

GEMEINSAME STELLUNGNAHME

ZUM REFERENTENENTWURF EINES „GESETZES ZUR VERBESSERUNG DER VERSORGUNGSQUALITÄT IM KRANKENHAUS UND ZUR REFORM DER VERGÜTUNGSSTRUKTUREN (KRANKENHAUSVERSORGUNGSVERBESSERUNGSGESETZ – KHVVG)“

25. April 2024

Das Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit (BMG) hat einen neuen Referentenentwurf für ein Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) vorgelegt. Der Katholische Krankenhausverband e.V. und der Deutsche Caritasverband e.V. begrüßen grundsätzlich eine umfassende Krankenhausreform. Die wesentlichen Inhalte dieser Reform, wie die Vorhaltefinanzierung, die Leistungsgruppen und die bundeseinheitlichen Mindestanforderungen an Strukturen und Prozesse, zielen jedoch auf eine radikale Ausdünnung der Versorgungslandschaft ab. Am Ende der Konzentrationsprozesse droht der Bevölkerung eine massive Unterversorgung mit stationären Leistungen. Darüber hinaus vermissen wir im Entwurf Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser.

Der Katholische Krankenhausverband und der Deutsche Caritasverband appellieren daher eindringlich, folgende Forderungen im Rahmen der Krankenhausreform zu berücksichtigen.

Inhalt

Vorbemerkung	3
1. Bewertung einzelner Inhalte aus dem Referentenentwurf.....	4
1.1 Verbesserung der Betriebskostenfinanzierung – Krankenhausleistungen auskömmlich finanzieren.....	4
1.2 Transformationsfonds nach § 12b KHG – Investitionsprogramme sind öffentliche Aufgabe.....	5
1.3 Die geplante Vorhaltevergütung nach § 17b KHG und §§ 6b, 8 Abs. 4 KHEntgG – Planungssicherheit durch echte Vorhaltekostenvergütung	7
1.4 Kooperation statt Zentralisierung	8
1.4.1 Abbau von Kapazitäten / Bedrohung der Versorgungssicherheit.....	8
1.4.2 Leistungsgruppen nach § 6a KHG als zentrales Planungsinstrument	9
1.4.3 Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben nach § 6a Abs. 5 KHG	10
1.4.4 Mindestvorhaltezahlen nach § 135f Abs. 1 SGB V	12
1.4.5 Fahrzeiten nach § 6a Absatz 2 Satz 2 und 3 KHG	12
1.5 Die Notfallversorgung – flächendeckende Versorgung sichern	13
1.6 Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 6b KHG und § 115g SGB V.....	14
2 Bewertung weiterer Aspekte.....	16
2.1 Eingriff in die Planungshoheit der Länder – verfassungsrechtliche Bedenken...	16
2.2 Qualitätsdiskussion statt Aussiebe-Mechanismus.....	17
2.3 Auswirkungsanalyse statt Blindflug	18
3 Zusammenfassende Bewertung und Implikationen.....	19

Vorbemerkung

Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung gilt im deutschen Gesundheitssystem das Gebot der Trägervielfalt nach § 1 Abs. 2 KHG und Art. 12 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG. Das bedeutet, dass die Länder bei ihrer Krankenhausplanung die historisch gewachsene Trägerpluralität beachten müssen, also Krankenhäuser in öffentlicher, freigemeinnütziger und privater Trägerschaft gleichermaßen zu berücksichtigen haben.

Gegen dieses Prinzip wird schon beim selektiven Defizitausgleich eines Landes für nur staatliche Krankenhäuser verstoßen.¹ Der vorgelegte Entwurf greift nun durch Bundesvorgaben erheblich in die Planungshoheit der Länder ein, was dazu führen wird, dass die Länder nach der Krankenhausreform kaum noch Gestaltungsspielraum haben werden, um die regionale Versorgungssituation an die Bedarfe der Bevölkerung anzupassen. Damit wird auch gegen das Gebot der Trägervielfalt verstoßen, wenn die Länder keine Möglichkeit haben, die Rahmenbedingungen für einen fairen Wettbewerb zu setzen und die politische Planungsverantwortung der Länder zukünftig kaum noch wahrnehmbar sein wird.

Im Zuge des Reformvorhabens betrachten wir mit großer Sorge, dass ein gesellschaftlicher Diskurs über die Definition einer guten Versorgung nicht stattgefunden hat. Die katholischen Krankenhäuser halten die vorherrschenden Prämissen zur Versorgungssteuerung im vorgelegten Entwurf, die sich ausschließlich aus messbaren Leistungs- und Strukturkriterien ergeben, in besonderem Maße gefährlich für die zukünftige Sicherstellung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten Krankenhausversorgung.

Wir setzen uns besonders für die vulnerablen Patientengruppen ein, wie z. B. Kinder und Schwangere, ältere und immobile Menschen, Menschen mit Behinderung, Menschen mit chronischen Erkrankungen und Menschen mit Demenz. Deshalb sehen wir vor allem kritisch, dass die Erreichbarkeit eines Versorgungsangebots keine Rolle bei den Planspielen der Bundesregierung spielt. Einzig, wenn es darum geht, eine Ausnahmeentscheidung der Länder für einen Standort zu rechtfertigen gilt das Erreichbarkeitskriterium – dann aber auch nur als verdrehtes Argument: als Mindestabstandsregelung.

Wir bedauern, dass mit diesem Gesetz die Chance vertan wurde, die Krankenhausversorgung mit innovativen Ideen und neuen Ansätzen weiterzuentwickeln und auf eine auskömmliche Vergütungssystematik umzustellen. So aber werden Ressourcen und Kapazitäten langfristig abgebaut – zum Nachteil aller Patient:innen.

¹ Danach verstößt der selektive Defizitausgleich gegen das gesetzliche und verfassungsrechtliche „Gebot der Gleichbehandlung der Plankrankenhäuser (Prinzip der Trägervielfalt). Er ist deshalb rechts- und verfassungswidrig.“, S. 3. Das Rechtsgutachten für eine „Funktionsgerechte Krankenhausfinanzierung und Krankenhausreform“ von Prof. Dr. Frauke Brosius-Gersdorf ist hier zum Download verfügbar: [Alle Krankenhäuser fair finanzieren - Die Katholischen Krankenhäuser \(die-katholischen-krankenhaeuser.de\)](https://www.die-katholischen-krankenhaeuser.de)

1. Bewertung einzelner Inhalte aus dem Referentenentwurf

Im Folgenden gehen der Katholische Krankenhausverband und der Deutsche Caritasverband auf einzelne -für die katholischen Träger relevante- Inhalte aus dem Referentenentwurf ein:

1.1 Verbesserung der Betriebskostenfinanzierung – Krankenhausleistungen auskömmlich finanzieren

Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser ist seit 2022 mehr als bedrohlich. Insbesondere die inflationsbedingten Kostensteigerungen und die Tariferhöhungen bei den Beschäftigten führen dazu, dass viele Kliniken ein defizitäres Betriebsergebnis erwirtschaften, weil diese Punkte in der bisherigen Vergütungssystematik nicht auskömmlich refinanziert werden. Für die Jahre 2023/2024 sind in den Einrichtungen des Deutschen Caritasverbandes (AVR) Tariflohnerhöhungen im Bereich zwischen 4 bis 17,1 Prozent (im Durchschnitt 11,1 Prozent) über alle Berufsgruppen zu refinanzieren zusätzlich der Inflationsausgleichszahlungen.² Mittlerweile befinden sich die Kliniken im dritten Jahr ohne umfassenden Ausgleich ihrer Betriebskosten. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) errechnete jüngst ein 500 Millionen Euro Defizit, das die Krankenhäuser jeden Monat zu verbuchen haben.

