

Stellungnahme der Länder

zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

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

In Vorbereitung auf die Sitzung der Bund-Länder-Gruppe am 17. April 2024 ist dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eine erste Länder-Positionierung zu zwingend erforderlichen Anpassungen des Referentenentwurfs übermittelt worden. Auf das 11-Punkte-Papier der Länder mitsamt konkretisierender Anlage wird vollumfänglich Bezug genommen.

Teil 1:

Der Bund und die Länder haben im Eckpunktepapier vom 10. Juli 2023 ausdrücklich vereinbart, dass vor Fertigstellung des Referentenentwurfs eine belastbare Auswirkungsanalyse und eine Folgenabschätzung vorliegen werden. Der Bund ist dieser Vereinbarung bislang nicht nachgekommen. Das vom Bund in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe am 17. April 2024 vorgestellte Instrument stellt keinen adäquaten Ersatz für eine valide, aussagekräftige und wissenschaftlich fundierte und vom BMG zugesagte Auswirkungsanalyse dar. Die Länder können einer derart tiefgreifenden, die Versorgungslandschaft verändernden Reform erst zustimmen, wenn die Auswirkungen der Reform absehbar und eine auskömmliche Finanzierung der bedarfsnotwendigen Krankenhäuser gesichert sind. Dies gilt es seitens des Bundes nach wie vor nachzuweisen.

Aus dem vorliegenden Referentenentwurf geht nicht hervor, wie die Vergütungssystematik künftig konkret ausgestaltet und in der Praxis umgesetzt werden soll. Eine Bewertung, welche Auswirkungen das geplante Vergütungssystem auf die Versorgungslandschaft hat, ist auf dieser Grundlage nur sehr eingeschränkt möglich. Aufgrund der Vielzahl von unsicheren Faktoren setzen Prognosen immer Annahmen voraus. Tragfähige Empfehlungen können auf dieser Basis nicht verlässlich ausgesprochen werden.

Fraglich bleibt weiterhin, ob die geplante Vergütungssystematik tatsächlich zu einer Verbesserung der finanziellen Lage der Krankenhäuser führen wird. Besonders die Finanzierung bedarfsnotwendiger kleiner Krankenhäuser mit bevölkerungsbedingt geringer Fallzahl wird in dem vorliegenden Referentenentwurf nur unzureichend berücksichtigt. Dem gesetzgeberischen Ziel der Entökonomisierung kommt der Gesetzentwurf lediglich innerhalb des vorgesehenen 20%-Fallzahlkorridors nach. An den Korridor Grenzen manifestiert sich dagegen ein die Versorgungssicherheit gefährdender Anreiz zur Fehl- bzw. Minderleistung.

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

Darüber hinaus fordern die Länder das BMG auf, das Ziel des Bürokratieabbaus in die Evaluationstatbestände nach § 426 SGB V einzubeziehen. Auch die zuständigen Landesbehörden werden mit den Verfahren zur Zuweisung der Leistungsgruppen und des Vorhaltebudgets erheblich belastet, ohne dass es dafür eine finanzielle Kompensation gäbe. In besonderem Maße werden die Krankenhäuser von dem Bürokratieaufbau dieses Gesetzes getroffen, da sie alle in diesem Gesetz neu geschaffenen Verfahren durchlaufen müssen.

Die Fristen für das Prüfverfahren des Medizinischen Dienstes in § 275a Abs. 2 SGB V sind nicht praxistauglich ausgestaltet. Sowohl die Vorlagepflichten der Krankenhäuser und die Prüfzeiten des Medizinischen Dienstes als auch die Abstimmung im Falle von Unstimmigkeiten mit den Krankenhausplanungsbehörden der Länder sind zu eng bemessen. Die Fristen müssen entsprechend verlängert werden, um ein sachgerechtes Verfahren zu ermöglichen.

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

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

Bis zum 31. März 2025 sind mit Wirkung ab 1. Januar 2027 durch das Bundesministerium für Gesundheit mit Zustimmung des Bundesrates durch Rechtsverordnung insbesondere Leistungsgruppen festzulegen und weiterzuentwickeln sowie zu bestimmen, von welchen Leistungsgruppen Ausnahmen möglich sein sollen und welche Leistungsgruppen in Kooperation erfüllt werden können. Die Festlegung neuer Leistungsgruppen bzw. deren Weiterentwicklung darf nicht bereits zu diesem Zeitpunkt erfolgen. Andernfalls müssen Zuweisungen von Leistungsgruppen bereits nach kürzester Zeit wieder geändert werden. Eine Fortentwicklung darf insoweit erst nach mehreren Jahren Erprobung und einer entsprechenden Evaluation erfolgen.

