
Stellungnahme des Bundesverbandes Geriatrie e.V.
zum Gesetzentwurf eines
Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (KHAG)
vom 3. November 2025 (Drucksache 21/2512)

unter Einbezug der
Empfehlungen des Bundesrates vom 7. November 2025
(Drucksache 554/1/25)

Berlin, 9. Dezember 2025

Übersicht:

- §135e SGB V LG 56: Korrektur des redaktionellen Fehlers bei der Festlegung der ärztlichen Qualifikation in der Leistungsgruppe 56 (Geriatrie) wird begrüßt
- §115g SGB V: Korrektur der fehlerhaften Verortung der Geriatrie im Rahmen der Sektorenübergreifenden Versorgung „SÜV/Level 1i“, d. h. Verschiebung der geriatrischen Leistungen von § 115g Abs. 3 in § 115g Abs. 1 SGB V
- § 135d Absatz 4 SGB V: Unterstützung für die modifizierte Definition von Fachkrankenhäusern
- § 135e Absatz 4 Satz 2 Nummer 7 c) SGB V: Unterstützung der erweiterten Anrechenbarkeit des fachärztlichen Personals
- Anlage 1 zu § 135e SGB V: zwingend notwendige Einführung einer zusätzlichen allgemeinen geriatrischen Leistungsgruppe oder hilfsweise die Zuordnung akutgeriatrisch-internistischer Fälle zur Geriatrie, um die geriatriespezifische Versorgung im heutigen Umfang auch zukünftig anbieten zu können
- § 135e Absatz 3 SGB V: Einbindung des InEK in den Leistungsausschuss sowie Auftrag an das Institut den Leistungsgruppen-Grouper fortzuentwickeln
- Anlage 1/§ 135e Absatz 4 Satz 2 Nummer 8 a) SGB V: Auflösung des inhaltlichen Widerspruchs zwischen Anlage 1 und § 135e Absatz 4 Satz 2 Nummer 8 a) SGB V (Kooperationen mit ambulanten Leistungserbringern)
- § 135f SGB V: keine Anwendung der Mindestfallzahlen auf die Leistungsgruppe Geriatrie
- § 37 Absatz 1 Satz 2 KHG: Erweiterung des § 37 Absatz 1 Satz 2 KHG um Planfallzahlen, damit diese sachgerecht im Rahmen des Vorhaltebudget berücksichtigt werden
- § 6b KHEntgG und § 135e Absatz 4 Satz 2 Nummer 4 SGB V: Korrekturen hinsichtlich der Verpflichtungen von teilstationären Einrichtungen und Besondere Einrichtungen zur Erfüllung der Leistungsgruppenvoraussetzungen

Mit dem Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) soll die praktische Umsetzung der mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) normierten Regelungen erleichtert werden.

Der Bundesverband Geriatrie und die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie begrüßen ausdrücklich, dass in der Leistungsgruppe Geriatrie (56) im Anforderungsbereich „*Personelle Ausstattung*“ in den Spalten „*Qualifikation*“ und „*Verfügbarkeit*“ neben der „*Zusatzweiterbildung Geriatrie*“ auch der „*Schwerpunkt Geriatrie*“ sowie der „*FA für Innere Medizin und Geriatrie*“ aufgenommen werden sollen. Hiermit soll gesetzgeberisch klargestellt werden, dass neben der Zusatzweiterbildung Geriatrie auch alle anderen Qualifikationen, die geeignet sind, eine hohe

geriatrische Patientenversorgung fachlich sicherzustellen, Berücksichtigung in den Strukturkriterien der Leistungsgruppen finden. Die in der Anlage 1 zu § 135e SGB V für die Leistungsgruppe Geriatrie normierten Regelungen stehen damit im Einklang mit den Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern sowie den Strukturkriterien der einschlägigen geriatrischen Abrechnungsziffern des OPS 8-550.- bzw. des OPS 8-98a.-. Die Erweiterung des Qualifikationsspektrums ist dringend geboten, um die bestehenden geriatrischen Versorgungsstrukturen abzusichern und den aktuell bestehenden redaktionellen Fehler im KHVVG zu beseitigen.

Der Bundesverband Geriatrie und die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie begrüßen zudem, dass die Ausnahme- und Kooperationsmöglichkeiten angepasst und dadurch der Gestaltungsspielraum der Länder ausgeweitet werden soll. So sollen etwa Fachkrankenhäuser gemäß § 135e Absatz 4 Satz 2 SGB V künftig auch bei der sachlichen Ausstattung kooperieren können. Diese Ausnahmeregelung ist zur Absicherung geriatrischer Fachkrankenhäuser richtig und wichtig. Da das Leistungsspektrum der Geriatrie neben Maßnahmen der Frühmobilisation und -rehabilitation insbesondere auch die internistische Akutversorgung des alten Menschen (≈ 25 Prozent) umfasst, muss geriatrischen Fachkrankenhäusern neben der Leistungsgruppe Geriatrie zwingend auch die Leistungsgruppe der Allgemeinen Inneren Medizin zugewiesen werden. Dies ist erforderlich, da auf der Grundlage der zugewiesenen Leistungsgruppen auch die Vorhaltevergütung des jeweiligen Krankenhauses ermittelt werden soll. Die Leistungsgruppenzuweisung ist daneben jedoch auch für die Vergütung der Krankenhausleistungen gemäß § 8 Absatz 4 Satz 4 KHEntgG relevant. Vor diesem Hintergrund ist die Ausweitung der Kooperationsmöglichkeiten auf die sachliche Ausstattung dringend geboten.

Positiv hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang auch die geplante Anpassung der Definition von Fachkrankenhäusern gemäß § 135d Absatz 4 SGB V, damit die in den Ländern bestehenden und für die Versorgung relevanten geriatrischen Fachkrankenhäuser bestehen bleiben können.