Während die freigemeinnützigen, nicht gewinnorientierten katholischen Krankenhäuser ihre Defizite aus Eigenmitteln ausgleichen müssen, werden die Defizite kommunaler Krankenhäuser häufig aus den Haushalten der Kommunen mit Steuergeld aufgefangen. Viele Kommunen stützen ihre kommunalen Krankenhäuser seit Jahren mit Millionen für Betriebskostendefizitausgleiche und Kredite. Das führt zur Benachteiligung der freigemeinnützigen Einrichtungen gegenüber den kommunalen und zu einer hohen Belastung der kommunalen Haushalte und schränkt bereits heute die Handlungsspielräume der Kommunen empfindlich ein. Zuwendungsfinanzierte soziale Dienste, z. B. wie dringend erforderliche Beratungsdienste oder Projekte wie Kinder- und Jugendzentren, sind akut in ihrer Existenz gefährdet. Diese Kollateralschäden der Krankenhausreform sind nicht hinnehmbar.

Die Landesbasisfallwerte (LBFW) wurden nicht an die Inflationsentwicklung der letzten Jahre angepasst. So lag im Jahr 2023 der Orientierungswert bei 6,95 Prozent, die Inflationsrate lag bei ca. 6 Prozent, die Steigerung im LBFW betrug aber nur 4,32 Prozent, was bedeutet, dass es eine Finanzierungslücke von 1,7 bis 2,65 Prozent gab.³ Um die Finanzierungslücken der letzten Jahre auszugleichen, bedarf es laut Berechnungen der DKG allein für dieses Jahr einer Steigerung um 10 Prozent bei den LBFW.

² Tarifsteigerungen im Bereich der Caritas – Bundesmittelwerte für das Jahr 2024, Berufsgruppen: Verwaltung, Ärzte, Krankenpflege, Altenpflege und sozialer und Erziehungsdienst; eigene Berechnung.

³ Vgl. DKG-Stellungnahme zum Vorschaltgesetz zur Krankenhausreform, Stand: 13.10.2023, S. 6

Während der Entwurf zwar Regelungen zur verbesserten Berücksichtigung der Tariflohnsteigerungen ab dem Jahr 2024 und zur sachgerechteren Bestimmung der für die Weiterentwicklung der LBFW geltenden Obergrenze ab 2025 vorsieht – bspw. durch die Anwendung der vollen Tarifsteigerungsrate im Bereich der Personalkosten und des vollen Orientierungswerts bei der Ermittlung des Veränderungswertes – wirken sich diese Maßnahmen jedoch erst in der Zukunft aus. Für die akut bestehende Finanznot der Krankenhäuser bringen die Maßnahmen keine Abhilfe.

Die vorgesehenen Maßnahmen sind daher unzureichend und lösen das Versprechen, die Krankenhäuser finanziell zu entlasten, in keiner Weise ein. Die klaffenden Lücken in den Budgets der Krankenhäuser werden damit nicht geschlossen. Weitere Insolvenzen und das unkontrollierte Fortschreiten des kalten Strukturwandels werden in Kauf genommen.

Um abzuwenden, dass für die Reform bedarfsnotwendige Krankenhäuser schließen müssen, benötigen die Krankenhäuser jetzt einen dringend notwendigen Ausgleich dieser Kosten. Die Grundproblematik der DRG-Vergütungssystematik muss angegangen werden. Nicht nur gab es ein Versprechen des Bundes an die Länder, das Fallpauschalen-System abzuändern, um die Fehlanreize aus diesem System zu korrigieren und eine auskömmliche Betriebskostenfinanzierung der Leistungen zu erreichen. Staatliches Handeln, um Insolvenzen und Versorgungslücken zu schließen ist auch verfassungsrechtlich dringend geboten. Unterschreitet die krankenhausergeltliche Regulierung die verfassungsrechtlich geltende Untergrenze, verletzt dies die staatlich zu wahrende Berufsfreiheit aus Art. 12 GG insbesondere der freigemeinnützigen Krankenhäuser.⁴

Wir fordern deshalb die basiswirksame Anpassung der LBFW 2024 und Psychiatrie-Entgelte 2024 rückwirkend für die Jahre 2022 und 2023 um 4 Prozent, um einen Ausgleich der Inflationkosten zu erhalten. Zudem sind weitergehende Anpassungen bei den Regelungen zur vollständigen Refinanzierung der Personalkostensteigerungen erforderlich, da z. B. Kosten, die durch zusätzliche Urlaubstage oder erhöhter Freizeitausgleiche bei den Bereitschaftsdiensten⁵ sowie der Zeitarbeit⁶ entstehen, weiterhin nicht mitberücksichtigt werden.

1.2 Transformationsfonds nach § 12b KHG – Investitionsprogramme sind öffentliche Aufgabe

Aufgenommen wurde im neuen Entwurf der in einer Protokollnotiz der Bundesregierung zum KHTG angekündigte Transformationsfonds. Für die Jahre 2026 bis 2035 soll er mit einem Finanzvolumen von bis zu insgesamt 50 Milliarden Euro dazu dienen,

⁴ Vgl. DKG-Stellungnahme, 24.05.2023, unter: <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/staatliches-handeln-verfassungsrechtlich-dringend-geboden/>

⁵ Quelle: DKG-Stellungnahme zum Referentenentwurf eines KHVVG, Stand: 9.4.2024, S. 10

⁶ Es ist Tatsache, dass bei Fachkräften in der Leiharbeit die Löhne deutlich über Tarif liegen, was vor allem bei starker Konkurrenzsituation in Ballungsräumen zu hohen Mehrkosten bei den Krankenhäusern führt und bspw. nicht über das Pflegebudget abgedeckt wird.

Kliniken bei ihren Umstrukturierungen im Rahmen der Krankenhausreform zu unterstützen.

Im Wesentlichen stellt er damit die Fortführung des Strukturfonds dar, der ein ähnliches Ziel und den gleichen Griff in die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds vorsieht. Krankenhäuser können ihre Anträge auf die Gelder aus dem Transformationsfonds ab 2025 stellen, die Auszahlung der Gelder soll dann ab dem 1. Januar 2026 erfolgen. Anträge können ohne konkrete Ziele jedoch schlecht gestellt werden. Umstrukturierungen in Krankenhäusern sind kostenintensiv und benötigen eine intensive Planungs- und Vorbereitungsphase. Um die Gelder aus dem Transformationsfonds beantragen zu können, ist es erforderlich, zu wissen, wohin die Klinik entwickelt werden soll. Derzeit ist noch völlig unklar, welche Leistungsgruppen zukünftig vorgehalten werden sollen, welche Qualitätsanforderungen für diese gelten werden und wie sich die Entfernungsradien auf den Krankenhausstandort auswirken werden. Für Investitionen in die Zukunft braucht man Planungssicherheit, die es aktuell für keine Klinik gibt.

Als Voraussetzung für die Förderung eines Vorhabens aus dem Transformationsfonds ist im Entwurf festgelegt, dass mindestens 50 Prozent der förderungsfähigen Kosten vom Land und den Einrichtungsträgern übernommen werden. Dieses Vorgehen hebt die Investitionskostenfinanzierung ein Stück weit aus, denn bislang waren die Länder gemäß § 6 Abs. 1 KHG allein für die Aufstellung von Investitionsprogrammen verantwortlich.

Die Möglichkeit, Klinikträger selbst an der Finanzierung zu beteiligen, lehnen wir ab. Es ist nicht zumutbar, mit eigenen Mitteln auch Zusammenlegungen und (Teil-) Schließungen zu finanzieren, die gegebenenfalls zur Schwächung der eigenen Position führen. Wir sehen hier zudem die Gefahr, dass durch die angespannte Finanzsituation bei den Trägern möglicherweise dringend notwendige Investitionen ausbleiben. Alternativ müssten die erforderlichen Finanzmittel aus den Betriebskosten herausgespart werden, was zu Lasten einer angemessenen Patientenversorgung geht. Wir fordern daher, die bis zu 25%ige Heranziehung der Träger zur Investitionskostenfinanzierung aus dem Transformationsfond zu streichen.

