

Erste Länder-Positionierung zu zwingend erforderlichen Anpassungen des Referentenentwurfs des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) für das Treffen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe am 17. April 2024 in Berlin

- 1) Auswirkungen des neuen Finanzierungssystems
- 2) Krankenhausplanungshoheit der Länder
- 3) Mindestvorhaltezahlen (Mindestmengen)
- 4) Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben
- 5) Sektorenübergreifende Versorger
- 6) Bürokratische Entlastung muss erreicht werden
- 7) Rechtsverordnung zur Weiterentwicklung der Leistungsgruppen
- 8) Transformationsfonds
- 9) Zustimmungspflicht im Bundesrat
- 10) Sonstige Themen
- 11) Zeitpläne nicht umsetzbar

IM ÜBERBLICK:

1) Auswirkungen des neuen Finanzierungssystems

Das Finanzierungssystem als Kernstück der Reform ist weiterhin unklar. Der Bund muss eine nachvollziehbare Wirkungsanalyse für das neue System der Vorhaltevergütung und der Tagesentgelte für Sektorenübergreifende Versorger vorlegen. Andernfalls muss Stand jetzt davon ausgegangen werden, dass dies zu einem Verfahren mit erheblichen neuen bürokratischen Belastungen führt, mit dem eine auskömmliche Finanzierung und eine Verbesserung der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser nicht erreicht werden kann. Die geplante Vorhaltevergütung muss gewährleisten, dass die Krankenhäuser ihre Versorgungsleistungen gesichert finanzieren können. Sie darf nicht zu neuen Fehlanreizen führen und muss den Krankenhäusern Planungssicherheit bieten

Die bundesrechtlichen Regelungen zur Verhandlung des sog. Landesbasisfallwertes und Vorschläge zur Tarifsteigerung sind so anzupassen, dass Kosten- und Tarifsteigerungen bereits für das Jahr 2024 umfassend berücksichtigt werden.

2) Krankenhausplanungshoheit der Länder

Ausnahmemöglichkeiten der Krankenhausplanungsbehörden stehen unter zu strengen Voraussetzungen. Aufgrund der verfassungsrechtlichen Krankenhausplanungshoheit muss im KHVVG geregelt werden, dass es ohne weitere Voraussetzungen der alleinigen Entscheidungsmacht der Länder obliegt, wann zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung Ausnahmen von der Erfüllung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen sowie Kooperationen zur Erfüllung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen zulässig sein sollen. Die Voraussetzungen für Kooperationen und unbefristete Ausnahmen sind deshalb wie auch Sonderregelungen für Fachkrankenhäuser dauerhaft im Gesetz selbst zu verstetigen und deutlich weiter zu fassen. Im Verfahren zur Zuweisung der Leistungsgruppen sind Regelungen zur Herstellung des Benehmens mit Landesverbänden der Krankenkassen zu streichen. Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass im Ausschuss zur Vorbereitung der Rechtsverordnung nach § 135e Abs. 3 SGB V stets sämtliche Länder beteiligt werden. Der Gesetzentwurf muss der verfassungsrechtlich garantierten Planungshoheit der Länder stärker Rechnung tragen. Es darf nicht sein, dass die Institute auf Bundesebene oder die Selbstverwaltung durch das Gesetz eine ähnlich starke Position wie die Länder erhalten und die Planungshoheit der Länder durch die Beteiligung der nicht demokratisch legitimierten Akteure eingeschränkt wird.

3) Mindestvorhaltezahlen (Mindestmengen)

Bundesrechtliche Mindestvorhaltezahlen werden sehr kritisch gesehen, da sie die Planungshoheit der Länder und die Berufsfreiheit der Krankenhausträger zu weit einschränken.

Allenfalls könnten sie in einem Verfahren analog zur Weiterentwicklung der Leistungsgruppen in Abstimmung mit den Ländern und im Rahmen einer zustimmungspflichtigen Rechtsverordnung eingeführt werden. In jedem Fall müssen im Gesetz selbst weitergehendere und dauerhaftere Ausnahmemöglichkeiten als aktuell vorgesehen eingeräumt werden, um die flächendeckende Versorgung zu

gewährleisten. Die auskömmliche Finanzierung der davon betroffenen Krankenhäuser ist über einen gesonderten Vorhaltezuschlag sicherzustellen.

4) Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben

Die Erbringung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben darf nicht nur durch Unikliniken zulässig sein. Die Länder müssen im Rahmen ihrer Planungshoheit allein entscheiden dürfen, welchen Krankenhäusern diese Aufgaben zu übertragen sind und zumindest mitentscheiden dürfen, welche Aufgaben davon umfasst sind.

5) Sektorenübergreifende Versorger

Für Sektorenübergreifende Versorger muss der Bund einen flexiblen Instrumentenkasten zur Verfügung stellen, sodass insbesondere die ambulanten-stationären Einrichtungen, wie sie von den Ländern bereits erprobt werden (z.B. Primärversorgungszentren), umgesetzt werden können und eine weitgehende Ambulantisierung stationärer Leistungen ermöglicht wird. Die Leistungserbringung im ambulanten ärztlichen Bereich erfolgt im Einklang mit den Vorgaben der Bedarfsplanung nach Entscheidung durch die Zulassungsausschüsse.

