nach § 6 Absatz 1 Satz 1 und § 6 Absatz 2a die bislang geltenden Regelungen zur Ermittlung und zum Ausgleich von Mehr- und Mindererlösen auch ab dem Kalenderjahr 2027 fortgelten.

Zu Buchstabe c
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Regelung unter Buchstabe b, wodurch eine Verschiebung des bisherigen Doppelbuchstabens bb in einen neuen Doppelbuchstaben cc erforderlich wird.

Zu Nummer 2
Zu Buchstabe a
Der neue Satz 4 entspricht dem Gesetzentwurf. Durch den neuen Satz 5 wird sichergestellt, dass die Refinanzierung der maßgeblichen Tariferhöhungen, die im Jahr 2024 wirksam geworden sind, frühzeitig und umfassend im Jahr 2025 erfolgt. Um dies zu erreichen, werden die Vertragsparteien auf Bundesebene verpflichtet, innerhalb von vier Wochen nach Inkrafttreten des Gesetzes eine Erhöhungsrate in Höhe des Unterschieds des für das Jahr 2024 geltenden Veränderungswerts und der im Jahr 2024 wirksam gewordenen maßgeblichen Tariferhöhungen zu vereinbaren. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben zudem eine anteilige Erhöhungsrate zu vereinbaren, die berücksichtigt, dass mit dem Landesbasisfallwert nicht nur Tariferhöhungen und damit Personalkosten, sondern auch Sachkosten finanziert werden. Durch die anteilige Erhöhungsrate erfolgt eine hundertprozentige Refinanzierung der maßgeblichen Tariferhöhungen, ohne dass es zu einer Übervergütung der Sachkosten kommt. Die anteilige Erhöhungsrate ist der Anpassung des Landesbasisfallwerts zu Grunde zu legen, die, entsprechend dem mit dem Gesetzentwurf angefügten Satz, bereits unterjährig vorgenommen werden kann. Die vorgesehene Vereinbarung der Erhöhungsrate und der anteiligen Erhöhungsrate ist zusätzlich zu einer etwaig nach Satz 4 zu treffenden Vereinbarung zu treffen.

Zu Buchstabe b
Es handelt um eine redaktionelle Folgeänderung zur Regelung unter Buchstabe a.

Änderungsantrag 41

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 3 Nummer 7 (§ 6a des Krankenhausentgeltgesetzes)

(*Pflegeentlastende Maßnahmen*)

Artikel 3 Nummer 7 wird wie folgt gefasst:

‚7. § 6a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „dies gilt nicht für die in § 115g Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen“ eingefügt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 8 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „Die Sätze 6 bis 8 sind letztmalig für die Vereinbarung des Pflegebudgets für das Kalenderjahr 2024 anzuwenden“ eingefügt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:
„Zur Förderung von Maßnahmen, die zu einer Entlastung von Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen führen, ist erstmalig für die Vereinbarung des Pflegebudgets für das Kalenderjahr 2025 pauschal eine Höhe von zweieinhalb Prozent des Pflegebudgets ohne Ausgleiche nach Satz 3 und Absatz 5 Satz 1 erhöhend zu berücksichtigen, ein Nachweis ist nicht erforderlich.“

c) In Absatz 5 Satz 2 wird die Angabe „7 und 9“ durch die Angabe „8 und 10“ ersetzt.‘

Begründung

Zu Buchstabe a
Aufgrund der Änderungen wird Artikel 3 Nummer 7 neu gefasst. Der Regelungsinhalt unter Buchstabe a entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Buchstabe b
Zu Doppelbuchstabe aa
Da ab dem Vereinbarungsjahr 2025 die in Satz 10 - neu - vorgesehenen Regelungen zur Berücksichtigung von pflegeentlastenden Maßnahmen im Pflegebudget gelten, wird geregelt, dass die Regelungen in Satz 6 bis 8 letztmalig für das Vereinbarung des Pflegebudgets für das Jahr 2024 anzuwenden sind.

Zu Doppelbuchstabe bb
Zum Zweck der Bürokratieentlastung der Krankenhäuser ist für die Finanzierung von Maßnahmen, die zu einer Entlastung von Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen führen (pflegeentlastende Maßnahmen), ab dem Vereinbarungsjahr 2025 ein pauschaler Anteil des Pflegebudgets zu berücksichtigen. Erstmalig bei den Vereinbarungen des Pflegebudgets für das Kalenderjahr 2025 sind pauschal 2,5 Prozent des Pflegebudgets ohne Nachweise der Krankenhäuser als pflegeentlastende Maßnahmen im Pflegebudget zu berücksichtigen. Die in Satz 3 genannten Ausgleiche für Mehr- oder Minderkosten und die in Absatz 5 Satz 1 genannten Ausgleiche für Mehr- oder Mindererlöse sind bei der Ermittlung nicht zu berücksichtigen. Für die Krankenhäuser entfallen damit die Nachweisverpflichtungen für die Durchführung und Kosten der einzelnen pflegeentlastenden Maßnahmen. Gleichzeitig wird Konfliktpotenzial zwischen den Vertragsparteien der Budgetvereinbarung reduziert. Die Verhandlungen über das Pflegebudget werden so vereinfacht. Die Reduktion auf 2,5 Prozent erfolgt aufgrund der Abschaffung der bürokratischen Verpflichtung zum Nachweis der durchgeführten pflegeentlastenden Maßnahmen.

Zu Buchstabe c

Der Regelungsinhalt unter Buchstabe c entspricht dem Gesetzentwurf.

