



# AKG

Allianz Kommunalen  
Großkrankenhäuser e. V.

**Allianz Kommunalen  
Großkrankenhäuser e.V.**

Geschäftsstelle Berlin  
Hausvogteiplatz 1  
10117 Berlin

Nils Dehne  
Geschäftsführer  
030 68051537  
[nils.dehne@akg-kliniken.de](mailto:nils.dehne@akg-kliniken.de)

Berlin, 30. April 2024

## AKG-STELLUNGNAHME

ZUM KRANKENHAUSVERSORGUNGSVERBESSERUNGSGESETZ (KHVVG)

### GRUNDSÄTZLICHE EINORDNUNG

Die AKG-Kliniken erkennen den grundlegenden Wandel der Gesundheitsversorgung als Konsequenz aus dem demografischen Wandel und dem medizinisch-technischen Fortschritt in der Versorgung an. Schon heute stehen weder ausreichend Fachkräfte noch finanzielle Ressourcen für eine Fortsetzung der bisherigen Versorgung in den etablierten Strukturen zur Verfügung. Eine Verbindung von Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung kann dazu beitragen, dass die finanziellen Mittel dort allokiert werden, wo sie für die Versorgung tatsächlich benötigt werden. Eine Voraussetzung dafür ist eine aktive Krankenhausplanung der Länder und die konsequente Verankerung von Planfallzahlen im Rahmen der Planungsprozesse. Im Ergebnis müssen neue Formen der Zusammenarbeit in der Versorgung auch über die bisherigen Sektorengrenzen hinaus entwickelt werden, die eine zeitlich und räumlich unabhängige Verfügbarkeit der notwendigen Expertise und einen effizienteren Einsatz der knappen Personalressourcen ermöglichen. Hierfür braucht es eine Koordinierungsfunktion, die einerseits den regionalen Bezug sicherstellt und eine übergeordnete Verantwortung mit den relevanten Versorgungskapazitäten in Verbindung bringt.

Die jahrzehntelang etablierten Mechanismen der Krankenhausfinanzierung sind angesichts nicht ausreichender Refinanzierung von Tarifkosten und einer sprunghaft angestiegenen Inflation dringend anzupassen. Die akute wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser darf jedoch den grundlegenden Reformprozess nicht torpedieren.

Die notwendigen Strukturanpassungen sind mit einem umfassenden Investitionsprogramm zu unterstützen. Dabei ist darauf zu achten, dass insbesondere die Vorreiter für effiziente und zukunftsfähige Krankenhausstrukturen nicht zum Abwarten motiviert werden. Der Transformationsprozess muss jetzt angestoßen und mit finanziellen Impulsen gefördert werden.

Im Einzelnen schlagen die AKG-Kliniken folgende Kompromisslösungen für eine zügige Konsentierung der angestoßenen Krankenhausreform vor:

## **EXECUTIVE SUMMARY**

### **LEISTUNGSGRUPPEN §135e SGB V und AUSNAHMEREGLUNGEN §6A KHG**

Ausnahmeregelungen sind im Sinne der Versorgungssicherheit befristet erforderlich, dürfen jedoch nicht zu einer Relativierung der Anforderungen oder zu dauerhaften Abweichungen von der gemeinsamen Planungslogik führen. Durch eine regionale Zusammenarbeit mit Krankenhäusern einer höheren Versorgungsstufe können Qualitätsunterschiede in der Versorgung kompensiert werden.

### **ONKOCHIRURGISCHE EINGRIFFE §40 Abs. 2 KHG**

Eine zu differenzierte Betrachtung nach Leistungsgruppen kann zu einer unsachgerechten Benachteiligung onkologischer Zentren führen. Darüber hinaus ist bei Eingriffen, die mit Mindestmengen belegt sind, der Ausschluss von Zentren, die diese Mindestmengen erfüllen aber in den unteren 15% der Leistungserbringer liegen, durch diese Regelung nicht sachgemäß.

### **KOORDINIERUNGSFUNKTION §6A Abs. 5 KHG**

Eine bedarfsgerechte und tragfähige Versorgung erfordert zukünftig eine verbindlich abgestimmte Zusammenarbeit verschiedener Versorgungslevel innerhalb einer Region. Die Ausgestaltung der Koordinierungsfunktion im aktuellen Referentenentwurf wird den tatsächlichen Anforderungen an eine koordinierte Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern nicht gerecht. Ein klarer regionaler Bezug für die Zusammenarbeit der Krankenhäuser ist von großer Bedeutung und die administrative Rolle in der Koordinierung kann nicht ohne den Bezug zur Versorgungsrolle gedacht werden. Die Koordinierungsfunktion ist inhaltlich zu erweitern – insbesondere mit Fokus auf eine abgestimmte Notfallversorgung – und Kriterien für einen regionalen Bezug von koordinierendem Krankenhaus und Versorgungsregion zu definieren.

