

05.07.24

Stellungnahme

des Bundesrates

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

Der Bundesrat hat in seiner 1046. Sitzung am 5. Juli 2024 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. Zur Eingangsformel

Die Eingangsformel ist wie folgt zu fassen:

„Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:“

Begründung:

Aus Artikel 80 Absatz 2 des Grundgesetzes ergibt sich, dass Rechtsverordnungen gerade bei zustimmungspflichtigen Gesetzen der Zustimmung des Bundesrates bedürfen. Im Gegenschluss ergibt sich daraus, dass auf die Zustimmungspflicht eines Gesetzes nicht verzichtet werden kann, weil die ausführenden Rechtsverordnungen zustimmungspflichtig sind. Insofern ist die Eingangsformel entsprechend anzupassen. Die Zustimmungspflicht des Bundesrates zu dem Gesetz folgt aus Artikel 104a Absatz 4 des Grundgesetzes. Die Regelungen der Investitionskostenförderung sind als Geldleistungsgesetz im Sinne der vorbenannten Vorschrift zu klassifizieren. Eine Verabschiedung des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes ohne Zustimmung des Bundesrates birgt somit das Risiko einer formellen Verfassungswidrigkeit.

2. Zu Artikel 1 Nummer 4 (§ 115g SGB V)

In Artikel 1 Nummer 4 ist § 115g wie folgt zu fassen:

„§ 115g

Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung

(1) Krankenhäuser, die nach § 6c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt worden sind, können insbesondere folgende Leistungen 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. Leistungen von Institutsambulanzen aus strukturellem Grund nach § 116a,
5. stationäre Leistungen, soweit sie von der Vereinbarung nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 und 3 umfasst und die Anforderungen nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 erfüllt sind, einschließlich belegärztlicher Leistungen, in dem durch den Versorgungsauftrag des Landes bestimmten Umfang,
6. Übergangspflege nach § 39e,
7. Kurzzeitpflege nach § 39c.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen erbringen stationäre Leistungen, soweit sie von der Vereinbarung nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 umfasst und die Anforderungen nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 erfüllt sind, einschließlich belegärztlicher Leistungen, in dem durch den Versorgungsauftrag des Landes bestimmten Umfang. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können die in Satz 1 Nummer 6 und 7 genannten Leistungen unter pflegerischer Leitung erbringen, soweit sie nicht ärztlich zu verantworten sind. Die Möglichkeit für Krankenhäuser, die nicht als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt sind, stationäre Leistungen nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 bis 3 und Leistungen nach Satz 1 Nummer 1, 2 und 6 zu erbringen, bleibt unberührt.

(2) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen stellen eine ständige ärztliche Leitung im Sinne des § 107 Absatz 1 Nummer 2 sowie ein jederzeit verfügbares ärztliches Personal im Sinne des § 107 Absatz 1 Nummer 3 in der

Nacht und an Wochenenden in Abhängigkeit ihres jeweiligen Leistungsangebotes zumindest durch Rufbereitschaft oder Bereitschaftsdienst sicher.

(3) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können zusätzlich Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und der Tagespflege und Nachtpflege nach § 41 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erbringen.

(4) Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum [einsetzen: Datum des letzten Tages des 12. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung ein Konzept vor,

1. welche stationären Leistungen der Inneren Medizin und der Geriatrie sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen mindestens anbieten müssen,
2. welche weiteren stationären Leistungen sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen erbringen können,
3. welche stationären Leistungen eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung über die nach den Nummern 1 und 2 vereinbarten stationären Leistungen hinaus erbringen kann, wenn sie hierbei telemedizinisch von einem kooperierenden Krankenhaus unterstützt wird, und
4. welche Anforderungen an die Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation der Erbringung der den Nummern 1 bis 3 vereinbarten Leistungen und an die in Nummer 3 genannte Kooperation gestellt werden und wie diese aufwandsarm geprüft werden.

Die in Satz 1 genannten Vertragsparteien haben das Konzept nach Satz 1 im Abstand von jeweils höchstens zwei Jahren, erstmals zwei Jahre nach ihrem Abschluss, an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Das Bundesministerium für Gesundheit erlässt auf Grundlage des Konzeptes nach Satz 1 eine Rechtsverordnung, die die Anforderungen an sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen regelt. Die Rechtsverordnung bedarf der Zustimmung des Bundesrates. Kommt ein Konzept nach Satz 1 oder Satz 2 nicht fristgerecht zustande, legt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von drei Monaten den Inhalt des Konzepts fest. Für die Festlegung durch die Schiedsstelle nach Satz 3 gilt die Anpassung nach Satz 2 entsprechend.

(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung 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 Versorgungseinrichtungen 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.“

Begründung:

Die Länder müssen zur Wahrung ihrer Planungshoheit zumindest mitbestimmen, welche Leistungen von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen erbracht werden müssen beziehungsweise dürfen. Die nach dem Gesetzentwurf möglichen ambulanten Leistungen gehen zudem kaum über das hinaus, was bislang schon möglich ist. Ob mit dem in sektorenübergreifenden Einrichtungen zulässigen Versorgungsangebot und den notwendigen Vorhaltungen der akutstationären Versorgung und dem damit vorzuhaltenden Personal eine auskömmliche Finanzierung möglich ist, ist weiterhin unklar. Dies hängt maßgeblich von dem noch zu regelnden konkreten Leistungsspektrum und den jeweiligen Anforderungen dazu sowie der Höhe der krankenhausindividuellen Tagesentgelte ab. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen haben für ihre erbrachten Leistungen Anspruch auf Förderung ihrer Investitionskosten, soweit und solange sie in den Krankenhausplan eines Landes und in das Investitionsprogramm aufgenommen sind. Es muss sichergestellt werden, dass Einrichtungen von sektorenübergreifenden Versorgern, die zur stationären Versorgung genutzt werden, im Rahmen der Investitionskostenförderung förderfähig sind, auch wenn diese zusätzlich für ambulante Behandlungen zur Verfügung stehen.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sind kleinere Einrichtungen in voraussichtlich überwiegend ländlichen Regionen, weshalb es eines effizienten Ressourceneinsatzes von pflegerischem und ärztlichen Personal bedarf, insbesondere unter Berücksichtigung des Fachkräftemangels in diesen Bereichen. Ebenso ist es dringend geboten, unnötige Bürokratie zu vermeiden. Sektorenübergreifende Versorger können ihrer vorgesehenen Rolle im Transformationsprozess nur dann gerecht werden, wenn das Leistungsangebot als flexibler Instrumentenkasten an regionale Bedarfe angepasst werden kann. Hierfür sind folgende Anpassungen notwendig:

Zu § 115g Absatz 1 SGB V:

Die medizinisch-pflegerische Versorgung nach § 115h SGB V ist als neuer sektorenübergreifender Leistungsbestandteil aufzunehmen.

Die Erweiterung der Tätigkeit von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen im ambulanten Spektrum ist notwendig, um eine flächendeckende Versorgung zu sichern. Neben den anzugleichenden Ermächtigungen in § 116a SGB V muss auch die Zulassung von Institutsambulanzen aus strukturellem Grund möglich sein.

Zu § 115g Absatz 2 SGB V:

Die Regelung des § 115g Absatz 2 SGB V definiert die mindestens notwendige Verfügbarkeit der ärztlichen Leitung und des ärztlichen Personals solcher Einrichtungen für die Nacht und an Wochenenden als Rufbereitschaft oder Bereitschaftsdienst. Diese Klarstellung ist erforderlich, um Rechtssicherheit für entsprechende Einrichtungen zu schaffen und Umwandlungen in dem vorgesehenen Zeitplan zu ermöglichen. Auch wenn der sektorenübergreifende Versorger ein akutstationäres Angebot vorhält, unterscheidet sich dieses vom Komplexitätsniveau der Leistungserbringung erheblich von denen eines Krankenhauses in der bisherigen Definition. Eine ständige physische Anwesenheit ärztlichen Personals auf dem Gelände ist nicht erforderlich. Die notwendige Verfügbarkeit ergibt sich aus dem tatsächlichen Leistungsangebot im Rahmen der Definition gemäß § 115g Absatz 3 SGB V. Bisherige Auslegungsdifferenzen zwischen Krankenkassen, Medizinischem Dienst und Leistungserbringern zur Arztpräsenz für Krankenhäuser gemäß § 107 SGB V spitzen sich in den Diskussionen zur möglichen Ausgestaltung der Einrichtungen nach § 115g SGB V zu. Die Regelung unterstützt darüber hinaus sowohl die Fachkräfteverfügbarkeit als auch den wirtschaftlichen Betrieb sektorenübergreifender Einrichtungen.

Zu § 115g Absatz 3 SGB V:

Die strikte Trennung der Erbringung von Leistungen des SGB XI in selbständigen, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennten Pflegeabteilungen stellt für das indizierte Versorgungsangebot eine hohe bürokratische Hürde dar. Darüber hinaus ist die wirtschaftliche Leistungserbringung in organisatorisch und wirtschaftlich getrennten Bereichen nur mit bestimmten Mindestgrößen der jeweiligen Bereiche wirtschaftlich möglich. Dies schränkt die Möglichkeit sektorenübergreifende Versorger anstelle von Krankenhäusern zu etablieren, erheblich ein. Eine humanressourcenschonende und wirtschaftliche Leistungserbringung und ein Gewinn für die Versorgungssituation lässt sich nur erzielen, wenn Kurzzeit- und Übergangspflege nach SGB V sowie nach SGB XI in den gleichen Räumlichkeiten sowie durch das gleiche Personal erbracht werden können. Ineffizienzen gilt es aufgrund knapper Ressourcen zu vermeiden.

Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen ist daher ein vereinfachter Zugang zur Leistungserbringung sowie zur Abrechnung dieser Leistungen zu ermöglichen. Die Leistungserbringung in selbständigen, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennten Pflegeabteilungen ist daher zu streichen. Das verringert die Komplexität der Vergütungsbestandteile sekto-

renübergreifender Versorgungseinrichtungen und ermöglicht bedarfsgerechte Versorgungsangebote flexibel vor Ort zu schaffen.

Zu § 115g Absatz 4 SGB V:

§ 115g Absatz 4 SGB V regelt das Verfahren zur Bestimmung, welche Leistungen in einer sektorenübergreifenden Einrichtung angeboten werden müssen und können. Das bisherige Verfahren sieht vor, dass die Selbstverwaltung im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung eine Vereinbarung darüber treffen, welches Leistungsangebot vorgehalten werden muss und kann und welche Anforderungen an Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation zu stellen sind. Das Verfahren ist anzupassen, da wesentliche Bestandteile wie Leistungsangebot, Qualität und Patientensicherheit den Aufgabenbereich der Krankenhausplanung der Länder betreffen und nicht allein der Selbstverwaltung zu überlassen sind. Die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung obliegt insbesondere den Ländern, wie sie beispielsweise über die Definition von Struktur- und Qualitätsanforderungen der Leistungsgruppen oder der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung zum Tragen kommen. Solche Entscheidungen sind auch nicht einer Schiedsstelle zu überlassen, welche im Falle einer nicht fristgerechten Vereinbarung automatisch entscheidet.

Es ist daher ein partizipatives Verfahren vorzusehen, welches die Expertise der Repräsentanten der Selbstverwaltung einbezieht, indem diese dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ein entsprechendes Konzept vorschlagen und das BMG mit Zustimmung des Bundesrates eine Rechtsverordnung über die wesentlichen Anforderungen an sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen erlässt.

3. Zu Artikel 1 Nummer 4a – neu – (§ 115h – neu – SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 4 folgende Nummer 4a einzufügen:

„4a. Nach § 115g wird der folgende § 115h eingefügt:

„§ 115h

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 Krankenhäuser veranlasst.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum [einsetzen: Angabe des Tages und Monats des Inkrafttretens dieses Gesetzes nach Artikel 7 sowie die Jahreszahl des auf das Inkrafttreten dieses Gesetzes nach Artikel 7 folgenden Kalenderjahres] Einzelheiten der Erbringung der medizinisch-pflegerischen Versorgung, insbesondere

1. die Gruppe der Patienten, für die die medizinisch-pflegerische Versorgung zu erbringen ist,
2. die sächlichen und personellen Mindestvoraussetzungen der medizinisch-pflegerischen Versorgung und
3. Vorgaben für Kooperationsvereinbarungen zwischen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen und Vertragsärzten.

Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene nach § 89a Absatz 2.

(4) Die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vereinbaren im Benehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde den konkreten Versorgungsumfang der medizinisch-pflegerischen Versorgung in der jeweiligen Einrichtung.“ ‘

Begründung:

Mit der vorgeschlagenen Regelung wird die medizinisch-pflegerische Versorgung als neue Versorgungsform in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen geschaffen. Hintergrund ist, dass die Zahl der älteren und multimorbiden Patientinnen und Patienten zunimmt. Diese Patientengruppe benötigt in vielen Fällen keine stationäre Hochleistungsmedizin. Dennoch geht bei diesen Patientinnen und Patienten der ärztliche Behandlungsbedarf mit der Notwendigkeit einer pflegerischen Begleitung oder Überwachung einher, sodass die ärztliche Behandlung nicht ausschließlich ambulant erfolgen kann.

Die medizinisch-pflegerische Versorgung bündelt die begrenzten ärztlichen Ressourcen und sorgt durch eine Entlastung für Krankenhäuser höherer Versorgungsstufen für eine effizientere Versorgung. Sie stärkt dadurch, dass sie auch die Behandlung durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ermöglicht, den sektorenübergreifenden Ansatz.

Das Herstellen des Benehmens in § 115h Absatz 4 SGB V ist notwendig, da medizinisch-pflegerische Leistungen in Plankrankenhäusern erfolgen. Einerseits erhalten die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen als Plankrankenhäuser finanzielle Mittel im Rahmen der Investitionskostenförderung von den Ländern. Andererseits werden mit der Bestimmung eines konkreten Versorgungsumfangs der medizinisch-pflegerischen Versorgung krankenhaushausplanerische Aspekte tangiert. Die Länder müssen daher auch mitbestimmen können, in welchem Umfang dies erfolgt, mindestens jedoch im Entscheidungsprozess einbezogen und gehört werden.

Darüber hinaus handelt es sich bei der medizinisch-pflegerischen Versorgung um eine neue Versorgungsform. Der Einbezug der jeweiligen Planungsbehörden ist daher auch krankenhaushausplanerisch für die Versorgungsstruktur im Land sinnvoll, um deren Expertise für das Versorgungsgeschehen einzubeziehen.

Vor diesem Hintergrund ist in § 115h Absatz 4 SGB V entsprechende Einfügung des Herstellens eines Benehmens nötig.

4. Zu Artikel 1 Nummer 5 (§ 116a Absatz 1 und Absatz 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 5 ist § 116a wie folgt zu ändern:

- a) In Absatz 1 ist das Wort „eingetretene“ zu streichen und nach dem Wort „ermächtigen“ sind die Wörter „oder zur Leistungserbringung in Institutsambulanzen zulassen“ einzufügen.
- b) Absatz 2 ist zu streichen.

Begründung:

Um Versorgungsbedarfe in allen Fachbereichen adäquat abzudecken, soll die Leistungserbringung in Institutsambulanzen ermöglicht sowie in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen ausgeweitet werden. Dafür muss der Zulassungsausschuss zugelassene Krankenhäuser für die vertragsärztliche Versorgung ermächtigen oder die Leistungserbringung in Institutsambulanzen ermöglichen, wenn dies aus strukturellem Grund, nämlich zur Beseitigung einer drohenden oder festgestellten Unterversorgung oder eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs, und aus Sicht der zuständigen Krankenhausplanungsbehörde notwendig ist.

Diese Optionen stellen einen wichtigen Fortschritt zur sektorenübergreifenden Versorgung dar. Eine rein vertragsärztliche Ermächtigung ist mit Blick auf die demographische Entwicklung und deren Auswirkungen auf den ärztlichen beziehungsweise medizinischen Fachkräftemarkt unzureichend, um zukünftige Bedarfe sicherzustellen.

Die Ermächtigung auch für Institutsambulanzen trägt dem Wandel der Arbeitswelt mit neuen Arbeitszeitmodellen Rechnung.

Zudem sollte keine Abstufung zwischen sektorenübergreifenden Versorgern und anderen zugelassenen Krankenhäusern vorgenommen werden.

5. Zu Artikel 1 Nummer 5 (§ 116a Absatz 1 Satz 2 – neu – und Absatz 3 Satz 2 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 5 ist in § 116a dem Absatz 1 und Absatz 3 jeweils folgender Satz anzufügen:

„Der Ermächtigungsbeschluss ist nach zwei Jahren zu überprüfen.“

Begründung:

Mit der Regelung im Gesetzentwurf wird § 116a Absatz 1 Satz 2 SGB V aufgehoben. Nach der Begründung im Gesetzentwurf sollen die Zulassungsausschüsse damit von der Pflicht entbunden werden, die an die Krankenhäuser erteilten Ermächtigungsbeschlüsse nach zwei Jahren zu überprüfen. Die Aufhebung soll damit einen Beitrag zur Entbürokratisierung leisten. Gleichzeitig wird ausgeführt, dass der Zeitpunkt der Überprüfung damit im Ermessen des zuständigen Zulassungsausschusses steht und flexibel terminiert werden kann. Offensichtlich wird das Erfordernis einer Überprüfung also gesehen. Damit gehört dieses aber aus Gründen der Rechtsklarheit in den Gesetzestext und nicht (nur) in die Ausführungen der Begründung.

Die bisherige Regelung, dass der Ermächtigungsbeschluss nach zwei Jahren zu überprüfen ist, ist praktikabel, rechtsklar und rechtssicher. Die Regelung wird für sämtliche Anträge, die bei den Zulassungsausschüssen eingehen, gleichermaßen angewandt. Damit ist eine Rechtsklarheit und Rechtssicherheit auch für die Antragsteller gegeben. Die Überprüfung der Beschlüsse ist auch notwendig, weil die Ermächtigung nur aufgrund der Betrachtung der aktuellen Bedarfslage erteilt werden kann. Würde man die Ermächtigung ohne Überprüfungsfrist erteilen, käme dies einer Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung gleich. Zulassungen werden jedoch aufgrund der Vorgaben in den Bedarfsplänen erteilt.

