



## Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG

1. Arbeitsentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Stand 19.09.2023

Weiterverwendung bei  
Quellenangabe möglich  
(CC-BY-SA)



# Teil I

## Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen

(bisher Level II)

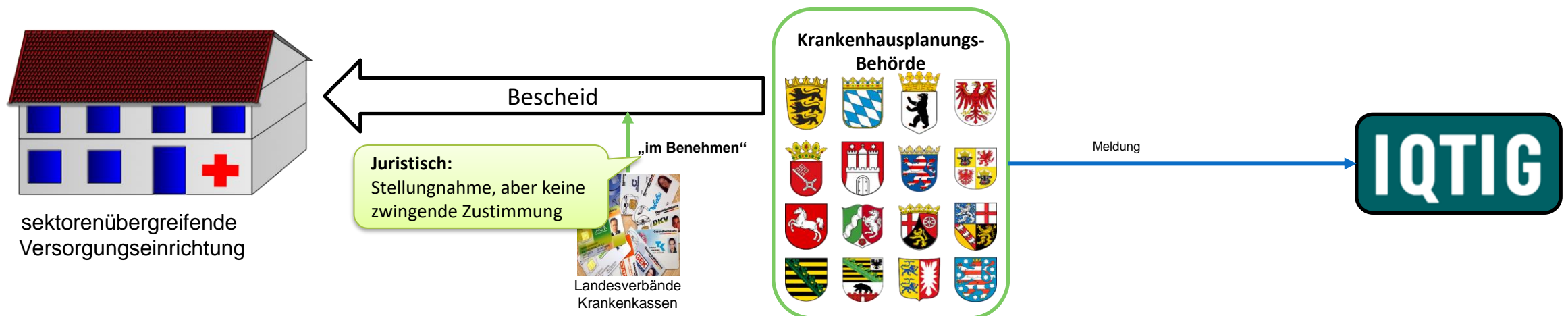
## Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen (Level II)

- Neuer § 6b KHG

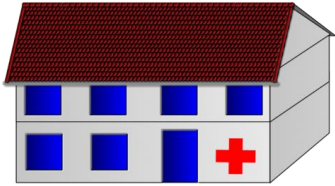
(1) Die für die Krankenhausplanung zuständige Behörde bestimmt die Krankenhäuser, die über ihren stationären Versorgungsauftrag hinaus sektorenübergreifende Leistungen erbringen können und als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung betrieben werden sollen.

- Im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen
- Auch für erstmalig in den Krankenhausplan aufgenommene (neue) Einrichtungen möglich
- Die Bestimmung eines Krankenhauses als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung erfolgt durch Bescheid

(2) Die Landesbehörde hat dem IQTIG unverzüglich, spätestens innerhalb von vier Wochen, die Bestimmung eines Krankenhauses als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung mitzuteilen



## Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen (Level II)



sektorenübergreifende  
Versorgungseinrichtung

Pflegerische Leitung möglich

*selbständige, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennte Pflegeabteilungen, die als stationäre Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 des Elften Buches zugelassen sind*

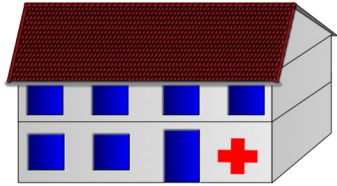
*können erbracht werden, sobald die Genehmigung der Tagesentgelte für voll- und teilstationäre Leistungen nach § 6c des Krankenhausentgeltgesetzes wirksam geworden ist*

- Neuer § 115g SGB V

*(1) Krankenhäuser, die von einem Land nach § 6b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt worden sind, können neben der stationären Behandlung auch sektorenübergreifende Leistungen nach Absatz 2 erbringen*

- 1. ambulante Leistungen aufgrund einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung,*
- 2. ambulantes Operieren nach § 115b,*
- 3. medizinisch-pflegerische Versorgung nach § 115h,*
- 4. belegärztliche Leistungen, soweit vom Versorgungsauftrag des Landes erfasst,*
- 5. Übergangspflege nach § 39e,*
- 6. Kurzzeitpflege nach § 39c,*
- 7. Kurzzeitpflege nach § 42 des Elften Buches,*
- 8. Tagespflege und Nachtpflege nach § 41 des Elften Buches.*

## Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen (Level II)



sektorenübergreifende  
Versorgungseinrichtung

### Anmerkung:

Notwendig zur Abgrenzung der Finanzierung:  
SGB XI (Pflegeversicherung) und  
SGB V (Krankenversicherung)

Pflegerische Leitung möglich

*selbständige, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennte Pflegeabteilungen, die als stationäre Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 des Elften Buches zugelassen sind*

*können erbracht werden, sobald die Genehmigung der Tagesentgelte für voll- und teilstationäre Leistungen nach § 6c des Krankenhausentgeltgesetzes wirksam geworden ist*

### • Neuer § 115g SGB V

*(1) Krankenhäuser, die von einem Land nach § 6b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt worden sind, können neben der stationären Behandlung auch sektorenübergreifende Leistungen nach Absatz 2 erbringen*

1. *ambulante Leistungen aufgrund einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung,*
2. *ambulantes Operieren nach § 115b,*
3. *medizinisch-pflegerische Versorgung nach § 115h,*
4. *belegärztliche Leistungen, soweit vom Versorgungsauftrag des Landes erfasst,*
5. *Übergangspflege nach § 39e,*
6. *Kurzzeitpflege nach § 39c,*
7. *Kurzzeitpflege nach § 42 des Elften Buches,*
8. *Tagespflege und Nachtpflege nach § 41 des Elften Buches.*



## Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen (Level II)

