



Berlin, 24.01.2025

**Stellungnahme des BDPK  
zum Referentenentwurf für eine Verordnung zur  
Verwaltung des Transformationsfonds im Krankenhausbereich  
(Krankenhaustransformationsfonds-Verordnung- KHTFV)**

**Vorbemerkung:**

Die Zielsetzung des oben genannten Verordnungsentwurfs, für eine zusätzliche Investitionsfinanzierung zu sorgen und damit die Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft zu fördern, ist dringend notwendig und begrüßen wir.

Ordnungspolitisch ist jedoch der geplante Aufbau von komplexen Doppelstrukturen mit den Bundesländern, den Krankenkassen und dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) nicht nachvollziehbar. Neben dem bestehenden System der dualen Krankenhausfinanzierung wird damit für die nächsten zehn Jahre eine dritte Säule der Finanzierung geschaffen, bei der die Länder ihre Entscheidungen nicht im Benehmen, sondern zwingend im Einvernehmen mit den Krankenkassen treffen müssen.

Ein zukunftsfähiges System der Investitionsfinanzierung sollte den Krankenhäusern größtmöglichen Entscheidungsfreiraum für Innovationen und Umstrukturierungen gewähren und gleichzeitig den Bürokratieaufwand minimieren. Aus Sicht des BDPK bedarf es hierfür keiner kleinteiligen Erweiterung, sondern einer Vereinfachung des bestehenden Systems.

Als Lösungsansatz könnte das Schweizer Entgeltsystem für Krankenhausleistungen dienen. Dort werden die Leistungen für Investitionen monistisch vergütet, aber dual finanziert. Die DRG-Entgelte werden dort inklusive eines Investitionsaufschlages monistisch abgerechnet. Damit erhalten die Krankenhäuser Investitionsmittel, die keine Planungsvorgaben für das Leistungsspektrum, das Leistungsvolumen oder den Leistungsort beinhalten. Zwar unterliegen die schweizerischen Krankenhäuser einer kantonalen Planung, welche bestimmte Leistungsspektren regional vorgibt. Die Finanzierung selbst, d. h. die Mittelaufbringung, wird nach wie vor über die einzelnen Kantone in der Form geleistet, dass die Investitionsmittel den jeweiligen Krankenkassen zugewiesen werden.

Auf Deutschland angewendet würde das System der Investitionsfinanzierung so aussehen, dass die Krankenhäuser die aus ihrer Leistungserbringung resultierenden Investitionsmittel mit den Krankenkassen abrechnen (DRG-Entgelte plus Investitionsmittel gemäß den Investitionsbewertungsrelationen). Die Krankenkassen erhalten dafür vom Gesundheitsfonds entsprechend höhere Zuweisungen und rechnen die Investitionsmittel mit dem

Gesundheitsfonds ab. Die einzelnen Bundesländer erstatten dem Gesundheitsfonds die auf sie entfallenden Investitionsmittel. Damit wäre erstmals eine umfassende Erfüllung des Anspruchs auf Investitionskostenfinanzierung in einem rechtlich sicheren Verfahren gewährleistet.

Zu den Inhalten des Verordnungsentwurfs und den Bewertungen des BDPK im Detail:

### **Antrags- und Genehmigungsverfahren mit Klarstellungsbedarf**

Der vorliegende Verordnungsentwurf regelt ausschließlich die Antragsstellung im Verhältnis zwischen dem Land und dem BAS. Es fehlt somit eine Regelung für die Antragsstellung im Verhältnis zwischen dem Land und dem Krankenhaus. Eine gesetzliche Regelung oder eine Rahmenempfehlung für die Länder, die eine einheitliche Vorgehensweise ermöglicht, erscheint dringend erforderlich. Dies gilt vor allem für:

- die Ausgestaltung der Antragsstellung (z. B. geforderte Formulare und Inhalte),
- die Frist der Antragsstellung für Krankenhäuser.

Insbesondere für standortübergreifende Vorhaben bedarf es einer Klarstellung, wonach beide Krankenhausträger einen eigenen Antrag für die bei ihm entstehenden Kosten an das Land stellen müssen (beispielsweise Krankenhausträger A für die Förderung der bei ihm anfallenden Baukosten und Krankenhausträger B für die Förderung der bei ihm anfallenden Schließungskosten).