Zudem besteht die Befürchtung, dass – wenn unterschiedliche Fristen zur Überprüfung zur Anwendung kommen – der Zulassungsausschuss einen erhöhten Begründungsaufwand im Rahmen der Entscheidungen wahrnehmen muss und die Antragsteller dann gegebenenfalls den Weg über den Berufungsausschuss und /oder den Klageweg beschreiten werden.

Das Anliegen der Entbürokratisierung könnte damit ins Gegenteil umschlagen.

Daher ist eine rechtsklare Regelung zur Überprüfung der Ermächtigungsbeschlüsse (wieder) einzufügen.

Dies gilt gleichfalls für die Regelung in § 116a Absatz 3 SGB V für Ermächtigungen an sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen.

§ 116a Absatz 3 SGB V legt die Verpflichtung für den Zulassungsausschuss fest, eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung für den Fall, dass keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, zu erteilen.

Mit Blick auf § 116a Absatz 3 SGB V ist zudem nicht sichergestellt, dass die Versorgung in Gänze oder teilweise durch Ärzte in Weiterbildung oder weitere nichtärztliche Professionen (zum Beispiel Physician Assistant) erfolgt. In diesem Zusammenhang sei darauf verwiesen, dass die Anzahl an Weiterbildungsassistenten in stationären Einrichtungen pro Weiterbilder im Gegensatz zu hausärztlichen Praxen zahlenmäßig nicht beschränkt ist. Diese Assistenzärzte oder das nichtärztliche Personal werden in den stationären Einrichtungen derzeit schon in größerem Umfang eingesetzt. Damit besteht künftig die Gefahr von Wettbewerbsverzerrungen mit den im Umland ansässigen Hausarztpraxen, verbunden mit der Gefahr von Qualitätseinbußen in der medizinischen Behandlung.

Die bereits bestehende Konkurrenz um das Personal wird im Ergebnis noch einmal verschärft.

Eine Ermächtigung zur hausärztlichen Versorgung bedeutet, einen vollumfänglichen hausärztlichen Versorgungsauftrag innezuhaben, der das gesamte Leistungsspektrum abdeckt. Dies umfasst beispielsweise auch Hausbesuche und die Betreuung von Pflegeheimpatienten. Es stellt sich die Frage, ob dies durch Krankenhausärzte umgesetzt werden wird. Gegebenenfalls werden nur die leichten Fälle mit geringem Behandlungsaufwand ausgewählt. Die zeitaufwendigen Fälle bleiben dann für den niedergelassenen Hausarzt übrig, soweit es einen solchen in der entsprechenden Region noch gibt.

Wie bei großen Klinikketten schon üblich, kann mit dieser Öffnung des Angebots von Kliniken die Wertschöpfungskette gut genutzt werden. Klinikbetreiber erhalten nun noch mehr die Möglichkeit, sich die Patienten selbst zuzuweisen. Der bisher durch trägereigene medizinische Versorgungszentren schon bekannte Drehtüreffekt verstärkt sich und wird legalisiert. Es ist nicht ersichtlich, dass dieser Anreiz für die Klinikbetreiber einen Mehrwert für die Versorgung der Patienten bringt.

Daher ist eine Frist zur Überprüfung für den hausärztlichen Bereich insbesondere festzulegen.

6. Zu Artikel 1 Nummer 5 (§ 116a Absatz 3 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 5 ist § 116a Absatz 3 wie folgt zu ändern:

- a) Nach dem Wort „Versorgungseinrichtungen“ sind die Wörter „nach § 115g Absatz 1“ einzufügen.
- b) Nach den Wörtern „hausärztliche Versorgung“ sind die Wörter „und für die fachärztliche Versorgung“ einzufügen.
- c) Nach dem Wort „Antrag“ sind die Wörter „mit Zustimmung der zuständigen Krankenhausplanungsbehörde“ einzufügen.

Begründung:

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nehmen eine zentrale Rolle in einer vernetzten, interdisziplinären Grundversorgung ein. Die Umwandlung und Umstrukturierung in sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen kann die Primärversorgung in Gebieten, in denen keine Zulassungsbeschränkung besteht, ergänzen und stärken. Damit wird zur Entlastung der Fachkräftesituation in entsprechenden Gebieten beigetragen.

Mit dem Versorgungsangebot aus den Leistungsgruppen der Inneren Medizin, Geriatrie, allgemeiner Chirurgie sowie weiteren Leistungen, die in Verbindung mit Kooperationen und Telemedizin erbracht werden, ist die Erweiterung für die fachärztliche Versorgung geboten. Bereits bestehende, von Experten entwickelte Konzepte, wie die Primärversorgungszentren, Regionalen Gesundheitszentren oder die Intersektoralen Gesundheitszentren sehen eine ambulante fachärztliche Versorgung in jenen Versorgungseinrichtungen vor.

Die demografische Entwicklung, die mit einer Alterung der Gesellschaft einhergeht, betrifft auch die Gruppe der Fachärzte. Sowohl die Ärztestatistik der Bundesärztekammer als auch die Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung machen deutlich, dass viele Ärztinnen und Ärzte vor dem Ruhestand stehen und zukünftig der Versorgung nicht oder nicht mehr im vollen Umfang zur Verfügung stehen. Zudem zeigen diese ebenso einen Trend junger Ärztinnen und Ärzte, in angestellten Verhältnissen zu arbeiten.

Die Option einer Ermächtigung zur fachärztlichen Versorgung ermöglicht eine bedarfsgerechte, kontinuierliche und zukunftssichere Versorgung zwischen den Sektoren der ambulanten und stationären Versorgung. Die Möglichkeit zur Teilnahme an der fachärztlich ambulanten Versorgung ist als Bestandteil einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung elementar und bietet den notwendigen Spielraum für angepasste regionale Versorgungskonzepte. Die Option der Teilnahme kann die Patientenversorgung durch kürzere Wartezeiten und leichtere Steuerung der Patientenwege verbessern. Dies soll auf Antrag des jeweiligen sektorenübergreifenden Versorgers mit Zustimmung der zuständigen Krankenhausplanungsbehörde erfolgen.

Vor diesem Hintergrund hat der Zulassungsausschuss sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen auch zur fachärztlichen Versorgung zu ermächtigen, wenn sich die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung in einem Planungsbereich befindet, in dem für die entsprechende fachärztliche Versorgung keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Die verpflichtende Zulassung, unter oben genannten Bedingungen, stellt einen wichtigen Fortschritt der sektorenübergreifenden Versorgung dar.

7. Zu Artikel 1 Nummer 8 (§ 135e Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 – neu –,
Nummer 4 – neu –,
Satz 3,
Absatz 3 Satz 8a – neu – und
Absatz 4 Satz 5 – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 8 ist § 135e wie folgt zu ändern:

- a) Absatz 1 ist wie folgt zu fassen:

„(1) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates

1. von der Krankenhausbehandlung umfasste Leistungen in Leistungsgruppen einzuteilen,
2. für jede nach Nummer 1 festgelegte Leistungsgruppe Qualitätskriterien, die insbesondere Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität der Leistungen beinhalten, in folgenden Anforderungsbereichen festzulegen:
 - a) Erbringung verwandter Leistungsgruppen,
 - b) sachliche Ausstattung,
 - c) personelle Ausstattung und
 - d) sonstige Struktur- und Prozesskriterien,
3. spezielle Qualitätskriterien für Leistungsgruppen nach Nummer 1, insbesondere anhand von Fallzahlen, hinsichtlich der Leistungen nach § 40 Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes festzulegen,
4. Regelungen zur standortindividuellen Anrechnung von Fachärzten für die Erfüllung der Qualitätskriterien nach Nummer 2 und 3 zu treffen sowie

5. Regelungen zur Zulässigkeit der Einhaltung der Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden, insbesondere mit Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung oder Krankenhäusern, zu treffen.

Die nach Satz 1 Nummer 2 festgelegten Qualitätskriterien sollen den aktuellen Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigen und zu einer leitliniengerechten, qualitativ hochwertigen und für Patienten sicheren medizinischen Versorgung beitragen. Die Rechtsverordnung nach Satz 1 ist erstmals bis zum 31. März 2025 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2028 zu erlassen.“

- b) In Absatz 3 ist nach Satz 8 folgender Satz einzufügen:

„Jedes Land ist durch eine Stimme vertreten.“

- c) Dem Absatz 4 ist folgender Satz anzufügen:

„Abweichend von Satz 1 sind im Land Nordrhein-Westfalen bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 allein die Regelungen zu Leistungsgruppen und Qualitätskriterien des Krankenhausplans Nordrhein-Westfalen 2022 anzuwenden.“

Begründung:

Die Regelungen zur Anrechnung von Fachärzten für die Erfüllung von Qualitätskriterien muss im Ausschuss zur Vorbereitung der Rechtsverordnung erarbeitet werden.

Die Steuerung von onko-chirurgischer Leistungserbringung muss durch die Krankenhausplanungsbehörde erfolgen. Ein Abrechnungsverbot, dass unter anderem davon abhängig ist, wie viele Fälle im Bereich onko-chirurgischer Leistungen durch andere Leistungserbringer erbracht werden, begegnet überdies erheblichen verfassungsrechtlichen Bedenken.

Die Abweichung von Qualitätskriterien darf nicht für – insoweit unbekannte, weil der Rechtsverordnung vorbehaltene – Leistungsgruppen von Anfang an ausgeschlossen werden. Die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung muss stets gewährleistet werden können, gegebenenfalls auch, indem von ansonsten anerkannten und notwendigen Qualitätskriterien abgewichen wird. Eine hohe Versorgungsqualität wird auch dann gewährleistet, wenn von beispielsweise vorzuhaltenden Fachärzten nach unten abgewichen wird. Es ist nicht ersichtlich, dass die Qualität nur durch alle geforderten Fachärzte gemeinsam gewährleistet werden kann. Auf der anderen Seite würde der Wegfall der vollständigen Leistungsgruppe eine erhebliche Einbuße in der Versorgung bedeuten, wenn andere Krankenhäuser die Versorgung in einer Region nicht übernehmen können. Da einzelne Leistungsgruppen auch Voraussetzung für andere Leistungsgruppen sind, würde die Versorgung nicht nur in der ur-

sprünglich betroffenen Leistungsgruppe wegfallen, sondern unter Umständen einen umfangreichen Ausfall in mehreren Leistungsbereichen zur Folge haben.

Das Inkrafttreten der Rechtsverordnung ist in das Jahr 2028 zu verlagern. Die Krankenhausplanungsbehörden und die Krankenhäuser benötigen eine angemessene Frist zur Umsetzung der Strukturveränderungen.

Bei der Rechtsverordnung muss zudem sichergestellt sein, dass alle Länder angemessen einbezogen werden, mithin jeweils mit einer Stimme im Ausschuss vertreten sein sollen. Zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit des Ausschusses sollte die Ausschussgröße begrenzt werden, dies bleibt jedoch der Geschäftsordnung vorbehalten.

8. Zu Artikel 1 Nummer 8 (§ 135f Absatz 1 Satz 1,
Satz 2a – neu – und
Absatz 4 Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 8 ist § 135f wie folgt zu ändern:

a) Absatz 1 ist wie folgt zu ändern:

aa) Dem Satz 1 sind nach dem Wort „entspricht“ die Wörter „ , oder wenn die für die jeweilige Leistungsgruppe nach Absatz 4 festgelegte Mindestvorhaltezahle um bis zu zehn Prozent unterschritten ist, sofern die vorherigen Kalenderjahre eine positive Prognose für die Zukunft im Hinblick auf die Fallzahlen nahelegen“ anzufügen.

bb) Nach Satz 2 ist folgender Satz einzufügen:

„Krankenhausstandorte, die gemäß § 6b Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für die flächendeckende Versorgung notwendig sind, erhalten für die Leistungsgruppen Allgemeine Chirurgie, Allgemeine Innere, Geriatrie, Geburtshilfe und Notfallmedizin die Vorhaltevergütung für die Mindestvorhaltezahle der genannten Leistungsgruppen, auch wenn diese Mindestvorhaltefallzahle für diese Leistungsgruppen nicht erreicht wurde; sie erhalten insofern die Differenz aus der Mindestvorhaltezahle und der erbrachten Fallzahle als Sockelbetrag.“

b) In Absatz 4 sind dem Satz 1 nach dem Wort „fest“ die Wörter „und stellt sicher, dass die Vorhaltevergütung für die Krankenhäuser bei wirtschaftlicher Betriebsführung kostendeckend ist“ anzufügen.

Begründung:

Die Mindestvorhaltezahlen sind eine neue Regelung, die nicht in dem mit den Ländern abgestimmten Eckpunkt Papier enthalten ist. Die wesentlichen beabsichtigten Regelungen im Gesetzgebungsverfahren und die Auswirkungen der Mindestvorhaltefallzahlen sind unklar und werden als erheblicher Eingriff in die Planungshoheit der Länder abgelehnt. Regionen mit bevölkerungsbedingt kleinen Fallzahlen werden damit systematisch benachteiligt, da von Zahlen im Bundesdurchschnitt ausgegangen wird. Es ist auch keine Evidenz für die Mindestvorhaltezahlen ersichtlich. Insofern haben die Länder große Vorbehalte gegenüber dieser Regelung, können sie aber bei positivem Ausgang der Erprobungsphase mittragen, sofern die vorgeschlagenen Anpassungen erfolgen.

Es sollte vorher eine Erprobungsphase durchgeführt werden. Die Orientierung der Mindestvorhaltefallzahl auch an wirtschaftlichen Aspekten zeigt, dass Sicherstellungskrankenhäuser, die die Mindestvorhaltefallzahlen faktisch nicht erbringen können, trotz Sicherstellungszuschlag aber aufgrund der Nichteinhaltung der Mindestvorhaltefallzahl nicht kostendeckend finanziert werden. Hier bedarf es eines Finanzierungszuschlages für die bedarfsnotwendigen Häuser mit bevölkerungsbedingt geringer Fallzahl (vgl. auch „Vorhaltefinanzierung“). Daran angelehnt sind die Anpassungen in § 135f Absatz 1 und 2 SGB V sowie § 6b Absatz 1 KHEntg erfolgt.

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe aa:

In § 135f Absatz 1 Satz 1 SGB V wird vorgeschlagen, dass eine Unterschreitung der Mindestvorhaltezahl im Rahmen von bis zu zehn Prozent unter der Voraussetzung einer positiven Prognose des Erreichens der Mindestvorhaltezahl nicht zum automatischen Entzug der Leistungsgruppe führt. Diese Regelung puffert Schwankungen ab und ermöglicht der für Krankenhausplanung zuständigen Behörde, die Vorhaltung von Leistungsgruppen an Krankenhäusern, trotz unterschrittener Mindestvorhaltezahl zu tolerieren. Darüber hinaus wird die kostendeckende Refinanzierung der Vorhaltung zumindest zunächst für das Folgejahr gesichert. Auch bei rückläufiger Leistungsentwicklung können Veränderungsprozesse mit zeitlichem Vorlauf in versorgungspolitischer Sicht entwickelt, geplant und versorgungspolitisch umgesetzt werden.

Des Weiteren wird in § 135f Absatz 1 SGB V mit der Regelung in Satz 2a eine Regelung für die Krankenhäuser vorgeschlagen, die gemäß § 6a Absatz 2 KHG für die flächendeckende Versorgung notwendig sind, beschränkt auf die Leistungsgruppen Allgemeine Chirurgie, Allgemeine Innere, Geriatrie, Geburtshilfe und Notfallmedizin, die Finanzierung der Vorhaltekosten unabhängig des Erreichens der Mindestvorhaltezahl. Die Regelung bewirkt für den Bereich der Basisversorgung eine Sockelfinanzierung der Vorhaltung, um die tatsächliche Vorhaltung und Arbeitsfähigkeit dieser Krankenhäuser zu sichern. Das Erreichen der Mindestvorhaltezahl bestimmt die Möglichkeit der Vorhaltung einer Leistungsgruppe. Diese Mindestvorhaltezahl wird unter anderen über die Perspektive einer wirtschaftlichen Leistungserbringung hergeleitet. Sie beziffert im Ergebnis die Fallzahl, welche erforderlich ist, um an einem Krankenhausstandort unter Einhaltung der geforderten Qualitätskriterien, eine Leistung durch die zugehörigen Erlöse aus diesem Gesetze finanzieren zu können. Diese wirtschaftliche Aussagekraft der Mindestvorhaltezahl wird über die Regelung

in § 135f Absatz 4 Satz 1 SGB V am Ende erreicht. Eine tolerierte Unterschreitung der Mindestvorhaltezahle im Ausnahmefall der Notwendigkeit zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung darf nicht zu einer in Kauf genommenen Unterfinanzierung der Vorhaltekosten führen. Wenn berechnete Ausnahmen vom Erreichen der Mindestvorhaltezahlen zugelassen werden, ist dies in der Konsequenz mit einer auskömmlichen Finanzierung zu verbinden. Auch an diesen Krankenhäusern sind die Qualitätsvorgaben (Facharztstandard, Verfügbarkeit, Struktur, et cetera) grundsätzlich zu erfüllen und die entsprechenden Kosten der Vorhaltung zu refinanzieren.

Zu Buchstabe b:

In § 135f Absatz 4 Satz 1 SGB V sollen die Wörter „und stellt sicher, dass die Vorhaltevergütung für die Krankenhäuser bei wirtschaftlicher Betriebsführung kostendeckend ist.“ angefügt werden. Damit wird bestimmt, dass die zu bestimmende Mindestvorhaltezahle eine kostendeckende Einnahmesituation bezogen auf die Vorhaltekosten abbildet.