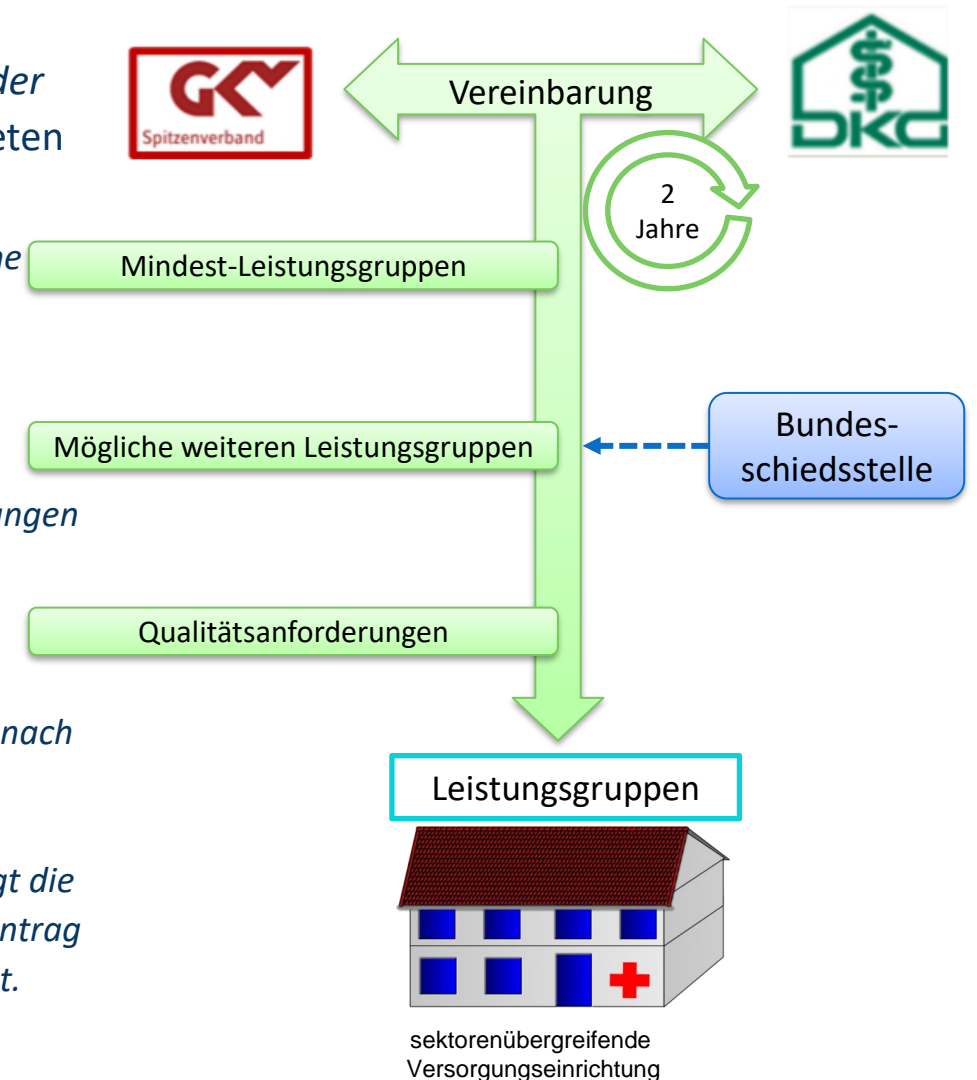
- Neuer § 115g SGB V

(3) Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren innerhalb von 12 Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes

- welche stationären Leistungen der Leistungsgruppen nach § 135e Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie und Geriatrie sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen mindestens anbieten müssen,
- welche weiteren stationären Leistungen der Leistungsgruppen nach § 135e Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Geriatrie sowie weiterer Leistungsgruppen ebenfalls in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen erbracht werden können und
- welche Anforderungen an die Qualität und Dokumentation der Leistungserbringung nach den Nummern 1 und 2 gestellt werden.

Die Vereinbarung nach Satz 1 ist mindestens alle zwei Jahre, erstmals zwei Jahre nach Abschluss, durch Vereinbarung an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen.

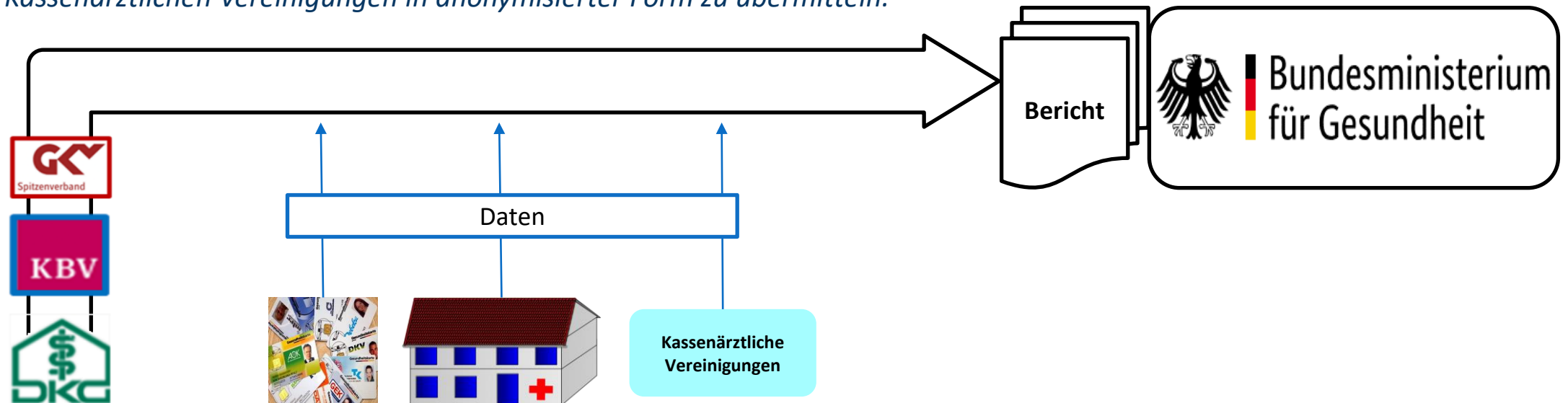
Kommt die Vereinbarung nach den Sätzen 1 und 2 nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von drei Monaten den Inhalt der Vereinbarung fest.



## Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen (Level II)

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen dem Bundesministerium für Gesundheit im Abstand von zwei Jahren, erstmals zum [einsetzen: Datum des letzten Tages des 60. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats], einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der Leistungserbringung durch sektorenübergreifende Leistungserbringer auf die ambulante, stationäre und pflegerische Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen vor.

Die für den Bericht erforderlichen Daten sind ihnen von den Krankenkassen, den Pflegekassen, den Krankenhäusern und den Kassenärztlichen Vereinigungen in anonymisierter Form zu übermitteln.



## Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen (Level II)

- Neuer Leistungsbereich:

*§ 115 h SGB V: Medizinisch-pflegerische Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen*

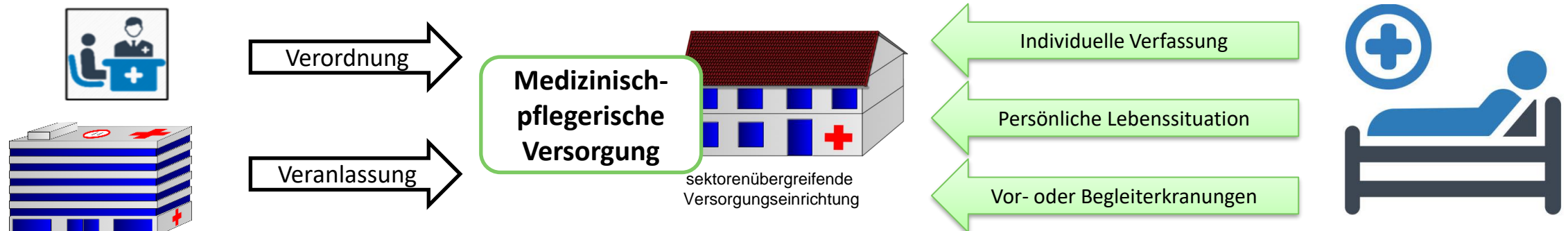
*(1) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 115g Absatz 1 erbringen Krankenbehandlung als medizinisch-pflegerische Versorgung, wenn für die Versicherten eine ambulante ärztliche Behandlung*

- *auf Grund ihrer individuellen Verfassung,*
- *der persönlichen Lebenssituation oder*
- *wegen bestehender Vor- oder Begleiterkrankungen nicht ausreichend ist,*

*weil neben dem medizinischen Behandlungsanlass ein besonderer pflegerischer Bedarf besteht*

*(2) Die ärztlichen Leistungen der medizinisch-pflegerischen Versorgung können auch von Vertragsärzten, mit denen die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen hat, erbracht werden.*

*Die medizinisch-pflegerische Versorgung wird durch Vertragsärzte verordnet oder andere Krankenhäuser veranlasst.*