Forderung: Änderung von § 12b Abs. 3 Nr. 3:

3. das antragstellende Land, ~~gegebenenfalls gemeinsam mit dem Träger der zu fördernden Einrichtung~~, mindestens 50 Prozent der förderungsfähigen Kosten des Vorhabens (Ko-Finanzierung) trägt, wobei das Land mindestens die Hälfte dieser Ko-Finanzierung aus eigenen Haushaltsmitteln aufbringen muss,

Der Bund plant seinen (hälftigen) Anteil am Transformationsfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zu finanzieren. Wir teilen die Empörung der gesetzlichen Krankenkassen, die kritisieren, dass diese gesamtgesellschaftliche Aufgabe so nicht aus Steuermitteln, sondern überwiegend durch die GKV-Versicherten und deren Arbeitgebern bezahlt wird und die Gefahr weiterer Beitragssteigerungen birgt.

Die Sicherung der Daseinsvorsorge ist eine staatliche Aufgabe. Deshalb fordern wir, dass sich der Bund mit Steuergeld am Umbau der Krankenhauslandschaft beteiligt. Von den Bundesländern fordern wir die Investitionen in die Kliniken, die sich aus ihrer Zuständigkeit für den notwendigen Erhalt und Ausbau der Klinikstrukturen ergibt.

Forderung: Änderung von § 12b Absatz 1 Satz 1 KHG:

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 25 Milliarden Euro ~~aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds~~ aus dem Bundeshaushalt zugeführt (Transformationsfonds)

1.3 Die geplante Vorhaltevergütung nach § 17b KHG und §§ 6b, 8 Abs. 4 KHEntgG – Planungssicherheit durch echte Vorhaltekostenvergütung

An der Systematik der Vorhaltevergütung hat sich im Vergleich zum letzten Entwurf nichts verändert. Es gibt im Grunde das gleiche Geld wie vorher, lediglich in Form eines Abschlags in Höhe von 60 Prozent auf die DRG, wenn ein Haus dasselbe Leistungsportfolio behält. Bei Veränderungen in der Leistungsgruppenzuordnung folgt die komplette Finanzierung der jeweiligen Leistungsgruppe, inklusive der Vorhaltevergütungsanteile.

Muss eine Klinik zukünftig eine Leistungsgruppe abgeben, geht ihr somit auch das damit verbundene Vorhaltebudget verloren. Auf diese Weise wird die strukturelle Benachteiligung der kleineren Krankenhäuser in der Fläche, die Leistungsgruppen verlieren werden, weiter zunehmen. Eine Entökonomisierung findet nicht statt, da das Vorhaltebudget weiterhin an Fallzahlen geknüpft ist. Nur eine von der Fallzahl unabhängige und auf den tatsächlichen Kosten basierende Vergütung der Vorhaltestrukturen würde eine mittelfristige Existenzgarantie und damit Planungssicherheit für Häuser der Grund- und Regelversorgung in der Fläche bedeuten.

Zudem sehen wir auch keine Entbürokratisierung. Durch das komplexe System der Vorhaltevergütung wird die Bürokratie eher zunehmen, denn um das Vorhaltebudget zugewiesen zu bekommen, müssen die Krankenhäuser alle Anforderungen, die auf Bundesebene vorgegeben werden, an jede einzelne Leistungsgruppe nachweisen. Damit steigt der Bürokratieaufwand enorm. Dabei ist der Dokumentationsaufwand bereits jetzt unerträglich hoch.

So hat ein mittelgroßes Krankenhaus „jährlich etwa 110 standortbezogene Datenabfragen und Statistiken, die sich aus etwa 70 verschiedenen gesetzlichen und sonstigen Vorgaben ergeben, an über 30 verschiedene Adressaten zu vollbringen“.⁷ Nach den Reformplänen nimmt diese Bürokratieflut weiter zu. Die logische Folge wird sein: noch weniger Zeit für die Patient:innen. Denn diese bürokratischen Zwänge binden Personal

⁷ Zit. Schmid-Pogarell (2024): Warum uns jedes Mehr an Bürokratie weh tut, In: Perspektiven – Magazin für Politik und Krankenhaus, online abrufbar unter <https://perspektiven.die-katholischen-krankenhaeuser.de/warum-uns-jedes-mehr-an-buerokratie-weh-tut/>

in allen Bereichen (Ärzt:innen, Pflegepersonal, Wundmanager:innen etc.) und eben nicht nur im Controlling und in der Verwaltung.

1.4 Kooperation statt Zentralisierung

Zentrales Element der geplanten Reform ist die Konzentration der Leistungen an weniger und dafür größeren Standorten. Diese Zentralisierungsbestrebungen gehen aber zu Lasten der flächendeckenden medizinischen Versorgung. Das ist einseitig gedacht und wird zu noch nicht absehbaren negativen Folgen für die gesamte Bevölkerung führen.

Auf die wichtigsten Stellschrauben, durch welche die Zentralisierung der deutschen Krankenhauslandschaft vorangetrieben werden soll, gehen wir in den folgenden Punkten näher ein und erläutern, warum wir die Versorgungssicherheit vor allem durch Kooperationen in regionalen Netzwerkstrukturen gesichert sehen.

1.4.1 Abbau von Kapazitäten / Bedrohung der Versorgungssicherheit

Die angestrebte Spezialisierung und Zentrenbildung wird von einem Qualitätsversprechen begleitet, denn hohe Fallzahlen ermöglichen überdurchschnittliche Qualität der Eingriffe. Das ist evident bei bestimmten spezifischen Eingriffen, wie z. B. bei der Implantation von Hüftendoprothesen oder Kataraktoperationen, weil hierbei Größenvorteile realisiert werden und die Behandlungen hochspezialisiert sind. Die Meinung vieler ist hierbei: für die Behandlung bei einem ausgewiesenen Spezialisten oder einen Eingriff in einem ausgewiesenen Zentrum muss man bereit sein, auch weite Strecken zurückzulegen. Das ist richtig, doch lässt diese Betrachtung viele andere Faktoren außer Acht.

Bei vielen Erkrankungen muss zeitkritisch gehandelt werden, wie z. B. bei Herzinfarkt, Schlaganfall oder Hüftfraktur. Für diese medizinischen Notfälle ist auch die Lage bzw. Erreichbarkeit eines Krankenhauses ein wichtiges Qualitätskriterium. Aus unserer Perspektive kann eine hohe Versorgungsqualität auch in dezentral gelegenen Kliniken erreicht werden, wenn es darum geht, dass vor allem durch die schnelle Diagnostik und Behandlung ein gutes Behandlungsergebnis mit geringem Beeinträchtigungsgrad erreicht wird. Fachliche Schwerpunktbildung mit hoher Expertise kann auch an dezentralen Standorten und in Verbundstrukturen erreicht werden, gerade auch vor dem Hintergrund, dass durch die telemedizinische Anbindung versierte Ärzt:innen zugeschaltet werden können.

Außerdem führt eine Konzentration der Leistungen in Universitätskliniken und Maximalversorgern nicht nur zu längeren Wegen, sondern birgt auch die Gefahr der Rationierung im Sinne einer Vorenthaltung medizinischer und pflegerischer Leistungen. Es ist eine Illusion, dass diese Kliniken die Leistungsmenge ohne andere Versorger schaffen könnten. Es gibt bereits jetzt Wartelisten und in den kommenden Jahren werden

diese -allein aufgrund des demografischen Faktors – zunehmen.⁸ Das wird dazu führen, dass der Anteil der Patient:innen, die unversorgt bleiben, sich in Zukunft weiter erhöhen wird.