Der im KHVVG-E geregelte Zeitplan sowie die einzelnen Fristen für das Verfahren sind insgesamt zu überarbeiten und entsprechend praxistauglich zu verlängern.

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.

Teil 2:

Die Länder haben sich auf Grundlage des am 16. April 2024 an das Bundesministerium für Gesundheit übersandten 11-Punkte-Papiers und der in der Bund-Länder-Sitzung am 17. April 2024 besprochenen Punkte auf nachfolgende normative Änderungen geeinigt und fordern den Bund geschlossen auf, nachfolgende Änderungen zu den Punkten

- **Krankenhausplanungshoheit der Länder**
(§ 6a Abs. 2 KHG-E; § 135e SGB-V-E; § 135f SGB-V-E; § 275a SGB-V-E; § 40 KHG)
- **Mindestvorhaltezahlen (Mindestmengen)**
(§ 135f SGB V-E)
- **Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben**
(§ 6a Abs. 5 KHG-E)
- **Sektorenübergreifende Versorger**
(§ 115g und h, § 116a SGB-V-E, § 6b KHG-E)
- **Bürokratische Entlastung muss erreicht werden**
(§ 6a KHG-E und § 6b KHEntgG-E; § 275a SGB-V-E)
- **Rechtsverordnung zur Weiterentwicklung der Leistungsgruppen**
(§ 135e SGB-V-E)
- **Transformationsfonds**
(§§ 12a/b KHG-E; §§ 221; 271 SGB-V-E)
- **Zustimmungspflicht im Bundesrat**
(Eingangsformel; § 135e SGB-V-E)
- **Sonstige Themen**
(§ 21 KHEntgG-E; §135e SGB-V-E; §6a KHG-E; §6b KHEntgG-E)

am Gesetz vorzunehmen:

Aus Art. 80 Abs. 2, Var. 3 GG ergibt sich, dass Rechtsverordnungen gerade bei zustimmungspflichtigen Gesetzen der Zustimmung des Bundesrates bedürfen. Im Gegenschluss ergibt sich daraus, dass auf die Zustimmungspflicht eines Gesetzes nicht verzichtet werden kann, weil die ausführenden Rechtsverordnungen zustimmungspflichtig sind. Insofern ist die Eingangsformel entsprechend anzupassen. Die Zustimmungspflicht des Bundesrates zu dem Gesetz folgt aus Art. 104a Abs. 4 GG.

Die Eingangsformel des Referentenentwurfs wird wie folgt geändert:

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

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 5b des Gesetzes vom 22. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 408) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

Zu Nr. 5: Nach § 115f werden die folgenden §§ 115g und 115h eingefügt:

a) § 115g wird wie folgt neu gefasst:

§ 115g

Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung

(1) Krankenhäuser, die von einem Land nach § 6b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt worden sind, können neben der stationären Behandlung auch sektorenübergreifende Leistungen nach Absatz 2 erbringen.

(2) Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen stellen eine ständige ärztliche Leitung im Sinne des § 107 Absatz 1 Nummer 2 sowie ein jederzeit verfügbares ärztliches Personal im Sinne des § 107 Absatz 1 Nummer 3 in der Nacht und an Wochenenden in Abhängigkeit ihres jeweiligen Leistungsangebotes zumindest durch Rufbereitschaft oder Bereitschaftsdienst sicher.

(3) Sektorenübergreifende Leistungen im Sinne des Absatzes 1 sind insbesondere:

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. belegärztliche Leistungen, soweit vom Versorgungsauftrag des Landes erfasst,
6. Übergangspflege nach § 39e,
7. Kurzzeitpflege nach § 39c.

Zudem können auch Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 des Elften Buches und der Tagespflege und Nachtpflege nach § 41 des Elften Buches erbracht werden. Leistungen nach Satz 1 Nummer 3, 6 und 7 können unter pflegerischer Leitung erbracht werden, soweit sie nicht ärztlich zu verantworten sind.

