

22.11.24**Antrag**
des Freistaates Bayern

Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhaus-versorgungsverbesserungsgesetz - KHVVG)

Punkt 6 der 1049. Sitzung des Bundesrates am 22. November 2024

Der Bundesrat möge beschließen, zu dem vom Deutschen Bundestag am 17. Oktober 2024 verabschiedeten Gesetz die Einberufung des Vermittlungsausschusses gemäß Artikel 77 Absatz 2 des Grundgesetzes aus folgendem Grund zu verlangen:

a) **Qualitätsvorgaben**

Der Bundesrat stellt fest, dass die Qualitätsvorgaben zu eng gefasst sind. Aus Sicht des Bundesrates sind folgende Anpassungen vorzunehmen:

aa) **Änderung bei den Berücksichtigungsmodalitäten von Fachärzten in den Leistungsgruppen**

Das Gesetz sieht vor, dass am Krankenhausstandort beschäftigte Fachärzte nur für bis zu drei Leistungsgruppen, die an diesem Krankenhausstandort erbracht werden, angerechnet werden können. Der Bundesrat stellt fest, dass es sich um eine erhebliche Verschärfung der bisherigen Vorgaben aus der Planungssystematik aus Nordrhein-Westfalen handelt, die als Grundlage für die Reform in den Eckpunkten vom 10. Juli 2023 vereinbart wurde. Aus Sicht des Bundesrates muss unbedingt von dieser Verschärfung abgesehen werden.

bb) **Erweiterung von Ausnahmemöglichkeiten**

Aus Sicht des Bundesrates sind im KHVVG Ausnahmemöglichkeiten zugunsten der Krankenhausplanungsbehörden unter zu strengen Vorausset-

zungen geregelt. Der Bundesrat stellt fest, dass der Sicherstellungsauftrag der Länder nicht nur die sogenannte Grundversorgung, sondern zum Beispiel auch die Versorgung medizinisch komplexerer Fälle umfasst. Aus Sicht des Bundesrates ist es erforderlich, dass zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung Ausnahmemöglichkeiten im intendierten Ermessen der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde stehen.

cc) Einhaltung der Mindestvorhaltezahlen

Der Bundesrat stellt fest, dass die Einführung bundeseinheitlicher sogenannter Mindestvorhaltezahlen und die Regelungen zum Ausschluss von Krankenhausstandorten von der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen ohne Ausnahmemöglichkeit die Versorgung gefährden können und Krankenhäuser ihren Anspruch auf die Vorhaltevergütung verlieren können. Der Bundesrat fordert deshalb eine Überarbeitung der Vorgaben dahingehend, dass die Erreichung von Mindestvorhaltezahlen nicht als zwingende Voraussetzung für den Erhalt einer Vorhaltevergütung festgelegt wird und die Krankenhausplanungsbehörden zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung, Ausnahmen zulassen können.

dd) Änderungen bei den Voraussetzungen für die Erfüllung von Qualitätskriterien in Kooperationen

Der Bundesrat stellt fest, dass die Möglichkeit, Leistungen in Kooperationen zu erbringen, eine weitere Chance ist, bedarfsgerechte Spezialisierung einzelner Krankenhausstandorte zu realisieren und die Möglichkeit der Erfüllung von Qualitätsvorgaben in Kooperationen uneingeschränkt ermöglicht werden soll. Der Bundesrat fordert, dass entsprechend der Systematik der Weiterentwicklung der Leistungsgruppen in dem neuen Bund-Länder-Gremium dann entschieden werden soll, in welcher Leistungsgruppe unter welchen Bedingungen eine Kooperation nicht möglich ist. Nach Auffassung des Bundesrates wird dies dann analog zu den Leistungsgruppen in einer zustimmungspflichtigen Rechtsverordnung geregelt. Dabei sind zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung dann auch geeignete Ausnahmetatbestände einzuführen.