Änderungsantrag 42

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 3 Nummer 8 und Nummer 9 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa (§ 6b Absatz 2 und 4 und § 7 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes)

(*Ausschluss der aufschiebenden Wirkung eines Widerspruchs oder einer Anfechtungsklage gegen einen Feststellungsbescheid bei einer Ausnahmeerteilung von Mindestvorhaltezahlen, Anpassung unterjähriger Zuschläge bei Unterschreitung der Vorhalteerlöse)*

Artikel 3 wird wie folgt geändert:

1. In Nummer 8 wird § 6b wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 2 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Widerspruch und Klage gegen die Feststellung nach Satz 1 haben keine aufschiebende Wirkung.“

b) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Wenn die Erlöse des Krankenhauses aus den Entgelten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b im ersten, im zweiten oder im dritten Quartal eines Kalenderjahres ein Viertel des Gesamtvorhaltebudgets dieses Krankenhauses für dieses Kalenderjahr voraussichtlich jeweils um mindestens 5 Prozent unterschreiten, kann das Krankenhaus verlangen, dass die Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b für den Zeitraum der nach dem jeweiligen Quartal verbleibenden Monate dieses Kalenderjahres um einen Zuschlag in Höhe des der jeweiligen Unterschreitung entsprechenden Prozentsatzes erhöht werden. Das Krankenhaus hat ein Verlangen nach Satz 1

1. bezogen auf das erste Quartal eines Kalenderjahres bis zum 31. März dieses Kalenderjahres,

2. bezogen auf das zweite Quartal eines Kalenderjahres bis zum 30. Juni dieses Kalenderjahres und

3. bezogen auf das dritte Quartal eines Kalenderjahres bis zum 30. September dieses Kalenderjahres

gegenüber den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, gegenüber dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung sowie gegenüber der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde auf elektronischem Wege anzuzeigen und die voraussichtliche Unterschreitung nach Satz 1 hierbei glaubhaft zu machen; § 14 findet keine Anwendung.“

2. Nummer 9 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa wird wie folgt geändert:

a) In Satz 6 werden die Wörter „beträgt 10 Prozent“ durch die Wörter „entspricht dem der jeweiligen Unterschreitung entsprechenden Prozentsatz“.

b) In Satz 8 werden die Wörter „von 10 Prozent“ durch die Wörter „des der jeweiligen Unterschreitung entsprechenden Prozentsatzes“ ersetzt.

Begründung

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Die Regelung dient dazu, der durch das InEK nach § 37 Absatz 2 KHG vorzunehmenden Ermittlung der standortbezogenen Anteile am Vorhaltevolumen eines Landes für die jeweilige Leistungsgruppe Rechnung zu tragen. Nach § 37 Absatz 2 KHG ist Voraussetzung für die standortbezogene Ermittlung des Anteils des jeweiligen Krankenhausstandorts am Vorhaltevolumen des Landes für die jeweilige Leistungsgruppe unter anderem die Erfüllung der Mindestvorhaltezahlen durch das Krankenhaus oder alternativ die Feststellung des Landes, dass die Leistungserbringung durch das Krankenhaus zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist (siehe Satz 1). Für den Fall, dass ein Krankenhaus sich im Wege des Widerspruchs oder der Anfechtungsklage gegen den einem anderen Krankenhaus gegenüber erlassenen Feststellungsbescheid wendet, hätte dies aufgrund der aufschiebenden Wirkung (§§ 80 Absatz 1 Satz 1, Satz 2, 80a Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung) zur Folge, dass der Bescheid bis zum Eintritt der Rechtskraft nicht vollziehbar wäre. Infolgedessen müssten die Standorte des Krankenhauses, denen entsprechende Leistungsgruppen zugewiesen worden sind, bei der Anteilsermittlung durch das InEK unberücksichtigt bleiben. Durch den Ausschluss der aufschiebenden Wirkung eines Widerspruchs oder einer Anfechtungsklage gegen einen Feststellungsbescheid wird der gesetzgeberisch intendierten Bedeutung einer vollständigen Grundlage für die Ermittlung der Anteile an der Vorhaltevergütung Rechnung getragen, die nicht durch die Erhebung von Widersprüchen oder Klagen im Einzelfall ausgehebelt werden soll.

Zu Buchstabe b

Die Änderung dient der Stärkung der Liquidität der Krankenhäuser. Gewährleistet wird mit der Regelung einerseits, dass Krankenhäuser Zuschläge auch dann unterjährig geltend machen können, soweit ihre Erlöse im dritten Quartal des laufenden Jahres ein Viertel ihres Gesamtvorhaltebudgets für dieses Kalenderjahr unterschreiten. Darüber hinaus wird geregelt, dass bereits bei einer quartalsweisen Unterschreitung um voraussichtlich jeweils mindestens fünf Prozent ein Anspruch auf Geltendmachung von Zuschlägen besteht. Ein entsprechendes Verlangen hat das Krankenhaus für den Fall, dass es Zuschläge aufgrund einer entsprechenden Unterschreitung der Erlöse im dritten Quartal geltend machen will, bis zum 30. September gegenüber den entsprechenden Stellen geltend zu machen. Zudem wird mit der vorliegenden Regelung der Prozentsatz für die Auslösung und Höhe des unterjährigen Zuschlags dynamisiert, indem die Zuschlagshöhe prozentual der Höhe der Unterschreitung der Erlöse entsprechend vorgegeben wird.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Dynamisierung der Zuschlagshöhe, die für den Fall der unterjährigen Unterschreitung der Erlöse prozentual der Höhe der Unterschreitung des für das jeweilige Quartal vorgesehenen Viertels des Gesamtvorhaltebudgets eines Krankenhauses für das entsprechende Kalenderjahr entspricht.

Änderungsantrag 43

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 3 Nummer 8 (§ 6c des Krankenhausentgeltgesetzes)

(*Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen*)

In Artikel 3 Nummer 8 wird § 6c wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 wird folgende Nummer 1a eingefügt:
„1a. die vereinbarte Höhe des Gesamtvolumens,“.

b) In Absatz 2 Satz 2 werden nach dem Wort „Pflegepersonalkosten“ die Wörter „sowie der Kosten für das stationäre Case-Management und die Patientensteuerung“ eingefügt.

Begründung

Zu Buchstabe a
Es handelt sich um eine klarstellende Ergänzung der insbesondere zu vereinbarenden Vereinbarungsinhalte.

Zu Buchstabe b
Es handelt sich um eine Klarstellung, dass bei der Kalkulation des Gesamtvolumens auch die Kosten, die der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung für stationäres Case Management und Patientensteuerung im Rahmen des Entlassmanagements entstehen und die den zu erbringenden stationären Leistungen zuzuordnen sind, bei der Kalkulation des Gesamtvolumens zu berücksichtigen sind. Zur Erleichterung der Kalkulation und Vereinbarung des Gesamtvolumens können die Vertragsparteien auf der Bundesebene in ihrer Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 Vorgaben für die Berücksichtigung dieser Kosten machen.