Auch sind die geplanten Anpassungen im Hinblick auf die Anrechenbarkeit des fachärztlichen Personals pro Leistungsgruppe ausdrücklich zu begrüßen. Insbesondere soll die Einschränkung in § 135e Absatz 4 Nummer 7 c) SGB V, dass Fachärzte für die Leistungsgruppe 1 Allgemeine Innere Medizin und Leistungsgruppe 14 Allgemeine Chirurgie nicht in anderen Leistungsgruppen angerechnet werden dürfen, aufgehoben werden. Damit wird den Krankenhäusern ein flexiblerer Einsatz von Personal ermöglicht. Dies ist wichtig, da gemeinsame Rufbereitschaftsdienste zwischen der Geriatrie und der Allgemeinen Inneren Medizin zur gängigen Praxis gehören. Die Zusammenarbeit trägt an dieser Stelle zu einer effizienteren Nutzung von Ressourcen und Vermeidung von Doppelstrukturen bei. Auch tragen die geplanten Anpassungen im Hinblick auf die Anrechenbarkeit des fachärztlichen Personals pro Leistungsgruppe zur Absicherung geriatrischer Fachkrankenhäuser bei. Ohne einen leistungsgruppenübergreifenden Einsatz des fachärztlichen Personals der Geriatrie und der Allgemeinen Inneren Medizin müssten geriatrische Fachkrankenhäuser nach heutiger Ausgestaltung des KHVVG mindestens 6 Fachärzte am Standort vorhalten. Dies können geriatrische Fachkrankenhäuser abhängig von ihrer Größe zum Teil nicht leisten. Auch liegt medizinisch-inhaltlich kein Grund vor, warum in geriatrischen Fachkrankenhäusern Personal nicht leistungsgruppenübergreifend eingesetzt werden kann. Vor diesem Hintergrund ist die geplante Anpassung im Hinblick auf die Anrechenbarkeit des fachärztlichen Personals dringend geboten.

Mit dem Ziel, eine qualitative und bedarfsgerechte geriatrische Krankenhausversorgung zu gewährleisten, sind aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie neben den hervorgehobenen geplanten Änderungen folgende weitere Fortentwicklungen unbedingt erforderlich:

1. Ergänzung der Anlage 1 zu § 135e SGB V um eine zusätzliche allgemeine geriatrische Leistungsgruppe. Sofern dies nicht erfolgt, muss zumindest übergangsweise der § 21 Absatz 3c KHEntgG um die Besonderheiten des NRW-Konzeptes zur Zuordnung akutgeriatrisch-internistischer Fälle zur Geriatrie ergänzt werden.
2. Korrektur der fehlerhaften Verortung der Geriatrie im Rahmen der sektorenübergreifenden Versorgung gem. § 115g SGB V, d. h. Verschiebung der im Gesetz in § 115g Abs. 3 SGB V aufgeführten „stationären Leistungen der Geriatrie“ in den sektorenübergreifenden Versorgungsteil der SÜV-Einrichtungen gem. § 115g Abs. 1 SGB V.
3. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ist als beratende Organisation § 135e Absatz 3 SGB V an dem Leistungsgruppenausschuss gemäß § 135e Absatz 3 SGB V zu beteiligen, um Syntax und Semantik des Leistungsgruppen-Groupers sinnvoll mit der fachlich-inhaltlichen Weiterentwicklung der Leistungsgruppen zu verbinden.
4. Operationalisierung des § 135e Absatz 4 Satz 2 Nummer 7 c) SGB V zur vollen Anrechenbarkeit von Fachärzten.
5. Inhaltlicher Widerspruch zwischen Anlage 1 und § 135e Absatz 4 Satz 2 Nummer 8 a) SGB V muss aufgelöst werden, sodass Kooperationen mit ambulanten Leistungserbringern insbesondere im Bereich der Urologie rechtssicher ermöglicht werden. Die Empfehlungen des Bundesrates, dass Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung nicht verwandte Leistungsgruppen erbringen könnten, wird ausdrücklich abgelehnt.
6. Keine Anwendung der Mindestfallzahlen gemäß § 135f SGB V auf die Leistungsgruppe Geriatrie, da keine belastbare Evidenz für deren Ermittlung vorliegt.
7. Erweiterung des § 37 Absatz 1 Satz 2 KHG um Planfallzahlen, damit diese bei der Festsetzung der Vorhaltevolumina je Land und Leistungsgruppe erhöhend berücksichtigt und demografiebedingte Fallzahlsteigerungen durch die neue Vergütungssystematik nicht benachteiligt werden. Auch der Bundesrat weist in seinen Empfehlungen auf die bestehende gesetzliche Regelungslücke hin.
8. Die im Gesetzentwurf enthaltenen Klarstellungen in § 6b KHEntgG und § 135e Absatz 4 Satz 2 Nummer 4 SGB V, dass teilstationäre Einrichtungen und Besondere Einrichtungen die Leistungsgruppenvoraussetzungen zu erfüllen haben, obwohl sie keine Vorhaltevergütung erhalten, sind zu streichen. Die Empfehlungen des Bundesrates werden an dieser Stelle ausdrücklich begrüßt.
9. Das InEK muss gemäß § 21 Absatz 3c KHEntgG dazu ermächtigt werden, den bestehenden Leistungsgruppen-Groupers fortzuentwickeln. Sowohl bei der DRG-Gruppierung als auch der Leistungsgruppensystematik handelt es sich nicht um starre Systeme, sodass der Leistungsgruppen-Groupers bei Bedarf weiterzuentwickeln und anzupassen ist, damit das Spektrum der medizinischen Leistungen der Krankenhäuser sachgerecht den Leistungsgruppen zugeordnet werden kann.

Der Bundesverband Geriatrie und die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie nehmen nachfolgend zu den aufgeführten Punkten näher Stellung.

1. Ergänzung der Anlage 1 zu § 135e SGB V um eine zusätzliche allgemeine geriatrische Leistungsgruppe. Sofern dies nicht erfolgt, muss zumindest übergangsweise der § 21 Absatz 3c KHEntgG um die Besonderheiten des NRW-Konzeptes zur Zuordnung akutgeriatrisch-internistischer Fälle zur Geriatrie ergänzt werden.

Da sich die Leistungsgruppensystematik ausweislich der vorliegenden Gesetzesbegründung an dem Vorbild aus Nordrhein-Westfalen orientieren soll, ist insbesondere sicherzustellen, dass das in den Leistungsgruppen von NRW abgebildete bundesweite geriatrische Gesamtkonzept richtig, d. h. vollumfänglich auf die Bundesebene transferiert wird. Im NRW-System werden Leistungsgruppen in allgemeine und spezifische Leistungsgruppen unterteilt. Allgemeine Leistungsgruppen werden dort unter anderem „über die Inhalte des jeweiligen Gebietes der Weiterbildungsordnung für Ärzte“ definiert. Ein Behandlungsfall wird dann einer allgemeinen Leistungsgruppe zugewiesen, wenn dieser in einer entsprechenden Fachabteilung (FAB) behandelt wurde.

Spezifische Leistungsgruppen werden hingegen überwiegend über Prozeduren (OPS) und/oder Diagnosen (ICD-10) definiert; bei bestimmten Leistungsgruppen werden auch weitere Parameter wie das Patientenalter oder das Aufnahmegewicht genutzt.