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

1. welche stationären Leistungen der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin oder Geriatrie nach § 135e sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen mindestens anbieten müssen,
2. welche weiteren stationären Leistungen der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Geriatrie und welche stationären Leistungen der Leistungsgruppe Allgemeine Chirurgie oder weiterer Leistungsgruppen nach § 135e ebenfalls in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen erbracht werden können,

3. welche stationären Leistungen eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung außerhalb des Leistungsrahmens der Nummern 1 und 2 erbringen darf, sofern sie hierbei telemedizinisch von einem kooperierenden Krankenhaus mit entsprechend zugewiesenen Leistungsgruppen unterstützt wird,

4. welche Anforderungen an die Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation der Leistungserbringung nach den Nummern 1 bis 3 und an die Kooperation nach Nummer 3 gestellt und wie diese aufwandsarm geprüft werden.

Das Konzept nach Satz 1 ist mindestens alle zwei Jahre, erstmals zwei Jahre nach 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.

(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 Leistungserbringer 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 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 und Einrichtungen 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 krankenhausesindividuellen Tagesentgelte ab. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen haben für ihre erbrachten Leistungen Anspruch auf Förderung ihrer Investitionskosten, soweit und solange sie in den Krankenhausplan eines Landes und in das Investitionsprogramm aufgenommen sind. Es muss sichergestellt werden, dass Einrichtungen von sektorenübergreifenden Versorgern, die zur stationären Versorgung genutzt werden, im Rahmen der Investitionskostenförderung förderfähig sind, auch wenn diese zusätzlich für ambulante Behandlungen zur Verfügung stehen.

b) § 115h Absatz 1 bis 3 bleiben unverändert. In Absatz 4 werden hinter dem Wort „vereinbaren“ die Worte „im Benehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde“ eingefügt.

Zu Nr. 6: § 116a Abs. 3 wird wie folgt neu gefasst:

(3) Der Zulassungsausschuss muss sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 115g Absatz 1 in Planungsbereichen, in denen für die hausärztliche Versorgung und für die fachärztliche Versorgung keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf Antrag der zuständigen Krankenhausplanungsbehörden, zur jeweiligen Versorgung ermächtigen.

Zu Nr. 9: Nach § 135d werden folgende §§ 135e und 135f eingefügt:

a) § 135e Abs. 1 bleibt unverändert. Absatz 2 wird wie folgt neu gefasst:

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, mit Zustimmung des Bundesrates durch Rechtsverordnung festzulegen und weiterzuentwickeln:

1. Leistungsgruppen und Qualitätskriterien nach Absatz 1,
2. spezielle Qualitätskriterien, insbesondere anhand von Fallzahlen, hinsichtlich der Leistungen nach § 40 Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes,

3. Regelungen zur standortindividuellen Anrechnung von Fachärzten für die Erfüllung der Qualitätskriterien nach Absatz 1 Satz 4 Nummer 3,
4. Regelungen zur Zulässigkeit der Einhaltung der Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbänden sowie
5. das Nähere zum Verfahren.

Die Rechtsverordnung nach Satz 1 ist bis zum 31. März 2025 zu erlassen, wobei die Änderungen an Leistungsgruppen und Qualitätskriterien erst ab dem 01. Januar 2028 Wirkung entfalten sollen.

b) Hinter § 135e Absatz 3 Satz 8 wird ein neuer Satz 9 eingefügt. Dieser wird wie folgt gefasst: „Jedes Land ist durch eine Stimme vertreten.“ Satz 9 wird zu Satz 10, Satz 10 zu Satz 11 und Satz 11 zu Satz 12.

c) Hinter § 135e Absatz 4 Satz 2 wird ein neuer Satz 3 eingefügt. Dieser wird wie folgt gefasst: „Für Prüfungen im Land Nordrhein-Westfalen sind abweichend von § 135e Absatz 4 Satz 2 bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach § 135e Absatz 2 allein die Qualitätskriterien des Krankenhausplans Nordrhein-Westfalen 2022 maßgeblich; die Prüfgrundlage nach § 135e Absatz 4 Satz 2 findet insoweit keine Anwendung.“ Satz 3 wird zum neuen Satz 4. Die Sätze 4 und 5 im Referentenentwurf werden gestrichen.