6) Bürokratische Entlastung muss erreicht werden

Es ist bislang nicht ersichtlich, wie mit der Reform eine Entbürokratisierung erreicht werden könnte. Die Verwaltungsabläufe müssen entschlackt werden. Zudem müssen die Fristen praxistauglich sein und angepasst werden.

7) Rechtsverordnung zur Weiterentwicklung der Leistungsgruppen

Die Weiterentwicklung der Leistungsgruppen und deren Strukturvoraussetzungen sowie künftige Ausnahmemöglichkeiten und Kooperationen sollen in einer zustimmungspflichtigen Rechtsverordnung geregelt werden, die bis zum 31. März 2025 mit Wirkung ab 1. Januar 2027 zu erlassen ist. Das Inkrafttreten der Rechtsverordnung ist auf frühestens 1. Januar 2028 zu verschieben. Zudem sind die Voraussetzungen von Ausnahmemöglichkeiten und Kooperationen im Gesetz selbst zu regeln (s. Ziffer 2).

8) Transformationsfonds

Der Stichtag für den förderunschädlichen Beginn der Umsetzung des zu fördernden Vorhabens muss im Jahr 2024 liegen. Eine Förderfähigkeit für Maßnahmen ab dem

1. Januar 2026 verhindert die zügige Umsetzung bereits angestoßener Überlegungen zu Strukturveränderungen. Die angebotene Verlängerung des Krankenhausstrukturfonds II um ein Jahr bis Ende 2025 stellt keinen Ausgleich dar, da die Mittel bereits vollständig gebunden sind. Daneben sind die Fördertatbestände des geplanten Transformationsfonds zu eng.

Die hälftige Ko-Finanzierung durch die Länder wird als zu hoch erachtet. Die aktuell vorgesehene Regelung im Gesetzentwurf mit ihrer Bezugnahme auf den Durchschnitt der Investitionskostenförderung der Haushaltsjahre 2021 bis 2025 benachteiligt Länder, die in diesem Zeitraum überdurchschnittliche Anstrengungen unternommen und die Investitionsförderung aufgestockt oder durch Sonderprogramme zur Transformation der Krankenhauslandschaft ergänzt haben. Deshalb ist zwischen Bund und Ländern ein praktikabler und gerechter Stichtag bzw. Betrachtungszeitraum als Bezugsgröße einvernehmlich abzustimmen und im Gesetz zu regeln, *z.B. 2018 bis 2022*.

9) Zustimmungspflicht im Bundesrat

Die mit dem KHVVG gezielt beabsichtigten umfangreichen Leistungsverlagerungen führen gerade auch bei den Krankenhäusern, die bislang von anderen Kliniken erbrachte Leistungen übernehmen müssen, zu erheblichen zusätzlichen Investitionsnotwendigkeiten. Das Bundesgesundheitsministerium geht insofern von einem Investitionsbedarf von 50 Mrd. Euro in zehn Jahren aus. Nach den Bestimmungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) sind die Länder zur Finanzierung dieser Investitionen an den von Leistungsmehrungen betroffenen Krankenhäusern verpflichtet. Das KHVVG führt somit dazu, dass die Tragweite der KHG-Regelungen zur Investitionsfinanzierung erheblich geändert wird. Diese Auswirkungen auf das zustimmungspflichtige KHG führen folglich gemäß Art. 104a Abs. 4 GG zur Zustimmungspflicht auch des KHVVG.

10) Sonstige Themen

Für eine datenbasierte und qualitätsorientierte Krankenhausplanung auf der Ebene der Leistungsgruppen sind die Landesbehörden auf eine valide und aktuelle Datenbasis angewiesen. Zur Vermeidung von Doppelerhebungen und zur Entlastung der Krankenhäuser müssen die Landesbehörden deswegen in die unterjährige Übermittlung der Daten nach § 21 KHEntgG eingebunden werden (§ 21 Abs. 3b).

Die Belegkliniken müssen alle Facharztstandards am Standort behalten – das widerspricht dem Wesen einer Belegklinik.

Fachkrankenhäuser müssten alle die Leistungsgruppen Innere, Chirurgie und Intensivmedizin vorhalten, damit ihnen die spezialisierten Leistungsgruppen zugewiesen werden können. Dieses Problem hat NRW bereits in seiner LGr-Systematik erkannt und wollte dies durch landeseigene Regelungen heilen.

Viele Details zur Zählung und Wertung der Strukturanforderungen, insbesondere bei der Anrechnung der Fachärzte, scheinen im Detail noch nicht schlussendlich praxiserprobt

11) Zeitpläne nicht umsetzbar

Die im Entwurf des KHVVG vorgesehenen Fristen für die einzelnen Schritte sind nicht umsetzbar bzw. in sich widersprüchlich. Dasselbe gilt für die im Krankenhaustransparenzgesetz vorgesehenen Fristen, die sich auf die Fristen im Entwurf des KHVVG auswirken.