Die katholischen Krankenhäuser sehen hier mit Blick auf die Geburtshilfe und die geriatrische Versorgung insbesondere eine Verschlechterung der Versorgungssituation von Frauen und alten Menschen. So besteht die Gefahr, dass auch große geburtshilfliche Abteilungen geschlossen werden müssen, weil die Anforderung gleichzeitig auch eine Pädiatrie betreiben zu müssen von vielen Kliniken nicht erfüllt werden kann. Eine Geriatrie wiederum kann künftig nur betrieben werden, wenn am Standort auch eine Urologie vorgehalten wird. Die vorgesehene Leistungsgruppenlogik, die etablierte Kooperationen in Verbänden negiert, gefährdet somit die Grundversorgung der Bevölkerung in basalen Bereichen.

Forderung zu Artikel 1 Nr. 9: Änderung von § 135e Abs. 4 Satz 3 SGB V:

~~Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach Absatz 2 können Die Qualitätskriterien einer Leistungsgruppe können in Kooperationen und Verbänden mit anderen Krankenhäusern unter den Voraussetzungen des § 6a Absatz 2 Satz 1 bis 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes erfüllt werden.~~

Zu diesem Punkt sei noch abschließend erwähnt, dass einmal abgebaute Versorgungskapazitäten später nicht einfach wieder aufgebaut werden können. Das betrifft sowohl die geschlossenen (Fach-)Abteilungen und Kliniken in den ländlichen Regionen als auch in Ballungsgebieten. Sind die Kapazitäten einmal vom Markt verschwunden, gefährdet das dauerhaft die Versorgungssicherheit der Bevölkerung. Es ist ein reines Planspiel, das hier aus Berlin betrieben wird. Denn es ist nicht davon auszugehen, dass die an der einen Stelle abgebauten räumlichen und personellen Kapazitäten 1:1 an einen anderen Standort übergehen. Das ist weltfremd. Es ist ein Irrglaube, zu denken, Pflegekräfte, die ihren Arbeitgeber in der Nähe verlieren, fahren nun eine Stunde lang zu einer anderen Klinik. Eher wandern sie in andere Branchen in ihrer nahen Umgebung ab. Gesucht wird Personal nahezu überall.

1.4.2 Leistungsgruppen nach § 6a KHG als zentrales Planungsinstrument

Die Krankenhäuser sollen künftig Leistungsgruppen zugewiesen bekommen. Diese sind an Mindestvorgaben zur Vorhaltung an Struktur- und Personalausstattung je Leistungsgruppe geknüpft. Ebenso dienen die Leistungsgruppen zukünftig auch zur Einteilung in die Level des Krankenhaustransparenz-Verzeichnisses. Neben den 60 Leistungsgruppen (und deren Strukturvorgaben) aus der Krankenhausplanung in NRW enthält der neue Entwurf fünf weitere Leistungsgruppen: Infektiologie, Notfallmedizin, spezielle

⁸ Vgl. Ärztezeitung (23.02.2024): Fachkräftemangel: Uniklinik Frankfurt sorgt sich um Personal der Zukunft, online abrufbar unter <https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Uniklinik-Frankfurt-sorgt-sich-um-Personal-der-Zukunft-447403.html>

Traumatologie, spezielle Kinder- und Jugendmedizin sowie spezielle Kinder- und Jugendchirurgie. Für sie werden konkrete Mindeststrukturvorgaben definiert.

Wir lehnen eine Erweiterung der NRW-Systematik ab. Während diese den Bundesländern ausreichend Spielraum lässt und ihre verfassungsmäßige Planungskompetenz wahrt, führt der vorliegende Entwurf zu einer Planung vom Reißbrett durch den Bund. Die NRW-Systematik wird dem Umstand gerecht, dass sich eine gewachsene Versorgungslandschaft nicht über Nacht auf links drehen lässt, ohne die Patientenversorgung zu gefährden. So gewährleisten z. B. die umfassenden Leistungsgruppen der Allgemeinen Chirurgie und der Allgemeinen Inneren Medizin die notwendige Flexibilität, um im Rahmen der Planung die zentralen Faktoren der Erreichbarkeit und der Spezialisierung miteinander auszubalancieren.

Die Leistungsgruppen, die NRW definiert hat, sind wissenschaftlich basiert und wurden in einem dreijährigen Planungsprozess mit allen relevanten Akteuren elaboriert. Daher sollten sie ohne Abstriche, aber auch ohne zusätzliche, noch nicht validierte Leistungsgruppen, in den Gesetzentwurf übernommen werden. Zudem ist die NRW-Krankenhausplanung als iterativer Prozess angelegt, was bedeutet, dass die Möglichkeit besteht, die Leistungsgruppensystematik jederzeit zu optimieren und Fehlsteuerungen relativ schnell behoben werden können.

Forderung zu Artikel 1 Nr. 9: Neuformulierung von § 135e SGB V

Für die Leistungen der Krankenhausbehandlung gelten bundeseinheitlich die Qualitätskriterien, die im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022 (veröffentlicht am 27. April 2022 durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen auf dessen Internetseite) festgelegt sind; dabei finden auch die auf Landesebene in Nordrhein-Westfalen geltenden sonstigen Struktur- und Prozesskriterien einschließlich der Möglichkeit der Erfüllung in Verbänden und Kooperationen entsprechend Anwendung.

Hilfsweise: Forderung zu Artikel 1 Nr. 9: Streichung von § 135e Absatz 4 Nr. 3 SGB V

~~3. die Qualitätskriterien nach Anlage 2 für die in Anlage 1 genannten Leistungsgruppen Nummern 3 (Infektiologie), 16 (Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie), 27 (Spezielle Traumatologie), 47 (Spezielle Kinder- und Jugendmedizin) und 65 (Notfallmedizin).~~

Forderung zu Artikel 1 Nr. 28: Verzicht auf Anlage 2.

1.4.3 Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben nach § 6a Abs. 5 KHG

Die Planungsbehörden des Landes sollen künftig Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben an „Level 3U“-Krankenhäuser (Universitätskliniken) zuweisen. Dies kann laut neuem Entwurf auch an Krankenhäusern der Versorgungsstufe „Level 3“ (Maximalversorger) geschehen, wenn es im jeweiligen Land kein Krankenhaus der Versorgungsstufe „Level 3U“ gibt.

Für diese besonderen Aufgaben gibt es (nicht unerhebliche) zusätzliche finanzielle Mittel. Laut Definition sollen diese Häuser dann krankenhausesübergreifende Versorgungsprozesse und -kapazitäten insbesondere bei Großschadenslagen, regionale und telemedizinische Versorgungsnetzwerke sowie informationstechnische Systeme und digitale Dienste koordinieren. Eine bundeseinheitliche Definition der genauen Koordinations- und Vernetzungsaufgaben steht noch aus.

Hier ist klarzustellen, ob zu diesen neuen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben auch die maßgebliche Steuerung von Behandlungsprozessen und damit verbunden das Leiten von Behandlungsströmen gehört. Ist dies der Fall, ist es dringend erforderlich, die sich daraus ergebenden haftungsrechtlichen Fragen zu klären. So muss das koordinierende Krankenhaus auf für die Folgen der Behandlungssteuerung haftbar sein und darf diese Haftung nicht abgeben.

Zu hinterfragen ist jedoch, warum die Krankenhäuser aller anderen Versorgungsstufen kategorisch von diesen Koordinations- und Vernetzungsaufgaben ausgeschlossen werden. Telemedizin, Vernetzung mit Spezialisten und größeren Partnerkrankenhäusern findet auch in kleinen und mittelgroßen Krankenhäusern statt. Warum sollen diese Häuser mit ihren Netzwerken und ihrem Know-how dafür nicht zur Verfügung stehen? Vernetzungsleistungen beziehen sich immer auf ein gesamtes Netzwerk und können nie nur von einem Akteur allein betrieben werden. Das gilt auch bei der Etablierung von telemedizinischer Diagnostik, Befundung und Therapiebegleitung.