b) Änderung der Definition von Krankenhausstandort und Fachkliniken

aa) Definition von Standorten

Der Bundesrat stellt fest, dass das KHVVG zur Definition auf eine bestehende Vorgabe der Selbstverwaltung zurückgegriffen hat. Der Bundesrat stellt zudem fest, dass sich diese, mittlerweile von der Selbstverwaltung aufgekündigte Vereinbarung, in wenigen Ausnahmefällen nicht bewährt hat und fordert, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde im Einzelfall Krankenhausstandorte abweichend bestimmen kann.

bb) Definition von Fachkliniken

Der Bundesrat stellt fest, dass die Definition der Fachkliniken, die zuletzt aufgrund entsprechender Änderungsanträge geändert wurde, nicht transparent und zu starr ist.

Nach erster Auswertung im Rahmen der technischen Möglichkeiten in mehreren Ländern ist aufgefallen, dass anerkannte Fachkliniken mit hoher medizinischer Expertise in der Patientenversorgung nicht unter die Definition fallen. Dies ist zum Beispiel bei Erfüllung weiterer Qualitätskriterien mit Nachteilen verbunden.

Ein Vorschlag zur Änderung der Definition der Fachkliniken kann von den Ländern nicht erstellt werden, da das BMG den Ländern den zertifizierten Grouper nicht vor Abschluss des parlamentarischen Verfahrens zur Verfügung stellt.

c) Finanzierung

aa) Anpassung der Vorhaltefinanzierung

Der Bundesrat ist der Auffassung, dass die derzeitige Ausgestaltung der Vorhaltevergütung nach wie vor einen starken Fallbezug hat und fordert, das Konzept zu überarbeiten. Die Vorhaltefinanzierung ist nach Auffassung des Bundesrates von den Fallzahlen und Mindestvorhaltzahlen zu entkoppeln. In dem Zuge müssen auch die Sicherstellungszuschläge geprüft werden.

bb) Einrichtung einer Überbrückungsfinanzierung

Ein kalter Strukturwandel ist aus Sicht des Bundesrates unbedingt zu vermeiden. Die mit dem KHVVG vorgesehenen Verbesserungen unter anderem bei der Refinanzierung von Tarifkosten für Löhne und Gehälter rei-

chen nicht aus, um ein unkontrolliertes Krankenhaussterben zu verhindern. Der Bund wird aufgefordert, eine Regelung zur Schließung der aktuellen Finanzierungslücke, zum Beispiel durch ein Sonderförderprogramm, in Höhe von vier bis fünf Milliarden Euro zu erstellen.

d) Einfluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Aus Sicht des Bundesrates ist die Einbeziehung des G-BA über ein Stimmrecht hinaus systemfremd zu den Grundsätzen des KHVVG:

aa) Ansiedlung der Geschäftsstelle für das neue Bund-Länder-Gremium zur Weiterentwicklung

Der Bundesrat stellt fest, dass die Errichtung der Geschäftsstelle des Rechtsverordnungsausschusses beim G-BA fehlplatziert ist und fordert, dass die Geschäftsstelle beim BMG angesiedelt wird.

bb) Qualitätsvorgaben des sogenannten Hebammengeleiteten Kreißsaals

Nach Auffassung des Bundesrates sind die Qualitätsvorgaben für den sogenannten hebammengeleiteten Kreißsaal geeignet, erhebliche Auswirkungen auf die Krankenhausplanung der Länder haben. Die Vorgaben sollten deshalb dem neuen System entsprechend im Bund-Länder-Gremium zur Weiterentwicklung der Leistungsgruppen entwickelt und Teil einer zustimmungspflichtigen Rechtsverordnung werden, um die Rechte der Länder nicht zu unterlaufen.