9. Zu Artikel 1 Nummer 13 Buchstabe b (§ 271 Absatz 6 Satz 2a – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 13 Buchstabe b ist in § 271 Absatz 6 nach Satz 2 folgender Satz einzufügen:

„Der Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds nach § 221a wird in Höhe der Zuführungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in den Transformationsfonds nach Satz 2 erhöht.“

Begründung:

Die Finanzierung des Transformationsfonds aus Beiträgen der gesetzlich Versicherten ist systematisch falsch. Erschwerend kommt hinzu, dass auch keine Beteiligung an der Finanzierung des Transformationsfonds der PKV und beziehungsweise deren Versicherten erfolgt. Durch die vorgesehene Ergänzung wird sichergestellt, dass die entnommenen Mittel durch eine Erhöhung des Bundeszuschusses ausgeglichen werden und somit keine Benachteiligung der gesetzlich Versicherten erfolgt.

10. Zu Artikel 1 Nummer 14 (§ 275a Absatz 1 Satz 1a – neu –,
Satz 1b – neu –,
Absatz 2 Satz 6 SGB V) und
Artikel 2 Nummer 2 (§ 6a Absatz 2 Satz 2 KHG)

- a) In Artikel 1 Nummer 14 ist § 275a wie folgt zu ändern:
- aa) In Absatz 1 sind nach Satz 1 folgende Sätze einzufügen:
- „Die erstmalige Prüfung der Leistungsgruppen durch den Medizinischen Dienst erfolgt umfassend standortbezogen. Folgeprüfungen erfolgen lediglich stichprobenartig und anlassbezogen.“
- bb) In Absatz 2 Satz 6 sind die Wörter „zwei Wochen“ durch die Wörter „einem Monat“ zu ersetzen, das Wort „offensichtlich“ ist zu streichen und nach dem Wort „Gutachten“ sind die Wörter „auf Verlangen der beauftragenden Stelle“ einzufügen.
- b) In Artikel 2 Nummer 2 ist in § 6a Absatz 2 Satz 2 das Wort „zwei“ durch das Wort „drei“ zu ersetzen.

Begründung:

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe aa:

Der Gesetzentwurf des KHVVG verfolgt ausweislich der Begründung unter anderem das Ziel der Entbürokratisierung. Mit Ausnahme des Umstandes, dass die Einzelfallprüfungen ab dem Jahr 2027 als Stichprobenprüfungen durchgeführt werden sollen, baut der Gesetzentwurf allerdings überwiegend Bürokratie auf. Insbesondere verzichtet dieser darauf, die in § 275a Absatz 1 SGB V aufgelisteten Prüfungen des Medizinischen Dienstes (MD) zukünftig zusammenzuführen und beispielsweise die Prüfung der OPS-Strukturmerkmale zukünftig zusammen in der Prüfung der Qualitätsanforderungen der Leistungsgruppen aufgehen zu lassen, obwohl die Prüfung der OPS-Strukturmerkmale inhaltlich vollständig von der Prüfung der Leistungsgruppen, in denen der jeweilige OPS erbracht wird, abgedeckt ist. Auch wenn hierbei nach dem Gesetzentwurf Informationen wechselseitig verwendet werden sollen, so sind beide Prüfungen doch mit erheblichem Aufwand bei allen beteiligten Akteuren verbunden.

Da durch die Vielzahl der parallel stattfindenden Prüfungen der personellen und sachlichen Ausstattung die Qualität der Leistungserbringung und die Patientensicherheit ausreichend gewährleistet sind, ist nach der ersten umfassenden Prüfung eine anlassbezogene und stichprobenartige Prüfung ausreichend und zugleich ein erster Schritt, der dem Ziel der Entbürokratisierung näherkäme.

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe bb:

Die in § 275a Absatz 2 Satz 6 SGB V vorgesehenen Fristen von zwei Wochen für die Rückmeldung der zuständigen Planungsbehörde an den MD und wiederum zwei weiteren Wochen für die Erörterung ist in der Praxis nicht umsetzbar. Ebenso darf die Beanstandung durch die zuständige Behörde nicht auf offensichtliche Unstimmigkeiten und Unklarheiten beschränkt sein. Die zuständige Planungsbehörde als beauftragende Stelle trägt gegenüber den Krankenhäusern die volle Verantwortung für die Rechtmäßigkeit der Zuweisungsbescheide, die sie auf Grundlage der Gutachten des MD zu erstellen hat. Sie ist gegenüber den zu prüfenden Stellen „Herrin des Verfahrens“ und hat unter Berücksichtigung des Rechtsstaatsgebots des Artikels 20 des Grundgesetzes den Sachverhalt von Amts wegen zu ermitteln und festzustellen. Allein zur Erfüllung dieser Pflicht bedient sie sich des MD. Deshalb muss es ihr möglich sein, nicht nur offensichtliche Unstimmigkeiten und Unklarheiten mit dem MD zu klären, sondern notfalls auf eine umfassende Überarbeitung der Gutachten hinzuwirken und diese zu verlangen. Hierfür bedarf es im Übrigen praxistauglicher Fristen. Anderenfalls wäre sie gegebenenfalls gezwungen, auf einer nicht hinreichend ermittelten Tatsachengrundlage einen Bescheid erlassen zu müssen, für dessen Rechtmäßigkeit sie einzustehen hat. Zugleich liegt in der bisher unzureichenden Möglichkeit der Planungsbehörden in die Prüfungsarbeit des MD einzuwirken ein mittelbarer und verfassungswidriger Eingriff in ihre Planungshoheit, da sie an die Ergebnisse der MD-Prüfungen gebunden sind.

Zu Buchstabe b:

Insbesondere für die erstmalige Überprüfung und Zuweisung der Qualitätskriterien, aber auch in den folgenden Jahren, ist die Gültigkeitsdauer der MD-Gutachten von zwei Jahren zu kurz bemessen. Der Gesetzentwurf erkennt den Verwaltungsaufwand, der auf Seiten der Krankenhäuser, des MD und der zuständigen Landesbehörden mit diesemungsverfahren verbunden ist. Angesichts der Vorlaufzeiten, die für eine Anschlussprüfung zu berücksichtigen sind, muss die Gültigkeitsdauer der Gutachten mindestens um ein Jahr verlängert werden, damit alle Beteiligten Akteure sich nicht ständig in einem Prüfungs- und Zuweisungsverfahren befinden. Die Qualität und Versorgungssicherheit der Patienten wird dadurch nicht gefährdet.

11. Zu Artikel 1 Nummer 24 (§ 426 Satz 1, einleitender Satzteil,
Satz 1 Nummer 3 und
Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 24 ist § 426 wie folgt zu ändern:

a) Satz 1 ist wie folgt zu ändern:

- aa) Im einleitenden Satzteil sind die Wörter „zum 31. Dezember 2033 sowie zum 31. Dezember 2038“ durch die Wörter „zum 31. Dezember 2030, zum 31. Dezember 2034 sowie zum 31. Dezember 2038“ zu

ersetzen und nach dem Wort „vor“ ist das Wort „insbesondere“ einzufügen.

bb) Nummer 3 ist wie folgt zu fassen:

„3. die Auswirkungen der durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz vom ... [einsetzen: Datum der Fundstelle dieses Gesetzes] bewirkten Rechtsänderungen auf

- a) die Versorgungssituation der Patienten, insbesondere auf die bedarfsgerechte flächendeckende Versorgung,
- b) die Personalstrukturen in den Krankenhäusern,
- c) die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser und zwar insbesondere der Krankenhäuser in Regionen mit bevölkerungsbedingt geringem Versorgungsbedarf sowie die Ausgaben der Krankenkassen unter Berücksichtigung der notwendigen Höhe der Vorhaltefinanzierung für eine auskömmliche Finanzierung der Krankenhäuser untergliedert nach Versorgungsstufen der Krankenhäuser,
- d) weitere Versorgungsbereiche, insbesondere den Bereich der medizinischen Rehabilitation und
- e) den Verwaltungsaufwand auf Seiten der Krankenhäuser, der Planungsbehörden der Länder, der Krankenkassen sowie des Medizinischen Dienstes.“

b) In Satz 2 sind nach dem Wort „Krankenhäusern“ die Wörter „ , den Planungsbehörden der Länder“ einzufügen.

Begründung:

Die Regelung des § 426 SGB V sieht eine Evaluation der Wirkungen des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes vor, die ganz wesentlich ist, um in diesen wichtigen Reformprozess der Krankenhausversorgung rechtzeitig gegensteuern zu können, wenn sich Fehlentwicklungen zeigen. Daher wird die Taktung der Evaluationsberichte enger vorgesehen und um einen Bericht ergänzt.

Inhaltlich sollten auch Aspekte aufgenommen werden können, die derzeit noch nicht im Fokus sind, sich aber als relevant herausstellen, daher die Formulierung „insbesondere“.

Inhaltlich sollen die Evaluationsgegenstände daher um folgende Aspekte erweitert werden:

- auf die bedarfsgerechte flächendeckende Versorgung,
- im Hinblick auf die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser insbesondere auf die Situation der Krankenhäuser in Regionen mit bevölkerungsbedingt geringem Versorgungsbedarf sowie
- auf den Verwaltungsaufwand der maßgeblichen Akteure, um Erkenntnisse zur angestrebten Entbürokratisierung zu erlangen.

Über die notwendige Höhe der Vorhaltefinanzierung gibt es bisher keine validierten Aussagen. Da sowohl eine zu hohe als auch eine zu niedrige Vorhaltefinanzierung schwerwiegende Nachteile haben kann, nämlich wenige Leistungsanreize beziehungsweise keine auskömmliche Finanzierung, ist eine Überprüfung der gewählten Höhe notwendig. Aus diesem Grunde wird der Evaluationsauftrag auf diesen Aspekt hin ausgeweitet.

Maßgebliche Ziele der Krankenhausreform werden somit als Evaluationsgegenstand präzisiert.

12. Zu Artikel 2 Nummer 2 (§ 6a Absatz 3 Satz 3 – neu – und
Satz 4 – neu– KHG)

In Artikel 2 Nummer 2 sind dem § 6a Absatz 3 folgende Sätze anzufügen:

„Absatz 1 Satz 1 und 2 gelten mit der Maßgabe, dass auch die Ressourcen und Fallzahlen bei der Bewertung einzubeziehen sind, die sich nicht auf die Behandlung nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch beziehen. Absatz 1 Satz 1 und Satz 2 gelten für Fachkrankenhäuser gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit der Maßgabe, dass bei der Zuweisung der jeweiligen speziellen Leistungsgruppen die Erbringung verwandter allgemeiner Leistungsgruppen sowie der Intensivmedizin grundsätzlich in Kooperation möglich ist.“

Begründung:

Es soll auch für Bundeswehrkrankenhäuser und die Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (BG-Kliniken) keine privilegierte Zuweisung von Leistungsgruppen ohne Einhaltung von Qualitätskriterien und Mindestfallzahlen erfolgen. Die auf anderer Rechtsgrundlage als dem SGB V vorhandenen Ressourcen und erbrachten Fälle sollen aber zur Bewertung der Erfüllung der Qualitätskriterien und Mindestfallzahlen herangezogen werden.

Alle Fachkrankenhäuser müssten – unabhängig von ihrer Lage und ihrer tatsächlichen Spezialisierung – die Leistungsgruppen Allgemeine Innere, Allgemeine Chirurgie und Intensivmedizin vorhalten, damit ihnen die spezialisierten

Leistungsgruppen zugewiesen werden können. Auf Grund ihrer Spezialisierung ist davon auszugehen, dass hier jeweils nur geringe Fallzahlen erbracht werden (würden). Um eine qualitativ hochwertige, aber auch wirtschaftliche Leistungserbringung zu fördern, sollen diese Leistungsgruppen durch Fachkrankenhäuser dauerhaft in Kooperation erbracht werden können.

13. Zu Artikel 2 Nummer 2 (§ 6a Absatz 4 und Absatz 5 KHG)

In Artikel 2 Nummer 2 ist § 6a wie folgt zu ändern:

a) Absatz 4 ist wie folgt zu fassen:

„(4) Abweichend von Absatz 1 Satz 1 kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde dem Krankenhaus Leistungsgruppen, deren Qualitätskriterien nicht erfüllt sind, zuweisen, wenn dies zur Sicherstellung insbesondere einer flächendeckenden Grund- und Notfallversorgung der Bevölkerung (zum Beispiel Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Geriatrie, Geburtshilfe und Notfallmedizin) zwingend erforderlich ist. Unabhängig von den in einer Rechtsverordnung nach § 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getroffenen Regelungen zur Zulässigkeit der Einhaltung der Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde unter den in Satz 1 genannten Voraussetzungen auch Leistungsgruppen zuweisen, deren Qualitätskriterien durch Kooperation mit einem anderen Krankenhaus erfüllt werden. Die Zuweisung der Leistungsgruppen soll im Fall des Satzes 1 mit der Auflage der Erfüllung der Qualitätskriterien nach Absatz 1 Satz 2 innerhalb einer Frist von höchstens drei Jahren verbunden werden; weitere Befristungen sind zulässig. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann sich für die Erteilung einer Auflage nach Satz 4 durch den Medizinischen Dienst beraten lassen.“

b) Absatz 5 ist wie folgt zu fassen:

„(5) Die Zuweisung der betreffenden Leistungsgruppe soll aufgehoben werden, wenn

1. das Krankenhaus die Auflage nach Ablauf der Frist nach Absatz 2 Satz 2 nicht erfüllt,

2. die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 1 nicht erfüllt sind oder eine Mitteilung des Krankenhauses oder des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 4 Satz 2 oder Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorliegt oder
3. wenn die Übermittlung des jeweils letzten Gutachtens des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über die Prüfung der Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde länger als drei Jahre zurückliegt, es sei denn, das Krankenhaus erbringt den Nachweis über die Erfüllung der Qualitätskriterien durch eine begründete Selbsteinschätzung und der Medizinische Dienst wurde bereits mit der Prüfung nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beauftragt.

Ist absehbar, dass der Grund für die nach § 275a Absatz 4 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gemeldete Nichterfüllung der Qualitätskriterien nicht länger als acht Monate andauert, kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde abweichend von Satz 1 dem Krankenhaus eine Frist von bis zu acht Monaten zur Erfüllung der für die Leistungsgruppe geltenden Qualitätskriterien setzen. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes zu der voraussichtlichen Dauer der Nichterfüllung der Qualitätskriterien einholen. In den Fällen des Satzes 1 Nummer 2 und 3 kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde von der Aufhebung der Zuweisung der Leistungsgruppe absehen, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 4 Satz 1 vorliegen. Die Aufhebung der Zuweisung einer Leistungsgruppe erfolgt durch Bescheid. Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen den Bescheid haben keine aufschiebende Wirkung.“

Begründung:

Die Krankenkassen und Ersatzkassen sind bei Zuweisungen von Leistungsgruppen unter Abweichung von Qualitätskriterien zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung nicht zu beteiligen. Ansonsten würde der Selbstverwaltung eine für die Krankenhausplanung unangemessene Einflussnahme zukommen. Die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung ist durch die Länder zu gewährleisten. Eine Abhängigkeit von der Selbstverwaltung –

auch wenn lediglich ein Benehmen erforderlich sein soll – darf nicht begründet werden.

Eine Abweichung von Qualitätskriterien muss insbesondere im Bereich der Grund- und Notfallversorgung (zum Beispiel Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Geriatrie, Geburtshilfe und Notfallmedizin) möglich sein, darf aber nicht auf diese beschränkt sein.

Wann eine flächendeckende Versorgung nicht sichergestellt werden kann, muss im Beurteilungsspielraum der Länder liegen und darf nicht allein an PKW-Erreichbarkeiten gemessen werden. Dies würde regionale Gegebenheiten nicht angemessen berücksichtigen. Eine starre Vorgabe würde zu stark in die Krankenhausplanungshoheit und damit den Sicherstellungsauftrag der Länder eingreifen.

Die Möglichkeit zur Erfüllung der Qualitätskriterien von Leistungsgruppen im Wege von Kooperationen und Verbundlösungen muss dem Grunde nach im Gesetz und nicht nur in der Rechtsverordnung nach § 135e SGB V geregelt werden. Im Falle der zwingenden Erforderlichkeit für die flächendeckende Versorgung muss diese Option generell, ohne Vorbehalt der genannten Rechtsverordnung und unbefristet zur Verfügung stehen. Andernfalls bestünde insbesondere in strukturschwachen Räumen absehbar die Gefahr einer problematischen Ausdünnung der bestehenden stationären Versorgungsangebote.

Wenn von Qualitätskriterien abgewichen wird, soll auf die Einhaltung von Qualitätskriterien in der Zukunft hingewirkt werden. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde muss jedoch zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung auch erneut befristen dürfen oder im Ausnahmefall auch von einer Befristung absehen dürfen.

Eine Aufhebung der Zuweisung einer Leistungsgruppe darf nicht zwingende Folge sein, sondern muss jedenfalls für Ausnahmefälle im intendierten Ermessen der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde stehen.

Ein Gutachten des Medizinischen Dienstes darf nicht zwingend erforderlich sein, sondern – nach Ermessensentscheidung der Krankenhausplanungsbehörde – eingeholt werden können, wenn die Prognose zur Dauer der Abweichung entsprechende Expertise bedarf.

Die Frist zur (Wieder-)Erfüllung der Qualitätskriterien muss angemessen lang sein (acht statt drei Monate) und zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung muss auch ganz von einer Aufhebung abgesehen werden können. Der Fachkräftemangel führt beispielsweise dazu, dass einzelnes aufgrund der Qualitätsvorgaben vorzuhaltendes Personal nicht innerhalb der kurzen Frist ersetzt werden kann. Dies darf nicht dazu führen, dass einzelne Leistungsgruppen quasi unmittelbar entzogen werden, da es nicht immer – insbesondere in ländlichen Regionen – möglich ist, die Versorgung in der ausgefallenen Leistungsgruppe kurzfristig durch ein anderes Krankenhaus zu übernehmen. Wenn die Vergütung für die Krankenhäuser bereits nach drei Monaten entfallen würde, wird dadurch auch die Gefahr begründet, dass Krankenhäuser in die Insolvenz getrieben werden.