IM DETAIL:

| Thema: | kritisch | Unkritisch / positiv |
|--|---|--|
| <p>1. Auswirkungen des neuen Finanzierungssystems</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Bisher liegt keine Auswirkungsanalyse vor, andererseits werden erhebliche Einsparungen auf Seiten der gesetzl. Krankenversicherung genannt (ab 2026 1 Mrd. €, in der Folge jährl. steigend um 1 Mrd. €), dies muss auch in den Auswirkungen auf die Krankenhäuser modelliert werden (BIG POINT) • Anreiz zu Minderleistung (-19%) durch Vorhaltevergütungsregelung aufgrund des 20%-Korridors, § 17c i.V.m. § 37 KHG neu (BIG POINT) • Sollte es in den Stadtstaaten zu einer deutlichen Fallzahlzunahme kommen (z.B. wegen Insolvenzen und Konzentrationen im Umland) reagiert das System nur sehr verzögert auf diese Veränderungen und refinanziert die Leistungsmenge nicht. • Finanzierung bedarfsnotwendiger kleiner Krankenhäuser mit bevölkerungsbedingt geringer Fallzahl ist immer noch unzureichend, es fehlt ein Modell für eine ausreichende Finanzierung des fallunabhängigen Grundaufwandes; muss zumindest in die Evaluation aufgenommen werden (BIG POINT). • Die Folgewirkungen für die ärztliche Weiterbildung müssen modelliert werden. Es besteht u.a. das Risiko, dass die Zahl der Weiterbildungsstätten sinkt, was wiederum | <ul style="list-style-type: none"> • Ein langsamer, fast flächendeckender Rückgang der Fälle und Belegungstage wie in den letzten Jahren wäre mit dem neuen Finanzierungssystem eine Zeit lang zu rund 60% (Vorhaltebudget) abgedeckt worden. • Erhöhung bestimmter Finanzierungsanteile, wie Sicherstellungszuschläge, Vergütung Pädiatrie etc. |

| Thema: | kritisch | Unkritisch / positiv |
|---|---|--|
| | <p>insbesondere die Krankenhäuser in ländlicher geprägten Regionen schwächen würde.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unklarheiten bei der Abgrenzung von stationären und ambulanten Leistungen mit Blick auf die Krankenhausinvestitionspraxis (hier: insb. sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen, § 6b KHG neu) (BIG POINT wird die Förderpraxis massiv verändern) | |
| <p>2. Krankenhausplanungshoheit der Länder</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Die Levelteilung wurde zwar aus dem KHVVG herausgenommen, trotzdem kann aber angenommen werden, dass die beiden Systeme Transparenzverzeichnis nach KHTG und Leistungsgruppenzuweisung der Krankenhausplanung in Wechselwirkung stehen und von den KH eine hohe Zahl an LG angestrebt wird, um im Transparenzverzeichnis einen hohen Level zu erreichen. Eine Analyse dieser möglichen Wechselwirkungen sollte im Rahmen der Evaluation mitberücksichtigt werden. • Die Leistungsgruppenzuweisung der Bundeswehrkrankenhäuser und der Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen erfolgt nach Maßgabe des BMV bzw. den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen (§ 6a Abs. 1 KHG neu). Damit fehlt eine Berücksichtigung in der | <ul style="list-style-type: none"> • Bundesweit einheitliche Mindestanforderungen verhindern grundsätzlich einen Unterschreitungswettbewerb der Länder untereinander, indem durch niedrigere Anforderungen Standorte, aber auch Leistungsvolumina gesichert oder sogar ausgebaut werden. • Positiv: „Einvernehmensefordernis“ wurde auf „Benehmensefordernis“ heruntergestuft, sodass die Letztentscheidung bei der Landesplanungsbehörde liegt. |

| Thema: | kritisch | Unkritisch / positiv |
|--------|--|---|
| | <p>Krankenhausplanung der Länder und es entstehen parallele Planungsstrukturen ohne Einflussmöglichkeit der Länder. Einsprüche/Klagen anderer Leistungserbringer sind zu befürchten. Notwendig ist die Verankerung einer erforderlichen Koordinierung in Form einer Einvernehmensefordernis zugunsten der Landesplanungsbehörden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausnahmeregelung für die Zuweisung von Leistungsgruppen bei Nichteinhaltung der Qualitätsanforderungen (§ 6a Absatz 2 KHG neu): <ul style="list-style-type: none"> ○ Es besteht keine Kenntnis über die Auschlussstatbestände der RVO zur Ausgestaltung der LG, d.h. es ist nicht bekannt, für welche LG überhaupt Ausnahmen möglich sind; Klärung vor Verabschiedung des Gesetzes notwendig. ○ Mit Ausnahme der Sicherstellungshäuser (hier wird an eine Kategorie angeknüpft, deren Definition und Weiterentwicklung den Ländern komplett entzogen ist; Vorschlag gemeinsame Erarbeitung Bund und Länder, dann Definition in RVO zu LG mit Zustimmung Bundesrat.) ist die Befristung auf 3 Jahre weiterhin enthalten, dies bedeutet mangelnde Flexibilität und Eingriff in die Planungshoheit der | <ul style="list-style-type: none"> • Unbefristete Ausnahmen grundsätzlich vorgesehen |