### **VORHALTEVOLUMEN JE LAND UND LEISTUNGSGRUPPE §37 Abs. 1 KHG**

Eine echte fallunabhängige Vorhaltefinanzierung hat das Potential, die stationäre Leistungserbringung grundlegend zu verändern. Sie sorgt für eine nachhaltige Reduzierung der bestehenden Mengenanreize und kann bei sinnvoller Ausgestaltung dazu beitragen, dass sich die Krankenhäuser auf ihre jeweilige Versorgungsrolle fokussieren können, ohne in wirtschaftliche Existenzprobleme zu geraten. Voraussetzung dafür ist eine fallunabhängige Ausgestaltung der Vorhaltefinanzierung.

### **AUSZAHLUNG VORHALTEBUDGET §6b Abs. 1 & 2 KHG**

Die vorgesehene Auszahlung des Vorhaltebudgets schafft Anreize zur unterjährigen Mengensteuerung mit dem Ziel einer möglichst schnellen Vereinnahmung des gesamten Vorhaltebudgets. Sobald das Budget vollständig an das Krankenhaus ausgezahlt wurde, entsteht dann jedoch ein starker Anreiz, das Leistungsangebot zu reduzieren und Kosten zu minimieren. Diesen Fehlanreizen kann mit einem Vorhaltefonds auch ohne Auswirkungen auf den Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen entgegengewirkt werden.

## **TRANSFORMATIONSFONDS §12b Abs. 1 KHG**

Der Mitteleinsatz sollte im Sinne einer Optimierung der Versorgung größtmögliche Wirkung entfalten. Hierfür ist analog zum bisherigen Strukturfonds eine entsprechende Ausnahmeregelung im Rahmen des Wettbewerbsrechtes zu verankern. Andernfalls besteht das Risiko, dass die angestrebten Ziele der Krankenhausreform aufgrund einer konkurrierenden Rechtslage nicht erreicht werden können. Darüber hinaus ist eine Erweiterung der Förderzwecke im Strukturfonds für den vorgesehenen Verlängerungszeitraum analog zum neuen Transformationsfonds sicherzustellen.

## **NOTFALLREFORM**

Die geplante Notfallreform sollte zeitlich und inhaltlich in unmittelbarem Zusammenhang mit der Krankenhausreform beschlossen werden. Dabei ist auf eine konsistente Einbindung der bestehenden Notfallstufen sowie der zukünftigen Koordinierungsfunktion zu achten. Die derzeit bestehende große Unsicherheit für die Krankenhäuser über die zukünftige Ausrichtung stellt ein großes Risiko für die Sicherung der flächendeckenden Versorgung dar.

### BEWERTUNG UND HINWEISE

Die Leistungsgruppensystematik sorgt für einen Einstieg in eine bundeseinheitliche Planungssprache und bietet eine gute Grundlage für eine schrittweise Ausdifferenzierung der Versorgungsrollen. Dafür ist eine systematische Weiterentwicklung sicherzustellen.

**Ausnahmeregelungen sind im Sinne der Versorgungssicherheit befristet erforderlich, dürfen jedoch nicht zu einer Verwässerung der Anforderungen oder zu dauerhaften Abweichungen von der gemeinsamen Planungslogik führen.** Nur dann kann eine bundesweit einheitliche und bürokratiearme Überprüfung der Strukturanforderungen sichergestellt und der bürokratische Aufwand bei der Rechnungsprüfung perspektivisch erheblich reduziert werden. Fragen der Sicherstellung sind durch neue Versorgungskonzepte zu lösen und dürfen nicht zu Abstrichen in der Qualität führen. Die Verankerung von Mindestvorhaltezahlen auf Ebene der Leistungsgruppen ist eine sinnvolle Ergänzung und trägt dazu bei, medizinisch und wirtschaftlich tragfähige Organisationseinheiten zu schaffen.

## AUSNAHMEREGLUNGEN FÜR SICHERSTELLUNGSHÄUSER §6A Abs. 2 KHG

### REFERENTENENTWURF

*Abweichend von Absatz 1 Satz 3 kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen dem Krankenhaus Leistungsgruppen zuweisen, deren Qualitätskriterien nicht erfüllt sind, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist und eine Abweichung von den Qualitätskriterien für die Leistungsgruppe nicht nach der Rechtsverordnung aufgrund § 135e Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ausgeschlossen ist. Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich, wenn ein anderes Krankenhaus, dem die jeweilige Leistungsgruppe nach Absatz 1 Satz 1 zugewiesen ist, innerhalb der nachfolgend festgelegten PKW-Fahrtzeitminuten nicht flächendeckend erreichbar ist. Die PKW-Fahrtzeitminuten betragen:*