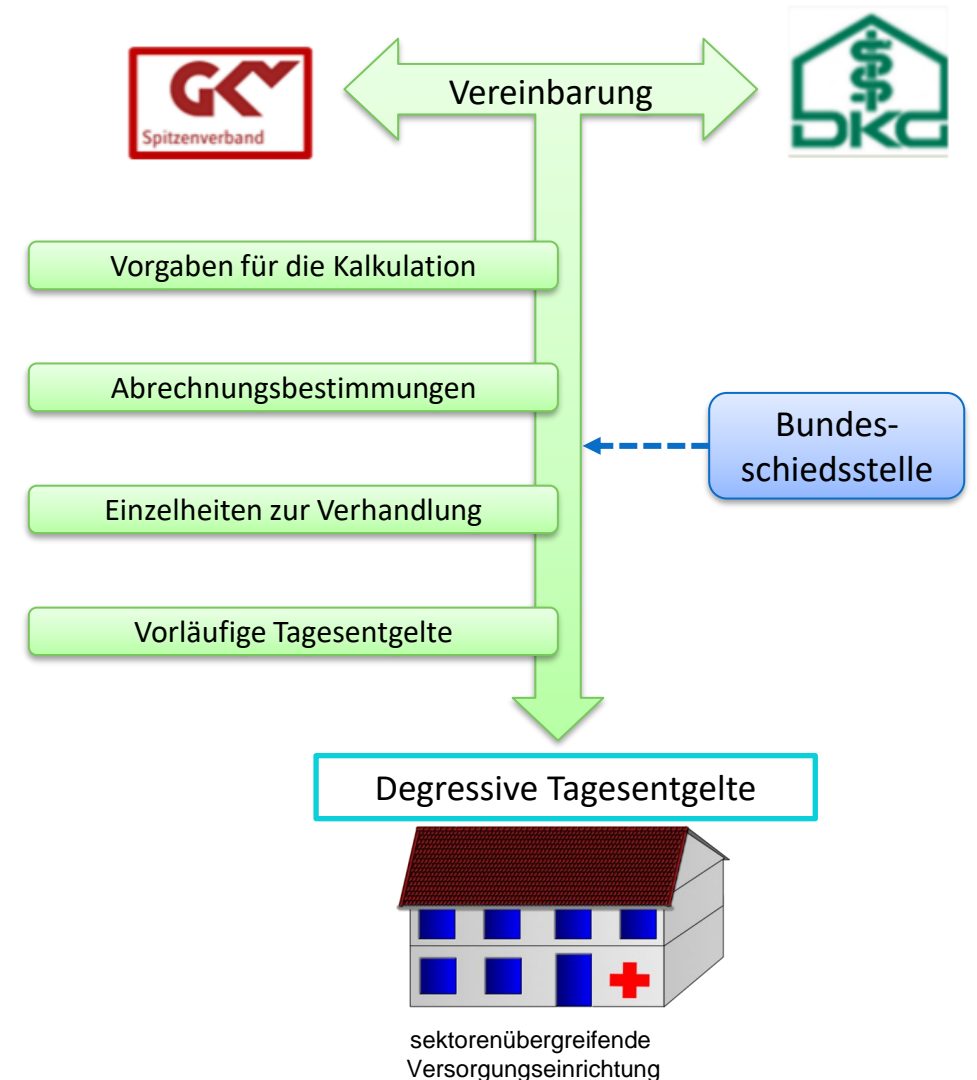




## Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen (Level II)

Vergütung über krankenhausespezifische degressive Tagesentgelte

- § 9 Abs. 1 Nr. 10 KHEntgG  
Vereinbarung auf Bundesebene innerhalb von 6 Monaten nach Inkrafttreten über
  - Vorgaben für die Kalkulation, einschließlich der dabei zu berücksichtigenden Zu- und Abschläge,
  - Abrechnungsbestimmungen,
  - Einzelheiten zur Verhandlung des Erlösbetrags, insbesondere zu den vorzulegenden Unterlagen und den wesentlichen Rechengrößen zur Herleitung der zu berücksichtigenden Kosten im Rahmen der Kalkulation, sowie
  - vorläufige krankenhausespezifische Tagesentgelte



## Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen (Level II)

Vergütung über krankenhausesindividuelle degressive Tagesentgelte

- § 6c KHEntgG

Vereinbarungen auf Ortsebene

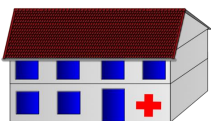
(1) Vereinbarung der Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG

- für voll- und teilstationäre Leistungen sowie die medizinisch-pflegerische Versorgung
- unter Beachtung des Versorgungsauftrags sowie der Vereinbarung auf Bundesebene
  1. ein Tagesentgelt inclusive ärztlicher Leistungen durch Krankenhausärzte sowie dessen Degression
  2. ein verringertes Tagesentgelt bei ärztlicher Leistung durch zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte sowie dessen Degression
  3. einen Erlösbetrag aller vereinbarten Tagesentgelte

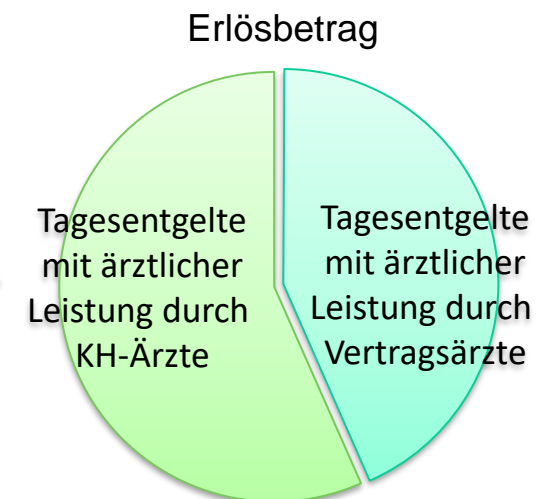
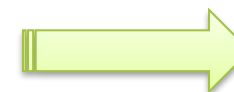
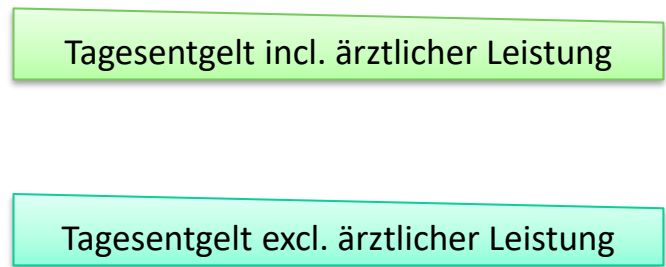
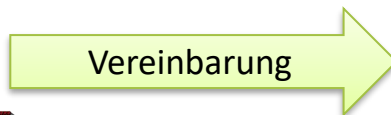
ggf. Vereinbarung weiterer krankenhausesindividueller Tagesentgelte, wenn erforderlich