| Thema: | kritisch | Unkritisch / positiv |
|--------|---|----------------------|
| | <p>Länder. Den Landesplanungsbehörden muss an dieser Stelle mehr Flexibilität eingeräumt werden. (BIG POINT)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Die Ermittlung/Bewertung der PKW-Fahrtzeitminuten wird nicht bundeseinheitlich sein; lässt sich nicht rechtssicher ermitteln/bewerten. Einheitliche Vorgaben erforderlich. ○ Die Regelung zu den Entfernungsminuten für Ausnahmen ist sehr missverständlich formuliert und erweckt den Eindruck, als seien 30 bzw. 40 Minuten Fahrzeit die Entfernungsobergrenze und Ausnahmen seien dann zwingend zu gewähren. Darüber hinaus gibt es Leistungsgruppen, die zentral nur wenige Male oder sogar nur einmal pro Bundesland vorgehalten werden. Die Formulierung muss daher zwingend überarbeitet werden. ○ Die Bindung der Ausnahmeregelungen an Fahrtzeitminuten schließt die Stadtstaaten von der Inanspruchnahme der Ausnahmeregelungen aus. <ul style="list-style-type: none"> • Kooperationen (BIG POINT): zur Erfüllung ausgewählter Anforderungen bestimmter LG müssen auch auf Dauer - und nicht nur im | |

| Thema: | kritisch | Unkritisch / positiv |
|--------|---|----------------------|
| | <p>Wege einer einmaligen Ausnahme von 3 Jahren - möglich sein (s. auch Hinweis zu Fachkliniken).</p> <ul style="list-style-type: none"> • MD-Gutachten, § 275a SGB V (BIG POINT): <ul style="list-style-type: none"> ○ Prüfverfahren muss vereinheitlicht und transparent sein sowie die Planungshoheit der Länder angemessen berücksichtigen. Die Qualifikation der Prüfer:innen und die Mitwirkung der Krankenhäuser müssen festgelegt sein. ○ Das 14-Tage-Prüfrecht des auftraggebenden Landes ist zu kurz und beschränkt auf den Hinweis offensichtlicher Unstimmigkeiten oder Unklarheiten (§ 275a Absatz 2 Satz 5 SGB V neu). Die 14-Tage-Frist ist administrativ in der Landesplanungsbehörde nicht leistbar und muss verlängert werden. Zur Feststellung von Unstimmigkeiten sind einheitliche Kriterien im Sinne eines Prüfkataloges erforderlich. ○ Die Gültigkeit der MD Gutachten von 2 Jahren ist zu kurz und muss auf 3 Jahre verlängert werden. Bereits zu Beginn des letzten Jahres der Gültigkeit müssen KH-Träger und Planungsbehörde ja das gesamte Verfahren erneut starten und umsetzen. Bei einer Gültigkeit von 2 | |

| Thema: | kritisch | Unkritisch / positiv |
|--------|---|----------------------|
| | <p>Jahren wäre dies schon nach Ablauf des ersten Jahres.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Der MD ist erstmalig <u>bis spätestens zum 30. September 2025</u> zu beauftragen; Abschluss dieser erstmaligen Prüfungen <u>bis spätestens zum 30. Juni 2026</u> (§ 275a Absatz 2 Satz 6-7 SGB V neu). <p>Diese Terminsetzung für den Abschluss der erstmaligen MD-Prüfung kollidiert mit den zeitlichen Vorgaben der Landesbehörden, die schon in den Jahren 2025 und 2026 ihre Krankenhauspläne anpassen möchten bzw. müssen. In diesen Fällen muss auf die Möglichkeit der Selbsteinschätzung nach § 6a KHG neu zurückgegriffen werden können.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Auch ist zu beachten, dass die Länder ihre Landeskrankenhausgesetze anpassen müssen, was zeitlich in Übereinstimmung mit den terminlichen Vorgaben des KHVVG zu bringen ist. <ul style="list-style-type: none"> ● § 40 KHG: Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von chirurgischen Leistungen im Zusammenhang mit einer onkologischen Diagnose (lt. Veбето „Verbotsliste onkologische Chirurgie“). Mit diesem Verfahren ist vorgesehen, anhand einer durch das BfArM noch zu | |