14. Zu Artikel 2 Nummer 2 (§ 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 3,
Nummer 4 und
Nummer 5 KHG)

In Artikel 2 Nummer 2 ist § 6a Absatz 6 Satz 1 wie folgt zu ändern:

- a) In Nummer 3 sind jeweils die Wörter „vollständig oder teilweise“ zu streichen.
- b) Nummer 4 ist wie folgt zu fassen:

„4. die Angabe, ob sich Krankenhäuser zu einem Krankenhaus im Rechtssinn oder mehrere Krankenhausstandorte zu einem Krankenhaus zusammengeschlossen haben, einschließlich des Zeitpunkts des Zusammenschlusses,“
- c) In Nummer 5 ist nach dem Wort „Planfallzahl“ ein Komma zu setzen und die Wörter „soweit die Krankenhausplanung des Landes die Festlegung einer solchen Zahl vorsieht,“ sind einzufügen.

Folgeänderung:

In Artikel 2 Nummer 14 ist in § 37 Absatz 2 Satz 5 zweiter Halbsatz nach der Angabe „Satz 7“ der Punkt durch ein Semikolon zu ersetzen und die Wörter „soweit die Krankenhausplanung eines Landes keine Ausweisung von Planfallzahlen vorsieht ist die Fallzahl vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus auf Grundlage statistischer Daten zu schätzen und mit dem Vorhalte-Casemixindex der jeweiligen Leistungsgruppe im jeweiligen Land zu multiplizieren.“ sind einzufügen.

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Es ist nicht klar, was ein teilweiser Wegfall der Zulassung eines Krankenhauses bedeuten soll. Da nach § 6a Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 KHG ohnehin der Wegfall einzelner Leistungsgruppen zu melden ist, ist die gesonderte Meldung eines teilweisen Zulassungswegfalls oder einer teilweisen Betriebseinstellung jedenfalls entbehrlich.

Zu Buchstabe b:

Es muss präzisiert werden, dass sich die Meldung auf den Zusammenschluss mehrerer Krankenhäuser zu einem Krankenhaus im Rechtssinn (mit weiterhin getrennten Standorten, aber nur noch mit einem gemeinsamen Budget und einer IK-Nummer) oder aber auch auf den Zusammenschluss mehrerer Standorte

im Sinne des § 2 der zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemäß § 2a Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes getroffenen Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen vom 29. August 2017 zu einem Krankenhaus beziehen kann.

Zu Buchstabe c:

Planfallzahlen können für die Ermittlung des Vorhaltebudgets in Leistungsgruppen, in denen das Krankenhaus bislang keine Leistungen erbracht haben, nur dort gemeldet werden, wo die Krankenhausplanung die Zuweisung von Planfallzahlen auch vorsieht. Wenn das nicht der Fall ist, muss das InEK die potenziellen Fallzahlen gegebenenfalls unter Zuhilfenahme externer Expertise schätzen und der Berechnung zugrunde legen.

15. Zu Artikel 2 Nummer 3 (§ 6b KHG)

In Artikel 2 Nummer 3 ist § 6b wie folgt zu fassen:

„§ 6b

Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben

Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann Krankenhäusern unter den Voraussetzungen nach Satz 3 folgende Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zuweisen:

1. Die krankenhaushübergreifende 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 Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, das Nähere zu den Aufgaben durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates festzulegen. Die Aufgaben nach Satz 1 sind von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde an hierfür geeignete Krankenhäuser zuzuweisen, die im Rahmen der Krankenversorgung eine vergleichbare Leistungsfähigkeit wie Universitätskliniken aufweisen und deshalb für die Koordinierungsaufgaben gleichwertig sind. 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. § 6a Absatz 6 Satz 3 gilt entsprechend.“

Begründung:

Der Bund und die Länder haben im Eckpunktepapier vom 10. Juli 2023 vereinbart, dass „eine überregionale Koordination von Versorgungsleistungen durch ein Krankenhaus (...) einen zentralen Beitrag für eine qualitativ hochwertige Behandlung und Patientensteuerung leisten (soll). Dafür sind insbesondere Universitätsklinika und weitere geeignete Versorger, die den größten Anteil an der Erbringung besonderer Versorgungsleistungen in einer Region haben und von den Ländern dazu bestimmt wurden, geeignet.“ (vgl. Eckpunktepapier vom 10. Juli 2023, Seite 10). § 6b Satz 3 KHG sieht dagegen vor, dass Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben nur einem Krankenhaus zugewiesen werden dürfen, das der in § 135d Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 SGB V genannten Versorgungstufe „Level 3U“ zugeordnet ist. Weshalb hier vereinbarungswidrig eine Privilegierung der Universitätsmedizin vorgenommen wird, ist nicht ersichtlich. Die Begründung des Gesetzentwurfs meint eine Begrenzung auf „Level 3U“ Häuser mit dem Argument „der besonderen Leistungsfähigkeit“ rechtfertigen zu können. Die Versorgungspraxis zeigt dagegen, dass Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben im besonderem Maße auch von nicht-universitären Krankenhäusern wahrgenommen werden. Hierbei ist insbesondere an zertifizierte Zentren in den Leistungsbereichen Onkologie und Traumatologie zu denken. Eine Verengung des Anwendungsbereichs auf die Universitätsmedizin ist damit fachlich nicht zu rechtfertigen. Entscheidungen der Krankenhausplanungsbehörde haben nicht im Benehmen mit der Selbstverwaltung zu erfolgen, da es sich um eine kompetenziell ausschließlich den Ländern zugewiesene Planungsaufgabe handelt.

16. Zu Artikel 2 Nummer 3 (§ 6c Absatz 1 Satz 1 KHG)

In Artikel 1 Nummer 3 sind in § 6c Absatz 1 Satz 1 die Wörter „im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Pflegekassen sowie der Ersatzkassen“ zu streichen.

Begründung:

Das Herstellen eines Benehmens mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Pflegekassen sowie den Ersatzkassen ist nicht erforderlich und daher zu streichen, da dies unverhältnismäßig in die Planungshoheit der Länder eingreifen würde. Ein herzustellendes Benehmen mit den Pflegekassen ist darüber hinaus inhaltlich nicht nachvollziehbar, da die Zulassung zu Pflegeleistungen nach SGB XI durch Abschluss eines Versorgungsvertrags erfolgt. Ein pflegerisches Angebot nach SGB XI gehört außerdem nicht zum Pflichtangebot der Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen.

17. Zu Artikel 2 Nummer 6 (§ 12b Absatz 1,
Absatz 2 Satz 1 und
Absatz 3 KHG)

In Artikel 2 Nummer 6 ist § 12b wie folgt zu ändern:

a) Absatz 1 ist wie folgt zu fassen:

„(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 15 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt (Transformationsfonds); die zugeführten Mittel können jährlich höchstens bis zu 1,5 Milliarden Euro betragen zuzüglich der in den Vorjahren nicht ausgeschöpften Mittel. Der Bund beteiligt sich mit weiteren Mitteln im Umfang von bis zu 20 Milliarden Euro. 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 5 aufgenommen worden sind. Aus den Mitteln nach den Sätzen 1 und 2 können unter Berücksichtigung der digitalen Infrastruktur gefördert werden:

1. Vorhaben zur standortübergreifenden Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten,
2. Vorhaben zur Schaffung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen,
3. Vorhaben zur Erfüllung der Qualitätskriterien nach § 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder zur Erfüllung der Mindestvorhaltezahlen nach § 135f Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
4. Vorhaben zur Umstrukturierung eines Krankenhauses, das nach § 6c Absatz 1 Satz 1 oder Satz 2 als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt wurde,
5. Vorhaben zur Umstrukturierung von Teilen eines Krankenhauses in sektorenübergreifende oder sektorenverbindende Versorgungsstrukturen, insbesondere Vorhaben zum Auf-, Aus- oder Umbau von psychiat-

rischen und geriatrischen Institutsambulanzen, integrierten Notfallzentren oder sozialpädiatrischen Zentren,

6. Vorhaben zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen einschließlich der Voraussetzungen für die Durchführung robotergestützter Telechirurgie, auch soweit Hochschulkliniken an diesen Vorhaben beteiligt sind,
7. wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen an Hochschulkliniken, soweit Hochschulkliniken und Krankenhäuser, die keine Hochschulkliniken sind, an diesen Vorhaben gemeinsam beteiligt sind,
8. wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von Krankenhausverbünden,
9. Vorhaben zur Erweiterung, Schaffung oder Konzentration von Ausbildungskapazitäten in mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten,
10. Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen,
11. Vorhaben zur Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen eines Krankenhauses, hierzu gehören auch Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Krankenhausversorgung in der betroffenen Region,
12. Vorhaben zur Umsetzung der konkreten Maßnahmen aus den Empfehlungen der auf der Grundlage von § 26f Absatz 8 durchgeführten und den Ländern mit Stichtag vom 15. Januar 2024 nachgewiesenen Energieberatungen und
13. Pilotierungs- und Experimentiervorhaben, die der nachhaltigen Transformation der Krankenhausinfrastruktur dienen, insbesondere
 - a) Vorhaben der Infrastrukturtransformation,
 - b) im Interesse eines optimierten Personaleinsatzes,
 - c) im Interesse der Resilienzsteigerung angesichts potenzieller Extremwetterlagen (zum Beispiel Hitze, Hochwasser, Starkregen),
 - d) im Interesse eines nachhaltigen Bauens oder Umbaus im Bestand,

- e) im Interesse energetischer Sanierungen und Optimierungen und der Nutzung zukunftsfähiger Energieträger,
 - f) im Interesse der Krisenvorsorge (zum Beispiel angesichts etwaiger kommender Pandemien (Hygiene, Isolation) sowie potenzieller militärischer Auseinandersetzungen) oder
 - g) zur Umsetzung evidenzbasierter baulich-technischer Lösungen (evidence based design, healing architecture).“
- b) In Absatz 2 Satz 1 sind nach dem Wort „Sicherung“ die Wörter „und der Länder“ einzufügen.
- c) Absatz 3 ist wie folgt zu fassen:

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

1. die Umsetzung des zu fördernden Vorhabens am Tag des Inkrafttretens dieses Gesetzes noch nicht begonnen hat,
2. das antragstellende Land, gegebenenfalls gemeinsam mit dem Träger des Krankenhauses, auf das sich das zu fördernde Vorhaben bezieht, mindestens 30 Prozent der förderungsfähigen Kosten des Vorhabens (Ko-Finanzierung) trägt,
3. das antragstellende Land sich verpflichtet,
 - a) in den Jahren 2026 bis 2035 jährlich Haushaltsmittel für die Investitionskostenförderung der Krankenhäuser mindestens in der Höhe bereitzustellen, die dem Durchschnitt der in den Haushaltsplänen der Jahre 2018 bis 2022 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel entspricht, und
 - b) die in Buchstabe a genannten Mittel um die vom Land getragenen Mittel nach Nummer 3 zu erhöhen und
4. die in Absatz 4 genannten Kriterien erfüllt sind.

Fördermittel, die für die Investitionsförderung der Krankenhäuser für die Kalenderjahre 2020 bis 2025 des antragstellenden Landes als Sonderförderungen in den Haushaltsplänen bereitgestellt worden sind, bleiben bei der Berechnung der durchschnittlichen Haushaltsmittel, die in den Haushaltsplänen des antragstellenden Landes bis zum Jahr 2035 jährlich für die Investitionsförderung der Krankenhäuser mindestens bereit zu stellen sind,

unberücksichtigt. 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 2 und auf die in den Jahren 2026 bis 2035 bereitzustellenden Haushaltsmittel nach Satz 1 Nummer 3 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 3 entsprechend, es sei denn, der Rückforderungsverzicht dient der Erreichung des Transformationszwecks. 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 7 gelten entsprechend für länderübergreifende Vorhaben.“

Begründung:

Zum Gelingen einer Krankenhausstrukturreform ist ein Transformationsfonds unbedingt erforderlich. Nur so können die erforderlichen Anpassungen der Strukturen erfolgen und eine zukunftsfähige Krankenhauslandschaft gestaltet werden. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass der Transformationsfonds hälftig durch Gelder aus dem Gesundheitsfonds – und damit letztlich durch Krankenversicherungsbeiträge aus der gesetzlichen Krankenversicherungen, sowie hälftig durch Haushaltsmittel der Bundesländer finanziert werden soll.

Der Bund will sich an den Transformationskosten nicht mit eigenen, steuerfinanzierten Haushaltsmitteln beteiligen.

Die Transformation der stationären Krankenversorgung und damit insbesondere auch die Transformation der Krankenhausinfrastruktur ist allerdings eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Hieran hat sich der Bund in maßgeblichem Umfang zu beteiligen. Das ist der erste zentrale Punkt: Denn weder ist es sachgerecht, die Länder, denen die reguläre Investitionsfinanzierung obliegt, in übermäßiger Weise zu verpflichten, noch ist es sachgerecht, den hälftigen Anteil allein der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzubürden. Deshalb sieht der Antrag eine faire Lastenverteilung vor, zu welcher der Bund einen Anteil

von 40 Prozent der für den Transformationsfonds bereitzustellen Mittel beisteuert, Länder und GKV tragen ihrerseits je 30 Prozent bei.

Der zweite zentrale Punkt – neben der Aufteilung der Mittel – ist der Katalog an förderfähigen Maßnahmen. Dieser ist im Gesetzentwurf zu eng gefasst. Er schränkt die möglichen förderfähigen Maßnahmen ein, ohne dass dies erforderlich wäre. Deshalb wird als Änderung gefordert, an erster Stelle alle Vorhaben zur standortübergreifenden Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten als zentralen Baustein der Transformation in den Katalog aufzunehmen.

Der derzeitige Fördertatbestand in § 12b Absatz 1 Satz 5 Nummer 4 KHG umfasst Maßnahmen, die ein bestehendes Krankenhaus in eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung umstrukturieren. Die vorgeschlagenen Änderungen erweitern den Tatbestand dahingehend, dass nicht zwingend vorher Krankenhausstrukturen vorgelegen haben müssen, um eine Förderfähigkeit bejahen zu können. Auch Gebäude, die vorher nicht zur Patientenversorgung genutzt wurden beziehungsweise die (Neu-)Errichtung entsprechender Gebäude, wären somit von dem Fördertatbestand umfasst. Falls ein Bedarf für eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung besteht, darf es nicht darauf ankommen, ob in der entsprechenden Region (zufälligerweise) ein umwandlungsfähiges Krankenhaus bereits vorhanden ist oder nicht.

Selbst wenn im Zuge einer Auslegung des Gesetzentwurfs auch neu errichtete sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen als erfasst behandelt werden könnten, ist mit dieser vorgeschlagenen Änderung eine deutliche Klarstellung verbunden.

Der mit § 12b Absatz 1 Satz 5 Nummer 9 KHG vorgeschlagene Fördertatbestand ist angelehnt an § 12a Absatz 1 Satz 4 Nummer 4 KHG in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch Artikel 8a des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. 2024 I Nummer 101). Der Krankenhausstrukturfonds II sieht die Förderfähigkeit von Maßnahmen, welche Ausbildungskapazitäten schaffen oder erweitern, vor. Die Konzentration von Ausbildungskapazitäten wiederum sollte konsequenterweise ebenfalls förderfähig sein.

Die Erweiterung der Fördertatbestände um Vorhaben zur Erweiterung, Schaffung oder Konzentration von Ausbildungskapazitäten ist zwingend notwendig, um die Änderungen in der Krankenhauslandschaft und damit auch die gegebenenfalls notwendigen Änderungen an beziehungsweise für die an Krankenhäusern angesiedelten Schulen beziehungsweise Pflegeschulen ebenso an der Förderung des Transformationsfonds partizipieren zu lassen.

Zudem korrespondiert der mit § 12b Absatz 1 Satz 5 Nummer 9 KHG vorgeschlagene Fördertatbestand mit den in § 12b Absatz 1 Satz 5 Nummer 1 sowie Nummer 11 KHG vorgesehenen Fördertatbeständen. Der Fördertatbestand in § 12b Absatz 1 Satz 5 Nummer 1 KHG sieht eine Förderfähigkeit von Vorhaben, die der standortübergreifenden Konzentration von akutstationären Versorgungskapazitäten dient, vor. Der Fördertatbestand in § 12b Absatz 1 Satz 5 Nummer 11 KHG wiederum nennt die Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen eines Krankenhauses, und dies insbesondere in Gebieten mit einer hohen Dichte an Krankenhäusern und Krankenhausbetten.

Andererseits fehlen im Katalog all jene Aspekte, die für eine echte, wirksame und nachhaltige Transformation der Krankenhauslandschaft erforderlich sind. Dies betrifft den Gesamtkomplex der Vorsorge für kommende Herausforderungen und drohender Krisen etwa der Extremwetter, der Hitze oder der knappen werdenden Personalkapazität, aber auch etwaiger Pandemien, dies betrifft die ökologische Transformation hin zu geringeren Ressourcenverbräuchen und reduzierten Emissionen, dies betrifft aber auch die Zukunftsfähigkeit (und dauerhafte Modernisierbarkeit) der Infrastruktur. Fehlen diese förderfähigen Aspekte, wird der Transformationsfonds kaum seine volle Wirkung entfalten können und müssen echte Infrastrukturentwicklungschancen ungenutzt bleiben.

Im Übrigen muss der Entscheidungsspielraum über den vor Ort erforderlichen Strukturumbau bei den jeweiligen Landeskrankenhausplanungsbehörden verbleiben. Eine Privilegierung der Förderung von Schließungsvorhaben auf Gebiete mit einer hohen Dichte an Krankenhäusern und Krankenhausbetten, wird als nicht sachgerecht erachtet und benachteiligt unter Umständen notwendige Transformationsvorhaben in ländlichen Regionen.