- 1. für die Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie, 30 PKW-Fahrtzeitminuten,*
- 2. für die übrigen Leistungsgruppen 40 PKW-Fahrtzeitminuten.*

*Die Zuweisung der Leistungsgruppen ist im Fall des Satzes 1 mit der Auflage der Erfüllung der Qualitätskriterien nach Absatz 1 Satz 3 innerhalb einer Frist von höchstens drei Jahren zu verbinden. Solange ein Krankenhaus in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist, kann die Leistungsgruppe abweichend von Satz 4 unbefristet zugewiesen werden. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann sich für die Erteilung einer Auflage nach Satz 4 durch den Medizinischen Dienst beraten lassen. Bei der Entscheidung nach Satz 1 handeln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich.*

---

## BEWERTUNG UND HINWEISE

Mit dauerhaften Ausnahmeregelungen für Krankenhausstandorte, die in der Liste nach §9 Absatz 1a Krankenhausentgeltgesetz (Sicherstellungskrankenhäuser) enthalten sind, werden **langfristige Qualitätsunterschiede in der Versorgung** hingenommen. Diese **können durch eine regionale Zusammenarbeit mit Krankenhäusern einer höheren Versorgungsstufe kompensiert werden**. Hierbei ist insbesondere auf eine gemeinsame Qualitätssicherung sowie Fort- und Weiterbildung des medizinischen und pflegerischen Personals hinzuwirken, um eine hochwertige Patientenversorgung zu gewährleisten.

---

## ÄNDERUNGSVORSCHLÄGE (IN ROT)

*[...] Solange ein Krankenhaus in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen ist, kann die Leistungsgruppe abweichend von Satz 4 unbefristet zugewiesen werden, **sofern für die betroffenen Leistungsgruppen eine verbindliche Kooperationsvereinbarung mit einem Krankenhaus nach § 135d Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht, dass selbst die notwendigen Qualitätsanforderungen an die betreffende Leistungsgruppe erfüllt. Die Kooperationsvereinbarung muss insbesondere Regelungen zu einer gemeinsamen Qualitätssicherung sowie zur Aus- und Weiterbildung des medizinischen und pflegerischen Personals enthalten.** Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann sich für die Erteilung einer Auflage nach Satz 4 durch den Medizinischen Dienst beraten lassen. Bei der Entscheidung nach Satz 1 handeln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich.*

## ONKOCHIRURGISCHE EINGRIFFE §40 Abs. 2 KHG

---

### REFERENTENTWURF

*Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus identifiziert auf Grundlage der Leistungsdaten nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Jahr 2023 alle Krankenhausstandorte, die Leistungen der Liste nach Absatz 1 Satz 4 erbracht haben, und sortiert diese Krankenhausstandorte aufsteigend entsprechend der Anzahl ihrer Fälle, bei denen Leistungen der Liste nach Absatz 1 Satz 4 erbracht worden sind, je Indikationsbereich nach Absatz 1 Satz 3. Bis zum 31. Mai 2025 veröffentlicht das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus barrierefrei auf seiner Internetseite eine nach Leistungsgruppen und Indikationsbereichen nach Absatz 1 Satz 3 differenzierte Liste mit den Krankenhausstandorten, die nach der Sortierung nach Satz 1 die wenigsten Fälle und zusammen 15 Prozent der Fälle aller Krankenhausstandorte in dem jeweiligen Indikationsbereich aufweisen, bis einschließlich aller Krankenhausstandorte, deren Fallzahl zur Erreichung der 15 Prozent führt. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat zu gewährleisten, dass Fälle eindeutig den Indikationsbereichen nach Absatz 1 Satz 3 zugeordnet werden können und zertifiziert hierzu entwickelte Datenverarbeitungslösungen unter Berücksichtigung dieser Vorgabe. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen und der nach § 135d Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch benannten Stelle barrierefrei die in Satz 2 genannte Liste.*