| Thema: | kritisch | Unkritisch / positiv |
|--------|---|----------------------|
| | <p>bestimmenden Liste onkologischer und onkochirurgischer Leistungen die KH-Standorte zu ermitteln, die bezogen auf die bundesweiten Gesamtfallzahlen weniger als 15% dieser Leistungen erbringen. KH, die auf der Liste stehen, dürfen diese Leistungen zukünftig nicht mehr abrechnen (KHEntgG § 8, Abs. 4).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes fraglich / Systembruch / Eingriff in Planungshoheit der Länder: wenn die Landesplanungsbehörden Leistungsgruppen nach einheitlichen Vorgaben vergeben, muss sichergestellt sein, dass die KHS, die entsprechende Leistungen erbringen, auch entsprechend vergütet werden (Bezug Begründung zum Gesetzesentwurf S. 159). Andernfalls ist die Sinnhaftigkeit der Leistungsgruppenzuweisung durch die Länder in Frage gestellt. ○ Keine Begründung bzw. Herleitung der 15%: Die Festlegung erscheint willkürlich und ist eine systematische Benachteiligung von Regionen mit bevölkerungsbedingt kleinen Fallzahlen, da von Zahlen im Bundesdurchschnitt ausgegangen wird. Setzt Fehlanreize für KH am unteren Rand bei jährlich | |

| Thema: | kritisch | Unkritisch / positiv |
|---------------------------------|---|---|
| | <p>schwankender Auslastung. Benachteiligt u.U. auch kleinere Fachkliniken, die aus Kapazitätsgründen nicht diese Zahlen erbringen können.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Das Verfahren ist wie die Mindestvorhaltezahlen erst in den RefE gelangt und war im ArbE nicht enthalten, es wurde nicht im Kreis der Länder erörtert. Keine Mitwirkungsmöglichkeit der Länder. ○ Hier sollte zumindest eine Auswirkungsanalyse erfolgen. Eine Scharfschaltung sollte erst nach Erprobung und Konvergenz erfolgen. ○ Grundsätzlich sollte versucht werden, nicht eine Menge ggf. gegenläufiger Instrumente im Gesetz zu verankern (Leistungsgruppen, Mindestvorhaltezahlen und Liste Onkologie). Perspektivisch sollte versucht werden, die onkologischen Leistungen adäquat in den Leistungsgruppen abzubilden (was aktuell nicht der Fall ist). Dann wäre ein solches Instrument nicht erforderlich. ○ Ausnahmen sind zu berücksichtigen. | |
| 3. Mindestvorhaltezahlen | <ul style="list-style-type: none"> • Das Ermittlungsverfahren statistisch abgeleitet aus einem Perzentil der Gesamtfallzahl eines Kalenderjahres je | <ul style="list-style-type: none"> • Grundsätzlich werden Mindestvorhaltezahlen als unterstützendes Steuerungsinstrument |

| Thema: | kritisch | Unkritisch / positiv |
|--------|---|--|
| | <p>Leistungsgruppe ist mathematisch zunächst nachvollziehbar, ob dieser Ansatz aber planerisch anwendbar ist, wurde noch nicht überprüft.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auch ist eine Auswertung unter Anwendung verschiedener Perzentilgrenzen nicht erfolgt. Hierzu bedarf es einer Vorabanalyse (Auswirkungsanalyse), die den Ländern bereitgestellt wird und die die Basis für eine nachvollziehbare Perzentilsetzung darstellt. • Systematische Benachteiligung von Regionen mit bevölkerungsbedingt kleinen Fallzahlen - da von Zahlen im Bundesdurchschnitt ausgegangen wird - muss vermieden werden. • Festgelegte Mindestvorhaltezahlen berücksichtigen keine krankenhausspezifischen Fallzahlschwankungen, die immer wieder vorkommen und auch durch eine jährliche Neuberechnung der Mindestzahlen auf Basis der Gesamtfallzahlen nicht aufgefangen werden können. Diesbezüglich bedarf es der Festlegung von Korridoren. • Auch bei den Mindestvorhaltezahlen orientieren sich Ausnahmeregelungen an Fahrtzeiten, wobei besondere Konstellationen in den Stadtstaaten nicht berücksichtigt sind. • Der geplante Wegfall der Vorhaltevergütung im Folgejahr bei Unterschreitung der Mindestfallzahl | <p>begrüßt, soweit die Regelung die Planungshoheit der Länder beachtet. Die konkrete Ausgestaltung ist aber überarbeitungsbedürftig und in der vorgeschlagenen Form abzulehnen. Auch ist zu verhindern, dass das Instrument gegenteilig eine Fallmengensteigerung oder auch eine Mengensteigerung insbesondere bei kleinen Versorgern induziert.</p> |

| Thema: | kritisch | Unkritisch / positiv |
|--------|---|----------------------|
| | <p>(KHEntgG § 8 Abs. 4), darf nicht schon innerhalb der Konvergenzphase scharf geschaltet werden. Dies muss zeitlich gestuft werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entsprechend ist dringend darauf hinzuwirken, dass das System der Mindestvorhaltezahlen zunächst ohne Scharfschaltung im Rahmen einer Erprobungsphase eingesetzt wird. Erst nach Vorliegen der Ergebnisse der Erprobungsphase ist das Instrument nach Abstimmung mit den Landesbehörden scharf zu schalten. • Es sind Unstimmigkeiten zwischen den gemeldeten Fallzahlen der Länder (Meldung an das InEK nach § 6a Abs. 4 neu KHG zum 31.10.2026) und den im Jahr 2027 festzulegenden Mindestvorhaltezahlen zu erwarten. Es entsteht der Eindruck, dass das erst im RefEntwurf und ohne vorherige Erörterung in den Länder-Arbeitsgruppen eingeführte Instrument der Mindestvorhaltezahlen nicht in Abstimmung gebracht wurde mit den bereits im ArbeitsE festgelegten Meldeterminen. Diesbezüglich ist eine Zusammenführung aller im Gesetz vorgesehenen zeitlichen Vorgaben erforderlich. Das BMG wird gebeten, den Ländern ein entsprechendes Zeittableau in grafischer Form zur Verfügung zu stellen. | |