Zudem besteht Klärungsbedarf hinsichtlich des § 4 Absatz 2 Nr. 7 des Verordnungsentwurfs, der vorsieht, dass das Insolvenzrisiko entweder vom Land geprüft oder ein Wirtschaftsprüfer-Testat eingeholt wird. Es bleibt dabei unklar, wie das Land das Insolvenzrisiko prüfen soll. Darüber hinaus fehlen konkrete Regelungen zum Umfang der Prüfung, zum betrachteten Zeitraum sowie zu den Rechtsfolgen im Falle einer festgestellten Insolvenzgefahr.

Ähnliches gilt auch für die geforderte Prüfung der Konformität mit dem Wettbewerbsrecht und dem Beihilferecht der Europäischen Union, welche nach der Begründung für § 4 Absatz 3 Satz 4 des Verordnungsentwurfs auf die Krankenhausträger ausgelagert werden kann. Hier ist eine gesetzliche Festlegung des Umfangs der Prüfung und der Klärung der Refinanzierung der dadurch entstehenden Kosten erforderlich.

### **Unklarer Beginn des förderfähigen Vorhabens**

Förderfähig sind Vorhaben nur dann, wenn dessen Umsetzung nicht vor dem 1. Juli 2025 begonnen hat (vgl. § 12b Absatz 3 Nr. 2 KHG, § 4 Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 des Verordnungsentwurfs). In § 4 Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 des Verordnungsentwurfs ist definiert, was als Beginn der Umsetzung gilt:



*„Als Beginn der Umsetzung eines Vorhabens im Sinne des § 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gilt der Abschluss eines der Ausführung zuzurechnenden Liefer-, Dienstleistungs- oder Werkvertrags. Im Fall von Baumaßnahmen gelten Planungen und Baugrunduntersuchungen nicht als Beginn des Vorhabens. Einzelne Vorhaben, die selbstständige Abschnitte eines vor dem 1. Juli 2025 begonnenen Vorhabens darstellen, können gefördert werden, wenn sie nach dem 1. Juli 2025 begonnen werden und die in § 3 genannten Voraussetzungen erfüllen.“*

Diese Regelung ist aufgrund der Bezugnahme auf primär sachliche/ bauliche Ausstattungen leider nicht geeignet, die wesentlichen Vorhabentatbestände insbesondere von § 12b Absatz 1 Nr. 1 (Vorhaben zur standortübergreifenden Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten), Nr. 2 (Vorhaben zur Umstrukturierung eines Krankenhausstandortes als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung), Nr. 7 (Vorhaben zur Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen eines Krankenhauses) eindeutig zu konkretisieren. Vor allem sehen diese Vorhabentatbestände Personalmaßnahmen und Abstimmungen mit den Krankenhausplanungsbehörden vor. Es bedarf daher ebenso hier einer Konkretisierung entweder in der Verordnung unmittelbar oder zumindest im Begründungsteil, wann von einem Umsetzungsbeginn ausgegangen wird, insbesondere:

- im Falle erforderlicher krankenhauserplanerischer Maßnahmen:
  - gelten Anträge an die Planungsbehörde auf Änderungen der Feststellungsbescheide vor dem 1. Juli 2025 bereits als Beginn des Vorhabens?
  - sind Abstimmungen zum ob und wie (ohne dass ein konkreter Antrag formal gestellt wird) mit der Planungsbehörde auf Änderungen der Feststellungsbescheide vor dem 1. Juli 2025 unschädlich?
- im Falle personeller Maßnahmen wie z. B. Schließung oder Verlagerung:
  - gelten Informationen an den Betriebsrat vor dem 1. Juli 2025 bereits als Beginn des Vorhabens?
  - gilt die Aufnahme von/ Beendigung von Verhandlungen von Sozialplänen vor dem 1. Juli 2025 bereits als Beginn des Vorhabens?

