

07.11.25**Empfehlungen**
der Ausschüsse

G - Fz - K

zu **Punkt ...** der 1059. Sitzung des Bundesrates am 21. November 2025

**Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform
(Krankenhausreformanpassungsgesetz - KHAG)**Der **federführende Gesundheitsausschuss (G)**,der **Finanzausschuss (Fz)** undder **Ausschuss für Kulturfragen (K)**

empfehlen dem Bundesrat, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

- G 1. Zu Artikel 1 Nummer 01 – neu – (§ 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und Nummer 1 a – neu – SGB V)

Vor Artikel 1 Nummer 1 ist die folgende Nummer 01 einzufügen:

,01. § 60 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 1 wird nach der Angabe „wohnortnahes Krankenhaus“ die Angabe „oder bei einer Verlegung in einen sektorenübergreifenden Versorger gemäß § 115g SGB V,“ eingefügt.
- b) Nach Nummer 1 wird die folgende Nummer 1a eingefügt:
 - „1a. bei Fahrten von Versicherten in eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung zur Übergangspflege nach § 39e,“

...

Begründung:

Eine zentrale Aufgabe der SüV soll in der wohnortnahen Weiterbehandlung von Patientinnen und Patienten nach einer Erstversorgung in einem Krankenhaus einer höheren Versorgungsstufe liegen. Dafür ist sicherzustellen, dass sogenannte „Abwärtsverlegungen“ gesetzlich ausdrücklich zugelassen und eindeutig geregelt werden. Darüber hinaus bedarf es einer Klarstellung, dass die Transportkosten für derartige Verlegungen oder notwendige Fahrten nicht bereits durch die DRG-Erlöse oder Tagesentgelte abgegolten sind.

G 2. Zu Artikel 1 Nummer 2a – neu – (§ 115g SGB V)

Nach Artikel 1 Nummer 2 ist die folgende Nummer 2a einzufügen:

„2a. § 115g wird durch den folgenden § 115g ersetzt:

„§ 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 können stationäre Leistungen erbringen, soweit sie von der Vereinbarung nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 umfasst und die Anforderungen nach Absatz 4 Satz 1 Num-

mer 4 erfüllt sind, einschließlich belegärztlicher Leistungen, in dem durch den Versorgungsauftrag des Landes bestimmten Umfang. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können die in Satz 1 Nummer 3, 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 sicher. Im Fall eines stationären Leistungsangebotes ist dies grundsätzlich auch durch Rufbereitschaft oder Bereitschaftsdienst möglich.

(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, sofern sie stationäre Leistungen anbieten,
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 bzw. dürfen. Die nach dem Entwurf des Bundesgesundheitsministeriums möglichen ambulanten Leistungen gehen zudem kaum über das hinaus, was bislang schon möglich ist. Ob mit dem in sektorenübergreifenden Einrichtungen zulässigen Versorgungsangebot und den not-

wendigen 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 (SÜV) 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 einen effizienten Ressourceneinsatz 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 Absatz 1:

Die medizinisch-pflegerische Versorgung nach § 115h SGB V ist als neuer sektorenübergreifender Leistungsbestandteil aufzunehmen. Es gibt eine wachsende Zahl von Patientinnen und Patienten, die ambulant behandelt werden könnte, bei denen jedoch der Gesamtzustand oder eine soziale Indikation einen stationären Aufenthalt mit medizinisch-pflegerischer Versorgung notwendig machen, etwa im Fall hochaltriger, alleinlebender Personen, auf Grund der individuellen Verfassung, der persönlichen Lebenssituation oder wegen bestehender Vor- oder Begleiterkrankungen. Dies erscheint durch die bestehenden Leistungen (Kurzzeit-/Übergangspflege) nicht ausreichend abgedeckt. Übergangspflege nach § 39e SGB V ist beschränkt auf Fälle „im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung für längstens zehn Tage“. Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit nach § 39c SGB V setzt voraus, dass Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 1a SGB V bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit nicht ausreichend ist. Daher erscheint es angezeigt, medizinisch-pflegerische Versorgung an SÜV gesetzlich zu normieren. Die medizinisch-pflegerische Versorgung an SÜV ist durch Vertragsärzte zu verordnen oder durch Krankenhäuser zu veranlassen. Die ärztlichen Leistungen der medizinisch-pflegerischen Versorgung an SÜV könnten dabei auch von Vertragsärzten, mit denen die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen hat, erbracht werden. Dies ermöglicht für diese Patientengruppe eine bedarfsangepasste und wirtschaftliche Versorgung. Das trägt auch dazu bei, Fehlinsprachnahmen von Rettungsdiensten und Notaufnahmen sowie nicht bedarfsangepasste stationäre Aufnahmen in anderen Krankenhäusern, zu denen es aufgrund ungedeckter pflegerischer Bedarfe kommt, zu verhindern.

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

Zu Absatz 2:

Die Regelung des Absatz 2 definiert die mindestens notwendige Verfügbarkeit der ärztlichen Leitung und des ärztlichen Personals solcher Einrichtungen für die Nacht und an Wochenenden als Rufbereitschaft oder Bereitschaftsdienst, sofern sie stationäre Leistungen anbieten. Im Fall von ausschließlich pflegerischen, medizinisch-pflegerischen und ambulanten Leistungen entfällt die Notwendigkeit dazu. Diese Klarstellung ist erforderlich, um Rechtssicherheit für entsprechende Einrichtungen zu schaffen und entsprechende Transformationen anzustoßen. Auch wenn der SÜV 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. Personalvorgaben sollten an das entsprechende Leistungsspektrum angeglichen werden. 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 von SÜV.

Zu Absatz 3:

Die strikte Trennung der Leistungserbringung 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 von SÜV 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.

Den SÜV 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 sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen und ermöglicht bedarfsgerechte Versorgungsangebote flexibel vor Ort zu schaffen.

Zu Absatz 4:

Absatz 4 regelt das Verfahren zur Bestimmung, welche Leistungen in einer SÜV 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 ein entsprechendes Konzept vorschlagen und das Bundesministerium für Gesundheit mit Zustimmung des Bundesrates eine Rechtsverordnung über die wesentlichen Anforderungen an SÜV erlässt.

G 3. Zu Artikel 1 Nummer 2a – neu – (§ 115h SGB V)

Nach Artikel 1 Nummer 2 ist die folgende Nummer 2a einzufügen:

„2a. 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 durch 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: Datum ein Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes] 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 (SÜV) 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 (oftmals alleinstehenden) Patientinnen und Patienten der ärztliche Behandlungsbedarf mit der Notwendigkeit einer pflegerischen Begleitung oder Überwachung einher, sodass die Versorgung nicht ausschließlich ambulant erfolgen kann. Diese Fälle sind durch die bestehenden Leistungen (Übergangs- bzw. Kurzzeitpflege) nicht ausreichend abgedeckt. Übergangspflege nach § 39e SGB V ist beschränkt auf Fälle „im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung für längstens zehn Tage“. Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit nach § 39c SGB V setzt voraus, dass Leistungen der häuslichen Kran-

kenpflege nach § 37 Absatz 1a SGB V bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit nicht ausreichend sind. Damit wird die oben genannte Patientengruppe oftmals nicht eingeschlossen. Daher erscheint es angezeigt, medizinisch-pflegerische Versorgung an SÜV gesetzlich zu normieren. Die medizinisch-pflegerische Versorgung an SÜV ist durch Vertragsärzte zu verordnen oder durch Krankenhäuser zu veranlassen. Die ärztlichen Leistungen der medizinisch-pflegerischen Versorgung an SÜV könnten dabei auch von Vertragsärzten, mit denen die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen hat, erbracht werden. Die medizinisch-pflegerische Versorgung trägt somit auch zur Vermeidung eines typischen Szenarios bei, dass Patienten aufgrund fehlender Versorgung wieder über die Notaufnahme in regulären Krankenhäusern aufgenommen werden, dort höhere Kosten verursachen sowie das dortige Personal und Betten binden. Die medizinisch-pflegerische Versorgung hat insofern auch das Potenzial reguläre Krankenhäuser zu entlasten.

Sie stärkt in dem 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 SÜV als Plankrankenhäuser finanzielle Mittel im Rahmen der Investitionskostenförderung von den Ländern. Andererseits werden mit der Bestimmung eines konkreten Versorgungsumfangs der medizinisch-pflegerischen Versorgung krankenhauplanerische Aspekte tangiert. Die Länder müssen daher auch mitbestimmen können, 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 krankenhauplanerisch sinnvoll, um deren Expertise über die Versorgungsstrukturen einzubeziehen.

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

G 4. Zu Artikel 1 (§ 115g SGB V)

Der Bundesrat bedauert, dass der Gesetzentwurf keine Anpassungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen für sektorenübergreifende Versorger (SÜV) gemäß § 115g SGB V vorsieht.

Die Einrichtung solcher Versorgungsformen stellt einen wesentlichen Bestandteil der Krankenhausreform dar, deren Erfolgsfaktoren bislang jedoch unzureichend berücksichtigt wurden.

Erfahrungen mit vergleichbaren Modellen zeigen sowohl das erhebliche Potenzial als auch die Herausforderungen sektorenübergreifender Versorgung auf.

Der Bundesrat bittet daher, im weiteren Gesetzgebungsverfahren geeignete Rahmenbedingungen für sektorenübergreifende Versorger zu schaffen, um die Erfolgchancen dieses Versorgungsmodells nachhaltig zu sichern.

Begründung:

Im Zuge der Krankenhausreform werden voraussichtlich zahlreiche kleinere Krankenhäuser in die Struktur sektorenübergreifender Versorger überführt werden müssen oder andernfalls aus der Versorgung ausscheiden, weil sie die Anforderungen der Leistungsgruppen nicht erfüllen können.

Damit die Umwandlung in sektorenübergreifende Versorger gelingt, die maßgeblich zur Versorgungssicherung in ländlichen Regionen beitragen kann, ist die Schaffung eines tragfähigen bundesweiten Rahmens erforderlich.

Ein nicht gelingender Übergang birgt erhebliche Risiken: Leerstand und Verfall bislang geförderter Klinikstandorte, Verlust medizinischer Infrastruktur insbesondere in ländlichen Regionen, Verfehlen der Ziele einer integrierten Versorgung sowie einen Vertrauensverlust bei Kommunen und Bevölkerung.

Zur Vermeidung dieser Entwicklungen ist es angezeigt,

- unrealistisch hohe oder kurzfristig nicht erfüllbarer Mindestanforderungen zu vermeiden,
- die Länder aktiv an der Ausgestaltung zu beteiligen und
- in der Anlaufphase eine umfassende finanzielle Unterstützung sicherzustellen.

Dies ist insbesondere erforderlich, um die Anlaufphase mit zunächst begrenztem Fallaufkommen bei gleichzeitig bereits vorzuhaltenden Personalkapazitäten in einer für Patientinnen und Patienten sowie Einweiser noch neuen Versorgungsform zu bewältigen.

Darüber hinaus sollten gesetzliche Regelungen geschaffen werden, die eine ausreichende stationäre Auslastung in sektorenübergreifenden Versorgern ermöglichen. Erforderlich sind zudem ein flexibles Leistungsspektrum sowie realistische Qualitäts- und Personalstandards.

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

Nach Artikel 1 Nummer 2 ist die folgende Nummer 2a einzufügen:

„2a. § 116a wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 2 wird durch den folgenden Absatz 2 ersetzt:

„(2) Der Zulassungsausschuss muss sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 115g Absatz 1 sowie Krankenhäuser,

soweit ihre Standorte in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen sind, in Planungsbereichen, in denen für die hausärztliche Versorgung und für die fachärztliche Versorgung keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf deren Antrag, mit Zustimmung der zuständigen Krankenhausplanungsbehörde, zur jeweiligen Versorgung ermächtigen.“

- b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 1 wird gestrichen.
 - bb) In Satz 3 wird nach der Angabe „ist“ die Angabe „mit Zustimmung der zuständigen Krankenhausplanungsbehörde“ eingefügt.

Begründung:

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nehmen eine zentrale Rolle in einer vernetzten, interdisziplinären Primärversorgung 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.

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 zukunftsichere 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 an der fachärztlichen Versorgung kann die Patientenversorgung durch kürzere Wartezeiten und leichtere Steuerung der Patientenwege verbessern. Die Ermächtigung 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. Diese verpflichtende Zulassung, unter oben genannten Bedingungen, stellt einen wichtigen Fortschritt der sektorenübergreifenden Versorgung dar.

G 6. Zu Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe b (§ 135d Absatz 4 Satz 3 Nummer 3 und Satz 8 SGB V)

Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe b § 135d Absatz 4 ist wie folgt zu ändern:

a) Satz 3 Nummer 3 ist durch die folgende Nummer 3 zu ersetzen:

„3. sofern der Krankenhausstandort Plankrankenhaus ist, im Krankenhausplan des jeweiligen Landes als Fachkrankenhaus ausgewiesen ist,“

b) Satz 8 ist zu streichen.

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Fachkrankenhäuser sind vielfach landesspezifischen Strukturen und historischen Entwicklungen unterworfen, die eine bundeseinheitliche Definition schwierig machen. Die nunmehr im Gesetzentwurf vorgesehene Definition trägt diesem Umstand zwar Rechnung, indem auf die quantitativen Vorgaben und den Ausschluss von Spezialisierungen in den Leistungsgruppen Nummer 1 (Allgemeine Innere Medizin) und Nummer 14 (Allgemeine Chirurgie) verzichtet wird.

Die Definition bildet aber dennoch nicht die tatsächliche und rechtliche Versorgungsrealität ab. Durch das Erfordernis, dass ein Krankenhaus nach landesrechtlichen Vorschriften als Fachkrankenhaus ausgewiesen wurde, werden Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben von der Versorgungsstufe „Level F“ pauschal ausgenommen, ohne dass hierfür ein nachvollziehbarer Grund besteht. Denn soweit in den Ländern ausschließlich Plankrankenhäuser im Krankenhausplan ausgewiesen werden, können nur solche Krankenhäuser den landesrechtlichen Status „Fachkrankenhaus“ erlangen. Allerdings existieren auch entsprechend spezialisierte Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag oder Krankenhäuser, die sowohl teilweise Plankrankenhaus als auch Versorgungsvertragskrankenhaus sind. Daher darf die Ausweisung als Fachkrankenhaus nur vorgesehen werden, sofern und soweit es sich um Plankrankenhäuser handelt.

Zu Buchstabe b:

Die Streichung von § 135d Absatz 4 Satz 8 SGB V-E ist erforderlich, da die Definition des Level F ohne Bezugnahme auf konkrete Leistungsgruppen erfolgt und mit der Zuordnung des Levels F die Krankenhausplanungsbehörde des jeweiligen Landes zudem bereits eine planerische Aussage über die Erbringung eines relevanten Versorgungsanteils vornimmt. Ein Ausschluss bestimmter Standorte durch die Bundesregierung, weil diese im bundesweiten Vergleich wenig Behandlungsfälle in der Leistungsgruppe erbracht haben, würde dieser Level F-Definition zuwiderlaufen. Sollte sich Satz 8 entgegen seiner systematischen Stellung und des Sachzusammenhangs demgegenüber lediglich auf Leistungsgruppen beziehen, die für die Zuordnung nach Satz 2 Nummern 1 bis 4 (Level 1n bis 3U) maßgeblich sind, wäre die Regelung in Satz 8 falsch verortet. In diesem Fall wäre die Regelung als neuer Satz 3 vor den Regelungen zum Level F zu verorten.

G 7. Zu Artikel 1 Nummer 3 (§ 135d SGB V)

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren – ungeachtet möglicher Änderungsmaßgaben – die vollständige Abschaffung des in § 135d normierten Bundesklinikatlasses zu prüfen.

Begründung:

Der Bundesklinikatlas bietet weder umfassende qualitätsbezogene Informationen, noch schafft er Transparenz, sondern verunsichert Patientinnen und Patienten und droht, gefährliche Fehlleitungen der Patientenströme zu verursachen. Damit verfehlt der Bundesklinikatlas seinen selbst gesetzten Anspruch an Transparenz und Information.

Überdies stehen Patientinnen und Patienten bereits andere Kliniksuchmaschinen zur Verfügung, die mit geringerem Kostenaufwand eine effektive Patientensteuerung gewährleisten können.

Zugleich erzeugt der Bundesklinikatlas für die Krankenhäuser durch die im Zuge seiner Schaffung neu etablierten Datenlieferverpflichtungen in § 21 KHEntgG, insbesondere in § 21 Absatz 7 KHEntgG, einen hohen bürokratischen Aufwand. Die zugehörigen Meldeverpflichtungen gilt es im Zuge des dringend notwendigen Bürokratieabbaus ebenfalls zu streichen.

- G 8. Zu Artikel 1 Nummer 4 (§ 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 und Nummer 6 Buchstabe e und Satz 3 SGB V), Artikel 3 Nummer 8 Buchstabe a (§ 8 Absatz 4 Satz 4 KHEntgG)
- a) Artikel 1 Nummer 4 § 135e Absatz 4 ist wie folgt zu ändern:
 - aa) Satz 1 Nummer 4 und Nummer 6 Buchstabe e sind zu streichen.
 - bb) Satz 3 ist zu streichen.
 - b) In Artikel 3 Nummer 8 Buchstabe a § 8 Absatz 4 Satz 4 ist nach der Angabe „dürfen“ die Angabe „ , soweit Leistungen betroffen sind, die nach Fallpauschalen vergütet werden,“ einzufügen.

Begründung:

Die im Gesetzentwurf enthaltene Klarstellung, dass teilstationäre Einrichtungen und Besondere Einrichtungen die Leistungsgruppenvoraussetzungen zu erfüllen haben, obwohl sie keine Vorhaltevergütung erhalten, ist abzulehnen. Die gesamte Leistungsgruppensystematik ist darauf zugeschnitten, die DRG-Vergütung zu verringern und an die Stelle der wegfallenden DRG-Vergütungsanteile eine sogenannte Vorhaltevergütung zu setzen. Besondere Einrichtungen und teilstationäre Einrichtungen werden jedoch in der Regel nicht nach DRG's vergütet. Ihre Einbeziehung in die Krankenhausreform ist daher nicht sachgerecht. Dies gilt in besonderem Maße für die „Besonderen Einrichtungen“, die aus medizinischen Gründen oder aus Gründen der Versorgungsstruktur aus dem DRG-System ausgenommen werden, weshalb aber auch die auf den Regelfall abgestimmten Qualitätsvorgaben der Leistungsgruppen nicht unesehen herangezogen werden dürfen. Auch mit Blick auf Tageskliniken ist es weder sachgerecht noch praxistauglich, wenn, auch unter der Einschränkung der Betriebszeiten oder erweiterte Kooperationsmöglichkeit bei Leistungsgruppenvoraussetzungen, identische Anforderungen an die teilstationäre wie an die vollstationäre Versorgung gestellt werden.