Die Einteilung in allgemeine und spezifische Leistungsgruppen wurde auch für den Leistungsgruppen-Grouper gemäß § 21 Absatz 3c KHEntgG auf Bundesebene im Grundsatz beibehalten. So wird die spezielle Leistungsgruppe 56 „Geriatrie“ über den OPS 8-550.- in Verbindung mit einem Verweildauerbezug definiert.

In der speziellen Leistungsgruppe Geriatrie werden jedoch nur knapp 75 Prozent des heutigen geriatriespezifischen Leistungsspektrums abgebildet. Das Leistungsspektrum der Geriatrie umfasst neben Maßnahmen der Frühmobilisation und -rehabilitation insbesondere auch die Akutversorgung des alten Menschen ($\approx$ 25 Prozent). In der Leistungsgruppensystematik werden diese Fälle aktuell der Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ zugeordnet.

Im NRW-Konzept werden der Geriatrie neben den speziellen Leistungsbestandteilen des OPS 8-550 daher auch Behandlungskapazitäten der Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ zugerechnet und die spezielle Leistungsgruppe Geriatrie zur Erbringung der „Allgemeinen Inneren Medizin“ ermächtigt. Die Zurechnung akutgeriatrisch-internistischer Fälle ohne OPS-Komplexkode zur Geriatrie erfolgt auf der Grundlage des geriatriespezifischen Fachabteilungsschlüssels.

Ausgehend von der Grundkonzeptionierung der Leistungsgruppenlogik ist aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie neben der speziellen Leistungsgruppe Geriatrie (56) daher eine neue allgemeine Leistungsgruppe Geriatrie zu schaffen.

Da sich die allgemeinen Leistungsgruppen „über die Inhalte des jeweiligen Gebietes der Weiterbildungsordnung für Ärzte“ definieren, ist eine Zuordnung akutgeriatrischer Patientinnen und Patienten zur Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ nicht sachgerecht. Gemäß der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer erfolgt im Rahmen der Zusatz-Weiterbildung Geriatrie eine „Facharztanerkennung im Gebiet Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Neurologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin oder Psychiatrie und Psychotherapie“. Die Akutgeriatrie stellt demnach eine organübergreifende Komplexmedizin dar, weshalb die pauschale Zuordnung akutgeriatrischer Patientinnen und Patienten zur Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ nicht sachgerecht ist.

Die Differenzierung des geriatricspezifischen Leistungsspektrums in allgemeine und spezielle Bestandteile ist dabei wesentlich, um den tatsächlich benötigten Bedarf an geriatrischen Versorgungsstrukturen planerisch abbilden zu können. Auch trägt die differenzierte Betrachtung des Leistungsspektrums zur Sicherung der wohnortnahen Grund- und Regelversorgung bei. Da Krankenhäuser perspektivisch am Standort nur noch das Leistungsspektrum der zugewiesenen Leistungen erbringen dürfen, könnten insbesondere Kliniken für Geriatrie auf der Versorgungsstufe Level F – also eigenständige Fachkrankenhäuser – ohne eine differenzierte Planung ihren Versorgungsauftrag nicht mehr im bisherigen Umfang erfüllen.

Die Notwendigkeit zur Verankerung einer allgemeinen Leistungsgruppe für die akutgeriatrische Komplexitätsmedizin ergibt sich ebenfalls aus der geplanten Einführung von Mindestvorhaltezahlen gemäß § 135f SGB V. Andernfalls würde es zu einer Verzerrung des Leistungsspektrums der Kliniken für Geriatrie und geriatrischen Fachabteilungen kommen und die zu erbringenden Behandlungsfälle (Mindestvorhaltezahl) könnten ggf. ohne die Leistungen der akutgeriatrischen Komplexitätsmedizin nicht erfüllt werden.

Die Anlage 1 ist daher um eine allgemeine geriatrische Leistungsgruppe zu ergänzen:

Anlage 1 zu § 135e SGB V wird um die allgemeine Leistungsgruppe LG XX „Geriatrische Komplexitätsmedizin“ ergänzt:

<u>Leistungsgruppen-Nummer</u>	<u>Leistungsgruppe (LG)</u>		<u>Erbringung verwandter LG</u>		<u>Sachliche Ausstattung</u>	<u>Personelle Ausstattung</u>		<u>Sonstige</u>
			<u>Standort</u>	<u>Koop.</u>		<u>Qualifik.</u>	<u>Verfügb.</u>	
<u>XX</u>	<u>Geriatrische Komplexitätsmedizin</u>	<u>Mindestvoraussetzung</u>	<u>LG Intensivmedizin</u>		<u>CT</u>	<u>ZW Geriatrie oder Schwerpunkt Geriatrie oder FA für Innere Medizin und Geriatrie</u>	<u>Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit</u> <u>Davon mindestens zwei mit ZW Geriatrie oder Schwerpunkt Geriatrie oder FA für Innere Medizin und Geriatrie</u>	

Sollte eine zusätzliche Leistungsgruppe in dem aktuellen Reformschritt nicht aufgenommen werden, muss zur Aufrechterhaltung der geriatricspezifischen Versorgung zumindest eine Aktualisierung der Vorgaben zur Zuordnung von Behandlungsfällen zu Leistungsgruppen erfolgen. Daher fordern der Bundesverband Geriatrie und die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie mindestens nachfolgende Ergänzung des § 21 Absatz 3c KHEntgG:

(3c) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erarbeitet Vorgaben für die in Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe g und Nummer 2 Buchstabe i genannte Zuordnung und zertifiziert

bis zum 30. September 2024 auf dieser Grundlage entwickelte Datenverarbeitungslösungen. Hierbei muss im Bereich der Geriatrie sichergestellt sein, dass auch akutgeriatrische Fälle ohne OPS-Komplexkode der speziellen Leistungsgruppe Geriatrie zugeordnet werden. Die Krankenhäuser haben für die in Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe g und Nummer 2 Buchstabe i genannte Zuordnung ausschließlich nach Satz 1 zertifizierte Datenverarbeitungslösungen zu verwenden.

2. Korrektur der fehlerhaften Verortung der Geriatrie im Rahmen der sektorenübergreifenden Versorgung gem. § 115g SGB V, d. h. Verschiebung der im Gesetz in § 115g Abs. 3 SGB V aufgeführten „stationären Leistungen der Geriatrie“ in den sektorenübergreifenden Versorgungsteil der SÜV-Einrichtungen gem. § 115g Abs. 1 SGB V

Die Geriatrie ist mit ihrem multiprofessionellen Versorgungsansatz und den zumeist multimorbiden Patienten prädestiniert für eine sektorenübergreifende Versorgung. Daher wird die Abbildung der Geriatrie im Rahmen der sektorenübergreifenden Versorgung im Sinne des § 115g SGB V ausdrücklich begrüßt und gewünscht.