d) § 135f Absatz 1 wird wie folgt neu gefasst:

(1) Für die Leistungsgruppen nach § 135e gilt jeweils eine Mindestzahl an vom Krankenhausstandort erbrachten Behandlungsfällen (Mindestvorhaltezahlen). Bei der Festlegung der Mindestvorhaltezahlen sind zu berücksichtigen:

1. Vorhaltung eines ständig verfügbaren Facharztstandards,
2. Sicherstellung einer bedarfsgerechten und flächendeckenden stationären Versorgung sowie
3. Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12.

Krankenhausstandorte haben die Mindestvorhaltezahlen der ihnen nach § 6a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes jeweils zugewiesenen Leistungsgruppe zu erfüllen, um für diese Leistungsgruppe eine Vorhaltevergütung zu erhalten. Krankenhausstandorte, die für die flächendeckende Versorgung notwendig sind gemäß § 6a Abs. 2 KHG erhalten für die Leistungsgruppen Allgemeine Chirurgie,

Allgemeine Innere, Geriatrie, Geburtshilfe und Notfallmedizin die Vorhaltevergütung für die Mindestvorhaltezah der genannten Leistungsgruppen, auch wenn diese Mindestvorhaltefallzahl für diese Leistungsgruppen nicht erreicht wurde. Sie erhalten insofern die Differenz aus der Mindestvorhaltezah und der erbrachten Fallzahl als Sockelbetrag. Die Mindestvorhaltezah für eine Leistungsgruppe gilt für das jeweils nächste Kalenderjahr als erfüllt, wenn gemäß den Daten nach § 21 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes die Anzahl der erbrachten Behandlungsfälle eines Krankenhausstandorts im vorausgegangenen Kalenderjahr mindestens der Mindestvorhaltezah entspricht. Bei Unterschreitung der Mindestvorhaltezah von bis zu 10 Prozent gilt diese trotzdem als erfüllt, sofern die vorherigen Kalenderjahre eine positive Prognose für die Zukunft im Hinblick auf die Fallzahlen nahelegen. Abweichend von Satz 6 gilt die Mindestvorhaltezah eines Krankenhausstandortes für eine Leistungsgruppe für das jeweils nächste Kalenderjahr als erfüllt, wenn zwei oder mehr Krankenhausträger im Einvernehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde vereinbaren, dass die Leistungen dieser Leistungsgruppe künftig nur von diesem Krankenhausstandort erbracht werden (Leistungsverlagerung) und gemäß den Daten nach § 21 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes die Anzahl der erbrachten Behandlungsfälle der betroffenen Krankenhausstandorte gemeinsam im vorausgegangenen Kalenderjahr mindestens der Mindestvorhaltezah entspricht. Satz 7 gilt entsprechend für den Fall, dass ein Krankenhausträger im Einvernehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde eine Leistungsverlagerung für zwei oder mehr seiner Krankenhausstandorte vorsieht. Im Falle der Sätze 7 und 8 hat die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde unverzüglich das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus über die Leistungsverlagerung zu informieren. Bei Bundeswehrkrankenhäusern und Krankenhäusern der gesetzlichen Unfallversicherung sind bei der Ermittlung der Behandlungsfälle nach Satz 6 auch solche Krankenhausfälle anzurechnen, für die die Krankenhäuser Daten nach § 135d Absatz 3 Satz 6 übermittelt haben.

e) § 135f Absatz 4 Satz 2 wird gestrichen.

f) § 135f Absatz 5 wird wie folgt neu gefasst:

(5) Der Ausschuss gemäß §135e Absatz 3 beschließt Empfehlungen zu den Inhalten der Rechtsverordnung nach Absatz 6. Soweit das Bundesministerium für Gesundheit oder ein Land die Weiterentwicklung der Inhalte der Rechtsverordnung nach Absatz 6 beraten möchte, hat der Ausschuss abweichend von §135e Absatz 3 Satz 3 zunächst die Empfehlungen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach Absatz 2 sowie die Auswertungen und die Empfehlung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach Absatz 3 einzuholen.

g) § 135f Absatz 5 wird folgender Absatz 6 angefügt:

(6) Das Bundesministerium für Gesundheit legt Mindestvorhaltezahlen nach Absatz 1 auf Grundlage der Empfehlungen des Ausschusses nach Absatz 5 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates fest und stellt sicher, dass die Vorhaltevergütung für die Krankenhäuser bei wirtschaftlicher Betriebsführung kostendeckend ist. Die Festlegungen erfolgen erstmalig bis zum [einsetzen: ein Jahr nach Datum des Inkrafttretens nach Artikel 7 Satz 1] mit Wirkung ab dem Kalenderjahr 2027. Das Bundesministerium für Gesundheit überprüft die Festlegungen regelmäßig im Rahmen einer Evaluierung.

Begründung: Die Mindestvorhaltezahlen sind eine neue Regelung, die nicht in dem mit den Ländern abgestimmten Eckpunktepapier enthalten ist. Die wesentlichen beabsichtigten Regelungen im Gesetzgebungsverfahren und die Auswirkungen der Mindestvorhaltefallzahlen sind unklar und werden als erheblicher Eingriff in die Planungshoheit der Länder abgelehnt. Regionen mit bevölkerungsbedingt kleinen Fallzahlen werden damit systematisch benachteiligt, da von Zahlen im Bundesdurchschnitt ausgegangen wird. Es ist auch keine Evidenz für die Mindestvorhaltezahlen ersichtlich. Insofern wird die Regelung abgelehnt.

Im Zusammenhang mit der Vorhaltevergütung wird bei Wegfall des § 135 f SGB V erneut auf den bereits vorliegenden Vorschlag verwiesen. Hierbei wäre § 37 KHG dahingehend anzupassen, dass das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus einen entsprechenden Auftrag zur Ermittlung eines Sockelbetrags erhält. Dieser Auftrag würde wie folgt lauten:

Zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung in den Leistungsgruppen der Basisversorgung ermittelt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus bis [Vorschlag: bis zum Ende der budgetneutralen Phase] Sockelbeträge, die erforderlich sind, um in diesen Leistungsgruppen auch bei geringem quantitativem Versorgungsbedarf eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen. Diese Sockelbeträge dienen der Mindestfinanzierung in den jeweiligen Leistungsgruppen der Basisversorgung, insbesondere Allgemeine Chirurgie, Allgemeine Innere, Geriatrie, Geburtshilfe und Notfallmedizin. Grundlage für die Ermittlung des Sockelbetrages sind die nach § 21 Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Vorjahr übermittelten Fälle in den entsprechenden Leistungsgruppen.

Des Weiteren müsste § 6b KHEntgG dahingehend angepasst werden, dass der neu eingeführte Sockelbetrag in § 37 KHG, sofern er höher als die ermittelte Vorhaltevergütung eines Krankenhausstandortes nach § 6b Abs. 2 KHEntgG ist, an die Stelle der Vorhaltevergütung gem. § 37 Absatz 2 Satz 2 KHG tritt und das Landesvolumen gemäß § 37 Absatz 1 KHG in Höhe des Differenzbetrages erhöht wird.

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

Zu Nr. 15: § 275a wird wie folgt gefasst:

a) § 275a Absatz 1 Satz 1 werden folgende Sätze 2 und 3 angefügt. Diese werden wie folgt gefasst: „Die erstmalige Prüfung der Leistungsgruppen durch den Medizinischen Dienst erfolgt umfassend standortbezogen. Folgeprüfungen erfolgen lediglich stichprobenartig und anlassbezogen.“ Die nachfolgenden Sätze werden nummerisch um eine Ziffer erhöht.

b) In § 275a Abs. 2 Satz 5 werden die Worte „zwei Wochen“ durch die Worte „einem Monat“ ersetzt, das Wort „offensichtlich“ gestrichen und hinter dem Wort „Gutachten“ die Worte „auf Verlangen der beauftragenden Stelle“ eingefügt.

c) In § 275a Abs. 3 Satz 2 wird das Wort „zwei“ durch „drei“ ersetzt.