---

## BEWERTUNG UND HINWEISE

Der Vergütungsausschluss bei geringen Fallzahlen von onkochirurgischen Eingriffen ist ein wertvoller Beitrag zur Qualitätssteigerung in der onkologischen Versorgung. Der Zusammenhang von Qualität und Menge ist in diesem Bereich besonders relevant. **Allerdings führt eine differenzierte Betrachtung nach Leistungsgruppen zu einer unsachgerechten Benachteiligung von onkologischen Zentren.** Im Einzelfall ist es denkbar, dass onkologische Zentren, die in einzelnen Indikationsbereichen nur wenige Fälle aufweisen, insgesamt aber das gesamte onkologische Spektrum bedienen, durch den vorliegenden Regelungsentwurf von der Abrechnung einzelner Eingriffe der kleineren Indikationsbereiche ausgeschlossen werden. Umgekehrt werden Krankenhausstandorte mit einer hohen Fallzahl von Eingriffen in einem einzelnen Indikationsbereich mit dem vorliegenden Regelungsentwurf gestärkt. Dieser Zusammenhang widerspricht einer medizinisch wünschenswerten Etablierung onkologischer Versorgungszentren mit allen denkbaren Behandlungsoptionen. **Darüber hinaus ist bei Eingriffen, die mit Mindestmengen belegt sind, der Ausschluss von Zentren, die diese Mindestmengen erfüllen aber in den unteren 15% der Leistungserbringer liegen, durch diese Regelung nicht sachgemäß** und sollte durch eine entsprechende Klarstellung verhindert werden.

---

## ÄNDERUNGSVORSCHLÄGE (IN ROT)

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus identifiziert auf Grundlage der Leistungsdaten nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Jahr 2023 alle Krankenhausstandorte, die Leistungen der Liste nach Absatz 1 Satz 4 erbracht haben, und sortiert diese Krankenhausstandorte aufsteigend entsprechend der Anzahl ihrer Fälle, bei denen Leistungen der Liste nach Absatz 1 Satz 4 erbracht worden sind, ~~je Indikationsbereich nach Absatz 1 Satz 3.~~ Bis zum 31. Mai 2025 veröffentlicht das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus barrierefrei auf seiner Internetseite eine ~~nach Leistungsgruppen und Indikationsbereichen nach Absatz 1 Satz 3 differenzierte~~ Liste mit den Krankenhausstandorten, die nach der Sortierung nach Satz 1 die wenigsten Fälle und zusammen 15 Prozent der Fälle aller Krankenhausstandorte ~~in dem jeweiligen Indikationsbereich~~ aufweisen, bis einschließlich aller Krankenhausstandorte, deren Fallzahl zur Erreichung der 15 Prozent führt. [...]

## KOORDINIERUNGSFUNKTION §6A Abs. 5 KHG

---

### REFERENTENENTWURF

Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann Krankenhäusern unter den Voraussetzungen nach Satz 3 im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen folgende Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zuweisen:

1. Die krankenhäusübergreifende Koordinierung von Versorgungsprozessen und -kapazitäten, insbesondere bei Großschadenslagen und
2. die Konzeption und die Koordinierung des Einsatzes regionaler, insbesondere telemedizinischer, Versorgungsnetzwerke sowie informationstechnischer Systeme und digitaler Dienste.

Das Nähere zu den Aufgaben nach Satz 1 regeln die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2. Die Aufgaben nach Satz 1 dürfen nur Krankenhäusern zugewiesen werden, die der Versorgungsstufe

nach § 135d Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugeordnet sind. Ist in dem jeweiligen Land kein Krankenhaus der Versorgungsstufe nach Satz 3 zugeordnet, dürfen die Aufgaben nach Satz 1 auch Krankenhäusern zugewiesen werden, die der Versorgungsstufe nach § 135d Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugeordnet sind. Absatz 1 Satz 10 und 11 gilt entsprechend. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus die Zuweisung nach Satz 1 erstmalig bis zum 31. Oktober 2026, danach jeweils zum 31. Oktober des laufenden Kalenderjahres, zu übermitteln. Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend.

---

## BEWERTUNG UND HINWEISE

Die zwingende Notwendigkeit einer regionalen Koordinierungsfunktion ergibt sich aus den Erkenntnissen der Corona-Pandemie und der Einführung von Versorgungsleveln. **Eine bedarfsgerechte und tragfähige Versorgung erfordert zukünftig eine verbindlich abgestimmte Zusammenarbeit verschiedener Versorgungslevel innerhalb einer Region.** Dabei sind Administration und Versorgung konsequent gemeinsam zu denken, um Fehlanreize in der Versorgungssteuerung zu vermeiden. Nur so kann eine wirtschaftlich und medizinisch tragfähige Versorgung entsprechend der jeweiligen Versorgungsrolle sichergestellt werden. Bis die Steuerungslogik des Transparenzregisters seine volle Wirkung entfalten wird, bedarf es einer entsprechenden Koordinierung in den Regionen. Das gilt insbesondere angesichts der bisher zeitlich nicht mit der Krankenhausreform abgestimmten Notfallreform. Hierbei sind bestehende Kapazitäten und Strukturen mit klarem regionalem Bezug sinnvoll zu nutzen. Je nach regionalen Gegebenheiten kommen verschiedene Akteure für diese Aufgabe in Betracht. Für eine funktionierende Zusammenarbeit vor Ort ist ein einheitliches Verständnis zum regionalen Wirkungskreis von herausragender Bedeutung und trägt zu gleichwertigen Versorgungsverhältnissen bei. Für den Betrieb notwendiger Netzwerkinfrastrukturen und administrativer Organisationsstrukturen ist eine adäquate Vergütung dieser Aufgabe sicherzustellen. Hierfür bedarf es einheitlicher Anforderungen und eines transparenten Auswahlprozesses. Eine zeitliche Befristung dieser Funktion erscheint im Sinne eines Qualitätswettbewerbes erstrebenswert.