Allerdings umfasst der § 115g SGB V mehrere Regelungsbereiche, wobei die eigentlichen Aufgaben, die sektorenübergreifend erfüllt werden sollen nicht unmittelbar im Gesetz aufgeführt sind. Eindeutig definiert sind in Absatz 1 konkrete Aufgaben, die die sog. SÜV-Einrichtungen als Leistung anbieten können. Diese Aufzählung in Absatz 1 umfasst dabei Aufgaben aus verschiedenen Versorgungssektoren, sodass an dieser Stelle der sektorenübergreifende Charakter der Aufgabenwahrnehmung deutlich wird.

In Absatz 3 wird hingegen normiert, dass die SÜV-Einrichtungen neben den sektorenübergreifenden Aufgaben zusätzlich auch ein gewisses Spektrum an stationären Krankenhausleistungen anbieten müssen. Es handelt sich somit bei diesen Leistungen nicht um sektorenübergreifende Versorgung, sondern um stationäre Krankenhausversorgung. An dieser Stelle werden Leistungen der Geriatrie aufgeführt, die SÜV-Einrichtungen erbringen müssen.

Daraus ergibt sich, dass SÜV-Einrichtungen zwar Leistungen der Geriatrie anbieten müssen, diese aber nicht sektorenübergreifend sind. Damit ergibt sich aus fachlich-inhaltlicher Sicht eine klare falsche Verortung dieser Leistungen. Es ist wichtig, dass die Geriatrie regelhafte Möglichkeit erhält, sektorenübergreifend wirken zu können.

Aus der Geriatrie heraus wurde genau für diese Aufgabe bereits im Jahr 2022 im Rahmen des Bundesweiten Geriatriekonzeptes sog. „Ambulante Geriatrische Zentren – AGZ“ entwickelt, die geriatricspezifische Versorgungsleistungen aus verschiedenen Sektoren (Krankenhausversorgung, Rehabilitation und Leistungen aus der Vertragsarztebene) zusammenführen und verzahlen. Dazu werden die bisher rechtlich und strukturell eigenständigen Tageskliniken (TK), Ambulante geriatrische Rehabilitationseinrichtungen (AGR), Einrichtungen der Mobilen geriatrischen Rehabilitation sowie – sofern vorhanden – Geriatrische Institutsambulanzen (GIA) rechtlich sowie medizinisch-inhaltlich zusammengeführt. Das Leistungsspektrum eines AGZ umfasst somit die bisherigen Leistungen der vier aufgeführten Versorgungsstrukturen, wobei diese je nach Bedarf der Patientin bzw. des Patienten an jedem Behandlungstag frei kombinierbar sind. Darüber hinaus können dem AGZ weitere Aufgaben, z. B. im Rahmen einer Fallsteuerung zugeordnet werden. Im Bundesweiten Geriatriekonzept des Bundesverbandes Geriatrie e. V. ist das Konzept, die Versorgungsstruktur sowie der Leistungsumfang dieser Versorgungseinheit näher beschrieben. Die abschließende strukturelle Ausgestaltung des AGZ sollte durch die in § 115g Absatz 3 SGB V aufgeführten Vertragspartnern, d. h. dem GKV-Spitzenverband sowie der

Deutschen Krankenhauses erfolgen, wobei die geriatrische medizinische Fachgesellschaft einzubinden ist.

Vor diesem Hintergrund muss dringend die Leistung der Geriatrie von Absatz 3 in den Absatz 1 des § 115g SGB V verschoben und damit der falsche Versorgungsansatz korrigiert werden:

§ 115g Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung

(1) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sind Standorte von Krankenhäusern, die nach § 6c Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt worden sind und die nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten stationären Leistungen erbringen. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können über die nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten stationären Leistungen hinaus folgende Leistungen erbringen:

- 1. ambulante Leistungen aufgrund einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung,*
- 2. ambulantes Operieren nach § 115b sowie sonstige ambulante Leistungen, die nach diesem Buch von zugelassenen Krankenhäusern erbracht werden können,*
- 3. die nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 vereinbarten stationären Leistungen und, wenn die jeweilige sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung hierbei telemedizinisch von einem kooperierenden Krankenhaus unterstützt wird, die nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 vereinbarten stationären Leistungen,*
- 4. Übergangspflege nach § 39e,*
- 5. Kurzzeitpflege nach § 39c,*
- 6. Leistungen der Geriatrie im Rahmen eines Ambulanten Geriatrischen Zentrums (AGZ). Die in Absatz 3 Satz 1 genannten Vertragsparteien vereinbaren bis zum 31. Dezember 2026 unter Einbindung der geriatrischen medizinischen Fachgesellschaft im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung die genaue strukturelle Ausgestaltung des AGZ. Absatz 3 Satz 2 und 3 gelten entsprechend.*

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen haben die jeweiligen nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 vereinbarten Anforderungen [...]

(3) Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren bis zum 31. Dezember 2025 im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung,

- 1. welche stationären Leistungen der Inneren Medizin ~~und der Geriatrie~~ sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen mindestens erbringen müssen,*
- 2. welche weiteren stationären Leistungen außer der Geriatrie sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen mindestens erbringen können,*
- 3. [...]*

Aus der Gesetzesbegründung zum KHVVG kann man herauslesen, dass es dem Gesetzgeber auch um eine Absicherung einer flächendeckenden Versorgung mit Geriatrien als Krankenhausabteilungen bzw. Fachkliniken ging. Dieses Ziel ist versorgungspolitisch sinnvoll und zu

begrüßen. Gleichwohl lässt sich dies nicht durch die Normierung in § 115g Abs. 3 SGB V erreichen. In Absatz 1 wird von „stationären Leistungen der Geriatrie“ gesprochen, die durch den GKV-Spitzenverband und die DKG festgelegt werden sollen.

Aufgrund dieser Formulierung wird davon ausgegangen, dass es sich nicht um das gleiche Leistungsspektrum der bereits heute etablierten Geriatrien handelt und es gibt konkrete Überlegungen, eine „Geriatrie light“ zu gestalten. Diese sollen z. B. nicht über die in der Geriatrie üblichen und medizinisch notwendigen Strukturvoraussetzungen verfügen. So gibt es Überlegungen, z. B. auf das multiprofessionelle Behandlungsteam – eine zentrale Strukturvorgabe im Bereich der Geriatrie – zu verzichten.