Darüber hinaus benachteiligt die aktuell vorgesehene Regelung im Gesetzentwurf mit ihrer Bezugnahme auf den Durchschnitt der Investitionskostenförderung der Jahre 2021 bis 2024 die Länder, die in diesem Zeitraum überdurchschnittliche Anstrengungen unternommen und die Investitionsförderung aufgestockt oder durch Sonderprogramme zur Transformation der Krankenhauslandschaft ergänzt haben. Deshalb haben die Länder einvernehmlich eine praktikablere und gerechtere Bezugsgröße abgestimmt.

Die vorgesehenen Regelungen des Gesetzentwurfes lassen unberücksichtigt, dass die Länder in der jüngsten Vergangenheit und gegebenenfalls auch bis heute Förderungen im Bereich der Investitionen vorgenommen haben, die aufgrund besonderer Umstände zum Erhalt der Krankenhäuser dienen; die vorgeschlagene Formulierung in § 12b Absatz 3 Satz 2 KHG soll dies entsprechend ergänzen.

Bedingt zunächst durch die Covid-19-Pandemie und sodann auch durch den Ukraine-Krieg wurden in vielen Ländern, verbunden mit erheblichen Kraftanstrengungen, ab den Kalenderjahren 2020 zur Förderung der Krankenhäuser in den Haushaltsplänen gesondert Fördermittel bereitgestellt.

Damit sollten die durch die Covid-19-Pandemie bedingten Belastungen abgemildert werden. So litten die Krankenhäuser unter zurückgehenden bis ausbleibenden Patienten- und Patientinnenzahlen und mussten darüber hinaus durch Sicherheitsmaßnahmen nicht gegenfinanzierte Ausgaben schultern. So war die Einrichtung von Eingangs- und Besuchskontrollen mit personellen Ausgaben wie Sicherheitsdienste und auch mit Ausgaben für zusätzliche Sachausstattungen wie sogenannte Schutzwände aus Plexiglas oder sonstigen verkehrsleitenden Vorkehrungen verbunden. Die genannten Belastungen begannen im März 2020 und dauerten gut über zwei Jahre an.

Mit Beginn des Ukraine-Krieges im Februar 2022 waren sodann Belastungen anderer Natur, teilweise bis heute andauernd, verbunden. Hervorzuheben ist exemplarisch die drastische Kostensteigerung für Baumaterialien und Sachmittel.

Einhergehend mit dem Umstand, dass während der Covid-19-Pandemie mindestens bis in das Jahr 2021 hinein Baumaßnahmen nicht angestoßen, weitergeführt oder beendet werden konnten, haben sich die kriegsbedingten Kostensteigerungen erheblich auf die Krankenhäuser ausgewirkt. Vor oder zu Beginn des Jahres 2020 gemachte Finanzplanungen konnten nicht mehr eingehalten werden.

Seitens vieler Länder sind seit dem Kalenderjahr 2020 bis heute, teilweise auch in Doppelhaushalten bis in das Kalenderjahr 2025, für die Investitionen der Krankenhäuser Sondermittel eingestellt worden. Diese Sondermittel sollten die Krankenhäuser unterstützen und so insbesondere ein Kliniksterben verhindern.

Ein Sinn und Zweck dieser Regelung, die die bereit zu stellenden Mittel in Haushaltsplänen betrifft, ist, dass Länder ihrer Investitionspflicht nachkommen und diese im Lichte von gewährten Bundesmitteln nicht reduzieren.

Wenn diese Sondermittel im Rahmen der Berechnung der in den Haushaltsplänen bis zum Jahr 2035 durchschnittlich bereit zu stellenden Mittel für Investitionen der Krankenhäuser allerdings berücksichtigt werden, werden schlussendlich zu Lasten der Länderhaushalte Sondersituationen und damit verbundene Sonderausgaben in den Haushaltsplänen sachfremd perpetuiert.

Daher sind diese Sondermittel von der Förderung im Rahmen des Transformationsfonds auszunehmen.

Ferner ist es für das Gelingen der Transformation entscheidend, dass der im Gesetzentwurf festgelegte frühestmögliche förderfähige Maßnahmenbeginn als zu spät erachtet wird. Ein Starttermin erst im Jahr 2026 birgt die Gefahr, dass geplante Strukturveränderungen erst zeitlich verzögert umgesetzt werden und dass in der Zwischenzeit ein nicht hinnehmbares Ausbremsen strukturwichtiger Investitionsvorhaben zu beobachten ist. Ein sehr zeitnaher Beginn des Transformationsfonds hingegen kann – gerade auch mit Blick auf die Verfügbarkeit von Planungs- und Baukapazitäten am Markt – ein wichtiger Infrastrukturimpuls sein.

Schließlich sind flankierende Regelungen erforderlich, damit die Transformation gelingen kann. Hierzu zählt neben der wettbewerbsrechtlichen Ermöglichung von Konzentrationen und Zentralisierungen insbesondere ein praktikabler, eine echte Transformation ermöglichender Umgang mit bestehenden Restbuchwerten. Außerdem ist es – das zeigen die Erfahrungen mit der insbesondere auch für die Länder nicht unaufwändigen Umsetzung des Krankenhausstruktur- und des -zukunftsfonds – notwendig, dass nicht nur die Verwaltungskosten des Bundesamtes für Soziale Sicherung, sondern auch die Verwaltungskosten der Länder aus dem Transformationsfonds getragen werden.

18. Zu Artikel 2 Nummer 8 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb – neu –
(§ 17b Absatz 1 Satz 10 KHG)

In Artikel 2 Nummer 8 ist Buchstabe a wie folgt zu fassen:

,a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 < ... weiter wie Vorlage ... >

bb) In Satz 10 werden nach dem Wort „Patienten“ die Wörter „oder Patienten mit besonderen Bedarfen“ eingefügt und die Wörter „zeitlich befristet“ werden gestrichen.‘

Begründung:

Zu § 17b Absatz 1 Satz 10 KHG wird vorgeschlagen, die Regelbeispiele um „Patienten mit besonderen Bedarfen“ zu erweitern. Die Krankenhäuser, die als besondere Einrichtung gelten, erfüllen einen Versorgungsauftrag, der sich von dem anderer Kliniken insbesondere aus medizinischen Gründen, wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten oder aus Gründen der Versorgungsstruktur abhebt. Kennzeichnend für besondere Einrichtungen im Rechtssinne ist ihre Spezialisierung, die in dem bestehenden Entgeltgefüge nicht hinreichend Berücksichtigung findet (vgl. Entwurf für ein Fallpauschalenänderungsgesetz (BR-Drucksache 131/03, Seite 11)). Hierzu zählen auch solche Krankenhäuser, die schwerpunktmäßig Patienten mit besonderen Bedarfen versorgen, die einzelbetrachtet selbst aber nicht als „Schwerkranke“ einzuordnen sind. Die stationäre Versorgung insbesondere bei auf Inklusion ausgerichteten Einrichtungen zeichnet sich durch eine heterogene Verweildauer aus. Sie kann sich auch über mehrere Fachabteilungen erstrecken. Auch bei diesen Leistungserbringern hat sich eine rein über das DRG-System erfolgte Vergütung als unzureichend erwiesen. Denn die besonderen Bedarfe jener Patientengruppe führen unabhängig von ihrer Verweildauer aus unterschiedlichen Gründen zu einem überdurchschnittlichen Versorgungsaufwand in medizinischer und pflegerischer Hinsicht.

Des Weiteren wird vorgeschlagen, in § 17b Absatz 1 Satz 10 KHG die zeitliche Befristung zu streichen. Wenngleich das DRG-Vergütungssystem auf Vereinheitlichung ausgerichtet ist und demzufolge Ausnahmen wie beispielsweise für Besondere Einrichtungen im Sinne des § 17b Absatz 1 Satz 10 KHG möglichst vermieden werden sollen, zeigt sich in der Praxis die Notwendigkeit dieser Ausnahmemöglichkeit zum Beispiel in Folge neuer Krankheitsbilder oder neuer Behandlungsmethoden (vgl. Entwurf für ein Fallpauschalenänderungsgesetz (BR-Drucksache 131/03, Seite 11)). Um eine Beeinträchtigung der Versorgung der Patienten möglichst zu minimieren und zur Sicherung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität begegnet die zeitliche Befristung fachlichen und praktischen Bedenken, gerade auch vor dem Hintergrund der Stärkung inklusiver Medizin. Aus diesen Gründen ist eine generelle Befristung der Ausnahmeregelung nicht gerechtfertigt. Vielmehr sollte auch zugunsten des Bürokra-

tieabbaus und für die Planungssicherheit der jeweiligen Einrichtung eine Feststellung der Ausnahmeregelung einmal erfolgen. Im Falle einer Änderung des Versorgungsauftrags der jeweiligen besonderen Einrichtung erfolgt eine Überprüfung der Ausnahmeregelung.

19. Zu Artikel 2 Nummer 8 Buchstabe d (§ 17b Absatz 4b und Absatz 4c KHG) und

Nummer 14 (§ 37 KHG),

Artikel 3 Nummer 11 Buchstabe c (§ 9 Absatz 1b Satz 1 KHEntgG) und Nummer 12 (§ 10 KHEntgG)

- a) Der Bundesrat hält eine Anpassung der im Gesetzentwurf enthaltenen Bestimmungen zur Änderung der bundesrechtlichen Regelungen zur Verhandlung des sogenannten Landesbasisfallwertes und zur Berücksichtigung von Tarifsteigerungen dahingehend für erforderlich, dass sämtliche Kosten- und Tarifsteigerungen bereits für das Jahr 2024 umfassend berücksichtigt werden.
- b) Aus Sicht des Bundesrates bleibt fraglich, ob die geplante Änderung der Vergütungssystematik durch Einführung einer Vorhaltevergütung zur Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten beiträgt. Die Finanzierung bedarfsnotwendiger kleiner Krankenhäuser mit bevölkerungsbedingt geringer Fallzahl wird aus Sicht des Bundesrates nur unzureichend berücksichtigt. Zudem sind die die Versorgungssicherheit gefährdenden Fehlanreize zu vermeiden, die sich durch die im Gesetzentwurf geplante Bemessung der Vorhaltevergütung und der bundesseitig beabsichtigten Leistungskonzentration ergeben.
- c) Der Bundesrat hält es insbesondere für erforderlich, perspektivisch die tatsächlichen Vorhaltekosten von Krankenhausbehandlungen auf Basis der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen zu kalkulieren und bei der Bemessung der Vorhaltevergütung zu berücksichtigen. Die Kostenentwicklung bei den Vorhaltekosten ist bei möglichen Steigerungen der Landesbasisfallwerte in besonderer Weise zu berücksichtigen.

Begründung:Zu Buchstabe a:

Der Gesetzentwurf beinhaltet wichtige Regelungen zur Verbesserung der wirtschaftlichen Lage und der Liquidität sowohl für somatische Krankenhäuser und besondere Einrichtungen als auch für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser. Damit wird die Reformbedürftigkeit der bestehenden Regelungen anerkannt. Allerdings kommen diese erst ab dem Jahr 2025 zur Anwendung.

Aus Ländersicht bleiben diese Regelungen sowohl zeitlich als auch inhaltlich hinter dem Notwendigen zurück. Erforderlich ist die umfassende Berücksichtigung der Kosten- und Tarifsteigerungen bereits für das Jahr 2024. Andernfalls würde die bestehende Finanzierungslücke des Jahres 2024 für die Zukunft fortgeschrieben. Denn Kostensteigerungen, die im Jahr 2024 zu berücksichtigen gewesen wären, bleiben bei künftigen Änderungen des Landesbasisfallwerts unberücksichtigt und können die bestehende Finanzierungslücke nicht schließen. Ein Grund für die Anwendung erst ab dem Jahr 2025 besteht nicht. Kostensteigerungen können auch im Nachgang über entsprechende Ausgleichs refinanziert werden.

Zu Buchstabe b:

Der Gesetzentwurf hat als eines der zentralen Ziele die Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten. Die konkreten Auswirkungen der neuen Vergütungsregelungen auf die Versorgungslandschaft sind zum gegenwärtigen Zeitpunkt jedoch noch weitgehend unklar. Eine Reform dieses Ausmaßes kann nur erfolgreich sein, wenn bereits im Zeitpunkt ihres Inkrafttretens Klarheit über die zu erwartenden Konsequenzen besteht.

Die komplexen und komplizierten Regelungen zur Vorhaltevergütung weisen noch erheblichen Korrekturbedarf auf. So ist nicht erkennbar, dass die Vorschläge im Gesetzentwurf einen Beitrag zur Finanzierung bedarfsnotwendiger kleiner Krankenhäuser mit bevölkerungsbedingt geringer Fallzahl leisten können. Zudem führen diese in ihrer jetzigen Ausgestaltung zu Fehlanreizen, die die Versorgungssicherheit gefährden können. So werden Leistungssteigerungen durch Krankenhäuser als Folge der bundesseitig verfolgten Leistungskonzentrationen finanziell nur unzureichend abgesichert. Erforderlich wäre gerade bei Greifen der Reform eine häufigere Überprüfung und Neukalkulation des Vorhaltebudgets bei Überschreitung bereits eines 10 Prozent-Korridors. Zudem ist der Mehrerlösausgleich im Gleichlauf mit der vorgesehenen Abschaffung des Mindererlösausgleichs zu streichen.

Zu Buchstabe c:

Die am 10. Juli 2023 vereinbarten Eckpunkte zur Krankenhausreform sehen zur Ausgestaltung der Vorhaltevergütung vor, dass die Umsetzung auf Grundlage sachgerecht kalkulierter tatsächlicher Vorhaltekostenanteile der jeweiligen Fallpauschalen erfolgen soll. Hierzu sollten die Selbstverwaltungsparteien auf Bundesebene gesetzlich verpflichtet werden, die tatsächlichen Vorhaltekosten der Krankenhausbehandlungen auf Basis der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen zu kalkulieren. Lediglich in einer Übergangsphase sollte die Absen-

kung der Fallpauschalen pauschal um einen gesetzlich vorgegebenen, zunächst einheitlichen Vorhalteanteil in Höhe von durchschnittlich 60 Prozent der DRG-Vergütung erfolgen, um den Krankenhäusern schnellstmöglich eine von der Leistungserbringung unabhängige Vorhaltevergütung zukommen zu lassen.

Der vorliegende Gesetzentwurf enthält hierzu keine Regelung und bleibt damit hinter den Eckpunkten zurück. Lediglich im Rahmen der vorgesehenen Auswirkungsanalyse und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Vorhaltevergütung könnte das InEK nach der Begründung des Gesetzentwurfs auch zu dieser Frage Stellung nehmen.

Zur Umsetzung und sachgerechten Finanzierung der tatsächlichen Vorhaltekosten ist die neue Vorhaltefinanzierung dauerhaft auf Basis valider Kostenbetrachtungen und Kostenprognosen auch unter Berücksichtigung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen gemäß § 135e SGB V zu kalkulieren und fortzuschreiben. Das gesetzgeberische Ziel, die Behandlungsqualität durch entsprechende gesetzliche Vorgaben zu sichern und zu steigern, ist zu begrüßen. Zugleich ist eine angemessene Refinanzierung der damit verbundenen Kosten und insbesondere die Finanzierung bedarfsnotwendiger kleiner Krankenhäuser mit bevölkerungsbedingt geringer Fallzahl zu gewährleisten. Andernfalls wird dies den Kostendruck in den Krankenhäusern weiter erhöhen.

Dementsprechend ist die Kostenentwicklung im Bereich der Vorhaltekosten bei den Vereinbarungen auf Bundes- und Landesebene zu möglichen Steigerungen der Landesbasisfallwerte in besonderer Weise zu berücksichtigen.

20. Zu Artikel 2 Nummer 16 (§ 40 Absatz 2 und Absatz 3 KHG)

In Artikel 2 Nummer 16 sind in § 40 der Absatz 2 und der Absatz 3 zu streichen.

Begründung:

Durch § 40 KHG werden über den bisherigen § 135e SGB V hinaus systemwidrig weitere Qualitätskriterien, insbesondere weitere Mindestmengen gesetzlich festgelegt.

Hierdurch wird nochmals in die Planungshoheit der Länder eingegriffen. Im Zusammenspiel mit § 8 Absatz 4 Satz 6 KHEntgG wird Krankenhäusern die Vergütung für erbrachte Leistungen versagt, obwohl diesen durch die zuständigen Landesbehörden nach Überprüfung der Qualitätskriterien Leistungsgruppen zugewiesen worden sind. Dies widerspricht nicht nur dem Eckpunkt Papier vom 10. Juli 2023, sondern darüber hinaus auch der bisherigen Regelungssystematik des KHVVG und führt zu einer weiteren Bürokratisierung sowohl der Krankenhausplanung als auch der medizinischen Dokumentation.

Eine fachliche Begründung für den 15-Prozent Perzentil-Ansatz fehlt ebenso wie eine Auswirkungenanalyse. Als Bezugsgröße werden die Leistungen aus dem Jahr 2023 gewählt mit der Begründung, dass „dieses ein bereits abgeschlossener Zeitraum ist und dadurch keine Fehlanreize für zukünftige Jahre gesetzt werden“ (so der Referentenentwurf zum KHVVG vom 13. März 2024, Seite 160). In diesem Zeitraum gegebene Leistungseinschränkungen, zum Beispiel durch Chefarztwechsel, Renovierungen et cetera werden nicht berücksichtigt. Eine Flut von Klagen ist absehbar.

Die Bestimmung von speziellen Qualitätskriterien, insbesondere anhand von Fallzahlen, hinsichtlich der Leistungen nach § 40 Absatz 1 KHG kann deshalb allenfalls Gegenstand der zustimmungspflichtigen Rechtsverordnung nach §135e SGB V werden.

Darüber hinaus muss sichergestellt sein, dass ein Krankenhaus, welches die Qualitätskriterien der zugewiesenen Leistungsgruppen erfüllt, die vorgesehenen Mindestfallzahlen erreicht und Patienten bei bestehender medizinischer Notwendigkeit behandelt hat, auch eine entsprechende Vergütung erhält.