Änderungsantrag 44

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 3 Nummer 10 Buchstabe f – neu - (§ 8 Absatz 12 – neu - des Krankenhausentgeltgesetzes)

(*Entgelte für Fälle, die pädiatrischen Leistungsgruppen zuzuordnen sind*)

Dem Artikel 3 Nummer 10 wird folgender Buchstabe e angefügt:

‚e) Folgender Absatz 12 wird angefügt:

„(12) Ab dem 1. Januar 2027 ist für ein Krankenhaus, dem mindestens eine Leistungsgruppe, die in der für das jeweilige Kalenderjahr geltenden Vereinbarung nach § 39 Absatz 2 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder Festlegung nach § 39 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes dem Bereich Pädiatrie zugeordnet ist, für mindestens einen seiner Krankenhausstandorte nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für das jeweilige Kalenderjahr zugewiesen wurde, für Fälle, die auf Basis einer für das jeweilige Kalenderjahr geltenden nach § 21 Absatz 3c zertifizierten Datenverarbeitungslösung einer dieser Leistungsgruppen zuzuordnen sind, die Erhebung von Abschlägen von der Fallpauschale bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer ausgeschlossen unabhängig davon, ob für die entsprechende Fallpauschale in dem für das jeweilige Kalenderjahr nach § 9 Absatz 1 Satz 1 vereinbarten Fallpauschalen-Katalog und den dazugehörigen Regelungen ein Abschlag bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer für die jeweilige Fallpauschale vorgesehen ist.“ ‘

Begründung

Für die Behandlung pädiatrischer Fälle in Krankenhäusern, die besondere pädiatrische Strukturen vorhalten und daher im jeweiligen Kalenderjahr mindestens eine Leistungsgruppe aus dem Bereich Pädiatrie zugewiesen bekommen haben, wird vorgesehen, dass ab dem 1. Januar 2027 bei Fällen, die auf Basis der jeweils zu verwendenden nach § 21 Absatz 3c zertifizierten Datenverarbeitungslösung einer dieser Leistungsgruppen zuzuordnen sind, kein Abschlag bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer zu erheben ist unabhängig davon, ob für die jeweilige Fallpauschale im jeweils geltenden Fallpauschalenkatalog und nach der jeweils geltenden Fallpauschalenvereinbarung ein Abschlag vorgesehen ist. Für die Zuordnung der Leistungsgruppen zu dem Bereich Pädiatrie wird auf die für das jeweilige Kalenderjahr geltende Vereinbarung nach § 39 Absatz 2 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder Festlegung nach § 39 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zurückgegriffen, gemäß der Leistungsgruppen dem Bereich Pädiatrie zugeordnet sind.

Änderungsantrag 45

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 3 Nummer 11 (§ 9 des Krankenhausentgeltgesetzes)

(*Liste der Krankenhäuser gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG)*

Artikel 3 Nummer 11 Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

‚b) Absatz 1a wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 5 werden die Wörter „ab dem Jahr 2027 sind die Zuschläge für eine Teilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung jährlich um 33 Millionen Euro zu erhöhen;“ angefügt.

bb) In Nummer 6 werden die Wörter „eine Liste der Krankenhäuser“ durch die Wörter „eine Liste der Krankenhausstandorte“ ersetzt sowie ein Semikolon und folgender Halbsatz angefügt:

„eine Aufnahme in die Liste ist abweichend von den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorzusehen, auch wenn das Krankenhaus an dem jeweiligen Standort nicht die Anforderungen an die Notfallversorgung nach dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beschlossenen gestuften System der Notfallstrukturen in Krankenhäusern erfüllt, wobei die Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum … [einsetzen: Datum vier Wochen nach Inkrafttreten von Artikel 7] eine Erweiterung der für das Kalenderjahr 2025 bereits vereinbarten Liste mit Krankenhausstandorten zu prüfen und bei Bedarf vorzunehmen haben;“.‘

Begründung

Zu Doppelbuchstabe aa
Die Regelung entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Doppelbuchstabe bb
Durch die Änderung wird die Regelung der Liste der Krankenhäuser gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 6 angepasst. Es wird geregelt, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene die Aufnahme von Krankenhausstandorten in die Liste vereinbaren. Nach der bisher geltenden Fassung des § 9 Absatz 1a Nummer 6 vereinbaren die Vertragsparteien auf Bundesebene eine Liste der Krankenhäuser, welche die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zu § 136c Absatz 3 Satz 2 SGB V erfüllen. Tatsächlich sind in der Liste Krankenhausstandorte aufgeführt. Neben der Standortidentifikationsnummer enthält sie auch die Bezeichnung des Standorts. Die Änderung dient daher der Angleichung der Regelung in § 9 Absatz 1a Nummer 6 an die tatsächlichen Angaben, die die dort genannte Liste enthält.

Die derzeit geltenden Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V sehen als Voraussetzung der Aufnahme in die Liste der Krankenhäuser die Teilnahme an dem gestuften System von Notfallstrukturen vor. Um den Transformationsprozess und die notwendigen planerischen Entscheidungen in den Ländern nicht zu beeinträchtigen, ist abweichend von den derzeit geltenden rechtlichen Vorgaben eine Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen auch dann vorzusehen, wenn die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V nicht erfüllt sind. Für die bereits zum 30. Juni 2024 beschlossene Liste für das Jahr 2025 werden die Vertragsparteien auf Bundesebene fristgebunden beauftragt, eine Erweiterung der gelisteten Krankenhausstandorte zu prüfen und bei Bedarf vorzunehmen, die sich daraus ergibt, dass Krankenhausstandorte nur deshalb nicht in die Liste aufgenommen wurden, weil sie die Anforderungen an die Basisnotfallversorgung nach den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V nicht erfüllt haben.

Änderungsantrag 46

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 3 Nummer 11 Buchstabe d und Artikel 4 Nummer 4 (§ 9 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 9 der Bundespflegesatzverordnung)

(Konfliktregelung bei Neuvereinbarung des Veränderungswerts)

1. Artikel 3 Nummer 11 Buchstabe d wird wie folgt gefasst:

,d) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

1. In Satz 1 werden die Wörter „eine Entscheidung zu Absatz 1b Satz 1 hat die Schiedsstelle bis zum 15. November des jeweiligen Jahres zu treffen“ durch die Wörter „eine Entscheidung zu dem nach Absatz 1b Satz 1 bis zum 31. Oktober eines Jahres zu vereinbarenden Veränderungswert hat die Schiedsstelle bis zum 15. November des jeweiligen Jahres und eine Entscheidung zu dem bis zum … [einsetzen: Datum zwei Wochen nach Inkrafttreten nach Artikel 7] neu zu vereinbarenden Veränderungswert hat die Schiedsstelle bis zum … [einsetzen: Datum vier Wochen nach Inkrafttreten nach Artikel 7] zu treffen“ ersetzt.