Um neben der sektorenübergreifenden Versorgung auch dem eigentlichen Ziel des Gesetzgebers einer flächendeckenden geriatriespezifischen Versorgung an Krankenhäusern gerecht zu werden, wäre aus Sicht der Geriatrie eine Abbildung der Geriatrie im Bereich der Grund- und Regelversorgung gemäß § 136c SGB V erforderlich. Dies ist in der Systematik des SGB V der richtige Ort für die Gestaltung der flächendeckenden Krankenhausversorgung. Zudem ist auch bei einer Abbildung der Geriatrie über eine Regelung im § 136c die Selbstverwaltung weiterhin beteiligt, sodass eine Verschiebung von § 115g Abs. 3 SGB V in den § 136c Abs. 3 SGB V auch keine Beschränkung der Selbstverwaltungspartner darstellen würde.

Somit ist § 136 C SGB V wie folgt zu ergänzen:

§ 136c Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung

[...]

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt erstmals bis zum 31. Dezember 2016 bundeseinheitliche Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen nach § 17b Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 5 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat insbesondere Vorgaben zu beschließen

- 1. zur Erreichbarkeit (Minutenwerte) für die Prüfung, ob die Leistungen durch ein anderes geeignetes Krankenhaus, das die Leistungsart erbringt, ohne Zuschlag erbracht werden können,*
- 2. zur Frage, wann ein geringer Versorgungsbedarf besteht, und*
- 3. zur Frage, für welche Leistungen die notwendige Vorhaltung für die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen ist.*

Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft bis zum 31. Dezember 2025, inwieweit die Vorgaben anzupassen sind, um eine bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung dauerhaft sicherzustellen. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft aufgrund des demografischen Wandels bis zum 31. Dezember 2026 zudem, inwieweit die Vorgaben um den Leistungsbereich Geriatrie zu ergänzen sind. [...]

3. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ist als beratende Organisation an dem Leistungsgruppenausschuss gemäß § 135e Absatz 3 SGB V zu beteiligen, um Syntax und Semantik des Leistungsgruppen-Groupers sinnvoll mit der fachlich-inhaltlichen Weiterentwicklung der Leistungsgruppen zu verbinden.

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat gemäß § 21 Abs. 3c KHEntgG die Aufgabe, einen Leistungsgruppen-Groupier zu entwickeln, der das Spektrum der medizinischen

Leistungen der Krankenhäuser den Leistungsgruppen zuordnet. Dabei sind die von den Krankenhäusern erbrachten Behandlungsfälle den in Anlage 1 zu § 135e SGB V genannten Leistungsgruppen zuzuordnen.

Für die Steuerungswirkung der Leistungsgruppen kommt es dabei entscheidend darauf an, welche Behandlungen den einzelnen Leistungsgruppen zugeordnet werden, denn davon hängt das künftige Leistungsspektrum der einzelnen Krankenhäuser ab. Der vorliegende für die Fallzuordnung entwickelte LG-Grouper ist stark von der bisherigen Abrechnungslogik des DRG-Systems geprägt. Daraus ergeben sich bei der konkreten Umsetzung zum Teil Verwerfungen zwischen der Krankenhausplanungs- und der Finanzierungsebene. Vor diesem Hintergrund müssen beide Ebenen bei der Fortentwicklung der Leistungsgruppen Beachtung finden und sinnvoll aufeinander abgestimmt werden. Der LG-Grouper ist kein reines IT-Werkzeug, sondern das Fundament einer neuen Krankenhauslogik. Vor diesem Hintergrund widerspricht eine Parallelentwicklung beider Ebenen den Reformzielen und ist abzulehnen. Um einer derartigen Parallelentwicklung entgegenzuwirken, sieht § 135e Absatz 3 Satz 5 SGB V vor, dass der LG-Ausschuss empfehlen kann, dass das Bundesministerium für Gesundheit das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte beauftragt, Leistungen zur Unterstützung seiner Tätigkeit zu erbringen.

Die Kann-Regelung ist in eine Muss-Regelung umzuwandeln, sodass sich der Bundesverband Geriatrie und die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie daher dafür aussprechen, den § 135e Absatz 3 Satz 7 SGB V wie folgt zu ergänzen:

„[...] Die Patientenorganisationen nach § 140f und der Medizinische Dienst Bund und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus können beratend an den Sitzungen des Ausschusses teilnehmen. [...]“

4. Operationalisierung des § 135e Absatz 4 Satz 2 Nummer 7 c) SGB V zur vollen Anrechenbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten.

Gemäß § 135e Absatz 4 Satz 2 Nummer 7 c) SGB V können Fachärztinnen und Fachärzte für bis zu drei Leistungsgruppen berücksichtigt werden. Das bedeutet, dass „ein FA = Name“ in höchstens drei Leistungsgruppen vorkommen darf. Diese Regelung wird in der Praxis aktuell unterschiedlich ausgelegt. So besteht zum Teil die Auffassung, dass eine Aufsplittung auf die Leistungsgruppen nach Stundenanteilen zu erfolgen hat.

Zur einheitlichen Operationalisierung dieser Regelung ist analog dem Wortlaut der Drucksache 20/11854 daher eine Konkretisierung des § 135e Absatz 4 Satz 2 Nummer 7 c) notwendig. Demnach können Fachärztinnen und Fachärzte für bis zu drei Leistungsgruppen, die einem Krankenhaus für diesen Krankenhausstandort nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurden, voll berücksichtigt werden. Beispielsweise kann für die Zuweisung der Leistungsgruppen Endoprothetik Knie, Endoprothetik Hüfte, Revision Hüftendoprothese sowie Revision Knieendoprothese daher die Vorhaltung von mindestens vier Fachärztinnen bzw. Fachärzten (Vollzeitäquivalente) für Orthopädie und Unfallchirurgie ausreichend für die Erfüllung der Qualitätskriterien sein.

Eine Aufsplittung nach Stundenanteilen war daher nicht die Intention des Gesetzgebers, sodass es aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e. V. und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie an dieser Stelle dringend einer Klarstellung bedarf. Es wird vorgeschlagen, den § 135e Absatz 4 Satz 2 Nummer 7 c) SGB V (alt) bzw. im Gesetzentwurf des KHAG den neuen § 135e Absatz 4 Satz 2 Nummer 6 c) SGB V wie folgt zu ergänzen:

„6. dass die im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ in der Tabellenspalte „Verfügbarkeit“ genannten Qualitätskriterien erfüllt sind, wenn Fachärzte im jeweils genannten personellen und zeitlichen Umfang vorgehalten werden, wobei

c) Fachärzte für bis zu drei Leistungsgruppen, die einem Krankenhaus für diesen Krankenhausstandort nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurden, jeweils unabhängig vom Stundenumfang vollumfänglich berücksichtigt werden können; [...]“

5. Inhaltlicher Widerspruch zwischen Anlage 1 und § 135e Absatz 4 Satz 2 Nummer 8 a) muss aufgelöst werden, sodass Kooperationen mit ambulanten Leistungserbringern insbesondere im Bereich der Urologie rechtssicher ermöglicht werden. Die Empfehlungen des Bundesrates, dass Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung nicht verwandte Leistungsgruppen erbringen könnten, wird ausdrücklich abgelehnt.