21. Zu Artikel 3 Nummer 2 Buchstabe a (§ 2 Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 KHEntgG)

In Artikel 3 Nummer 2 ist Buchstabe a wie folgt zu fassen:

,a) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. eine Strahlentherapie, wenn das Krankenhaus über keinen eigenen Versorgungsauftrag für strahlentherapeutische Leistungen verfügt oder aus anderen Gründen die Behandlung durch Dritte erforderlich ist,“ ‘

Begründung:

Bislang ist es gelebte Praxis, dass Krankenhäuser die zusätzlich zur eigentlichen stationären Behandlung notwendige, ergänzende strahlentherapeutische Behandlung insbesondere von Tumoren während des Krankenhausaufenthalts eines Patienten in niedergelassenen Praxen durchführen lassen. Hintergrund ist zum einen die Tatsache, dass an den meisten Krankenhäusern selbst keine Möglichkeit zur Bestrahlung besteht und zum anderen, dass ein Patient aus medizinischer Sicht durchgängig, das heißt gegebenenfalls auch vor und nach dem Krankenhausaufenthalt, durch dasselbe Gerät bestrahlt werden sollte – was vielfach erst durch die beschriebene Handhabung ermöglicht wird. In den beschriebenen Fällen haben die Krankenhäuser bislang gegenüber den Krankenkassen die Fallpauschalen geltend gemacht, die einschlägig wären, wenn die Krankenhäuser die Bestrahlungen selbst vorgenommen hätten.

Mit zwei Entscheidungen (vom 26. April 2022, B 1 KR 15/21 R und vom 29. August 2023, B 1 KR 18/22 R) hat das Bundessozialgericht (BSG) diese Handhabung jedoch für eine Vielzahl praktischer Fälle in Frage gestellt; es hat

diejenigen Fallpauschalen für einschlägig erachtet, die unter Außerachtlassung der Bestrahlungen maßgeblich gewesen wären. Gleichzeitig besteht – anders als zum Beispiel bei der Hämodialyse – wegen des rechtlichen Verbots der stationären und ambulanten Parallelbehandlung keine Möglichkeit der Abrechnung unmittelbar durch den niedergelassenen Arzt.

Die erste Entscheidung vom 26. April 2022 betrifft die Konstellation, dass dem Krankenhaus neben dem Versorgungsauftrag in der Inneren Medizin ausdrücklich die Fachrichtung Strahlentherapie zugewiesen ist. In diesem Fall sei es nicht möglich, die regelmäßig bei den Praxen veranlassten strahlentherapeutischen Behandlungen als sogenannte „veranlasste Leistungen Dritter“ nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) abzurechnen. Denn „wesentliche“ Leistungen dürften jedenfalls nicht regelmäßig und planvoll an Dritte vergeben werden. Die Unterscheidung, welche Leistungen wesentlich und unwesentlich sind, sei dabei jedenfalls dann nicht statthaft, soweit das Krankenhaus (uneingeschränkt) über den Versorgungsauftrag „Strahlentherapie“ verfüge, selbst aber nicht in der Lage sei, die in Rede stehenden Leistungen zu erbringen.

Die zweite Entscheidung vom 29. August 2023 betrifft den Fall, dass ein Krankenhaus keinen ausdrücklich verbeschienenen Versorgungsauftrag für Strahlentherapie hat. In diesem Fall sei zwar richtigerweise eine in der Gesamtverantwortung des Krankenhauses verbleibende Leistung Dritter im Sinn des § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 KHEntgG veranlasst worden; allerdings dürften nach § 8 Absatz 1 Satz 3 KHEntgG mit Ausnahme von Notfällen nur solche Leistungen berechnet werden, die innerhalb des Versorgungsauftrags des Krankenhauses liegen.

In beiden Fallkonstellationen laufen die Krankenhäuser damit Gefahr, die von ihnen an die niedergelassenen Strahlentherapeuten zu zahlenden Vergütungen nicht refinanzieren zu können, wenn die Krankenkassen in der Folge der Urteile nur noch die Fallpauschale ohne Codierung der Bestrahlungsleistungen gewähren würden. Gleichzeitig ist eine direkte Abrechnung des Vertragsarztes wegen des grundsätzlichen Verbots der Parallelabrechnung während der stationären Behandlung ausgeschlossen. Folge wäre eine massive, flächendeckende Unterversorgung, da nur noch die wenigen Krankenhäuser mit ausdrücklich zugewiesenem Versorgungsauftrag in der Strahlentherapie, die die Behandlungen selbst durchführen, diese Tumorpatienten behandeln könnten. Dies würde sogar für solche Behandlungen gelten, bei denen nicht das onkologische Leiden Anlass für den Krankenhausaufenthalt ist. Hinzu käme, dass infolge der dargestellten Rechtsprechung Patienten in Kauf nehmen müssten, eine (ambulant) begonnene Strahlentherapie aufgrund des stationären Aufenthalts an einem anderen Gerät durchführen oder eine während des Krankenhausaufenthalts begonnene Strahlentherapie nach dem stationären Aufenthalt mit einem anderen Gerät in Wohnortnähe fortsetzen zu müssen. Beides wäre – abgesehen von dem sich ergebenden Versorgungsengpass – nach medizinischer Expertise von erheblichem Nachteil für den Patienten.

Die in Artikel 3 Nummer 2 vorgesehene Änderung greift diese Problematik richtigerweise auf und beseitigt das Verbot der ambulanten Parallelabrechnung bei strahlentherapeutischen Behandlungen analog zu der für die Hämodialyse

geltenden Vorschrift (§ 2 Absatz 2 Satz 3 Nummer 1 KHEntgG). Damit kann ein Vertragsarzt strahlentherapeutische Behandlungen grundsätzlich auch während des stationären Aufenthalts eines Patienten abrechnen; das Krankenhaus braucht die entsprechenden Leistungen damit nicht mehr als eigene Leistungen zu kodieren, weil es dem Vertragsarzt im Innenverhältnis keine Vergütung mehr schuldet.

Die im Grundsatz richtigerweise vorgesehene Regelung beschränkt das Verbot der Parallelabrechnung jedoch auf Fälle in denen die strahlentherapeutische Behandlung bereits vor Aufnahme des Patienten ins Krankenhaus geplant wurde oder eine bereits begonnene Behandlung fortgeführt wird. Diese Beschränkung lässt ohne Not die (nicht unwesentlichen) Fälle außer Acht, in denen sich die Notwendigkeit der Bestrahlung erstmals während des stationären Aufenthalts ergibt. Die grundsätzlich richtige Vorschrift bleibt damit für einen wesentlichen Teil der Fälle unpraktikabel und unwirksam.

Darüber hinaus kann es insbesondere wegen der (im Vergleich zur Hämodialyse anders gelegenen) medizinischen Notwendigkeit, den Patienten über einen längeren Zeitraum an demselben Gerät bestrahlen zu lassen, sinnvoll sein, den Patienten für die Bestrahlung an die vertragsärztliche Versorgung zu übergeben – auch wenn das Krankenhaus selbst einen Versorgungsauftrag für die stationäre Strahlentherapie innehat. Deshalb ist auch die Einschränkung der Regelung auf Fälle, in denen das Krankenhaus keinen eigenen Versorgungsauftrag für die Strahlentherapie hat, zu streichen. Es muss sichergestellt sein, dass strahlentherapeutische Behandlungen während eines Krankenhausaufenthalts generell auch in Kooperation mit der vertragsärztlichen Versorgung erfolgen können, wenn dies aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen erforderlich wird.

22. Zu Artikel 3 Nummer 5 Buchstabe a₀ (§ 5 Absatz 2 KHEntgG)

In Artikel 3 Nummer 5 ist dem Buchstaben a folgender Buchstabe a₀ voranzustellen:

,a₀) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Zur Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen der Krankenhausbehandlung nach § 39 Absatz 1 und 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die auf Grund des geringen Versorgungsbedarfs und unter Berücksichtigung der Erlöse aus dem Vorhaltebudget nach § 6b Absatz 1 sowie dem Pflegebudget nach § 6a, der auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelte, der hausindividuell vereinbarten Entgelte nach § 6 sowie sämtlicher Zu- und Abschläge nicht kostendeckend finanzierbar ist, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 bei Erfüllung der Vorgaben nach den Sätzen 2, 4 und 5 sowie der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesaus-

schusses nach § 136c Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Sicherstellungszuschläge nach § 17b Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung ergänzende oder abweichende Vorgaben zu erlassen, insbesondere um regionalen Besonderheiten bei der Vorhaltung der für die Versorgung notwendigen Leistungseinheiten Rechnung zu tragen; dabei sind die Interessen anderer Krankenhäuser zu berücksichtigen. Die Landesregierungen können diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen. Voraussetzung für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags ist zudem, dass das Krankenhaus für das Kalenderjahr vor der Vereinbarung ein Defizit in der Bilanz ausweist. Die zuständige Landesbehörde prüft auf Antrag einer Vertragspartei nach § 11, ob die Vorgaben für die Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlags nach Satz 1 erfüllt sind, und entscheidet, ob ein Sicherstellungszuschlag zu vereinbaren ist; sie hat dabei auch zu prüfen, ob die Leistung durch ein anderes geeignetes Krankenhaus, das diese Leistungsart bereits erbringt, ohne Zuschlag erbracht werden kann. Das Krankenhaus hat der zuständigen Landesbehörde auf Verlangen die Bestätigung eines Wirtschaftsprüfers zum Vorliegen eines Defizites sowohl des Krankenhauses insgesamt nach Satz 4, als auch im Bereich der Leistungen nach Satz 1 unter Anwendung der Abgrenzungsregelungen der Krankenhausbuchführung beizubringen. Im Falle einer Krankenhausfusion erfolgt bei Krankenhäusern mit unterschiedlichen Betriebsstätten die Prüfung der Weitergewährung eines Sicherstellungszuschlags durch die zuständige Landesbehörde betriebsstättenbezogen, sofern folgende Kriterien erfüllt sind:

1. die Betriebsstätte ist im Krankenhausplan als gesonderter Standort ausgewiesen und
2. an diesem gesonderten Standort werden Leistungen aus mindestens drei Leistungsgruppen erbracht und
3. das negative wirtschaftliche Ergebnis der Betriebsstätte, ist aus der Bilanz des Krankenhauses eindeutig ersichtlich, und wird von einem Jahresabschlussprüfer im Auftrag der Krankenkassen bestätigt;

der Sicherstellungszuschlag kann in diesem Fall für bis zu drei Jahre weiter vereinbart werden. Klagen gegen das Ergebnis der Prüfung nach den Sätzen 5 oder 7 haben keine aufschiebende Wirkung.

Hat die Landesbehörde gemäß Satz 5 entschieden, dass ein Sicherstellungszuschlag zu zahlen ist, haben die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes unverzüglich dessen Höhe zu vereinbaren. Der Sicherstellungszuschlag ist in der Höhe zu vereinbaren, dass er das bestehende Defizit nach Satz 1 vollständig ausgleicht. Nachträgliche Änderungen an der Höhe des Defizites sind vollständig auszugleichen. Zur Ermittlung des Defizitbetrages werden den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mit der Aufforderung zur Verhandlung der vollständige Jahresabschlussbericht des Vorjahres übermittelt. Den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind auf Anforderung weitergehende Unterlagen zur Abgrenzung der Kosten für die Krankenhausbehandlung nach § 39 Absatz 1 und 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, insbesondere Aufstellungen zur Kosten- und Leistungsrechnung nach § 8 Verordnung über die Rechnungs- und Buchführungspflichten von Krankenhäusern, zu übermitteln. Liegt eine Bestätigung eines Wirtschaftsprüfers zum Vorliegen eines Defizites im Bereich der Leistungen nach Satz 1 unter Anwendung der Abgrenzungsregelungen der Krankenhausbuchführung vor, so ist diese für die Ermittlung der Höhe des Sicherstellungszuschlages zugrunde zu legen.“

Begründung:

Die vorgeschlagene Änderung zielt darauf ab, das bereits im Krankenhausrecht etablierte Instrument des Sicherstellungszuschlages bei bilanziellem Defizit so zu präzisieren, dass es in der praktischen Anwendung und zu einer Vereinbarung der erforderlichen finanziellen Mittel führt. Der ursprüngliche Zweck dieser Regelung, die Finanzierung defizitärer bedarfsnotwendiger Krankenhäuser abzusichern, bleibt bestehen.

Die bisherige Regelung führte zu einem Anspruch auf Vereinbarung, in den meisten Fällen jedoch nicht zu einer Vereinbarung des Sicherstellungszuschlages, da sich die bisherige Regelung in der Praxis als zu unbestimmt erwiesen hat.

Die vorgeschlagene Änderung soll daher Klarheit schaffen und die Umsetzung in der Praxis ermöglichen. Hierzu wird eingegrenzt, dass sich der Sicherstellungszuschlag auf den Erlösbereich der Krankenhausbehandlung begrenzt und die Rahmenbedingungen für die Ermittlung des konkreten Sicherstellungszuschlages werden beschrieben.

Bisher ist eine Einigung zur Höhe des im Bereich der Krankenhausbehandlung auszugleichenden bilanziellen Defizits zwischen den Vertragspartnern oftmals

nicht möglich, da Krankenhäuser zumeist Teile von Kapitalgesellschaften sind, in deren Geschäftsbetrieb neben der Krankenhausbehandlung auch weitere Leistungen des SGB V oder des SGB IX angeboten werden, die aus Sicht der Krankenkassen zur „Quersubventionierung“ herangezogen werden sollten. Für die erfolgreiche Vereinbarung eines entsprechenden Sicherstellungszuschlages für den Teil Krankenhaus ist daher die Abgrenzung des Krankenhausbetriebes notwendig. Dafür prädestiniert sind die Bestimmungen zur Buchführung der Krankenhaus-Buchführungsverordnung (KHBV). Dies ermöglicht anhand des vorgegebenen Kontenrahmens aussagekräftige Aufstellungen zur Kosten- und Leistungsrechnung (§ 8 KHBV) und damit eine weitgehende Transparenz für die Bemessung und Vereinbarung des Sicherstellungszuschlages. Liegt zu einem Defizit im Bereich der Krankenhausbehandlung nach diesen Maßstäben die Bestätigung eines Wirtschaftsprüfers vor, ist diese zugrunde zu legen und der dort ausgewiesene Sachverhalt kann durch die Krankenkassen nicht mehr in Frage gestellt werden,

Bei der Änderung in § 5 Absatz 2 Satz 7 Nummer 2 KHEntgG handelt es sich um eine Anpassung an die neue Systematik nach Leistungsgruppen.

23. Zu Artikel 3 Nummer 5 Buchstabe d (§ 5 Absatz 3j Satz 5 – neu –,
Satz 6 – neu – und
Satz 7 – neu – KHEntG)

In Artikel 3 Nummer 5 Buchstabe d sind dem § 5 Absatz 3j folgende Sätze anzufügen:

„Der Zuschlag ist zweckgebunden für die Finanzierung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zu verwenden. Der Krankenhausträger hat den anderen Vertragsparteien nach § 11 bei Abschluss der nächsten jeweils zu treffenden Vereinbarung nach § 11 eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers vorzulegen, aus der hervorgeht oder für die das Krankenhaus glaubhaft dargelegt hat, inwieweit der Zuschlag zweckentsprechend verwendet wurde. Mittel, die nicht zweckentsprechend verwendet wurden, sind zurückzuzahlen.“

Begründung:

Die Zuschläge sollen zweckentsprechend für die zugewiesenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben verwendet werden. Damit dies nachvollzogen werden kann, sind entsprechende Regelungen zu ergänzen (angelehnt an die Regelung zum Förderbetrag Geburtshilfe in § 5 Absatz 2c KHEntgG).

24. Zu Artikel 3 Nummer 8 (§ 6b Absatz 1 Satz 1a – neu – und
Satz 2a – neu – KHEntgG)

In Artikel 3 Nummer 8 ist § 6b Absatz 1 wie folgt zu ändern:

a) Nach Satz 1 ist folgender Satz einzufügen:

„Abweichend von Satz 1 erhält ein Krankenhaus für jede Leistungsgruppe gemäß § 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die dem Krankenhaus zugewiesen wurde, eine Vorhaltevergütung bis Dezember 2029, auch wenn die Mindestvorhaltezah nach § 135f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht erreicht wurde.“

b) Nach Satz 2 ist folgender Satz einzufügen:

„Für die Krankenhausstandorte gemäß § 135f Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wird die Vorhaltevergütung für die in § 135f Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Leistungsgruppen abweichend vom Bescheid gemäß § 37 Absatz 5 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz die durchschnittliche Fallschwere aus der Summe der Vorhaltebewertungsrelationen multipliziert mit der Differenz aus der Mindestvorhaltezah und der erbrachten Fallzahl sowie mit dem für das Anwendungsjahr vereinbarten oder festgesetzten Landesbasisfallwert hinzugerechnet.“

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Der vorgeschlagene § 6b Absatz 1 Satz 1a KHEntgG regelt, dass Krankenhäuser mit zugewiesenen Leistungsgruppen Anspruch auf eine Vorhaltevergütung für diese zugewiesenen Leistungsgruppen haben, auch wenn die Mindestvorhaltezah nicht erreicht wird. Damit wird die Auswirkung der Mindestvorhaltezah auf die Vorhaltevergütung bis zum Ende der Konvergenzphase hinausgeschoben. Dies ermöglicht es, die Auswirkung zunächst zu beobachten, ohne dass es die Krankenhäuser in der Phase der Umstellung schon belastet.

Zu Buchstabe b:

Mit dem vorgeschlagenen § 6b Absatz 1 Satz 2a KHEntgG wird an die Regelung des § 135f Absatz 1 Satz 3 SGBV angeknüpft. Die Regelung beschreibt den Weg, um für Krankenhäuser, die gemäß § 6b Absatz 2 KHG für die flächendeckende Versorgung notwendig sind, beschränkt auf den Bereich der Basisversorgung eine Sockelfinanzierung der Vorhaltung zu erreichen.

25. Zu Artikel 3 Nummer 10 Buchstabe b Doppelbuchstabe cc (§ 8 Absatz 4 Satz 6 KHEntgG)

In Artikel 3 Nummer 10 ist § 8 Absatz 4 Satz 6 zu streichen.