2. Folgender Satz wird angefügt:

„Kommt eine Vereinbarung der Erhöhungsrate und der anteiligen Erhöhungsrate nach Absatz 1 Nummer 7 nicht in der in § 10 Absatz 5 Satz 4 genannten Frist zustande, entscheidet die Schiedsstelle auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen ab Antragstellung über die Erhöhungsrate und die anteilige Erhöhungsrate.“ ‘

2. Artikel 4 Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

,4. § 9 wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 1 Nummer 5 werden die Wörter „die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch um 40 Prozent dieser Differenz zu erhöhen“ durch die Wörter „der Veränderungswert ausgehend von dem nach § 10 Absatz 6 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes veröffentlichten Orientierungswert unter Berücksichtigung bereits anderweitig finanzierter Kostensteigerungen zu vereinbaren; für das Jahr 2025 ist der bis zum 31. Oktober 2024 vereinbarte Veränderungswert bis zum … [einsetzen: Datum zwei Wochen nach Inkrafttreten nach Artikel 7] entsprechend neu zu vereinbaren“ ersetzt.

2. In Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „eine Entscheidung zu Absatz 1 Nummer 5 hat die Schiedsstelle bis zum 15. November des jeweiligen Jahres zu treffen“ durch die Wörter „eine Entscheidung zu dem nach Absatz 1 Nummer bis zum 31. Oktober eines Jahres zu vereinbarenden Veränderungswert hat die Schiedsstelle bis zum 15. November des jeweiligen Jahres und eine Entscheidung zu dem bis zum … [einsetzen: Datum zwei Wochen nach Inkrafttreten nach Artikel 7] neu zu vereinbarenden Veränderungswert hat die Schiedsstelle bis zum … [einsetzen: Datum vier Wochen nach Inkrafttreten nach Artikel 7] zu treffen“ ersetzt.‘

Begründung

Zu Nummer 1
Zu Nummer 1
Die bereits bestehende Regelung, dass die Schiedsstelle eine Entscheidung innerhalb von zwei Wochen zu treffen hat, wenn die Vertragsparteien die jährliche Vereinbarung des Veränderungswerts nicht bis zu 31.

Oktober eines Jahres abgeschlossen haben, wird um eine fristgebundene Entscheidung der Schiedsstelle für den Fall ergänzt, dass die Vertragsparteien die auf Grund der Anwendung des vollen Orientierungswerts erforderlich werdende Neuvereinbarung des Veränderungswerts nach Inkrafttreten des Gesetzes nicht fristgerecht abschließen. Hierdurch wird gewährleistet, dass der Veränderungswert auch bei Nichtvereinbarung der Vertragsparteien frühzeitig festgelegt und damit die Voraussetzung für die beabsichtigte zeitnahe finanzielle Besserstellung der Krankenhäuser geschaffen wird.

Zu Nummer 2
Entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Nummer 2
Zu Nummer 1
Entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Nummer 2
Die bereits bestehende Regelung, dass die Schiedsstelle eine Entscheidung innerhalb von zwei Wochen zu treffen hat, wenn die Vertragsparteien die jährliche Vereinbarung des Veränderungswerts nicht bis zu 31. Oktober eines Jahres abgeschlossen haben, wird um eine fristgebundene Entscheidung der Schiedsstelle für den Fall ergänzt, dass die Vertragsparteien die auf Grund der Anwendung des vollen Orientierungswerts erforderlich werdende Neuvereinbarung des Veränderungswerts nach Inkrafttreten des Gesetzes nicht fristgerecht abschließen. Hierdurch wird gewährleistet, dass der Veränderungswert auch bei Nichtvereinbarung der Vertragsparteien frühzeitig festgelegt und damit die Voraussetzung für die beabsichtigte zeitnahe finanzielle Besserstellung der Krankenhäuser geschaffen wird.

Änderungsantrag 47

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 3 Nummer 12 Buchstabe a0 – neu – und a (§ 10 Absatz 1 und 4 des Krankenhausentgeltgesetzes)

(*Folgeänderung zur Einführung der Vorhaltevergütung, der Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen und der speziellen sektorengleichen Vergütung*)

Artikel 3 Nummer 12 wird wie folgt geändert:

1. Folgender Buchstabe a0 wird vorangestellt:

‚a0) In Absatz 1 Satz 7 werden nach der Angabe „§ 6a“ ein Komma und die Wörter „aus § 17b Absatz 4b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 6b, aus § 6c und aus § 115f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.‘

2. Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

‚a) In Absatz 4 Satz 4 werden nach der Angabe „§ 6a“ ein Komma und die Wörter „des Vorhaltebudgets nach § 6b, der Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen nach § 6c und der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.‘

Begründung

Zu Nummer 1
Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung der Vorhaltevergütung, der Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen und der speziellen sektorengleichen Vergütung. Mit der Regelung wird gewährleistet, dass aus einer Ausgliederung aus dem DRG-Bereich und der Verlagerung in einen anderen Vergütungsbereich keine Veränderungen des Landesbasisfallwerts resultieren. Um dies zu erreichen, wird vorgesehen, dass bei der Verhandlung des Landesbasisfallwerts die aus einer Verlagerung in einen anderen Vergütungsbereich resultierenden Veränderungen sowohl der effektive Bewertungsrelationen als auch der Erlösseite zu berücksichtigen sind.

Zu Nummer 2
Die bereits im Kabinettentwurf enthaltene Regelung, dass aus der Einführung der Vergütung des Vorhaltebudgets keine Ausnahme von der Einhaltung der Obergrenze für den Anstieg der Landesbasisfallwerte resultiert, wird auf die Einführung der Vergütung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen und der speziellen sektorengleichen Vergütung ausgeweitet. Durch die Einführung dieser Vergütungen werden Leistungen, die bislang mit Fallpauschalen und somit auf Grundlage des Landesbasisfallwerts vergütet wurden, zukünftig mit anderen Entgelten vergütet. Hieraus ergibt sich keine Notwendigkeit, den Landesbasisfallwert, das heißt das Preisniveau für Leistungen, die weiterhin mit Fallpauschalen vergütet werden, oberhalb der Obergrenze vereinbaren zu können. Daher wird eine Überschreitung der Obergrenze insoweit ausgeschlossen. Die Regelung dient somit dazu, bei über Fallpauschalen und den Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen eine Doppelfinanzierung zu vermeiden.