---

## ÄNDERUNGSVORSCHLÄGE (IN ROT)

Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann Krankenhäusern unter den Voraussetzungen nach Satz 3 im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen folgende Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zuweisen:

1. Die krankenhäusübergreifende Koordinierung von Versorgungsprozessen und -kapazitäten, insbesondere bei Großschadenslagen und
2. die Konzeption und die Koordinierung des Einsatzes regionaler, insbesondere telemedizinischer, Versorgungsnetzwerke sowie informationstechnischer Systeme und digitaler Dienste,
3. den Betrieb und die Koordination von regionalen Netzwerken in der Notfallversorgung und zur Sicherung der Versorgungsqualität in Krankenhausstandorten nach §6a Abs. 2 unter Einbindung von Krankenhäusern verschiedener Versorgungslevel und den Leistungserbringern des Rettungsdienstes.

Das Nähere zu den Aufgaben nach Satz 1 regeln die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2. **Dazu zählen insbesondere auch Anforderungen für einen regionalen Bevölkerungsbezug.** Die Aufgaben nach Satz 1 dürfen nur Krankenhäusern zugewiesen werden, die der Versorgungsstufe

nach § 135d Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugeordnet sind, **sofern und soweit diese den regionalen Bezug gemäß Satz 3 erfüllen**. Ist in der jeweiligen **Region** kein Krankenhaus der Versorgungsstufe nach Satz 4 zugeordnet, dürfen die Aufgaben nach Satz 1 auch Krankenhäusern zugewiesen werden, die der Versorgungsstufe nach § 135d Absatz 4 Satz 2 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugeordnet sind. Absatz 1 Satz 10 und 11 gilt entsprechend. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus die Zuweisung nach Satz 1 erstmalig bis zum 31. Oktober 2026, danach jeweils zum 31. Oktober des laufenden Kalenderjahres, zu übermitteln. Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend.

## VORHALTEVOLUMEN JE LAND UND LEISTUNGSGRUPPE §37 Abs. 1 KHG

### REFERENTENENTWURF

Im Anschluss an die Übermittlung nach § 6a Absatz 4 Satz 1 ermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus jeweils im selben Jahr bis zum 30. November für dieses Land die Summe der Vorhaltebewertungsrelationen (Vorhaltevolumen). Die Grundlage für das Vorhaltevolumen je Land bilden die nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Vorjahr übermittelten Fälle, die mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet werden, mit Ausnahme der Fälle von Krankenhäusern, die nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 6 zu sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen bestimmt worden sind, und die Vorhaltebewertungsrelationen für das Folgejahr. Das nach Satz 1 ermittelte Vorhaltevolumen je Land ist nach den Leistungsgruppen gemäß § 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu gliedern. Das Vorhaltevolumen je Land und je Leistungsgruppe ist auf die Krankenhausstandorte, denen die Leistungsgruppe nach § 6a zugewiesen worden ist, entsprechend den nach Absatz 2 Satz 2 oder 5 ermittelten Anteilen aufzuteilen. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstellt erstmals bis zum 30. September 2024 ein Konzept zur Vorgehensweise bei der Ermittlung des Vorhaltevolumens je Land, je Leistungsgruppe sowie je Krankenhausstandort und veröffentlicht dieses barrierefrei auf seiner Internetseite.

### BEWERTUNG UND HINWEISE

Die Vorhaltefinanzierung ist das Herzstück der Krankenhausreform. Sie verbindet erstmals die Krankenhausplanung mit der Krankenhausfinanzierung. Für eine tragfähige Vorhaltefinanzierung braucht es eine bundesweit einheitliche Planungssprache, die mit den Leistungsgruppen und Versorgungsleveln implementiert wird. **Eine echte fallunabhängige Vorhaltefinanzierung hat das Potential, die stationäre Leistungserbringung grundlegend zu verändern**. Sie sorgt für eine nachhaltige Reduzierung der bestehenden Mengenanreize und kann bei sinnvoller Ausgestaltung dazu beitragen, dass sich die Krankenhäuser auf ihre jeweilige Versorgungsrolle fokussieren können, ohne in wirtschaftliche Existenzprobleme zu geraten. Voraussetzung dafür ist eine fallunabhängige Ausgestaltung der Vorhaltefinanzierung. Eine besondere Bedeutung kommt dabei der Fortschreibung des Vorhaltebudgets zu. Hierbei sollte nicht auf Abrechnungskennzahlen, sondern vielmehr auf Morbiditätsparameter abgestellt werden. Aufgrund der fortschreitenden Ambulantisierung und dem Wegfall von Mengenanreizen ist insgesamt mit einem abnehmenden Abrechnungsvolumen im Krankenhausbereich zu rechnen. Mit abnehmenden Fallzahlen steigt jedoch die Bedeutung der Vorhaltefinanzierung an. Hierfür ist die Morbiditätsentwicklung ein geeigneter Indikator. Um das Abschmelzen der Vorhaltefinanzierung auf Basis der Mengenentwicklung abzumildern und auf diese Weise die



