

**Zentrale Gründe für die Anrufung des Vermittlungsausschusses
zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG)
aus Sicht der Gesundheitsministerinnen und Gesundheitsminister
der Länder Bayern, Baden-Württemberg, Hessen,
Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein**

Ziel ist es, die Krankenhausreform des Bundes nicht zu verhindern, sondern das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) zu verbessern. Denn auch aus Sicht der Länder bedarf es einer Reform, um die Krankenhausversorgung im Sinne der Bürgerinnen und Bürger auf zukunfts feste Strukturen auszurichten und die Behandlungsqualität zu steigern. Gleichzeitig müssen die Länder auch in Zukunft die verfassungsmäßig zugewiesene Aufgabe der Krankenhausplanung wahrnehmen können. Dies umfasst auch die neuen Versorgungsmodelle und somit die Frage, welche Leistungen von einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung erbracht werden können und dürfen.

Die Länder dürfen nicht zu einer nachgeordneten Behörde des Bundes degradiert und nur noch Vorgaben umsetzen, die auf Bundesebene definiert werden.

Zentrale Änderungsforderungen:

1. Qualitätsvorgaben

a) Berücksichtigung von Fachärzten nur in drei Leistungsgruppen

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass am Krankenhausstandort beschäftigte Fachärzte nur für bis zu drei Leistungsgruppen, die an diesem Krankenhausstandort erbracht werden, angerechnet werden können.

Es handelt sich hier um eine erhebliche Verschärfung der bisherigen Vorgaben aus der Planungssystematik aus Nordrhein-Westfalen. Die Begrenzung auf 3 Leistungsgruppen ist fachlich nicht erforderlich, steigert die Qualität der Behandlung

nicht zwangsläufig und ist angesichts eines bestehenden Fachkräftemangels nicht umsetzbar.

Auch die Bundesärztekammer kritisiert diese neue Vorgabe in der Stellungnahme vom 23.09.2024 scharf. Danach sei die Vorgabe nicht sachgerecht und kann standortspezifisch, abhängig von Kombination der Leistungsgruppen, zu einer deutlichen Erhöhung der benötigten Facharztzahlen führen. Laut Bundesärztekammer können dadurch unnötige Versorgungsengpässe entstehen. Gerade die Vorgaben für die neuen Leistungsgruppen seien laut Bundesärztekammer fachlich nicht nachvollziehbar und können mindestens zum Teil nicht erreicht werden. Damit drohen kritische Auswirkungen des Gesetzes gerade in sensiblen Bereichen wie der Versorgung von Kindern und Jugendlichen, Schwerstverletzten, Infektionspatienten oder in der Notfallversorgung.

Änderungsvorschlag: Vorschrift streichen

b) Ausnahmemöglichkeiten zu restriktiv

Ausnahmemöglichkeiten zugunsten der Krankenhausplanungsbehörden stehen im KHVVG unter zu strengen Voraussetzungen.

Das KHVVG sieht eine Abweichung von Qualitätskriterien im Bereich der Grund- und Notfallversorgung (zum Beispiel Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Geriatrie, Geburtshilfe und Notfallmedizin) vor. Diese Beschränkung ist nicht sachgerecht. Die Länder haben den Sicherstellungsauftrag z. B. auch für die Versorgung in der Pädiatrie sowie auch für medizinische komplexere Fälle wie onkologische Fälle oder auch notwendige Seltene Erkrankungen.

Wenn eine flächendeckende stationäre Versorgung anders nicht sichergestellt werden kann, müssen Ausnahmemöglichkeiten von Qualitätsvorgaben durch die Länder „mit Augenmaß“ möglich sein. Wann eine flächendeckende Versorgung nicht sichergestellt werden kann, muss im Beurteilungsspielraum der Länder liegen und darf nicht allein an PKW-Erreichbarkeiten gemessen werden.