| Thema: | kritisch | Unkritisch / positiv |
|---|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Auch ist der zeitliche Ablauf der Festlegung unklar. Inwieweit ist hier ein gestuftes Verfahren vorgesehen? Schwierige zeitliche Abläufe und fehlende Planungssicherheit für Landesplanungsbehörden und KH müssen vermieden werden. • Verbindlichkeit unklar – können die Vorgaben regional erhöht werden? (Erfordernis zur Konzentration in verdichteten Räumen) | |
| 4. Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben | <ul style="list-style-type: none"> • Festlegung nur auf Unikliniken nicht sachgerecht (s. z.B. Geriatrie), auch andere Maximalversorger müssen bestimmt werden können (je nach Aufgabe und regionalen Bedarfen der Länder) | |
| 5. Sektorenübergreifende Versorger | <ul style="list-style-type: none"> • Auftrag, Organisation und Finanzierung offen • Abstimmung der Planung mit KV erforderlich, da neues Verfahren. Hierfür sind gesetzliche Vorgaben erforderlich. • Erweiterung der Tätigkeit der SÜBV sowie anderen KH im ambulanten Spektrum wird als notwendig angesehen, um Versorgung in der Fläche zu sichern. (Neben den anzugleichenden Ermächtigungen in § 116a Abs. 1 und 2 SGBV muss hier auch die Zulassung von Institutsambulanzen möglich sein.) | <p>Die Regelungen zur Etablierung Sektorübergreifender Versorger werden ausdrücklich begrüßt.</p> <p>Einzelne kritische Punkte werden in der konkreten Operationalisierung gesehen (siehe kritische Punkte).</p> |
| 6. Bürokratische Entlastung muss erreicht werden | <p>Eher vermehrte Bürokratie erkennbar:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Positiv ist die Aufnahme der Evaluierungsvorschrift auf Wirken der FHH in § 426 SGB V; negativ ist allerdings, dass die von uns |

| Thema: | kritisch | Unkritisch / positiv |
|--|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Vermehrte Meldeinhalte und Verfahren, deren Inhalte für die Umsetzung KHVVG erforderlich sind: PPBG, KHTG, • Erheblicher bürokratischer Mehraufwand der Landesbehörden durch die neuen Meldeverfahren im Kontext der LG-Zuordnung (§ 6a KHG) und der Vorhaltevergütung (§ 6b KHEntgG). • Bürokratischer Mehraufwand im Kontext der MD-Begutachtung und der Prüfung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen. • Weiterhin parallele G-BA-Verfahren und Regelungen. • Keine Kompensation durch Wegfall bisheriger bürokratischer Aufwände bei den Landesbehörden, keine finanzielle Kompensation der bürokratischen Mehraufwände der Landesbehörden. | <p>vorgeschlagene Evaluierung des Bürokratieabbaus nicht berücksichtigt worden ist</p> <ul style="list-style-type: none"> • Positiv: Wegfall des Fixkostendegressionsabschlags • Wegfall der anlasslosen Abrechnungsprüfungen durch die GKV |
| <p>7. Rechtsverordnung zur Weiterentwicklung der Leistungsgruppen</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Für die 5 neuen LG sind keine Abgrenzungen und Zuordnungen erkennbar. Verschärfung der Anforderungen sind nicht begründet. (Die neue LG Kinder- und Jugendmedizin verlangt als Mindestvoraussetzung die Kinderkrankenpflegeausbildung (mind. als Kooperation). Dies kann perspektivisch zu Problemen führen, weil eine generalisierte Pflegeausbildung etabliert wurde). • Auch bleibt unklar, wie die Regelungen der bisherigen NRW-Leistungsgruppen mit den neuen Leistungsgruppen verschränkt werden sollen. | |