Änderungsantrag 48

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 3 Nummer 12 (§ 10 des Krankenhausentgeltgesetzes)

(*Erweiterung der Verordnungsbefugnis zum Orientierungswert durch BMG*)

Artikel 3 Nummer 12 wird wie folgt geändert:

1. Folgender Buchstabe a0 wird vorangestellt:

‚a0) Der Überschrift werden ein Semikolon und das Wort „Verordnungsermächtigung“ angefügt.‘

2. Buchstabe c Doppelbuchstabe cc wird wie folgt gefasst:

‚cc) Satz 4 wird wie folgt gefasst:
„Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Folgendes festzulegen:
1. die vom Statistischen Bundesamt für die Ermittlung und die Veröffentlichung nach Satz 1 zu erhebenden Daten,
2. welche Krankenhäuser zur Übermittlung der nach Nummer 1 festzulegenden Daten an das Statistische Bundesamt verpflichtet sind,
3. wie oft Datenerhebungen erfolgen und wie oft Krankenhäuser verpflichtet sind, Übermittlungen der nach Nummer 1 festzulegenden Daten hierfür vorzunehmen,
4. Bestimmungen zur Zusammenführung der erhobenen Daten mit anderen Daten,
5. Bestimmungen zur Speicherung und Löschung von Daten sowie
6. das Nähere zum Verfahren der Übermittlung;
das Bundesministerium für Gesundheit kann die Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf das Statistische Bundesamt übertragen.“‘

Begründung

Mit der Regelung wird die Verordnungsbefugnis des BMG präzisiert und um die erforderlichen Regelungsinhalte ergänzt, um auf der Grundlage eine entsprechende Verordnung im Hinblick auf die Ermittlung des Orientierungswerts der Krankenhäuser rechtssicher erlassen zu können.

Zu Nummer 1
Es handelt sich um den bereits bislang vorgesehenen Regelungsinhalt der Verordnungsbefugnis. Die für die Ermittlung und Veröffentlichung durch das Statistische Bundesamt zu erhebenden Daten betreffen insbesondere Erhebungsmerkmale (z.B. allgemeine Erhebungsmerkmale, leistungsbezogene Merkmale, Sachkosten, Artikellisten) und Hilfsmerkmale.

Zu Nummer 2
In der Verordnung geregelt werden kann eine Auskunftspflicht der Krankenhäuser an das Statistische Bundesamt, die zum Zwecke der Datenerhebung erforderlich ist.

Zu Nummer 3
Die Regelung sieht insbesondere Vorgaben zur Periodizität vor. Dies betrifft einmal den Aspekt, wie oft Datenerhebungen erfolgen sollen; andererseits betrifft dies den Aspekt, wie oft Krankenhäuser hierfür entsprechende Datenübermittlungen vorzunehmen haben.

Zu Nummer 4
Die Vorschrift regelt die Möglichkeit, in der Verordnung Bestimmungen zur Zusammenführung der erhobenen Daten, etwa mit Daten nach § 21 KHEntgG, vorzusehen.

Zu Nummer 5
Die Regelung betrifft in der Verordnung zu regelnde Vorschriften zur Speicherung und Löschung von Daten.

Zu Nummer 6
In der Verordnung kann das Nähere zum Verfahren der Übermittlung getroffen werden.

Änderungsantrag 49

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 3 Nummer 18 (§ 21 des Krankenhausentgeltgesetzes)

(*Übermittlung von landesbezogenen Daten an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, Auswertungen des Institutes für das Entgeltsystem im Krankenhaus für das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, Auswertungen des Institutes für das Entgeltsystem im Krankenhaus für das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen*)

Artikel 3 Nummer 18 wird wie folgt gefasst:

‚18. § 21 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
aa) Nummer 1 wird wie folgt geändert:
aaa) Buchstabe d wird wie folgt gefasst:

„d) Summe der vereinbarten und abgerechneten DRG-Fälle, der vereinbarten und abgerechneten Summe der Bewertungsrelationen des Fallpauschalen-Katalogs und des Pflegeerlöskatalogs sowie der Ausgleichsbeträge nach § 5 Absatz 4 und § 6b Absatz 5 Satz 1 und der Zahlungen zum Ausgleich der Abweichungen zwischen den tatsächlichen und den vereinbarten Pflegepersonalkosten nach § 6a Absatz 2, die Summe der vereinbarten und abgerechneten Fälle, die mit in § 6c Absatz 1 Satz 2 genannten krankenhausindividuellen Tagesentgelten oder in § 6c Absatz 7 Satz 4 genannten vorläufigen Tagesentgelten abgerechnet werden und der nach § 6c Absatz 5 Satz 1 ermittelten Ausgleichsbeträge, jeweils für das vorangegangene Kalenderjahr; in den Kalenderjahren 2026 und 2027 zusätzlich die Summe der vereinbarten und abgerechneten Vorhaltebewertungsrelationen sowie ab dem Kalenderjahr 2028 zusätzlich die abgerechneten Vorhaltebewertungsrelationen, jeweils für das vorangegangene Kalenderjahr,“.

bbb) In Buchstabe g werden die Wörter „in Anlage 1 zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch genannten“ jeweils durch die Wörter „nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen“ ersetzt.

bb) In Nummer 2 Buchstabe i werden die Wörter „in Anlage 1 zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch genannte“ durch die Wörter „nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgebliche“ und die Wörter „in Anlage 1 zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch genannten“ durch die Wörter „nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen“ ersetzt.

b) In Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 wird nach der Angabe „a bis c,“ die Angabe „e, f und“ eingefügt.

c) Absatz 3b wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 wird das Wort „sowie“ durch das Wort „und“ ersetzt und werden nach dem Wort „Entgeltsysteme“ die Wörter „sowie für Zwecke der Krankenhausplanung“ eingefügt.
bb) In Satz 5 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „die Datenstelle übermittelt die geprüften landesbezogenen Daten nach Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe a und Nummer 2 Buchstabe b, d bis g und i innerhalb von zwölf Wochen nach Ablauf der jeweiligen in Satz 1 genannten Frist für Zwecke der Krankenhausplanung an die zuständige Landesbehörde“ eingefügt.

d) Absatz 3d wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 werden die Wörter „erforderlich ist“ durch die Wörter „geeignet und notwendig ist, und das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen die Notwendigkeit glaubhaft dargelegt hat“ ersetzt.

bb) In Satz 3 wird das Wort „barrierefrei“ gestrichen und werden die Wörter „die in Satz 1 genannten Daten sowie die Auswertung“ durch die Wörter „die Auswertungen“ ersetzt.