Artikel 3

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 22. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 406) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

Zu Nr. 2: § 6a wird wie folgt gefasst:

a) Hinter § 6a Abs. 1 Satz 9 werden die neuen Sätze 10 und 11 eingefügt. Diese werden wie folgt gefasst: „Satz 3 gilt mit der Maßgabe, dass auch die Ressourcen und Fallzahlen bei der Bewertung einzubeziehen sind, die sich nicht auf die Behandlung nach diesem Buch beziehen. Satz 3 gilt für Fachkrankenhäuser gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 mit der Maßgabe, dass bei der Zuweisung der jeweiligen speziellen Leistungsgruppen die Erbringung verwandter allgemeiner Leistungsgruppen sowie der Intensivmedizin grundsätzlich in Kooperation möglich ist.“ Der Satz 10 wird zu Satz 12, der Satz 11 zu Satz 13.

b) § 6a Abs. 2 wird wie folgt neu gefasst:

(2) Abweichend von Absatz 1 Satz 3 kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde dem Krankenhaus Leistungsgruppen, deren Qualitätskriterien nicht erfüllt sind, zuweisen, wenn dies zur Sicherstellung insbesondere einer flächendeckenden Grund- und Notfallversorgung der Bevölkerung (u.a. Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Geriatrie, Geburtshilfe und Notfallmedizin) zwingend erforderlich ist. Die Zuweisung der Leistungsgruppen soll im Fall des Satzes 1 mit der Auflage der Erfüllung der Qualitätskriterien nach Absatz 1 Satz 3 innerhalb einer Frist von höchstens drei Jahren verbunden werden; weitere Befristungen sind zulässig. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann sich für die Erteilung einer Auflage nach Satz 4 durch den Medizinischen Dienst beraten lassen.

c) § 6a Abs. 3 wird wie folgt neu gefasst:

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

1. das Krankenhaus die Auflage nach Ablauf der Frist nach Absatz 2 Satz 2 nicht erfüllt,
2. die Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 1 und 3 nicht erfüllt sind oder eine Mitteilung des Krankenhauses oder des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 3 Satz 3 oder Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorliegt oder
3. die Geltungsdauer des Gutachtens des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch überschritten ist.

Ist absehbar, dass der Grund für die nach § 275a Absatz 3 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gemeldete Nichterfüllung der Qualitätskriterien nicht länger als acht Monate andauert, kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde abweichend von Satz 1 dem Krankenhaus eine Frist von bis zu acht Monaten zur Erfüllung der für die Leistungsgruppe geltenden Qualitätskriterien setzen. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes zu der voraussichtlichen Dauer der Nichterfüllung der Qualitätskriterien einholen. In den Fällen des Satzes 1 Nummer 2 und 3 kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde von der Aufhebung der Zuweisung der Leistungsgruppe absehen, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 2 Satz 1 vorliegen. Absatz 1 Satz 10 und 11 gilt entsprechend. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen den Bescheid haben keine aufschiebende Wirkung.

d) § 6a Abs. 5 wird wie folgt neu gefasst:

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

1. Die krankenhäuserübergreifende Koordinierung von Versorgungsprozessen und -kapazitäten, insbesondere bei Großschadenslagen,
2. die Konzeption und die Koordinierung des Einsatzes regionaler, insbesondere telemedizinischer, Versorgungsnetzwerke sowie informationstechnischer Systeme und digitaler Dienste.

Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, das Nähere zu den Aufgaben mit Zustimmung des Bundesrates durch Rechtsverordnung festzulegen. Die Aufgaben nach Satz 1 sind von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde an hierfür geeignete Krankenhäuser zuzuweisen, die im Rahmen der Krankenversorgung eine vergleichbare Leistungsfähigkeit wie Universitätskliniken aufweisen und deshalb für die Koordinierungsaufgaben gleichwertig sind. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus die Zuweisung nach Satz 1 erstmalig bis zum 31. Oktober 2026, danach jeweils zum 31. Oktober des laufenden Kalenderjahres, zu übermitteln. Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend.

Zu Nr. 3: Nach § 6a wird folgender § 6b eingefügt:

In § 6b Absatz 1 Satz 1 werden die Worte: „im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Pflegekassen sowie den Ersatzkassen“ gestrichen.