Mengenanreize auf Ebene der Bundesländer zu reduzieren, wäre alternativ auch ein Fallzahlenkorridor analog der Regelung nach §37 Abs. 2 denkbar.

---

#### ÄNDERUNGSVORSCHLÄGE (IN ROT)

Die Grundlage für das Vorhaltevolumen je Land bilden die nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Vorjahr übermittelten Fälle, die mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet werden, mit Ausnahme der Fälle von Krankenhäusern, die nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 6 zu sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen bestimmt worden sind, **sofern diese gegenüber der vorangegangenen Ermittlung um mehr als 20 Prozent abweicht sowie** die Vorhaltebewertungsrelationen für das Folgejahr.

---

#### AUSZAHLUNG VORHALTEBUDGET §6b Abs. 1 & 2 KHG

---

#### REFERENTENTWURF

(1) Ein Krankenhaus erhält für jede Leistungsgruppe gemäß § 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die ihm gemäß § 6a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurde, ein Vorhaltebudget, wenn die Mindestvorhaltezahle nach § 135 f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt ist oder eine Mitteilung nach § 135f Absatz 4 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über eine Ausnahme von der Erfüllung der Mindestvorhaltezahle vorliegt. Der Bescheid gemäß § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes weist die Höhe der Förderbeträge nach § 39 Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie die Summe der Vorhaltebewertungsrelationen aus, die der Berechnung des dem Krankenhaus zustehenden jährlichen Vorhaltebudgets zu Grunde liegen. Das Gesamtvorhaltebudget des Krankenhauses ergibt sich aus der Summe der im Bescheid gemäß § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ausgewiesenen Förderbeträge nach § 39 Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Multiplikation der Summe der Vorhaltebewertungsrelationen nach Satz 2 mit dem für das Anwendungsjahr vereinbarten oder festgesetzten Landesbasisfallwert.

(2) Die Auszahlung der Vorhaltevergütung erfolgt gemäß § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b.

---

#### BEWERTUNG UND HINWEISE

Für eine Abkehr von den bestehenden Steuerungsanreizen im Krankenhausmanagement ist eine rechnungsunabhängige Abzahlung der Vorhaltevergütung von großer Bedeutung. Andernfalls besteht die Gefahr, dass im Sinne einer betriebswirtschaftlichen Liquiditätssteuerung die Mengenanreize nicht wie gewünscht reduziert werden. Bereits seit einigen Jahren erfolgt die Steuerung von Krankenhäusern weniger nach Rentabilitätsparametern, sondern vielmehr nach Liquiditätsparametern. Daraus ergibt sich ein großer Fokus auf eine kontinuierliche Fallmenge im Jahresverlauf. Der tatsächliche Versorgungsbedarf ist – insbesondere bei Krankenhäusern mit einem großen Anteil von Notfällen – zyklischen Schwankungen unterworfen. Die vorgesehene Auszahlung des Vorhaltebudgets schafft Anreize zur unterjährigen Mengensteuerung mit dem Ziel einer möglichst schnellen Vereinnahmung des gesamten Vorhaltebudgets. Sobald das Budget vollständig an das Krankenhaus ausgezahlt wurde, entsteht dann jedoch ein starker Anreiz, das Leistungsangebot zu reduzieren und Kosten zu minimieren. Diesen **Fehlanreizen kann mit einem Vorhaltefonds auch ohne Auswirkungen auf den Risikostrukturausgleich**

**zwischen den Krankenkassen entgegengewirkt werden.** In diesem Falle zahlen die Kassen ihren Vorhalteanteil je Fall gemäß der eingehenden Rechnungen nicht direkt an das Krankenhaus, sondern an einen zentralen Fonds. Dieser sorgt für eine kontinuierliche Abzahlung des Vorhaltebudgets in gleichbleibenden Raten an das Krankenhaus. Mit einem Vorhaltefonds werden die Bürokratiekosten von der Ortsebene (durch die Verhandlung von Zu- und Abschlägen für Erlösausgleiche) auf eine zentrale Instanz verlagert. Eine fallunabhängige Verteilung der Vorhaltefinanzierung auf die Krankenhausstandorte kann zudem durch die Orientierung an anteiligen Versorgungsaufträgen auf Basis der Planung in den Bundesländern ermöglicht werden.