Landesverbände  
Krankenkassen



sektorenübergreifende  
Versorgungseinrichtung



## Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen (Level II)

Vergütung über krankenhausespezifische degressive Tagesentgelte

- § 6c KHEntgG

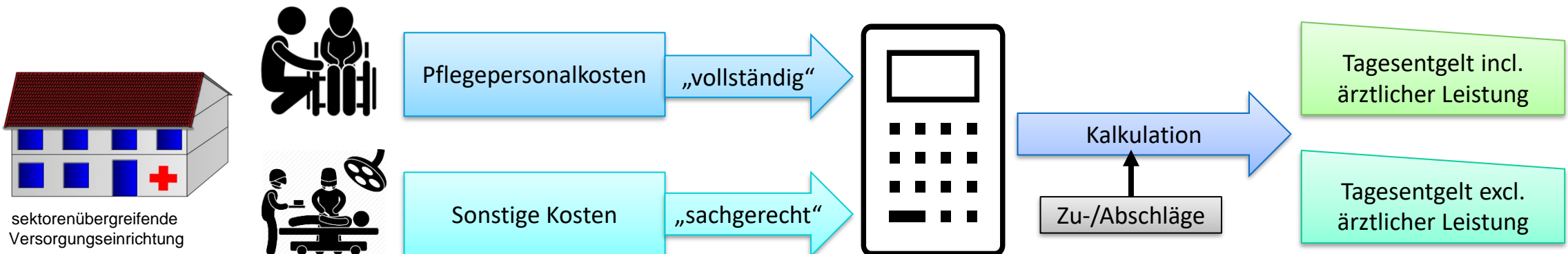
Vereinbarungen auf Ortsebene

(2) Sachgerechte Kalkulation der Tagesentgelte unter Berücksichtigung

- des Leistungsumfanges
- der Vorgaben der Vereinbarung auf Bundesebene

Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen sind vollständig über die krankenhausespezifischen Tagesentgelte zu finanzieren. Dabei sind die für das Vereinbarungsjahr geltenden Vorgaben zur bundeseinheitlichen Definition und Abgrenzung der Pflegepersonalkosten nach § 6a Absatz 2 Satz 1 maßgeblich.

Zu- und Abschläge sind gemäß den Vorgaben der Vereinbarung auf Bundesebene bei der Kalkulation zu berücksichtigen



## Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen (Level II)

### Vergütung über krankenhausesindividuelle degressive Tagesentgelte

- § 6c KHEntgG

#### Vereinbarungen auf Ortsebene

#### (3) Ermittlung des Erlösbetrags

- Multiplikation der Tagesentgelte mit den jeweiligen voraussichtlichen Behandlungstagen
- Tagesgenaue Abgrenzung der Jahresüberlieger
- Steigerung gegenüber Vorjahr über den Veränderungswert hinaus nur aufgrund von
  - Pflegepersonalkosten
  - oder durch Veränderung von Art bzw. Menge der Leistungen
- Tarifraten werden berücksichtigt

- (4) Voll- und teilstationäre Leistungen sowie medizinisch-pflegerische Versorgung der Einrichtungen nach § 115g SGB V werden ausschließlich über die Tagesentgelte abgerechnet, für diese Leistungen dürfen keine anderen Entgelte berechnet werden.