Die Anlage 1 zu § 135e SGB V sieht für die LG 56 „Geriatrie“ (n: 439) im Bereich der „Erbringung verwandter LG“ ein Kooperationserfordernis mit der „LG Urologie“ (n: 1.635) vor.

Die LG Urologie bedarf wiederum ein Kooperationserfordernis mit der LG „Komplexe Nephrologie“ (n: 135). Aufgrund der geringen Verfügbarkeit der Komplexen Nephrologie auf der Leistungsgruppenebene sind flächendeckende Kooperationen an dieser Stelle faktisch nicht möglich. In der praktischen Umsetzung der Leistungsgruppensystematik kann das Kooperationserfordernis mit der LG Urologie daher voraussichtlich zu einem fatalen „Flaschenhals“ für die notwendige flächendeckende geriatricspezifische Versorgung werden. Neben dieser rein strukturellen Betrachtung besteht auch aus medizinisch-fachlicher Perspektive insbesondere auch im unmittelbaren Vergleich mit anderen Indikationsbereichen keine hinreichende Nähe bzw. keine Notwendigkeit für ein derartiges Kooperationsverhältnis.

Abweichend zur Anlage 1 sieht § 135e Absatz 4 Satz 2 Nummer 8 b) SGB V vor, dass Krankenhäuser ein Qualitätskriterium in Kooperationen und Verbünden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen können, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt und die Erfüllung in Kooperation in dem jeweiligen Qualitätskriterium vorgesehen ist.

Zur Erfüllung der Qualitätskriterien erlaubt die übergeordnete Regelung demnach auch Kooperationen mit Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung und steht damit formal im Widerspruch zur Anlage 1, welche explizit ein Kooperationserfordernis mit einer LG – also einem Krankenhaus – vorsieht.

Zur Operationalisierung dieser Regelung und Vermeidung von Auslegungstreitigkeiten, welche sich in der Praxis bereits abzeichnen, bedarf es aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e. V. an dieser Stelle dringend einer Klarstellung durch den Gesetzgeber. Die vom Bundesrat geforderte Klarstellung, dass Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung Sachausstattung, aber insbesondere nicht verwandte Leistungsgruppen erfüllen können, wird ausdrücklich abgelehnt. Stattdessen wird nachfolgende Neufassung des § 135e Absatz 4 Satz 2 Nummer 8 a) SGB V (alt) bzw. im Gesetzentwurf des KHAG der neue § 135e Absatz 4 Satz 2 Nummer 7 a) SGB V vorgeschlagen:

„7. dass Krankenhäuser ein Qualitätskriterium in Kooperationen und Verbünden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen können, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt und

a) die Erfüllung in Kooperation ~~in dem jeweiligen Qualitätskriterium in den jeweiligen Anforderungsbereichen „Erbringung verwandter LG“, „sachliche Ausstattung“, „personelle Ausstattung“ und „sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen“~~ vorgesehen ist oder“

6. Keine Anwendung der Mindestfallzahlen gemäß § 135f SGB V auf die Leistungsgruppe Geriatrie, da keine belastbare Evidenz für deren Ermittlung vorliegt.

Die in § 135f SGB V normierten Vorgaben zur Einführung von Mindestvorhaltezahlen lehnt der Bundesverband Geriatrie ab. Diese Regelung überfrachtet die Leistungsgruppensystematik, wirft zahlreiche fachliche und rechtliche Fragen auf und birgt erhebliche Risiken für eine versorgungsorientierte Umsetzung der Reform. Nicht ohne Grund war zudem damals in Nordrhein-Westfalen in seiner Rolle als Vorbild für eine bundesweite Krankenhausreform auf leistungsgruppenspezifische Mindestvorhaltezahlen verzichtet worden, da keine belastbare Evidenz für deren Ermittlung vorliegt bzw. deren Generierung, sofern überhaupt erfolgreich möglich, absehbar viele Jahre beansprucht und nur unter großem methodischen Aufwand leistbar erscheint.

Für die Ermittlung von Mindestvorgaben sollen gemäß der vom IQWiG vorlegten Methoden zur Ableitung der Empfehlung von Mindestvorhaltezahlen vom 15. September 2025 im Rahmen einer Qualitätsanalyse die Mindestmengenregelungen des G-BA, Mindestvorgaben von deutschen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften sowie geltende Mindestvorgaben in anderen Ländern herangezogen werden. Nach der Feststellung der Eignung und Übertragbarkeit der Mindestvorgabe soll die Zuordnung zu den Leistungsgruppen erfolgen. Hierfür sollen die Leistungsdefinitionen der Mindestvorgaben mit den Leistungsgruppen-Definitionen des vom InEK herausgegebenen Leistungsgruppen-Definitionshandbuchs gegenübergestellt werden.

Bei dieser Gegenüberstellung kann es passieren, dass die bestehenden qualitativen Mindestvorgaben weiter gefasst sind, als die Definition der Leistungsgruppe. So beinhaltet auch die Leistungsgruppe Geriatrie (LG 56) – wie bereits dargestellt – gegenwärtig ausschließlich die Leistungen der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung im Sinne des OPS 8-550. In den Geriatrien erfolgt jenseits der Frührehabilitation jedoch auch eine darüber hinausgehende Versorgung. Hierbei handelt es sich um „akutgeriatrische Fälle“, die zumeist eine internistische Grunderkrankung aufweisen und je nach Klinik im Durchschnitt ca. 25 Prozent des Behandlungsspektrums in den Geriatrien ausmachen. Die Leistungsdefinition der Mindestvorgabe ist in der Geriatrie aus fachlich-inhaltlicher Sicht damit weiter gefasst als die Definition der Leistungsgruppe.

Vor diesem Hintergrund ist eine Anwendung der Regelungen des § 135f SGB V auf die Leistungsgruppe Geriatrie nicht möglich. Die Teilergebnisse des OPS 8-550 sind für das gesamte geriatrische Fachgebiet nicht repräsentativ. Auch ist der diskutierte Leistungsausschluss ab der 15. Perzentile im Bereich der Geriatrie nicht sinnvoll, da der Anteil akutgeriatrischer Leistungen klinikindividuell sehr inhomogen ist.