e) Transformationsfonds

aa) Streichung der Prüfung des Insolvenzrisikos

Der Bundesrat stellt fest, dass das KHVVG eine Prüfung des Insolvenzrisikos bei der Antragstellung von Projekten des Transformationsfonds durch die Länder vorsieht. Dabei ist unklar, welche Rechtsfolge eintritt, wenn die Klinik dennoch in Insolvenz geht. Da die Länder hier möglicherweise enormen Haftungsfolgen gegenüberstehen, fordert der Bundesrat die Streichung der Regelung im KHVVG.

bb) Keine Privilegierung von Fördertatbeständen

Der Transformationsfonds ist derart anzupassen, dass der Fördertatbestand der Schließung keine Privilegierung von Gebieten mit einer hohen Dichte an Krankenhäusern und Krankenhausbetten vorsieht.

f) Planungsvorgang – Beauftragung des Medizinischen Dienstes (MD)

aa) Anpassung der Umsetzungsfristen

Der Bundesrat nimmt zur Kenntnis, dass ein zertifizierter Grouper seitens des BMG erst nach der parlamentarischen Befassung des KHVVG zur Verfügung gestellt wird. Vor dem Hintergrund fordert der Bundesrat, dass die im KHVVG vorgesehenen Fristen entsprechend anzupassen sind.

bb) Einrichtung einer Schnittstelle zum MD

Der Bundesrat stellt fest, dass das KHVVG die Beauftragung des MD für die Prüfung der Leistungsgruppenvoraussetzungen vorgibt. Dennoch ist eine digitale Beauftragung des MD und eine digitale Übermittlung der Gutachten des MD an die Landesplanungsbehörde im Gesetz nicht vorgesehen. Um eine analoge und bürokratieaufwändige Abwicklung dieses Prozesses mit weiteren Verzögerungen zu verhindern, fordert der Bundesrat, dass das KHVVG um eine Regelung zu einer standardisierten und strukturierten (elektronischen) Schnittstelle zwischen Landesplanungsbehörden und MD ergänzt wird.

Begründung:

Die Notwendigkeit einer Reform der Krankenhausversorgung wird von den Ländern anerkannt, um die Krankenhausversorgung im Sinne der Bürgerinnen und Bürger auf zukunfts feste Strukturen auszurichten und die Behandlungsqualität zu steigern.

Gleichzeitig müssen die Länder auch in Zukunft die verfassungsmäßig zugewiesene Aufgabe der Krankenhausplanung wahrnehmen können. Dies umfasst auch die neuen Versorgungsmodelle und somit die Frage, welche Leistungen von einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung erbracht werden können und dürfen. Die Länder dürfen nicht zu einer nachgeordneten Behörde des Bundes degradiert und nur noch Vorgaben umsetzen, die auf Bundesebene definiert werden.

Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme vom 5. Juli 2024 (vgl. BR-Drucksache 235/24 (Beschluss)) erheblichen Änderungsbedarf am Gesetzesentwurf geltend gemacht. Ein großer Teil dieser Änderungswünsche wurde durch alle Länder getragen.

Das nunmehr vorliegende Gesetz begegnet jedoch weiterhin erheblichen Bedenken. Aus diesem Grund ist der Vermittlungsausschuss anzurufen, um Änderungen in einzelnen – kritischen – Punkten zu erreichen.

Ziel ist es, die Krankenhausreform des Bundes nicht zu verhindern, sondern das KHVVG in einzelnen kritischen Punkten zu verbessern. Aus Sicht der Länder sollten die nachstehenden Aspekte möglichst kurzfristig und noch in diesem Jahr verhandelt werden.

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe aa:

Die Veränderung der Berücksichtigungsmodalitäten im Gesetz und die damit einhergehende Begrenzung von Fachärzten auf drei Leistungsgruppen ist fachlich nicht erforderlich, steigert die Qualität der Behandlung nicht zwangsläufig und ist angesichts eines bestehenden Fachkräftemangels nicht umsetzbar. Dies gilt insbesondere, da diese Systematik dazu führt, dass gegebenenfalls mit einer vierten Leistungsgruppe doppelt so viele Ärzte (sechs statt drei Ärzte) vorgehalten werden müssen, obwohl nicht doppeltes Leistungsgeschehen zu erwarten ist. Die Ärzte wären nicht ausgelastet (Problematik der sprungfixen Kosten), nicht finanziert und auf dem Markt auch nicht verfügbar.