---

#### ÄNDERUNGSVORSCHLÄGE (IN ROT)

*(2) Die Auszahlung der Vorhaltevergütung erfolgt monatlich in zwölf gleichen Teilen jeweils am Monatsanfang durch den Vorhaltefonds.*

*Der Vorhaltefonds ist entsprechend zu definieren. Hierfür kommt das BAS oder eine ausgewählte Zahlstelle in jedem Bundesland in Frage.*

#### TRANSFORMATIONSFONDS §12b Abs. 1 KHG

---

#### REFERENTENENTWURF

*(1) Zur Förderung von Vorhaben der Länder zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung werden dem beim Bundesamt für Soziale Sicherung errichteten Strukturfonds in den Jahren 2026 bis 2035 weitere Mittel in Höhe von insgesamt bis zu 25 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt (Transformationsfonds); die zugeführten Mittel können jährlich höchstens bis zu 2,5 Milliarden Euro betragen zuzüglich der in den Vorjahren nicht ausgeschöpften Mittel. Im Fall einer finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherung an der Förderung nach Satz 1 erhöht sich das Fördervolumen um den entsprechenden Betrag. Fördermittel können auch zur Finanzierung der Zinsen, der Tilgung und der Verwaltungskosten von Darlehen gewährt werden, soweit diese zur Finanzierung förderungsfähiger Vorhaben nach Satz 4 aufgenommen worden sind. Aus den Mitteln nach den Sätzen 1 und 2 können gefördert werden*

- 1. Vorhaben zur standortübergreifenden Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten, wenn diese zur Erfüllung der Qualitätskriterien nach § 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder zur Erfüllung der Mindestvorhaltezahlen nach § 135f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erforderlich ist,*
- 2. Vorhaben zur Umstrukturierung eines Krankenhauses, nachdem dieses nach § 6b als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt wurde,*
- 3. Vorhaben zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen, auch soweit Hochschulkliniken an diesen Vorhaben beteiligt sind,*
- 4. wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen an Hochschulkliniken, soweit Hochschulkliniken und nicht universitäre Krankenhäuser an diesen Vorhaben gemeinsam beteiligt sind,*
- 5. wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von Krankenhausverbänden, Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen und*

6. Vorhaben zur Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen eines Krankenhauses.

[...]

(3) Voraussetzung für eine Zuteilung von Fördermitteln nach Absatz 2 ist, dass

1. Anträge für die Jahre 2026 bis 2035 jeweils spätestens bis zum 30. September des Vorjahres gestellt werden,
2. die Umsetzung des zu fördernden Vorhabens am 1. Januar 2026 noch nicht begonnen hat,
3. das antragstellende Land, gegebenenfalls gemeinsam mit dem Träger der zu fördernden Einrichtung, mindestens 50 Prozent der förderungsfähigen Kosten des Vorhabens (Ko-Finanzierung) trägt, wobei das Land mindestens die Hälfte dieser Ko-Finanzierung aus eigenen Haushaltsmitteln aufbringen muss,
4. das antragstellende Land sich verpflichtet,
  - a) in den Jahren 2026 bis 2035 jährlich Haushaltsmittel für die Investitionsförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitzustellen, die dem Durchschnitt der in den Haushaltsplänen der Jahre 2021 bis 2025 hierfür aus-gewiesenen Haushaltsmittel entspricht, und
  - b) die in Buchstabe a genannten Mittel um die vom Land getragenen Mittel nach Nummer 3 zu erhöhen und
5. die in Absatz 4 genannten Kriterien erfüllt sind.

Beträge, mit denen sich die Länder am Volumen des öffentlichen Finanzierungsanteils der förderfähigen Kosten nach § 6 Absatz 1 des Kommunalinvestitionsförderungsgesetzes beteiligen, dürfen nicht auf die vom Land zu tragenden Kosten nach Satz 1 Nummer 3 und auf die in den Jahren 2026 bis 2035 bereitzustellenden Haushaltsmittel nach Satz 1 Nummer 4 Buchstabe a angerechnet werden. Mittel aus dem Transformationsfonds dürfen nicht gewährt werden, soweit der Krankenhausträger gegenüber dem antragstellenden Land auf Grund der zu fördernden Maßnahme zur Rückzahlung von Mitteln für die Investitionsförderung verpflichtet ist. Für Mittel der Investitionsförderung, auf deren Rückzahlung das Land verzichtet hat, gilt Satz 2 entsprechend. Das Bundesamt für Soziale Sicherung prüft die Anträge und weist die Mittel zu, bis der in Absatz 2 Satz 1 genannte Anteil des Landes ausgeschöpft ist. Nicht zweckentsprechend verwendete oder überzahlte Mittel sind unverzüglich an das Bundesamt für Soziale Sicherung zurückzuzahlen, wenn eine Verrechnung mit Ansprüchen auf Auszahlung von Fördermitteln nicht möglich ist. Die für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung notwendigen Aufwendungen des Bundesamtes für Soziale Sicherung werden aus dem in Absatz 1 Satz 1 und 2 genannten Betrag gedeckt. Die Sätze 1 bis 6 gelten entsprechend für länderübergreifende Vorhaben.