e) Nach Absatz 3d wird folgender Absatz 3e eingefügt:
„(3e) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus wertet die nach den Absätzen 1 und 3b übermittelten Daten in der jeweils aktuellsten Fassung aus, soweit dies nach Abstimmung mit dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen für die Erfüllung eines nach § 135f Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erteilten Auftrags geeignet und notwendig ist, und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen die Notwendigkeit glaubhaft dargelegt hat. Die Datenstelle übermittelt dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus die in Satz 1 genannten Daten für die Auswertungen nach Satz 1. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen die Auswertungen nach Satz 1.“

f) Absatz 7 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „§ 135a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ die Wörter „und für die Zwecke der Personalbemessung“ eingefügt.
bb) In Satz 2 wird die Angabe „2 bis 5“ durch die Angabe „2 bis 5 erster Halbsatz“ ersetzt.‘

Begründung

Zu Buchstabe a
Aufgrund der Änderungen wird Artikel 3 Nummer 18 neu gefasst. Der Regelungsinhalt unter Buchstabe a entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Buchstabe b
Die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden sollen künftig eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung an den bundesweit einheitlichen, nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) maßgeblichen Leistungsgruppen und den für die jeweiligen Leistungsgruppen geltenden Qualitätskriterien ausrichten. Zu diesem Zweck werden ihnen landesbezogen weitere von den Krankenhäusern zu übermittelnde Daten zur Verfügung gestellt, die die Krankenhäuser bereits an die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus geführte Datenstelle zu melden haben. Zusätzliche Datenerhebungen der Länder werden so unnötig, wodurch eine Entbürokratisierung erreicht und die Krankenhäuser nicht weiter belastet werden.

Die bundesweit einheitlichen Qualitätskriterien für die einzelnen Leistungsgruppen umfassen auch Vorgaben für das ärztliche Personal und zur Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen. Um standortindividuelle Informationen über die Ausstattung mit Pflegepersonal und ärztlichem Personal nutzen zu können, werden den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden landesbezogen jährlich zusätzlich die nach Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e und f von den Krankenhäusern zu übermittelnden Daten zum Pflegepersonal und zum ärztlichen Personal von der Datenstelle zur Verfügung gestellt.

Zu Buchstabe c
Zu Doppelbuchstabe aa
Die nach Absatz 3b Satz 1 zulässigen Verwendungszwecke der durch die Krankenhäuser unterjährig zu übermittelnden Daten werden durch eine Ergänzung um die Zwecke der Krankenhausplanung ergänzt.

Zu Doppelbuchstabe bb
Die Datenstelle wird verpflichtet, die unterjährig von den Krankenhäusern übermittelten und durch die Datenstelle auf Plausibilität geprüften Daten innerhalb von zwölf Wochen nach Ablauf der jeweiligen Frist landesbezogen an die jeweilige Landesbehörde zu übermitteln. Die Datenstelle kann hierfür auf die etablierten Übermittlungswege zurückgreifen, die zwischen der Datenstelle und den Ländern für die Übermittlung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 genutzt werden.

Zu Buchstabe d
Zu Doppelbuchstabe aa
Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) hat die an die von ihm geführte Datenstelle nach den Absätzen 1 und 3b übermittelten Daten in der jeweils aktuellsten Fassung und die nach Absatz 7 Satz 1 und nach § 137i Absatz 4 Satz 1 bis 3, 6 und 7 SGB V übermittelten Daten standort-, fachabteilungs- und leistungsgruppenbezogen auszuwerten, soweit dies nach Abstimmung mit dem Institut für Qualitätssiche-

rung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) für die Veröffentlichung und Aktualisierung des Transparenzverzeichnisses nach § 135d SGB V erforderlich ist. Vor dem Hintergrund der Datensparsamkeit ist dabei sicherzustellen, dass die ausgewerteten und an das IQTIG nach Satz 3 zu übermittelnden Auswertungen für die genannten Zwecke notwendig und geeignet sind. Die Vorschrift wird insoweit mit den Vorgaben des Absatz 3a harmonisiert.

Zu Doppelbuchstabe bb
Es handelt sich um eine Korrektur, da die Übermittlung von Datenauswertungen nicht barrierefrei erfolgen kann, sowie eine Anpassung, dass die Auswertungen nach Satz 1 zu übermitteln sind.

Zu Buchstabe e
Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt nach § 135f Absatz 2 Satz 1 SGB V das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in regelmäßigen Abständen damit, unter Berücksichtigung der in § 135f Absatz 4 Satz 2 SGB V genannten Kriterien wissenschaftliche Empfehlungen für die erstmalige Festlegung und die Weiterentwicklung von Mindestvorhaltezahlen für die nach § 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V jeweils maßgeblichen Leistungsgruppen zu erarbeiten. Für die Erarbeitung dieser Vorgaben benötigt das IQWiG Auswertungen der von den Krankenhäusern übermittelten Daten. Analog zu Absatz 3d regelt der neue Absatz 3e, dass das IQWiG zu diesem Zweck notwendige und geeignete Auswertungen vom InEK erhalten kann. Satz 2 legt fest, dass die Datenstelle die erforderlichen Daten an das InEK übermittelt. Satz 3 regelt die Übermittlung der Auswertungen an das IQWiG.

Zu Buchstabe f
Zu Doppelbuchstabe aa
Durch die Änderung im Absatz 7 Satz 1 wird klargestellt, dass die nach § 21 Absatz 7 erhobenen Daten bei Einführung eines Personalbemessungsinstruments für das ärztliche Personal auch für diese Zwecke verwendet werden können. Dies ist notwendig, um eine doppelte Datenübermittlung zu vermeiden und keine unnötigen zusätzlichen bürokratischen Belastungen für die Krankenhäuser zu schaffen.

Zu Doppelbuchstabe bb
Absatz 7 Satz 2 sieht eine entsprechende Geltung von Absatz 3b Satz 2 bis 5 erster Halbsatz vor. Hierdurch erfolgt eine Klarstellung, dass die quartalsweisen Übermittlungen des ärztlichen Personals zur Veröffentlichung im Transparenzregister nicht an die zuständigen Landesbehörden zu übermitteln sind.

Änderungsantrag 50

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 4a -neu- (Krankenhausstrukturfonds-Verordnung)

(*Krankenhausstrukturfonds*)

Nach Artikel 4 wird folgender Artikel 4a eingefügt:

‚Artikel 4a
Änderung der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung

Die Krankenhausstrukturfonds-Verordnung vom 17. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2350), die zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 4 Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „auch nach dem 31. Juli 2017“ durch die Wörter „bis zum 31. Dezember 2025“ ersetzt.