| Thema: | kritisch | Unkritisch / positiv |
|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> Beschriebenes Verfahren zu umständlich, regelhafte Einbeziehung der Fachgesellschaften führt zu Verzögerungen und ist nicht frei von Lobbyismus. | |
| 8. Transformationsfonds - § 12b KHG neu | <ul style="list-style-type: none"> Zu spät, sollte ab sofort genutzt werden können (Klarstellung der mdl. Zusage, dass Stichtag auf den Tag der Kabinettsbefassung vorverlegt werden kann). Begründung: Die KH müssen sofort mit der Bauplanung beginnen können, wir verlieren sonst 2 Jahre der baufachlichen Planung und damit auch 2 Jahre bis zur Fertigstellung der investiven Maßnahmen. Erweiterung der Fördertatbestände notwendig, (insb. Digitalisierung und Ertüchtigung von KH auch ohne Zentralisierung bezogen auf das zu fördernde bedarfsnotwendige KH, damit es gezielt Leistungsgruppen erbringen kann sowie Aufbau ambulanter Kapazitäten, die Bildung integrierter Notfallstrukturen, insbesondere durch bauliche Maßnahmen; die Konzentration von Ausbildungsstätten) Hohe Belastung der Länderhaushalte Verwaltungskosten der Länder sollten parallel zur Regelung für das BAS aus dem Fonds finanziert werden können. | Einrichtung wird dem Grunde nach ausdrücklich begrüßt. |
| 9. Zustimmungspflicht im Bundesrat | Hinweis: grundsätzlich werden diese Argumente nicht weiter angeführt werden können → Diskussionsspirale, deswegen hier nur als Hintergrundinformation): | |

| Thema: | kritisch | Unkritisch / positiv |
|--------|---|----------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Gesetzentwurf wird aktuell als nicht zustimmungspflichtig deklariert. Dies stellt gegenüber den vorherigen Aussagen des BMG im Rahmen der Abstimmungen zwischen Bund und Ländern einen erheblichen Vertrauensbruch dar. • Gemäß § 135e Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 SGB V neu sollen Leistungsgruppen und Qualitätskriterien nach Absatz 1 durch eine <u>zustimmungspflichtige Rechtsverordnung</u> festgelegt und weiterentwickelt werden. Demgegenüber sollen bis zum Inkrafttreten dieser Rechtsverordnung, also spätestens bis zum 31.05.2025 mit Wirkung ab dem 01.01.2027 (§ 135e Absatz 2 Satz 2 SGB V neu) gemäß § 135e Absatz 4 SGB V neu <ul style="list-style-type: none"> - die Leistungsgruppen nach Anlage 1, - die Qualitätskriterien aus NRW und - die Qualitätskriterien nach Anlage 2 für die in Anlage 1 genannten Leistungsgruppen – namentlich Nummern 3 (Infektiologie), 16 (Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie), 27 (Spezielle Traumatologie), 47 (Spezielle Kinder- und Jugendmedizin) und 65 (Notfallmedizin) <u>ohne Zustimmung des Bundesrates durch den Bund</u> im Wege eines Einspruchsgesetzes normiert werden. Dies dürfte die Gesetzgebungskompetenz des Bundes überschreiten, zumal hier ein | |

| Thema: | kritisch | Unkritisch / positiv |
|---|---|----------------------|
| | <p>Wertungswiderspruch vorliegt. Denn wenn die Weiterentwicklung von Leistungsgruppen und Qualitätskriterien zustimmungspflichtig sein soll, dann muss erst recht die erstmalige Erarbeitung von Leistungsgruppen und Qualitätskriterien zustimmungspflichtig sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> • BMG soll Planung auf Bundesebene offenlegen. • Risiko tragen am Ende die Länder im Rahmen ihrer Planung und kann die Umsetzung KHVVG massiv behindern. | |
| 10. Sonstige Themen: | | |
| Datenlieferungen und Rückläufe an die Landesbehörden - 1 | <p>Für eine datenbasierte Krankenhausplanung auf der Ebene der Leistungsgruppen sind die Landesbehörden auf eine valide und aktuelle Datenbasis angewiesen. Zur Vermeidung von Doppelerhebungen und zur Entlastung der Krankenhäuser müssen die Landesbehörden deswegen in die unterjährige Übermittlung der Daten nach § 21 KHEntgG eingebunden werden (§ 21 Abs. 3b).</p> <p>In § 21 Abs. 3b KHEntgG sind die folgenden Änderungen vorzunehmen:</p> <p>In Satz 1 sind nach dem Wort „Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ das Wort „sowie“ durch ein Komma zu ersetzen und nach dem Wort „Entgeltsysteme“ die Worte „sowie</p> | |

| Thema: | kritisch | Unkritisch / positiv |
|--|--|----------------------|
| | <p>zum Zwecke der Krankenhausplanung“ zu ergänzen.</p> <p>In Satz 4 sind nach der Zeichenfolge „Satz 1“ die Worte „sowie an die zuständigen Landesbehörden“ zu ergänzen.</p> | |
| <p>Datenlieferungen und Rückläufe an die Landesbehörden - 2</p> | <p>Die Landesbehörden sind auf eine valide Datenbasis zur Umsetzung einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung angewiesen.</p> <p>Die Angaben des insgesamt beschäftigten Pflegepersonals und des insgesamt in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigten Pflegepersonals nach § 21 Abs. 2 Nr. 1e KHEntgG bilden dazu eine wesentliche Grundlage. Entsprechend sind die Landesbehörden in die Datenübermittlung auch dieser Daten einzubinden.</p> <p>In § 21 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 KHEntgG sind nach den Worten a bis c die Worte und e einzufügen.</p> | |
| <p>Belegkliniken</p> | <p>Die Belegkliniken müssen alle Facharztstandards am KH-Standort einhalten. Das widerspricht dem Wesen einer Belegklinik und setzt dieser Leistungsform ein Ende.</p> | |
| <p>Fachkliniken</p> | <p>BIG POINT: Die Fachkrankenhäuser (vor allem Geriatrie, Orthopädie, Onkologie, Gastroenterologie und Endoprothetik) müssten alle die LGr. INN, CHI und Intensiv vorhalten, damit ihnen die spezialisierten LGr. zugewiesen werden können. Das hat NW auch bereits als Fehler in seiner LGr-Systematik erkannt und</p> | |