Die Tagesentgelte dürfen nicht berechnet werden, wenn die Prüfung durch den Medizinischen Dienst ergibt, dass die für die Leistungserbringung maßgeblichen Strukturmerkmale nicht erfüllt werden





## Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen (Level II)

Vergütung über krankenhausesindividuelle degressive Tagesentgelte

- § 6c KHEntgG

Vereinbarungen auf Ortsebene

(5) Ausgleichsregelungen

- Mindererlöse gegenüber dem vereinbarten Gesamterlös werden zu 60% ausgeglichen
- Mehrerlöse werden zu 65% ausgeglichen
- Ausgenommen davon sind die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen, diese werden jeweils zu 100% ausgeglichen
- Grundlage ist eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung über die Erlöse aus den krankenhausesindividuellen Tagesentgelte
- Der Ausgleich erfolgt im Rahmen der nächstmöglichen Vereinbarung
- Ausgleiche aufgrund der Weitergeltung bisheriger Tagesentgelte (bei nicht prospektiver Vereinbarung) werden im restlichen laufenden Budgetzeitraum ausgeglichen



## Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen (Level II)

Vergütung über krankenhausesindividuelle degressive Tagesentgelte

- § 6c KHEntgG

Vereinbarungen auf Ortsebene

(6) Budgetverhandlungen

- Die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG vereinbaren
  - die krankenhausesindividuellen Tagesentgelte
  - den Erlösbetrag
  - und die Mehr- oder Mindererlösausgleiche
- Regelungen aus § 11 Abs. 1 gelten entsprechend
- Die Vereinbarung ist schriftlich oder elektronisch abzuschließen
- Die von den Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbarten Unterlagen sind auf maschinenlesbaren Datenträgern zu dokumentieren
- Unverzögliche Verhandlungsaufnahme nach schriftlicher oder elektronischer Aufforderung durch eine Vertragspartei
- Die Verhandlung soll unter Berücksichtigung der Sechswochenfrist (§ 18 Absatz 4 KHG) so rechtzeitig abgeschlossen werden, dass der neue Erlösbetrag und die neuen Entgelte mit Ablauf des Jahres, das dem Jahr vorausgeht, für das die Vereinbarung gelten soll, in Kraft treten können.



## Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen (Level II)

---

### Vergütung über krankenhausesindividuelle degressive Tagesentgelte

- § 6c KHEntgG

#### Vereinbarungen auf Ortsebene

##### (7) Liquiditätsregelung

- Unterschreiten die tatsächlichen Erlöse im ersten oder zweiten Quartal des Jahres voraussichtlich den für die jeweiligen Quartale vorgesehenen Anteil des Erlösbetrages um mehr als 10%, kann das Krankenhaus verlangen, dass auf die restlichen neun oder sechs Monate des laufenden Jahres um 10 % erhöhte krankenhausesindividuelle Tagesentgelte abgerechnet werden
- Das Krankenhaus hat sein Verlangen bezogen auf das erste Quartal bis zum 31. März und bezogen auf das zweite Quartal bis zum 30. Juni des laufenden Jahres gegenüber den anderen Vertragsparteien sowie der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde anzuzeigen und die voraussichtliche Unterschreitung glaubhaft darzulegen
- Die erhöhte Abrechnung muss nicht von der Genehmigungsbehörde genehmigt werden
- Auf Verlangen einer Vertragspartei ist bei wesentlichen Änderungen der Vereinbarung des Erlösbetrags zu Grunde gelegten Annahmen der Erlösbetrag für das laufende Kalenderjahr neu zu vereinbaren
- Die Vertragsparteien können im Voraus vereinbaren, dass in bestimmten Fällen der Erlösbetrag nur teilweise neu vereinbart wird
- Bei neuer Vereinbarung ist der Unterschiedsbetrag im restlichen laufenden Zeitraum auszugleichen

## Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen (Level II)