2. § 14 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
   a) In Satz 1 wird die Angabe „31. Dezember 2024“ durch die Angabe „31. Dezember 2025“ ersetzt.
   b) Satz 2 wird aufgehoben.‘

Begründung

Zu Nummer 1
Um die Förderverfahren der Krankenhausstrukturfonds nach § 12 KHG und § 12a KHG endgültig abschließen zu können, sollen diese zu Beginn der Laufzeit des Transformationsfonds beendet werden. Es wird daher vorgesehen, die Möglichkeit der Stellung von Ersatzanträgen nach § 4 Abs. 1 Satz 2 KHSFV bis zum 31. Dezember 2025 zu befristen. Durch den Abschluss des Krankenhausstrukturfonds reduziert sich der Verwaltungsaufwand des BAS und es werden Kapazitäten für die Verwaltung des Transformationsfonds frei.

Zu Nummer 2
Zu Buchstabe a
Um die in Artikel 2 Nummer 4 vorgesehene Änderung zur Verlängerung der Antragsfrist des Krankenhausstrukturfonds um ein Jahr bis zum 31. Dezember 2025 nachzuvollziehen, wird diese Frist auch in der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung entsprechend verlängert. Mit der Änderung soll eine nahtlose Förderung von strukturverbessernden Vorhaben bis zum Beginn des Transformationsfonds am Januar 2026 gewährleistet werden. Das Volumen des Krankenhausstrukturfonds erhöht sich durch die Verlängerung nicht.

Zu Buchstabe b
Um die Förderverfahren der Krankenhausstrukturfonds nach § 12 KHG und § 12a KHG endgültig abschließen zu können, sollen diese zu Beginn der Laufzeit des Transformationsfonds beendet werden. Es wird daher durch die Streichung die Möglichkeit der Stellung von Ersatzanträgen beendet. Mittel des Krankenhausstrukturfonds, die am 31. Dezember 2025 nicht durch vollständig und vorbehaltlos gestellte Anträge vollständig beantragt worden sind, stehen nach der bereits in §12a Absatz 2 Satz 4 KHG vorgesehenen Regelung für eine Förderung aus dem Transformationsfonds zur Verfügung. Durch den Abschluss des Krankenhausstrukturfonds reduziert sich der Verwaltungsaufwand des BAS und es werden Kapazitäten für die Verwaltung des Transformationsfonds frei.

Änderungsantrag 51

der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

(ändert Änderungsantrag 0 der Ausschussdrucksache 20(14)221.1)

Zu Artikel 6 (§ 187 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen)

(*Ausnahme von der Fusionskontrolle für Krankenhauszusammenschlüsse*)

Artikel 6 wird wie folgt gefasst:

, § 187 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. Juni 2013 (BGBl. I S. 1750, 3245), das zuletzt durch Artikel 25 des Gesetzes vom 15. Juli 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 236) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Absatz 9 wird wie folgt geändert:

   a) Satz 1 wird wie folgt geändert:

      aa) In Nummer 2 werden die Wörter „§ 14 Absatz 2 Nummer 3 Buchstabe a“ gestrichen.

      bb) In Nummer 3 werden nach den Wörtern „§ 11 Absatz 1 Nummer 2 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung“ die Wörter „oder nach § 12b Absatz 1 Satz 4 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ eingefügt und wird die Angabe „nach § 15“ durch die Wörter „auf der Grundlage“ ersetzt.

      cc) In Nummer 4 wird die Angabe „31. Dezember 2027“ durch die Angabe „31. Dezember 2038“ ersetzt.

   b) In Satz 2 werden die Wörter „Ein Zusammenschluss“ ersetzt durch die Wörter: „Werden Zusammenschlüsse im Krankenhausbereich beim Bundeskartellamt nach § 39 Absatz 1 angemeldet, ist das Bundeskartellamt darüber zu informieren, inwieweit ein Antrag auf Förderung aus den Mitteln des Krankenhausstrukturfonds oder des Transformationsfonds gestellt wurde; ein Zusammenschluss“
   c) Nach Satz 4 wird ein neuer Satz 5 angefügt: „Diese Regelung ist anzuwenden auf Zusammenschlüsse, die ab dem 1. Januar 2031 vollzogen werden.“

2. Absatz 10 wird wie folgt gefasst:

   „Die §§ 35 bis 41 sind nicht anzuwenden auf einen Zusammenschluss im Krankenhausbereich, sofern

   1. der Zusammenschluss eine standortübergreifende Konzentration von mehreren Krankenhäusern im Sinne des § 2 Nummer 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz oder einzelnen Fachrichtungen solcher Krankenhäuser zum Gegenstand hat,

   2. die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden der Bundesländer, in denen die am Zusammenschluss beteiligten Krankenhäuser oder einzelnen Fachrichtungen solcher Krankenhäuser belegen sind, – im Falle der Zuständigkeit mehrerer Landesbehörden einvernehmlich – schriftlich bestätigen, dass sie den Zusammenschluss zur Verbesserung der Krankenhausversorgung für erforderlich halten und dem Zusammenschluss nach vorliegenden Erkenntnissen keine anderen wettbewerbsrechtlichen Vorschriften entgegenstehen,

   3. der Zusammenschluss bis zum 31. Dezember 2030 vollzogen wird.