---

## BEWERTUNG UND HINWEISE

Der Transformationsfonds ist das zentrale Element für einen schnellen Einstieg in den dringend notwendigen Strukturwandel in der Krankenhauslandschaft und trägt dazu bei, dass tragfähige und nachhaltige Versorgungsstrukturen umsetzbar sind. Dabei ist jedoch darauf zu achten, dass der Mitteleinsatz im Sinne einer Optimierung der Versorgung größtmögliche Wirkung entfalten kann. **Hierfür ist analog zum bisherigen Strukturfonds eine entsprechende Ausnahmeregelung im Rahmen des Wettbewerbsrechtes zu verankern.** Andernfalls besteht

das Risiko, dass die angestrebten Ziele der Krankenhausreform aufgrund einer konkurrierenden Rechtslage nicht erreicht werden können.

Darüber hinaus ist ein umgehender Einstieg in den Transformationsprozess zu fördern. Insbesondere jene Träger, die bereits heute Strukturveränderungen im Sinne der Vorhaben dieses Gesetzes angestoßen haben, können durch eine entsprechende Förderung einen wesentlichen Beitrag für die Veränderungen der gesamten Krankenhauslandschaft und die Akzeptanz in der Bevölkerung leisten. **Hierfür ist eine Erweiterung der Förderzwecke im Strukturfonds für den vorgesehenen Verlängerungszeitraum analog zum neuen Transformationsfonds sicherzustellen.**

## NOTFALLREFORM

Eine Reform der Notfallversorgung gehört zu den entscheidenden Erfolgsfaktoren für eine grundlegende Reform der Krankenhausversorgung in Deutschland. Nur wenn in allen Teilen des Landes eine funktionsfähige und verlässliche Notfallversorgung gewährleistet und erlebt werden kann, erlangen auch darüberhinausgehende Strukturreformen das Vertrauen und Verständnis einer breiten Öffentlichkeit. Die vorgesehenen Instrumente einer abgestuften und integrierten Notfallversorgung sorgen für den dringend notwendigen Einstieg in eine sachgerechte PatientInnensteuerung in die jeweils bedarfsgerechten Versorgungslevel. **Eine Notfallreform ist daher zeitlich und inhaltlich in unmittelbarem Zusammenhang mit der Krankenhausreform zu beschließen.** Dabei ist auf eine konsistente Einbindung der bestehenden Notfallstufen sowie der zukünftigen Koordinierungsfunktion zu achten.

**Die derzeit bestehende große Unsicherheit für die Krankenhäuser über die zukünftige Ausrichtung stellt das größte Risiko für die Sicherung der flächendeckenden Versorgung dar.** Eine schnelle Verständigung auf das Zielbild der Krankenhausreform sollte daher im Mittelpunkt aller politischen Aktivitäten stehen. Auf dieser Basis sind für die Übergangszeit bis zum Wirksamwerden der Reform zielgerichtete Hilfen im Einklang mit der langfristigen Neuordnung erforderlich.

## DIE AKG-KLINIKEN

Die AKG-Kliniken sind ein Interessenverbund von 28 Großkrankenhäusern und Krankenhausverbänden aus dem gesamten Bundesgebiet mit einem Umsatz von nahezu 12 Milliarden Euro. Sie repräsentieren derzeit rund 45.000 Betten und vertreten damit über 9,5 % der gesamtdeutschen Krankenhausversorgung. Gut 1,6 Millionen Patientinnen und Patienten im Jahr werden in den Häusern der AKG-Kliniken von mehr als 130.000 Mitarbeitenden vollstationär behandelt. Alle Mitglieder sind Maximalversorger in kommunaler Trägerschaft und decken damit das gesamte medizinische Spektrum ab. Als kommunale Krankenhäuser erbringen die Mitglieder der AKG-Kliniken eine wichtige Leistung für die Versorgung der gesamten Bevölkerung, von der Grund- bis zur Maximalversorgung. Damit leisten sie einen wichtigen gesundheitspolitischen Beitrag. Die Gewinne werden reinvestiert und nicht an Investoren abgeführt. So bleiben die Gelder den Regionen erhalten.