Auch die Bundesärztekammer kritisiert diese neue Vorgabe in der Stellungnahme vom 23. September 2024 scharf. Danach sei die Vorgabe nicht sachgerecht und kann standortspezifisch, abhängig von Kombination der Leistungsgruppen, zu einer deutlichen Erhöhung der benötigten Fachärzte führen. Laut Bundesärztekammer können dadurch unnötige Versorgungsengpässe entstehen. Gerade die Vorgaben für die neuen Leistungsgruppen seien laut Bundesärztekammer fachlich nicht nachvollziehbar und können mindestens zum Teil nicht erreicht werden. Damit drohen kritische Auswirkungen des Gesetzes gerade in sensiblen Bereichen wie der Versorgung von Kindern und Jugendlichen, Schwerstverletzten, Infektionspatienten oder in der Notfallversorgung.

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe bb:

Das KHVVG sieht eine Abweichung von Qualitätskriterien im Bereich der Grund- und Notfallversorgung (zum Beispiel Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Geriatrie, Geburtshilfe und Notfallmedizin) vor. Diese Beschränkung ist aus Sicht des Bundesrates nicht sachgerecht. Die Länder haben den Sicherstellungsauftrag zum Beispiel auch für die Versorgung in der Pädiatrie sowie auch für medizinisch komplexere Fälle wie onkologische Fälle oder seltene Erkrankungen.

Wenn eine flächendeckende stationäre Versorgung anders nicht sichergestellt werden kann, müssen auch dauerhafte Ausnahmemöglichkeiten von Qualitätsvorgaben durch die Länder „mit Augenmaß“ möglich sein. Wann eine flächendeckende Versorgung nicht sichergestellt werden kann, muss im Beurteilungsspielraum der Länder liegen und darf nicht allein an PKW-Erreichbarkeiten gemessen werden. Insoweit wird auf die Stellungnahme des Bundesrates vom 5. Juli 2024 (vgl. Ziffer 13 der BR-Drucksache 235/24 (Beschluss) verwiesen.

Eine starre Vorgabe greift zu stark in die Krankenhausplanungshoheit und damit den Sicherstellungsauftrag der Länder ein.

Im Falle der zwingenden Erforderlichkeit für die flächendeckende Versorgung müssen Kooperationen generell, ohne Vorbehalt der genannten Rechtsverordnung und - notfalls - unbefristet zur Verfügung stehen. Andernfalls bestünde insbesondere in strukturschwachen Räumen absehbar die Gefahr einer problematischen Ausdünnung der bestehenden stationären Versorgungsangebote.

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. Praktische Beispiele aus den vergangenen Jahren sind hier zum Beispiel im Rahmen von Hochwasserereignissen entstanden. Derartige Konstellationen können immer wieder auftreten, lassen sich aber nicht planen.

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe cc:

Durch die Regelungen zu den Mindestvorhaltefallzahlen in § 135f SGB V und § 6b KHEntgG werden Regionen mit bevölkerungsbedingt kleinen Fallzahlen systematisch benachteiligt, da von Zahlen im Bundesdurchschnitt ausgegangen wird. Dies bestätigt auch die Prüfung des vom BMG zur Verfügung gestellten Folgenabschätzungstools.

Ebenso werden die Regelungen zum Ausschluss von Krankenhausstandorten von der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen sehr kritisch gesehen, auch wenn die Zielrichtung einer hohen Qualität in der Versorgung von Krebskranken grundsätzlich unterstützt wird.