An diesem Beispiel zeigt sich der rein theoriegesteuerte Ansatz dieser Reformpläne. Es ist ein Irrtum zu glauben, dass die gesamte Koordinationsarbeit der Versorgung allein durch die Unikliniken und Maximalversorger erfolgen könnte. In der Fläche haben viele Krankenhäuser ihr Handeln regional abgestimmt und das nicht nur mit anderen Kliniken. Die eigentliche Stärke dieser regionalen Versorgungsnetzwerke liegt in der hervorragenden Kooperation mit dem niedergelassenen Bereich. So sind in deren Netzwerke vor Ort oft auch MVZ, ambulante Fachärzt:innen sowie Hausärzt:innen eingebunden. Die Patientenströme lassen sich dadurch bei kurzfristig eintretenden Kapazitätsengpässen auch in andere Richtungen erfolgreich steuern, was ein weiterer Vorteil der regionalen Verbundstrukturen ist.

Gerade in der zurückliegenden Covid-19-Pandemie hat sich gezeigt, dass die großen Krankenhäuser häufig eher an der Belastungsgrenze waren und die Versorgung aller Patient:innen nur gemeinsam mit den kleineren Häusern sichergestellt werden konnte. Die kleineren Häuser leisteten bei der Bewältigung der Pandemie einen bedeutenden Beitrag, denn ohne sie hätten gar nicht alle an Covid-19-Erkrankte versorgt werden können. Zudem haben kleine Häuser in der Pandemie den Totalausfall von Maximalversorgern kompensieren müssen; sind sie nicht mehr da, bricht in kritischen Krisen- und Katastrophensituationen, wie z. B. bei einem totalen Stromausfall in einer Region, die Versorgung der Bevölkerung komplett zusammen. Deutschland war mit seiner diversifizierten Krankenhauslandschaft zudem in der Pandemie eins der wenigen Länder, die auch Patient:innen zusätzlich aus dem Ausland aufgenommen und in den Kliniken behandelt

haben. In der Pandemie hatten sich die regionalen Netzwerke und die dezentralen Strukturen bewährt und übernahmen vielerorts die Sicherstellung der Versorgung.

Forderung zu Artikel 3 Nr. 2: Streichung von § 6a Abs. 5 Sätzen 3 und 4

~~Die Aufgaben nach Satz 1 dürfen nur Krankenhäusern zugewiesen werden, die der Versorgungsstufe nach § 135d Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugeordnet sind. Ist in dem jeweiligen Land kein Krankenhaus der Versorgungsstufe nach Satz 3 zugeordnet, dürfen die Aufgaben nach Satz 1 auch Krankenhäusern zugewiesen werden, die der Versorgungsstufe nach § 135d Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugeordnet sind.~~

1.4.4 Mindestvorhaltezahlen nach § 135f Abs. 1 SGB V

Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, dass die Krankenhäuser die Mindestvorhaltezahl der ihnen zugewiesenen Leistungsgruppen erfüllen müssen, die der Mindestmenge an erbrachten Behandlungsfällen im vorausgegangenen Kalenderjahr entspricht. Erreicht das Krankenhaus die Mindestvorhaltezahl der ihm zugewiesenen Leistungsgruppe nicht, verliert es die Zulassung zum Erbringen der Leistungsgruppe und erhält auch die Vorhaltevergütung nicht.

Eine Unterschreitung ist nur dann erlaubt, wenn die zuständige Landesbehörde die Vorhaltung der Leistungsgruppe an dem Krankenhaus für die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung als zwingend erforderlich einschätzt. Diese Einschätzung soll die Landesbehörde aber nicht in eigenem Ermessen treffen dürfen, sondern soll dafür eine Vorgabe aus dem Krankenhausfinanzierungsrecht beachten müssen!

Mit Wirkung ab 2027 soll das BMG mit Zustimmung des Bundesrates die Mindestvorhaltezahlen festlegen. Dieser Mechanismus ermöglicht dem BMG zukünftig, eine zentrale Steuerung der Krankenhausplanung und der Versorgungsstrukturen von der Bundesebene aus vorzunehmen. Das hebt den bisherigen, in der Praxis bewährten Grundsatz der Länderhoheit über die Krankenhausplanung aus.

Forderung zu Artikel 1 Nr. 9: Kein Einfügen von § 135f SGB V

Forderung zu Artikel 4 Nr. 6: Änderung von § 6b Abs. 1 Satz 1 KHEntgG:

~~Ein Krankenhaus erhält für jede Leistungsgruppe gemäß § 135e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die ihm gemäß § 6a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurde, ein Vorhaltebudget, wenn die Mindestvorhaltezahl nach § 135f 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 Mindestvorhaltezahl vorliegt.~~

1.4.5 Fahrzeiten nach § 6a Absatz 2 Satz 2 und 3 KHG

Eine Abweichung bei den Leistungsgruppen von den bundeseinheitlichen Vorgaben ist für die Planungsbehörden der Länder nur möglich, wenn in der Leistungsgruppe Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie die Entfernung zum nächsten

Krankenhaus 30 Minuten und für die übrigen Leistungsgruppen 40 Minuten beträgt, sofern die Abweichung nicht per Rechtsverordnung ausgeschlossen wurde. Die zuständige Landesbehörde kann ausschließlich für die Sicherstellungshäuser und dann auch nur befristete Ausnahmeregelungen erteilen.

Die katholischen Krankenhäuser kritisieren hieran, dass mit der Festlegung des 30- und 40-Minuten-Radius eine Systematik geschaffen wird, die am Versorgungsbedarf der Bevölkerung vorbeigeht, denn sie ist ohne Bevölkerungsbezug. Zudem handelt es sich dabei um eine willkürliche Grenze, die auf keiner wissenschaftlichen Grundlage beruht. Besonders irritierend finden wir dabei, dass für verschiedene Leistungsgruppen unterschiedliche Minuten-Werte gelten, so würde nach § 6a Abs. 2 Satz 3 Nr. 2 für die Leistungsgruppe Geburten, als „übrige Leistungsgruppe“ der 40 Minuten-Radius gelten, für die Allgemeine Innere Medizin nach Nr. 1 jedoch nur 30 Minuten. Hier kann schwerlich die Mindestreichbarkeit begründend gewesen sein, denn es ist unzumutbar, Frauen mit Geburtswehen stundenlang auf die Suche nach einem Krankenhaus mit freien Kapazitäten zu schicken.

Forderung zu Artikel 3 Nr. 2: Streichung von § 6a Abs. 2 Sätze 2 und 3 KHG:

~~Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich, wenn ein anderes Krankenhaus, dem die jeweilige Leistungsgruppe nach Absatz 1 Satz 1 zugewiesen ist, innerhalb der nachfolgend festgelegten PKW-Fahrtzeitminuten nicht flächendeckend erreichbar ist. Die PKW-Fahrtzeitminuten betragen:~~

- ~~1. für die Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie, 30 PKW-Fahrtzeitminuten,~~
- ~~2. für die übrigen Leistungsgruppen 40 PKW-Fahrtzeitminuten.~~

1.5 Die Notfallversorgung – flächendeckende Versorgung sichern

Am Beispiel der Notfallversorgung zeigt sich besonders deutlich, wie sehr die Reformplaner in Berlin von der Versorgungsrealität entfernt sind.

Die LG „Notfallmedizin“ ist systemfremd. Anders als die anderen Leistungsgruppen, die sich an unterschiedlichen fachlichen Leistungsbereichen orientieren, ist „Notfall“ keine fachliche Kategorie, sondern eine der Dringlichkeit. In der Praxis wird das Problem sein, anhand welcher Kriterien die Zuordnung erfolgt.