Der Bundesverband Geriatrie und die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie regen daher an, § 135f Absatz 4 SGB V wie folgt zu ergänzen:

„4) Das Bundesministerium für Gesundheit legt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates für nach § 135e Absatz 2 Satz 2 maßgebliche Leistungsgruppen Mindestvorhaltezahlen auf Grundlage der nach Absatz 2 vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen erarbeiteten jeweiligen Empfehlung sowie der nach Absatz 3 vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstellten jeweiligen Auswertung und jeweiligen Empfehlung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus fest. Die Mindestfallzahlen finden bei heterogenen Leistungsgruppen, wie der Allgemeinen Inneren Medizin und der Geriatrie, keine Anwendung.“

7. Erweiterung des § 37 Absatz 1 Satz 2 KHG um Planfallzahlen, damit diese bei der Festsetzung der Vorhaltevolumina je Land und Leistungsgruppe erhöhend berücksichtigt und demografiebedingte Fallzahlsteigerungen nicht benachteiligt werden. Auch der Bundesrat weist in seinen Empfehlungen auf die bestehende gesetzliche Regelungslücke hin.

Die gesetzgeberische Intention, mit der Neugestaltung des Krankenhauswesens die Behandlung von Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern künftig mehr nach medizinischen und weniger nach ökonomischen Kriterien auszurichten, ist ausdrücklich zu begrüßen. Die Vorhaltevergütung und die Mindestvoraussetzungen für Leistungsgruppen können bei sachgerechter Ausgestaltung Instrumente dafür sein. Aus den bisherigen Regelungen geht jedoch nicht hervor, wie die Vergütungssystematik künftig konkret ausgestaltet und in der Praxis umgesetzt werden soll. Fraglich ist insbesondere, wie die geplante Vergütungssystematik absehbare, demografiebedingte Fallzahlsteigerungen sachgerecht berücksichtigen wird. Ohne konkrete Regelungen besteht jedoch die große Gefahr, dass sich ein die Versorgungssicherheit gefährdender Anreiz zur Fehl- beziehungsweise Minderleistung in der Praxis manifestiert.

Damit die Einführung des Vorhaltebudgets nicht mit einer Benachteiligung einzelner Leistungsgruppen einhergeht, sind bei der Vorhaltevergütung Mechanismen für demografiebedingte Fallzahlsteigerungen zu bedenken. Der in § 37 Absatz 2 Satz 7 Nr. 2 KHG vorgesehene Fallzahlkorridor (+/- 20 Prozent) zur Reduktion von ökonomisch bedingten Mengenausweitungen und Förderung der Ambulantisierung ist aus geriatricspezifischer Sicht nicht geeignet, um dem sicher steigenden Bedarf in der Geriatrie zu begegnen. Der geplante Fallzahlkorridor geht bei einem Wachstum immer mit Erlösnachteilen gegenüber dem heutigen a-DRG-System einher. Nur wenn insgesamt ein Wachstum von 20 Prozent überschritten wird, gleichen sich die Erlöse im Folgejahr an. Aufgrund dieses beachtlichen Fallzahlkorridors müssen Krankenhäuser bei Wachstumsprozessen in Vorleistung gehen. Gleichzeitig bestehen fortlaufende Erlösnachteile, wenn die 20 %-Schwelle nicht überschritten wird. Bei Schrumpfungsprozessen im Sinne der Ambulantisierung werden Erlösverluste durch die Vorhaltefinanzierung hingegen abgedeckt und der Fallerlös steigt in Abhängigkeit zum Gesamtmarkt zum Teil an. Nach der ersten Eingruppierung könnte es für die Krankenhäuser daher strategisch sinnvoll sein, ihre Leistungsmenge zu reduzieren. Dieser Mechanismus kann eine systematische Benachteiligung der Geriatrie und damit der betagten und hochbetagten Menschen bedeuten, da in der Geriatrie demografiebedingt kontinuierlich über mehrere Jahre eine Fallzahlsteigerung eintreten wird (wie dies z. B. auch in NRW krankenhauplanerisch angenommen wird) und zudem das Ambulantisierungspotenzial in der Geriatrie im Vergleich zu anderen Leistungsgruppen sehr gering ist.

Diese Tatsache begründet sich durch die Besonderheiten geriatrischer Patientinnen und Patienten und lässt sich insbesondere mit den medizinischen Kontextfaktoren zur Abgrenzung von

akutstationären und ambulanten Leistungen des AOP-Kataloges belegen (z. B. schwere motorische und kognitive Funktionseinschränkungen, Pflegebedürftigkeit, Begleiterkrankungen). Der im Gesetz etablierte Fallzahlkorridor bildet die besondere Situation kontinuierlich, demografiebedingt steigender Fallzahlen damit nicht sachgerecht ab. Entsprechende Indikationsbereiche und Leistungsgruppen werden durch das Kalkulationsmodell strukturell und systemimmanent benachteiligt, sodass die Gefahr eines leistungsgruppenbezogenen permanenten „Fixkostendegressionsabschlags“ besteht.

Durch das – ebenfalls in der Umsetzung nicht ganz unproblematische – Instrument der Planfallzahlen soll dieser Entwicklung entgegengewirkt werden. Aktuell bleiben bei der Anwendung von Planfallzahlen jedoch viele Fragen offen, da die Rahmenbedingungen der Anwendung nicht unmittelbar im Gesetz normiert sind. Insbesondere ist unklar, wie spezifisch belastbare Prognosen der Fallzahlen ermittelt werden sollen und wie längerfristig mit Differenzen zwischen Plan- und Ist-Zahlen zu verfahren ist.

Auch die Verwendung von Planfallzahlen kann bei nicht sachgerechter Ausgestaltung zu ökonomischen Fehlanreizen im System führen. Das Vorhaltevolumen je Land und Leistungsgruppe wird jährlich auf der Grundlage der erbrachten Fälle des vorangegangenen Kalenderjahres festgesetzt. Dadurch steigt bei der Verwendung von Planfallzahlen innerhalb der Leistungsgruppe nicht das Gesamtvorhaltevolumen je Land, sondern es wird lediglich der landesspezifische „Krankenhaus-Verteilungsschlüssel“ angepasst. Sofern also der „Krankenhaus-Verteilungsschlüssel“ ohne Anpassung des leistungsgruppenbezogenen Gesamtvorhaltevolumens des Landes um demografiebedingte Fallzahlsteigerungen erhöht wird, sinkt „automatisch“ das Vorhaltevolumen je Fall. Analog dem Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen müssen daher auch auf Bundesebene Anreize für demografiebedingte Fallzahlsteigerungen geschaffen werden. So heißt es im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen: „Der geriatrische Versorgungsbedarf wird in Anbetracht der demografischen Entwicklung zukünftig weiter steigen. Deshalb wird in der Geriatrie eine Reduktion der Leistungserbringer nicht angestrebt.“ Folglich müssen demografiebedingte Fallzahlsteigerungen auch mit einer Erhöhung des landesspezifischen Gesamtvorhaltevolumens der Leistungsgruppen einhergehen, da die planerische Mengenausweitung zugunsten eines Krankenhauses ansonsten immer zu Lasten aller Krankenhäuser der Leistungsgruppe im Land gehen würde.