Allerdings sind die Auswirkungen der vorgesehenen Regelungen auch mit dem Folgenabschätzungstool des Bundes nach wie vor nicht überprüfbar. Die Einteilung der onkochirurgischen Leistungen („Onko-Körbe“) ist noch völlig offen. Dennoch ist allgemein abschätzbar, dass komplexe onkochirurgische Leistungen stark überproportional durch Universitätsklinika und Maximalversorger erbracht werden, welche sich wiederum überproportional in bevölkerungsreichen Ländern befinden. Aus diesem Grund werden die Regelungen zu den onkochirurgischen Leistungen voraussichtlich Regionen mit bevölkerungsbedingt kleinen Fallzahlen systematisch benachteiligen, da für die Bildung des 15 Prozent-Perzentils von Zahlen im Bundesdurchschnitt ausgegangen wird. Diesen Schluss lässt auch die Analyse der Auswirkungen einer Mindestvorhaltezahl in der Leistungsgruppe Senologie (in welcher viele onkochirurgische Leistungen verortet sind) im Folgeabschätzungstool des Bundes zu.

Umso gravierender ist es, dass trotz fehlender konkreter Auswirkungsanalyse keinerlei Ausnahmemöglichkeiten vorgesehen sind. Auch wird mit dem KHVVG nicht ermöglicht, dass unter Krankenhäusern, die dem 15-Prozent-Perzentil unterfallen, eine Leistungsverlagerung stattfindet (beispielsweise aus zwei mach eins), vielmehr werden sie per se ausgeschlossen (beispielsweise aus zwei mach null).

Die Regelungen sind somit ein erheblicher Eingriff in die Planungshoheit der Länder und gefährden die flächendeckende Versorgung. Sie sind daher derart zu überarbeiten, dass die Krankenhausplanungsbehörden zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung Ausnahmen zulassen können.

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe dd:

Die Erfüllung von Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden muss erleichtert möglich sein. Insbesondere darf dies nicht auf Fälle beschränkt werden, bei denen dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erforderlich ist. Die Möglichkeit Leistungen in Kooperationen zu erbringen, ist eine weitere Chance, bedarfsgerechte Spezialisierung einzelner Krankenhausstandorte zu realisieren.

Im Falle der zwingenden Erforderlichkeit für die flächendeckende Versorgung müssen Kooperationen generell, ohne Vorbehalt der genannten Rechtsverordnung und – notfalls – unbefristet zur Verfügung stehen. Andernfalls bestünde insbesondere in strukturschwachen Räumen absehbar die Gefahr einer problematischen Ausdünnung der bestehenden stationären Versorgungsangebote.

Die Möglichkeit der Erfüllung von Qualitätsvorgaben in Kooperationen soll uneingeschränkt ermöglicht werden. Entsprechend der Systematik der Weiterentwicklung der Leistungsgruppen in dem neuen Bund-Länder-Gremium soll dann entschieden werden, in welcher Leistungsgruppe unter welchen Bedingungen eine Kooperation nicht möglich ist. Dies wird dann analog zu den Leistungsgruppen in einer zustimmungspflichtigen Rechtsverordnung geregelt.

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe aa:

Das KHVVG hat zur Definition auf eine bestehende Vorgabe der Selbstverwaltung zurückgegriffen, die von der deutschen Krankenhausgesellschaft mittlerweile gekündigt wurde. Danach darf in der Regel der Abstand zwischen den äußeren Gebäuden eines Krankenhausstandorts nicht mehr als 2000 Meter Luftlinie betragen. Im Streitfall soll eine Schiedsstelle entscheiden. Die Entscheidung der Schiedsstelle wird dabei neu eingeführt.

Diese Regel hat sich in der Vergangenheit nicht bewährt und ist bei wenigen Einzelfällen nicht sachgerecht. Kommunale Krankenhäuser in großen Städten sowie Universitätsklinika bestehen regelmäßig aus mehreren Gebäuden, die auch aus städtebaulichen Gründen teilweise mehr als 2000 m voneinander entfernt sind. Somit sind solche Krankenhäuser aufgrund baulicher Vorgaben, die nicht geändert werden können, als zwei Standorte zu betrachten.