Die für die vorgesehenen LG Notfallmedizin definierten Mindestanforderungen sind in Zeiten erheblichen Fachkräftemangels nicht erfüllbar. Danach benötigt ein Krankenhaus, um diese Leistungsgruppe erbringen zu können, mindestens 5 Fachärzt:innen (als Vollzeitäquivalente), wovon mindesten 3 Fachärzt:innen eine Zusatzweiterbildung (in Klinische Akut- und Notfallmedizin) haben müssen, Fachärzt:innen, die mindestens zu 80 Prozent in der Notaufnahme tätig sind und Fachärzt:innen, die mindestens in der Rufbereitschaft 24 Stunden an 7 Tagen der Woche zur Verfügung stehen.

Kritikwürdig war schon die bisherige G-BA-Richtlinie, die in § 5 Abs. 2 Satz 2 dann noch eine Zeitvorgabe von 30 Minuten vorsieht, in der der Facharzt (mit den entsprechenden Qualifikationsnachweisen) beim Patient:innen sein soll.⁹ Diese Zeitvorgabe beruht aber weder auf wissenschaftlicher Evidenz noch können sie von den Krankenhäusern aufgrund fehlenden Personals, arbeits- und tarifrechtlicher Vorgaben etc. gewährleistet werden. Es ist weder das Personal in diesem Umfang auf dem Arbeitsmarkt verfügbar noch kann das vorhandene Arzt- und Pflegepersonal so schnell weitergebildet werden – auch wenn man berücksichtigt, dass in Modellprojekten nun versucht wird die Ausbildungszeiten, z. B. zur Intensivpflegekraft, zu verkürzen.

Anhand dieses Beispiels zeigt sich zweierlei. Erstens, dass die personellen Anforderungen in den einzelnen Vorgaben aus Levelinteilung, Leistungsgruppen-Zuordnung, G-BA-Richtlinien, anderen Richtlinien und Leitlinien sowie den Voraussetzungen für Zertifikationen etc. dringend synchronisiert werden müssen. Zweitens, dass durch solche kleinteiligen Vorgaben die flächendeckende Notfallversorgung ausgedünnt wird: Viele Krankenhäuser, die derzeit im Rahmen des Notfallstufenkonzepts des G-BA die Notfallversorgung gewähren, würden dann künftig nicht mehr für diese zugelassen sein. Dies geht zulasten der Erreichbarkeit und der Kapazitäten der Notfallversorgung insgesamt.

Dass sämtliche Vorgaben ineinandergreifen und sich kumulierend auswirken können, stellt die Krankenhäuser bei der Erfüllung dieser Anforderungen vor große Herausforderungen und lassen zudem keinen Mehrwert in der Patientenversorgung erkennen.

Forderung zu Artikel 1 Nr. 9: Streichung von § 135e Absatz 4 Nr. 3 SGB V

~~3. die Qualitätskriterien nach Anlage 2 für die in Anlage 1 genannten Leistungsgruppen Nummern 3 (Infektiologie), 16 (Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie), 27 (Spezielle Traumatologie), 47 (Spezielle Kinder- und Jugendmedizin) und 65 (Notfallmedizin).~~

1.6 Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 6b KHG und § 115g SGB V

Die Rolle der sektorenübergreifenden Versorger (vormals „Level 1“-Krankenhäuser), die eine Art Versorgungsanker vor allem im ländlichen Raum darstellen sollen, bleibt weiter unklar. Im Gesetzentwurf ist dazu wenig geregelt und wird vieles weiter offen gelassen. Vielmehr soll die Selbstverwaltung das Leistungsspektrum für die stationäre Versorgung dieser Einrichtungen konkretisieren und auch die Vergütung festlegen. Die Länder erhalten die Möglichkeit, die Umwandlung von Krankenhäusern zu sektorenübergreifenden Einrichtungen zu bestimmen.

⁹ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss (2018): Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), S. 6, online abrufbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2340/Not-Kra-R_2020-11-20_iK-2020-11-01.pdf

Das Leistungsspektrum dieser Einrichtungen kann nach § 115g SGB V neben stationären, auch erweiterte ambulante sowie medizinisch-pflegerische Leistungen umfassen. Damit ist zurzeit nicht absehbar, welche stationären Leistungen in diesen Einrichtungen konkret erbracht werden, von wie vielen Betten stationärer Versorgung wir in diesen Einrichtungen sprechen, ob in diesen Einrichtungen eine ärztliche und pflegerische Rund-um-die-Uhr-Versorgung vorgehalten wird und inwieweit diese Einrichtungen eine telemedizinische Anbindung finden. Die Antworten auf diese Fragestellungen definieren aber maßgeblich, welche Art von Patient:innen mit welchem Schweregrad von Erkrankungen dort versorgt werden können.

Die Antworten darauf sind auch wichtig für die Ausgestaltung dieser Einrichtungen. Werden in den Einrichtungen „mehr“ stationäre Leistungen erbracht, sind die Fixkosten (durch die Klinikstruktur) höher, muss systemimmanent die Bettenanzahl höher sein (Wirtschaftlichkeit) und nur dann kann eine oben genannte 24/7-Versorgung stattfinden. Dann braucht es bei diesen Einrichtungen aber auch Fördermittel aus dem Transformationsfonds, eine Investitionskostenfinanzierung der Länder und ein Konzept, wie in diesen Einrichtungen zukünftig ärztliche Weiterbildungen stattfinden können. Werden in diesen Einrichtungen dagegen kaum bis keine stationären Leistungen erbracht, kann dort (zwangsläufig) keine ärztliche Weiterbildung stattfinden, da es dort keine Akutfälle zu versorgen gibt.

Wir unterstützen die Idee, in der neu angedachten Versorgungsform der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen neben rein medizinischen auch die pflegerische Versorgung zu etablieren. Damit die fachliche Kompetenz von Pflegefachpersonen hier zum Tragen kommen kann, sind weitere Änderungen des SGB V notwendig (s. unten Punkt 2.2.)

Je nachdem, ob es sich um ein „mehr“ oder „weniger“ Krankenhaus handelt, stellt sich dann auch die Frage, ob bei diesen Einrichtungen die Regelung der Bedarfsnotwendigkeit greift oder die Teilnahme an der Integrierten Notfallversorgung möglich ist.

Ein hohes Risiko für die Träger dieser Einrichtungen sehen wir in der geplanten Vergütungsstruktur. Danach sollen die Vertragsparteien ein Gesamtvolumen sowie degressive krankenhausindividuelle Tagesentgelte miteinander aushandeln. Die anderen Leistungen sollen nach entsprechender Vergütungsgrundlage abgerechnet werden. Insgesamt setzt sich der Erlösmix dieser Einrichtungen dann aus Tagespauschalen, verminderte Tagespauschalen, EBM, Pflegesätzen etc. zusammen. Das birgt die Gefahr, dass am Ende nicht alle erbrachten Leistungen kostendeckend vergütet werden und die Einrichtungen nicht auskömmlich finanziert werden.

Neu in diesem Entwurf aufgenommen wurde, dass die sektorenübergreifenden Einrichtungen im Falle einer vertragsärztlichen Unterversorgung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nach § 116a Absatz 2 SGB V ermächtigt werden können, was wir grundsätzlich begrüßen.

Insgesamt ist zu berücksichtigen, dass auch jetzt schon in der ambulanten Versorgung zunehmende Kapazitätsmängel zu beklagen sind. Eine Krankenhausreform muss das ambulante Versorgungssystem hinsichtlich seiner Möglichkeiten und Grenzen realistisch einschätzen.

2 Bewertung weiterer Aspekte

Im Folgenden möchten wir bestimmte weitere Aspekte, die im Zusammenhang mit der Krankenhausreform stehen, herausgreifen und bewerten.

2.1 Eingriff in die Planungshoheit der Länder – verfassungsrechtliche Bedenken

Die dezidierten Bundesvorgaben für die Zuweisung der Leistungsgruppen, wie bspw. die Mindestanforderungen an Strukturen und Prozesse, Mindestvorhaltezahlen und die Fahrzeiten) sehen wir äußerst kritisch. In der vorgesehenen Detailtiefe greifen sie erheblich in die Planungshoheit der Länder ein. Indem sie den Ländern kaum Ermessensspielraum für die Berücksichtigung regionaler Besonderheiten in der Versorgungssituation lassen, kann von einer Planung durch die Länder keine Rede mehr sein.