Der Bundesverband Geriatrie und die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie regen daher an, den § 37 Absatz 1 Satz 2 KHG wie folgt zu ändern:

„Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat bis zum 30. November eines jeden Kalenderjahres für die Ermittlung des Vorhaltevolumens für ein Land für das jeweils folgende Kalenderjahr die nach § 6a Absatz 6 Satz 1 in dem jeweiligen Kalenderjahr übermittelten Daten, die jeweilige Planfallzahl, wenn diese nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 oder Nummer 5 übermittelt wurden und die nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das jeweils vorhergehende Kalenderjahr übermittelten Leistungsdaten zu Krankenhausfällen in dem jeweiligen Land, die auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet werden, zugrunde zu legen und diesen Krankenhausfällen die Vorhaltebewertungsrelationen für das jeweilige Kalenderjahr, für das die Ermittlung erfolgt, zuzuordnen; bei dieser Ermittlung nicht zu berücksichtigen sind Krankenhausfälle von Krankenhausstandorten, für die nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 5 die Angabe übermittelt wurde, dass sie als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt wurden, von Bundeswehrkrankenhäusern, soweit die Krankenhausfälle nicht die Behandlung von Zivilpatientinnen oder Zivilpatienten betreffen, und von Krankenhäusern der

gesetzlichen Unfallversicherung, soweit die Kosten der Krankenhausfälle von der gesetzlichen Unfallversicherung getragen werden."

- 8. Die im Gesetzentwurf enthaltenen Klarstellungen in § 6b KHEntgG und § 135e Absatz 4 Satz 2 Nummer 4 SGB V, dass teilstationäre Einrichtungen und Besondere Einrichtungen die Leistungsgruppenvoraussetzungen zu erfüllen haben, obwohl sie keine Vorhaltevergütung erhalten, sind zu streichen. Die Empfehlungen des Bundesrates werden an dieser Stelle ausdrücklich begrüßt.**

Die im Gesetzentwurf enthaltene Klarstellung, dass teilstationäre Einrichtungen und Besondere Einrichtungen die Leistungsgruppenvoraussetzungen zu erfüllen haben, obwohl sie keine Vorhaltevergütung erhalten, ist abzulehnen. Die gesamte Leistungsgruppensystematik ist darauf zugeschnitten, die DRG-Vergütung zu verringern und an die Stelle der wegfallenden DRG-Vergütungsanteile eine sogenannte Vorhaltevergütung zu setzen. Besondere Einrichtungen und teilstationäre Einrichtungen werden jedoch in der Regel nicht nach DRGs vergütet.

Das geriatrische Leistungsspektrum beinhaltet neben der vollstationären Versorgung auch die teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung gemäß OPS 8-98a.-. Dabei stellt der OPS 8-98a.- eine spezifische Leistung dar, welche aufgrund der codespezifischen Struktur- und Prozessmerkmale eindeutig der Geriatrie zugeordnet werden kann. Aktuell findet der OPS 8-98a.- jedoch keine Anwendung bei der Definition der speziellen Leistungsgruppe Geriatrie. Zur Gruppierung der teilstationären geriatricspezifischen DRGs A90A bzw. A90B wird in der Gruppierungslogik der Fachabteilungsschlüssel 0260 Geriatrie/Tagesklinik verwendet. Dieser triggert aktuell in die LG001 Allgemeine Innere Medizin. Auch fachlich-inhaltlich ist die Anwendung der Leistungsgruppensystematik auf teilstationäre Einrichtungen daher abzulehnen.

Die mit den KHAG geplanten Anpassungen in § 6b KHEntgG und § 135e Absatz 4 Satz 2 Nummer 4 SGB V sind ersatzlos zu streichen.

- 9. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus muss gemäß § 21 Absatz 3c KHEntgG dazu ermächtigt werden, den bestehenden Leistungsgruppen-Grouper fortzuentwickeln, damit das Spektrum der medizinischen Leistungen der Krankenhäuser sachgerecht den Leistungsgruppen zugeordnet werden kann.**

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat gemäß § 21 Abs. 3c KHEntgG die Aufgabe, einen Leistungsgruppen-Grouper zu entwickeln, der das Spektrum der medizinischen Leistungen der Krankenhäuser den Leistungsgruppen zuordnet. Dabei sind die von den Krankenhäusern erbrachten Behandlungsfälle den in Anlage 1 zu § 135e SGB V genannten Leistungsgruppen zuzuordnen.

Der LG-Grouper wurde im Februar 2025 mit Version 1.0 zertifiziert und ist das zentrale Werkzeug zur Umsetzung der Krankenhausreform. Die Eingruppierung in die zu ermittelnde Leistungsgruppe schließt sich an den Prozess der DRG-Gruppierung an. Dabei unterliegt die DRG-Gruppierung aufgrund der jährlichen Fortentwicklung gemäß § 17b Absatz 2 KHG einem dynamischen System. Auch hat der LG-Ausschuss gemäß § 125e Absatz 3 SGB V Empfehlungen zur inhaltlichen Weiterentwicklung der Leistungsgruppen zu publizieren. Sowohl bei der DRG-Gruppierung als auch der Leistungsgruppensystematik handelt es sich damit nicht um starre Systeme, sodass der Leistungsgruppen-Grouper bei Bedarf weiterzuentwickeln und anzupassen ist. Der Bundesverband Geriatrie und die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie sprechen sich daher dafür aus, den § 21 Absatz 3c KHEntgG wie folgt zu ergänzen:

„(3c) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erarbeitet Vorgaben für die in Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe g und Nummer 2 Buchstabe i genannte Zuordnung und zertifiziert bis zum 30. September 2024 auf dieser Grundlage entwickelte Datenverarbeitungslösungen und entwickelt diese bei Bedarf jährlich fort. Insbesondere sind diese an medizinische Entwicklungen und Leistungsverlagerungen anzupassen. Die Krankenhäuser haben für die in Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe g und Nummer 2 Buchstabe i genannte Zuordnung ausschließlich nach Satz 1 zertifizierte Datenverarbeitungslösungen zu verwenden.“