### **Beschränkung der Fördertatbestände**

Der Fördertatbestand zur Bildung von Zentren für seltene, komplexe oder schwerwiegende Erkrankungen (§ 3 Absatz 4 des Verordnungsentwurfs) setzt zwingend den Aufbau oder Ausbau eines Zentrums neben einer Hochschulklinik voraus. Sachgerechter wäre es jedoch, den Fördertatbestand an der Spezialisierung der Einrichtung auszurichten. Auch Zentren an Schwerpunktversorgern und Fachkrankenhäusern, die maßgebliche Beiträge zur Behandlung leisten, sollten förderfähig sein, wenn sie eine telemedizinische Kooperation mit einer Hochschulklinik vorweisen können. Ähnliches gilt für die Regelung zur Förderung regional



**BDPK**

Bundesverband  
Deutscher Privatkliniken e.V.

begrenzter Krankenhausverbände (§ 3 Absatz 5 des Verordnungsentwurfs). Die telemedizinische Infrastruktur wird bereits heute für die Bildung überregionaler Verbände genutzt, sodass das Kriterium der Regionalität den Fördertatbestand unnötig einschränkt.

Ein weiterer Anpassungsbedarf ergibt sich aus der Begründung zu § 3 Absatz 7 des Verordnungsentwurfs. Demnach sind die Kosten für schließungsbedingte Personalmaßnahmen nur dann förderfähig, wenn weder Ausschüttungen an Investoren erfolgen noch ein finanzieller Vorteil entsteht und die stillgelegten Versorgungsbereiche nicht von einem anderen Rechtsträger übernommen werden. Allerdings fallen schließungsbedingte Personalkosten grundsätzlich bei allen betroffenen Krankenhäusern an. Sie müssen unabhängig davon finanziert werden, ob durch die Schließung ein finanzieller Vorteil erzielt wird oder Ausschüttungen erfolgen. Eine entsprechende Anpassung des Begründungstextes für den Fördertatbestand ist daher notwendig, um das Gleichbehandlungsgebot zu wahren.

### **Schwierige Abgrenzung**

Im Verordnungsentwurf bleibt in einigen Fällen unklar, welche Investitionen als „normale Krankenhausinvestitionen“ und welche als „KHVVG-Investitionen“ gelten, die sich aus der Umsetzung des KHVVG ergeben. Die Zuordnung der Fördertatbestände gemäß § 3 des Entwurfs ist nicht hinreichend abgrenzbar. Hier sind Fördertatbestände aufgeführt, die nicht von regulären Investitionen der Länder abgrenzbar sind:

- standortübergreifende Konzentrationen zur Erfüllung von Qualitätskriterien und zur Erfüllung von Mindestvorhaltezahlen (inkl. der Kosten für erforderliche Baumaßnahmen und für die Angleichung der digitalen Infrastruktur),
- Umstrukturierungen des Krankenhausstandortes als sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen,
- Schaffung telemedizinischer Netzwerkstrukturen einschließlich notwendiger Personalmaßnahmen,
- Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen an Hochschulkliniken,
- Bildung von regionalen Krankenhausverbänden,
- Bildung integrierter Notfallstrukturen,
- dauerhafte Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen des Krankenhauses,
- Schaffung zusätzlicher Ausbildungskapazitäten in staatlich anerkannten Einrichtungen an Krankenhäusern.

### **Krankenkassenmittel fraglich**

Die gesetzlichen Krankenkassen äußern verfassungsrechtliche Bedenken gegen ihre Zwangsbeteiligung und ziehen in Erwägung, die durch das KHVVG geschaffene Verpflichtung



zur Finanzierung der Fondsmittel gerichtlich überprüfen zu lassen. Auch die geplante Beteiligung der Privaten Krankenversicherung entbehrt einer rechtlichen Grundlage.

Die Länder und Krankenhäuser übernehmen mit einem Umbau erhebliche rechtliche und finanzielle Verpflichtungen, dessen Gegenfinanzierung gesichert sein muss. Der Bund ist hier gefordert, für eine verlässliche Finanzierungsgrundlage und stabile rechtliche Rahmenbedingungen für den Transformationsfonds zu sorgen.

Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) vertritt seit über 70 Jahren die Interessen von mehr als 1.000 Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken in privater Trägerschaft. Als deutschlandweit agierender Spitzenverband setzt er sich für eine qualitativ hochwertige, innovative und wirtschaftliche Patientenversorgung in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken ein.