   Anträge auf schriftliche Bestätigung nach Satz 1 Nummer 2 sind unverzüglich durch die zuständigen Landesministerien auf ihren Internetseiten unter Nennung der Zusammenschlussbeteiligten zu veröffentlichen. Die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden der Bundesländer setzen sich mit dem Bundeskartellamt vor einer Bestätigung nach Satz 1 Nummer 2 ins Benehmen. Über den Antrag

nach Satz 1 Nummer 2 darf nicht vor Ablauf von einem Monat nach der Veröffentlichung entschieden werden. Eine Anmeldung eines Zusammenschlusses im Sinne des Satzes 1 Nummer 1 und 3 ist beim Bundeskartellamt nach § 39 Absatz 1 erst dann zulässig, wenn die Zusammenschlussparteien gegenüber dem Bundeskartellamt nachweisen, dass ihr Antrag auf schriftliche Bestätigung nach Satz 1 Nummer 2 durch die zuständigen Landesbehörden abgelehnt oder nicht innerhalb von zwei Monaten beschieden wurde. Das Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz berichtet auf Grundlage einer Stellungnahme der Monopolkommission den gesetzgebenden Körperschaften spätestens nach Ablauf von sechs Jahren nach Inkrafttreten der Regelungen in den Sätzen 1 bis 4 über die Erfahrungen mit dieser Vorschrift. Für Datenanforderungen des Bundesministeriums für Wirtschaft und Klimaschutz und der Monopolkommission zur Evaluierung im Sinne dieses Absatzes ist § 21 Absatz 3 Satz 8 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend anzuwenden, soweit die Krankenhäuser von einem Zusammenschluss im Sinne des Satz 1 betroffen sind. § 21 Absatz 3 Satz 9 Krankenhausentgeltgesetz findet insofern keine Anwendung. Für die Zwecke der Evaluierung und zur Untersuchung der Auswirkungen dieser Regelungen auf die Wettbewerbsverhältnisse und die Krankenhausversorgung können Daten aus der amtlichen Krankenhausstatistik zusammengeführt werden."

3. Der bisherige Absatz 10 wird zu Absatz 11.

4. Der bisherige Absatz 11 wird zu Absatz 12.'

Begründung
Zu Nummer 1
Buchstabe a
Die Regelung entspricht dem Gesetzentwurf.

Buchstabe b
Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Änderung unter Buchstabe a.

Buchstabe c
Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Änderung unter Nummer 2.

Zu Nummer 2
Mit der Änderung wird Absatz 10 neu gefasst und eine ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens geltende Ausnahme von der Fusionskontrolle nach dem Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) geregelt, allein unter der Voraussetzung, dass eine Befürwortung des Zusammenschlusses durch die für die Landeskrankenhausplanung zuständigen Landesbehörden stattgefunden hat und der Zusammenschluss bis zum 31. Dezember 2030 vollzogen wird. Gegenstand dieser Prüfung ist lediglich, dass die betreffende Behörde erstens den Zusammenschluss zur Verbesserung der Krankenhausversorgung für erforderlich hält; dies kann etwa mit Blick auf die Ziele der Krankenhausreform nach dem KHVVG begründet werden. Zweitens muss die zuständige Landesbehörde angeben, ob dem Zusammenschluss auf Grundlage der ihr im Bestätigungszeitpunkt vorliegenden Erkenntnissen andere wettbewerbsrechtliche Vorschriften entgegenstehen. Hierfür muss die Behörde lediglich ihren aktuellen Kenntnisstand darstellen und keine weitergehenden Informationen einholen.

Für Zusammenschlüsse, die ab dem 1. Januar 2031 vollzogen werden, gilt die in Absatz 9 vorgesehene Ausnahmemöglichkeit.

Die zuständigen Landeskrankenhausbehörden bestätigen die Erforderlichkeit zur Verbesserung der Krankenhausversorgung schriftlich. Nur sofern diese schriftliche Bestätigung abgelehnt wird oder bei Untätigkeit der Behörde über einen Zeitraum von zwei Monaten, ist ein Antrag auf Freigabe im Rahmen einer wettbewerbsrechtlichen Prüfung beim Bundeskartellamt möglich. Damit die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde jedoch die wettbewerblichen Aspekte eines Zusammenschlusses besser nachvollziehen und gegebenenfalls berücksichtigen kann, setzt sie sich vor einer Bestätigung nach Satz 1 Nummer 2 mit dem Bundeskartellamt ins Benehmen. Dadurch kann die Behörde die Erkenntnisse nutzen, über die das Bundeskartellamt bereits verfügt. Das Bundeskartellamt muss für diesen Zweck keine eigenen Ermittlungen anstellen oder zusätzliche Informationen einholen.

Mit dieser Vorschrift wird ein Konsolidierungsfenster bis zum 31. Dezember 2030 geschaffen, in dem es Krankenhäusern offensteht, ohne wettbewerbsrechtliche Prüfung zu fusionieren. Diese Ausnahme dient der raschen Erreichung der Ziele des KHVVG und dem Anliegen der Verfahrenserleichterung.

Die Vorschrift überträgt die Bewilligung eines Zusammenschlusses von Krankenhäusern auf die zuständigen Landesplanungsbehörden, um Zusammenschlüsse vorrangig anhand von gesundheitspolitischen Erwägungen billigen zu können. Nur für den Fall, dass eine Bescheinigung nicht erfolgt, ist ein Antrag auf Freigabe

eines Zusammenschlusses beim Bundeskartellamt als weitere Option möglich. Durch die Vorschrift wird verhindert, dass parallele Verfahren vor den zuständigen Landesplanungsbehörden und dem Bundeskartellamt geführt werden, um Ressourcen zu schonen und divergierende Entscheidungen zu verhindern. Indem in bestimmten Fällen ein Fusionskontrollverfahren des Bundeskartellamtes dennoch möglich ist, enthält diese Vorschrift einen Sicherungsmechanismus. Denkbar sind etwa Fälle, in denen die zuständige Landesplanungsbehörde unter Einbezug der Informationen bzw. Einschätzungen des Bundeskartellamts im Rahmen des Benehmens Zweifel hinsichtlich einer bestimmten Fusion und ihrer Auswirkungen auf die Krankenhausversorgung hat, etwa aufgrund von zahlreichen Übernahmen durch denselben Krankenhausträger in räumlicher Nähe. Spätestens nach sechs Jahren wird eine Evaluierung der Vorschrift durch das zuständige Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz erfolgen. Diese soll sich auf eine Stellungnahme der Monopolkommission stützen, inwieweit die Regelung zur Konsolidierung der Krankenhauslandschaft und Verbesserung der Krankenhausversorgung beigetragen hat. Die weiteren Vorgaben in den Sätzen 7 bis 9 sind erforderlich, um die für die Evaluation des Bundesministeriums für Wirtschaft und Klimaschutz und die Stellungnahme der Monopolkommission relevanten Daten erheben und verarbeiten zu können. Zu den in Satz 7 genannten Krankenhäusern, die von einem Zusammenschluss im Sinne des Satz 1 betroffen sind, zählen nicht nur die jeweils fusionierenden Krankenhäuser, sondern auch die Krankenhäuser, die mit den am Zusammenschluss beteiligten Unternehmen in einem Wettbewerbsverhältnis stehen.

Zu Nummer 3
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderung unter Nummer 2.

Zu Nummer 4
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderung unter Nummer 2.