In gleicher Weise gilt die Problematik für sektorenübergreifende Versorger, deren Entgelte ebenfalls gemäß dem Wortlaut in § 8 Absatz 4 Satz 4 KHEntgG-E die Zuweisung der entsprechenden Leistungsgruppe voraussetzen, auch wenn nach den gesetzlichen Vorgaben hierfür spezifische Leistungsbereiche und Qualitätsanforderungen auf Selbstverwaltungsebene zu vereinbaren sind. Die Verknüpfung der Abrechnung von Entgelten mit der Zuweisung von Leistungsgruppen läuft angesichts eigens dafür vorgesehener Qualitätsvorgaben dem Sinn und Zweck sektorenübergreifender Versorger, die Aufrechterhaltung einer qualitätsgesicherten medizinischen Grundversorgung auch in struktur- und bevölkerungsschwachen Regionen sicherzustellen, entgegen.

G 9. Zu Artikel 1 Nummer 4 (§ 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 6 Buchstabe d SGB V)

Artikel 1 Nummer 4 § 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 6 Buchstabe d ist durch den folgenden Buchstaben d zu ersetzen:

- ,d) in Fällen, in denen das Krankenhaus eine Versorgung durch Belegärzte vorsieht und der Versorgungsauftrag durch die zuständige Landesbehörde auf definierte Leistungen als Teilmenge der zugewiesenen Leistungsgruppe eingeschränkt wird, ist abweichend von den Mindestanforderungen im Anforderungsbereich „Personelle Ausstattung“ ein Vollzeitäquivalent ausreichend, wobei dem Vollzeitäquivalent in Buchstabe a ein voller vertragsärztlicher Versorgungsauftrag entspricht; die in den Buchstaben b und c festgelegten Kriterien gelten entsprechend und‘

Begründung:

Anders als in der Begründung zum Gesetzentwurf dargestellt, wird durch die Regelung zur belegärztlichen Versorgung diese nicht weiterhin ermöglicht, sondern würde z. B. in Mecklenburg-Vorpommern dazu führen, dass es keine belegärztliche Versorgung in Krankenhäusern mehr gibt. Aufgrund der geringen Anzahl von Fachärzten z. B. in Mecklenburg-Vorpommern wäre die Vorhaltung von Belegärzten im Umfang von drei vollen vertragsärztlichen Versorgungsaufträgen für eine Belegabteilung unmöglich zu erbringen. Belegärzte z. B. in Mecklenburg-Vorpommern erbringen ausgewählte Leistungen an Krankenhäusern – insbesondere in den Bereichen Urologie, Augenheilkunde und HNO – die nicht dem vollen Versorgungsspektrum der jeweiligen Leistungsgruppe entsprechen. Insofern wird vorgeschlagen, dass auch die Vorhaltung von einem Belegarzt ausreicht, wenn die Krankenhausplanungsbehörde den Versorgungsauftrag eng definiert und nur für einige ausgewählte Leistungen zulässt. Auf diese Weise bleibt ein wichtiges Angebot für die Bevölkerung für diese Leistungen erhalten.

G 10. Zu Artikel 1 Nummer 4 (§ 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 6 Buchstabe c SGB V)

In Artikel 1 Nummer 4 §135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 6 Buchstabe c ist die Angabe „drei“ durch die Angabe „fünf“ zu ersetzen.

Begründung

Fachärztinnen und Fachärzte können weiterhin lediglich für drei Leistungsgruppen berücksichtigt werden.

Allerdings ist die Regelung entfallen, dass Ärztinnen und Ärzte, die in den LG 1 „Innere Medizin“ und LG 14 „Allgemeine Chirurgie“ berücksichtigt werden, für keine andere Leistungsgruppe eingesetzt werden können. Diese Regelung ist zu begrüßen und verschafft den Krankenhäusern, insbesondere kleineren Krankenhäusern, mehr Flexibilität bei der Verteilung der Fachärztinnen und Fachärzte auf die beantragten Leistungsgruppen.

Die Länder benötigen darüber hinaus eine Erhöhung der Anrechenbarkeit von drei auf fünf Leistungsgruppen. Das wäre insbesondere für die Leistungsbereiche „Orthopädie“ sowie „Frauenheilkunde“ sachgerecht und hilfreich, um die Erfüllung der Anforderungen in kleineren Krankenhäusern zu ermöglichen und damit die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung zu gewährleisten.

Zu Artikel 1 Nummer 4 (§ 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 7 Buchstabe a und Buchstabe c SGB V)

Artikel 1 Nummer 4 § 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 7 ist wie folgt zu ändern:

- G 11. a) In Buchstabe a ist die Angabe „ist,“ durch die Angabe „ist oder“ zu ersetzen.
- G 12. b) In Buchstabe c ist die Angabe „2 000 Meter“ durch die Angabe „5 000 Meter“ zu ersetzen.“

Begründung:Zu Buchstabe a:

Es ist eine Klarstellung im Gesetzestext vorzunehmen, dass die aufgezählten Voraussetzungen für Kooperationen und Verbünde alternativ und nicht kumulativ erfüllt werden können. Aus der Gesetzesbegründung ergibt sich dies nicht ohne Weiteres. Die geltende Regelung in § 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 8 SGB V geht davon aus, dass entweder die Erfüllung in Kooperation in dem jeweiligen Qualitätskriterium vorgesehen oder dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich sein muss. Dies muss auch im KHAG deutlich bleiben.

Zu Buchstabe b:

Durch die Begrenzung der Standortdefinition auf einen Radius von 2 000 Metern wird die Planungshoheit der Krankenhausplanungsbehörde eingeschränkt. Für mehrere Krankenhausstandorte wurden in der Vergangenheit eigene aus medizinischen oder wirtschaftlichen Gründen sinnvolle Aufteilungen von Res-

sources und Kooperationen entwickelt, die von der vorgegebenen Grenze von 2 000 Metern nicht abgedeckt werden. Krankenhäuser desselben Trägers bestehen zudem vereinzelt bereits aus historisch gewachsenen und städtebaulichen Gründen aus mehreren Gebäuden, die mehr als 2 000 Meter voneinander entfernt sind. Die Standortdefinition hat erhebliche Auswirkungen auf die Erfüllung der Qualitätsvorgaben, da eine Erbringung und Vorhaltung von verwandten Leistungsgruppen an einem Standort verlangt werden. Konsequenz wäre hier, dass z. B. mehr Fachpersonal vorgehalten werden müsste und gegebenenfalls gewisse Leistungen nicht erbracht werden könnten. Auch die eingeschränkten Ausnahmemöglichkeiten lassen den Ländern in dieser Hinsicht keinen Spielraum, beispielsweise bereits bestehende Verbünde abzusichern. Daher ist eine Erhöhung des Radius auf 5 000 Meter zwingend notwendig und sachgerecht.

G 13. Zu Artikel 1 Nummer 5 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa – neu – (§ 135f Absatz 1 Satz 1 SGB V)

Artikel 1 Nummer 5 Buchstabe a ist durch den folgenden Buchstaben a zu ersetzen:

,a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 wird nach der Angabe „entspricht“ die Angabe „, 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“ eingefügt.
- bb) In Satz 5 wird < ... weiter wie Vorlage ... >‘

Begründung:

Es wird vorgeschlagen, dass eine Unterschreitung der Mindestvorhaltezahle im Rahmen von bis zu zehn Prozent unter der Voraussetzung einer positiven Prognose des Erreichens der Mindestvorhaltezahle nicht automatisch zu den Rechtsfolgen der Unterschreitung führt. Diese Regelung puffert Schwankungen ab und ermöglicht die Vorhaltung von Leistungsgruppen an Krankenhäusern, trotz (vorübergehend) unterschrittener Mindestvorhaltezahle.

Die in § 6b Absatz 2 KHEntgG-E vorgesehene Ausnahmemöglichkeit reicht im Übrigen nicht aus und ist – da jeweils entsprechende Bescheide zu erlassen sind – nicht praktikabel.

G 14. Zu Artikel 1 Nummer 5 Buchstabe b (§ 135f Absatz 4 Satz 3 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 5 Buchstabe b § 135f Absatz 4 Satz 3 ist die Angabe „12. Dezember“ durch die Angabe „31. März“ zu ersetzen.

Begründung:

Die aktuellen Vorgaben zu den Mindestvorhaltezahlen haben erhebliche Auswirkungen auf die Versorgungslandschaft, da sie mittelfristig zu einer verstärkten Leistungsverdichtung führen, indem die Krankenhäuser mit den hinsichtlich der Fallzahl unteren Perzentilwerten kontinuierlich aus der Versorgung gedrängt werden. Dies kann gerade in Flächenländern zu Verwerfungen führen. Daher und um den Planungsauftrag adäquat erfüllen zu können, müssen die Mindestvorhaltezahlen den Ländern und Krankenhäusern bei der Planung bekannt sein, sodass die Rechtsverordnung zu den Mindestvorhaltezahlen frühestmöglich, jedoch nicht später als zum 31. März 2026 zu erlassen ist, sodass sie bei der Umsetzung des im Frühjahr 2026 in Kraft tretenden KHAG bekannt ist.

G 15. Zu Artikel 1 Nummer 8a – neu – (§ 140 Absatz 1 Satz 3 – neu – SGB V) und Nummer 8b – neu – (§ 220 Absatz 1 Satz 3 SGB V)

Nach Artikel 1 Nummer 8 sind die folgenden Nummern 8a und 8b einzufügen:

„8a. Nach § 140 Absatz 1 Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:

„Soweit eine Eigeneinrichtung in der Rechtsform einer juristischen Person des Privatrechts betrieben wird, darf sie Darlehen aufnehmen.“

8b. In § 220 Absatz 1 Satz 3 wird nach der Angabe „Darlehensaufnahmen“ die Angabe „durch Krankenkassen“ eingefügt.“

Begründung:

Mit der Einfügung von § 140 Absatz 1 Satz 3 SGB V und der hiermit in Zusammenhang stehenden Änderung von § 220 Absatz 1 Satz 3 SGB V wird klargestellt, dass das Darlehensaufnahmeverbot des § 220 Absatz 1 Satz 2 SGB V nicht für Eigeneinrichtungen gilt, die durch juristische Personen des Privatrechts betrieben werden.

Krankenkassen ist gem. § 220 Absatz 1 Satz 2 SGB V die Aufnahme von Darlehen untersagt. Sie finanzieren sich ausschließlich durch Beiträge (einschließlich Zusatzbeiträgen) und sonstige Einnahmen (§ 220 Absatz 1 Satz 1 SGB V). Das Darlehensaufnahmeverbot soll einen fairen Wettbewerb der Krankenkassen untereinander sichern. Die Krankenkassen sollen sich insbesondere keinen

Wettbewerbsvorteil dadurch verschaffen können, dass sie einen Finanzbedarf durch Darlehensaufnahme statt durch Erhebung eines (höheren) Zusatzbeitragssatzes decken.

Für Eigeneinrichtungen, die durch juristische Personen des Privatrechts (insbesondere durch Gesellschaften mit beschränkter Haftung) betrieben werden (nachfolgend „rechtlich selbstständige Eigeneinrichtungen“), gilt das Darlehensaufnahmeverbot des § 220 Absatz 1 Satz 2 SGB V weder dem Wortlaut noch dem Sinn und Zweck der Vorschrift nach. Das Darlehen wird in diesem Fall von der rechtlich selbstständigen Eigeneinrichtung aufgenommen, nicht von der Krankenkasse. Die Haushalte der Krankenkasse einerseits und der rechtlich selbstständigen Eigeneinrichtung andererseits werden getrennt voneinander geführt.

Aufgrund dieser rechtlichen und wirtschaftlichen Unabhängigkeit von Eigeneinrichtungen im Sinne des § 140 SGB V, die in der Form einer juristischen Person des Privatrechts betrieben werden, und aufgrund ihrer Position im Wettbewerb mit Leistungserbringern, die keine Eigeneinrichtungen von Krankenkassen sind, werden Darlehensaufnahmen dieser Eigeneinrichtungen durch § 140 Absatz 1 Satz 3 SGB V zukünftig ausdrücklich erlaubt. Um die Rechtsanwendung zu erleichtern, wird zusätzlich klargestellt, dass die Genehmigungsmöglichkeit für Darlehensaufnahmen in § 220 Absatz 1 Satz 3 SGB V ausschließlich Darlehensaufnahmen durch Krankenkassen betrifft.

Durch die klarstellenden Änderungen wird sichergestellt, dass die Wettbewerbsbedingungen von bestandsgeschützten, rechtlich selbstständigen Eigeneinrichtungen denjenigen von Leistungserbringern in kommunaler, kirchlicher oder privater Trägerschaft entsprechen. Betroffene Einrichtungen erhalten mehr Planungs- und Rechtssicherheit bei der Aufnahme von Darlehen. Hierdurch wird ihnen die Möglichkeit verschafft, notwendige Investitionen zu tätigen und damit zu einer flächendeckenden, bedarfsgerechten und patientenorientierten stationären medizinischen Versorgung beizutragen. Gleichzeitig werden dadurch dringend notwendige Investitionen in eine zukunftsfähige und nachhaltige Krankenhauslandschaft ermöglicht.

K 16. Zu Artikel 1 Nummer 11 Buchstabe b (§ 275a Absatz 2 Satz 9 – neu – SGB V), Artikel 2 Nummer 2 (§ 6a Absatz 2 Satz 4 – neu – KHG)

a) Artikel 1 Nummer 11 Buchstabe b ist durch den folgenden Buchstaben b zu ersetzen:

,b) Absatz 2 Satz 7 und 8 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Prüfungen, die < ... weiter wie Vorlage Satz 7 und 8 ... > 31. Juli 2026 abzuschließen. Prüfungen des Medizinischen Dienstes, welche vor dem 8. Oktober 2025 durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde aufgrund der zu diesem Zeitpunkt

geltenden Rechtsgrundlage beauftragt wurden und bei denen die Erfüllung der zum Zeitpunkt der Prüfung geltenden Qualitätskriterien durch den Medizinischen Dienst bestätigt wird, gelten auch bei veränderten Qualitätskriterien für die vorgesehene Dauer fort.“ ‘

- b) Nach Artikel 2 Nummer 2 § 6a Absatz 2 Satz 3 ist der folgende Satz einzufügen:

„Der in Satz 1 genannte Nachweis kann auch durch ein positives Gutachten des Medizinischen Dienstes entsprechend der Regelung des § 275a Absatz 2 Satz 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfolgen.“

Begründung:

Zum Zeitpunkt des Beschlusses des Bundeskabinetts des Krankenhausreformsanpassungsgesetzes befanden sich die Länder in der aktiven Umsetzung der Krankenhausreform. Zum Teil wurde bereits der jeweilige Medizinische Dienst mit der Prüfung der Qualitätskriterien sowie der Erstellung von entsprechenden Gutachten beauftragt.

Auf Grund der derzeit gültigen Rechtslage wurden diese vom Medizinischen Dienst durchgeführt.

Mit den vorgesehenen Anpassungen der Qualitätskriterien wird eine Rechtsunsicherheit entstehen, wie mit positiven Gutachten des Medizinischen Dienstes nach bisherigen Kriterien umgegangen werden kann. Die hier vorgeschlagenen Änderungen lösen dieses Problem, indem sie eine Weitergeltung der positiven Gutachten vorgeben.

Mit der Regel wird nicht nur eine Rechtsunsicherheit aufgelöst, sondern auch ein weiterer Anstieg des Bürokratieaufwandes verhindert. Für die Prüfung der Qualitätskriterien ist ein aufwändiger Prozess vorgesehen, der auch die Anforderung, Analyse und Auswertung zahlreicher Dokumente umfasst. Ohne die Anpassung ist nicht auszuschließen, dass positive Gutachten durch die neuen Qualitätskriterien erneut erstellt werden müssten. Dies würde zu vermeidbarem Aufwand bei der für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde, dem Medizinischen Dienst und bei den Krankenhäusern führen.

G 17. Zu Artikel 1 Nummer 13 Buchstabe a (§ 283 Absatz 2 Satz 3 SGB V)

Artikel 1 Nummer 13 Buchstabe a ist zu streichen.

Begründung:

Die Möglichkeit des Medizinischen Dienstes Bund, Regelungen zu einheitlichen und digitalen Prozessen zur Umsetzung der Richtlinien zu treffen, greift

in die Grundsätze des Föderalismus, der Selbstverwaltung und der im Gesetz vorgesehenen Rolle des Medizinischen Dienstes Bund ein. Der Bundesgesetzgeber hat dem Medizinischen Dienst Bund bewusst koordinierende, nicht aber steuernde Aufgaben zugewiesen. Der Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste untereinander sowie mit den Kranken- und Pflegekassen und der einheitlichen Aufgabenwahrnehmung wird bereits über § 283 Absatz 1 SGB V ausreichend Rechnung getragen.

Der Vorschlag widerspricht dem Ziel des Bürokratieabbaus, da die Medizinischen Dienste der Länder die Digitalisierung ihrer Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche bereits mit hoher Priorität vorangetrieben und Prozesse stetig weiterentwickelt haben. Die Medizinischen Dienste haben bereits einen sehr hohen standardisierten Prozess- und Digitalisierungsgrad. Sie bieten den auftraggebenden Kranken- und Pflegekassen bzw. Leistungserbringern einheitliche (digitale) Standards zur Übermittlung und Kommunikation von Gutachten sowie Aufträgen. Mit der MD-X-Plattform wurde den Krankenhausplanungsbehörden der Länder auch im aktuellen Verfahren in kurzer Zeit eine einheitliche Digitalisierung für die Kommunikation im Rahmen der Leistungsgruppenprüfung über die MD-IT GmbH bereitgestellt. Die zentralen Begutachtungsprozesse werden einheitlich gelebt und mit „MDconnect“ eine einheitliche digitale Unterstützung der Begutachtung programmiert und betrieben.

Ein zusätzliches gesetzlich vorgegebenes Richtlinienwerk zur einheitlichen digitalen Umsetzung ist daher weder erforderlich noch geeignet, die Leistungsfähigkeit des Begutachtungsgeschehens zu stärken und insbesondere die digitale Entwicklung zu beschleunigen.