Zu Nr. 6: Nach § 12a wird folgender § 12b eingefügt:

a) § 12b Abs. 1 wird wie folgt gefasst:

(1) Zur Förderung von Vorhaben der Länder zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung werden dem beim Bundesamt für Soziale Sicherung errichteten Strukturfonds in den Jahren 2026 bis 2035 weitere Mittel in Höhe von insgesamt bis zu 15 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt (Transformationsfonds); die zugeführten Mittel können jährlich höchstens bis zu 1,5 Milliarden Euro betragen zuzüglich der in den Vorjahren nicht ausgeschöpften Mittel. Der Bund beteiligt sich mit weiteren Mitteln im Umfang von bis zu 20 Milliarden Euro. Im Fall einer finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherung an der Förderung nach Satz 1 erhöht sich das Fördervolumen um den entsprechenden Betrag. Fördermittel können auch zur Finanzierung der Zinsen, der Tilgung und der Verwaltungskosten von Darlehen gewährt werden, soweit diese zur Finanzierung förderungsfähiger Vorhaben nach Satz 5 aufgenommen worden sind. Aus den Mitteln nach den Sätzen 1 und 2 können unter Berücksichtigung der digitalen Infrastruktur gefördert werden:

1. Vorhaben zur standortübergreifenden Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten,
2. Vorhaben zur Erfüllung der Qualitätskriterien nach § 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder zur Erfüllung der Mindestvorhaltezahlen nach § 135f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
3. Vorhaben zur Umstrukturierung eines Krankenhauses, nachdem dieses nach § 6b als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt wurde,
4. Vorhaben zur Umstrukturierung von Teilen eines Krankenhauses in sektorenübergreifende oder sektorenverbindende Versorgungsstrukturen, insbesondere Vorhaben zum Auf-, Aus- oder Umbau von psychiatrischen und geriatrischen Institutsambulanzen, integrierten Notfallzentren oder sozialpädiatrischen Zentren,
5. Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen, auch soweit Hochschulkliniken an diesen Vorhaben beteiligt sind,
6. wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen an Hochschulkliniken, soweit Hochschulkliniken und nicht universitäre Krankenhäuser an diesen Vorhaben gemeinsam beteiligt sind,
7. wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von Krankenhausverbänden, Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen,
8. Vorhaben zur Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen eines Krankenhauses, hierzu gehören auch Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Krankenhausversorgung in der betroffenen Region,
9. Vorhaben zur Umsetzung der konkreten Maßnahmen aus den Empfehlungen der auf der Grundlage von § 26f Abs. 8 KHG durchgeführten und den Ländern mit Stichtag vom 15. Januar 2024 nachgewiesenen Energieberatungen und
10. Pilotierungs- und Experimentiervorhaben, die der nachhaltigen Transformation der Krankenhausinfrastruktur dienen, insbesondere
 - a) Vorhaben der Infrastrukturtransformation,
 - b) im Interesse eines optimierten Personaleinsatzes,
 - c) im Interesse der Resilienzsteigerung angesichts potentieller Extremwetterlagen (v.a. Hitze, Hochwasser, Starkregen),
 - d) im Interesse eines nachhaltigen Bauens oder Umbaus im Bestand,

- e) im Interesse energetischer Sanierungen und Optimierungen und der Nutzung zukunftsfähiger Energieträger,
- f) im Interesse der Krisenvorsorge (v.a. angesichts etwaiger kommender Pandemien (Hygiene, Isolation) sowie potentieller militärischer Auseinandersetzungen) oder
- g) zur Umsetzung evidenzbasierter baulich-technischer Lösungen (evidence based design, healing architecture).

b) In § 12b Absatz 2 Satz 1 werden hinter dem Wort „Sicherheit“ die Worte „und der Länder“ eingefügt.

c) § 12b Absatz 3 wird wie folgt neu gefasst:

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

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

Beträge, mit denen sich die Länder am Volumen des öffentlichen Finanzierungsanteils der förderfähigen Kosten nach § 6 Absatz 1 des Kommunalinvestitionsförderungsgesetzes beteiligen, dürfen nicht auf die vom Land zu tragenden Kosten nach Satz 1 Nummer 3 und auf die in den Jahren 2026 bis 2035 bereitzustellenden Haushaltsmittel nach Satz 1 Nummer 4 Buchstabe a angerechnet werden. Mittel aus dem Transformationsfonds dürfen nicht gewährt werden, soweit der Krankenhausträger gegenüber dem antragstellenden Land auf Grund der zu fördernden Maßnahme zur Rückzahlung von Mitteln für die Investitionsförderung verpflichtet ist. Für Mittel der Investitionsförderung, auf deren Rückzahlung das Land

