



Deutscher
Caritasverband e.V.



DIE KATHOLISCHEN
KRANKENHÄUSER
Kath. Krankenhausverband Deutschland e.V.

GEMEINSAME STELLUNGNAHME

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

vom 17.06.2024 (BT-Drucksache 20/11854) – unter Berücksichtigung der rechtsförmlichen und rechtssystematischen Änderungen aus der Rechtsprüfung gemäß § 46 Absatz 1 Gemeinsame Geschäftsordnung der Bundesministerien vom 16.09.2024 (Ausschussdrucksache 20(14)221.2)

Stand 23. September 2024 | Der Katholische Krankenhausverband Deutschland 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.

Unsere bisher geäußerte Kritik und unsere Kernforderungen bleiben mit der Rechtsprüfung zum Kabinettsentwurf unverändert bestehen. Auch nach der Rechtsprüfung bleiben zahlreiche wichtige Fragen zur Überarbeitung des Gesetzentwurfs zwischen Bund und Ländern strittig. Der Katholische Krankenhausverband und der Deutsche Caritasverband appellieren weiterhin an die Regierungsfractionen im Bundestag und an die Länder, das in seiner jetzigen Form nicht praxistaugliche KHVVG im parlamentarischen Verfahren grundlegend zu überarbeiten.



Inhalt

Vorbemerkung	3
1 Bewertung einzelner Inhalte aus dem Gesetzentwurf	4
1.1 Verbesserung der Betriebskostenfinanzierung – Krankenhausleistungen auskömmlich finanzieren	4
1.2 Transformationsfonds nach § 12b KHG – Investitionsprogramme sind öffentliche Aufgabe	6
1.3 Die geplante Vorhaltevergütung nach § 17b KHG und §§ 6b, 8 Abs. 4 KHEntgG – Planungssicherheit durch echte Vorhaltekostenvergütung	8
1.4 Kooperation statt Zentralisierung	10
1.4.1 Abbau von Kapazitäten / Bedrohung der Versorgungssicherheit	10
1.4.2 Leistungsgruppen nach § 6a KHG als zentrales Planungsinstrument..	12
1.4.3 Anerkennung von Kooperationen	13
1.4.4 Unerfüllbare Mindestvorgaben in Anlage 1 KHVVG	14
1.4.5 Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben nach § 6b KHG	15
1.4.6 Mindestvorhaltezahlen nach § 135f Abs. 1 SGB V	17
1.4.7 Fahrzeiten nach § 6a Absatz 4 Satz 2 und 3 KHG	18
1.5 Die Notfallversorgung – flächendeckende Versorgung sichern	19
1.6 Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 6c KHG und § 115g SGB V	20
2 Bewertung weiterer Aspekte	22
2.1 Eingriff in die Planungshoheit der Länder – verfassungsrechtliche Bedenken	22
2.2 Qualitätsdiskussion statt Aussiebe-Mechanismus	23
2.3 Auswirkungsanalyse statt Blindflug	25
3 Zusammenfassende Bewertung und Implikationen	25



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 Defizitenausgleich eines Landes oder einer Kommune 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. Auch werden erforderliche Kapazitätsreserven

¹ Danach verstößt der selektive Defizitenausgleich 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 \(die-katholischen-krankenhaeuser.de\)](http://alle-krankenhaeuser-fair-finanzieren-die-katholischen-krankenhaeuser.de)



für Katastrophenfälle trotz jüngster Erfahrungen mit Pandemielagen und Naturkatastrophen in keinen fachlich fundierten Ansatz gebracht.

1 Bewertung einzelner Inhalte aus dem Gesetzentwurf

Im Folgenden gehen der Katholische Krankenhausverband und der Deutsche Caritasverband auf zentrale – insbesondere für die katholischen Träger relevante – Inhalte aus dem Gesetzentwurf 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 Tarifierhöhungen bei den Beschäftigten führen dazu, dass viele Kliniken ein defizitäres Betriebsergebnis erwirtschaften, weil diese Punkte in der bisherigen Vergütungssystematik nicht auskömmlich refinanziert werden.