Des Weiteren benötigen die Medizinischen Dienste beim Einsatz und der Entwicklung von Prozess- und digitalen Lösungen in den Ländern einen gewissen eigenen Handlungsspielraum, um eine leistungsfähige Begutachtung in den Regionen entsprechend den mitunter besonderen Gegebenheiten sicherstellen zu können.

- G 18. Zu Artikel 1 Nummer 13 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb – neu – Dreifachbuchstabe aaa – neu –, Dreifachbuchstabe bbb – neu –, Dreifachbuchstabe ccc – neu – (§ 283 Absatz 2 Satz 3 Nummer 4, Nummer 5 und Nummer 6 – neu – SGB V)

Artikel 1 Nummer 13 Buchstabe a ist durch den folgenden Buchstaben a zu ersetzen:

,a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 2 wird < ... weiter wie Vorlage ... >

bb) Satz 3 wird wie folgt geändert:

aaa) In Nummer 4 wird die Angabe „Bundesebene und“ durch die

Angabe „Bundesebene,“ ersetzt.

bbb) In Nummer 5 wird die Angabe „Informationsfreiheit.“ durch die Angabe „Informationsfreiheit sowie“ ersetzt.

ccc) Nach Nummer 5 wird die folgende Nummer 6 eingefügt:

„6. den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden.“ ‘

Begründung:

Bei der unter § 283 Absatz 2 Satz 2 SGB V aufgeführten Richtlinie handelt es sich um die Richtlinie zur Prüfung der Erfüllung von Qualitätskriterien der Leistungsgruppen und OPS-Strukturmerkmalen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 SGB V (LOPSRL), die die Basis für das durch die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden zu beauftragende Leistungsgruppen-Prüfverfahren darstellt.

In den in dem folgenden Satz 3 aufgelisteten Stellen, denen der Medizinische Dienst Bund Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben hat, soweit sie von der jeweiligen Richtlinie betroffen sind, fehlen die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, obwohl sie als beauftragende Stelle für die oben genannte Prüfung (MD-Gutachten) fungieren.

Die aktuell schon gelebte Praxis, in der der MD Bund die Krankenhausplanungsbehörden in das Stellungnahmeverfahren bereits einbezieht, sollte sich auch in der entsprechenden gesetzlichen Grundlage abbilden.

K 19. Zu Artikel 1 Nummer 14 Buchstabe a Doppelbuchstabe cc – neu – (§ 427 Satz 1 Nummer 4 Buchstabe c SGB V)

Artikel 1 Nummer 14 Buchstabe a Doppelbuchstabe cc ist durch den folgenden Doppelbuchstaben cc zu ersetzen:

,cc) Nummer 4 wird wie folgt geändert:

aaa) In Buchstabe c wird die Angabe „Krankenkassen und“ durch die Angabe „Krankenkassen unter Berücksichtigung der notwendigen Höhe der Vorhaltefinanzierung für eine auskömmliche Finanzierung der Krankenhäuser untergliedert nach Versorgungsstufen der Krankenhäuser und“ ersetzt.

bbb) In Buchstabe d < ... weiter wie Vorlage Doppelbuchstabe cc ...>‘

Begründung:

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 bzw. keine auskömmliche Finanzierung, ist eine Überprüfung der gewählten Höhe notwendig. Diese Änderung entspricht zudem dem Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD (siehe Zeile 2482 f.), wonach sich die Vorhaltepauschalen für die Universitätsmedizin an den realen Kosten orientieren sollen. Dies macht eine gesonderte Analyse der Vorhaltepauschalen anhand der Versorgungsstufen notwendig. Aus diesen Gründen wird der Evaluationsauftrag auf diesen Aspekt hin ausgeweitet.

G 20. Zu Artikel 1 allgemein

Der Bundesrat fordert die Einführung einer zusätzlichen Leistungsgruppe (LG) für „Neugeborene in Geburtskliniken“ (Versorgungsstufe IV der perinatalogischen Versorgung gemäß der Richtlinie für Früh- und Reifgeborene des Gemeinsamen Bundesausschusses), um finanzielle Nachteile für diese Kliniken zu vermeiden.

Begründung:

Bei einer stationären Entbindung wird grundsätzlich für das Neugeborene und die Mutter eine eigenständige DRG abgerechnet. Dies ergibt sich aus den Vorgaben der Abrechnungsbestimmungen auf Bundesebene.

In der Leistungsgruppensystematik bedeutet dies, dass DRGs die die stationären Leistungen für Mütter abbilden in die LG 42 „Geburten“ gegroupt werden und die für Neugeborene entweder in die LG 43 Perinataler Schwerpunkt, LG 44 Perinatalzentrum Level 1 oder in die LG 45 Perinatalzentrum Level 2. Aufgrund der aktuellen Grouper- und Leistungsgruppensystematik werden die DRGs der Leistungen der Geburtshilfe (Level 4) ebenfalls und fälschlicherweise der LG Perinataler Schwerpunkt (Level 3) zugeordnet, da keine separate Leistungsgruppe für „Neugeborene in Geburtskliniken“ existiert. Diese Problematik wird auch seitens des InEK eingeräumt. Da reine Geburtskliniken jedoch nicht die im Rahmen des vom Gesetzentwurf geforderten qualitativen Anforderungen in sachlicher und personeller Hinsicht erfüllen, kann die Leistungsgruppe Perinataler Schwerpunkt (Level 3) nicht zugewiesen werden. Dies führt in letzter Konsequenz dazu, dass Geburtskliniken die Möglichkeit fehlt diese DRGs abzurechnen, was in jedem Einzelfall zu einem erheblichen Wegfall von Erlösen führt. Dieser systemische Fehler ist durch Einführung einer Leistungsgruppe „Neugeborene in Geburtskliniken“ zu beheben.

Zu Artikel 2 Nummer 1 Buchstabe a – neu – (§ 2a Absatz 1 Satz 2 KHG),
Buchstabe c – neu – (§ 2a Absatz 4a – neu – KHG)

Artikel 2 Nummer 1 ist durch die folgende Nummer 1 zu ersetzen:

,1. § 2a wird wie folgt geändert:

- G 21. a) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „2 000 Meter“ durch die Angabe „5 000 Meter“ ersetzt.

- G 22. b) Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:

< ... weiter wie Vorlage ... >

- c) Nach Absatz 4 wird der folgende Absatz 4a eingefügt:

„(4a) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann für Krankenhausstandorte einen größeren als den in Absatz 1 Satz 2 genannten Abstand zulassen, wenn nach den Umständen des Einzelfalls keine Qualitätseinbußen zu befürchten sind.“ ‘

Begründung:

Die Standortdefinition besagt, dass ein Krankenhausstandort ein Gebäude oder ein zusammenhängender Gebäudekomplex eines Krankenhausträgers ist. Ein Standort kann auch aus mehreren Gebäuden eines Krankenhausträgers bestehen, sofern der Abstand zwischen den am weitesten entfernten Gebäudepunkten nicht mehr als 2 000 Meter Luftlinie beträgt.

Diese Regel hat sich bereits in der Vergangenheit nicht bewährt und ist Einzelfällen nicht sachgerecht. Krankenhäuser bestehen vereinzelt aus historisch gewachsenen und städtebaulichen Gründen aus mehreren Gebäuden, die mehr als 2 000 Meter voneinander entfernt sind. Benachteiligt werden insbesondere auch große Krankenhäuser und Universitätskliniken, die aufgrund der begrenzten zusammenhängenden Flächen innerhalb einer Stadt ihre Versorgung auf mehrere räumlich getrennten Standorte verteilen müssen.

Die Regelung hat erhebliche Auswirkungen auf die Qualitätsvorgaben. So muss z. B. mehr ärztliches Personal vorgehalten werden, gegebenenfalls können gewisse Leistungen nicht erbracht werden, da eine Erbringung an einem Standort verlangt wird.

Die starre Regelung führt zu erhöhter Bürokratie und erschwert die notwendige Konzentration und Strukturveränderungen, die für Qualitätsverbesserungen und Kosteneinsparungen im Krankenhauswesen dringend erforderlich sind.

Gleichzeitig wird durch die Anforderung kein wesentlicher Gewinn an Qualität in der Versorgung erzielt.

Die Begrenzung auf einen Abstand von 2 000 Meter kann zudem vor dem Hintergrund der Dritten Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, in der ein Abstand von 5 000 Meter vorgeschlagen wurde, nicht nachvollzogen werden.

G 23. Zu Artikel 2 Nummer 1 (§ 2a Absatz 4 KHG)*

Entfällt
bei An-
nahme
von
Ziffer 22

Artikel 2 Nummer 1 ist durch die folgende Nummer 1 zu ersetzen:

,1. § 2a Absatz 4 wird durch den folgenden Absatz 4 ersetzt:

„(4) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen für Krankenhausstandorte einen größeren als den in Absatz 1 Satz 2 genannten Abstand zulassen, wenn nach den Umständen des Einzelfalls keine Qualitätseinbußen zu befürchten sind.“ ‘

Begründung:

Die aktuelle Standortdefinition wird grundsätzlich anerkannt. Allerdings führt die aktuelle Regelung in einigen wenigen Fällen wie z. B. in Berlin bzgl. der Universitätsklinik Charité nicht zu sachgerechten Lösungen. Auch in anderen Ländern werden gewachsene Krankenhausträgerstrukturen, die für die Versorgung unerlässlich sind, nicht ausreichend berücksichtigt.

Deshalb sollten die Länder mehr Flexibilität erhalten, um im Einzelfall von der bestehenden Standortregelung abweichen zu können. Eine Entscheidung auf Landesebene, in Zusammenarbeit mit den Kostenträgern, ist oft besser geeignet, lokale Bedürfnisse zu berücksichtigen, als eine bundesweite Regelung oder ein Schiedsstellenverfahren.

Eine pauschale Ausweitung der reinen Vorgaben z. B. auf 5 000 m statt 2 000 m würde in diesem Fall zu keiner Lösung führen. Vielmehr würden hier z. B. im Ballungsgebiet einige Einrichtungen in den Anwendungsbereich einer Ausnahme Regelung fallen, für die die Länder überhaupt keine Ausnahme vorsehen wollen.

Vor diesem Hintergrund soll den Landesplanungsbehörden im Einzelfall die Möglichkeit eröffnet werden, von der Standortdefinition abweichen zu können.

Zur Aufrechterhaltung einer sinnvollen medizinischen Versorgung benötigen die Länder in diesen Fällen dringend mehr Spielraum. Die Entscheidung durch

* Im G als Hilfsempfehlung zu Ziffer 22 beschlossen.

das Land im Benehmen mit den Kostenträgern ist zielführender als die Beratung in der Selbstverwaltung auf Bundesebene, da im Bundesland die örtlichen Bedarfe besser bewertet werden können. Ein Schiedsstellen-Verfahren auf Bundesebene führt in der Sache dann ebenfalls nicht weiter.

G 24. Zu Artikel 2 Nummer 2 (§ 6a Absatz 4 Satz 1 und Satz 6 KHG)

Artikel 2 Nummer 2 § 6a Absatz 4 ist wie folgt zu ändern:

- a) In Satz 1 ist die Angabe „im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen“ zu streichen.
- b) Satz 6 ist zu streichen.

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Die Entscheidung für eine höchstens auf drei Jahre zu befristende Ausnahmegenehmigung hat im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zu erfolgen. Das Einvernehmenserfordernis kommt einem Vetorecht gleich, durch das erheblicher Einfluss auf Entscheidungen der Landeskrankenhausplanung genommen werden kann. Ein derartiges Vetorecht ist im Krankenhausplanungsrecht nicht vorgesehen. Auch die Begründung zum Gesetzentwurf überzeugt in dieser Hinsicht nicht, da der Wirkzusammenhang zwischen krankenhauserplanerischer Entscheidung und vergütungsrechtlicher Folgewirkung dem Grunde nach auf jede Entscheidung der Landeskrankenhausplanung anzuwenden ist. Hinzu kommt, dass eine Ausnahmegenehmigung im Falle von Nicht-Sicherstellungskrankenhäusern maximal für drei Jahre erteilt werden kann und bei Ausnahmetatbeständen mit Fortführungsprognose (§ 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 und Nummer 3 KHG) mit der Verpflichtung zur Qualitätssteigerung verknüpft ist. Hierdurch wird der in der Begründung zum Gesetzentwurf angeführte Wirkzusammenhang zeitlich stark abgeschwächt und das Eigeninteresse der Länder gestärkt, Ausnahmegenehmigungen nur für Fallkonstellationen mit einer positiven Fortführungsprognose zu erteilen. Die bestehende Regelung nach § 7 Absatz 1 Satz 2 KHG, nach der im Kontext von Krankenhausplanung und Investitionsförderung das Einvernehmen mit den unmittelbar Beteiligten, zu denen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zweifelsfrei zählen, anzustreben ist, gilt hiervon unabhängig. Einer gesonderten und abweichenden Regelung in § 6a Absatz 4 KHG bedarf es daher nicht.

Zu Buchstabe b:

Redaktionelle Folgeänderung.

G 25. Zu Artikel 2 Nummer 2 (§ 6a Absatz 4 Satz 1 KHG)

In Artikel 2 Nummer 2 § 6a Absatz 4 ist in Satz 1 die Angabe „ , wenn diese Qualitätskriterien durch das Krankenhaus an dem Krankenhausstandort“ durch die Angabe „und diese Qualitätskriterien“ und die Angabe „erfüllt werden können und“ ist durch die Angabe „erfüllen kann, wenn“ zu ersetzen.

G 26. Zu Artikel 2 Nummer 2 (§ 6a Absatz 4 Satz 1 KHG)

Artikel 2 Nummer 2 § 6a Absatz 4 Satz 1 ist wie folgt zu ändern:

- a) In Nummer 2 ist die Angabe „Aufrechterhaltung des Betriebs bis zu dessen Einstellung“ durch die Angabe „Umsetzung der Betriebseinstellung oder eines folgenden Zusammenschlusses von Krankenhausstandorten“ zu ersetzen.
- b) Nummer 3 ist durch die folgende Nummer 3 zu ersetzen:
 - „3. der Betrieb des jeweiligen Krankenhausstandortes noch nicht aufgenommen worden ist und die Betriebsaufnahme in Folge eines Zusammenschlusses im Sinne der Nummer 2 innerhalb von fünf Jahren erfolgt.“

Begründung

Zu Buchstabe a:

Niedersachsen beabsichtigt beispielsweise derzeit, drei Zentralkliniken neu zu bauen. Diese Vorhaben werden jeweils zwei beziehungsweise drei Krankenhäuser zusammenführen und allesamt nach dem 1. Januar 2028 umgesetzt. Nicht in jedem Fall ist damit ein Trägerwechsel verbunden. Zur Erhöhung der Planungssicherheit für die betroffenen Träger planen wir dabei zunächst, soweit nach Qualitätskriterien und Ausnahmeregelungen möglich, den aktuellen Krankenhaus-Standorten ihre Ist-Leistungen zuzuweisen. Die zukünftigen Zentralkliniken werden jedoch eine höhere Leistungsfähigkeit in den Versorgungsregionen entwickeln und sollen daher nach Betriebsbeginn weitere Leistungsgruppen erhalten. Für die verbindliche Planung der Träger und eine belastbare Bedarfsplanung, möchten wir diese beabsichtigten Leistungsgruppen daher bereits zum 1. Januar 2028 zuweisen. Ein gleiches Verfahren haben wir bisher mit den Fachabteilungen und Planbetten praktiziert.

G 27. Zu Artikel 2 Nummer 2 (§ 6a Absatz 4 Satz 2 KHG)

Artikel 2 Nummer 2 § 6a Absatz 4 Satz 2 ist durch den folgenden Satz zu ersetzen:

„Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist in den in Satz 1 genannten Fällen zunächst auf drei Jahre zu befristen; die für Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann im Bedarfsfall eine Befristung mehrmals erteilen.“

Begründung:

Die Befristung von Ausnahmen auf maximal drei Jahre zu begrenzen, ist zu restriktiv und muss zwingend erweitert werden. Ohne die Möglichkeit, Ausnahmen über mehrmalige Befristungen zu erteilen, wird es in der Fläche nicht möglich sein, versorgungsrelevante Leistungsgruppen wohnortnah vorzuhalten. Regionale Gegebenheiten in den einzelnen Ländern werden durch eine restriktive Regelung nicht angemessen berücksichtigt. Eine starre Vorgabe greift deutlich in die Planungshoheit der Länder ein. In den meisten Fällen wird es den Krankenhäusern nicht möglich sein, die fehlenden Qualitätskriterien (gerade in personeller Hinsicht) über einen solchen kurzen Zeitraum zu erfüllen. Eine flexiblere Regelung ermöglicht den Krankenhausplanungsbehörden, ihr Ermessen auszuüben und mit Augenmaß vorzugehen. Deswegen muss im Bedarfsfall, d. h. insbesondere um bestehende Krankenhausstrukturen vor Ort aufrechterhalten zu können, eine mehrmalige Befristung von Ausnahmen möglich sein.

K 28. Zu Artikel 2 Nummer 2 (§ 6a Absatz 4 Satz 3 KHG)

In Artikel 2 Nummer 2 § 6a Absatz 4 Satz 3 ist die Angabe „aufgenommen ist,“ durch die Angabe „aufgenommen ist oder die Erfüllung der Qualitätskriterien in Zusammenschau mit einem anderen Krankenhausstandort desselben Krankenhausträgers innerhalb dieses Gemeindegebiets sichergestellt ist,“ zu ersetzen.

Begründung:

Die gegenwärtig vorhandene Ausnahmemöglichkeit für die Leistungszuweisung bei Nichterfüllung der Qualitätskriterien ist grundsätzlich befristet für maximal drei Jahre möglich. Ziel der Krankenhausreform ist neben der Sicherstellung der Deckung des regionalen Versorgungsbedarfs auch die Hebung von Effizienzgewinnen. Universitätsklinika und andere Krankenhäuser der Maximalversorgung verfügen aufgrund historischer Gegebenheiten oftmals über nicht zusammenhängende Gebäudestrukturen innerhalb eines Gemeindegebiets. Hier kann es trotz enger Kooperationen dazu kommen, dass die Erfül-

lung der Qualitätskriterien standortbezogen in Ausnahmefällen nicht möglich ist und deshalb zusätzliche Strukturen an diesem Standort aufgebaut werden müssen. Dies ist verbunden mit erheblichen Mehraufwänden und führt zu ineffizienten Doppelstrukturen. Gleichzeitig ist die Vorhaltung dieser Leistungsgruppen an dem jeweiligen Standort aus Versorgungsgründen dringend geboten. In diesen Fällen bedarf es daher einer Ausweitung der Ausnahmeregelung.