Dies hat erhebliche Auswirkungen auf die Qualitätsvorgaben. So müssen zum Beispiel mehr Ärzte vorgehalten werden, gegebenenfalls können gewisse Leistungen nicht erbracht werden, da eine Erbringung an einem Standort verlangt wird. Die Vorgabe von Standorten gilt auch für die Abrechnung von Zentrumsleistungen. In Einzelfällen kann dies dazu führen, dass Krankenhäuser mit sehr hochwertiger Expertise in der Versorgung von Patientinnen und Patienten von komplexen Erkrankungen nicht als Zentrum agieren können. Genau diese Expertise kann aber die Patientenversorgung verbessern und sollte nicht verhindert werden.

Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde soll das Recht bekommen, im Einzelfall Krankenhausstandorte abweichend zu bestimmen.

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe bb:

Mit den Änderungen im Gesetz erfolgte nunmehr auch mit einer starren und viel zu engen Definition von Fachkliniken eine weitergehende Einschränkung sowohl der Kliniken als auch der Planungshoheit der Länder.

Die Definition von Fachkliniken ist zudem nicht transparent, da der zertifizierte Grouper beziehungsweise dessen zugrundeliegende Leistungsgruppen-Fallzuordnungssystematik den Ländern nicht zur Verfügung gestellt worden ist. Nur hieraus würde sich die konkrete Verteilung der erkrankten Patienten zu den jeweiligen Leistungsgruppen ableiten lassen.

Im Gesetz selbst wird verlangt, dass 80 Prozent der Fälle in maximal vier Leistungsgruppen erbracht werden müssen: Gewisse Leistungsgruppen wie zum

Beispiel die Allgemeine Innere Medizin dürfen bei der Berechnung nicht berücksichtigt werden.

Auf den ersten Blick scheint dies eine fachlich sinnvolle Definition zu sein.

Allerdings zeigen erste Auswirkungenanalysen mit dem Tool des BMG, dass die Aufteilung nicht praxisgerecht ist. So ist nach erster Auswertung im Rahmen der technischen Möglichkeiten in mehreren Ländern aufgefallen, dass anerkannte Fachkliniken mit hoher medizinischer Expertise in der Patientenversorgung nicht unter die Definition fallen. Dies ist zum Beispiel bei Erfüllung weiterer Qualitätskriterien mit Nachteilen verbunden.

Gerade diese erste Auswertung zeigt deutlich, dass den Ländern stets ein Ermessen „mit Augenmaß“ zustehen muss. Denn ein Ausbau von Fachkliniken, die bereits heute Patientinnen und Patienten auf höchstem Niveau versorgen, zu einem normalen Krankenhaus wäre nicht im Sinne der geplanten Zentralisierung, würde unnötige Ressourcen kosten und macht auch mit Blick darauf, dass die allgemeine Grundversorgung in der jeweiligen Region nicht gefährdet ist, keinen Sinn.

Die Problematik zeigt sich auch an anderen Beispielen und besonders bei Fachkrankenhäusern, deren Behandlungsspektrum mangels speziellerer Leistungsgruppen in den Bereich der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin oder Allgemeine Chirurgie fällt. Es muss möglich sein, solche Spezialisierungen anzuerkennen.

Dabei ist auch zu beachten, dass diese oftmals auf einer bewussten Planungsentscheidung des Landes beruht und der Strukturwandel in den Fällen bereits erfolgt ist. Der Wegfall dieser Kliniken würde gegebenenfalls zum Nachteil für die Versorgung der Patienten werden.