Eine starre Vorgabe greift zu stark in die Krankenhausplanungshoheit und damit den Sicherstellungsauftrag der Länder ein. Im Falle der zwingenden Erforderlichkeit für die flächendeckende Versorgung müssen Kooperationen generell, ohne Vorbehalt der

genannten Rechtsverordnung und - notfalls - unbefristet zur Verfügung stehen. Andernfalls bestünde insbesondere in strukturschwachen Räumen absehbar die Gefahr einer problematischen Ausdünnung der bestehenden stationären Versorgungsangebote.

Eine Aufhebung der Zuweisung einer Leistungsgruppe darf nicht zwingende Folge sein, sondern muss jedenfalls für Ausnahmefälle im intendierten Ermessen der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde stehen. Praktische Beispiele aus den vergangenen Jahren sind hier z. B. im Rahmen des Hochwassers entstanden. Derartige Konstellationen können immer wieder auftreten, lassen sich aber nicht planen.

c) Erfüllung von Qualitätskriterien in Kooperationen

Die Erfüllung von Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbünden muss erleichtert möglich sein. Insb. darf dies nicht auf Fälle beschränkt werden, bei denen dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erforderlich ist. Die Möglichkeit Leistungen in Kooperationen zu erbringen ist eine weitere Chance bedarfsgerechte Spezialisierung einzelner Krankenhausstandorte zu realisieren.

Die Möglichkeit der Erfüllung von Qualitätsvorgaben in Kooperationen soll zunächst uneingeschränkt ermöglicht werden. Entsprechend der Systematik der Weiterentwicklung der Leistungsgruppen in dem neuen Bund-Länder-Gremium soll dann entschieden werden in welcher Leistungsgruppe unter welchen Bedingungen eine Kooperation möglich ist. Dies wird dann analog zu den Leistungsgruppen in einer zustimmungspflichtigen Rechtsverordnung geregelt.

2. Definition von Krankenhausstandort und Fachkliniken

a) Standortdefinition

Das KHVVG hat zur Definition auf eine bestehende Vorgabe der Selbstverwaltung zurückgegriffen, die von der deutschen Krankenhausgesellschaft mittlerweile gekündigt wurde.

Danach darf in der Regel der Abstand zwischen den äußeren Gebäuden eines Krankenhausstandorts – nicht mehr als 2000 Meter Luftlinie betragen. Im Streitfall soll eine Schiedsstelle entscheiden. Die Entscheidung der Schiedsstelle wird dabei neu eingeführt.

Diese Regel hat sich in der Vergangenheit nicht bewährt und ist bei wenigen Einzelfällen nicht sachgerecht. Kommunale Krankenhäuser in großen Städten bestehen aus mehreren Gebäuden, die auch aus städtebaulichen Gründen teilweise mehr als 2000m voneinander entfernt sind. Somit sind diese kommunalen Krankenhäuser aufgrund baurechtlicher Vorgaben, die nicht geändert werden können, als zwei Standorte zu betrachten.

Dies hat erhebliche Auswirkungen auf die Qualitätsvorgaben. So müssen z. B. mehr Ärzte vorgehalten werden, ggf. können gewisse Leistungen nicht erbracht werden, da eine Erbringung an einem Standort verlangt wird.

Die Vorgabe von Standorten gilt auch für die Abrechnung von Zentrumsleistungen. In Einzelfällen kann dies dazu führen, dass Krankenhäuser mit sehr hochwertiger Expertise in der Versorgung von Patientinnen und Patienten von komplexen Erkrankungen nicht als Zentrum agieren können. Genau diese Expertise kann aber die Patientenversorgung verbessern und sollte nicht verhindert werden

Änderungsvorschlag:

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) Nummer 0 wird wie folgt geändert:

In § 2a wird nach Absatz 4 folgender Absatz 5 eingefügt:

„Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann Krankenhausstandorte abweichend von Absatz 1 bestimmen.“

Begründung:

Die Änderung berücksichtigt, dass aus städtebaulichen Gründen die Einhaltung von 2000 Metern für einen Krankenhausstandort nicht immer möglich ist. Es wird der Krankenhausplanungsbehörde eine abweichende Standortbestimmung in geeigneten Fällen ermöglicht.

b) Definition von Fachkliniken

Mit den Änderungsanträgen erfolgte nunmehr zuletzt auch mit einer starren und viel zu engen Definition von Fachkliniken eine weitergehende Einschränkung sowohl der Kliniken als auch der Planungshoheit der Länder.