G 29. Zu Artikel 2 Nummer 2 (§ 6a Absatz 4 Satz 4 KHG)

In Artikel 2 Nummer 2 § 6a Absatz 4 Satz 4 ist die Angabe „ist“ durch die Angabe „kann“ und die Angabe „zu verpflichten“ durch die Angabe „verpflichtet werden“ zu ersetzen.

Begründung:

Die Entscheidung, ob die Ausnahmen mit Auflagen zu qualitätsverbessernden Maßnahmen verbunden werden, sollte im Ermessen der Länder liegen. Den Ländern obliegt die Planungshoheit und die Aufgabe, eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten. Sie können die regionalen Gegeben- und Besonderheiten in der stationären Versorgungslandschaft am besten einschätzen und bewerten. Über ein Ermessen wird so die Möglichkeit eingeräumt, zunächst Ausnahmen auch ohne Auflagen zu erteilen, wenn dies für eine flächendeckende Versorgung zwingend notwendig ist.

K 30. Zu Artikel 2 Nummer 3 (§ 6b Satz 2 KHG)

Artikel 2 Nummer 3 ist durch die folgende Nummer 3 zu ersetzen:

„3. § 6b wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 2 wird nach der Angabe „Vernetzungsaufgaben“ die Angabe „sowie zu Regelungen zu den verpflichtenden Aufnahmen von Patienten aus Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen“ eingefügt.
- b) In Satz 8 < ... weiter wie Vorlage ... >.

Begründung:

Die Erfahrungen der Corona-Pandemie haben gezeigt, dass die aktuellen Regelungen bzgl. der Verlegung und der Rückverlegung nicht optimal sind und es zum Teil zu Problemen bei der Rückverlegung von Patienten aus Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen in Krankenhäuser niedrigerer Versorgungsstufen gekommen ist. Eine abgestimmte Patientensteuerung zwischen regionalen

Einrichtungen kann eine effiziente Nutzung vorhandener Versorgungskapazitäten sicherstellen. Damit dies jedoch gelingt, ist es notwendig zu regeln, dass Krankenhäuser einschließlich sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen dazu verpflichtet sind, abverlegte Patienten aus Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen aufzunehmen. Darüber hinaus ist eine verbindliche Aufnahmepflicht für Versorgungseinrichtungen und Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung erforderlich, um Versorgungskapazitäten für schwere und komplexe Fälle sicherzustellen, die einer Versorgung in einem Universitätsklinikum oder Krankenhaus der Maximalversorgung bedürfen. Die Transportkosten müssen ebenfalls refinanziert werden.

- G 31. Zu Artikel 2 Nummer 3 (§ 6b Satz 8 KHG), Nummer 9 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa und Doppelbuchstabe bb, Buchstabe b (§ 38 Absatz 1 Satz 5 und Satz 6, Absatz 2 Satz 3 und Satz 3 2. Halbsatz – neu – KHG) und Nummer 10 Buchstabe b (§ 39 Absatz 2 Satz 1 und Satz 2 KHG), Artikel 3 Nummer 5 Buchstabe c und Buchstabe f (§5 Absatz 3j und 3n – neu – KHEntgG) und Nummer 9 Buchstabe a (§ 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG)
- Bei Annahme entfällt Ziffer 32
- a) Artikel 2 ist wie folgt zu ändern:
- aa) Nummer 3 ist zu streichen.
- bb) Nummer 9 ist durch die folgende Nummer 9 zu ersetzen:
9. § 38 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 5 wird die Angabe „2026“ durch die Angabe „28. Februar 2027“ ersetzt.
- bb) In Satz 6 wird die Angabe „§ 6b Satz 7“ durch die Angabe „§ 6b Satz 8“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 Satz 3 wird die Angabe „2026“ durch die Angabe „2027“ ersetzt und nach der Angabe „Internetseite“ wird die Angabe „; abweichend von Halbsatz 1 veröffentlicht das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für das Kalenderjahr 2027 die nach Satz 1 aufgeteilten Beträge bis zum 28. Februar 2027“ eingefügt.
- cc) Nummer 10 Buchstabe b § 39 Absatz 2 ist wie folgt zu ändern:
- aaa) In Satz 1 ist die Angabe „28. Februar 2027“ durch die Angabe „31. Mai 2026“ zu ersetzen.

- bbb) In Satz 2 ist die Angabe „31. Mai 2027“ durch die Angabe „31. Oktober 2026“ zu ersetzen.
- b) Artikel 3 ist wie folgt zu ändern:
 - aa) Nummer 5 ist wie folgt zu ändern:
 - aaa) Buchstabe c ist zu streichen.
 - bbb) Buchstabe f ist durch den folgenden Buchstaben f zu ersetzen:
 - ,f) Nach Absatz 3m wird der folgende Absatz 3n eingefügt:

„(3n) Zur Förderung der Bereiche Stroke Unit, Spezielle Traumatologie oder Intensivmedizin erheben Krankenhäuser für das Kalenderjahr 2027 jeweils getrennte Zuschläge. Zur Erhebung dieser Zuschläge ermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus auf der Grundlage der ihm nach § 21 Absatz 1 und 2 übermittelten Daten für die im Jahr 2024 erbrachten, nach Satz 3 maßgeblichen und mit den Bewertungsrelationen für das Kalenderjahr 2024 bewerteten Fälle die Summe der effektiven Bewertungsrelationen; bei der Ermittlung sind die im Katalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ausgewiesenen bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen für Pflegepersonalkosten nicht zu berücksichtigen. Maßgebliche Fälle sind jeweils alle diejenigen voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten, die nach dem nach § 39 Absatz 2 Satz 1 KHG entwickelten Konzept diesem Bereich zuzuordnen sind. Für die Ermittlung eines Erlösvolumens multipliziert das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für das Kalenderjahr 2027 die nach Satz 2 berechnete Summe der effektiven Bewertungsrelationen mit dem nach § 10 Absatz 9 Satz 1 für das dem Jahr 2027 vorausgegangene Kalenderjahr berechneten einheitlichen Basisfallwert und erhöht das sich jeweils ergebende Produkt um den für das Jahr 2027 nach § 9 Absatz 1b Satz 1 vereinbarten Veränderungswert. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus berechnet jeweils einen Prozentsatz für das Jahr 2027 als Verhältnis eines Betrags in Höhe von 35 Millionen Euro für den Bereich

Stroke Unit, 65 Millionen Euro für den Bereich Spezielle Traumatologie sowie 30 Millionen Euro für den Bereich Intensivmedizin und der Summe des jeweiligen nach Satz 4 ermittelten Erlösvolumens und veröffentlicht diesen Prozentsatz für das jeweilige Kalenderjahr bis zum 15. Dezember des jeweils vorhergehenden Kalenderjahres barrierefrei auf seiner Internetseite. Die nach Satz 5 jeweils berechneten Prozentsätze sind kaufmännisch auf drei Nachkommastellen zu runden. Im Jahr 2027 berechnen die Krankenhäuser für die nach Satz 3 maßgeblichen Fälle, die im Zeitraum vom 1. Januar des jeweiligen Kalenderjahres bis zum 31. Dezember des jeweiligen Kalenderjahres zur voll- oder teilstationären Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen werden, jeweils einen Zuschlag in Höhe des nach Satz 5 für das jeweilige Kalenderjahr ermittelten Prozentsatzes auf die im auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog bewerteten Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und die Vergütung des Vorhaltebudgets nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b. Die Krankenhäuser haben den Zuschlag jeweils gesondert in der Rechnung auszuweisen.“ ‘

- bb) In Nummer 9 Buchstabe a § 9 Absatz 1a Nummer 5 ist die Angabe „2028“ durch die Angabe „2027“ zu ersetzen.

Begründung:

Von einer ersatzlosen Streichung der geplanten Förderbeiträge im Jahr 2027 ist abzusehen. Sämtliche Förderbeträge sind weiterhin bereits im Jahr 2027 und unabhängig von der Verschiebung der Vorhaltevergütung zu gewähren. Im Falle einer Verschiebung auf das Jahr 2028 werden den Krankenhäusern Mittel in Höhe von bundesweit 363 Millionen Euro im Jahr 2027 vorenthalten.

Die vorgesehenen Förderbeträge leisten einen wichtigen Beitrag zur Stabilisierung der Krankenhausfinanzen insbesondere in notfallrelevanten Versorgungsbereichen nach Auslaufen des Rechnungszuschlages für Sofort-Transformationskosten zum 31. Oktober 2026. Auch wenn Qualitätskriterien für die Leistungsgruppen infolge der Verschiebung der Vorhaltevergütung erst zum 1. Januar 2028 zum Tragen kommen, entstehen den Krankenhäusern bereits im Vorfeld die damit verbundenen zusätzlichen Kosten im Rahmen der Verfahren und notwendigen Prüfungen zum Nachweis der Voraussetzungen für die Zuweisung der Leistungsgruppen. Sie sind zudem unmittelbar qualitäts-

wirksam.

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe aa:

Daher ist für die Förderbeträge nach § 39 KHG im Jahr 2027 eine Ersatzregelung vergleichbar zur Regelung in den Bereichen Pädiatrie und Geburtshilfe zu schaffen, damit diese losgelöst von der erst ab 2028 vorgesehenen Einführung der Vorhaltevergütung gewährt werden können.

Zu den Buchstaben a und b (ohne Buchstabe b Doppelbuchstabe aa):

Die bislang ab 2027 vorgesehene Umsetzung der Zuschläge nach § 5 Absatz 3j und Absatz 3m KHEntgG in Verbindung mit §§ 6b, 38 KHG beziehungsweise § 39 KHG erfolgt unabhängig von der tatsächlichen Vergütung des Vorhaltebudgets; die insoweit vorgesehenen Regelungen können daher bereits ab 2027 auf Grundlage der Berechnungen des InEK für das Jahr 2027 beibehalten werden.

- K
Entfällt
bei An-
nahme
von
Ziffer 31
32. Zu Artikel 2 Nummer 3 (§ 6b Satz 8 KHG), Nummer 9 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa und Doppelbuchstabe bb (§ 38 Absatz 1 Satz 1 und Satz 5 KHG) und Artikel 3 Nummer 5 Buchstabe c (§ 5 Absatz 3j Satz 1 KHEntgG)
- a) Artikel 2 Nummer 3 und Nummer 9 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa und Doppelbuchstabe bb sind zu streichen.
- b) Artikel 3 Nummer 5 Buchstabe c ist zu streichen.

Begründung:

Der Gesetzentwurf sieht die Verschiebung der Einführung einer gesonderten Finanzierung für die Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben nach § 38 KHG um ein Jahr vor. Die Verschiebung der Förderzuschläge um ein Jahr nach 2028 ist nicht sachgerecht. Die Universitätskliniken (und weitere Krankenhäuser der Maximalversorgung) nehmen eine zentrale Rolle in der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Bevölkerung ein. Die Einführung einer gesonderten Finanzierung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben nach § 6b KHG sollte daher möglichst zeitnah erfolgen.

- G
33. Zu Artikel 2 Nummer 3a – neu – (§ 6c Absatz 1 KHG)

In Artikel 2 ist nach Nummer 3 die folgende Nummer 3a einzufügen:

„3a. § 6c Absatz 1 wird durch den folgenden Absatz 1 ersetzt:

„(1) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann Standorte von Krankenhäusern durch Bescheid als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmen, wenn dieses Krankenhaus in den Krankenhausplan des jeweiligen Landes aufgenommen wurde. Als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung kann auch ein Krankenhaus bestimmt werden, das erstmalig in den Krankenhausplan aufgenommen wird.“ ‘

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 (SÜV).

Der sektorenübergreifende Beitrag der SÜV zur Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung kann perspektivisch auch in Regionen notwendig werden, in denen Krankenhäuser bereits zu einem früheren Zeitpunkt geschlossen wurden, weil das Angebot von SÜV sich deutlich von dem anderer Krankenhäuser unterscheidet.

G 34. Zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 12b Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 KHG)

In Artikel 2 Nummer 5 § 12b Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 ist nach der Angabe „Versorgungseinrichtung“ die Angabe „oder als Fachkrankenhaus nach § 135d Absatz 4 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ einzufügen.

Folgeänderung:

Nach Artikel 4 Nummer 2 Buchstabe b ist der folgende Buchstabe b1 einzufügen:

,b1) Absatz 2 Satz 1 wird durch den folgenden Satz ersetzt:

„Förderfähig sind Vorhaben zur Umstrukturierung eines bestehenden Krankenhausstandortes, der nach § 6c Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung oder nach § 135d Absatz 4 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch als Fachkrankenhaus bestimmt wurde.“ ‘

Begründung:

Bei einem Abbau von Leistungskapazitäten und gleichzeitiger Ausweisung als Fachkrankenhaus nach § 135d Absatz 4 Satz 3 SGB V ist eine Förderung derzeit nicht möglich. Auch eine Förderung aus § 12b Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 KHG ist derzeit nicht vorgesehen.

Es ist notwendig, dass auch Fachkrankenhäuser entsprechend gefördert werden und nicht nur sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen. Es ist nicht sachgerecht, hier eine Privilegierung förderrechtlicher Art für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen anzunehmen.

G 35. Zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 12b Absatz 1 Satz 3 Nummer 6 KHG)

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren in § 12b Absatz 1 Satz 3 Ziffer 6 KHG sowie in § 3 Absatz 6 KHTVF eine Definition des Begriffes „integrierter Notfallstrukturen“ aufzunehmen.

Begründung:

Der Begriff der integrierten Notfallstrukturen bedarf einer Definition. Ähnlich wie bei der Förderung des Strukturfonds II gemäß § 12a Absatz 1 Satz 4 Nummer 2 KHG würde die fehlende Definition der „integrierten Notfallstrukturen“ dazu führen, dass eine Förderung nach diesem Tatbestand nicht umsetzbar wäre. Denn bereits im Rahmen der Beantragung und Ausreichung von Fördermitteln aus dem Strukturfonds nach § 12a KHG gab es Differenzen zwischen dem Bundesamt für Soziale Sicherung und den antragstellenden Ländern zur Auslegung des bislang unbestimmten Rechtsbegriffes der integrierten Notfallstrukturen.

Hier muss die im Entwurf des Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (BT-Drucksache 20/13166 vom 2. Oktober 2024) enthaltene Definition zu den integrierten Notfallzentren (§ 123 Absatz 1 SGB V–E) als Grundlage genommen werden, um eine Förderung zu ermöglichen.

G 36. Zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 12b Absatz 1 Satz 3 Nummer 7 KHG)

In Artikel 2 Nummer 5 § 12 b Absatz 1 Satz 3 Nummer 7 ist die Angabe „insbesondere in Gebieten mit einer hohen Dichte an Krankenhäusern und Krankenhausbetten“ durch die Angabe „hierzu gehören auch Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Krankenhausversorgung in der betroffenen Region“ zu ersetzen.

Folgeänderung:

Nach Artikel 4 Nummer 2 Buchstabe e ist der folgende Buchstabe f einzufügen:

- ,f) In Absatz 7 Satz 1 wird die Angabe „insbesondere in Gebieten mit einer hohen Dichte an Krankenhäusern und Krankenhausbetten“ durch die Angabe „hierzu gehören auch Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Krankenhausversorgung in der betroffenen Region“ ersetzt.‘

Begründung:

Bislang beschränkt sich die Förderung bei einer Schließung des Krankenhausstandortes allein auf die mit der Schließung in Zusammenhang stehenden Kosten, wie Verlegungs-, Bau- und Personalkosten. Bei einer Leistungsreduzierung ohne Schließung des Krankenhauses wird in den meisten Fällen ein Rückbau der Strukturen und Umgestaltung der Prozesse notwendig sein, um den Betrieb des Krankenhauses aufrecht erhalten zu können. Auch dies sollte förderfähig sein.

Bereits im Gesetzgebungsverfahren zum KHVVG haben die Länder darauf hingewiesen, dass der Entscheidungsspielraum über den vor Ort erforderlichen Strukturumbau bei den jeweiligen Landeskrankenhausplanungsbehörden verbleiben muss. Eine Privilegierung der Förderung von Schließungsvorhaben auf Gebiete mit einer hohen Dichte an Krankenhäusern und Krankenhausbetten ist nicht sachgerecht und kann zur Benachteiligung in ländlichen Regionen führen.

G 37. Zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 12b Absatz 1 Satz 3 Nummer 8 KHG)

Artikel 2 Nummer 5 § 12b Absatz 1 Satz 3 Nummer 8 ist durch die folgende Nummer 8 zu ersetzen:

- „8. Vorhaben zur Erweiterung, Schaffung oder Konzentration von Ausbildungskapazitäten in mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten nach § 2 Nummer 1a Buchstabe e bis g.“

Folgeänderung:

Nach Artikel 4 Nummer 2 Buchstabe e ist der folgende Buchstabe f einzufügen:

- ,f) In Absatz 8 Satz 1 wird die Angabe „Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten“ durch die Angabe „Erweiterung, Schaffung oder Konzentration von Ausbildungskapazitäten“ ersetzt.‘

Begründung:

Bereits im Gesetzgebungsverfahren zum KHVVG haben die Länder eine Erweiterung des Fördertatbestandes gefordert.

Der mit § 12b Absatz 1 Satz 3 Nummer 8 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 dabei konsequenterweise ebenfalls förderfähig sein.