Die Verantwortung für die Planung der Kapazitäten im Klinikbereich für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung obliegt nach § 6 KHG den Ländern, diese wird mit den strikten Bundesvorgaben ausgehöhlt. Ein in Auftrag gegebenes Rechtsgutachten der Bundesländer Bayern, Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg bestätigt die durchgreifenden verfassungsrechtlichen Bedenken.¹⁰ Auch der wissenschaftliche Dienst des Bundestags stellt fest, dass Regelungen zur Krankenhausfinanzierung nur dann von der Gesetzgebungskompetenz des Bundes gedeckt sind, „wenn die Länder ausreichend Gestaltungsspielräume erhalten und wenn ihnen Abweichungs- und Normsetzungsbefugnisse im Hinblick auf die regionalen und lokalen Besonderheiten eingeräumt werden“.¹¹ Wir unterstützen die Forderung der Länder, eine verfassungskonforme Krankenhausreform zu gestalten, die die Planungshoheit der Länder respektiert.

Vor allem die pauschalen Bundesvorgaben der zusätzlich (zu den NRW-Leistungsgruppen) eingeführten Leistungsgruppen Infektiologie und Notfallmedizin werden sich stark auf die bestehende, flächendeckende Krankenhausinfrastruktur auswirken und zu einer schnellen Konzentration der Leistungen an den großen Klinikstandorten führen, ohne dass dort die notwendigen räumlichen und personellen Kapazitäten vorhanden sind.

¹⁰ Vgl. Wollenschläger (2024): Wissenschaftliches Kurzgutachten - Ersteinschätzung. Das Gutachten ist online abrufbar unter https://www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2024/04/kurzgutachten_wollenschlaeger_khvg.pdf.

¹¹ Zit. Deutscher Bundestag, Wissenschaftliche Dienste (2023): Zur aktuellen Diskussion über die geplante bundesweite Reform der Krankenhausvergütung, Ausarbeitung vom 27.03.2023, WD 9 – 3000 – 016/23, online abrufbar unter: <https://www.bundestag.de/resource/blob/944108/24f3bb202a7fae0417ecb0bd2bfda0e8/WD-9-016-23-pdf.pdf>

2.2 Qualitätsdiskussion statt Ausiebe-Mechanismus

Aus unserer Sicht dienen die bundeseinheitlichen Kriterien ausschließlich des reinen Planspiels am „grünen Tisch“ in Berlin, dessen oberstes Ziel die Ausdünnung des Versorgungsangebotes in der Grund- und Regelversorgung ist, um zentrale und begrenzte Ressourcen¹² direkt den Unikliniken und anderen großen Schwerpunktkliniken zuteilen zu können.

Konzentration führt nicht zwingend zu Qualitätsverbesserung. Bislang galten Mindestmengen-Regelungen aus gutem Grund nur für ausgewählte Bereiche. Im Jahr 2004 hatte man begonnen für fünf operative Eingriffe Mindestmengen festzulegen, bis heute gibt es sie nur für ganze 10 Leistungen.¹³ Der Grund liegt darin, dass man die flächendeckende Versorgung nicht beeinflussen wollte und der Zusammenhang zwischen Ergebnisqualität und höheren Fallzahlen nur bei bestimmten Ergebnisindikatoren assoziiert war.¹⁴ Die Mindestmengen wirken sich bis heute nur geringfügig auf die flächendeckende Versorgung aus.

Nach dem vorliegenden Referentenentwurf sollen Mindestmengen nun aber zum Goldstandard werden. Sie werden zur Voraussetzung gemacht, um die Vorhaltevergütung zu erlangen und die Leistungsgruppen zugewiesen zu bekommen. Beides finden wir grundsätzlich falsch, denn erstens gibt es für die Mehrheit der Eingriffe keine wissenschaftliche Evidenz für den oben genannten Zusammenhang, zweitens werden damit nun auch nicht planbare Eingriffe mit Mindestzahlen belegt, was insbesondere Regionen mit geringer Einwohnerdichte benachteiligt, drittens können die Vorgaben willkürlich immer weiter nach oben gesetzt werden (was ebenfalls jeglicher wissenschaftlichen Grundlage entbehrt) und viertens wird sich das erheblich auf die Versorgungslandschaft auswirken, wobei die Effekte durch die sich verschlechterte Erreichbarkeit der Versorgungsangebote noch zu evaluieren sein werden (sollten).

Es steht zu befürchten, dass durch die Ausdünnung der Versorgungsangebote langfristig höhere volkswirtschaftliche Kosten entstehen. Für die Patient:innen werden die Wege und die Fahrzeiten in jedem Fall länger, was vor allem die vulnerablen Patientengruppen schwer treffen wird und die Bevölkerung in strukturschwachen Gegenden benachteiligt.

Hinzu kommt, dass der Referentenentwurf eine weitere wichtige Dimension zur Sicherstellung der Versorgungsqualität völlig außer Acht lässt. Wir vermissen dringend notwendige Regelungen, die es ermöglichen, die fachliche Kompetenz von

¹² Zu den zentralen Ressourcen im Krankenhaus zählen unter anderem Personal, medizinische Geräte und Ausstattung sowie finanzielle Mittel.

¹³ nach dem G-BA-Mindestmengenkatalog, siehe unter: <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/vorgaben-zur-qualitaetssicherung/vorgaben-mindestmengenregelungen/>

¹⁴ Vgl. Geraedts et al. (2008): Umsetzung und Auswirkungen der Mindestmengen, Ergebnisse der Begleitforschung. In: Deutsches Ärzteblatt. DOI: 10.3238/arztebl.2008.0890, online abrufbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/62794/Umsetzung-und-Auswirkungen-der-Mindestmengen>

Pflegefachpersonen im Krankenhaus wirksam werden zu lassen. Die im Pflegeberufegesetz vorgesehenen Vorbehaltsaufgaben stärken die Behandlungsqualität und Patientensicherheit im Krankenhaus, in dem sie sicherstellen, dass zentrale Elemente des Pflegeprozesses in der Verantwortung von Pflegefachpersonen liegen. Ihre Umsetzung trifft auf rechtliche Hürden im Leistungserbringerrecht, das noch nicht an die Vorbehaltsaufgaben des Pflegeberufegesetzes angepasst wurde. Aus unserer Sicht besteht daher folgender **weiterer Änderungsbedarf**:

Ergänzung von § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V Satz 3

²Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist; **die Regelungen zu pflegefachlichen Vorbehaltsaufgaben in § 4 Pflegeberufegesetz bleiben unberührt.**

Ergänzung von § 15 Abs. 1 Satz 2 SGB V

²Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt (Zahnarzt) angeordnet und von ihm verantwortet werden; **dies gilt nicht für Vorbehaltsaufgaben gemäß § 4 Pflegeberufegesetz.**

Ergänzung von § § 39 Abs. 1 S. 3 SGB V

³Die Krankenhausbehandlung umfaßt im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung, **Krankenpflege, (§ 28 Abs. 1)**, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation.

Ergänzung von § 107 Abs. 1 SGB V

(1) Krankenhäuser im Sinne dieses Gesetzbuches sind Einrichtungen, die

1. der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen,
2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung **und pflegefachlich unter ständiger pflegefachlicher Leitung** stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische, **pflegefachliche** und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,“

2.3 Auswirkungsanalyse statt Blindflug

Eine Auswirkungsanalyse zur geplanten Krankenhausreform wurde vorab vom BMG nicht durchgeführt. Das halten wir in hohem Maße für grob fahrlässig. Neue gesetzgeberische Regelungen sollten unbedingt vor In-Kraft-Treten auf ihre Auswirkungen hin simuliert werden, gerade wenn es sich dabei um einen so sensiblen und kritischen

Bereich wie die öffentliche Gesundheitsversorgung handelt. Daran ändert auch die Ankündigung des BMG nichts, den Landkreisen ein Tool zur Planung und Folgenabschätzung zur Verfügung stellen zu wollen.