verzichtet hat, gilt Satz 2 entsprechend, es sei denn, der Rückforderungsverzicht dient der Erreichung des Transformationszwecks. Das Bundesamt für Soziale Sicherung prüft die Anträge und weist die Mittel zu, bis der in Absatz 2 Satz 1 genannte Anteil des Landes ausgeschöpft ist. Nicht zweckentsprechend verwendete oder überzahlte Mittel sind unverzüglich an das Bundesamt für Soziale Sicherung zurückzuzahlen, wenn eine Verrechnung mit Ansprüchen auf Auszahlung von Fördermitteln nicht möglich ist. Die für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung notwendigen Aufwendungen des Bundesamtes für Soziale Sicherung werden aus dem in Absatz 1 Satz 1 und 2 genannten Betrag gedeckt. Die Sätze 1 bis 6 gelten entsprechend für länderübergreifende Vorhaben.

Zu Nr. 12: Nach § 36 werden die folgenden §§ 37 bis 40 angefügt:

In § 40 werden die Absätze 2 und 3 gestrichen.

Artikel 4

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 3a des Gesetzes vom 19. Juli 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 197) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

Zu Nr. 6: Nach § 6a werden die folgenden §§ 6b und 6c eingefügt:

§ 6b Abs. 1 wird wie folgt neu gefasst:

(1) Ein Krankenhaus erhält für jede Leistungsgruppe gemäß § 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die ihm gemäß § 6a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurde, eine Vorhaltevergütung, wenn die Mindestvorhaltezahle nach §135 f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt ist oder eine Mitteilung nach § 135f Absatz 4 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über eine Ausnahme von der Erfüllung der Mindestvorhaltezahle vorliegt. Abweichend von Satz 1 erhält ein Krankenhaus für jede Leistungsgruppe gemäß § 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die dem

Krankenhaus zugewiesen wurde, eine Vorhaltevergütung bis Dezember 2029, auch wenn die Mindestvorhaltezah nach § 135f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht erreicht wurde. Der Bescheid gemäß § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes weist die Höhe der Förderbeträge nach § 39 Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie die Summe der Vorhaltebewertungsrelationen aus, die der Berechnung der dem Krankenhaus zustehenden jährlichen Vorhaltevergütung zu Grunde liegen. Die Gesamtvorhaltevergütung des Krankenhauses ergibt sich aus der Summe der im Bescheid gemäß § 37 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ausgewiesenen Förderbeträge nach § 39 Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Multiplikation der Summe der Vorhaltebewertungsrelationen nach Satz 3 mit dem für das Anwendungsjahr vereinbarten oder festgesetzten Landesbasisfallwert. Für die Leistungsgruppen gemäß § 135f Absatz 1 Satz 4 wird der Vorhaltevergütung abweichend vom Bescheid gemäß § 37 Absatz 5 Satz 1 KHG die durchschnittliche Fallschwere aus der Summe der Vorhaltebewertungsrelationen multipliziert mit der Differenz aus der Mindestvorhaltezah und der erbrachten Fallzahl sowie mit dem für das Anwendungsjahr vereinbarten oder festgesetzten Landesbasisfallwert hinzugerechnet.

Zu Nr. 8 b) bb): Folgende Sätze werden angefügt:

§ 8 Absatz 4 Satz 4-6 (neu) werden gestrichen.

Zu Nr. 17 (neu): § 21 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

In § 21 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 KHEntgG sind nach den Worten a bis c die Worte „und e“ einzufügen.

Zu Nr. 18 (neu): § 21 Absatz 3b wird wie folgt geändert:

In § 21 Absatz 3b KHEntgG sind die folgenden Änderungen vorzunehmen:

- a) In Satz 1 sind nach dem Wort „Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ das Wort „sowie“ durch ein Komma zu ersetzen und nach dem Wort „Entgeltsysteme“ die Worte „sowie zum Zwecke der Krankenhausplanung“ zu ergänzen.
- b) In Satz 4 sind nach der Zeichenfolge „Satz 1“ die Worte „sowie an die zuständigen Landesbehörden“ zu ergänzen.