Zu Buchstabe c Doppelbuchstabe aa:

Inhaltlich zielen die Reformpläne darauf ab, die rein fallbezogene Finanzierung der Betriebskosten der Krankenhäuser durch ein Mischsystem aus Vorhalte- und Fallvergütung zu ersetzen. Zugesagt war jedoch eine fallzahlunabhängige Vorhaltevergütung. Wenn nun das Vorhaltevolumen unter den Ländern und in Folge unter den Krankenhäusern nach alten Fallzahlen aufgeteilt wird, ist dies retrospektiv und daher nicht zukunftsgerichtet. Damit wird nicht die versprochene wirtschaftliche Stabilisierung der Krankenhäuser erreicht.

Zudem wurde zwischen dem BMG und den Ländern im Eckpunktepapier zur Krankenhausreform vom 10. Juli 2023 vereinbart, dass der Bund darstellen wird, wie durch die Krankenhausreform für Länder mit dünn besiedelten beziehungsweise unterversorgten Gebieten als auch für Länder mit bereits fortgeschrittenen Strukturbereinigungsprozessen (unter anderem niedrige Bettenmessziffer bezogen auf die Einwohnerzahl) eine tatsächliche Entökonomisierung und dauerhafte Sicherstellung erreicht werden kann. Es wurde auch vereinbart, dass diese besonderen Ausgangspositionen im Gesetzgebungsprozess zu berücksichtigen sind.

Dem KHVVG kann nicht im Ansatz entnommen werden, wie Krankenhäuser in diesen Ländern von der Vorhaltvergütung profitieren sollen.

Zu Buchstabe c Doppelbuchstabe bb:

Es muss sichergestellt werden, dass es keinen kalten Strukturwandel gibt. Die Krankenhäuser benötigen jetzt eine schnelle und ausreichende finanzielle Unterstützung. Die mit dem KHVVG vorgesehenen Verbesserungen unter anderem bei der Refinanzierung von Tarifkosten für Löhne und Gehälter reichen nicht aus, um ein unkontrolliertes Krankenhaussterben zu verhindern. Es fehlt eine Regelung zur Schließung der aktuellen Finanzierungslücke.

Die Krankenhäuser haben bereits seit längerer Zeit erhebliche finanzielle Schwierigkeiten. Deshalb hat der Bundesrat bereits Ende des Jahres 2023 eine Entschließung zur kurzfristigen wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und dauerhaften Refinanzierung sowie künftiger inflations- und tarifbedingter Kostensteigerungen (vgl. BR-Drucksache 592/23 (Beschluss)) gefasst.

Angesichts der teilweise prekären Finanzsituation der Krankenhäuser im gesamten Bundesgebiet kommt es derzeit zu Planung und Vollzug von Schließungen von Krankenhäusern beziehungsweise einzelner Versorgungsbereiche, die ausschließlich wirtschaftlich bedingt sind und nicht immer im Einklang mit einer zukünftigen bedarfsgerechten und qualitätsgesicherten Versorgungsplanung stehen.

Es bedarf eines Gegenwirkens des Bundesgesetzgebers im Bereich der Betriebskostenfinanzierung, um diesen kalten Strukturwandel zu verhindern beispielsweise durch ein Sonderförderprogramm in Höhe von vier bis fünf Milliarden Euro mit einer Verteilung der Fördermittel über das InEK oder BAS.

Zu Buchstabe d Doppelbuchstabe aa:

Die Weiterentwicklung der Vorgaben des KHVVG und insbesondere die Vorbereitung von zustimmungspflichtigen Rechtsverordnungen ist Aufgabe von Bund und Ländern. Es ist systemfremd, dass der G-BA hier die Geschäftsstelle leiten soll. Vielmehr ist diese – wie in den ursprünglichen Entwürfen vorgesehen – beim BMG einzurichten.

Zu Buchstabe d Doppelbuchstabe bb:

Die Qualitätsvorgaben des KHVVG sollen zunächst in einem Bund-Länder-Ausschuss vorbereitet und dann über eine zustimmungspflichtige Rechtsverordnung verbindlich gemacht werden. Es passt deshalb nicht in das System des KHVVG, dass neben den Vorgaben aus dem KHVVG selbst und der Rechtsverordnung nach § 135e SGB V nun auch der G-BA verbindliche Vorgaben für Kriterien und Qualitätsanforderungen für den hebammengeleiteten Kreißsaal machen soll. Diese Qualitätsanforderungen sind in der zustimmungspflichtigen Rechtsverordnung zu regeln.