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

G 38. Zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 12b Absatz 1 Satz 3 Nummer 7, Nummer 8 und Nummer 9 – neu – KHG)

Artikel 2 Nummer 5 § 12b Absatz 1 Satz 3 ist wie folgt zu ändern:

- a) In Nummer 7 ist die Angabe „Krankenhausbetten oder“ durch die Angabe „Krankenhausbetten,“ zu ersetzen.
- b) In Nummer 8 ist die Angabe „beruhen.“ durch die Angabe „beruhen oder“ zu ersetzen.
- c) Nach Nummer 8 ist die folgende Nummer 9 einzufügen:

„9. 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.“

Folgeänderung:

Nach Artikel 4 Nummer 2 Buchstabe e ist der folgende Buchstabe f einzufügen:

- ,f) Nach Absatz 8 wird der folgende Absatz 9 eingefügt:

„(9) Förderfähig sind 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.“ ‘

Begründung:

Ein zentraler Punkt zum Gelingen der Krankenhausstrukturreform ist der Katalog an förderfähigen Maßnahmen. Dieser ist – wie bereits im Gesetzgebungsverfahren zum KHVVG durch die Länder moniert – zu eng gefasst. Er schränkt die möglichen förderfähigen Maßnahmen ein. Neben einer an eine Konzentration gebundenen Förderfähigkeit von Maßnahmen zur Erfüllung der Qualitätskriterien nach § 135e SGB V oder zur Erfüllung der Mindestvorhaltezahlen nach § 135f Absatz 1 Satz 1 SGB V müssen zwingend auch solche Vorhaben förderfähig sein, die kein Anknüpfen der Vorhaben an eine Konzentration erfordern. Nur durch einen weitgefassten Maßnahmenkatalog können die Ziele der erforderlichen Anpassungen der Strukturen erreicht und eine zukunftsfähige Krankenhauslandschaft gestaltet werden. Die Strukturen bzw. Voraussetzungen in den Ländern sind diesbezüglich sehr unterschiedlich – sowohl zwischen den Ländern als auch teilweise innerhalb größerer Flächenländer. Dies wird mit dem vorliegenden Antrag verfolgt.

G 39. Zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 12b Absatz 1 Satz 5 KHG)

Artikel 2 Nummer 5 § 12b Absatz 1 Satz 5 ist zu streichen.

Begründung:

Die Länder haben bereits im Verfahren zum KHVVG und zur Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung darauf hingewiesen, dass die Regelung in § 12b Absatz 1 Satz 5 KHG streitanfällig zwischen Bund beziehungsweise Bundesamt für Soziale Sicherung und den antragstellenden Ländern ist. Durch den Ausschluss von Vorhaben, die überwiegend dem Erhalt bestehender Strukturen dienen, entstehen Abgrenzungsprobleme zu bestehenden Planungen, die notwendigerweise auch auf existierenden Strukturen aufbauen. Es bestehen daneben Probleme der Abgrenzung, wann ein Vorhaben „überwiegend“ dem Erhalt bestehender Strukturen dienen soll. Zur Umsetzung bedarf es dann einer faktischen Doppelplanung durch Trennung zwischen Neubau und Sanierung, um hier die Kostentrennung klar vornehmen zu können. Dies wird auch dem Sachgedanken der Krankenhaustransformation durch Bürokratieabbau nicht gerecht und kann dazu führen, dass Vorhaben gar nicht realisierbar sind.

Zudem leistet auch die Modernisierung bestehender Krankenhausstrukturen in aller Regel einen erheblichen Beitrag zu den Zielen aus § 12b Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe a und Buchstabe b KHG, nämlich der nachhaltigen Erfüllung

der Qualitätskriterien und Mindestvorhaltezahlen. Im Gesamtkontext der Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft wird es jedoch auch Maßnahmen geben, bei denen bestehende Strukturen teilweise integriert und weitergenutzt werden und sich damit strukturelle und funktionale Verbesserungen ergeben. Diese sind nach aktuellem Gesetzentwurf von einer Förderfähigkeit ausgeschlossen. § 12b Absatz 1 Satz 5 KHG-E ist deshalb zu streichen.

K 40. Zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 12b Absatz 2 Satz 7 – neu – KHG)

Nach Artikel 2 Nummer 5 § 12b Absatz 2 ist der folgende Satz einzufügen:

„10 Prozent des Fördervolumens eines Landes sollte für Vorhaben genutzt werden, an denen Hochschulkliniken beteiligt sind.“

Begründung:

Es wird ausdrücklich begrüßt, dass mit dem Gesetzentwurf eine Öffnung der Tatbestände zwei bis acht für die Hochschulkliniken erfolgt.

Auf die Hochschulkliniken entfällt ein wesentlicher Anteil der stationären Versorgung in Deutschland. Mit dem KHVVG sollte auch eine stärkere Konzentration der Leistungserbringung erreicht werden. Hiervon werden natürlich auch die Hochschulkliniken betroffen sein und müssen darauf entsprechend reagieren. Dies ist nur möglich, wenn die aktuell vorhandenen Strukturen angepasst werden können, was mit einem zusätzlichen Investitionsbedarf einhergeht. Daher ist es notwendig, dass die Hochschulkliniken bei den Vorhaben auch berücksichtigt werden. Hierzu sollte als Soll-Regelung der Wert von 10 Prozent vorgegeben werden.

G 41. Zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 KHG)

In Artikel 2 Nummer 5 § 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 wird die Angabe „eigenen“ durch die Angabe „zur Verfügung stehenden“ ersetzt.

Begründung:

Mit dieser Änderung wird entsprechend der Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz (Beschluss vom 29. August 2025 und 29. September 2025) der Krankenhaustransformationsfonds weiter flexibilisiert und den Ländern die Möglichkeit eröffnet, Mittel aus dem Sondervermögen Infrastruktur für die Kofinanzierung des Transformationsfonds zu nutzen. Mit dieser Änderung können Doppelförderungen vermieden und nachhaltige Investitionen in die Zukunft der Krankenhäuser gesichert werden. Dies war auch Ergebnis der von der MPK eingesetzten Bund-Länder-Arbeitsgruppe am 23. Juni 2025. Mit der Protokollerklärung der Bundesregierung zum Gesetz für ein steuerliches Investitionssofortprogramm zur Stärkung des Wirtschaftsstandorts Deutschland (BR-Drucksache 281/25) wurde dieses Ergebnis ausdrücklich bestätigt.

Fz 42. Zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a und Buchstabe b KHG)

Bei Annahme entfällt Ziffer 43

Artikel 2 Nummer 5 § 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a und b ist durch die folgenden Buchstaben a und b zu ersetzen:

- „a) bei einer Antragstellung auf Zuteilung von Fördermitteln, die in den Jahren 2026 bis 2029 nach Absatz 2 Satz 2 zur Verfügung gestellt werden, zu einem Anteil von mindestens 30 Prozent für die gesamte Dauer des Vorhabens und
- b) bei einer Antragstellung auf Zuteilung von Fördermitteln, die in den Jahren 2030 bis 2035 nach Absatz 2 Satz 2 zur Verfügung gestellt werden, zu einem Anteil von mindestens 50 Prozent; soweit in den Jahren 2030 bis 2035 Fördermittel aus den nach Absatz 2 Satz 4 aus den Jahren 2026 bis 2029 übertragenen Mitteln beantragt werden, richtet sich die Höhe dieses Anteils abweichend von Halbsatz 1 nach Buchstabe a,“

Begründung:

Im Zuge der Beratungen des Bundesrates zum Gesetz für ein steuerliches Investitionssofortprogramm zur Stärkung des Wirtschaftsstandorts Deutschland erklärte sich der Bund bereit, die Länder und Kommunen angesichts der vorübergehenden Steuermindereinnahmen gezielt und zeitlich befristet zu entlasten (vgl. Protokollerklärung zu TOP 5, 1056. BR-Sitzung am 11. Juli 2025). Zu begrüßen ist hierbei insbesondere die Zusage, im Krankenhaus-Transformationsfonds (Laufzeit 10 Jahre) den Anteil des Bundes in den Jahren 2026 bis 2029 von 2,5 auf 3,5 Milliarden Euro pro Jahr zu erhöhen, wodurch sich der Anteil der Länder im gleichen Zeitraum um jeweils 1 Milliarden Euro auf 1,5 Milliarden Euro pro Jahr verringert (entspricht einem

Kofinanzierungsanteil von 70 Prozent bzw. 30 Prozent der förderfähigen Kosten). Damit die zugesagte Entlastung der Länder von insgesamt 4 Milliarden Euro vollständig umgesetzt wird, ist es erforderlich, dass die vollständigen Fördermittel der Jahre 2026 bis 2029 mit dem auf 30 Prozent verringerten Landeskofinanzierungsanteil zugeteilt werden.

Dies wird mit der derzeitigen Formulierung des § 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 KHG-E aber nicht erfüllt. Zum einen würde die verringerte Landeskofinanzierung nur für die in den Jahren 2026 bis 2029 umgesetzten Vorhabenabschnitte eines in den Jahren 2026 bis 2029 beantragten Vorhabens gelten (ausweislich der Begründung zum Regierungsentwurf, S. 138). Somit würde die verringerte Landeskofinanzierung nicht mehr für mit in den Jahren 2026 bis 2029 zur Verfügung gestellten Fördermitteln geförderte Teile eines Vorhabens gelten, soweit deren Umsetzung sich auf die Jahre ab dem Jahr 2030 erstreckt. Zum anderen würde die verringerte Landeskofinanzierung nur für die in den Jahren 2026 bis 2029 zugeteilten Fördermittel der Jahre 2026 bis 2029, nicht aber für nicht zugeteilte und in die Folgejahre übertragene Fördermittel Anwendung finden. Diese Beschränkungen für den verringerten Landeskofinanzierungsanteil von 30 Prozent würden dazu führen, dass die den Ländern zugesagte Entlastung von insgesamt 4 Milliarden Euro nicht in der vollen Höhe ankommen würde. Hierfür wären nämlich Voraussetzung ein vollständiger Mittelabruf und eine vollständige Umsetzung der Vorhaben in den Jahren 2026 bis 2029; dies wäre jedoch nicht realistisch. Vom Bund wurde aber gerade zugesagt, dass diese Mittel den Ländern, soweit sie nicht in den ersten vier Jahren verausgabt worden sind, auch in den Folgejahren zur Verfügung stehen werden; diese Zusage schließt mit Blick auf eine zugesagte Entlastung von 4 Milliarden Euro konkludent auch die verringerte Landeskofinanzierung mit ein.

Mit dem anliegenden Änderungsantrag soll bewirkt werden, dass die zugesagte Entlastung von 4 Milliarden Euro vollständig bei den Ländern ankommt. Zum einen wird sichergestellt, dass der verringerte Landeskofinanzierungsanteil bezogen auf die in den Jahren 2026 bis 2029 zugeteilten Fördermittel vollständig angewendet wird, auch wenn sich die Umsetzung der Vorhaben auf die Jahre nach dem Jahr 2029 erstreckt. Zum anderen wird gewährleistet, dass auch für die nicht genutzten und übertragenen Mittel weiterhin der verringerte Landeskofinanzierungsanteil von 30 Prozent zur Anwendung kommt.

- G 43. Zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a und b KHG)
- Entfällt bei Annahme von Ziffer 42
- Artikel 2 Nummer 5 § 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 ist wie folgt zu ändern:
- a) Buchstabe a ist wie folgt zu ändern:
 - aa) Die Angabe „zu förderndes Vorhaben“ ist zu streichen.
 - bb) Nach der Angabe „Prozent“ ist die Angabe „für die Dauer des Vorha-

bens“ einzufügen.

b) Buchstabe b ist wie folgt zu ändern:

- aa) Die Angabe „zu förderndes Vorhaben“ ist zu streichen.
- bb) Die Angabe „Prozent,“ ist durch die Angabe „Prozent; soweit Fördermittel aus den nach Absatz 2 Satz 4 übertragenden Mitteln des Transformationsfonds aus den Jahren 2026 bis 2029 beantragt werden, richtet sich die Höhe dieses Anteils nach Buchstabe a“ zu ersetzen.

Begründung:

Mit dieser vorgeschlagenen Änderung wird den geänderten Finanzierungsanteilen von Bund sowie den Ländern in den Jahren 2026 bis 2029 vollumfänglich Rechnung getragen. Die zusätzlich seitens des Bundes zur Verfügung gestellten Mittel sollten sich nicht an einzelnen Vorhabensabschnitten orientieren. Erfahrungsgemäß besteht in den ersten Jahren eines Vorhabens nur ein geringerer Bedarf an Fördermitteln, die dann einer Finanzierung im Verhältnis 70/30 unterliegen würden, während für die mit höheren Ausgaben verbundenen Bauphasen ein Finanzierungsverhältnis von 50/50 gelten würde. Damit würde die Erhöhung des Bundesanteils im Krankenhaustransformationsfonds ihren Zweck verfehlen.

Entsprechend dem Ziel des Sondervermögens, die Länder zu entlasten, wird mit dieser Änderung dem Umstand Rechnung getragen, dass die Länder den bundesseitigen Anteil des Sondervermögens vollständig nutzen können. Eine Begrenzung der Mittel aus dem Sondervermögen auf die ersten vier Jahre wird dem Ziel des Sondervermögens ansonsten nicht gerecht. Im Übrigen hat der Bund dies auch verbindlich zugesagt: „Diese Mitteln stehen den Ländern, soweit sie nicht in den ersten vier Jahren verausgabt worden sind, auch in den Folgejahren weiter zur Verfügung“ (Protokollerklärung der Bundesregierung zum Gesetz für ein steuerliches Investitionssofortprogramm zur Stärkung des Wirtschaftsstandorts Deutschland (BR-Drucksache 281/25), Anlage 3 des Sitzungsprotokolls der 1056. Sitzung des Bundesrates vom 11. Juli 2025, Seite 235 f.).

- K 44. Zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 KHG) und Artikel 4 Nummer 5 Buchstabe b (§ 6 Absatz 3 Satz 2 KHTFV)
- a) In Artikel 2 Nummer 5 § 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 ist die Angabe „jährlich in einer gesonderten Mitteilung“ durch die Angabe „im Rahmen der Antragstellung und der Prüfung des Verwendungsnachweises“ zu ersetzen.

- b) In Artikel 4 Nummer 5 Buchstabe b § 6 Absatz 3 Satz 2 ist die Angabe „zu den in Satz 1 genannten Zeitpunkten“ durch die Angabe „im Rahmen der Antragstellung und der Prüfung des Verwendungsnachweises“ zu ersetzen.

Begründung:

Der Bund führt mit § 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 KHG-E und § 6 Absatz 3 Satz 2 KHTFV-E eine zusätzliche regelmäßig wiederkehrende Prüfpflicht zu Lasten der Länder ein, die sowohl vom Zeitpunkt, als auch von der Intensität her als nicht gerechtfertigt erscheint. Um dem vom Bund verfolgten Ziel, nämlich der verfassungsrechtlich gebotenen Kompetenzordnung hinsichtlich der Förderung von Hochschulkliniken in ausreichendem Maße Rechnung zu tragen, ist die jetzt vorgesehene jährliche Prüf- und Mitteilungspflicht gegenüber dem Bundesamt für Soziale Sicherung viel zu zeitintensiv.

Es ist aus unserer Sicht daher vollkommen ausreichend, wenn die Prüfung, ob die beantragten Fördermittel ausschließlich für krankenhausbezogene Strukturmaßnahmen eingesetzt werden und eine zweckwidrige oder doppelte Finanzierung hochschulrechtlich geregelter Aufgaben ausgeschlossen ist, im Rahmen der Antragstellung und dann nochmals abschließend im Rahmen der Prüfung des Verwendungsnachweises erfolgt.

- Fz 45. Zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 12b Absatz 3 Satz 5 – neu –, 6 KHG) und Artikel 4 Nummer 1 (§ 2 Absatz 1 KHTFV)
- Bei An-
nahme
entfällt
Ziffer 59
- a) Artikel 2 Nummer 5 § 12b Absatz 3 ist wie folgt zu ändern:
- aa) Nach Satz 4 ist der folgende Satz einzufügen:
- „Die den Ländern nach dem Länder-und-Kommunal-Infrastrukturfinanzierungsgesetz überlassenen Beträge aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität dürfen für den in Satz 1 Nummer 3 jeweiligen genannten Anteil des Landes wie eigene Haushaltsmittel eingesetzt und auf die in Satz 1 Nummer 4 Buchstabe a und b genannten Haushaltsmittel angerechnet werden.“
- bb) Der bisherige Satz 5 wird zu Satz 6 und in diesem Satz ist die Angabe „Sätze 1 bis 4“ durch die Angabe „Sätze 1 bis 5“ zu ersetzen.
- b) Artikel 4 Nummer 1 ist durch die folgende Nummer 1 zu ersetzen:
- ,1. § 2 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 1 wird die Angabe < ... weiter wie Vorlage ... >.

- b) In Satz 3 wird nach der Angabe „; ausgenommen sind“ die Angabe „das Länder-und-Kommunal-Infrastrukturfinanzierungsgesetz,“ eingefügt.“

Begründung:

Der Bund hat ein Sondervermögen für Infrastruktur und Klimaneutralität errichtet. Im Rahmen des Krankenhausreformatungsanpassungsgesetzes stellt der Bund die Finanzierung des Krankenhausreformationsfonds vollständig auf Mittel des Sondervermögens Infrastruktur und Klimaneutralität um und entlastet damit die gesetzliche Krankenversicherung.

Den Ländern wird aus dem Sondervermögen nach Artikel 143h Absatz 2 des Grundgesetzes ein Anteil von 100 Milliarden Euro für Investitionen in deren Infrastruktur überlassen. Das Nähere zur Umsetzung des Länderanteils am Sondervermögen wird mit dem am 9. Oktober 2025 vom Deutschen Bundestag beschlossenen Länder-und-Kommunal-Infrastrukturfinanzierungsgesetz (LuKIFG) geregelt. Nach § 3 Absatz 1 Nummer 3 LuKIFG werden die Mittel ausdrücklich auch für Sachinvestitionen in die Krankenhausinfrastruktur bereitgestellt. Dies erfasst grundsätzlich auch Sachinvestitionen in die in den nächsten Jahren besonders wichtigen Transformationsvorhaben aufgrund der Krankenhausreform.

Nach dem Länder-und-Kommunal-Infrastrukturfinanzierungsgesetz bestehen keine Einschränkungen bezüglich der Nutzung der Mittel des Sondervermögens für die Kofinanzierung bestehender Förderprogramme des Bundes. Nach der Gegenäußerung des BMF vom 21. Juli 2025 zu Ziffer 19 der Stellungnahme des Bundesrates zum Entwurf des Länder-und-Kommunal-Infrastrukturfinanzierungsgesetzes ist die vorhabenbezogene Nutzung von Mitteln des Länder-und-Kommunal-Infrastrukturfinanzierungsgesetzes auch für Maßnahmen des Krankenhausreformationsfonds möglich.

Mit diesem Antrag sollen die Regelungen zum Krankenhausreformationsfonds nach § 12b Krankenhausfinanzierungsgesetz und der Krankenhausreformationsfonds-Verordnung (KHTFV), die aus der Zeit vor der Errichtung des Sondervermögens stammen, angepasst werden, sodass auch dort die bislang bestehenden Einschränkungen für eine Nutzung des den Ländern überlassenen Anteils am Sondervermögen für die Finanzierung des jeweiligen Landesanteils an den Transformationsvorhaben wegfallen. Damit soll der Weg frei gemacht werden, damit auch die Länder die Mittel des Sondervermögens für die durch die Krankenhausreform ausgelösten Krankenhausinfrastrukturmaßnahmen nutzen können. Dies dient sowohl den Zielen des Sondervermögens als auch den Zielen der Krankenhausreform und führt zudem zu einer Vereinfachung und Flexibilisierung der Verfahren.

Die bereits im Gesetzentwurf der Bundesregierung vorgesehene Anpassung von § 2 Absatz 1 Satz 1 KHTFV wird mit Artikel 4 Nummer 1 Buchstabe a übernommen.

G
Fz46. Zu Artikel 2 Nummer 5 (§12b Absatz 4 Satz 4 KHG)

In Artikel 2 Nummer 5 § 12b Absatz 4 Satz 4 ist die Angabe „fordert die Fördermittel von dem jeweiligen Land zurück“ durch die Angabe „kann die Fördermittel von dem jeweiligen Land zurückfordern“ zu ersetzen.

Folgeänderung:

Artikel 4 Nummer 6 Buchstabe a ist zu streichen.

Begründung:

§ 12b Absatz 4 Satz 4 KHG-E führt zu einer Verschärfung hinsichtlich der Rückforderung von Fördermitteln, die künftig verpflichtend vorzunehmen wäre. In diesem Zusammenhang steht auch die Verschärfung des § 7 Absatz 2 Satz 1 KHTFV-E, in dem das Nähere zur Rückforderung von Fördermitteln geregelt wird. Künftig soll für acht unterschiedliche Rückforderungstatbestände eine Pflicht anstelle einer Ermessensentscheidung normiert werden, beispielsweise bei verzögertem Maßnahmebeginn. Das Land ist bei seinen Rückforderungsentscheidungen gegenüber den Krankenhausträgern dagegen stets gehalten, das Verhältnismäßigkeitsprinzip zu wahren und sachgerechte Ermessensentscheidungen unter Berücksichtigung der relevanten Umstände zu treffen. Auch das Verwaltungsverfahrensgesetz (VwVfG) und das Zehnte Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) sehen bei der nachträglichen Änderung von Verwaltungsakten, zum Beispiel aufgrund nicht (mehr) zweckentsprechender Verwendung von Geldleistungen, Ermessensentscheidungen vor, vgl. §§ 48, 49 VwVfG, §§ 45-47 SGB X. Durch die Verschärfung von § 12b Absatz 4 Satz 4 KHG-E und – in der Folge – § 7 Absatz 2 Satz 1 KHTFV-E bestünde die Gefahr, dass sich die Risiken und Lasten aus einer – eigentlich von Bund und den Ländern gemeinsam zu tragenden – Transformationsfonds-Förderung zu Lasten der Länder verschieben. Die für die Verschärfung angeführten Gründe, wie z. B. eine erhöhte Rückforderungsverantwortung des Bundes angesichts des Wechsels der Finanzierungssystematik oder eine effektive haushaltsrechtliche Kontrolle, überzeugen nicht, da diese Umstände im Rahmen der Ermessensausübung Berücksichtigung finden können.

G

47. Zu Artikel 2 Nummer 6 (§ 13 Satz 5 KHG)

In Artikel 2 Nummer 6 § 13 Satz 5 ist die Angabe „den Ersatzkassen anzustreben“ durch die Angabe „Ersatzkassen nicht erforderlich“ zu ersetzen.

Begründung:

Mit dieser Änderung wird der geänderten Finanzierung aus Mittel des Sondervermögens Rechnung getragen. Die zur Verfügung gestellten Mittel für den Bundesanteil stammen nicht mehr aus Beitragsmitteln der GKV, sondern werden vom Bund der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt. Insoweit bedarf es auch keines Einvernehmens, das seitens der Länder mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen anzustreben ist.

G 48. Zu Artikel 2 Nummer 7 Buchstabe c – neu – (§ 17b Absatz 4c Satz 6 – neu – KHG)

Nach Artikel 2 Nummer 7 Buchstabe b ist der folgende Buchstabe c einzufügen:

,c) Nach Satz 5 wird der folgende Satz eingefügt:

„Pflegepersonalkosten dürfen nur dann im Pflegebudget berücksichtigt werden, wenn das entsprechende Personal überwiegend Tätigkeiten der unmittelbaren Patientenversorgung in Sinne des § 17b Absatz 4a Satz 1 Nummer 1 bis 3 ausübt. Tätigkeiten, die nicht der unmittelbaren Patientenversorgung dienen, insbesondere hauswirtschaftliche, logistische, administrative oder technische Aufgaben sind unabhängig von der dienstlichen Zuordnung nicht als Pflegepersonalkosten im Sinne dieses Gesetzes anzuerkennen. Dies gilt auch dann, wenn solche Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen oder Pflegehilfskräfte erbracht werden. Eine Delegation pflegeferner Tätigkeiten auf Pflegepersonal darf nicht zur Erhöhung des Pflegebudgets führen.“ ‘

Begründung

Mit dieser Formulierung wird die Zweckbindung des Pflegebudgets klarstellend betont und die systematische Umverteilung pflegeferner Tätigkeiten auf das Pflegepersonal verhindert.

K 49. Zu Artikel 2 Nummer 8 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb – neu – (§ 37 Absatz 2 Satz 7 Nummer 2 KHG)

Artikel 2 Nummer 8 Buchstabe b ist durch den folgenden Buchstaben b zu ersetzen:

,b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 Nummer 2 < ... weiter wie Vorlage ... >

bb) Satz 7 Nummer 2 wird durch die folgende Nummer 2 ersetzt:

„2. die jeweils aktuellste Anzahl der mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergüteten Fälle des betreffenden Krankenhausstandorts, für die nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes Leistungsdaten übermittelt wurden, um mehr als 20 Prozent von der bei der jeweils vorangegangenen Ermittlung des in Satz 1 genannten Anteils berücksichtigten Anzahl der Fälle abweicht, wobei die 20 Prozent bei Krankenhäusern, die einen sehr hohen Leistungsanteil in der jeweiligen Leistungsgruppe im Land haben auf 10 Prozent reduziert wird und bei hochspezialisierten medizinischen Leistungsgruppen mit sehr geringen Fallzahlen bei Unterschreitung ausgesetzt wird, wobei für die an einer Leistungsverlagerung im Sinne des § 135f Absatz 1 Satz 2 oder Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beteiligten Krankenhausstandorte jeweils die von der Leistungsverlagerung betroffene Anzahl der Fälle erhöhend oder absenkend zu berücksichtigen ist.“

Begründung:

Der vorgesehen Fallzahlkorridor von plus/minus 20 Prozent bezogen auf das Vorjahr als Merkmal für die Veränderung des Vorhaltebudgets ist bei Leistungsgruppen mit besonders kleinen Fallzahlen und bei Krankenhäusern, die einen sehr hohen Anteil an Fällen in einer Leistungsgruppe im Land erbringen nicht sinnvoll. Bei den sehr kleinen Fallzahlen, z. B. bei Transplantationen, können bereits geringfügige Schwankungen von ein oder zwei Fällen ausreichen, um die 20 Prozent-Marke zu überschreiten. Hingegen muss ein Krankenhaus mit einem sehr hohen Anteil an einer Leistungsgruppe im jeweiligen Land absolut gesehen eine sehr große Fallzahlsteigerung erreichen, um die 20 Prozent-Marke zu überschreiten. Zum Ausgleich dieser Problemsituation wurde die entsprechende Anpassung erarbeitet.

G 50. Zu Artikel 2 Nummer 8 Buchstabe c1 – neu – (§ 37 Absatz 4 Satz 1 und Satz 1a – neu – KHG)

Nach Artikel 2 Nummer 8 Buchstabe c ist der folgende Buchstabe c1 einzufügen:

,c1) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „für das Folgejahr“ durch die Angabe „für das aktuelle Jahr“ ersetzt.

bb) Nach Satz 1 wird der folgende Satz eingefügt:

„Die Erhöhung des Vorhaltevolumens im aktuellen Jahr ist mit dem Ansatz im Folgejahr zu verrechnen.“ ‘

Begründung

Nach § 37 Absatz 1 Satz 2 KHG ermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) bis zum 30. November eines Jahres das Vorhaltevolumen des Folgejahres für ein Bundesland.

Gemäß § 37 Absatz 1 Satz 3 KHG wird dieses errechnete Landesvorhaltevolumen für dieses Jahr auf Leistungsgruppen nach dem Verhältnis der Summe der Vorhaltungsrelationen derjenigen Krankenhaussfälle in dem jeweiligen Land, in denen Leistungen aus der jeweiligen Leistungsgruppe erbracht wurden und der Summe aller Vorhaltungsrelationen des jeweiligen Landes bis zum 10. Dezember des Jahres aufgeteilt. Dieser errechnete Schlüssel gilt für das komplette Jahr.

Eine unterjährige Datenmeldung mit unterjähriger Berechnung eines zusätzlichen Vorhaltevolumens ist in § 37 KHG nicht implementiert. Lediglich eine Berechnung für einen unterjährigen Entfall von Leistungen ist gesetzlich geplant (zum Beispiel wegen des Entzugs einer Leistungsgruppe bei Nicht-Erfüllung der Qualitätskriterien). Es wird auch keine „Reserve“ an Vorhaltevolumen für neue Leistungsgruppen zurückgehalten. Hier liegt aktuell eine gesetzliche Regelungslücke vor.

Aus der bestehenden Systematik ergibt sich die Problemlage, dass das Vorhaltebudget eines Landes schon mit dem Beginn des Jahres anhand der bis zum 30. November des Vorjahres gemeldeten Daten komplett verteilt ist und insofern keine Ressourcen für die neuen, unterjährig in Betrieb gehenden Leistungen zur Verfügung stehen.

Der geltende Berechnungsgrundsatz erfasst nicht die Notwendigkeit unterjähriger Anpassungen zusätzlicher Leistungsgruppen. § 37 Absatz 4 Satz 1 KHG in Verbindung mit § 6a Absatz 6 Nummer 2 oder Nummer 3 KHG lässt bei unterjährigen Erhöhungen von Leistungsgruppen nur eine Erhöhung in der betroffenen Leistungsgruppe oder in den betroffenen Leistungsgruppen eines Landes für das Folgejahr zu. Erbrachte Leistungen innerhalb einer Leistungs-

gruppe im aktuellen Jahr wären für die Einrichtung oder das Land daher nicht im Vorhaltebudget berücksichtigungsfähig.

Um die Aufnahme unterjährig und damit die Abrechnungsmöglichkeit der Leistungen für die betroffenen Einrichtungen abzusichern, sollte das KHG diese Situation rechtlich absichern.

Zwar besteht gemäß § 6a Absatz 6 KHG die Möglichkeit, für die Landesbehörden durch entsprechende unterjährige Zuweisung der Leistungsgruppen im Vorjahr diesen Prozess zu steuern, die Erfahrungen aus der Praxis und insbesondere im aktuell durchgeführten Leistungsgruppenantragsverfahren belegen jedoch, dass die Anträge einzelner Krankenhäuser sehr kurzfristiger Überarbeitungen bedürfen, die dann unter die Jährlichkeit fallen könnten. Zur Sicherstellung der optimalen Versorgung der Bevölkerung sind in diesen Fällen sehr kurzfristige Leistungsgruppenzuweisungen notwendig, die die beschriebenen Folgen nach sich ziehen.

Das InEK müsste hier das anteilige Vorhaltevolumen für diese Leistungsgruppen und den verbleibenden unterjährigen Zeitraum unter Einbeziehung der neuen Leistungsgruppenzuweisung berechnen und zuweisen können. Hierfür ist notwendig, dass die betroffenen Leistungsgruppen für das gesamte Bundesland mit den unterjährigen Anteilen der neuen Leistungsgruppen berechnet werden, damit der der neu zugewiesenen Leistungsgruppe zustehende eigentliche Anteil des Vorhaltevolumens für den Zeitraum ab der Inbetriebnahme bestimmt werden kann.

Ab dem Zeitpunkt der unterjährigen Leistungsgruppenzuweisung könnte diese im Vorhaltebudget des Landes und der Einrichtung Berücksichtigung finden.

Da alle anderen Krankenhäuser bereits per Bescheid zum 10. Dezember des Vorjahres ihren Anteil an der Vorhaltevergütung vom InEK aufgrund der von ihnen gemeldeten Daten mitgeteilt bekommen haben und das Volumen des Landes damit erschöpft ist, kann der Anteil, der nach der Neuberechnung des Vorhaltevolumens durch das InEK zu hoch ist, nicht unterjährig angepasst werden. Deswegen wird das Vorhaltevolumen des Landes in diesem Jahr in den betroffenen Leistungsgruppen um den Anteil der unterjährig neuen Leistungsgruppen überzahlt.

Zur Vermeidung eines aufwendigen Ausgleichsverfahrens für die Überzahlung dieser Anteile, könnte das InEK für das Folgejahr in den betroffenen Leistungsgruppen eine Reduzierung des Vorhaltevolumens um die im Vorjahr überzahlten Anteile vornehmen.

Das KHG trägt dem unterjährigen Anpassungsgedanken bei der beabsichtigten unterjährigen Anpassungsmöglichkeit entfallener Leistungsgruppen Rechnung, so dass auch eine unterjährige Anpassungsmöglichkeit bei der Berücksichtigung zusätzlicher Leistungsgruppen logisch erscheint.

K 51. Zu Artikel 2 Nummer 9 Buchstabe b Doppelbuchstabe cc – neu – (§ 38 Absatz 2 Satz 4 – neu – KHG)

Nach Artikel 2 Nummer 9 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb ist der folgende Doppelbuchstabe cc einzufügen:

,cc. Nach Satz 3 wird der folgende Satz eingefügt:

„Abweichend von Satz 1 teilt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für das Kalenderjahr 2027 die Gesamtsumme in Höhe von 75 Millionen Euro für die speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken auf die in § 108 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten zugelassenen Krankenhäuser anhand des jeweiligen Anteils des Casemixes des Jahres 2025 an der Gesamtsumme des Casemixes des Jahres 2025 der nach § 108 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten zugelassenen Krankenhäuser auf; die Auszahlung erfolgt als vollständig ausgleichender Zuschlag nach § 17b Absatz 1a. ‘

Begründung:

Die wirtschaftliche Situation der Hochschulkliniken ist bereits seit vielen Jahren prekär und verschlechtert sich laufend. Ein Grund hierfür ist unter anderem, dass die speziellen Vorhaltungen von Hochschulkliniken bisher nicht ausreichend finanziert werden. Mit dem Zuschlag i. H. v. 75 Mio. Euro sollen diese spezielle Vorhaltekosten anerkannt und kompensiert werden.

Die mit dem Gesetzentwurf vorgesehene Verschiebung wird die wirtschaftliche Situation der Hochschulkliniken weiter verschärfen, da die Vorhaltekosten bereits anfallen.

Mit der Ergänzung wird die Verschiebung verhindert und für das Jahr 2027 einmalig anhand von bestehenden Parametern vorgenommen. Diese Verteilung ist dabei für alle Beteiligten bürokratiearm umsetzbar.

G 52. Zu Artikel 2 Nummer 11 (§ 40 KHG)

Artikel 2 Nummer 11 ist durch die folgende Nummer 11 zu ersetzen:

„11. § 40 wird gestrichen.“

Folgeänderung:

Artikel 3 Nummer 8 Buchstabe a § 8 Absatz 4 Satz 6 ist zu streichen.

Begründung:

§ 40 KHG enthält systemwidrig – und nicht evidenzbasiert – weitere Mindestmengen und ist allein deshalb zu streichen. Darüber hinaus wird gerade in dünner besiedelten Flächenländern die Versorgung in diesem hochsensiblen Bereich gefährdet, da potenziell viele Versorger gleichzeitig (aufgrund des Abrechnungsverbots) die Versorgung einstellen werden und keine ausreichenden Versorgungsalternativen zur Verfügung stehen. Die Erhöhung beziehungsweise Schaffung von Wartezeiten ist im Bereich onkologischer Leistungen unbedingt zu vermeiden. § 40 KHG ist deshalb zu streichen.

Bei der Änderung in Artikel 3 handelt sich um eine Folgeänderung zur Streichung von § 40 KHG.

G 53. Zu Artikel 2 und Artikel 3 (Vorhaltevergütung)

- a) Der Bundesrat begrüßt die Verschiebung der Vorhaltevergütung um ein Jahr verbunden mit der Einführung eines „budgetneutralen“ ersten Jahres.
- b) Auch das mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) und dem vorliegenden Gesetzentwurf verfolgte Ziel, die Vorhaltung notwendiger Strukturen zu sichern, stellt sich nach seinem Grundgedanken als zielführend dar. Gleichwohl hält das vorgesehene System der Vorhaltevergütung den erheblichen ökonomischen Druck mit neuen Anreizen zu Fehl- und Minderleistungen aufrecht. Durch die Berechnungsmethodik wird zudem ein starkes Ungleichgewicht zwischen den Leistungsgruppen gefördert. Der ökonomische Druck, nur „lukrative“ Leistungsgruppen zugewiesen zu bekommen, wird dadurch gefördert, anstatt durch Entökonomisierung eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen. Zu Recht betont daher der Koalitionsvertrag, dass eine qualitative, bedarfsgerechte und praxistaugliche Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen des KHVVG notwendig ist.
- c) Der Bundesrat stellt fest, dass abgesehen von der generellen Verschiebung der Vorhaltevergütung keine Anpassungen der Regelungen zur Vorhaltevergütung im vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehen sind. Daher muss nun die im Gesetzentwurf vorgesehene „budgetneutrale“ Phase, mit der die Krankenhäuser erstmalig eine unverbindliche Information über die Höhe des Vorhaltevolumens erhalten, sowie die Konvergenzphase konsequent genutzt werden, um die Wirkung der Vorhaltevergütung zu überprüfen und die bestehenden Regelungen anzupassen und nachzujustieren.

- d) Der Bundesrat fordert, im weiteren Verfahren die Vorhaltevergütung konzeptionell zu überarbeiten, um die angestrebten Ziele erreichen zu können. Hierfür muss die Vorhaltevergütung weitgehend unabhängig von dem Umfang der Leistungserbringung errechnet werden und insbesondere die notwendigen tatsächlichen Kosten der Krankenhäuser stärker in den Blick genommen werden. Zudem sind Mehrausgaben der Krankenhäuser infolge bundesseitig neu vorgegebener Qualitätsvorgaben bei der Bemessung der Vorhaltevergütung zusätzlich zu berücksichtigen. Gleiches gilt für unterjährige Änderungen des Leistungsinhalts oder des Leistungsumfangs mit Auswirkungen auf die ermittelten Vorhaltevolumina, etwa bei Ausweitung der Leistungen infolge der Schließung oder Leistungsreduzierung anderer Standorte oder bei unterjähriger Zuerkennung neuer Leistungsgruppen; in diesen Fällen sind die zugebilligten Vorhaltebudgets unterjährig anzupassen.

G 54. Zu Artikel 3 Nummer 4 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb – neu – (§ 4 Absatz 2a Satz 2a – neu – bis Satz 2c – neu – KHEntgG)

Artikel 3 Nummer 4 Buchstabe b ist durch den folgenden Buchstaben b zu ersetzen:

,b) Absatz 2a wird wie folgt geändert:

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

bb) Nach Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Diese Regelung gilt nicht für ein Krankenhaus, das im Rahmen von Konzentrationsprozessen die mit Fallpauschalen bewerteten Leistungen von einem anderen Krankenhaus oder anderen Krankenhäusern übernimmt. Die Aussetzung des Fixkostendegressionsabschlags ist in diesem Fall auf die Menge der mit Fallpauschalen bewerteten Leistungen begrenzt, die mit dem die Leistung abgebenden Krankenhaus im Erlösbudget vereinbart wurde. Abgabe und Aufnahme der Leistungen ist durch eine Entgeltvereinbarung zu regeln.“ ‘

Begründung

Im Rahmen der Konzentration von Krankenhausleistungen auf einzelne Krankenhäuser kann es zu dem Effekt kommen, dass in den Einrichtungen in denen

diese Leistungen konzentriert werden, aufgrund der dort entstehenden Mengeneffekte die zusätzlichen Leistungen zumindest teilweise dem Fixkostendegressionsabschlag unterfallen. Durch den Ergänzungsvorschlag können die Krankenhäuser, die im Rahmen eines Konzentrationsprozesses durch die Übernahme von Leistungen zumindest teilweise dem Fixkostendegressionsabschlag unterfallen, von der Regelung des Fixkostendegressionsabschlags für diese Mengeneffekte in Höhe der mit dem die Leistung abgebenden Krankenhaus vereinbarten Fallmenge ausgenommen werden.

G 55. Zu Artikel 3 Nummer 6 Buchstabe a (§ 6b Absatz 1 Satz 1a – neu – KHEntgG)

In Artikel 3 Nummer 6 Buchstabe a § 6b Absatz 1 ist nach Satz 1 der folgende 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 zum 31. Dezember 2030, auch wenn die Mindestvorhaltezah nach § 135f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht erreicht wurde.“

Begründung:

Die vorgeschlagene Regelung sieht vor, dass Krankenhäuser mit zugewiesenen Leistungsgruppen – bis zum Ende der Konvergenzphase – Anspruch auf eine Vorhaltevergütung für diese zugewiesenen Leistungsgruppen haben, auch wenn die Mindestvorhaltezah nicht erreicht wird. Damit wird die Rechtswirkung der (Unterschreitung von) Mindestvorhaltezahlen bis zum Ende der Konvergenzphase hinausgeschoben. Dies ermöglicht es, die Auswirkung zunächst zu beobachten beziehungsweise zu erproben, ohne dass es die Krankenhäuser in der Phase der Umstellung schon belastet.

Die in § 6b Absatz 2 KHEntgG-E vorgesehene Ausnahmemöglichkeit reicht im Übrigen nicht aus und ist – da jeweils entsprechende Bescheide zu erlassen sind – nicht praktikabel.

G 56. Zu Artikel 3 Nummer 10 Buchstabe b – neu – (§ 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 KHEntG) und Buchstabe c – neu – (§ 10 Absatz 4 Satz 3 KHEntG)

Artikel 3 Nummer 10 ist durch die folgende Nummer 10 zu ersetzen:

„10. § 10 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird < ... weiter wie Vorlage ... >
- b) Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 wird durch die folgende Nummer 4 ersetzt:
„4. erhöhend die Berücksichtigung von Leistungsrückgängen (Fallzahl und Schweregrade) unter Berücksichtigung der Höhe des geschätzten Anteils der variablen Kosten an den Fallpauschalen, soweit nicht finanzierte Kostenbestandteile bei Leistungssteigerungen bis zum Jahr 2016 nicht durch Anwendung von Absatz 8 ausgeglichen wurden,“
- c) Absatz 4 Satz 3 wird durch den folgenden Satz ersetzt:
„Abweichend von Satz 1 ist bei Anwendung von Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 eine Überschreitung der sich bei Anwendung des Veränderungswerts nach § 9 Absatz 1b Satz 1 ergebenden Veränderung des Basisfallwerts zulässig.“
- d) Absatz 6 wird < ... weiter wie Vorlage ... >‘

Begründung zu den Buchstaben b und c:

In der Vergangenheit wurden Krankenhäuser bei Leistungssteigerungen nur die variablen Kosten erstattet. In einigen Regionen hat sich dieser Effekt deutlich gezeigt. Zum Teil wurde der Effekt durch Regelungen gemildert oder ausgeschlossen. Bei Leistungsabsenkungen wurde dies jedoch nicht berücksichtigt. Während Leistungssteigerungen zu einer Vergütungssteigerung von etwa 2 400 Euro je Fall führten, wurden bei Leistungsabsenkungen rund 4 400 Euro abgezogen. Das belastet die wirtschaftliche Grundlage der Kliniken.

K 57. Zu Artikel 3 Nummer 10 Buchstabe c – neu – (§ 10 Absatz 13 – neu – KHEntgG)

Nach Artikel 3 Nummer 10 Buchstabe b ist der folgende Buchstabe c einzufügen:

,c) Nach Absatz 12 wird der folgende Absatz 13 eingefügt:

„(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 4 Prozent für die Jahre 2024 und 2025 vorgenommen.“ “

Begründung:

Die Inflation ist in den letzten Jahren deutlich angestiegen und hat zu erheblichen Preissteigerungen geführt. Die Inflationsraten lagen für die vergangenen Jahre höher als die tatsächliche Steigerung der Krankenhauserlöse über die vorgenommene Anpassung der Landesbasisfallwerte. Aus diesem Grund sieht der Bund mit dem Haushaltsbegleitgesetz 2025 einmalige Ausgleichszahlungen für Sofort-Transformationskosten der Krankenhäuser in Form eines zeitlich begrenzten Rechnungszuschlags vor. Damit werden die Kostensteigerungen zwar pauschal abgegolten, die grundsätzliche Problematik jedoch nicht gelöst. Daher ist es dringend notwendig, diese Preissteigerungen weitgehend auszugleichen, um künftig auf dieser 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 2026 im Sinne eines Inflationsausgleichs in Höhe von plus 4 Prozent insgesamt für die Jahre 2024 und 2025 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.

G 58. Zu Artikel 3 Nummer 11a – neu – (§ 13 Absatz 3 KHEntgG) und Artikel 6 Nummer 2a – neu – (§ 13 Absatz 3 BPflV)

a) Nach Artikel 3 Nummer 11 ist die folgende Nummer 11 a einzufügen:

„11a. § 13 Absatz 3 wird gestrichen.“

b) Nach Artikel 6 Nummer 2 ist die folgende Nummer 2a einzufügen:

„2a. § 13 Absatz 3 wird gestrichen.“

Begründung

Aktuell ist nicht absehbar, wie sich die Gesetzesänderungen auf die Einigungsmöglichkeiten der Vertragspartner auswirken und in welchem Umfang es zu Schiedsstellenentscheidungen kommen wird.

Es ist zu vermuten, dass die neuen Regelungen zu erheblichem Diskussionsbedarf zwischen den Vertragspartnern führen werden, die erheblichen Schiedsstellenentscheidungsbedarf auslösen können.

In diesem Kontext werden die Schiedsstellen voraussichtlich die in der Norm geregelte 6-Wochen-Frist nicht einhalten können, die vermeidbaren zeitlichen Entscheidungsdruck bei den Schiedsstellen aufbaut. Darüber hinaus ist auch momentan nicht prognostizierbar, welchen Abstimmungsbedarf es zeitlich in den Schiedsstellenverfahren geben wird.

§ 13 Absatz 3 KHEntgG und § 13 Absatz 3 BPflV regeln das Verfahren abschließend. Der Zeitdruck der durch die Regelungen in den Absätzen 3 aufgebaut wird, ist unnötig und vermeidbar.

G
Entfällt
bei An-
nahme
von
Ziffer 45

59. Zu Artikel 4 Nummer 1 Buchstabe b – neu – (§ 2 Absatz 1 Satz 3 Halbsatz 2 KHTFV)

Artikel 4 Nummer 1 ist durch die folgende Nummer 1 zu ersetzen:

,1. § 2 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird < ... weiter wie Vorlage ... >
- b) In Satz 3 wird die Angabe „sowie Förderprogramme der Länder.“ durch die Angabe „ , die Förderprogramme der Länder sowie Programme mit Mitteln aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität.“ ersetzt.

Begründung:

Mit dieser vorgeschlagenen Änderung erfolgt die notwendige Klarstellung zur Förderfähigkeit von Vorhaben, die aus anderen Gesetzen und Förderprogrammen gefördert werden, vor dem Hintergrund der geänderten Finanzierung aus Mitteln des Sondervermögens Infrastruktur und Klimaneutralität.

G 60. Zu Artikel 4 Nummer 2 Buchstabe c (§ 3 Absatz 4 Satz 1 KHTFV)

In Artikel 4 Nummer 2 Buchstabe c § 3 Absatz 4 ist Satz 1 durch den folgenden Satz zu ersetzen:

„Förderfähig sind wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen, abweichend von § 5 Absatz 1 Nummer 1 auch soweit Hochschulkliniken an diesen Vorhaben beteiligt sind.“

Folgeänderung

Artikel 4 Nummer 3 Buchstabe d Doppelbuchstabe aa ist zu streichen.

Begründung:

Die korrespondierende Rechtsgrundlage (der dazugehörige Fördertatbestand) wird in § 12b KHG-E definiert. Dort ist geregelt, dass „Vorhaben zur Bildung

von Zentren ...“ gefördert werden können. Der Ausbau ist danach nicht förderfähig. Mit der Streichung wird eine unzulässige Erweiterung des Fördertatbestandes im Rahmen der KHTFV verhindert.

G
Fz

61. Zu Artikel 4 Nummer 3 Buchstabe b Doppelbuchstabe cc Dreifachbuchstabe aaa – neu – (§ 4 Absatz 2 Nummer 6 KHTFV)

Artikel 4 Nummer 3 Buchstabe b Doppelbuchstabe cc ist durch den folgenden Doppelbuchstaben cc zu ersetzen:

,cc) In Nummer 6 wird jeweils die Angabe „nach § 9 Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ gestrichen und die Angabe „§ 12b Absatz 3 Satz 4“ wird durch die Angabe „§ 12b Absatz 3 Satz 3“ ersetzt.‘

Begründung:

Der Gesetzesentwurf beinhaltet eine erhebliche Ausweitung der Fördertatbestände des Transformationsfonds für die Hochschulkliniken. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen, macht aber eine Anpassung bei § 4 Absatz 2 Nummer 6 KHTFV erforderlich. Hintergrund ist, dass die Länder auch für diese Projekte die Kofinanzierung nach § 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 KHG zu leisten haben und im Rahmen des Antragsverfahrens entsprechende Nachweise nach § 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 KHG zu erbringen sind. Die Fördermittel nach § 9 KHG stehen nur für Plankrankenhäuser zur Verfügung. Die Festlegung in § 4 Absatz 2 Nummer 6 KHTFV, wonach die Verpflichtung nach § 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 KHG durch Haushaltsmittel für die Investitionskostenförderung „nach § 9 Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ nachzuweisen ist, ist infolge der weitreichenden Einbeziehung von Hochschulkliniken zu streichen. Denn die Haushaltsmittel für die Landes-Kofinanzierung für Vorhaben an Hochschulkliniken nach § 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 KHG unterfallen nicht § 9 Absatz 1 KHG. Die Verpflichtung nach § 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 KHG wird aber auch durch die Bereitstellung von Haushaltsmitteln für die Kofinanzierung für förderfähige Vorhaben an Hochschulkliniken erfüllt, wie es auch bereits beim Krankenhausstrukturfonds nach § 12a KHG (KHSF) und dem Krankenhauszukunftsfonds nach § 14a KHG (KHZF) der Fall war.

G

62. Zu Artikel 4 Nummer 3 Buchstabe c Doppelbuchstabe bb – neu – (§ 4 Absatz 3 Satz 3a – neu – KHTFV)

Artikel 4 Nummer 3 Buchstabe c ist durch den folgenden Buchstaben c zu ersetzen:

,c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Nummer 2 wird < ... weiter wie Vorlage ... >.

bb) Nach Satz 3 wird der folgende Satz eingefügt:

„Soweit ein Vorhaben die bereits eingeleiteten Konzentrationsprozesse der Länder fortentwickelt oder stabilisiert, um die flächendeckende und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung sicherzustellen, gilt dies nicht als Beginn der Umsetzung eines in § 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Vorhabens.“ ‘

Begründung:

Zu Doppelbuchstabe aa:

Entspricht der Vorlage.

Zu Doppelbuchstabe bb:

Als zentrales Finanzierungsinstrument der Krankenhausreform bedarf es auch bei dem derzeitig strikten Maßnahmenbeginn nicht vor dem 1. Juli 2025 einer Änderung. Soweit Krankenhäuser bereits die von der Krankenhausreform geforderte und durch den Krankenhaustransformationsfonds finanzierte Konzentration vor dem 1. Juli 2025 angestoßen haben, können diese Vorhaben bei restriktivem Verständnis des Wortlauts nicht gefördert werden. Die betrifft insbesondere die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser, und somit rund ein Drittel aller Krankenhäuser. Insoweit bedarf es hier einer Klarstellung, dass bereits eingeleitete Konzentrationsprozesse der Länder (z. B. vollzogene Fusionen), die später durch bauliche Maßnahmen fortentwickelt oder stabilisiert werden sollen, nicht als Maßnahmenbeginn gelten.

G 63. Zu Artikel 4 Nummer 5 Buchstabe a (§ 6 Absatz 2 Satz 4 KHTEFV)

In Artikel 4 Nummer 5 Buchstabe a § 6 Absatz 2 Satz 4 ist die Angabe „sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen“ zu streichen.

Begründung:

Mit dieser Änderung werden die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen aus dem Adressatenkreis der Prüfungsbemerkungen der obersten Rechnungsprüfungsbehörde der Länder gestrichen. Dies folgt aus der geänderten Finanzierung, nach der der Bund Mittel aus dem Sondervermögen in die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds einzahlt. Damit werden keine Mittel der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler mehr zur Finanzierung verwendet.

Die Mitteilung von Prüfungsbemerkungen an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen ist daher obsolet.

G 64. Zu Artikel 5 Nummer 1 (§ 186a Absatz 1 Satz 2 und Satz 2a – neu-, Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 GWB)

Artikel 5 Nummer 1 § 186a ist wie folgt zu ändern:

a) Absatz 1 ist wie folgt zu ändern:

aa) Satz 2 ist durch den folgenden Satz zu ersetzen:

„Die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde auf Antrag nach Satz 1 erteilte Erforderlichkeitsbestätigung erstreckt sich nur auf Zusammenschlüsse der betroffenen Krankenhäuser im Sinne des § 107 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder medizinische Fachbereiche, soweit Leistungen im Sinne des § 39 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erbracht werden.“

bb) Nach Satz 2 ist der folgende Satz einzufügen:

„Der Erteilung der Erforderlichkeitsbestätigung nach Satz 1 steht nicht entgegen, dass an den betroffenen Krankenhäusern auch ambulante ärztliche Leistungen erbracht werden.“

b) Absatz 3 Nummer 2 ist durch die folgende Nummer 2 zu ersetzen:

„2. in den Fällen, in denen die Erforderlichkeitsbestätigung erteilt wurde und von dieser die ambulanten vertragsärztlichen Leistungen nicht umfasst sind.“

Begründung:

Mit dieser Änderung wird eine wieder gut verständliche und an den Zwecken der Krankenhausreform ausgerichteten Ausnahmeregelung auch unter Berücksichtigung des notwendigen Klarstellungsbedarfs zum Verfahren eingeführt. Zum einen wird der wenig transparente Begriff des Marktes wieder gestrichen sowie eine deutliche Abgrenzung und Klarstellung aufgenommen, dass die Erbringung ambulanter ärztlicher Leistungen einer Erforderlichkeitsbestätigung nach dieser Norm nicht entgegensteht.

G 65. Zu Artikel 5 Nummer 1 (§ 186a Absatz 2 Satz 1 GWB)

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, wie hinsichtlich der Veröffentlichungspflichten nach § 186a Absatz 2 Satz 1 GWB klargestellt werden kann, dass nicht die Veröffentlichung des vollständigen Antrags oder der vollständigen Entscheidung erforderlich ist, sondern lediglich welche Zusammenschlussbeteiligten einen entsprechenden Antrag gestellt haben sowie ob die Bestätigung erteilt oder abgelehnt wurde.

Begründung:

Sowohl die Anträge auf Erteilung der Erforderlichkeitsbestätigung nach § 187a Absatz 1 Satz 1 GWB als auch die Entscheidung hierüber enthalten in den überwiegenden Fällen Betriebsgeheimnisse, weswegen deren Veröffentlichung gegen den Willen der Zusammenschlussbeteiligten nur unter erheblichem Anonymisierungsaufwand bewerkstelligt werden könnte. Um die Interessen Dritter zu wahren, ist zudem eine Volltext-Veröffentlichung nicht notwendig. Dritte können bereits aus der Tatsache, dass bestimmte Zusammenschlussbeteiligte einen Antrag gestellt haben und aus der Tatsache, dass dieser Antrag bestätigt bzw. abgelehnt wurde, den wesentlichen Sachverhalt erkennen und ihre Interessen entsprechend vertreten.

G 66. Zu Artikel 6 Nummer 01 – neu – (§ 3 Absatz 3 Satz 13 – neu – und Satz 14 – neu – BPflV)

Vor Artikel 6 Nummer 1 ist die folgende Nummer 01 einzufügen:

,01. Nach § 3 Absatz 3 Satz 12 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Auf Verlangen des Krankenhauses sind für den Vereinbarungszeitraum 2026 die Personalkosten des gesamten therapeutischen Personals in Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen zu vereinbaren. Eine Begrenzung nach Satz 5 gilt insoweit für den Vereinbarungszeitraum 2026 nicht.“

Begründung:

Das Bundesverwaltungsgericht hat in seinem Urteil vom 10. April 2025 (Az. BVerwG 3 C 11.23) abschließend festgestellt, dass die Berücksichtigung der Personalkosten des therapeutischen Bestandspersonals unter § 3 Absatz 3 Satz 4 Nummer 5 BPflV nicht zulässig ist.

Folge ist nun, dass die bis zur Einführung der Personalmindestanforderungen gemäß § 136a Absatz 2 SGB V vereinbarten Personalkosten nicht über die Obergrenze hinaus erhöht werden können, um die bis dahin auf Grund der lediglich anteiligen Finanzierung von Tarifsteigerungen über viele Jahr entstandene Finanzierungslücke („Tarifschere“) zu schließen. Eine Kompensation dieser Finanzierungslücke im Rahmen der Personalplanung ist nun seit Einführung der Personalmindestanforderungen nicht mehr möglich. Zum 1. Januar 2026 werden die Krankenhäuser empfindliche finanzielle Sanktionen des G-BA treffen, wenn sie die erforderlichen Mindestanforderungen nicht erfüllen.

Es ist zu befürchten, dass die Krankenhäuser dies durch eine Reduktion des Behandlungsangebots zu vermeiden suchen. Um dem entgegenzuwirken sollte die Möglichkeit eröffnet werden, die Effekte der „Tarifschere“ aus der Vergangenheit einmalig mit der Budgetvereinbarung für das Jahr 2026 zu korrigieren.

G 67. Zu Artikel 6 Nummer 2a – neu – (§ 13 Absatz 3 BPflV)

Nach Artikel 6 Nummer 2 ist die folgende Nummer 2a einzufügen:

„2a. § 13 Absatz 3 wird gestrichen.“

Begründung:

Die Durchführung der durch die Schiedsstelle zu eröffnenden Schiedsstellenverfahren (sogenannter Schiedsstellenautomatismus) begegnet erheblichen praktischen Bedenken.

Grundvoraussetzung für das Eingreifen der Vorgaben des § 13 Absatz 3 BPflV ist das Vorliegen der Budgetvereinbarungen bis einschließlich des Jahres 2025. Aufgrund der Vielzahl an noch ausstehenden Budgetabschlüssen (Vereinbarungsstau) dürfte aufgrund begrenzter Kapazitäten sowohl bei den Kostenträgern und Krankenhäusern als auch bei den Schiedsstellen der Stichtag 31. Juli 2026 in vielen Fällen länderübergreifend unerreichbar sein.

Auch lassen die praktischen Erfahrungen mit den maßgebenden Bewertungsparametern für den Inhalt von Budgetabschlüssen eine Umsetzbarkeit in Frage stellen. Beispielsweise wurde der InEK-Fallpauschalenkatalog in den letzten Jahren oft erst im November veröffentlicht, auch wurde der Landesbasisfallwert teilweise erst im Januar oder Februar vereinbart.

Daneben zeigt der über mittlerweile gut zwei Jahrzehnte praktizierte Ablauf von Schiedsstellenverfahren, dass eine Entscheidung der Schiedsstelle innerhalb von sechs Wochen schon derzeit die absolute Ausnahme ist. Kommt es durch den Schiedsstellenautomatismus zu mehreren Verfahren gleichzeitig, kann noch weniger davon ausgegangen werden, dass Schiedsstellenverhandlungen und -entscheidungen innerhalb der vorgegebenen Frist erfolgen (Gefahr eines Verfahrensstaus).

Den Vertragsparteien muss zunächst Gelegenheit gegeben werden, ihre gegenteiligen, noch strittigen Positionen darzulegen. Die Auseinandersetzungen der Vertragsparteien, die zur Nichteinigung führen, beruhen auf Auslegungsdifferenzen bei vergütungsrelevanten Vorschriften des Krankenhausvergütungsrechts. Es geht also um Rechtsfragen, die von den Schiedsstellen zu entscheiden sind und bei denen den Vertragsparteien hinreichendes rechtliches Gehör zu gewähren ist. Der Austausch der Schriftsätze sowie die Vorbereitung der Schiedsverhandlungen auf der Grundlage dieser Schriftsätze, ist in sechs Wochen selbst bei nur einem Verfahren aufgrund dieser Komplexität kaum zu schaffen.

Im Ergebnis dürfte der sogenannte Schiedsstellenautomatismus gepaart mit den besonderen Verfahrensvorgaben in den § 13 Absatz 3 Satz 2 und 3 BPflV insgesamt zu einer Verlagerung der Auseinandersetzungen der Vertragsparteien auf die Verwaltungsgerichtsebene führen (Gefahr der Häufung langwieriger Verwaltungsrechtsstreitigkeiten).

G 68. Zu Artikel 7 (§ 53d Absatz 4 SGB XI)

Artikel 7 ist zu streichen.

Begründung:

Der Medizinische Dienst Bund erlässt nach § 283 Absatz 2 SGB V Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste. Der Medizinische Dienst Bund wird durch die geplante Ergänzung des § 283 Absatz 2 Satz 3 SGB V-E ermächtigt, Vorgaben für die Medizinischen Dienste festzulegen zu Ablauf beziehungsweise Prozessen zur Umsetzung dieser Richtlinien, einerseits hinsichtlich „digitaler Prozesse“ sowie andererseits auch allgemein hinsichtlich „einheitlicher Prozesse“ zur Umsetzung. Diese Vorgaben wären dann verbindlich für alle Medizinischen Dienste. Aus der Begründung ist ersichtlich, dass Prozesse der Ablauforganisation bei den sozialmedizinischen Begutachtungen vorgegeben werden sollen, sowie auch Prozesse der Datenverarbeitung und -übertragung.

Diese Befugniserweiterung für den Medizinischen Dienst Bund stellt einen Eingriff in die Selbstverwaltungshoheit der Medizinischen Dienste der Länder dar. Es können durch den Medizinischen Dienst Bund nunmehr verbindliche Vorgaben zu Organisation, Abläufen, Nutzung digitaler Datenverarbeitungs- und -übertragungssysteme gemacht werden, die mit Blick auf die föderale Struktur der Medizinischen Dienste und deren Rechtsform als selbstverwaltende Körperschaften des öffentlichen Rechts in deren eigene Organisationshoheit fallen.

Vorgaben zu einheitlichen und digitalen Prozessen werden zudem nicht benötigt: Die Medizinischen Dienste haben auch ohne die angedachten Vorgaben selbst die Digitalisierung ihrer Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche bereits vorangetrieben, es gibt die einheitliche Branchensoftware der MD IT GmbH und

es gibt keinen Anhaltspunkt, dass die Medizinischen Dienste ihre internen Abläufe und Prozesse nicht selbst effizient betreiben und weiterentwickeln würden. Die geplante Änderung bedeutet zusätzliche Bürokratie und birgt das Risiko eines Rückschritts in der Arbeitsfähigkeit der Medizinischen Dienste.

G 69. Zum Anhang (zu Artikel 1 Nummer 15) Anlage 1 (zu § 135e SGB V)

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, ob im Anhang zu Artikel 1 Nummer 15 die Anlage 1 wie folgt angepasst werden kann:

- a) Die Überschrift der Spalte „Personelle Ausstattung“ in „Fachärztliche Ausstattung“ zu ändern.
- b) In der Spalte „Sachliche Ausstattung“ die Anforderung Elektrokardiographie (EKG) zu streichen.
- c) In der Spalte „Sachliche Ausstattung“ die Anforderungen Sonografie und Sonographiegerät zu vereinheitlichen.
- d) In der Spalte „Sachliche Ausstattung“ eine Klarstellung hinsichtlich der Angaben zur zeitlichen Verfügbarkeit vorzunehmen.
- e) In der Spalte „Sachliche Ausstattung“ die Angaben zur Laborausstattung („Basislabor“, „Notfalllabor“, „Point-of-Care-Laboranalytik (PoC)“) zu konkretisieren.
- f) In der Spalte „Sachliche Ausstattung“ klarzustellen, dass radiologische Leistungen – sofern sie am Standort gefordert sind – auch in Kooperation erfolgen können.
- g) In der Spalte „Sachliche Ausstattung“ eine Klarstellung der Angabe „Tele-radiologischer Befund möglich“ vorzunehmen.
- h) In Leistungsgruppen Nummer 64 „Intensivmedizin“ in der Spalte „Personelle Ausstattung“ Unterspalte „Verfügbarkeit“ die Anforderung „intensivmedizinisch erfahrene FA“ klarzustellen.

Begründung

Zu Buchstabe a:

Die Anforderungen beziehen sich nur auf fachärztliche Anforderungen, nicht aber auf die personelle Ausstattung insgesamt.

Zu Buchstabe b:

Die Elektrokardiographie (EKG) zählt zur Grundausstattung eines jeden Krankenhauses.

Zu Buchstabe c:

Es werden für die gleiche Anforderung unterschiedliche Begrifflichkeiten verwendet. Dies erschwert standardisierte und maschinenlesbare Prüfalgorithmen und sollte entsprechend angepasst werden.

Zu Buchstabe d:

In den Anforderungen zur sachlichen Ausstattung finden sich nur zu sehr wenigen Merkmalen Anforderungen zur zeitlichen Verfügbarkeit. Es wird nicht deutlich, welche Anforderungen für die Merkmale gelten, die ohne zeitliche Vorgabe zur Verfügbarkeit aufgeführt sind. Um Missverständnissen vorzubeugen, ist eine grundsätzliche Klarstellung erforderlich.

Zu Buchstabe e:

Bei den genannten Begrifflichkeiten handelt es sich um unbestimmte Rechtsbegriffe, wodurch die Verfahrenssicherheit der Begutachtung gefährdet ist.

Zu Buchstabe f:

Radiologien werden zwar häufig am Standort vorgehalten, sind aber zumeist in Tochtergesellschaften oder Subunternehmen ausgegliedert und gehören damit nicht unmittelbar zum Krankenhaus. Hintergrund für die Ausgliederung ist, dass die Radiologien auch ambulant genutzt werden können und dann keinen Leerlauf haben. Dadurch ist das Gesundheitssystem insgesamt effizienter ausgestaltet.

Zu Buchstabe g:

In den aufgeführten und durch ein Komma getrennten Ausstattungsmerkmalen wird nicht in jedem Fall deutlich, ob sich die Angabe „Teleradiologischer Befund möglich“ nur genau auf die vorherige Zeile (z. B. CT jederzeit), auf eine der vorherigen Zeilen, auf alle vorherigen Zeilen oder gar auf alle aufgeführten Ausstattungsmerkmale bezieht.

Beispielhaft ist hier die Aufzählung in Leistungsgruppe 58 aufgeführt:

Röntgen,

CT jederzeit,

Teleradiologischer Befund möglich,

MRT

Es lässt sich in einem solchen Fall nicht eindeutig ableiten, auf welche Ausstattungsmerkmale sich die Möglichkeit der teleradiologischen Befundung konkret bezieht (nur auf CT, auf CT und Röntgen, auf CT, Röntgen und MRT).

Dies betrifft die Leistungsgruppen 21, 29, 31, 32, 33, 34, 58, 59, 60, 61, 62, 63.

In Leistungsgruppe 53 und 54 hingegen ist der Bezug nachvollziehbar gelöst.

Zu Buchstabe h:

Bei der Anforderung handelt es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff, wodurch die Verfahrenssicherheit der Begutachtung gefährdet ist.

G 70. Zum Anhang (zu Artikel 1 Nummer 15) Anlage 1 (zu §135e SGB V)

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren die bereits festgelegten Qualitätskriterien in Anlage 1 zu § 135e SGB V im Hinblick auf die Zielvorgabe der Sicherstellung einer patientengerechten Versorgung zu überprüfen.

Begründung:

Die Prüfbitte bezieht sich insbesondere auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen in sogenannten „Erwachsenenleistungsgruppen“.

In Ermangelung der zunächst vorgesehenen speziellen Leistungsgruppen für Kinder (LG 16 Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie und LG 47 Spezielle Kinder- und Jugendmedizin) werden hochspezialisierte Leistungen in spezialisierten Kinderkliniken durch den Leistungsgruppen-Groupen auch einer Reihe von sogenannten „Erwachsenen-Leistungsgruppen“ zugeordnet.

Entsprechend einer auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ausgerichteten Versorgung können von diesen Kliniken, die auf die Versorgung Erwachsener abgestellten fachärztlichen Vorgaben für die oben genannten Leistungsgruppen nicht bzw. nicht vollständig erfüllt werden. Perspektivisch könnten diese Angebote daher nur durch eine Ausnahmeregelung der Planungsbehörden – aufgrund der erforderlichen Befristung – zeitlich eingeschränkt aufrechterhalten werden. Langfristig wäre die Existenz dieser Angebote gefährdet.

Darüber hinaus muss sichergestellt werden, dass auch in Krankenhäusern, die am Standort nicht über eine ausgewiesene Versorgung in der Kinder- und Jugendmedizin oder/und Kinder- und Jugendchirurgie verfügen, aber in denen vor dem Hintergrund besonderer Expertise bestimmte spezifische Leistungen für Kinder- und Jugendliche angeboten werden, die fachärztliche Kompetenz im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin bzw. Kinder- und Jugendorthopädie gewährleistet ist.

Entsprechend ist in den betroffenen Leistungsgruppen eine gesonderte Anforderung für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen analog zur Differenzierung in Leistungsgruppe 2 Komplexe Endokrinologie und Diabetologie vorzunehmen (alternative Anforderung sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden).

G 71. Zum Gesetzentwurf allgemein

Der Bundesrat begrüßt, dass die Bundesregierung im vorliegenden Gesetzentwurf weitere Ausnahmen, insbesondere Kooperationen bei Sachausstattungen zugelassen hat.

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren die dadurch entstandenen Auslegungsfragen in folgendem Sinne klarzustellen:

- Die Ausnahmen nach § 6a Absatz 4 KHG gelten grundsätzlich für alle Leistungsgruppen und nicht nur für Innere Medizin, Allgemeinchirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe.
- Die Ausnahmen nach § 135e Absatz 4 Nummer 7 SGB V gelten grundsätzlich für jeweils mehrere und nicht nur höchstens ein Qualitätskriterium.
- Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung können nach § 135e Absatz 4 Nummer 7 SGB V Sachausstattung, aber insbesondere nicht verwandte Leistungsgruppen erfüllen.

Begründung

Die Begründung zu § 6a Absatz 4 KHG-E lässt sich insbesondere im Bezug zum Koalitionsvertrag als Begrenzung der Ausnahmen auf GBA-Sicherstellungsaufträge begreifen.

§ 135e Absatz 4 Nummer 7 SGB V-E lässt sich als Begrenzung der Ausnahme auf jeweils nur ein einziges Qualitätskriterium pro Krankenhausstandort verstehen.

Es bedarf der Klarstellung, dass Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung nach § 135e Absatz 4 Nummer 7 SGB V-E lediglich bei der Erfüllung der sachlichen Ausstattung, nicht etwa bei verwandten Leistungsgruppen, als Kooperationsgeber auftreten dürfen. Denn insbesondere diese dürfen nur Krankenhäusern zugewiesen werden.

G 72. Zum Gesetzentwurf allgemein

Der Bundesrat fordert, im weiteren Gesetzgebungsverfahren

- a) die im vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehene Vergütungssystematik grundlegend zu überarbeiten,
- b) die Regelungen für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen zeitnah weiterzuentwickeln, um insbesondere die Sektorentrennung aufzuheben, das Ambulantisierungspotenzial auszuschöpfen und eine wirtschaftliche Betriebsführung sicherzustellen.
- c) Entlastung von stationären Leistungserbringern durch die Förderung von sektorenübergreifenden und sektorenverbindenden Strukturen zu ermöglichen.

Begründung:Zu Buchstabe a:

Aus dem vorliegenden Gesetzentwurf geht nicht hervor, wie die Vergütungssystematik konkret ausgestaltet und in der Praxis umgesetzt werden soll. Eine Bewertung, welche Auswirkungen das geplante Vergütungssystem auf die Versorgungslandschaft hat, ist weiterhin nur sehr eingeschränkt möglich. Aufgrund der Vielzahl von unsicheren Faktoren (zum Beispiel zu Mindestvorhaltezahlen) 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 b:

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.

Zu Buchstabe c:

Die strikten Grenzziehungen entlang der Sektorengrenze bei der Nutzung des Krankenhaustransformationsfonds lässt erwarten, dass gewollte und erforderliche Ambulantisierungen nur unzureichend realisiert werden können, obwohl diese der Transformation im Sinne des § 12b Absatz 1 KHG dienen könnten.

Fz 73. Zum Gesetzentwurf allgemein

Der Bundesrat begrüßt, dass der Bund die Länder dabei unterstützen wird, die Krankenhausinfrastruktur durch zusätzliche Investitionen zu modernisieren. Eine nachhaltige positive Entwicklung setzt aber auch voraus, dass die Entgelte ein auskömmliches Wirtschaften ermöglichen. Der Bundesrat lehnt deshalb Pläne der Bundesregierung zur Absenkung des Anstiegs des Landesbasisfallwerts und der Budgets von psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern ab.

Begründung:

Im Zuge des Kompromisses zwischen Bund und Ländern zur Krankenhausreform ist vor zwei Jahren geregelt worden, dass die Krankenhäuser einen vollen Inflationsausgleich für ihre gestiegenen Kosten erhalten. Die Bundesregierung hat – nach Befassung des Bundesrats mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege – eine Formulierungshilfe für einen Änderungsantrag im Rahmen der Befassung des Deutschen Bundestags beschlossen, nach der diese Regelung für das Jahr 2026 ausgesetzt werden soll. Dies würde zu Entgeltausfällen bei den Krankenhäusern in einer Größenordnung von bis zu 1,8 Milliarden Euro führen, die sich dauerhaft in den Folgejahren fortsetzt. Auf diese Weise würden die positiven Ansätze der Krankenhausreform, das System durch zusätzliche Investitionen zu stärken, durch eine Kürzung der Entgelte konterkariert.