Den Krankenhäusern werden die Kosten für die medizinischen Leistungen und das Klinikpersonal von den Krankenkassen erstattet, die Bundesländer sind dagegen verpflichtet die Investitionskosten zu finanzieren. Das Problem der DRG-Fallpauschalen ist, dass diese die realen Kosten nicht adäquat abbilden. Die DRG werden mit einem Landesbasisfallwert abgerechnet, dessen Höhe jährlich zwischen den Krankenkassen und Krankenhausgesellschaft auf Landesebene festgelegt wird. Danach richtet sich die Höhe der Fallpauschalen (DRG-Relativgewicht x Landesbasisfallwert + ggf. Zusatzentgelt/NUB = DRG-Erlös). Die Steigerung des Landesbasisfallwerts ist jedoch gedeckelt und gebunden an die Beitragseinnahmen der Krankenkassen. Daher können Krankenhäuser – im Gegensatz zu anderen Unternehmen – ihre Kostensteigerungen, die z. B. aus den gestiegenen Energie- und Sachkosten resultieren, nicht einfach weiterreichen und nicht einfach über Preissteigerungen refinanzieren. Im Ergebnis sind die Kosten dauerhaft nicht im Preis berücksichtigt, es gibt keinen Nachholeffekt und ein Inflationsausgleich fehlt.

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 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

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



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 2,6 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.

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 krankenhaushausentgeltliche Regulierung die verfassungsrechtlich geltende Untergrenze, verletzt dies die

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



staatlich zu wahren 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 vier Prozent, um einen **Ausgleich der Inflationkosten** zu erhalten. Das fordert auch der Bundesrat.⁵ Zudem sind **weitergehende Anpassungen** bei den Regelungen zur **vollständigen Refinanzierung der Personalkostensteigerungen erforderlich**, da z. B. die Kosten, die durch zusätzliche Urlaubstage oder erhöhte Freizeit- ausgleiche bei den Bereitschaftsdiensten⁶ sowie bei der Zeitarbeit⁷ entstehen, weiterhin nicht mitberücksichtigt werden.

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

Aufgenommen wurde im Gesetzentwurf 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, 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 Gesetzentwurf festgelegt, dass mindestens 50 Prozent der förderungsfähigen Kosten vom Land und den Einrichtungsträgern übernommen werden.

Die Möglichkeit, Klinikträger selbst an der Finanzierung zu beteiligen, lehnen wir ab. Wir sehen hier die Gefahr, dass durch die angespannte Finanzsituation bei den Trägern möglicherweise

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

⁵ Vgl. Stellungnahme des Bundesrates, Drucksache 235/24 (Beschluss), S. 45

⁶ Vgl. DKG-Stellungnahme zum Referentenentwurf eines KHVVG, Stand: 9.4.2024, S. 10

⁷ 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.



dringend notwendige Investitionen ausbleiben. Alternativ müssten die erforderlichen Finanzmittel aus den Betriebskosten herausgespart werden, was zu Lasten einer angemessenen Patientenversorgung geht. Auch ist es nicht zumutbar, mit eigenen Mitteln auch Zusammenlegungen und (Teil-) Schließungen zu finanzieren, die gegebenenfalls zur Schwächung der eigenen Position führen. Wir fordern daher, die bis zu 25-prozentige Heranziehung der Träger zur Investitionskostenfinanzierung aus dem Transformationsfond zu streichen.

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

3. das jeweilige Land ~~oder das jeweilige Land gemeinsam mit dem Träger des Krankenhauses, auf das sich das zu fördernde Vorhaben bezieht,~~ die förderungsfähigen Kosten des Vorhabens zu einem Anteil von mindestens 50 Prozent trägt, und das jeweilige Land mindestens die Hälfte dieses Anteils aus eigenen Haushaltsmitteln aufbringt,

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 nicht aus Steuermitteln, sondern überwiegend durch die GKV-Versicherten und deren Arbeitgebern bezahlt wird und die Gefahr weiterer Beitragssteigerungen birgt. Auch der Bundesrat kritisiert die Finanzierung des Transformationsfonds aus Beiträgen der gesetzlich Versicherten als „systematisch falsch“ und fordert eine Beteiligung des Bundes „in maßgeblichem Umfang“ mit „eigenen, steuerfinanzierten Haushaltsmitteln“.⁸

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, dass sie ihrer regulären **Investitionsfinanzierung** nachkommen, die sich aus ihrer Zuständigkeit für den notwendigen Erhalt und Ausbau der Klinikstrukturen ergibt.