Begründung:

Im Zusammenspiel mit § 40 Absatz 2 und Absatz 3 KHG wird Krankenhäusern die Vergütung für erbrachte Leistungen versagt. Es ist kein Grund ersichtlich, warum ein Krankenhaus eine Vergütung nicht erhalten soll, obwohl es die Qualitätskriterien der zugewiesenen Leistungsgruppen erfüllt, die vorgesehenen Mindestfallzahlen erreicht und Patienten bei bestehender medizinischer Notwendigkeit behandelt hat. Dies gilt umso mehr, als es gerade im onkologisch-chirurgischen Bereich hochspezialisierte Fachkliniken gibt, die hohe Qualitätsstandards hinsichtlich dieser Leistungen erfüllen aber auf Grund ihrer geringen Größe nicht die in § 40 Absatz 2 KHG genannten Schwellenwerte erreichen.

26. Zu Artikel 3 Nummer 12 Buchstabe f – neu – (§ 10 Absatz 13 – neu – KHEntgG)

In Artikel 3 Nummer 12 ist nach Buchstabe e folgender Buchstabe f anzufügen:

„f) Folgender Absatz wird angefügt:

„(13) Es wird eine einmalige basiswirksame und rückwirkende Anpassung der Landesbasisfallwerte, des Gesamtbetrages nach der Bundespflege-satzverordnung und der Erlössumme der besonderen Einrichtungen in Höhe von vier Prozent für die Jahre 2022 und 2023 vorgenommen.“ “

Begründung:

Die Inflation ist in den letzten Jahren deutlich angestiegen und hat zu erheblichen Preissteigerungen geführt. Die Inflationsraten für die Jahre 2022 und 2023 waren höher als die tatsächliche Steigerung der Krankenhauserlöse der in den beiden Jahren vorgenommenen Anpassung der Landesbasisfallwerte. Zwar wurden einzelne Komponenten zum Teil zeitweise in Form von Einmalzahlungen ausgeglichen, zum Beispiel die Energiekostensteigerungen, aber insgesamt ist eine deutliche zusätzliche Belastung der Krankenhäuser festzustellen. Trotz der Energiehilfen (Einmalzahlungen) verbleiben in den Jahren 2022 und 2023 nicht refinanzierte Mehrkosten durch Kostensteigerungen in erheblichem Umfang bei den Krankenhäusern. Daher ist es dringend notwendig, diese Preissteigerungen weitgehend auszugleichen, um auf dieser dann inflationsangepassten Basis aufsetzen zu können. Eine entsprechende Anpassung der Landesbasisfallwerte ist daher sachgerecht. Die Umsetzung sollte praktikabel und

unter Berücksichtigung der bereits vollständigen Refinanzierung der Pflegepersonalkosten über eine einmalige basiswirksame Anpassung bei den Landesbasisfallwerten im Jahr 2024 im Sinne eines Inflationsausgleichs in Höhe von plus vier Prozent insgesamt für die Jahre 2022 und 2023 vorgenommen werden. Dadurch kann die erforderliche Refinanzierung der inflationsbedingten Kostensteigerungen jenseits der Pflegepersonalkosten im DRG-System erreicht werden. Für besondere Einrichtungen und den Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung sind gleichwirkende Anpassungen vorzunehmen. Hierzu wird auch auf die Entschließung des Bundesrates vom 24. November 2023 (vgl. BR-Drucksache 592/23 (Beschluss)) verwiesen.

27. Zu Artikel 3 Nummer 18 Buchstabe a₁ – neu – (§ 21 Absatz 3 Satz 1
Nummer 3 KHEntgG) und
Buchstabe a₂ – neu – (§ 21 Absatz 3b Satz 1 und
Satz 5 KHEntgG)

In Artikel 3 Nummer 18 sind nach Buchstabe a folgende Buchstaben a₁ und a₂ einzufügen:

- ,a₁) In Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 werden nach den Wörtern „a bis c“ die Wörter „ , e und f“ eingefügt.
- a₂) Absatz 3b wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird nach dem Wort „Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Entgeltsysteme“ die Wörter „sowie zum Zwecke der Krankenhausplanung“ eingefügt.
 - bb) In Satz 5 werden nach der Angabe „Satz 1“ die Wörter „sowie entsprechend Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 an die zuständigen Landesbehörden“ eingefügt.

Begründung:

Zu § 21 Absatz 3 KHEntgG:

Mit § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e KHEntgG ist die Übermittlung der Anzahl des insgesamt beschäftigten Pflegepersonals und des insgesamt in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigten Pflegepersonals sowie der insgesamt beschäftigten Hebammen jeweils umgerechnet auf Vollkräfte im Rahmen der Datenübermittlung nach § 21 Absatz 1 KHEntgG geregelt.

Mit § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe f KHEntgG wird „die Anzahl des insgesamt beschäftigten ärztlichen Personals und die Anzahl des insgesamt in der unmittelbaren Patientenversorgung beschäftigten ärztlichen Personals, [...] gliedert nach dem Kennzeichen des Standorts [...] und nach den Fachabteilungen des Standorts,“ übermittelt.

Bislang ist die Übermittlung der unter diese Buchstaben fallenden Sachverhalte auch an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden in § 21 Absatz 3 Nummer 3 KHEntgG nicht vorgesehen. Mit der vorgeschlagenen Änderung wird die Übermittlung auch dieser Sachverhalte an die Landesbehörden vorgesehen.

Die unter die Buchstaben e und f des § 21 Absatz 2 Nummer 1 KHEntgG fallenden Angaben sind für die zuständigen Landesbehörden eine wichtige Datenbasis im Kontext einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung und stellen eine wichtige Datenbasis dar zur Einordnung und Validierung der im Kontext der Qualitätsvorgaben erforderlichen Personalangaben. Gegenüber den Daten, die zukünftig über das Krankenhaustransparenzgesetz aggregiert veröffentlicht werden, benötigen die Landesbehörden die Angaben im Original-Datensatz, um die Angaben im Transparenzverzeichnis herleiten zu können und durch eigene Datenanalysen die Informationen bezüglich der Personalausstattung der Krankenhäuser herleiten und sicherzustellen zu können. Gesonderte Abfragen der Landesbehörden könnten zukünftig mit der Einbeziehung der Landesbehörden in diesen Übermittlungsweg vermieden werden.

Die Ergänzung um den Buchstaben f in § 21 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 KHEntgG leitet sich aus Artikel 2 Nummer 4 Dreifachbuchstabe bbb des zum 28. März 2024 in Kraft getretenen Krankenhaustransparenzgesetzes ab, mit dem der Buchstabe f in § 21 Absatz 2 Nummer 1 KHEntgG aufgenommen wurde.

Insgesamt vervollständigen sich damit die Sachverhalte der an die Landesbehörden zu übermittelnden Daten zum Personal (Pflegepersonal (Buchstabe e) und ärztliches Personal (Buchstabe f)).

Zu § 21 Absatz 3b KHEntgG:

In § 21 Absatz 3b KHEntgG ist eine unterjährige Übermittlung der unter § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe a und Nummer 2 KHEntgG geführten Sachverhalte von den Krankenhäusern an die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus geführte Datenstelle auf Bundesebene geregelt. Laut § 21 Absatz 3b KHEntgG ist der Zweck dieser Datenübermittlung auf die Überprüfung nach § 24 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie auf ergänzende Analysen zum Zweck der Weiterentwicklung der Entgeltsysteme beschränkt. Mit dem vorliegenden Änderungsantrag wird die Erweiterung der Zweckbestimmung auf die Krankenhausplanung sowie die Übermittlung auch an die Landesbehörden vorgesehen.

Der Bezug zu § 21 Absatz 3 Nummer 3 KHEntgG regelt die Datenübermittlung an die Landesbehörden in Analogie zur Übermittlung nach Absatz 1 (Festlegung des Umfangs der übermittelten Sachverhalte).

Mit dieser Ergänzung soll ermöglicht werden, dass die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden in kürzeren Abständen als der jährlichen

Datenübermittlung nach § 21 Absatz 3 Nummer 3 KHEntgG über das Leistungsgeschehen der Krankenhäuser des jeweiligen Bundeslandes informiert werden und die Datenbasis für das landeseigene Monitoring deutlich verbessert wird. Vor dem Hintergrund der infolge der Krankenhausreform zunehmenden Bedeutung der Daten nach § 21 Absatz 1 und 2 KHEntgG für die Krankenhausplanung der Länder wird diese Übermittlung als unerlässlich betrachtet. Es könnten damit umfangreiche bisher existierende und bisher notwendige eigene Erhebungen der jeweiligen Landesbehörden bei den Krankenhäusern in weiten Teilen aufgehoben werden, womit ein wesentlicher Beitrag zur Entbürokratisierung und Entlastung der Krankenhäuser geleistet werden könnte.

28. Zu Artikel 4 Nummer 2 Buchstabe a₀ – neu – (§ 3 Absatz 3 Satz 3 BPflV)

In Artikel 4 Nummer 2 ist dem Buchstabe a folgender Buchstabe a₀ voranzustellen:

- „a₀) In Absatz 3 Satz 3 werden nach dem Wort „Gesamtbetrag“ die Wörter „, zur Vereinbarung bislang nicht berücksichtigter tatsächlicher Kostenentwicklungen aus den Jahren 2022 und 2023 ist Ausgangsgrundlage der Vereinbarung des Gesamtbetrages für das Jahr 2025 der um maximal 3,21 Prozent erhöhte Gesamtbetrag für das Jahr 2024“ eingefügt.“

Begründung:

Mit der vorgeschlagenen Änderung wird wie bei den somatischen Krankenhäusern auch für die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser die Grundlage geschaffen, um bislang nicht berücksichtigte tatsächliche Kostenentwicklungen der Krankenhäuser der Jahre 2022 und 2023 nachträglich (hier: im Rahmen der Vereinbarung des Gesamtbetrages für das Jahr 2025) zu berücksichtigen, soweit keine anderweitige Refinanzierung erfolgt ist. Dies wird durch eine gesetzlich vorgesehene (gegebenenfalls zusätzliche) Basiserhöhung des Gesamtbetrages für das Jahr 2025 erreicht. Die Vereinbarung einer Erhöhung des Gesamtbetrages um maximal 3,21 Prozent setzt voraus, dass die insoweit geltend gemachten Kosten nicht bereits anderweitig finanziert sind.

Die Obergrenze von 3,21 Prozent ergibt sich aus der Addition der bisher nicht berücksichtigten Kostensteigerung in den Krankenhäusern im Jahr 2022 (1,57 Prozent, Differenz zwischen Orientierungswert und Veränderungswert, vgl. Vereinbarung Veränderungswert 2023 vom 1. Dezember 2022) und im Jahr 2023 (1,64 Prozent, Differenz zwischen Orientierungswert und Veränderungswert, vgl. Vereinbarung Veränderungswert 2024 vom 26. Oktober 2023). Die Erhöhung wirkt zusätzlich zu der vorgesehenen Erhöhung der Obergrenze durch den im Gesetzentwurf vorgesehenen Ansatz des vollen Orientierungswertes ab dem Jahr 2025. Die Erhöhung wirkt – als eine Art Basiserhöhung – in den Folgejahren fort.

Die vorgeschlagene Änderung folgt der Forderung der Länder, die (Re-)Finanzierungslücke der Jahre 2022 und 2023 nachträglich zu schließen (hier: für die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser).

29. Zum Anhang (zu Artikel 1 Nummer 25) Anlage 1 (zu § 135e SGB V) Leistungsgruppe 3, 54 und 55)

Im Anhang zu Artikel 1 Nummer 25 ist Anlage 1 wie folgt zu ändern:

- a) In der Zeile „Mindestvoraussetzung“ der „Leistungsgruppe 3 – Infektiologie“, Spalte „Sonstige Struktur- und Prozesskriterien“ sind die Wörter „erweiterten Notfallstufe“ durch das Wort „Basisnotfallstufe“ zu ersetzen.
- b) Die Zeile „Mindestvoraussetzung“ der „Leistungsgruppe 54 – Stroke Unit“, Spalte „Erbringung verwandter LG“ ist wie folgt zu fassen:

	Erbringung verwandter LG	
	Standort	Kooperation
Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Neurologie Für Krankenhäuser, die nicht als Fachkrankenhaus tätig sind: LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Neurologie LG Neurochirurgie Mindestens eine der folgenden LG: LG Bauchaortenaneurysma oder LG Carotis operativ/interventionell oder LG Komplexe periphere arterielle Gefäße Für Fachkrankenhäuser: LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin

“

- c) Die Zeile „Mindestvoraussetzung“ der „Leistungsgruppe 55 – NeuroFrühreha (NNF, Phase B)“, Spalte „Erbringung verwandter LG“ ist wie folgt zu fassen:

”

	Erbringung verwandter LG	
	Standort	Kooperation
Mindestvoraussetzung	Für Krankenhäuser, die nicht als Fachkrankenhaus tätig sind: LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Innere Medizin LG Allgemeine Neurologie Für Fachkrankenhäuser: LG Intensivmedizin

“

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Das Erfordernis der erweiterten Notfallstufe für die Infektiologie ist (anders als bei der LG spezielle Traumatologie) nicht nachvollziehbar. Die Basisnotfallstufe wird dafür als ausreichend erachtet.

Zu Buchstaben b und c:

Die Mindestvoraussetzungen der Leistungsgruppen Stroke Unit sowie NeuroFrühreha konterkarieren in Bezug auf am Standort vorhandene verwandte Leistungsgruppen vorhandene, qualitativ hochwertig arbeitende Versorgungsstrukturen in Fachkrankenhäusern.

Die Neurologische Frührehabilitation Phase B wird beispielsweise weit überwiegend an Fachkrankenhäusern erbracht. Dafür ist keine LG Intensivmedizin am Standort notwendig. Zudem existieren Strukturen, in denen die Sicherstellung der Schlaganfallversorgung unter anderem in (zertifizierten) Stroke Units an Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Neurologie erfolgt. Dafür ist keine LG Allgemeine Innere Medizin sowie LG Intensivmedizin am Standort notwendig. Der Aufbau entsprechender neuer Leistungsbereiche in den betreffenden Krankenhäusern wäre zum einen kostenintensiv und zum anderen für die Versorgung der Bevölkerung nicht erforderlich.

Um diesen Versorgungsstrukturen gerecht zu werden (die keine Einzelfälle sind), sollten die Mindeststrukturvoraussetzungen bereits im Rahmen der für den Übergangszeitraum geltenden Anlage 1 (§ 135e Absatz 4 SGB V) und nicht erst im Rahmen der Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 1 SGB V verankert werden.

Die Formulierung orientiert sich dabei an anderen Leistungsgruppen und den dort vorgenommenen Unterschieden zwischen Fachkrankenhäusern und Nicht-Fachkrankenhäusern.

30. Zum Anhang (zu Artikel 1 Nummer 25) Anlage 1 (zu § 135e SGB V) Leistungsgruppen 16 und 47

Im Anhang zu Artikel 1 Nummer 25 ist Anlage 1 wie folgt zu ändern:

- a) In der Zeile „Mindestvoraussetzung“ der „Leistungsgruppe 16 – Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie“, Spalte „Personelle Ausstattung – Verfügbarkeit“ ist das Wort „Fünf“ durch das Wort „Drei“ zu ersetzen.
- b) In der Zeile „Mindestvoraussetzung“ der „Leistungsgruppe 47 – Spezielle Kinder- und Jugendmedizin“, Spalte „Personelle Ausstattung – Verfügbarkeit“ ist das Wort „drei“ durch das Wort „ein“ zu ersetzen.

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Die Personalvorgaben für die Leistungsgruppe „Spezielle Kinderchirurgie“ müssen der Versorgungsrealität angepasst werden. Kinderchirurgie ist nach Angabe von Experten das chirurgische Fach, in dem die zweitwenigsten Fachärzte in Deutschland zur Verfügung stehen und gleichzeitig das chirurgische Fach mit der zweithöchsten Rate an Teilzeitkräften (39 Prozent).

Die kinderchirurgische Abdeckung der Level-1-Perinatalzentren umfasst nach den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses lediglich einen Rufdienst rund um die Uhr, der wiederum lediglich drei Fachärzte benötigt. In einer Gesamtschau ist es damit nicht verständlich, weswegen für die spezielle Kinderchirurgie eine Mindestpersonalvorgabe von fünf Fachärzten aufgestellt werden soll, wohingegen Bereiche mit deutlich morbideren Patienten (beispielsweise Urologie, Neurochirurgie, Aortenaneurysma, Wirbelsäuleneingriffe) lediglich drei Fachärzte benötigen. Eine Festlegung auf fünf Fachärzte wird zwangsläufig zu einer deutlichen Reduktion der verfügbaren Standorte und damit zu Einbußen in der flächendeckenden Versorgung führen, da insgesamt nicht ausreichend fachärztliches Personal zur Verfügung steht, um diese Vorgaben zu erfüllen.

Zu Buchstabe b:

Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ e.V.), die Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser (GkinD e.V.) und der Verband der leitenden Kinderärzte monieren einen Fehler im Bereich der geforderten Verfügbarkeit von Fachärzten mit Zusatzqualifikation in der Leistungsgruppe „Spezielle Kinder- und Jugendmedizin“. Danach könne der Zusatz „Davon drei FA mit Zusatzqualifikation im SP“ so verstanden werden, dass drei Fachärzte mit

Zusatzqualifikation pro Schwerpunkt erforderlich sind. Ein solches Strukturmerkmal wurde jedoch weder von der AWMF noch von der DGKJ e.V. gefordert.

Anders als in der Erwachsenenmedizin gibt es nur wenige Kliniken, die diese Zahl an Vollzeitkräften im Schwerpunkt in ihrer Klinik verfügbar haben. Eine derartige Vorgabe ist aber auch fachlich nicht notwendig. So wird in der Leistungsgruppe 16 „Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie“ zu Recht nur ein Facharzt mit Zusatzqualifikation im Schwerpunkt gefordert.

Um einen Eindruck der möglichen Auswirkungen einer solchen Leistungsgruppengründung auf die spezialkinderärztliche Versorgung zu erhalten, haben die Kinderkrankenhäuser im Mai 2024 eine Befragung unter den leitenden Kinderärzten in Bayern und in ganz Deutschland durchgeführt. Es zeigt sich danach für Bayern, dass im Mittel nur circa 20 Prozent der Kinderkliniken drei Vollzeitkräfte im jeweiligen Schwerpunkt verfügbar haben, in einigen Schwerpunkten keine einzige Klinik. Ähnliche Zahlen liegen nach der Befragung für Deutschland vor.

Auf dieser Grundlage würde die spezialpädiatrische Versorgung schweren Verwerfungen gegenüberstehen, wenn drei Fachärzte mit Zusatzqualifikation im jeweiligen Schwerpunkt gefordert würden.

Um dies zu verhindern, ist eine Änderung dahingehend geboten, dass wie in Leistungsgruppe 16 die Rufbereitschaft lediglich eines Arztes pro Schwerpunkt gegeben sein muss.

31. Zum Anhang (zu Artikel 1 Nummer 25) Anlage 1 (zu § 135e SGB V) Leistungsgruppe 54)

Im Anhang zu Artikel 1 Nummer 25 ist Anlage 1 zur Leistungsgruppe 54 – Stroke-Unit wie folgt zu ändern:

- a) In der Zeile „Mindestvoraussetzung“ sind in der Spalte „Erbringung verwandter LG – Standort“ nach den Wörtern „LG Allgemeine Neurologie“ die Wörter „Bei Anbindung an ein telemedizinisches Zentrum entfällt die Voraussetzung LG Allgemeine Neurologie“ einzufügen.
- b) In der Zeile „Mindestvoraussetzung“ ist die Spalte „Personelle Ausstattung – Verfügbarkeit“ wie folgt zu fassen:

„Drei FA mindestens Rufbereitschaft: täglich rund um die Uhr oder Anbindung an ein telemedizinisches Schlaganfallnetzwerk (unter Einhaltung der Strukturmerkmale nach OPS 8-98b.3) mit rund um die Uhr Betreuung durch ein Zentrum eines telemedizinischen Schlaganfallnetzwerks“

Begründung:

Durch die Vorgabe, dass mindestens drei Fachärzte für Neurologie täglich rund um die Uhr in Rufbereitschaft verfügbar sein müssen, wird die Schlaganfallversorgung in der Fläche, aber auch die Personalverfügbarkeit in den neurologischen Zentren ernsthaft gefährdet. Zahlreiche Krankenhäuser in der Fläche werden die Personalanforderungen bereits mangels Verfügbarkeit des Personals auf dem Arbeitsmarkt nicht erfüllen können. Gleichzeitig werden die höchst erfolgreich etablierten telemedizinischen Schlaganfallnetzwerke (die gerade geschaffen wurden, damit kleinere Krankenhäuser in einem umkämpften Personalmarkt keine eigene Fachabteilung für Neurologie vorhalten müssen) in ihrer Existenz gefährdet. Die Folge wären längere Transportwege mit allen bekannten Nachteilen für den Patienten, obwohl die telemedizinische Betreuung durch neurologische Zentren es ermöglicht, auch in den peripheren Einrichtungen des Netzwerks eine qualitativ hochwertige Schlaganfallversorgung nach dem neuesten Stand der medizinischen Erkenntnisse anzubieten.

Mit der vorgeschlagenen Änderung soll deshalb eine rund um die Uhr Anbindung an ein anerkanntes telemedizinisches Schlaganfallnetzwerk der vor Ort Verfügbarkeit von drei Fachärzten für Neurologie gleichgestellt werden. Gleichzeitig muss die Voraussetzung der Vorhaltung der Leistungsgruppe Allgemeine Neurologie entfallen, weil dort ebenfalls drei Fachärzte in Rufbereitschaft vorausgesetzt sind.

32. Zum Anhang (zu Artikel 1 Nummer 25) Anlage 1 (zu § 135e)

Der Bundesrat fordert die Bundesregierung auf, eine Anpassung des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes im Anhang zu Artikel 1 Nummer 25 (Anlage 1 zu § 135e) zu prüfen und die personelle Ausstattung bei den Mindestvoraussetzungen zur Leistungsgruppe 65 Notfallmedizin wie folgt zu berücksichtigen:

- a) Qualifikation: Facharzt aus Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung sowie Facharzt aus Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung jeweils mit Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“.
- b) Verfügbarkeit: Fünf Fachärzte, die fest der Notaufnahme zugeordnet und mindestens 80 Prozent ihrer Arbeitszeit in der Notaufnahme tätig sind. Davon mindestens ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“. Zwei weitere Fachärzte müssen die Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ ebenfalls besitzen oder sich in der Weiterbildung dazu befinden.

Begründung:

Die vorgesehenen Mindest-Personalvorgaben der Leistungsgruppe Notfallmedizin mit fünf Fachärzten aus den Gebieten Innere Medizin, Facharzt Chirurgie, Anästhesiologie oder Neurologie mit mindestens 80-prozentiger Tätigkeit in der Notaufnahme, davon drei mit abgeschlossener Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“, sind derzeit faktisch nicht umsetzbar.

Allein für die geforderten drei Fachärzte mit Zusatzweiterbildung für klinische Akut- und Notfallmedizin müssten bei circa 1 000 Notfallkrankenhäusern in Deutschland 3 000 entsprechend qualifizierte Ärzte einsatzbereit sein. Nach aktuellen Zahlen der Bundesärztekammer stehen bundesweit jedoch nur circa 1 800 Ärzte mit der genannten Zusatzweiterbildung zur Verfügung. Hierbei ist die zugrundeliegende Fachlichkeit dieser Ärzte mit Weiterbildung nicht bekannt, es ist davon auszugehen, dass zum Beispiel auch Fachärzte für Allgemeinmedizin eingeschlossen sind. Einige der Leiterinnen und Leiter von Notaufnahmen besitzen zwar gemäß den Anforderungen des G-BA zur Stufung der Notfallversorgung die Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“, haben aber keinen Facharzttitel für Innere Medizin, Chirurgie, Anästhesie oder Neurologie, sondern in einem anderen Fach der unmittelbaren Patientenversorgung. Daher sollten diese insbesondere unter der Berücksichtigung der bestehenden Personalressourcen einbezogen werden können. Der Einbezug aller Facharztgruppen der unmittelbaren Patientenversorgung entspräche auch den Voraussetzungen der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer für den Erwerb der Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“.

Daran angelehnt wird gefordert, dass der Notaufnahme fünf Fachärzte (mindestens 80-prozentiger Arbeitszeit) zugeordnet sein müssen, die aus den Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung stammen. Davon muss ein Facharzt die Zusatzweiterbezeichnung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ besitzen, zwei weitere müssen entweder ebenfalls die Zusatzweiterbildung abgeschlossen haben oder sich in dieser Weiterbildung befinden.

33. Zum Gesetzentwurf allgemein

- a) Der Bundesrat hält eine grundlegende Krankenhausreform für zwingend notwendig, da zahlreiche Kliniken in wirtschaftlicher Not sind, und bekräftigt das Ziel einer flächendeckenden medizinischen Versorgung.
- b) Der Bundesrat fordert jedoch, im weiteren Gesetzgebungsverfahren den Gesetzentwurf so zu überarbeiten, dass die verfassungsrechtlichen Rechte der Länder für die Krankenhausplanung gewahrt werden und der Bund seine nur sehr eingeschränkten Gesetzgebungskompetenzen im Bereich des Krankenhauswesens und der Sozialversicherung konsequent einhält.

- c) Der Bundesrat fordert die Bundesregierung auf, folgende Maßnahmen zu prüfen:
 - aa) eine belastbare Auswirkungsanalyse und eine Folgenabschätzung vorzulegen,
 - bb) die im Gesetzentwurf vorgesehene Vergütungssystematik grundlegend zu überarbeiten,
 - cc) bürokratische Mehrbelastungen und Doppelstrukturen abzubauen, sowie Verfahrensabläufe der Krankenhausplanung zu berücksichtigen,
 - dd) die im Gesetzentwurf vorgesehenen Fristen insgesamt zu verlängern und insbesondere den Zeitbedarf für die Überarbeitung der Krankenhauspläne und Krankenhausgesetze der Länder mit einzubeziehen und
 - ee) die Regelungen für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen zeitnah weiterzuentwickeln, um insbesondere die Sektorentrennung aufzuheben, das Ambulantisierungspotenzial auszuschöpfen und eine wirtschaftliche Betriebsführung sicherzustellen.
- d) Der Bundesrat weist zudem darauf hin, dass Universitätsklinika und andere Krankenhäuser höherer Versorgungsstufen sich nur dann auf ihre spezifische, ihrer besonderen personellen und infrastrukturellen Ausstattung entsprechenden Versorgungsaufgabe konzentrieren können, wenn für sie die Möglichkeit besteht, Patienten in Krankenhäuser niedrigerer Versorgungsstufen abzuverlegen. Dies ist durch ein gestuftes regionales Versorgungskonzept sicherzustellen. Die Erstattung der dabei anfallenden Kosten für den Patiententransport ist durch die Kostenträger zu gewährleisten.
- e) Der Bundesrat stellt des Weiteren fest, dass der Gesetzentwurf an vielen Stellen auf den Standort eines Krankenhauses Bezug nimmt. So wird zum Beispiel die Erfüllung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen an den Standort gekoppelt. Diese „2-km-Regelung“ benachteiligt systematisch Großkrankenhäuser und insbesondere Universitätsklinika, die aufgrund ihrer historischen Entwicklung und der begrenzten zusammenhängenden Flächen innerhalb der Städte regelmäßig ihre Krankenversorgung an verschiedenen Orten erbringen, die aber unzweifelhaft eine organisatorische Gesamteinheit darstellen und als solche zu behandeln sind. Hier sind daher gesetzliche Anpassungen erforderlich, damit ein Krankenhaus, das innerhalb derselben Stadt räumlich getrennt Patientinnen und Patienten versorgt und

einheitliche Organisations- und Leitungsstrukturen aufweist oder soweit landeshochschulrechtliche Regelungen dies vorsehen, als ein Standort gilt. Eine entsprechende Regelungsbefugnis soll den Ländern zugewiesen werden.

- f) Der Bundesrat unterstützt schließlich den Vorschlag, den Transformationsfonds neben Vorhaben der Leistungs- und Standortkonzentration insbesondere auch für den Aufbau zielgerichteter regionaler Netzwerkstrukturen zu nutzen, in denen hochschulmedizinische Einrichtungen wichtige Funktionen übernehmen können. Hierbei sollten Spielräume für bedarfsgerechte und auch innovative Lösungen geschaffen werden. Angesichts der Schlüsselrolle, die Universitätsklinika in den für einen Erfolg der Reform notwendigen Kooperations- und Netzwerkstrukturen wahrnehmen müssen, ist ihre maßgebliche Berücksichtigung im Strukturfonds zwingend.

Begründung:

Zu Buchstabe b

Die Länder sind nach der grundgesetzlich verankerten Kompetenzordnung für die Krankenhausplanung in ihrem Gebiet verantwortlich. Der Bund hingegen ist nur für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser gemäß Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a des Grundgesetzes beziehungsweise für das Recht der Sozialversicherung gemäß Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 des Grundgesetzes zuständig. Daraus lassen sich aber keine so weitreichenden Eingriffe in die Planungskompetenzen der Länder ableiten. Stattdessen ist im Gesetzentwurf vorgesehen, dass die Länder nur noch reine Vollzugsbehörden des Bundes zur Umsetzung der im Kern planungsrelevanten Vorgaben des Gesetzentwurfs vor allem durch Strukturmerkmale oder bis ins Detail gehende Qualitätsanforderungen für alle Leistungsgruppen sind. Den Ländern müssen vielmehr kraft des Grundgesetzes substanzielle eigene Rechte zur Krankenhausplanung verbleiben. Dies erfordert weitreichende Ausnahmetatbestände und Kooperationsmöglichkeiten, um vor allem die Versorgung der Bevölkerung im ländlichen Raum zu sichern. Dieser notwendige Spielraum für die Länder ist in dem Gesetzentwurf nicht angelegt.

Zu Buchstabe c Doppelbuchstabe aa:

Der Bund und die Länder haben im Eckpunktepapier vom 10. Juli 2023 ausdrücklich vereinbart, dass vor Fertigstellung des Gesetzentwurfs eine belastbare Auswirkungsanalyse und eine Folgenabschätzung vorliegen werden. Der Bund ist dieser Vereinbarung bislang nicht nachgekommen. Das von der Bundesregierung in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe am 17. April 2024 vorgestellte Instrument stellt keinen adäquaten Ersatz für eine valide, aussagekräftige und wissenschaftlich fundierte und vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zugesagte Auswirkungsanalyse dar. Die Länder können einer derart tiefgrei-

fenden, die Versorgungslandschaft verändernden Reform erst zustimmen, wenn die Auswirkungen der Reform absehbar und eine auskömmliche Finanzierung der bedarfsnotwendigen Krankenhäuser gesichert sind. Dies gilt es seitens der Bundesregierung nach wie vor nachzuweisen.

Zu Buchstabe c Doppelbuchstabe bb:

Aus dem vorliegenden Gesetzentwurf geht nicht hervor, wie die Vergütungssystematik künftig konkret ausgestaltet und in der Praxis umgesetzt werden soll. Eine Bewertung, welche Auswirkungen das geplante Vergütungssystem auf die Versorgungslandschaft hat, ist auf dieser Grundlage nur sehr eingeschränkt möglich. Aufgrund der Vielzahl von unsicheren Faktoren setzen Prognosen immer Annahmen voraus. Tragfähige Empfehlungen können auf dieser Basis nicht verlässlich ausgesprochen werden. Fraglich bleibt weiterhin, ob die geplante Vergütungssystematik tatsächlich zu einer Verbesserung der finanziellen Lage der Krankenhäuser führen wird. Besonders die Finanzierung bedarfsnotwendiger kleiner Krankenhäuser mit bevölkerungsbedingt geringer Fallzahl wird in dem vorliegenden Gesetzentwurf nur unzureichend berücksichtigt. Dem gesetzgeberischen Ziel der Entökonomisierung kommt der Gesetzentwurf lediglich innerhalb des vorgesehenen 20-Prozent-Fallzahlkorridors nach. An den Korridorgrenzen manifestiert sich dagegen ein die Versorgungssicherheit gefährdender Anreiz zur Fehl- beziehungsweise Minderleistung.

Zu Buchstabe c Doppelbuchstabe cc:

Es ist bislang nicht ersichtlich, wie mit der Reform eine Entbürokratisierung erreicht werden könnte. Mit dem Gesetzentwurf und mit der Pflegepersonalbemessungsverordnung sind den Krankenhäusern zusätzliche Mitteilungspflichten auferlegt worden. Der Gesetzentwurf baut in hohem Maß weitere Bürokratie auf. Er überantwortet dem Medizinischen Dienst (MD) umfangreiche Prüfungsaufgaben, die zumindest perspektivisch, wohl aber auch schon heute deckungsgleich mit bereits bestehenden Aufgaben des MD sind. Möglichkeiten, diese Verfahren zukünftig zu vereinheitlichen werden nicht genutzt. Die Verfahrensabläufe der Krankenhausplanung werden nicht berücksichtigt und massiv beeinträchtigt. In diesem Zusammenhang ist es nicht nur fachlich sinnvoll, sondern auch eine Bürokratieentlastung, wenn das im Gesetzentwurf vorgesehene Verfahren erheblich entschlackt wird.

Zu Buchstabe c Doppelbuchstabe dd:

Die erstmalige Prüfung der Leistungsgruppen durch den MD muss laut Gesetzentwurf bis spätestens 30. September 2025 von den Ländern beauftragt werden. Dies setzt voraus, dass die Länder bis dahin ihre Krankenhausgesetze und Krankenhauspläne angepasst und die Antrags- beziehungsweise Zuweisungsverfahren für die Leistungsgruppen eingeleitet haben, was die Länder bereits jetzt unter erheblichen Zeitdruck setzt. Die Prüfverfahren müssen sodann bis spätestens 30. Juni 2026 abgeschlossen sein.

Die erstmalige Zuweisung der Leistungsgruppen muss nach § 6a Absatz 4 KHG bis zum 31. Oktober 2026 abgeschlossen sein. Auch diese Zeitspanne ist für die Krankenhausplanungsbehörden der Länder für eine rechtskräftige Zuweisung der Leistungsgruppen zu knapp bemessen und muss entsprechend angepasst werden.

Bis zum 31. März 2025 sind mit Wirkung ab 1. Januar 2027 durch das BMG mit Zustimmung des Bundesrates durch Rechtsverordnung insbesondere Leistungsgruppen festzulegen und weiterzuentwickeln sowie zu bestimmen, von welchen Leistungsgruppen Ausnahmen möglich sein sollen und welche Leistungsgruppen in Kooperation erfüllt werden können. Die Festlegung neuer Leistungsgruppen beziehungsweise deren Weiterentwicklung darf nicht bereits zu diesem Zeitpunkt erfolgen. Andernfalls müssen Zuweisungen von Leistungsgruppen bereits nach kürzester Zeit wieder geändert werden. Eine Fortentwicklung darf insoweit erst nach mehreren Jahren Erprobung und einer entsprechenden Evaluation erfolgen. Der im Gesetzentwurf vorgesehene Zeitplan sowie die einzelnen Fristen für das Verfahren sind insgesamt zu überarbeiten und entsprechend praxistauglich zu verlängern.

Zu Buchstabe c Doppelbuchstabe ee:

Die Regelungen für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen bleiben weit hinter den Erwartungen zurück. Es bleibt weiterhin bei der strikten Sektorentrennung und das Ambulantisierungspotenzial wird nicht ausgeschöpft. Ob sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen in dieser Form überhaupt wirtschaftlich betrieben werden können, ist stark zu bezweifeln.