Die flächendeckende Einrichtung von hebammengeleiteten Kreißsälen wird unter Qualitätsaspekten ausdrücklich begrüßt und ist teilweise bereits heute Praxis in einzelnen Ländern. Eine verbindliche Weiterentwicklung dieser Qualitätsvorgabe, die die Versorgung in der Geburtshilfe, erheblich steuern kann, in einem Gremium ohne Entscheidungsrecht der Länder wird abgelehnt.

Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass an die neu zu entwickelnden Vorgaben auch konkrete Fördermittel geknüpft werden. Diese nun im Gesetz fest vorzugeben, ohne dass die Ausgestaltung der Vorgaben durch die Länder mitgestaltet werden können, ist nicht sachgerecht.

Zu Buchstabe e Doppelbuchstabe aa:

Die vorgesehene Prüfung des Insolvenzrisikos bei der Antragstellung von Projekten des Transformationsfonds muss gestrichen werden. Diese zusätzliche Antragsvoraussetzung ist mit einem erheblichen Aufwand für die Länder verbunden. Fraglich bleibt, wie die Prüfung des Insolvenzrisikos zu erfolgen hat. Hierzu müssten Wirtschaftsprüfer eingestellt beziehungsweise beauftragt werden, was zusätzliche Ressourcen verlangt, die den Ländern vom Bund aber nicht bereitgestellt werden. Unklar ist, welche Rechtsfolge eintritt, wenn die Klinik dennoch in Insolvenz geht. Die Länder sehen sich hier möglicherweise enormen Haftungsfolgen gegenüber und fordern deshalb die Streichung der Regelung im KHVVG.

Zu Buchstabe e Doppelbuchstabe bb:

Die in § 12b Absatz 1 Satz 4 Nummer 7 KHG vorgesehene Privilegierung der Förderung von Schließungsvorhaben in Gebieten mit einer hohen Dichte an Krankenhäusern und Krankenhausbetten wird als nicht sachgerecht erachtet und benachteiligt unter Umständen notwendige Transformationsvorhaben in ländlichen Regionen, weshalb der Bundesrat die Streichung der Regelung fordert.

Zu Buchstabe f Doppelbuchstabe aa:

Die im KHVVG vorgesehenen Fristen für die Beauftragung des MD in § 275a SGB V, die Meldung der Leistungsgruppenzuordnung an das InEK nach § 6a Absatz 6 KHG und so weiter stehen in einem direkten Verhältnis zu den in den Ländern durchzuführenden Krankenhausplanungsverfahren. Aufgrund des erst für Beginn des Jahres 2025 angekündigten zertifizierten Groupers sind diese Fristen jedoch nicht umsetzbar und daher entsprechend anzupassen.

Zu Buchstabe f Doppelbuchstabe bb:

Das KHVVG gibt die Beauftragung des MD für die Prüfung der Leistungsgruppenvoraussetzungen vor. Für dieses Verfahren reicht die MD-Datenbank nach Kenntnis der Länder allerdings nicht aus. Jedoch ist eine digitale Beauftragung des MD und eine digitale Übermittlung der Gutachten des MD an die Landesplanungsbehörde im Gesetz nicht vorgesehen. Insofern steht zu befürchten, dass es durch die analoge Abwicklung dieses Prozesses zu weiteren Verzögerungen kommen wird. Das KHVVG muss daher um eine Regelung zu einer standardisierten und strukturierten (elektronischen) Schnittstelle zwischen Landesplanungsbehörden und MD ergänzt werden. Diese soll das automatisierte Beauftragen von MD-Gutachten und die automatisierte Übernahme der MD-Gutachten durch die Landesplanungsbehörde ermöglichen.