Forderung: Änderung von § 271 Abs. 6 Satz 2 SGB V:

Zur Finanzierung der Fördermittel nach § 12b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden dem Transformationsfonds in den Jahren 2026 bis 2035 ~~aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds~~ aus dem **Bundshaushalt jährlich Finanzmittel in der Höhe zugeführt, in der diese Fördermittel im jeweiligen Jahr den Ländern zugeteilt werden, höchstens jedoch in der Höhe des Höchstbetrags nach Satz 3 für das jeweilige Kalenderjahr.**

Generell ist der Katalog an förderfähigen Maßnahmen, die aus dem Transformationsfonds finanziert werden können, zu eng begrenzt, so dass viele sinnvolle Vorhaben von vorneherein

⁸ Zit. Stellungnahme des Bundesrates, Drucksache 235/24 (Beschluss), S. 16 und S. 30

von einer Förderfähigkeit ausgeschlossen werden, ohne dass das erforderlich wäre. Wir fordern, dass grundsätzlich alle Vorhaben zur standortübergreifenden Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten in den Katalog aufzunehmen sind und dass nicht nur umwandlungsfähige bestehende Krankenhausstrukturen in eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung förderfähig sind, sondern auch Gebäude, die vorher nicht zur Patientenversorgung genutzt worden sind, bzw. neue Gebäude.⁹

Forderung: Streichung Nebensatz von § 12b Abs. 1 Nr. 1 KHG:

~~1. Vorhaben zur standortübergreifenden Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten, wenn diese zur Erfüllung von Qualitätskriterien nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder zur Erfüllung von Mindestvorhaltezahlen nach § 135f Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Bezug auf die an dem Vorhaben beteiligten Krankenhäuser erforderlich ist,~~

Zu den förderfähigen Maßnahmen aus dem Transformationsfonds sieht der Katalog auch Vorhaben zur Schließung eines Krankenhauses vor. Zu diesen Schließungskosten gehören auch alle Abfindungsansprüche der Mitarbeiter:innen gegen den Krankenhausträger. Wir fordern deshalb, dass diese Kosten explizit aufgenommen werden.

Forderung: Ergänzung von § 12b Abs. 1 Nr. 7 KHG:

7. Vorhaben zur Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen eines Krankenhauses, insbesondere in Gebieten mit einer hohen Dichte an Krankenhäusern und Krankenhausbetten. Das umfasst auch alle Abfindungsansprüche bei betriebsbedingter Kündigung.

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 Referentenentwurf nichts geändert. Eine Klinik, deren Leistungsportfolio unverändert bleibt, erhält die gleichen Mittel wie vorher. Es ändert sich lediglich die Form der Vergütung, die zukünftig neben dem Pflegebudget aus einem Abschlag in Höhe von 60 Prozent auf die DRG für jede vorgehaltene Leistungsgruppe sowie Rest-DRG-Zahlungen für erbrachte Leistungen besteht.

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

⁹ Vgl. Stellungnahme des Bundesrates, Drucksache 235/24 (Beschluss), S. 31



Fallzahlen geknüpft ist. Nur eine von der Fallzahl unabhängige und auf den tatsächlichen Kosten basierenden Vergütung der Vorhaltestrukturen würde eine mittelfristige Existenzgarantie und damit Planungssicherheit für Häuser der Grund- und Regelversorgung in der Fläche bedeuten.

Die Vorhaltevergütung für die Krankenhäuser muss bei wirtschaftlicher Betriebsführung kostendeckend sein. Das ist auch eine Forderung des Bundesrates. Das bedeutet, es muss sichergestellt sein, dass die Ermittlung der Höhe der Vorhaltevergütung zum einen in Bezug zu den Struktur- und Qualitätsvorgaben der jeweiligen zugewiesenen Leistungsgruppen gesetzt werden und zum anderen zu den vorgegebenen Mindestvorhaltezahlen, damit ein kostendeckender Betrieb der Abteilung möglich ist. Da die Mindestvorhaltezahlen in der Praxis noch nicht erprobt sind, sind die Auswirkungen auf das Vorhaltebudget noch völlig unklar, so dass hier Übergangsregelungen notwendig sind, zum Beispiel indem die Krankenhäuser die Vorhaltevergütung trotzdem erhalten, wenn sie die Mindestvorhaltezahlen im Übergangszeitraum (beispielsweise bis 2029) nicht erreichen.¹⁰

Auch das Ziel der Entbürokratisierung sehen wir nicht erreicht. Durch das komplexe System der Vorhaltevergütung wird die **Bürokratie** erheblich 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“.¹¹

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

Wir fordern konkrete Maßnahmen im Gesetz, die zu einer Entbürokratisierung in den Krankenhäusern beitragen. Beispielsweise könnte die Prüfung der OPS-Strukturmerkmale gestrichen werden, weil diese in Zukunft durch die Prüfung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen abgedeckt wären. Die Vielzahl der MD-Prüfungen nach § 275a SGB V sind mit der Prüfung der Leistungsgruppen abzugleichen und im Hinblick auf Bürokratieabbau zu reduzieren bzw. zusammenzuführen, da über die Zuweisung der Leistungsgruppen schon viele personelle und

¹⁰ Vgl. Stellungnahme des Bundesrates, Drucksache 235/24 (Beschluss), S. 14 f.

¹¹ 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/>

sachliche Ausstattungsmerkmale bereits erfasst werden. Erforderlich wären dann nur noch anlassbezogene oder stichprobenartige Prüfungen. Das fordert auch der Bundesrat.¹²

Wir fordern, dass die Gültigkeitsdauer der MD-Gutachten, von denen die Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppen abhängt, von zwei auf drei Jahre angehoben wird, da der Verwaltungsaufwand, der dieser Prüfungen entgegensteht, sehr hoch ist und bei einem zweijährigen Turnus nicht verursachungsgerecht wäre. Das fordert auch der Bundesrat.¹³

Forderung: Änderung von § 6a Abs. 2 Satz 2 KHG:

(2) Der in Satz 1 genannte Nachweis wird durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes über die Prüfung der Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe maßgeblichen Qualitätskriterien erbracht, dessen Übermittlung nach § 275a Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde zu dem Zeitpunkt der Zuweisung der jeweiligen Leistungsgruppe nicht länger als **drei** Jahre zurückliegt.

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 | Bedrohung der Aus- und Weiterbildung

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 hierbei ist: 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.

¹² Vgl. Stellungnahme des Bundesrates, Drucksache 235/24 (Beschluss), S. 17 f.

¹³ Vgl. Stellungnahme des Bundesrates, Drucksache 235/24 (Beschluss), S. 18



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.¹⁴ Das wird dazu führen, dass der Anteil der Patient:innen, die unversorgt bleiben, sich in Zukunft weiter erhöhen wird.

Mehr Konzentration und mehr Spezialisierung werden auch Auswirkungen auf die Ausbildungsmöglichkeiten und Ausbildungsstätten haben. Wenn mehr Leistungsgruppen an Universitäten- und Großkrankenhäuser zugewiesen werden und mittlere und kleine Krankenhäuser diese verlieren, können sie langfristig auch ihre Pflegeschulen nicht finanzieren bzw. werden große Probleme haben, Auszubildenden zu rekrutieren, da dies für diese mit einer hohen Reisebereitschaft in weit entfernte Kliniken bedeutet. Auch bei der ärztlichen Ausbildung gibt es diese Interdependenz. Verliert das Krankenhaus die Endoprothetik geht damit der Verlust an Ausbildungsmöglichkeit für Orthopäden einher. Wenn es nicht gelingt, dort Kooperationen mit Unikliniken aufzubauen, gehen die Kapazitäten verloren (Dominoeffekt). Ein weiteres Beispiel ist die Leistungsgruppe Urologie. Das Krankenhaus kann zukünftig keine Urologen mehr ausbilden, wenn es nicht die Leistungsgruppe „Komplexe Nephrologie“ zugewiesen bekommt oder keinen Kooperationspartner dafür hat.

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 des Bundes vom grünen Tisch, ohne die Praxisperspektive einzubeziehen. Denn es ist nicht davon auszugehen, dass die an der einen Stelle abgebauten räumlichen und personellen Kapazitäten 1:1 an einen anderen

¹⁴ 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>



Standort übergehen. 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 Gesetzentwurf fünf weitere Leistungsgruppen: Infektiologie, Notfallmedizin, spezielle 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 auszutarieren.

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. 8: 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.



Forderung zu Artikel 1 Nr. 25/ Anlage 1 SGB V:

Streichung der fünf Leistungsgruppen, die nicht im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022 enthalten sind:

- Nummer 3 (Infektiologie)
- Nummer 16 (Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie)
- Nummer 27 (Spezielle Traumatologie)
- Nummer 47 (Spezielle Kinder- und Jugendmedizin)
- Nummer 65 (Notfallmedizin)

Hilfsweise: Forderung zu Artikel 1 Nr. 8: Änderung von § 135e Abs. 4 Satz 1 SGB V:

(4) Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach Absatz 1 sind maßgeblich im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 die in Anlage 1 genannten Leistungsgruppen und Qualitätskriterien nach Maßgabe der Sätze 2 und 3, **ohne die fünf Leistungsgruppen, die nicht im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022 enthalten sind: Leistungsgruppen Infektiologie (Nummer 3), Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie (Nummer 16), Spezielle Traumatologie (Nummer 27), Spezielle Kinder- und Jugendmedizin (Nummer 47) und Notfallmedizin (Nummer 65).**

1.4.3 Anerkennung von Kooperationen

Kooperationsbeziehungen zwischen Krankenhäusern haben eine hohe Bedeutung bei der Patientenversorgung und führen zu einer qualitativ besseren Versorgung. Dies gilt vor allem in Verbundstrukturen, in denen die Krankenhäuser ihr Leistungsportfolio untereinander eng aufeinander abstimmen und die Kooperationsbeziehungen Grundvoraussetzung dafür sind, dass sich jede Klinik im Verbund auf ihre Stärken konzentrieren kann.¹⁵

Die Zuweisung von Leistungsgruppen hängt zukünftig an der Erfüllung von bundeseinheitlich festgelegten Strukturvorgaben, die perspektivisch in einer Rechtsverordnung des BMG festgelegt werden sollen. Dort sollen auch Regelungen zur Zulässigkeit der Einhaltung von Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbänden festgelegt werden. Für die Übergangszeit bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung gelten die in Anlage 1 gelisteten Kriterien. Im Referentenentwurf war die Erbringung verwandter Leistungsgruppen in Kooperation für die Übergangszeit sehr stark beschränkt, weshalb wir die nun geregelte Anlehnung an die in NRW geltenden Kooperationsmöglichkeiten sehr begrüßen.

¹⁵ Durch einen Zusammenschluss können sich Synergieeffekte ergeben, wenn sich jeder Standort auf die Leistungsgruppen konzentriert, die er besonders gut kann, und diejenigen an andere Kliniken abgibt, die er nicht so gut kann. Wenn zur Erfüllung von Strukturkriterien künftig keine Kooperationen mehr zugelassen sind, kann das unter Umständen die ganze Verbundstruktur gefährden.



Ohne die Anerkennung der Kooperationen würde sich bspw. die Versorgungssituation von Frauen und alten Menschen verschlechtern. Es bestünde dann die Gefahr, dass geburtshilfliche Abteilungen geschlossen werden müssen, weil die Anforderung gleichzeitig auch eine Pädiatrie betreiben zu müssen von vielen Kliniken nicht erfüllt werden kann. Eine Geriatrie hätte man nur betreiben können, wenn am Standort auch eine Urologie vorgehalten wird. Eine Leistungsgruppenlogik, die etablierte Kooperationen in Verbänden negiert, – wie noch im Referentenentwurf vorgesehen – hätte die Grundversorgung der Bevölkerung in basalen Bereichen gefährdet. Den Wegfall dieser Regelungen im Kabinettsentwurf begrüßen wir, erachten den Ansatz des Gesetzentwurfs jedoch nicht für ausreichend. So ist es notwendig, dass die Anerkennung der Kooperationen für die Strukturvorgaben (Kabinettsentwurf KHVVG, Anlage 1, Spalte 5: Erbringung verwandter LG: Kooperation) dauerhaft auch über den 1.1.2027 (Frist Übergangszeit) weiter ermöglicht wird.

Forderung: Schaffung eines § 135e Abs. 5 SGB V:

(5) Krankenhäuser können ihre Verpflichtung nach Absatz 2 Satz 1 in Kooperationen und Verbänden insbesondere mit Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung oder anderen Krankenhäusern erfüllen, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt und

- a) in Anlage 1 eine Kooperation vorgesehen ist oder
- b) dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich ist.

Daneben kritisieren wir, dass Fachkliniken zur Erfüllung von Mindestvorgaben nur dann kooperieren dürfen, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erforderlich ist. Zur Sicherstellung von Trägervielfalt und der Erhaltung von Auswahlmöglichkeiten der Versicherten ist es notwendig, Fachkliniken grundsätzlich das Angebot von Spezialversorgung zu ermöglichen und dies nicht durch die Anforderung der Sicherstellung flächendeckender Versorgung einzuschränken.

Änderung von § 135e Abs. 4 Nr. 8 Satz 3:

Abweichend von Satz 2 Nummer 8 Buchstabe b gilt in Bezug auf die Erfüllung der in Anlage 1 als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“, dass Fachkrankenhäuser, die von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde gemäß § 135d Absatz 4 Satz 3 der Versorgungsstufe „Level F“ zugeordnet wurden, diese Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbänden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen können, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt ~~und die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde festgestellt hat, dass dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erforderlich ist.~~

1.4.4 Unerfüllbare Mindestvorgaben in Anlage 1 KHVVG

Die Strukturvorgaben zu den Leistungsgruppen geben zum Teil unerfüllbare Mindestvorgaben vor. Beispielweise sind die Vorgaben für die personelle Ausstattung für die LG Notfallmedizin und völlig überzogen und aus fachlicher Sicht nicht nachvollziehbar. Das Personal – und dann noch mit den entsprechenden Weiterbildungen auf den Fachgebieten – steht auf dem Arbeitsmarkt gar nicht zur Verfügung. In der Realität sind zum Beispiel in einer Notaufnahme in der Regel zwei weiterzubildende Fachärzte angestellt,¹⁶ die Vorgaben in Anlage 1 sehen jedoch mindestens fünf Fachärzte vor, die mit mindestens 80 Prozent Vollzeitäquivalent tätig sind und von denen mindestens drei über die Zusatzweiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin verfügen. Mit den hohen Mindestvorgaben drohen Versorgungslücken durch das Gesetz, gerade in so sensiblen Bereichen wie der Notfallversorgung und der Kardiologie.

Forderung zu Anlage 1 SGB V: Überprüfung der Strukturvorgaben auf ein realistisches Niveau:

Anlage 1

Qualitätskriterien:

- Spalte 6: Sachliche Ausstattung
- Spalte 7 und 8: Personelle Ausstattung: Qualifikation und Verfügbarkeit
- Spalte 9: Sonstige Struktur- und Prozesskriterien

Der Bundesrat listet in seiner Stellungnahme weitere Mindestvoraussetzungen für Leistungsgruppen auf, die nicht nachvollziehbar sind oder über das notwendige Maß hinausgehen und einer Anpassung bedürfen.¹⁷

1.4.5 Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben nach § 6b KHG

Die Planungsbehörden des Landes sollen künftig Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben an „Level 3U“-Krankenhäuser (Universitätskliniken) zuweisen. Dies kann laut Gesetzentwurf 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

¹⁶ Vgl. Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen, Bearbeitungsstand: 13.03.2024, S. 5, online abrufbar unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Politik/Stellungnahmen/KHVVG_RefE_SN_BAEK_30042024_final.pdf

¹⁷ Vgl. Stellungnahme des Bundesrates, Drucksache 235/24 (Beschluss), S. 49-54



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 auch 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 all der 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.



Auch der Bundesrat stellt die kritische Frage, weshalb bei der Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben eine Privilegierung der Universitätsmedizin stattfinden soll.¹⁸

Forderung zu Artikel 2 Nr. 3: Streichung von § 6b Satz 3 und 4 KHG:

~~Die in Satz 1 genannten Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben dürfen nur einem Krankenhaus zugewiesen werden, das der in § 135d Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Versorgungsstufe „Level 3U“ zugeordnet ist. Ist in dem jeweiligen Land kein Krankenhaus dieser Versorgungsstufe zugeordnet, so dürfen die in Satz 1 genannten Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben einem Krankenhaus zugewiesen werden, das der in § 135d Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Versorgungsstufe „Level 3“ zugeordnet ist.~~

1.4.6 Mindestvorhaltezahlen nach § 135f Abs. 1 SGB V

Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, dass die Krankenhäuser für jede ihnen zugewiesene Leistungsgruppe deren Mindestvorhaltezahl (Mindestmenge an erbrachten Behandlungsfällen im vorausgegangenen Kalenderjahr) erfüllen muss. 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. 8: Kein Einfügen von § 135f SGB V

¹⁸ Vgl. Stellungnahme des Bundesrates, Drucksache 235/24 (Beschluss), S. 26

Forderung zu Artikel 3 Nr. 8: Änderung von § 6b Abs. 1 Satz 1 KHEntgG:

~~(1) Jedes Krankenhaus erhält ab dem 1. Januar 2027 für jede Leistungsgruppe, die ihm nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für mindestens einen seiner Krankenhausstandorte zugewiesen wurde, ein Vorhaltebudget, wenn das jeweilige Krankenhaus für die betroffenen Krankenhausstandorte die jeweilige Mindestvorhaltezah nach § 135f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt oder für das jeweilige Krankenhaus und die jeweilige Leistungsgruppe eine Feststellung nach Absatz 2 Satz 1 getroffen wurde.~~

Auch der Bundesrat stellt fest, dass die Mindestvorhaltezahlen ein neues Instrument sind, für das es keine Evidenz gibt, dessen Auswirkungen unklar sind und mit dem darüber hinaus erheblich in die Planungshoheit der Länder eingegriffen wird.¹⁹

1.4.7 Fahrzeiten nach § 6a Absatz 4 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. 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. 4 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 Mindesterreichbarkeit begründend gewesen sein, denn es ist unzumutbar, Frauen mit Geburtswehen stundenlang auf die Suche nach einem Krankenhaus mit freien Kapazitäten zu schicken.

¹⁹ Vgl. Stellungnahme des Bundesrates, Drucksache 235/24 (Beschluss), S. 15

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

~~Die Zuweisung einer Leistungsgruppe ist zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich, wenn ein anderer Krankenhausstandort, für den die jeweilige Leistungsgruppe zugewiesen ist für einen erheblichen Teil der Einwohner des Einzugsbereichs des Krankenhausstandorts, für den die Leistungsgruppe zugewiesen werden soll, nicht innerhalb der in Satz 3 genannten Fahrzeit mit einem Kraftfahrzeug erreichbar ist. Die maßgebliche Fahrzeit beträgt~~

- ~~1. hinsichtlich der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie: 30 Minuten,~~
- ~~2. hinsichtlich der übrigen Leistungsgruppen: 40 Minuten.~~

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 fünf Fachärzt:innen (als Vollzeitäquivalente), wovon mindesten drei 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.²⁰ 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

²⁰ 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

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 Levelteilung, 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. 25/ Anlage 1 SGB V:

Streichung der fünf Leistungsgruppen, die nicht im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022 enthalten sind:

- Nummer 3 (Infektiologie)
- Nummer 16 (Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie)
- Nummer 27 (Spezielle Traumatologie)
- Nummer 47 (Spezielle Kinder- und Jugendmedizin)
- Nummer 65 (Notfallmedizin)

Forderung zu Artikel 1 Nr. 8: Änderung von § 135e Abs. 4 Satz 1 SGB V:

(4) Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach Absatz 1 sind maßgeblich im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 die in Anlage 1 genannten Leistungsgruppen und Qualitätskriterien nach Maßgabe der Sätze 2 und 3, ohne die fünf Leistungsgruppen, die nicht im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022 enthalten sind: Leistungsgruppen Infektiologie (Nummer 3), Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie (Nummer 16), Spezielle Traumatologie (Nummer 27), Spezielle Kinder- und Jugendmedizin (Nummer 47) und Notfallmedizin (Nummer 65).

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

Die Rolle der sektorenübergreifenden Versorger (Level 1i), die eine Art Versorgungsanker vor allem im ländlichen Raum darstellen sollen, bleibt weiter unklar. Im Gesetzentwurf ist dazu wenig geregelt und wird vieles weiter offengelassen. 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.

Immerhin wurde durch die Rechtsprüfung nun klargestellt, dass sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen auch Standorte von Krankenhäusern sind. Damit haben sie für ihre erbrachten Leistungen einen Anspruch auf Förderung ihrer Investitionskosten.

Das Leistungsspektrum dieser Einrichtungen kann nach § 115g SGB V neben stationären auch erweiterte ambulante sowie 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. Es braucht dann 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 bedauern, dass mit der Streichung von § 115h SGB V die neu angedachte Versorgungsform der medizinisch-pflegerischen Versorgung und damit ein pflegefachliches Betätigungsfeld entfallen ist. Auch der Bundesrat fordert die Wiederaufnahme des § 115h in den Gesetzentwurf.

Ein hohes Risiko für die Träger dieser Einrichtungen sehen wir in der geplanten Vergütungsstruktur. Danach sollen die Vertragsparteien ein Gesamtvolumen sowie degressive krankenspezifische 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.

Nach dem Gesetzentwurf können sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen im Falle einer (eingetretenen oder drohenden) vertragsärztlichen Unterversorgung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nach § 116a Absatz 1 und 2 SGB V ermächtigt werden, was wir sehr begrüßen.

Es ist davon auszugehen, dass diese vernetzten interdisziplinären Grundversorgungseinrichtungen vor allem in strukturschwachen Gebieten zukünftig eine zentrale Rolle in der

Gesundheitsversorgung der Bevölkerung einnehmen werden. Im Gesetzentwurf ist unter § 116a Absatz 3 SGB V deshalb zudem vorgesehen, dass sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen auch in einem Planungsbereich, in dem keine Zulassungsbeschränkung angeordnet ist, für die hausärztliche Versorgung ermächtigt werden können. Wir sehen, wie der Bundesrat, diese Erweiterung auch für die fachärztliche Versorgung geboten, wenn sich die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung in einem Planungsbereich befindet, in dem für die entsprechende fachärztliche Versorgung keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Die Zulassung zur Ermächtigung zur haus- und fachärztlichen Versorgung unter der Bedingung, dass in dem Planungsbereich keine Zulassungsbeschränkung angeordnet sind, bietet mehr Spielraum für regionale Versorgungskonzepte und erweitert die Kooperationsmöglichkeiten vor Ort.²¹

Forderung: Ergänzung zu § 116a Abs. 3 SGB V:

(3) Der Zulassungsausschuss muss sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen in Planungsbereichen, in denen für die hausärztliche **und fachärztliche** Versorgung keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf deren Antrag zur hausärztlichen **und fachärztlichen** Versorgung ermächtigen.“

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

²¹ Vgl. Stellungnahme des Bundesrates, Drucksache 235/24 (Beschluss), S. 11 f.



Bayern, Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg bestätigt die durchgreifenden verfassungsrechtlichen Bedenken.²² 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“.²³ Wir unterstützen die Forderung des Bundesrats, 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.

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 Ressourcen²⁴ 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.²⁵ 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.²⁶ Die Mindestmengen wirken sich bis heute nur geringfügig auf die flächendeckende Versorgung aus.

²² Vgl. Wollenschläger (2024): Wissenschaftliches Kurzgutachten - Ersteinschätzung. Das Gutachten ist online abrufbar unter https://www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2024/04/kurzgutachten_wollenschlaeger_khvvvg.pdf.

²³ 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>

²⁴ Zu den zentralen Ressourcen im Krankenhaus zählen unter anderem Personal, medizinische Geräte und Ausstattung sowie finanzielle Mittel.

²⁵ nach dem G-BA-Mindestmengenkatalog, siehe unter: <https://www.g-ba.de/themen/qualitaets-sicherung/vorgaben-zur-qualitaets-sicherung/vorgaben-mindestmengenregelungen/>

²⁶ 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>



Nach dem Gesetzentwurf 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 Gesetzentwurf eine weitere wichtige Dimension zur Sicherstellung der Versorgungsqualität völlig außer Acht lässt. Wir vermissen dringend notwendige Regelungen, die es ermöglichen, die fachliche Kompetenz von Pflegefachpersonen im Krankenhaus wirksam werden zu lassen. Die im Pflegeberufegesetz (PflBG) 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 PflBG 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 § 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 Inkrafttreten 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. Dies fordert auch der Bundesrat.²⁷ 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 Einwohnern²⁸ jeweils auswirkt, wird einem wissenschaftlichen Anspruch nicht 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 tiefgreifenden 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 Gesetzentwurf vom 17. Juni 2024 unter der Berücksichtigung der Rechtsprüfung vom 16. September 2024 den Erwartungen leider nicht gerecht. Einmal mehr hat sich gezeigt, dass auf unsere konstruktive Kritik und berechtigten Forderungen, die wir auch im

²⁷ Vgl. Stellungnahme des Bundesrates, Drucksache 235/24 (Beschluss), S. 55

²⁸ 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)



Stellungnahmeverfahren eingebracht haben, nicht eingegangen wurde. So bleibt der Gesetzentwurf 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 1.4.6) und bundeseinheitliche Mindestanforderungen (Punkt 1.4.2 und 1.4.4) 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 gehen, wie z. B. durch die 30-Minuten-Regelung (Punkt 1.4.7). 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 Gesetzentwurf 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 Gesetzentwurf hier am meisten unregelt ließ und aus unserer Sicht höchstens eine Art schemenhafte Darstellung abgibt (Punkt 1.6).

Abschließend möchten wir nochmals bekräftigen: 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 der tatsächlichen Versorgungsbedarfe in den Gesundheitsregionen gewünscht. 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



Deutscher
Caritasverband e.V.



DIE KATHOLISCHEN
KRANKENHÄUSER
Kath. Krankenhausverband Deutschland e.V.

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.



Deutscher
Caritasverband e.V.



DIE KATHOLISCHEN
KRANKENHÄUSER
Kath. Krankenhausverband Deutschland e.V.

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 261 Krankenhäuser an 330 Standorten sowie 52 Reha-Einrichtungen mit insgesamt 204.000 Mitarbeitenden. Jährlich werden hier 3 Millionen Patient:innen stationär und 2,5 Millionen Patient:innen ambulant versorgt. Mit Umsätzen von 16 Milliarden Euro pro Jahr sind die katholischen Krankenhäuser zudem ein wichtiger Wirtschaftsfaktor.

739.410 Menschen arbeiten beruflich in den 25.453 Einrichtungen und Diensten, die der **Caritas** bundesweit angeschlossen sind. Sie werden von mehreren hunderttausend Ehrenamtlichen und Freiwilligen unterstützt. Von den beruflichen Mitarbeitenden sind 293.603 in den Einrichtungen und Diensten der Gesundheitshilfe tätig, 183.809 arbeiten in der Kinder- und Jugendhilfe, 126.790 in der Altenhilfe, 87.276 in der Behindertenhilfe/Psychiatrie, 41.320 bei weiteren sozialen Hilfen und 6612 in der Familienhilfe. 57,25 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.