| Thema: | kritisch | Unkritisch / positiv |
|---|---|----------------------|
| | <p>wollte das durch landeseigene Regelungen ermöglichen und heilen. Hierfür muss das KHVVG aber um eine dauerhafte Regelung zu Gunsten der Fachkrankenhäuser ergänzt werden.</p> | |
| <p>Details in der Zählung der anzurechnenden Strukturanforderungen, insb. die Anrechnung der Fachärzte</p> | <p>Viele Details zur Zählung und Wertung der Strukturanforderungen scheinen im Detail noch nicht schlussendlich praxis-erprobt. (Bsp.: Aufgrund des Zuschnittes der LG mit unterschiedlicher Kleinteiligkeit (z.B. Gynäkologie 4 LG, Urologie: 1 LG) führt dies zu sachlich nicht gerechtfertigten Unterschieden bei der Vorhaltung von Fachärzten). Hierzu bedarf es der Möglichkeit von Anpassungen in der geplanten RVO, um Schwierigkeiten, die sich in der praktischen Umsetzung ergeben, berücksichtigen zu können.</p> | |

| Zeitplan Krankenhausreform 2030 - Inkrafttreten KHVG aktuell zum 01.01.2025 angenommen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|----|----|--|----|----|----|----|----|----|----|----|---|----|----|------|----|----|--|----|----|------|----|----|----|----|----|--|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 2024 | | | | 2025 | | | | | | | | | | | | 2026 | | | | | | 2027 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Thema | Ja | Fe | Mä | Ap | Ma | Ju | Ju | Au | Se | Ok | No | De | Ja | Fe | Mä | Ap | Ma | Ju | Ju | Au | Se | Ok | No | De | Ja | Fe | Mä | Ap | Ma | Ju | Ju | Au | Se | Ok | No | De | Jan |
| KH-Transparenzgesetz in Kraft 26.03.2024 | 01.05.2024 Beginn Veröffentlichung Transparenzverzeichnis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 30.09.2024 Veröffentlichung Fallzahlen nach Fachabteilungen (bis Ende September) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 01.10.2024 Veröffentlichung Fallzahlen nach Leistungsgruppen (ab Oktober) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Auftrag BMG an Selbstverwaltung und BfArM | Entwicklung von Vorgaben für die Zuordnung von Krankenhaus-Fällen zu Leistungsgruppen ab Oktober 2024 (Leistungsgruppen-Grouper) durch das InEK | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Konzept VorhalteVerg bis 30.09.24 durch InEK (§37 KHG) | | | | | | | | | | | | Vorbereitung Vorhaltevergütung / Ausgliederung Vorhaltebewertungsrelationen aus Fallpauschalenkatalog für Katalog 2025 (erfolgt i.d.R. im Vorjahr = 2024) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | bis 28.02.25 Erstellung Liste onkolog. Leistungen (§ 40 KHG) | | | | | | | | | | | | Veröffentlichung bis 30.04.25 InEK Website | | | | | | Veröffentlichung der Liste onkologischer Leistungen nach § 40 KHG krankenhausbefugten bis 31.05.2025 | | | | | | | | | Leistungen lt. Liste können nicht mehr vergütet werden | | | | | | | | | |
| Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz - KHVG Inkraft 01.01.2025 (?) | ArbeitsE ReferentenE | | | Parlamentarisches Gesetzgebungsverfahren ab 24.04.2024 | | | | | | | | | Inkrafttreten Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVG voraussichtlich 01.01.2025 → | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | RVO Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung (§ 135e SGB V) (Erlass bis 31.03.25, Gültig ab 01.01.27) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Bauftragung MD durch Planungsbehörden zur Prüfung der Qualitätsanforderungen bis spätestens 30.09.2025 (MD-Gutachten). Die Beauftragung muss vor Zuweisung der LG durch Planungsbehörde erfolgen. | | | | | | | | | | | | Abschluss MD-Gutachten bis spätestens 30.06.2026 Bis zum Vorliegen des MD-Gutachtens kann die Erfüllung der Qualitätsanforderungen durch Selbsteinschätzung nachgewiesen werden. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Länder weisen bis 31.10.2026 den Krankenhäusern Leistungsgruppen / Fallzahlen zu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ebene Bund | Bis 30.06. jedes Jahres Meldung Auswertung Mindestvorhaltezahlen InEK an Landesbehörden | | | | | | | | | | | | Mindestvorhaltezahlen in Kraft ab 2027 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |