

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformatpassungsgesetz – KHAG)

– Drucksache 21/2512 –

Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung

Stellungnahme des Bundesrates

Der Bundesrat hat in seiner 1059. Sitzung am 21. November 2025 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. Zu Artikel 1 Nummer 01 – neu – (§ 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und Nummer 1a – 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,“ 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.

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 Nummer 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 und der Tagespflege und Nachtpflege nach § 41 des Elften Buches 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 Konzeptes 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 notwendigen Vorhaltungen der akutstationären Versorgung und dem damit vorzuhaltenden Personal eine auskömmliche Finanzierung möglich ist, ist weiterhin unklar. Dies hängt maßgeblich von dem noch zu regelnden konkreten Leistungsspektrum und den jeweiligen Anforderungen dazu sowie der Höhe der krankenspezifischen 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 ärztlichem 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, Fehlinanspruchnahmen 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 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.

3. 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.

4. 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.

5. 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.

6. 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 „ , , so weit 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 unbesehen herangezogen werden dürfen. Auch mit Blick auf Tageskliniken ist es weder sachgerecht noch praxistauglich, wenn, auch unter der Einschränkung der Betriebszeiten oder erweiterter 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.

7. 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.

8. 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.

9. 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:

- a) In Buchstabe a ist die Angabe „ist,“ durch die Angabe „ist oder“ zu ersetzen.
- 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 Ressourcen 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.

10. 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 Mindestvorhaltezahl 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.

11. 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.

12. 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.

13. 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.

14. 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.

15. 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 Stellungsverfahren bereits einbezieht, sollte sich auch in der entsprechenden gesetzlichen Grundlage abbilden.

16. 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.

17. Zu Artikel 1 allgemein

Der Bundesrat fordert die Einführung einer zusätzlichen Leistungsgruppe (LG) für „Neugeborene in Geburtskliniken“ (Versorgungsstufe IV der perinatologischen 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.

18. 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:

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

19. 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 Landeskrankhausplanung 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 krankenhauplanerischer 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.

20. 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.

21. 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.

22. 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.

23. 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 Leistungsgruppenzuweisung 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 Erfüllung 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.

24. 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.

25. 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)

- 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 Förderbeiträge 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 Förderbeiträge 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 qualitätswirksam.

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe aa:

Daher ist für die Förderbeiträge 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.

26. 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.

27. 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.

28. 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.

29. 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.

30. 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.

31. 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 Krankenhausstrukturfonds-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.

32. 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.

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

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 Landesko-finanzierungsanteil 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 Landesko-finanzierung 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 Landesko-finanzierung 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 Landesko-finanzierung 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 Landesko-finanzierungsanteil 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 Landesko-finanzierung 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 Landesko-finanzierungsanteil 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 Landesko-finanzierungsanteil von 30 Prozent zur Anwendung kommt.

34. 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 krankenhausbetonte 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.

35. Zu Artikel 2 Nummer 5 (§ 12b Absatz 3 Satz 5 – neu –, 6 KHG) und Artikel 4 Nummer 1 (§ 2 Absatz 1 KHTFV)

- 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 Krankenhausreformenpassungsgesetzes stellt der Bund die Finanzierung des Krankenhaustransformationsfonds 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 Krankenhaustransformationsfonds möglich.

Mit diesem Antrag sollen die Regelungen zum Krankenhaustransformationsfonds nach § 12b Krankenhausfinanzierungsgesetz und der Krankenhaustransformationsfonds-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.

36. 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 KHFTFV-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 KHFTFV-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.

37. 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.

38. 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.

39. 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 Leistungsgruppe 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.

40. 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 auszugleichender 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.

41. 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 onkochirurgischer 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.

42. 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 Gesetzgebungsverfahren 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 bundeseitig 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.

43. 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.

44. 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.

45. 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 KHEntgG)

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.

46. 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 Bundespflegesatzverordnung 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.

47. Zu Artikel 3 Nummer 11a – neu – (§ 13 Absatz 3 KHEntgG) und Artikel 6 Nummer 2a – neu – (§ 13 Absatz 3 BPfIV)

- 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 BPfIV regeln das Verfahren abschließend. Der Zeitdruck der durch die Regelungen in den Absätzen 3 aufgebaut wird, ist unnötig und vermeidbar.

48. Zu Artikel 4 Nummer 3 Buchstabe b Doppelbuchstabe cc (§ 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.

49. 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 Krankenhausreformationsfonds 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.

50. Zu Artikel 4 Nummer 5 Buchstabe a (§ 6 Absatz 2 Satz 4 KHTFV)

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 einzahlte. 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.

51. 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 Satz 1 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.

52. 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.

53. 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.

54. 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 Befugnisserweiterung 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.

55. 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 „Teleradiologischer 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 Grundausrüstung 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.

56. Zum Gesetzentwurf allgemein

- a) 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:

- aa) Die Ausnahmen nach § 6a Absatz 4 KHG gelten grundsätzlich für alle Leistungsgruppen und nicht nur für Innere Medizin, Allgemeinchirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe.
- bb) Die Ausnahmen nach § 135e Absatz 4 Nummer 7 SGB V gelten grundsätzlich für jeweils mehrere und nicht nur höchstens ein Qualitätskriterium.
- cc) Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung können nach § 135e Absatz 4 Nummer 7 SGB V Sachausstattung, aber insbesondere nicht verwandte Leistungsgruppen erfüllen.
- b) Der Bundesrat fordert, im weiteren Gesetzgebungsverfahren
- aa) die im vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehene Vergütungssystematik grundlegend zu überarbeiten,
- bb) die Regelungen für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen zeitnah weiterzuentwickeln, um insbesondere die Sektorentrennung aufzuheben, das Ambulantisierungspotenzial auszuschöpfen und eine wirtschaftliche Betriebsführung sicherzustellen.
- cc) Entlastung von stationären Leistungserbringern durch die Förderung von sektorenübergreifenden und sektorenverbindenden Strukturen zu ermöglichen.
- c) 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:

Zu Buchstabe a:

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.

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe aa:

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 Doppelbuchstabe bb:

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 b Doppelbuchstabe cc:

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.

Zu Buchstabe c:

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 Befugnisweiterung 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.

Gegenäußerung der Bundesregierung

Die Bundesregierung äußert sich zur Stellungnahme des Bundesrates wie folgt:

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

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag im Rahmen des aktuellen Gesetzgebungsvorhabens ab.

Die Kostenübernahme für die Verlegung von Patientinnen und Patienten hin zu wohnortnahen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (süV) zur dortigen Weiterbehandlung oder zur gesetzlich vorgesehen Übergangspflege erscheint sinnvoll. Da jedoch Änderungen des § 60 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) im Rahmen der Notfallreform – auch im Hinblick auf Verlegungen – erwogen werden, sollte eine abschließende Prüfung dieses Vorschlags erst im Rahmen der Notfallreform erfolgen. SüV sind Standort von Krankenhäusern, so dass sie grundsätzlich bereits jetzt von der Regelung des § 60 SGB V erfasst sind.

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

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag insgesamt ab.

Soweit vorgeschlagen wird, in den Leistungskatalog der süV eine medizinisch pflegerische Versorgung nach § 115h SGB V aufzunehmen, wird der Vorschlag abgelehnt. Die Abgrenzung einer medizinisch pflegerischen Versorgung von einer regulären Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V erscheint nicht möglich und ist vor dem Hintergrund, dass daran keine unterschiedlichen Rechtsfolgen geknüpft werden, nicht sachgerecht. Zudem ist es unter Gleichbehandlungsaspekten problematisch, Leistungen der medizinisch pflegerischen Versorgung ausschließlich den bisher faktisch noch nicht vorhandenen süV vorzubehalten.

Eine Regelung, wonach im Hinblick auf die ärztliche Verfügbarkeit in der Nacht und am Wochenende lediglich eine Rufbereitschaft oder ein Bereitschaftsdienst ausreichend sein soll, wird abgelehnt. Vor dem Hintergrund, dass süV Krankenhäuser sind, haben sie auch die in § 107 Absatz 1 SGB V genannten Merkmale zu erfüllen. Der vom Bundesrat angeführte mutmaßlich geringe Komplexitätsgrad der in süV erbrachten Leistungen sagt nichts über die gesundheitlichen Risiken für die Patientinnen und Patienten aus. Auch in süV kann es zu kritischen oder lebensbedrohlichen Situationen kommen.

Abgelehnt wird der Vorschlag des Bundesrates, die in der aktuellen Fassung des § 115g Absatz 2 SGB V enthaltene organisatorische Vorgabe aufzugeben, dass in süV die Erbringung bestimmter Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) in selbständigen, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennten Pflegeabteilungen zu erfolgen hat. Die Vorgabe, dass die Leistungen nach dem SGB XI in selbständigen, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennten Pflegeabteilungen zu erbringen sind, folgt aus der Anwendung des § 72 SGB XI, dessen Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 zwingend vorschreibt, dass Versorgungsverträge nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die den Anforderungen des § 71 SGB XI genügen. Versorgungsverträge dürfen danach nur mit selbständig wirtschaftenden Einrichtungen abgeschlossen werden, die Pflegeleistungen unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft erbringen können. Das Leistungs- und Leistungserbringungsrecht des SGB XI gilt damit nur für diejenigen Abteilungen der süV, die als selbstständige Pflegeeinrichtungen betrieben werden. Eine Streichung würde zu einer Ungleichbehandlung von Pflegeeinrichtungen und süV führen, da in diesem Fall Letztere die in § 71 SGB XI geregelten Anforderungen an die Erbringung der Versorgung unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft nicht erfüllen müssten.

Soweit vorgeschlagen wird, dass die Festlegung des stationären Leistungsrahmens und der wesentlichen Anforderungen an die Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation der Erbringung der Leistungen durch süV durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit auf der Grundlage eines Konzepts der Selbstverwaltung erfolgen soll, wird dies abgelehnt. Die Selbstverwaltung auf Bundesebene befindet sich entsprechend der mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz vom 5. Dezember 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 400 – KHVVG) eingeführten Regelung des § 115g Absatz 3 SGB V in Vertragsverhandlungen über die dort vorgegebenen Vertragsgegenstände und hat diese bis zum 31. Dezember 2025 abzuschließen. Dieses Verfahren wurde vorgesehen, da die Vertragspartner über den nötigen fachlichen Sachverstand verfügen und es sich um eine typische Selbstverwaltungsaufgabe handelt. Ein Rechtsverordnungsverfahren wäre dagegen schwerfälliger und zeitaufwändiger

und würde dem Anliegen der Länder, schnell Klarheit über den Leistungsrahmen zu erhalten, nicht Rechnung tragen.

Soweit die Aufnahme von Leistungen sogenannter Institutsambulanzen aus strukturellem Grund nach § 116a SGB V in den Leistungskatalog der süV gefordert wird, wird darauf hingewiesen, dass Leistungen aufgrund einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung bereits nach geltender Rechtslage ausdrücklich zu den Leistungen zählen, die süV erbringen können (vgl. § 115g Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 SGB V). § 115g Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 SGB V umfasst auch diejenigen Leistungen, die aufgrund einer nach § 116a SGB V erteilten Ermächtigung erbracht werden.

Zu Nummer 3 Artikel 1 (§ 115g SGB V)

Der Vorschlag enthält keine konkreten Formulierungsvorschläge zur Änderung bestehender Vorschriften, sondern appelliert an die Bundesregierung, geeignete Rahmenbedingungen für süV zu schaffen, um die Erfolgschancen dieses Versorgungsmodells nachhaltig zu sichern.

Zur vorgeschlagenen aktiven Beteiligung der Länder an der Ausgestaltung der Anforderungen an süV wird auf die Ausführungen zu Nummer 2 und dort zum Vorschlag, dass die Festlegung des stationären Leistungsrahmens und der wesentlichen Anforderungen an die Erbringung der Leistungen durch süV durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit auf der Grundlage eines Konzepts der Selbstverwaltung erfolgen soll, verwiesen.

Zu der vorgeschlagenen umfassenden finanziellen Unterstützung von süV ist darauf hinzuweisen, dass süV im Wettbewerb mit vertragsärztlichen Leistungserbringern stehen, wenn sie ambulante Leistungen erbringen. Insofern ist darauf zu achten, dass Krankenhäusern keine Vorteile verschafft werden, die zu einer nicht gerechtfertigten Ungleichbehandlung führen.

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

Die Bundesregierung nimmt Kenntnis und bezieht im Übrigen wie folgt Stellung:

Die in § 135d Absatz 4 Satz 3 Nummer 3 SGB V-E vorgesehene Anpassung der Definition von Fachkrankenhäusern ermöglicht den Ländern einen großen Beurteilungsspielraum bei der Ausweisung von Krankenhäusern als Fachkrankenhäuser. Die Voraussetzung der Ausweisung als Fachkrankenhaus im Krankenhausplan und die Vorgabe, dass die Zuordnung eines solchen Krankenhauses zu der Versorgungsstufe „Level F“ zu begründen ist, ist erforderlich, um die Zuordnungen der Länder nachvollziehen zu können. Ausweisungen als Fachkrankenhaus sind auf Dauer angelegte Entscheidungen der Krankenhausplanung, so dass eine entsprechende Ausweisung im Krankenhausplan sachgerecht und erforderlich ist. Zudem ermöglicht eine begründete Ausweisung als Fachkrankenhaus im Krankenhausplan die Evaluation der Regelung insbesondere in Bezug auf eine möglichst bundeseinheitliche Umsetzung.

Der Vorschlag einer Streichung des § 135d Absatz 4 Satz 8 SGB V wird abgelehnt, da diese Regelung in keinem Zusammenhang mit der Definition von Fachkrankenhäusern steht, sondern allein Auswirkung auf die Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis nach § 135d SGB V (nachfolgend Bundes-Klinik-Atlas genannt) hat und als Grundlage für das Hinweisverfahren nach § 135f Absatz 5 SGB V dient.

Zu Nummer 5 Artikel 1 Nummer 3 (§ 135d SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag insgesamt ab.

Der Bundes-Klinik-Atlas dient dem Ziel, Patientinnen und Patienten unabhängig und allgemeinverständlich über Qualitätsaspekte der stationären Versorgung zu informieren. Die im Bundes-Klinik-Atlas verwendeten Daten sind geeignet, um Transparenz über die stationäre Versorgungsqualität herzustellen. Zur Verbesserung der Information von Patientinnen und Patienten wird weiterer Anpassungsbedarf geprüft, um Doppelstrukturen hinsichtlich Krankenhausvergleichsportalen zu vermeiden und Bürokratie zu minimieren.

Zu Nummer 6 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)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag insgesamt ab.

Die Leistungsgruppen-Systematik gilt unabhängig von der Art der Vergütung für Leistungen einer Leistungsgruppe und insoweit bereits nach derzeitiger Rechtslage auch für Tages- und Nachtkliniken sowie für besondere Einrichtungen.

Da Tages- und Nachtkliniken Patientinnen und Patienten nur zu bestimmten Betriebszeiten versorgen, sieht der Gesetzentwurf in § 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 4 und Nummer 6 Buchstabe e SGB V-E eine Sonderregelung vor, die für eigenständige Tages- und Nachtkliniken die zeitlichen Vorgaben der Qualitätskriterien auf die jeweiligen Betriebszeiten beschränkt. Auch sind in § 135e Absatz 4 Satz 3 SGB V-E für Tages- und Nachtkliniken neue Kooperationsmöglichkeiten zu „verwandten Leistungsgruppen“ und zur personellen Ausstattung vorgesehen.

Soweit zudem Ausnahmen für besondere Einrichtungen gefordert werden, sind diese grundsätzlich nicht angezeigt. Besondere Einrichtungen erbringen die gleichen Leistungen wie andere Krankenhäuser, sie erhalten dafür lediglich eine andere Vergütung. Auch erscheint eine Ausnahme vom Abrechnungsverbot nach § 8 Absatz 4 Satz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) für Leistungen einer Leistungsgruppe, die nicht mit Fallpauschalen vergütet werden, insbesondere aufgrund der mit der Krankenhausreform beabsichtigten Steigerung der Behandlungsqualität, als nicht sachgerecht. Eine sachgerechte Erfüllung der Qualitätskriterien kann durch die im Gesetzentwurf in § 135e Absatz 4 SGB V-E vorgesehenen erweiterten Kooperationsmöglichkeiten etwa für Fachkrankenhäuser gewährleistet werden.

Soweit mit dem Vorschlag die Geltung des Abrechnungsverbots für süV hinterfragt wird, wird auf Folgendes hingewiesen: Für süV wird der Leistungsrahmen durch den Vertrag nach § 115g Absatz 3 SGB V festgelegt. Sie stehen deshalb außerhalb der Leistungsgruppen-Systematik und rechnen krankenhausespezifische Tagesentgelte ab, die eigens für diese Versorgungsform geschaffen wurden. SüV sind daher nicht vom Abrechnungsverbot nach § 8 Absatz 4 Satz 4 KHEntgG erfasst.

Zu Nummer 7 Artikel 1 Nummer 4 (§ 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 6 Buchstabe d SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Die partielle Zuweisung einer Leistungsgruppe ist gesetzlich nicht vorgesehen und mit den gesetzlich geregelten Verfahren nicht vereinbar. Daher ist die vorgeschlagene Regelung nicht umsetzbar. Die für Leistungsgruppen geltenden Qualitätskriterien zur personellen Ausstattung stellen zudem grundsätzlich Mindestanforderungen zur Sicherstellung der jederzeitigen fachärztlichen Verfügbarkeit dar, die auch bei einer Versorgung durch Belegärztinnen und -ärzte gewährleistet sein muss.

Die Länder haben die Möglichkeit, die Ausnahmeregelung nach § 6a Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) zu nutzen. Werden die in § 6a Absatz 4 Satz 1 KHG geregelten Voraussetzungen erfüllt, kann die jeweilige Leistungsgruppe einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort auch zugewiesen werden, wenn nur eine Belegärztin oder -arzt zur Verfügung steht.

Zu Nummer 8 Artikel 1 Nummer 4 (§ 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 6 Buchstabe c SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Die Einschränkung, dass Fachärztinnen und Fachärzte für die Leistungsgruppe 1 Allgemeine Innere Medizin und Leistungsgruppe 14 Allgemeine Chirurgie nicht angerechnet werden dürfen, wird mit der Änderung des § 135e Absatz 4 Satz 1 SGB V im KHAG aufgehoben. Damit wird den Krankenhäusern bereits ein flexiblerer Einsatz von Personal ermöglicht. Fachärztinnen und Fachärzte, die den Leistungsgruppen 1 und 14 zugeordnet sind, können zukünftig auch in zwei weiteren LG angerechnet werden. Einschränkungen der Qualität sind nicht zu erwarten, da die Qualitätsvorgaben für die Verfügbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten als Mindestvorgaben unabhängig vom tatsächlichen Leistungsvolumen sind. Darüberhinausgehende Erleichterungen erscheinen gegenwärtig nicht angezeigt. Unabhängig von diesen Vorgaben liegt es weiterhin in der Verantwortung des einzelnen Krankenhauses, für eine dem jeweiligen Leistungsspektrum und -umfang entsprechende Verfügbarkeit von hinreichend qualifiziertem (fach-)ärztlichen Personal Sorge zu tragen.

Zu Nummer 9 Artikel 1 Nummer 4 (§ 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 7 Buchstabe a und c SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Zu Buchstabe a:

Eine Klarstellung ist nicht erforderlich. Die Kooperationsmöglichkeiten bestehen alternativ, wenn die Erfüllung in Kooperation im jeweiligen Qualitätskriterium vorgesehen ist, dies zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist oder sich der Kooperationspartner in einem Gebäude des jeweiligen Krankenhausstandortes befindet oder der Abstand zwischen den am weitesten voneinander entfernt liegenden Gebäudenpunkten des jeweiligen Krankenhausstandortes und des Kooperationspartners nicht mehr als 2 000 Meter Luftlinie beträgt (sogenannte Wand-an-Wand-Kooperationen). Die alternative Geltung wird bereits durch die Verwendung der Konjugation „oder“ in § 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 7 Buchstabe b SGB V-E vor dem letzten Aufzählungsglied klar zum Ausdruck gebracht (siehe Handbuch der Rechtsförmlichkeit, 4. Auflage, Randnummer 292).

Zu Buchstabe b:

Die in § 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 7 Buchstabe c SGB V-E ergänzte Regelung ermöglicht sogenannte Wand-an-Wand-Kooperationen, bei denen Qualitätskriterien zwar in unmittelbarer räumlicher Nähe zu einem Krankenhausstandort erfüllt werden können, die erforderlichen Mindestanforderungen aber nicht vom Krankenhausstandort selbst, sondern von einem externen Kooperationspartner vorgehalten werden. Die Regelung bestimmt dabei keine neue Entfernungsgrenze, sondern bedient sich bei der in der Standortdefinition nach § 2a KHG festgelegten Entfernungsgrenze bei Flächenstandorten. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung grundsätzlich die Vorhaltung insbesondere von personeller und sachlicher Ausstattung in einem möglichst nahen Umfeld des Leistungsorts erfordert.

Zu Nummer 10 Artikel 1 Nummer 5 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa – neu – (§ 135f Absatz 1 Satz 1 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Die Leistungsgruppensystematik sieht vor, dass Krankenhäuser für die ihnen für mindestens einen ihrer Krankenhausstandorte zugewiesenen Leistungsgruppen eine Vorhaltevergütung erhalten, wenn sie für die betreffenden Krankenhausstandorte die Mindestvorhaltezahlen (MVHZ) erfüllen. Mit § 6b Absatz 2 KHEntgG haben die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden die Möglichkeit, eine Ausnahme von der Erfüllung der MVHZ vorzusehen, wenn die Erbringung von Leistungen aus einer Leistungsgruppe durch ein Krankenhaus zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist. Bei dem Vorschlag des Bundesrates bleibt unklar, wie festgestellt werden können soll, ob nur eine vorübergehende Unterschreitung der MVHZ vorliegt und durch wen und unter welchen Kriterien eine positive Prognose getroffen werden könnte. Die genannte Prozentzahl wird nicht begründet. Eine mögliche Umsetzung lässt Konfliktpotenzial befürchten zwischen Krankenhäusern und den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden sowie demjenigen, der mit der Feststellung einer vorübergehenden Unterschreitung der MVHZ und Abgabe einer positiven Prognose beauftragt wird, u. a. hinsichtlich der konkreten Höhe und bei Grenzfällen. Zusätzlich würde mit einer solchen Ausnahmeregelung der Bürokratieaufwand erhöht.

Zu Nummer 11 Artikel 1 Nummer 5 Buchstabe b (§ 135f Absatz 4 Satz 3 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Zwar ist nachvollziehbar, dass die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden einen gewissen Vorlauf benötigen, um eine sachgerechte Umsetzung zu ermöglichen. Dennoch kann die Frist für den Erlass der Rechtsverordnung zu den MVHZ nach § 135f Absatz 4 Satz 3 SGB V-E nicht vorgezogen werden, da die Festlegung von MVHZ mit zeitintensiven Vorarbeiten des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) verbunden ist. Nach einer Beauftragung durch das Bundesministerium für Gesundheit haben sowohl das IQWiG als auch nachfolgend das InEK nach § 135f Absatz 2 Satz 4 und Absatz 3 Satz 3 SGB V jeweils drei Monate Zeit für die Vorlage von Empfehlungen und Auswertungen zur Festlegung von MVHZ. Zudem können MVHZ nicht für alle Leistungsgruppen zeitgleich festgelegt werden. Ein frühzeitiger Erlass der Rechtsverordnung wird angestrebt.

Zu Nummer 12 Artikel 1 Nummer 8a – neu – (§ 140 Absatz 1 Satz 3 – neu – SGB V) und Nummer 8b – neu – (§ 220 Absatz 1 Satz 3 SGB V)

Die Bundesregierung sieht es ebenso wie der Bundesrat als erforderlich an, gleiche Wettbewerbsbedingungen für Eigeneinrichtungen der Krankenkassen und für Leistungserbringer in kommunaler, kirchlicher oder privater Trägerschaft, zu schaffen. Den vorgelegten Vorschlag hält die Bundesregierung aber nicht für den richtigen Weg. So beinhaltet § 220 Absatz 1 Satz 3 SGB V keine Aussage über den Antragsteller einer möglichen Kreditaufnahme. Dies kann also sowohl eine Krankenkasse als auch die dazugehörige Eigeneinrichtung selbst sein. Die Möglichkeit zur Genehmigung einer Darlehensaufnahme gilt zudem unabhängig von der Rechtsform der Eigeneinrichtung. Die Bundesregierung prüft derzeit einen alternativen Regelungsansatz.

Zu Nummer 13 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)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag insgesamt ab.

Mit den im KHAG vorgesehenen Änderungen soll die Erfüllung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen praxistauglicher ermöglicht werden. Soweit ein Krankenhaus die Qualitätskriterien bereits nach geltender Rechtslage erfüllt, kann insoweit grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass es auch die Qualitätskriterien erfüllt, die nach dem Inkrafttreten des KHAG gelten. Bereits nach geltender Rechtslage können die erstmaligen Leistungsgruppen-Prüfungen nach dem geplanten Inkrafttreten des KHAG bis zum 30. Juni 2026 abgeschlossen werden. Zu berücksichtigen ist zudem, dass einige Länder bereits Vereinbarungen mit den jeweils zuständigen Medizinischen Diensten getroffen haben, um ein abgestimmtes Prüfverfahren sicherzustellen. Hierdurch kann sichergestellt werden, dass der Abschluss einer Prüfung erst nach Inkrafttreten des KHAG erfolgt.

Zu Nummer 14 Artikel 1 Nummer 13 Buchstabe a (§ 283 Absatz 2 Satz 3 SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Die Ergänzung der Richtlinienkompetenz des Medizinischen Dienstes Bund um bundeseinheitliche Vorgaben zu einheitlichen und digitalen Prozessen ist erforderlich, da die Digitalisierungsvorhaben der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste (MD) bislang nicht die erwarteten Effizienzgewinne erzielen konnten. Die von den MD hierfür gebildete Arbeitsgemeinschaft (MD IT-GmbH) konnte bislang nicht die nötige Dynamik und Effizienz entfalten, obwohl ihr über Jahre hinweg erhebliche finanzielle Mittel zugeflossen sind. Dies ist insbesondere dadurch begründet, dass den Projekten vielfach keine einheitlichen Prozesse unterlegt waren und die Informationstechnologie verschiedenen spezifischen Anforderungen einzelner MD angepasst werden musste.

Eine größere Einheitlichkeit der Vorgaben kann diese Prozesse beschleunigen und führt nicht zu mehr Bürokratie, sondern mittelfristig sogar zu deren Abbau. Dies betrifft insbesondere die bereits aufgebauten Strukturen für gemeinsame Digitalisierungsaufgaben, deren Realisierung durch klare Vorgaben z. B. zur Vermeidung von Schnittstellenproblemen erleichtert werden dürfte.

Die Richtlinienkompetenz des Medizinischen Dienstes Bund erstreckt sich nach § 283 Absatz 2 Satz 1 SGB V bereits dem Grunde nach auf die Tätigkeit der MD insgesamt und kann nicht nur fachliche, sondern auch technische Vorgaben zur einheitlichen digitalen Umsetzung enthalten. Die Selbstverwaltung der MD als öffentlich-rechtliche Körperschaften auf Landesebene, die keinen besonderen verfassungsrechtlichen Schutz genießen, kann gesetzlich ausgestaltet und verändert werden, wenn dies im Interesse einheitlicher Versorgungsverhältnisse im Gesundheitsbereich erforderlich ist.

Zu Nummer 15 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)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu, die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden in die Aufzählung der Stellen aufzunehmen, denen der Medizinische Dienst Bund Gelegenheit zur Stellungnahme zur Richtlinie „Prüfungen zur Erfüllung von Qualitätskriterien der Leistungsgruppen und von OPS-Strukturmerkmalen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 SGB V (LOPS-RL)“ zu geben hat.

Zu Nummer 16 Artikel 1 Nummer 14 Buchstabe a Doppelbuchstabe cc – neu – (§ 427 Satz 1 Nummer 4 Buchstabe c SGB V)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Die Vorhaltevergütung wurde entsprechend den zwischen Bund und Ländern am 10. Juli 2023 vereinbarten Eckpunkten ausgestaltet. Dabei wird die Vorhaltevergütung auf Basis der tatsächlichen Leistungsdaten und der realen Kostendaten der Krankenhäuser ermittelt und entspricht einem Anteil von 60 Prozent an den verminderten Kosten im Sinne des § 17b Absatz 4b Satz 1 KHG. Die Evaluation der Vorhaltevergütung führt das Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus nach § 17b Absatz 4c KHG durch. Es hat dabei einerseits Handlungsspielräume („insbesondere“), aber andererseits auch eine Vielzahl von gesetzlich vorgegebenen Fragen zu prüfen. Unter anderem hat es zu prüfen, ob die Höhe des für die Vorhaltevergütung auszugliedernden Anteils sachgerecht ist.

Zu Nummer 17 Artikel 1 allgemein

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Die Einführung einer gesonderten Leistungsgruppe für die Versorgung gesunder Neugeborener in Geburtskliniken ist nicht sachgerecht, da die Versorgung im Wesentlichen Unterkunft, Pflege und Verpflegung umfasst. Da die Versorgung gesunder Neugeborener an die stationäre medizinische Versorgung der Mutter geknüpft ist, ist die Ausweisung oder Planung einer weiteren Leistungsgruppe für diese Versorgung nicht sinnvoll. Die Zuordnung von Fällen zu den Leistungsgruppen erfolgt nach dem vom InEK entwickelten Leistungsgruppen-Groupier. Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens des InEK besteht die Möglichkeit, das InEK bei der Weiterentwicklung und Verbesserung des Leistungsgruppen-Groupiers mit Vorschlägen zu unterstützen.

Zu Nummer 18 Artikel 2 Nummer 1 Buchstabe a – neu – (§ 2a Absatz 1 Satz 2 KHG), Buchstabe c – neu – (§ 2a Absatz 4a – neu – KHG)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Die in § 2a KHG geregelte Standortdefinition beruht auf einer Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) aus dem Jahr 2017 und ist Anknüpfungspunkt für zahlreiche krankenhaushausregulatorische Bestimmungen, insbesondere im Bereich der Qualitätssicherung, Abrechnung sowie bei der Bedarfsplanung und Krankenhausstatistik. Eine Ausweitung der vorgesehenen maximalen Entfernung zwischen den Gebäuden oder Gebäudekomplexen eines Standortes von 2 000 Metern auf 5 000 Meter würde voraussichtlich zu Einbußen der Behandlungsqualität führen, da verwandte Leistungsgruppen und personelle sowie sachliche Ausstattung nicht mehr in einem engen räumlichen Bezug vorgehalten werden müssten. Dies kann insbesondere dazu führen, dass Patientinnen und Patienten im Notfall nicht mit der gebotenen Schnelligkeit in eine andere Abteilung des Krankenhausstandortes – etwa für Intensivmedizin – verlegt werden können.

Ein Bedürfnis für eine Ausweitung der Entfernungsregelung oder dafür, den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden die Möglichkeit einzuräumen, von den in § 2a KHG geregelten Entfernungsvorgaben abzuweichen, ist nicht ersichtlich. Eine Abweichung von den gesetzlich geregelten Vorgaben der Standortdefinition ist nach § 2a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 KHG im Einzelfall durch Vereinbarung zwischen dem GKV-SV und der DKG im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. bereits möglich. Kommt keine Einigung über eine Einzelfallabweichung zustande, ist die Entscheidung durch eine Schiedsstelle vorgesehen (§ 2a Absatz 4 Satz 2 KHG). Zudem ist bereits nach der geltenden Rechtslage die Erfüllung der Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbänden möglich. Qualitätskriterien müssen damit nicht ausnahmslos am Krankenhausstandort selbst erfüllt werden. Mit den im KHAG vorgesehenen Änderungen werden die Kooperationsmöglichkeiten zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung erweitert und es wird den Ländern mehr Gestaltungsspielraum gewährt.

Zu Nummer 19 Artikel 2 Nummer 2 (§ 6a Absatz 4 Satz 1 und Satz 6 KHG)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Ausnahmeregelung ist das Ergebnis politischer Abstimmungen. Im Koalitionsvertrag für die 21. Legislaturperiode wurde vereinbart, dass den Ländern zur Sicherstellung der Grund- und

Notfallversorgung der Menschen insbesondere im ländlichen Raum Ausnahmen und erweiterte Kooperationen ermöglicht werden. Zur Umsetzung dieser Vereinbarung werden mit den im KHAG vorgesehenen Änderungen die Ausnahmemöglichkeiten angepasst und dadurch der Gestaltungsspielraum der Länder ausgeweitet. Anstelle der derzeit geltenden einheitlichen Erreichbarkeitsvorgaben sollen künftig die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden im Rahmen ihres eigenen Beurteilungsspielraums über die Erforderlichkeit einer Ausnahme entscheiden. Sofern Länder beabsichtigen, einem Krankenhaus eine Leistungsgruppe trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien zuzuweisen, hat diese Entscheidung künftig im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zu erfolgen. Da die Ausnahmeentscheidungen sich auf die Strukturen der Krankenhausversorgung und damit auf die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung auswirken, ist eine Beteiligung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen sachgerecht. Durch das Einvernehmenserfordernis sollen neben den krankenhauplanerischen Anliegen der Länder auch die finanziellen Interessen der gesetzlichen Krankenversicherung Berücksichtigung finden.

Die Beteiligung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen kann durch das nach § 7 KHG anzustrebende Einvernehmen nicht im selben Umfang sichergestellt werden wie durch das in § 6a Absatz 4 Satz 1 KHG-E vorgesehene zwingende Einvernehmenserfordernis. Ein Anstreben von einvernehmlichen Regelungen nach § 7 Absatz 1 Satz 2 KHG setzt nach der Definition des Gesetzgebers lediglich ein ernsthaftes und unter Beweis zu stellendes Bemühen um eine Einigung mit den Beteiligten voraus (BT-Drs. 10/2565 S. 28). Die Landesbehörde entscheidet aber letztverantwortlich, ohne dass den Beteiligten ein Vetorecht zusteht.

Zu Nummer 20 Artikel 2 Nummer 2 (§ 6a Absatz 4 Satz 1 KHG)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu.

Es handelt sich um eine rein redaktionelle Anpassung, die der leichteren Verständlichkeit der Regelung dient.

Zu Nummer 21 Zu Artikel 2 Nummer 2 (§ 6a Absatz 4 Satz 1 KHG)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Die vorgeschlagene Regelung eines Ausnahmetatbestands für den Fall, dass die Betriebsaufnahme eines Krankenhauses infolge eines Zusammenschlusses innerhalb von fünf Jahren erfolgt, erscheint nicht sachgerecht. Nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 3 KHG-E kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde einem Krankenhaus für einen Krankenhausstandort bereits eine Leistungsgruppe ausnahmsweise zuweisen, wenn die Zuweisung für die Vollziehung eines Krankenhausstandortzusammenschlusses zwingend erforderlich ist. Damit ist die Zuweisung von Leistungsgruppen nach dieser Ausnahmeregelung auch grundsätzlich vor einer Betriebsaufnahme möglich. Aufgrund der gesetzlich vorgesehenen Befristung der ausnahmsweisen Zuweisung auf höchstens drei Jahre würde die vorgeschlagene Regelung, die eine Betriebsaufnahme innerhalb von fünf Jahren vorsieht, zu einer widersprüchlichen Rechtslage und damit zu Rechtsunsicherheit führen. Das dem Vorschlag der Länder zugrundeliegende Ziel, Planungssicherheit für die Krankenhausträger zu schaffen, würde so verfehlt. Ist absehbar, dass die Betriebsaufnahme eines Krankenhausstandortes erst nach mehr als drei Jahren erfolgen wird, könnte dem nachvollziehbaren Bedürfnis der Krankenhausträger nach Planungssicherheit etwa durch den Erlass eines Bescheides über die Aufnahme in den Krankenhausplan des Landes mit Wirkung zu einem näher bestimmten, zukünftigen Zeitpunkt oder durch eine entsprechende Zusage der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde Rechnung getragen werden.

Zu Nummer 22 Artikel 2 Nummer 2 (§ 6a Absatz 4 Satz 2 KHG)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Durch die Ausnahmeregelung in § 6a Absatz 4 KHG soll den Ländern die Möglichkeit gegeben werden, insbesondere zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung Zuweisungen von Leistungsgruppen vorzunehmen, obwohl die Krankenhäuser an dem jeweiligen Krankenhausstandort die Qualitätskriterien der zugewiesenen Leistungsgruppe nicht erfüllen. Hierdurch soll den betroffenen Krankenhäusern ermöglicht werden, weiterhin Leistungen der Krankenhausbehandlung zu erbringen und zugleich Maßnahmen zur Qualitätssteigerung zu ergreifen. Die Ausnahmeregelung soll jedoch nicht zu einer langfristigen Unterschreitung der geltenden qualitativen Mindeststandards führen. Aus diesem Grund ist keine ausnahmsweise Zuweisung grundsätzlich nur für einen begrenzten Zeitraum zulässig. Der Vorschlag, die Befristung einer ausnahmsweisen Zuweisung mehrfach nach Ermessen

der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zu verlängern, käme einer generellen unbefristeten Ausnahme gleich. Eine weitgehende unbefristete Ausnahme würde voraussichtlich zu einer dauerhaft unzureichenden Strukturqualität in den betroffenen Krankenhäusern und zu einer möglichen Beeinträchtigung der Patientensicherheit führen. Der Vorschlag entspricht daher nicht dem Ziel der Krankenhausreform, die Behandlungsqualität zu sichern und zu steigern. Darüber hinaus besteht kein Bedürfnis für eine entsprechende Ausweitung der Ausnahmeregelung. Bereits nach der geltenden Rechtslage ist die Erfüllung der Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbänden möglich. Qualitätskriterien müssen damit nicht ausnahmslos am Krankenhausstandort selbst erfüllt werden. Mit den im KHAG vorgesehenen Änderungen werden die Kooperationsmöglichkeiten insbesondere zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung erweitert und es wird den Ländern mehr Gestaltungsspielraum gewährt.

Zu Nummer 23 Artikel 2 Nummer 2 (§ 6a Absatz 4 Satz 3 KHG)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Durch die Ausnahmeregelung in § 6a Absatz 4 KHG soll den Ländern die Möglichkeit gegeben werden, insbesondere zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung Zuweisungen von Leistungsgruppen vorzunehmen, obwohl die Krankenhäuser an dem jeweiligen Krankenhausstandort die Qualitätskriterien der zugewiesenen Leistungsgruppe nicht erfüllen. Hierdurch soll den betroffenen Krankenhäusern ermöglicht werden, weiterhin Leistungen der Krankenhausbehandlung zu erbringen und zugleich Maßnahmen zur Qualitätssteigerung zu ergreifen. Die Ausnahmeregelung soll jedoch nicht zu einer langfristigen Unterschreitung der geltenden qualitativen Mindeststandards führen. Aus diesem Grund ist eine ausnahmsweise Zuweisung grundsätzlich nur für einen begrenzten Zeitraum zulässig. Die Möglichkeit einer unbefristeten ausnahmsweisen Zuweisung gilt nur für Krankenhäuser, die in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG aufgenommen sind. Mit dem Vorschlag soll die unbefristete ausnahmsweise Zuweisung erheblich ausgeweitet werden und auch für andere Krankenhäuser gelten, wenn die Erfüllung der Qualitätskriterien in Zusammenschau mit einem anderen Krankenhausstandort desselben Krankenhausträgers innerhalb eines Gemeindegebiets sichergestellt ist. Dies würde voraussichtlich zu einer dauerhaft unzureichenden Strukturqualität in den betroffenen Krankenhäusern und zu einer möglichen Beeinträchtigung der Patientensicherheit führen. Der Vorschlag entspricht daher nicht dem Ziel der Krankenhausreform, die Behandlungsqualität zu sichern und zu steigern. Darüber hinaus besteht kein Bedürfnis für eine entsprechende Ausweitung der Ausnahmeregelung. Bereits nach der geltenden Rechtslage ist die Erfüllung der Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbänden möglich. Qualitätskriterien müssen damit nicht ausnahmslos am Krankenhausstandort selbst erfüllt werden. Mit den im KHAG vorgesehenen Änderungen werden die Kooperationsmöglichkeiten insbesondere zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung erweitert und es wird den Ländern mehr Gestaltungsspielraum gewährt.

Zu Nummer 24 Artikel 2 Nummer 2 (§ 6a Absatz 4 Satz 4 KHG)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Durch die Ausnahmeregelung in § 6a Absatz 4 KHG soll den betroffenen Krankenhäusern ermöglicht werden, trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien für eine Leistungsgruppe für einen befristeten Zeitraum Leistungen der Krankenhausbehandlung aus dieser Leistungsgruppe zu erbringen und zugleich Maßnahmen zur Qualitätssteigerung zu ergreifen. Die Ausnahmeregelung soll jedoch nicht zu einer langfristigen Unterschreitung der qualitativen Mindeststandards führen. Nach § 6a Absatz 4 Satz 4 KHG hat die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde deshalb das jeweilige Krankenhaus mit der Zuweisung zu verpflichten, die für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien innerhalb einer angemessenen Frist zu erfüllen. Die vorgeschlagene Streichung dieser Verpflichtung und die Regelung, die Erteilung von entsprechenden Auflagen in das Ermessen der für die Krankenhausplanung zuständigen Behörde zu stellen, würde voraussichtlich zu dauerhaften Qualitätseinbußen führen. Der Vorschlag entspricht daher nicht dem Ziel der Krankenhausreform, die Behandlungsqualität zu sichern und zu steigern.

Zudem wurde im Rahmen der Ausgestaltung der Ausnahmeregelung die Zweckmäßigkeit und Verhältnismäßigkeit der Erteilung von Auflagen zur Erfüllung der Qualitätskriterien bereits beachtet. So gilt § 6a Absatz 4 Satz 4 KHG-E nicht bei einer ausnahmsweisen Zuweisung im Fall einer Betriebseinstellung nach § 6a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 KHG-E.

Zu Nummer 25 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)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

An der bisherigen Systematik des KHVVG, zusätzliche Mittel über neue Förderbeträge, neue Zuschläge und erhöhte Zuschläge für die Notfallversorgung erst mit Beginn der Konvergenzphase der Vorhaltevergütung auszukehren, wird festgehalten. Damit wird der Anreiz für die zuständigen Landesbehörden bei ihrer Krankenhausplanung aufrechterhalten, die erforderliche Zuweisung dieser Aufgaben unter Berücksichtigung der zugewiesenen Leistungsgruppen vorzunehmen. Zugleich werden vorherige Mehrausgaben der Kostenträger vermieden. Zu berücksichtigen ist ferner, dass die Zahlung der bisherigen Förderbeträge für die Pädiatrie und Geburtshilfe durch die im KHAG vorgesehene Änderung des § 5 Absatz 2b, Absatz 3k und Absatz 3l KHEntgG auf das Jahr 2027 ausgedehnt werden soll.

Zu Nummer 26 Artikel 2 Nummer 3a – neu – (§ 6c Absatz 1 KHG)

Der Antrag wird teilweise abgelehnt und findet teilweise die Zustimmung der Bundesregierung.

Die Streichung des Erfordernisses, bei der Bestimmung von Krankenhausstandorten als süV durch die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden das Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen herzustellen, wird abgelehnt. Durch diese Form der Beteiligung bleibt die Planungshoheit der Länder unberührt. Benehmen bedeutet, dass den Beteiligten Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist, setzt aber nicht voraus, dass gegenüber der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde ein Einverständnis zu erklären ist. Eine derartige Beteiligung erscheint insbesondere vor dem Hintergrund sachgerecht, dass die Bedarfsgerechtigkeit und die wirtschaftliche Situation des Krankenhauses nicht nur in Bezug auf die stationäre Leistungserbringung, sondern auch in Bezug auf den ambulant-pflegerischen Versorgungsbeitrag zu berücksichtigen ist. Die zu süV bestimmten Standorte von Krankenhäusern übernehmen insbesondere auch zusätzliche Versorgungsaufgaben im ambulanten und pflegerischen Bereich, deren Finanzwirkungen auch durch die Krankenkassen abzuschätzen sind. Aus diesem Grund erscheint es erforderlich, dass die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden das Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen herstellen.

Zugestimmt wird dem Antrag, auf das Benehmen der Landesverbände der Pflegekassen zu verzichten. Die Bundesregierung kann die Erläuterung, dass die Zulassung zu Pflegeleistungen nach dem SGB XI durch den Abschluss eines Versorgungsvertrags erfolgt und dass Pflegeleistungen nach dem SGB XI kein Pflichtangebot der süV darstellen, nachvollziehen.

Abgelehnt wird dagegen eine Regelung, die explizit vorsieht, dass auch Krankenhäuser als süV bestimmt werden können, die erstmalig in den Krankenhausplan aufgenommen werden. Die derzeitige Vorschrift ermöglicht es bereits, ein Krankenhaus neu in den Krankenhausplan aufzunehmen und es dann zur süV zu bestimmen. Elementares Ziel des KHVVG und des KHAG ist jedoch die Transformation hin zu mehr Spezialisierung und zum Abbau nicht benötigter Krankenhauskapazitäten. Letzteres wird vor allem durch die Umwandlung von bestehenden Krankenhausstandorten erreicht, die mit ihrem derzeitigen Leistungsangebot nicht ausreichend ausgelastet sind, für die es aber mit geänderten, den Rahmenbedingungen für süV Rechnung tragendem Leistungsspektrum einen Bedarf gibt.

Zu Nummer 27 Artikel 2 Nummer 5 (§ 12b Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 KHG)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Ziel des Krankenhaustransformationsfonds (KHTF) ist die Transformation im Sinne des KHVVG. Eine pauschale Ausdehnung der Förderung auf Fachkrankenhäuser stünde nicht im Einklang mit dem Förderzweck des KHTF und würde Fördermittel ohne einen Transformationsmehrwert auf breitere Strukturen verteilen. Auch zielt die Anpassung der Definition der Fachkrankenhäuser – ausweislich des Koalitionsvertrags auf einen Erhalt der in den Ländern bestehenden Fachkrankenhäusern und nicht auf eine Ausweitung von Fachkrankenhäusern ab. Denkbar

ist jedoch, dass durch eine Umstrukturierung als Fachkrankenhaus eine Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten erreicht werden soll, so dass andere Fördertatbestände des KHTF, beispielsweise nach § 12b Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 KHG-E, einschlägig sein könnten.

Zu Nummer 28 Artikel 2 Nummer 5 (§ 12b Absatz 1 Satz 3 Nummer 6 KHG)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag im Rahmen des aktuellen Gesetzgebungsvorhabens ab. Das Anliegen ist grundsätzlich nachvollziehbar. Eine Konkretisierung dieses Fördertatbestandes wird jedoch im Rahmen der geplanten Reform der Notfallversorgung geprüft.

Zu Nummer 29 Artikel 2 Nummer 5 (§ 12b Absatz 1 Satz 3 Nummer 7 KHG)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Der KHTF ist auf eine strukturelle Transformation der Krankenhausversorgung im Sinne des KHVVG ausgerichtet. Eine weite Öffnung des KHTF für Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Krankenhausversorgung, beispielsweise für den bloßen Rückbau von Strukturen und der Umgestaltung von Prozessen, wie in der Begründung zum Vorschlag genannt, würde den Fokus von Transformationsvorhaben hin zu Bestandssicherung verschieben. Zu beachten ist, dass im Rahmen der dualen Krankenhausfinanzierung grundsätzlich allein die Länder für die Finanzierung der Investitionskosten von Krankenhäusern zuständig sind, und dass aus dem KHTF ausgewählte strukturverändernde Vorhaben, die eine Transformation im Sinne des KHVVG bewirken, gefördert werden. Zudem erscheint eine weite Öffnung der Fördertatbestände des KHTF nicht mit dem Finanzierungszweck des Sondervermögens Infrastruktur und Klimaneutralität vereinbar.

Zu Nummer 30 Artikel 2 Nummer 5 (§ 12b Absatz 1 Satz 3 Nummer 8 KHG)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Die Förderung der Ausbildung ist kein originärer Zweck des KHTF. Zudem sind diese Kosten bereits anderweitig finanziert und es besteht die Gefahr einer Zweckentfremdung der Mittel des KHTF, insbesondere sofern die Grenzziehung zwischen Investitions- und Betriebskostenförderung verwässert wird.

Zu Nummer 31 Artikel 2 Nummer 5 (§ 12b Absatz 1 Satz 5 KHG)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Die Regelung, wonach Vorhaben nicht überwiegend dem Erhalt bestehender Strukturen dienen dürfen, ist zentral, um reine Bestandssicherung auszuschließen und die Transformationswirkung sicherzustellen. Zu beachten ist, dass im Rahmen der dualen Krankenhausfinanzierung grundsätzlich allein die Länder für die Finanzierung der Investitionskosten von Krankenhäusern zuständig sind, und dass aus dem KHTF ausgewählte strukturverändernde Vorhaben, die eine Transformation im Sinne des KHVVG bewirken, gefördert werden. Zudem erscheint eine weite Öffnung der Fördertatbestände des KHTF nicht mit dem Finanzierungszweck des Sondervermögens Infrastruktur und Klimaneutralität vereinbar.

Zu Nummer 32 Artikel 2 Nummer 5 (§ 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 KHG)

Die Bundesregierung prüft den Vorschlag.

Zu beachten sind insbesondere die Bestimmungen der Mittel, die den Ländern nach dem Länder- und Kommunal-Infrastrukturfinanzierungsgesetzes (LuKIFG) aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität zustehen, sowie die Zielsetzungen des KHG einschließlich der grundsätzlich alleinigen Zuständigkeit der Länder für die Finanzierung der Investitionskosten der Krankenhäuser.

Zu Nummer 33 Artikel 2 Nummer 5 (§ 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe a und Buchstabe b KHG)

Die Bundesregierung prüft den Vorschlag.

Der Bundesrat schlägt vor, dass für Fördermittel, die in den Jahren 2026 bis 2029 nicht genutzt und insofern nach § 12b Absatz 2 Satz 4 und 5 KHG in die Folgejahre (nach § 12b Absatz 2 Satz 4 KHG) übertragen werden,

weiterhin der im Rahmen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe vom 23. Juni 2025 („Wachstumsbooster“) beschlossene, reduzierte Länderkofinanzierungsanteil von 30 Prozent gelten soll. Damit soll sichergestellt werden, dass die bundeseitig zugesagte Entlastung der Länder (Bund 70 Prozent, Länder 30 Prozent in den Jahren 2026 bis 2029) auch für übertragene Restmittel aus diesen Jahren gilt, die erst nach 2029 verausgabt werden. Für die Reduktion der vorhabenbezogenen Kofinanzierung der Länder auf 30 Prozent erscheint es mit Blick auf die Administrierbarkeit zumindest unerlässlich, dass die Antragstellung bis Ende 2029 erfolgt und auf die Fördermittel begrenzt ist, die bis einschließlich 2029 beansprucht werden können.

Zu Nummer 34 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)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag grundsätzlich zu und prüft die rechtstechnische Umsetzung.

Grundsätzlich ist sicherzustellen, dass die Fördermittel des KHTF nicht zweckwidrig verwendet werden dürfen und insbesondere eine Förderung hochschulrechtlich geregelter Aufgaben ausgeschlossen ist.

Zu Nummer 35 Artikel 2 Nummer 5 (§ 12b Absatz 3 Satz 5 – neu –, 6 KHG) und Artikel 4 Nummer 1 (§ 2 Absatz 1 KHTFV)

Die Bundesregierung prüft den Vorschlag, dass die Länder die ihnen nach dem LuKIFG überlassenen Mittel aus dem Sondervermögen wie eigene Haushaltsmittel für die Kofinanzierung und das Zusätzlichkeitserfordernis einsetzen dürfen. Zu beachten sind insbesondere die Bestimmungen der Mittel, die den Ländern nach dem LuKIFG aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität zustehen, sowie die Zielsetzungen des KHG einschließlich der grundsätzlich alleinigen Zuständigkeit der Länder für die Finanzierung der Investitionskosten der Krankenhäuser.

Zu Nummer 36 Artikel 2 Nummer 5 (§ 12b Absatz 4 Satz 4 KHG)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Die Änderung würde die haushaltsrechtliche Kontrolle der zweckentsprechenden Verwendung der Bundesmittel schwächen und ist nicht vereinbar mit der Umstellung der Finanzierung des KHTF aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität anstatt aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine verbindliche Rückforderungspflicht ist zudem erforderlich, um Missbrauch und Doppelförderung zu vermeiden und die Rechts- und Planungssicherheit bei der gemeinsamen Finanzierung sicherzustellen.

Zu Nummer 37 Artikel 2 Nummer 6 (§ 13 Satz 5 KHG)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

§ 13 Satz 5 KHG-E sieht lediglich vor, dass das Einvernehmen – wie in § 8 Absatz 1 Satz 2 KHG – anzustreben ist. Die vorgeschlagene Änderung würde die Beteiligungsrechte der Krankenkassen weiter reduzieren und damit auch deren Mitwirkung an der Struktursteuerung einschränken.

Zu Nummer 38 Artikel 2 Nummer 7 Buchstabe c – neu – (§ 17b Absatz 4c Satz 6 – neu – KHG)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Es handelt sich um eine rein deklaratorische Aussage, die zum Ziel hat, einer Verlagerung von pflegefernen Tätigkeiten auf das Pflegepersonal entgegenzuwirken. Die vorgeschlagene Regelung erreicht das intendierte Ziel nicht, da es ausreichend sein soll, wenn das Pflegepersonal „überwiegend Tätigkeiten der unmittelbaren Patientenversorgung“ ausübt. Die hierzu in Bezug genommenen Nummern 1 bis 3 des § 17b Absatz 4a Satz 1 KHG beziehen sich zudem nicht auf Tätigkeiten, sondern auf Berufsgruppen. Es bleibt offen, wie eine Prüfung auf pflegeferne und pflegenähe Tätigkeiten erfolgen könnte. Eine Umsetzung würde den Bürokratieaufwand und das Konfliktpotenzial bei den Budgetvereinbarungen erhöhen und zu deren Verzögerung führen.

Zu Nummer 39 Artikel 2 Nummer 8 Buchstabe c1 – neu – (§ 37 Absatz 4 Satz 1 und Satz 1a – neu – KHG)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Das Vergütungssystem sollte auch weiterhin prospektiv auf ein Jahr angelegt bleiben, u.a. um den Krankenhäusern Planungssicherheit zu gewähren. Es käme zu einer Benachteiligung derjenigen Krankenhäuser, denen die Leistungsgruppen bereits frühzeitig zugewiesen worden sind, da sie im folgenden Kalenderjahr eine Absenkung ihres Vorhaltevolumens aufgrund unterjähriger Änderungen im aktuellen Kalenderjahr hinnehmen müssten. Eine unterjährige Berechnung und ein Ausgleichsverfahren im folgenden Kalenderjahr führen zu zusätzlichem Aufwand bei einem bereits komplexen Vergütungssystem.

Zu Nummer 40 Artikel 2 Nummer 9 Buchstabe b Doppelbuchstabe cc – neu – (§ 38 Absatz 2 Satz 4 – neu – KHG)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

An der bisherigen Systematik des KHVVG, zusätzliche Mittel über neue Förderbeträge, neue Zuschläge und erhöhte Zuschläge für die Notfallversorgung erst mit Beginn der Konvergenzphase der Vorhaltevergütung auszukehren, wird festgehalten. Damit wird der Anreiz für die zuständigen Landesbehörden bei ihrer Krankenhausplanung aufrechterhalten, die erforderliche Zuweisung dieser Aufgaben unter Berücksichtigung der zugewiesenen Leistungsgruppen vorzunehmen. Zugleich werden vorherige Mehrausgaben der Kostenträger vermieden.

Zu Nummer 41 Artikel 2 Nummer 11 (§ 40 KHG)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

§ 40 KHG sollte nicht gestrichen werden. Die mit der Regelung verbundenen Ziele der Förderung der Spezialisierung onkologischer Leistungen, der Vermeidung von Gelegenheitsversorgung und der Verbesserung der Qualität dieser Leistungen sollten weiterhin verfolgt werden. Zudem ist im Entwurf des KHAG vorgesehen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 136c Absatz 1 Satz 1 SGB V-E die Möglichkeit erhält, einen niedrigeren als den mit 15 Prozent in § 40 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 KHG gesetzlich vorgesehenen Anteil an der Anzahl der Fälle aller Einträge in der jeweiligen nach § 40 Absatz 2 Satz 1 KHG erstellten und sortierten Aufstellung von Krankenhausstandorten festzulegen, bis zu dem das InEK nach § 40 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 KHG die Einträge aus der jeweiligen Aufstellung auszuwählen hat, sofern dies zur Aufrechterhaltung einer patienten- und bedarfsgerechten flächendeckenden stationären Versorgung der Bevölkerung mit onkologischen Leistungen zwingend erforderlich ist. Damit kann der Versorgungsrealität noch besser Rechnung getragen werden.

Zu Nummer 42 Artikel 2 und Artikel 3 (Vorhaltevergütung)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Die Vorhaltevergütung wurde entsprechend den zwischen Bund und Ländern am 10. Juli 2023 vereinbarten Eckpunkten ausgestaltet. Die Verantwortung, die Leistungsgruppen entsprechend des stationären Versorgungsbedarfs in der Region zuzuweisen, liegt bei den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden. Bereits heute basiert das stationäre Vergütungssystem auf einem Vollkostenansatz und berücksichtigt alle den Krankenhäusern entstehenden Kosten. Das InEK wurde damit beauftragt, die Auswirkungen der Einführung der Vorhaltevergütung zu analysieren und auf dieser Grundlage Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Vorhaltevergütung zu erstellen. Bei der Analyse soll unter anderem geprüft werden, inwieweit die Vorhaltevergütung perspektivisch an dem bevölkerungsbezogenen Bedarf und fallzahlunabhängig ausgerichtet werden kann. Bevor Änderungen an der Vorhaltevergütung vorgenommen werden, sollte diese Evaluation abgewartet werden.

Der Vorschlag, unterjährige Anpassungen der Vorhaltevolumina bei Änderungen der Zuweisung von Leistungsgruppen zu ermöglichen, ist ebenfalls abzulehnen. Das Vergütungssystem sollte auch weiterhin prospektiv auf ein Jahr angelegt bleiben, um den Krankenhäusern Planungssicherheit zu gewähren. Eine unterjährige Berechnung führt zu zusätzlichem Aufwand bei einem bereits komplexen Vergütungssystem. Soweit Mehrausgaben der Krankenhäuser infolge bundesseitig neu vorgegebener Qualitätsvorgaben bei der Bemessung der Vorhaltevergütung zusätzlich berücksichtigt werden sollen, ist erneut auf den Vollkostenansatz des Vergütungssystems hinzuweisen. Zusätzlich haben Krankenhäuser bereits die Möglichkeit, Zuschläge für ihnen entstehende Mehrkosten zu vereinbaren, die durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses entstehen (§ 5 Absatz 3c KHEntgG).

Zu Nummer 43 Artikel 3 Nummer 4 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb – neu – (§ 4 Absatz 2a Satz 2a – neu – bis Satz 2c – neu – KHEntgG)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Grundsätzlich ist festzustellen, dass die Erhebung des Fixkostendegressionsabschlags und die daraus folgende Beteiligung der Kostenträger an den Kostenvorteilen sachgerecht ist, da Krankenhäusern auch bei Leistungssteigerungen aufgrund von Konzentrationsprozessen Kostenvorteile entstehen. Unabhängig davon ist bereits nach geltendem Recht vorgesehen, dass der Fixkostendegressionsabschlag ausläuft. Solange der Fixkostendegressionsabschlag noch Anwendung findet, gilt bei Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern zudem nur der halbe Fixkostendegressionsabschlag (§ 4 Absatz 2a Satz 3 KHEntgG).

Zu Nummer 44 Artikel 3 Nummer 6 Buchstabe a (§ 6b Absatz 1 Satz 1a – neu – KHEntgG)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Vielmehr sollen beide Instrumente grundsätzlich zeitgleich eingeführt werden: Die Konzentration von Leistungen zum Zweck einer qualitativ hochwertigen Versorgung und eine weitere Steigerung der Qualität der medizinischen Versorgung soll erreicht werden, indem die Vorhaltevergütung mit der Zuweisung von Leistungsgruppen sowie der Erfüllung der für diese Leistungsgruppen jeweils maßgeblichen Qualitätskriterien und MVHZ verknüpft wird. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass nicht davon auszugehen ist, dass MVHZ für alle Leistungsgruppen zeitgleich festgelegt werden. Das IQWiG hat hierzu bereits berichtet, dass jährlich nur für eine bestimmte Anzahl an Leistungsgruppen MVHZ erarbeitet werden können. Das Inkrafttreten der MVHZ wird in der zustimmungspflichtigen Rechtsverordnung selbst geregelt werden. Dies bleibt abzuwarten.

Zu Nummer 45 Artikel 3 Nummer 10 Buchstabe b – neu – (§ 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 KHEntgG) und Buchstabe c – neu – (§ 10 Absatz 4 Satz 3 KHEntgG)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Bereits ab dem Jahr 2016 wurde die Mengensteuerung bei den stationären Krankenhausleistungen von der Landesebene (Landesbasisfallwert) verursachungsgerecht auf die Ortsebene verlagert. Auch der auf der Ortsebene zur Mengensteuerung aktuell genutzte Fixkostendegressionsabschlag soll mit der Einführung der Vorhaltevergütung auslaufen. Im Zusammenhang mit der Verlagerung der Mengensteuerung von der Landes- auf die Ortsebene wurde die frühere absenkende Berücksichtigung von Leistungssteigerungen bei der Verhandlung des Landesbasisfallwerts gestrichen. Mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz vom 20. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) wurde dann verspätet ab dem Jahr 2023 auch die Regelung in § 10 Absatz 3 Satz 3 KHEntgG für den umgekehrten Fall, nach der bei einem Leistungsrückgang ein Anstieg des Landesbasisfallwerts auch oberhalb der Obergrenze vereinbart werden kann, aufgehoben. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die geforderte Änderung zu erheblichen basiswirksamen Mehrausgaben für die Kostenträger und zu möglichen Beitragssatzsteigerungen führen würde. Mögliche Einsparungen, die im Zusammenhang mit dem Ambulantisierungspotenzial im Krankenhaus bestehen, würden verpuffen.

Zu Nummer 46 Artikel 3 Nummer 10 Buchstabe c – neu – (§ 10 Absatz 13 – neu – KHEntgG)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Im Koalitionsvertrag wurden Sofort-Transformationskosten in Höhe von 4 Milliarden Euro vereinbart, die durch einen aus Bundesmitteln finanzierten Rechnungszuschlag für Aufnahmen von gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten vom 1.11.2025 bis 31.10.2026 in Höhe von 3,25 Prozent im Haushaltsbegleitgesetz 2025 umgesetzt werden. Die Umsetzung des Vorschlags des Bundesrates würde demgegenüber zu erheblichen und dauerhaften Mehrausgaben für die Kostenträger mit Beitragssatzrelevanz führen. Die Bemühungen zur Stabilisierung der Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherung würden konterkariert.

Zu Nummer 47 Artikel 3 Nummer 11a – neu – (§ 13 Absatz 3 KHEntgG) und Artikel 6 Nummer 2a – neu – (§ 13 Absatz 3 BPfIV)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Zwar sieht sie ebenso wie der Bundesrat die Gefahr eines Vereinbarungs- und Verfahrensstaus und der Nichteinhaltung der derzeit vorgegebenen Termine, hält aber die Streichung nicht für den richtigen Weg. Sie befürwortet stattdessen eine differenzierte Lösung, die auch Beschleunigungsanreize setzt und ist bereits mit der Prüfung eines Regelungsansatzes befasst.

Zu Nummer 48 Artikel 4 Nummer 3 Buchstabe b Doppelbuchstabe cc (§ 4 Absatz 2 Nummer 6 KHTFV)

Die Bundesregierung prüft den Vorschlag.

Es ist sicherzustellen, dass die von den Ländern gemäß § 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 KHG beizubehaltende, strukturerhaltende Investitionskostenförderung der Krankenhausversorgung zugutekommt und nicht den Zwecken der Lehre und Forschung dient, die im Rahmen des Hochschulbaus gefördert werden.

Zu Nummer 49 Artikel 4 Nummer 3 Buchstabe c Doppelbuchstabe bb – neu – (§ 4 Absatz 3 Satz 3a – neu – KHTFV)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Gesundheitspolitisches Ziel des KHTF ist die Förderung strukturverbessernder Vorhaben im Krankenhausbereich zur Angleichung der Krankenhausstrukturen an die im KHVVG vorgesehenen Rechtsveränderungen. Entscheidend für die Förderfähigkeit ist daher, dass die Umsetzung des zu fördernden Vorhabens am 1. Juli 2025 noch nicht begonnen hat. Eine rückwirkende Förderung von Vorhaben, mit deren Umsetzung bereits begonnen wurde, entspricht nicht dem Förderzweck des KHTF. Eine rückwirkende Anerkennung früherer Vorhaben wäre darüber hinaus haushaltsrechtlich problematisch. Förderfähig sind gemäß § 4 Absatz 3 Satz 4 KHTFV aber einzelne Vorhaben, die selbstständige Abschnitte eines Gesamtvorhabens darstellen, wenn sie nach dem 1. Juli 2025 begonnen werden und die in § 3 KHTFV festgelegten Voraussetzungen erfüllen und sie nicht im Rahmen des Gesamtvorhabens aufgrund anderer Gesetze als dem KHG oder anderer Förderprogramme gefördert werden (§ 2 Absatz 1 Satz 4 KHTFV).

Zu Nummer 50 Artikel 4 Nummer 5 Buchstabe a (§ 6 Absatz 2 Satz 4 KHTFV)

Die Bundesregierung prüft den Vorschlag.

§ 6 Absatz 2 Satz 4 KHTFV enthält im Zusammenhang mit der Prüfung der zweckentsprechenden Verwendung von Fördermitteln die Pflicht der Länder, unter anderem den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Prüfungsbemerkungen der obersten Rechnungsprüfungsbehörden mitzuteilen. Die vorgeschlagene Streichung dieser Mitteilungspflicht erscheint angesichts der Umstellung der Finanzierung des KHTF aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität anstatt aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung nachvollziehbar.

Zu Nummer 51 Artikel 5 Nummer 1 (§ 186a Absatz 1 Satz 2 und Satz 2a – neu-, Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 GWB)

Allgemein ist zu den Vorschlägen Folgendes anzumerken: § 186a GWB-E stellt eine Auskopplung und Überarbeitung des bisherigen § 187 Absatz 10 GWB dar. Diese Norm wurde im Rahmen des KHVVG eingeführt und sieht eine Aussetzung der Fusionskontrolle für Krankenhäuser bis zum Jahr 2030 vor, um die von der Krankenhausreform angestrebte Konsolidierung und Spezialisierung von Krankenhäusern zu unterstützen. Für diesen Zeitraum sollen die Teile eines Zusammenschlusses, die Krankenhäuser und ihre medizinischen Fachbereiche betreffen, nicht mehr der fusionskontrollrechtlichen Prüfung des Bundeskartellamts, sondern lediglich einer unter Gesichtspunkten der Krankenhausversorgung vorzunehmenden Erforderlichkeitsprüfung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden unterliegen. Die Landesbehörde prüft den Zusammenschluss, so wie er bei ihr angemeldet wurde, und muss dafür keine Marktabgrenzung vornehmen. Die Beurteilung, ob ein Zusammenschluss auch Nicht-Krankenhausmärkte betrifft, obliegt in einem möglichen zweiten Schritt ausschließlich der Selbsteinschätzung der Zusammenschlussbeteiligten und dem Bundeskartellamt.

Die Neufassung der Vorschrift soll notwendige Klarstellungen beim Anwendungsbereich bringen. Es ist nicht beabsichtigt, das bisherige Verfahren, das die für Krankenhausplanung zuständigen Länderbehörden bereits etab-

liert haben, zu ändern. Es werden im Wesentlichen zwei Ziele verfolgt: Einerseits sollen von der Praxis ange-troffene Abgrenzungsfragen (etwa beim bisherigen Begriff „standortübergreifende Konzentration“) und eine zu enge Definition des Krankenhausbegriffs (Verweis auf das KHG) adressiert werden. Andererseits werden nun sog. „Mischfälle“ adressiert, in denen ein Zusammenschluss sowohl Krankenhäuser als auch andere (außerhalb von § 39 Absatz 1 Satz 1 SGB V liegende) medizinische oder gerade auch nichtmedizinische Bereiche betrifft. Die Nicht-Krankenhaus-Teile solcher Zusammenschlüsse müssen auch weiterhin im Rahmen der herkömmlichen Fusionskontrolle durch das Bundeskartellamt überprüft werden können, um in diesen Sektoren (etwa IT, ambu-lante vertragsärztliche Leistungen über MVZ, Pflegeheime) den Wettbewerb zu erhalten.

Die Bundesregierung lehnt den Änderungsvorschlag ab, in § 186a Absatz 1 Satz 2 GWB-E den Begriff des Mark-tes zu ersetzen. In den Ländern bestehen Vorbehalte gegenüber dem Begriff „Markt“ und die Sorge, dass die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden diesen Begriff mangels entsprechender Erfahrung kaum werden operationalisieren können. Die Verwendung des Begriffs „Markt“ ist in einer GWB-Norm allerdings we-der fremd noch intransparent. Für die Zwecke der Fusionskontrolle durch das Bundeskartellamt ist der Marktbe-zug zwingend notwendig, um den Ausnahmereich von anderen Tätigkeitsbereichen der beteiligten Unterneh-men abzugrenzen. Die nachvollziehbare Sorge, dass die für Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden eine Markt-abgrenzung vornehmen müssen, ist allerdings unbegründet. Denn eine Marktdefinition oder -abgren-zung durch die Landesbehörden ist von der Vorschrift nicht vorgesehen: Die zuständigen Landesbehörden bestä-tigen lediglich, dass sie den Zusammenschluss der beteiligten Krankenhäuser und medizinischen Fachbereiche zur Verbesserung der Krankenhausversorgung für erforderlich halten – nur dies können und sollen die Landesbe-hörden beurteilen. Der Gültigkeitsbereich der Bestätigung und damit der Anwendungsbereich der Ausnahme von der Fusionskontrolle wird (gedanklich) erst nach Erteilung der Bestätigung durch die Landesbehörde durch § 186a Absatz 1 Satz 2 GWB-E eingeschränkt, wenn (auf Antrag der Zusammenschlussparteien) das Bundeskartellamt prüft, ob zusätzlich eine Fusionskontrolle für eventuell andere betroffene Märkte durchzuführen ist. Eine Abgren-zung, auf welche Märkte sich die Bestätigung erstreckt, wird somit erst für die (nachgelagerte) Beurteilung durch das Bundeskartellamt relevant, ob der Zusammenschluss auch andere Märkte über den definierten Ausnahmebe-reich (Krankenhausbehandlung i. S. d. § 39 Absatz 1 Satz 1 SGB V) hinaus betrifft und insoweit die Fusionskon-trolle zur Anwendung kommt. Die dortige Beurteilung muss sich zwingend auf „Märkte“ beziehen, da es sich bei diesen um den klassischen Prüfgegenstand der Fusionskontrolle handelt. Da eine Markt-abgrenzung im Rahmen des Antragsverfahrens gemäß § 186a Absatz 1 Satz 1 GWB-E von den Landesbehörden nicht getroffen werden muss, bedarf es auch keiner vermeintlichen Klarstellung bzw. Streichung des Begriffs „Markt“ in der GWB-Norm.

Die Bundesregierung lehnt zudem den Vorschlag ab, in § 186a Absatz 1 SGB V einen neuen Satz zu ergänzen, wonach der Erteilung einer Erforderlichkeitsbestätigung nicht entgegensteht, dass das jeweilige Krankenhaus auch ambulante Leistungen erbringt. Eine damit beabsichtigte Klarstellung, dass ein Krankenhaus im Rahmen seiner Krankenhaustätigkeiten auch ambulante Leistungen erbringen kann und diese somit unter die Erforderlich-keitsprüfung durch die Landesbehörde fallen, ist nicht erforderlich, da solche Leistungen nach § 39 Absatz 1 Satz 1 SGB V von der Krankenhausbehandlung umfasst sind.

Die Bundesregierung lehnt schließlich die vorgeschlagene Umformulierung des § 186a Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 GWB-E ab. § 186a Absatz 3 GWB-E enthält keine Kriterien für die Prüfung der Erforderlichkeit durch die Landesbehörden und richtet sich ausschließlich an das Bundeskartellamt. Insofern ist auch nach § 186a Absatz 3 GWB-E keine Markt-abgrenzung durch die Landesbehörden vorzunehmen. Die vorgeschlagene Formulierung legt zudem die unzutreffende Interpretation nahe, dass auch ambulante vertragsärztliche Leistungen (insbes. MVZ) von der Ausnahme von der Fusionskontrolle durch das Bundeskartellamt erfasst sind. Dies ist allerdings nicht der Fall. Ambulante vertragsärztliche Leistungen stellen keine Krankenhausleistungen nach § 39 Absatz 1 Satz 1 SGB V dar. Eine Annahme des Vorschlags würden die Rechtsicherheit und Klarheit der Norm demnach senken, anstatt diese zu erhöhen. Zudem würde die von den Ländern vorgeschlagene verkürzte Formulierung zu einer Eingren-zung der von § 186a Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 GBW-E erfassten Mischfälle führen. Nicht mehr darunter fallen würden Konstellationen, in denen ein Konzernverbund (noch) andere als Krankenhaus- oder ambulante vertrags-ärztliche Leistungen erbringt. Bei Mischfällen soll es nach der Gesetzeskonzeption allerdings keinesfalls nur um weitere (nicht als Krankenhausbehandlung) einzustufende „ambulante vertragsärztliche Leistungen“ gehen, son-dern um sämtliche nicht-/medizinische Märkte, auf denen die Zusammenschlussparteien aktiv sind. Es ist drin-gend notwendig, eine zu weitgehende (Ausnahme-)Regelung mit erheblichem Missbrauchspotenzial zu verhin-dern.

Zu Nummer 52 Artikel 5 Nummer 1 (§ 186a Absatz 2 Satz 1 GWB)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Das Anliegen ist nachvollziehbar, weshalb diesem mit der vorliegenden Formulierung bereits Rechnung getragen wurde. Statt wie bisher in § 187 Absatz 10 Satz 2 GWB („Anträge sind zu veröffentlichen“) wurde bewusst die einschränkende Formulierung in § 186a Absatz 2 Satz 1 GWB-E („Anträge sind bekanntzumachen“) gewählt. Daraus geht bereits hervor, dass nicht der ganze Antrag und die gesamte Entscheidung zu veröffentlichen sind. Außerdem kann aus einem Umkehrschluss zu der Formulierung „unter Nennung der Zusammenschlussparteien“ in § 186a Absatz 2 Satz 1 GWB-E hergeleitet werden, dass die Bekanntmachung des Verfahrens gerade nicht unter Offenlegung der (vollständigen) Anträge und später dem (vollständigen) Entscheidungstext erfolgen muss. Anderenfalls hätte es dieses Zusatzes nicht bedurft. Daraus ergibt sich unzweifelhaft, dass neben den Parteien, dem Antragsgegenstand (Nennung des Zusammenschlussvorhabens) und dem Ergebnis der Prüfung (Behörde hält den Zusammenschluss für erforderlich oder nicht) keine weiteren Details kundgegeben werden müssen. Es bedarf deshalb keiner weiteren Änderung des Gesetzesentwurfes. Dem Anliegen des Antrags ist bereits entsprochen.

Zu Nummer 53 Artikel 6 Nummer 01 – neu – (§ 3 Absatz 3 Satz 13 – neu – und Satz 14 – neu – BPfIV)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Mit der im KHVVG vorgesehenen Änderung des § 3 der Bundespflegegesetzverordnung wurde ab dem Jahr 2024 eine vollständige Tariffinanzierung für alle Berufsgruppen beschlossen. Diese vollständige Tariffinanzierung belastet die Kostenträger bereits erheblich und ist eine relevante Ursache für den dynamischen Anstieg der Ausgaben für die Krankenhausbehandlung. Eine rückwirkende Regelung zulasten der Kostenträger für vor dem Jahr 2024 liegende Zeiträume begegnet erheblichen Bedenken. Sie wäre auch für die Kostenträger finanziell nicht tragbar bzw. würde weiteren Druck auf die Beitragssätze erzeugen.

Die Vorgaben der nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V festgelegten Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal müssen nach § 16 der Richtlinie in dem Zeitraum vom 1. Januar 2022 bis 31. Dezember 2026 zu 90 Prozent und ab dem 1. Januar 2027 zu 95 Prozent erfüllt sein. Die Verpflichtung, die Vorgaben zu 100 Prozent zu erfüllen, tritt zum 1. Januar 2029 ein. Die Sanktionen greifen bei Nichterfüllung erst ab dem 1. Januar 2026.

Zu Nummer 54 Artikel 7 (§ 53d Absatz 4 SGB XI)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab.

Die Ergänzung der Richtlinienkompetenz des Medizinischen Dienst Bund um bundeseinheitliche Vorgaben zu einheitlichen und digitalen Prozessen ist erforderlich, da die Digitalisierungsvorhaben der MD-Gemeinschaft bislang nicht die erwarteten Effizienzgewinne erzielen konnten. Die von den MD hierfür gebildete Arbeitsgemeinschaft (MD IT-GmbH) konnte bislang nicht die nötige Dynamik und Effizienz entfalten, obwohl ihr über Jahre hinweg erhebliche finanzielle Mittel zugeflossen sind. Dies ist insbesondere dadurch begründet, dass den Projekten vielfach keine einheitlichen Prozesse unterlegt waren und die Informationstechnologie verschiedenen spezifischen Anforderungen einzelner MD angepasst werden musste.

Eine größere Einheitlichkeit der Vorgaben kann diese Prozesse beschleunigen und führt nicht zu mehr Bürokratie, sondern mittelfristig sogar zu deren Abbau. Dies betrifft insbesondere die bereits aufgebauten Strukturen für gemeinsame Digitalisierungsaufgaben, deren Realisierung durch klare Vorgaben, z. B. zur Vermeidung von Schnittstellenproblemen, erleichtert werden dürfte.

Die Selbstverwaltung der MD als öffentlich-rechtliche Körperschaften auf Landesebene, die keinen besonderen verfassungsrechtlichen Schutz genießen, kann gesetzlich ausgestaltet und verändert werden, wenn dies im Interesse einheitlicher Versorgungsverhältnisse im jeweiligen Regelungsbereich erforderlich ist. Das grundsätzliche Recht zur Selbstverwaltung der MD wird dadurch nicht in Frage gestellt. Durch § 53d Absatz 2 und 3 SGB XI ist vielmehr ein Beteiligungsrecht für die MD gesetzlich normiert. Die Möglichkeit für die MD, ihre fachliche Sichtweise und ihre Erfahrungen einzubringen, ist dadurch gegeben. Der Medizinische Dienst Bund ist demgegenüber bei der Erarbeitung der Richtlinien auf die fachliche Unterstützung durch die MD angewiesen. Dies gilt auch für die Erarbeitung von Vorgaben zur einheitlichen und digitalen Umsetzung der Richtlinien.

Zu Nummer 55 Anhang (zu Artikel 1 Nummer 15) Anlage 1 (zu § 135e SGB V)

Die Bundesregierung prüft einzelne Vorschläge und bezieht im Übrigen wie folgt Stellung:

Die Weiterentwicklung der Leistungsgruppen und ihrer Qualitätskriterien erfolgt grundsätzlich auf Basis von Empfehlungen des nach § 135e Absatz 3 Satz 1 SGB V eingerichteten Ausschusses (Leistungsgruppen-Ausschusses). Im Koalitionsvertrag wurde zudem vereinbart, Qualitätsvorgaben dort zu ändern, wo es medizinisch sinnvoll ist. Vor diesem Hintergrund setzen die im KHAG enthaltenen Änderungen der Anlage 1 SGB V die erste Empfehlung des Leistungsgruppen-Ausschusses um.

Zu Nummer 56 Zum Gesetzentwurf allgemein

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag insgesamt ab.

Zu Buchstabe a:

In Bezug auf den Anwendungsbereich der Ausnahmeregelung in § 6a Absatz 4 KHG ist keine Anpassung erforderlich. Dem Anliegen des Bundesrats ist bereits Rechnung getragen. Die Ausnahmeregelung in § 6a Absatz 4 KHG gilt für alle Leistungsgruppen. Eine Beschränkung der Ausnahme auf die Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Allgemeine Frauenheilkunde und Geburten lässt sich weder dem Regelungstext in § 6a Absatz 4 KHG noch der Begründung des vom Bundeskabinett beschlossenen Gesetzentwurfs entnehmen.

Im Hinblick auf die Kooperationsmöglichkeiten nach § 135e Absatz 4 Satz 1 Nummer 7 SGB V ist ebenfalls kein Änderungsbedarf ersichtlich. Die Kooperationsmöglichkeiten sind nicht auf ein Qualitätskriterium begrenzt.

Soweit im Übrigen vorgeschlagen wird klarzustellen, dass Kooperationen mit Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung nur die Vorhaltung sachlicher Ausstattung betreffen können, wird dies abgelehnt. Es sind Konstellationen vorstellbar, in denen verwandte Leistungsgruppen in Kooperation mit Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllt werden, auch wenn vertragsärztlichen Leistungserbringern formal keine Leistungsgruppen zugewiesen werden. Wesentlich erscheint etwa, dass die entsprechende fachliche externe Expertise bei Bedarf in die Behandlung einbezogen werden kann.

Zu Buchstabe b:

Zu Doppelbuchstabe aa:

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Die Vorhaltevergütung wurde entsprechend den zwischen Bund und Ländern am 10. Juli 2023 vereinbarten Eckpunkten ausgestaltet. Das InEK wurde außerdem damit beauftragt, die Auswirkungen der Einführung der Vorhaltevergütung zu analysieren und auf dieser Grundlage Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Vorhaltevergütung zu erstellen. Bevor Änderungen an der Vorhaltevergütung vorgenommen werden, sollte diese Evaluation abgewartet werden.

Für bedarfsnotwendige Krankenhäuser mit geringen Fallzahlen wurden verschiedene Maßnahmen vorgesehen. Unter anderem haben die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden die Möglichkeit, Planfallzahlen vorzugeben, sodass die Vorhaltevergütung auf Grundlage einer höheren als der tatsächlichen Fallzahl ermittelt werden kann. Zudem ist eine Sockelfinanzierung für ländliche Krankenhäuser vorgesehen, sodass die Mindestvorhaltezahle statt der tatsächlichen Fallzahl für die Ermittlung der Vorhaltevergütung verwendet wird.

Soweit der Fallzahlkorridor von 20 Prozent kritisiert wird und ein die Versorgungssicherheit gefährdender Anreiz zur Fehl- bzw. Minderleistung befürchtet wird, ist auf Folgendes hinzuweisen: Auch wenn sich der Anteil eines Krankenhausstandorts an der Vorhaltevergütung nicht ändert, wenn sich die Fallzahl in einem Korridor von bis zu 20 Prozent ändert, ist zu beachten, dass Krankenhäuser in jedem Fall den leistungsabhängigen Vergütungsanteil (Residual-DRG) erhalten. Aus grundsätzlicher Erwägung heraus ist zu berücksichtigen, dass die Ablehnung medizinisch notwendiger Behandlungen im Widerspruch zu der allgemeinen Behandlungs- und Aufnahmepflicht von Krankenhäusern stünde. Gemäß § 109 Absatz 4 Satz 2 SGB V sind zugelassene Krankenhäuser im Rahmen ihrer Versorgungsaufträge zur Krankenhausbehandlung der Versicherten verpflichtet.

Zu Doppelbuchstabe bb:

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Eine weitergehende Sektorenöffnung ist nicht Gegenstand dieses Gesetzgebungsvorhabens. Es handelt sich dabei um ein komplexes Vorhaben, das vielfältige Rechtsgebiete und -ebenen betrifft und unter anderem EU-beihilferechtlichen Rahmenbedingungen Rechnung tragen muss.

Zu Doppelbuchstabe cc:

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Der KHTF wurde zur Förderung strukturverbessernder Maßnahmen im Krankenhausbereich eingerichtet. Eine Förderung nach dem KHG kommt nur für Krankenhäuser in Betracht, nicht für vertragsärztliche Strukturen. Um eine stärkere Ambulantisierung im Krankenhausbereich zu fördern, ist bereits nach der geltenden Rechtslage auch die Umstrukturierung von Krankenhausstandorten als süV förderfähig. Im Rahmen entsprechender Vorhaben können jedoch nur die Kosten für den Anschluss an die ambulante Struktur gefördert werden, etwa für Baumaßnahmen, die für die Nutzung des Krankenhausstandorts als süV erforderlich werden. Nicht förderfähig ist die ambulante Struktur selbst. Eine Förderung ambulanter Strukturen an Krankenhäusern aus dem KHTF wäre voraussichtlich EU-beihilferechtlich unzulässig und ist daher abzulehnen.

Zu Buchstabe c:

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Der Vorschlag stellt auf gesetzliche Änderungen des KHEntgG und der Bundespflegesatzverordnung im Rahmen des Gesetzes zur Befugnisweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BT-Drs. 21/1511) ab. Das Gesetz wurde am 6. November 2025 vom Deutschen Bundestag beschlossen. Ziel der entsprechenden Änderungen ist es, durch Aussetzen der sogenannten Meistbegünstigungsklausel für das Jahr 2026 einen Beitrag zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung zu leisten. Hiermit wird zur finanziellen Entlastung insbesondere der gesetzlichen Krankenversicherung der Veränderungswert für den Anstieg der Landesbasisfallwerte und der Budgets von psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern für das Jahr 2026 auf die Höhe des vom Statistischen Bundesamt im Jahr 2025 veröffentlichten Orientierungswerts, der die Entwicklung der durchschnittlichen Kosten der Krankenhäuser erfasst, begrenzt. Durchschnittliche Tarifsteigerungen, die die Obergrenze überschreiten, sind unverändert zusätzlich zu refinanzieren. Die Entwicklung der Höhe der Pflegebudgets wird durch die Einsparmaßnahme nicht begrenzt und bleibt unverändert. Auch die im Koalitionsvertrag vereinbarte Finanzierung der Lücke bei den Sofort-Transformationskosten aus den Jahren 2022 und 2023 wird durch die Einsparungsmaßnahme nicht beeinträchtigt.