



# KERNFORDERUNGEN ZUR KRANKENHAUSREFORM

Stand: 21. Juni 2024

**Das Bundeskabinett hat am 15. Mai 2024 den Entwurf für ein Krankenhaus-versorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) beschlossen. Der Gesetzentwurf befindet sich nun im parlamentarischen Verfahren. Ziel der Bundesregierung ist, dass das KHVVG zum 1. Januar 2025 in Kraft tritt.**

Auch nach dem Kabinettsbeschluss bleiben zahlreiche wichtige Fragen zur Überarbeitung des Gesetzentwurfs zwischen Bund und Ländern strittig. Die katholischen Krankenhäuser appellieren an die Regierungsfractionen im Bundestag und an die Länder, das in seiner jetzigen Form nicht praxistaugliche KHVVG im parlamentarischen Verfahren grundlegend zu überarbeiten. Eine Krankenhausreform ist dringend notwendig, insbesondere mit Blick auf die Finanzierung.

## Neun Kernforderungen der katholischen Krankenhäuser für die Überarbeitung des KHVVG:

- 1. Krankenhausleistungen auskömmlich finanzieren:** Momentan werden unsere Leistungen nicht adäquat kostendeckend vergütet. Mit den Fallpauschalen erhalten wir nicht das Geld, das unsere Kosten für die Erbringung der Leistung deckt. Sowohl die gestiegenen Preise für Sach- und Energiekosten als auch die höheren Tarifabschlüsse bei den Personalkosten sind in den Pauschalen aktuell nicht enthalten. Wir sind chronisch unterfinanziert – und dies in jeder Fallpauschale, seit fast drei Jahren. Um weiteren Insolvenzen vorzubeugen, brauchen wir dringend einen Inflationsausgleich durch die Anpassung der Landesbasisfallwerte 2024 und der Psychiatrie-Entgelte 2024 rückwirkend für die Jahre 2022 und 2023 um vier Prozent.
- 2. Keine Erweiterung der NRW-Leistungsgruppensystematik:** Das zwischen den Ländern abgestimmte „Starter-Set“ für die Leistungsgruppen ist das Modell aus Nordrhein-Westfalen (NRW). Die fünf neuen, zusätzlichen Leistungsgruppen des Bundesgesundheitsministeriums sind nicht in derselben Systematik entwickelt und nicht erprobt. Es bleibt unklar, wie sie mit den bisherigen NRW-Leistungsgruppen verschränkt werden

sollen. Klare Abgrenzungen und Zuordnungen sind nicht erkennbar. Das ganze Verfahren zur Leistungsgruppensystematik (Zuweisung, Verteilung der Vorhaltevergütung, Nachweis aller Strukturkriterien etc.) ist aus unserer Sicht zu umständlich, zu bürokratisch und nicht sachgerecht. Wir fordern eine sukzessive Weiterentwicklung der Leistungsgruppen aufbauend auf der NRW-Systematik als lernendes System.

- 3. Kooperationen längerfristig ermöglichen:** Kooperationsmöglichkeiten werden im Gesetzentwurf langfristig nicht rechtssicher abgebildet. Die Regelung, dass Kooperationen zur Erfüllung ausgewählter Anforderungen bestimmter Leistungen zulässig sind, gilt bis zum 31. Dezember 2026 in Analogie zum NRW-System. Danach soll zur Festlegung der Leistungsgruppenkriterien eine gesonderte Rechtsverordnung in Kraft treten. Diese soll dann ein Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes, also voraussichtlich zum 1. Januar 2026, mit Wirkung ab 1. Januar 2027 vorliegen. Welche Inhalte und neuen Kriterien diese Verordnung für die Leistungsgruppe enthalten wird, ist völlig offen – ebenso, ob Strukturkriterien weiterhin im Verbund oder über Kooperationen erbracht werden können. Erfüllt eine Klinik ein Strukturkriterium nicht, müssen die Länder ihr den Versorgungsauftrag für die Leistungsgruppe entziehen. Verbundkrankenhäusern fehlt somit die langfristige Planungssicherheit. Wir fordern, dass Kooperationen in regionalen Verbänden und Netzwerken auf Dauer möglich sind und im KHVVG rechtssicher abgebildet werden.
- 4. Strukturvorgaben praxistauglich halten:** Die Strukturvorgaben der fünf zusätzlichen Leistungsgruppen stellen zum Teil unerfüllbare Mindestanforderungen. So sind beispielsweise die Vorgaben zur personellen Ausstattung für die Leistungsgruppe „Notfallmedizin“ völlig überzogen und aus fachlicher Sicht nicht nachvollziehbar. Das dafür erforderliche Fachpersonal mit den entsprechenden Weiterbildungen in den Fachgebieten steht auf dem Arbeitsmarkt faktisch nicht zur Verfügung. So weist die Bundesärztekammer darauf hin, dass zum Beispiel in einer Notaufnahme derzeit in der Regel zwei weiterzubildende Fachärzt:innen angestellt sind. Die Vorgaben des Gesetzentwurfs sehen nun mindestens fünf Fachärzt:innen vor, die mit mindestens 80 Prozent Vollzeitäquivalent tätig sind und von denen mindestens drei über die Zusatzweiterbildung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ verfügen. Mit solchen hohen Mindestvorgaben drohen Versorgungslücken, gerade in so sensiblen Bereichen wie der Notfallversorgung.
- 5. Vorhaltevergütung an tatsächlichen Kosten orientieren:** Die im Gesetzentwurf vorgesehene Vorhaltevergütung bleibt weiter fallzahlabhängig, da ein direkter Zusammenhang zwischen der Leistungsmenge und der Vergütungshöhe besteht. Lediglich in einem Korridor von +/-20 Prozent an erbrachten Fallzahlen soll keine automatische Anpassung der Vorhaltevergütung erfolgen, was wiederum zu Anreizen der