Eine analytisch konzeptionelle Reformvorbereitung sollte antizipatorisch eine Auswirkungsanalyse beinhalten. Dabei müssen dringend auch die Folgen analysiert werden, die die Strukturveränderung auf die ärztliche Weiterbildung haben wird. Eine Handreichung (in Form eines Tools) für die Landkreise, mit dem diese individuell untersuchen können, wie sich der Rückbau der Krankenhauslandschaft in 84.000 „Zellen“ mit je 1.000 Einwohnern¹⁵ jeweils auswirkt, wird einem wissenschaftlichen Anspruch in keiner Weise gerecht. Zudem soll dieses Tool den Ländern und Kommunen erst im Herbst, also nach Inkrafttreten des Gesetzes, zur Verfügung gestellt werden.

Damit wird die Bevölkerung völlig im Dunkeln über die Folgen und Konsequenzen dieser (weitreichenden) Reform gelassen. Auch die Träger der Einrichtungen und die Krankenhausplaner in den Ländern können damit die Entwicklung der Versorgungslandschaft nicht abschätzen. Damit wird die Reform zum Blindflug.

3 Zusammenfassende Bewertung und Implikationen

Insgesamt wird der Referentenentwurf mit dem Bearbeitungsstand vom 13. März 2024 den Erwartungen leider nicht gerecht. Er ist an wichtigen Stellen zu unpräzise und schafft keine Sicherheit. Vieles soll erst in nachlaufenden Rechtsverordnungen festgelegt werden. Andererseits enthält er eine Vielzahl kleinteiligster Regulierungen. Mit großer Sorge sehen wir, dass die Krankenhausversorgung durch verschiedene komplexe Regelungen in unterschiedlichen Bausteinen der Reform zentralisiert werden soll. Dies wird die Ausdünnung der Grund- und Regelversorgung in der Fläche, aber auch Rationierungen durch Verknappung der Kapazitäten auch in Ballungsräumen, zur Folge haben.

Das zentrale Element dieser Reform sind die Leistungsgruppen in Zusammenhang mit der Vorhaltepauschale. Die katholischen Krankenhäuser und der Deutsche Caritasverband sehen nicht, wie diese Regelungen die Krankenhäuser vom wirtschaftlichen Druck befreien sollen (siehe Punkt 1.3 und Punkt 1.4.2), wenn die Leistungsgruppen an Mindestzahlen (Punkt 1.4.4) und bundeseinheitliche Mindestanforderungen (Punkt 1.4.2) gekoppelt sind. Wir sehen damit die Existenz der bedarfsnotwendigen Krankenhäuser in der Fläche nicht gesichert und auch die etablierten katholischen Verbundstrukturen gefährdet (Punkt 1.4.3). Kritisch sehen wir die Zuweisung der Leistungsgruppen durch die Länder, deren Einfluss durch starre Bundesvorgaben so geschmälert wird, dass das Gesetz einen maßgeblichen Eingriff in die Planungshoheit der Länder darstellt, für den der Bundesgesetzgeber keine Kompetenz hat (Punkt 2.1). Für bedarfsnotwendige Krankenhäuser soll es Ausnahmeregelungen geben, wie z. B. durch die 30-Minuten-

¹⁵ Vgl. Schmitt et al. (2024): Krankenhausreform in Deutschland: Populationsbezogenes Berechnungs- und Simulationsmodell zur Planung und Folgenabschätzung. In: Monitor Versorgungsforschung 2024(03):37-50. DOI:[10.24945/MVF.03.24.1866-0533.2606](https://doi.org/10.24945/MVF.03.24.1866-0533.2606)

Regelung (Punkt 1.4.5). Viele Krankenhäuser werden diese Reform jedoch nicht mehr erleben, da die kurzfristigen Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser absolut unzureichend und zu spät wirken (Punkt 1.1).

Der Referentenentwurf enthält aus unserer Sicht nur wenig Positives. Gut bewerten wir die verbesserte Refinanzierung der Tarifsteigerungen und den Wegfall der Kappung beim Orientierungswert (Punkt 1.1). Beim Transformationsfonds sehen wir die Finanzierung des Bundesanteils auf Beitragsgeldern der GKV kritisch (Punkt 1.2). Das Konstrukt der sektorenübergreifenden Einrichtungen sehen wir als Versorgungsanker vor allem in ländlichen Regionen, wobei der Referentenentwurf hier am meisten ungeregt ließ und aus unserer Sicht höchstens eine Art schemenhafte Darstellung abgibt (Punkt 1.6).

Nochmal zum Schluss: Wir begrüßen ausdrücklich eine Reform der Strukturen und hätten uns eine Weiterentwicklung des bestehenden Versorgungsangebots, auch unter Einzug der Digitalisierung, verbesserte sektorenübergreifender Konzepte und vor allem auch mehr unter Berücksichtigung von Netzwerk- und Verbundstrukturen gewünscht. Wir haben viele Änderungsvorschläge in dieser Stellungnahme dargelegt. Wir warnen eindringlich vor dem Abbau von Kapazitäten durch die Zentralisierung der Leistungen an großen und vor allem städtischen Kliniken, weil damit ein Versorgungsabbau an stationären Leistungen vor allem in der Fläche stattfindet (Punkt 1.4.1). Vor allem die flächendeckende Notfallversorgung sowie die geburtshilfliche und geriatrische Versorgung sehen wir bedroht (Punkt 1.5). An vielen Beispielen aus der Versorgungspraxis haben wir gezeigt, dass diese Reform nicht zu Ende gedacht wurde und dringend eine Auswirkungsanalyse notwendig ist (Punkt 2.3). Die Schäden, die durch die Umsetzung dieser Reform entstehen, werden nicht wieder zu beheben sein.

Kontakt

Katholischer Krankenhausverband Deutschland e. V.

Bernadette Rümmelin
Geschäftsführerin
Tel. 030 240 83 68-10
kkvd@caritas.de

Deutscher Caritasverband e. V.

Dr. Elisabeth Fix
Leiterin Kontaktstelle Politik
Tel. 030 284 47 46
kontaktstelle.politik@caritas.de

Der **Katholische Krankenhausverband Deutschland e. V.** vertritt als Fachverband bundesweit 267 Krankenhäuser an 340 Standorten sowie 54 Reha-Einrichtungen mit insgesamt 210.000 Mitarbeitenden. Jährlich werden hier 3 Millionen Patient:innen stationär und 2,5 Millionen Patient:innen ambulant versorgt. Mit Umsätzen von 17 Milliarden Euro pro Jahr sind die katholischen Krankenhäuser zudem ein wichtiger Wirtschaftsfaktor.

695.921 Menschen arbeiten beruflich in den 24.952 Einrichtungen und Diensten, die der **Caritas** bundesweit angeschlossen sind. Sie werden von mehreren hunderttausend Ehrenamtlichen und Freiwilligen unterstützt. Von den beruflichen Mitarbeitenden sind 276.702 in den Einrichtungen und Diensten der Gesundheitshilfe tätig, 172.528 arbeiten in der Kinder- und Jugendhilfe, 123.798 in der Altenhilfe, 82.619 in der Behindertenhilfe/Psychiatrie, 33.852 bei weiteren sozialen Hilfen und 6.422 in der Familienhilfe. 58 Prozent aller Mitarbeitenden der Caritas pflegen, begleiten und betreuen Menschen in stationären Einrichtungen wie Krankenhäusern oder Pflegeheimen, 25 Prozent arbeiten in Tageseinrichtungen wie Kindergärten oder Werkstätten für Menschen mit Behinderung.