---

### Vergütung über krankenhausesindividuelle degressive Tagesentgelte

- § 6c KHEntgG

#### Vereinbarungen auf Ortsebene

#### (8) Weitergeltung

- Die für das Kalenderjahr zu vereinbarenden krankenhausesindividuellen Tagesentgelte werden vom Beginn des neuen Vereinbarungszeitraums an erhoben.
- Wird die Vereinbarung erst nach diesem Zeitpunkt genehmigt, sind die Entgelte ab dem ersten Tag des Monats zu erheben, der auf die Genehmigung folgt, soweit in der Vereinbarung oder Schiedsstellenentscheidung kein anderer zukünftiger Zeitpunkt bestimmt ist.
- Bis dahin sind die bisher geltenden Entgelte der Höhe nach weiter zu erheben.
- Sofern bei der erstmaligen Bestimmung eines Krankenhauses nach § 115g Abs. 1 SGB V zum Beginn des Vereinbarungszeitraums noch keine krankenhausesindividuellen Tagesentgelte vereinbart und genehmigt wurden, werden die von den Vertragsparteien auf Bundesebene in ihrer Vereinbarung nach § 9 Absatz Nummer 10 vereinbarten vorläufigen krankenhausesindividuellen Tagesentgelte abgerechnet.

## Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen (Level II)

---

### Vergütung von durch Vertragsärzte erbrachter ärztlicher Leistungen

- § 121 Abs. 7 SGB V
  - Soweit das Tagesentgelt nach § 6c KHEntgG keine Vergütungen ärztlicher Leistungen durch die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung nach § 115g Absatz 1 umfasst und ein zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Arzt Leistungen für diese Krankenhäuser aufgrund einer Kooperation zu erbringen hat, werden diese Leistungen nach dem EBM vergütet.
  - Das Institut des Bewertungsausschusses veröffentlicht im Internet erstmals mit Wirkung zum 1. April 2024 und danach jährlich jeweils zum 31. Dezember mit Wirkung für das Folgejahr eine Übersicht über die abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungsanteile und ihre Bewertung in Punkten, soweit der Bewertungsausschuss nichts Abweichendes beschließt
  - Die Leistungen nach Satz 1 werden dem Arzt unmittelbar von der Krankenkasse vergütet
  - Eine Beauftragung der KV zur Abrechnung ist möglich
  - Der Krankenkasse ist ein Nachweis über die Kooperation auf Verlangen von den Leistungserbringern vorzulegen



## Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen (Level II)

### Bewertung

- Die hier vorgesehenen sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 115g SGB V sind eine bunte Mischung aus Krankenhaus, MVZ und Pflegeeinrichtung und bieten in dieser Form nur wenig Mehrwert und Durchlässigkeit, gegenüber entsprechenden Einzeleinrichtungen
- Die neue medizinisch-pflegerische Versorgung nach § 115h SGB V ist eine weitere, nur vage definierte Behandlungsform, die eigene Regelungen und Abgrenzungen gegenüber anderen Behandlungsformen erfordert und damit weiteren bürokratischen Aufwand verursacht
- Die Regelungen zur Abrechnung über degressive Tagesentgelte und deren Vereinbarung sind zu komplex und verursachen erheblichen bürokratischen Aufwand
- Insbesondere die Trennung zwischen den Pflegekosten und den restlichen Kosten ist in der Abgrenzung für die Einrichtung aufwändig und verursacht bei den Verhandlungen erneut die gleichen Probleme und Aufwände, die bereits bei der Einführung des Pflegebudgets die Verhandlungen blockiert haben

## Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen (Level II)

### Vorschläge/Forderungen

- Sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 115g SGB V dürfen
  - voll- und teilstationär im Rahmen der ihnen zugewiesenen Leistungsgruppen
  - ambulant durch angestellte Ärztinnen und Ärzte im Rahmen einer uneingeschränkten Institutsermächtigung für die vorhandenen Fachrichtungen behandeln, sobald sie durch die Krankenhausplanungsbehörde beschieden sind
- Eine Einbindung von oder Kooperation mit Vertragsärzten ist zulässig
- Die Vergütung erfolgt auf Grundlage einer insgesamt sachgerechten auskömmlichen Kalkulation ohne besondere Berücksichtigung der Pflegepersonalkosten
  - Die Sicherstellung ausreichenden Pflegepersonals erfolgt nach wie vor über die PpUGV bzw. die Qualitätsvorgaben für die Leistungsgruppen und Versorgung
- Die Abrechnung ambulanter Leistungen durch angestellte Ärztinnen und Ärzte erfolgt direkt mit den Krankenkassen
- Die Budgetverhandlungen und Vereinbarungen werden vereinfacht