Mengensteuerung an den Rändern führt, vor allem in dem Jahr, an dem die Überprüfung der Vorhaltevergütung (alle drei Jahre) erfolgt. Wir brauchen eine echte Vorhaltevergütung, die die faktische Vorhaltung zumindest eines Basis-Versorgungsangebotes an Struktur- und Personalausstattung – unabhängig der erbrachten Fallmenge – basierend auf den tatsächlichen Kosten der Bereitstellung berücksichtigt. Diese ließen sich relativ einfach aus den Strukturkriterien je Leistungsgruppe ermitteln. Die Vorhaltevergütung in der vom Gesetzentwurf intendierten Form verfehlt das Ziel der Sicherstellung kleiner bedarfsnotwendiger Krankenhäuser in der Fläche.

- 6. Mindestvorhaltezahlen streichen:** Neben den Strukturkriterien werden im Gesetzentwurf die Leistungsgruppen an Mindestvorhaltezahlen geknüpft. Das Instrument soll dazu dienen, die Qualität zu erhöhen. Der Gesetzentwurf sagt jedoch an keiner Stelle, auf welcher wissenschaftlichen Evidenz dieses Instrument basiert. Die Mindestmengen dienen aktuell einzig dazu, diejenigen Standorte von der Versorgung auszuschließen, die die vom Bundesgesundheitsministerium per Rechtsverordnung festzulegenden Mindestvorhaltezahlen nicht erbringen, beziehungsweise innerhalb eines noch festzulegenden Perzentils der wenigsten Fälle in der Leistungsgruppe liegen. Es besteht kein konkreter Bezug zur Qualität der Leistung, sondern führt dazu, dass durch die Kopplung mit der Vorhaltevergütung jedes Jahr weitere Krankenhäuser von der Versorgung ausgeschlossen werden.
  
- 7. Transformationsfonds aus Bundesmitteln finanzieren:** Wir sehen den Bund in der Pflicht, sich mit Steuermitteln am Umbau der Krankenhauslandschaft zu beteiligen, da es sich hierbei um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt. Aktuell soll der Transformationsfonds zu 50 Prozent aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds (also von den gesetzlich Krankenversicherten) finanziert werden und zu (mindestens) 50 Prozent von den Ländern. Die Länder wiederum können die Einrichtungsträger zu einer Kostenbeteiligung von bis zu 25 Prozent verpflichten. Die einseitige Belastung der Beitragszahler:innen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sehen wir kritisch. Die vorgesehene Beteiligung der Träger mit bis zu 25 Prozent an den förderfähigen Kosten des Vorhabens lehnen wir ab. Viele Krankenhäuser stehen durch die unzureichende Betriebskostenfinanzierung mit dem Rücken an der Wand und haben diese Finanzmittel schlicht nicht mehr zur Verfügung.
  
- 8. Kein Eingriff in die Planungshoheit der Länder:** Wir haben die Sorge, dass mit den bundeseinheitlich festgelegten Strukturvorgaben und starren Ausnahmeregelungen die Planungshoheit der Bundesländer ausgehebelt wird und ihnen kaum Möglichkeiten zu Korrekturen und Widerspruch bei sich weiter verschärfenden Vorgaben bleiben. Eine zentralistische Krankenhausplanung birgt viele Nachteile, wie ein Blick nach

Großbritannien und Schweden zeigt. In beiden Gesundheitswesen stehen die Menschen zum Teil monatelang auf Wartelisten für Facharztkonsultationen und Behandlungstermine. Wir möchten eine Krankenhausplanung im Interesse der Menschen, die in den einzelnen Versorgungsregionen leben.

- 9. Mit Auswirkungsanalyse Gesetzesfolgen abschätzen:** Wird die Krankenhausreform wie jetzt geplant umgesetzt, hat das tiefgreifende Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Der Bund hat mehrfach eine Auswirkungsanalyse versprochen. Das im Herbst zur Verfügung stehende Tool der Regierungskommission berücksichtigt weder alle Zusammenhänge der Reform noch die sektorenübergreifenden Kapazitäten, so dass die Bevölkerung über die konkreten Folgen dieser Reform im Unklaren gelassen wird. Eine umfassende Auswirkungsanalyse gehört zur Umsetzung eines Reformvorhabens dazu.

Der Katholische Krankenhausverband und der Deutsche Caritasverband haben auch eine **ausführliche Stellungnahme zum KHVVG-Entwurf** verfasst. Diese Stellungnahme findet sich hier: <https://die-katholischen-krankenhaeuser.de/krankenhausreform/>

## Kontakt

### **Katholischer Krankenhausverband Deutschland e. V.**

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

Eine **Übersicht der katholischen Krankenhäuser** in Deutschland finden Sie hier: <https://die-katholischen-krankenhaeuser.de/uebersicht.>