Die Definition von Fachkliniken ist zudem nicht transparent, da der Grouper bzw. dessen zugrundeliegende Leistungsgruppen-Fallzuordnungssystematik den Ländern nicht zur Verfügung gestellt worden ist. Nur hieraus würde sich die konkrete Verteilung der erkrankten Patienten zu den jeweiligen Leistungsgruppen ableiten lassen.

Im Gesetz selbst wird verlangt, dass 80% der Fälle in maximal 4 Leistungsgruppen erbracht werden müssen: Gewisse Leistungsgruppen wie z. B. die Allgemeine Innere Medizin dürfen bei der Berechnung nicht berücksichtigt werden.

Auf den ersten Blick scheint dies eine fachlich sinnvolle Definition.

Allerdings zeigen erste Auswirkungen mit dem Tool des Bundesgesundheitsministeriums, dass die Aufteilung nicht praxisgerecht ist. So ist nach erster Auswertung im Rahmen der technischen Möglichkeiten in mehreren Ländern aufgefallen, dass anerkannte und teilweise in Trägerschaft des Landes befindliche Fachkliniken mit hoher medizinischer Expertise in der Patientenversorgung nicht unter die Definition fallen. Dies ist z. B. bei Erfüllung weiterer Qualitätskriterien mit Nachteilen verbunden.

Gerade diese erste Auswertung zeigt deutlich, dass den Ländern stets ein Ermessen „mit Augenmaß“ zustehen muss. Denn ein Ausbau von Fachkliniken, die bereits heute Patientinnen und Patienten auf höchstem Niveau versorgen, zu einem normalen Krankenhaus wäre nicht im Sinne der geplanten Zentralisierung, würde unnötige Ressourcen kosten und macht auch mit Blick darauf, dass die allgemeine Grundversorgung in der jeweiligen Region nicht gefährdet ist, keinen Sinn.

Die Problematik zeigt sich auch an anderen Beispielen und besonders bei Fachkrankenhäusern, deren Behandlungsspektrum mangels speziellerer Leistungsgruppen in den Bereich der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin oder Allgemeine Chirurgie fällt. Es muss möglich sein, solche Spezialisierungen anzuerkennen.

Dabei ist auch zu beachten, dass diese oftmals auf einer bewussten Planungsentscheidung des Landes beruht und der Strukturwandel in den Fällen bereits erfolgt ist. Der Wegfall dieser Kliniken würde ggf. zum Nachteil für die Versorgung der Patienten werden.

Änderungsvorschlag: Ausnahmemöglichkeit für Länder schaffen. Weitere Vorschläge sind ohne Grouper schwer zu entwickeln, da das Codierverhalten der Patientenfälle nicht bekannt ist.

3. Finanzierung

a) Vorhaltefinanzierung

Inhaltlich zielen die Reformpläne darauf ab, die rein fallbezogene Finanzierung der Betriebskosten der Krankenhäuser durch ein Mischsystem aus Vorhalte- und Fallvergütung zu ersetzen. Zugesagt war jedoch eine fallzahlunabhängige Vorhaltevergütung. Wenn nun das Vorhaltevolumen unter den Ländern nach Fallzahlen aufgeteilt wird, ist dies retrospektiv und daher nicht zukunftsgerichtet. Damit wird nicht die versprochene wirtschaftliche Stabilisierung der Krankenhäuser erreicht.

Zudem wurde zwischen dem BMG und den Ländern im Eckpunktepapier zur Krankenhausreform vom 10. Juli 2023 vereinbart, dass der Bund darstellen wird, wie durch die Krankenhausreform für Länder mit dünn besiedelten bzw. unterversorgten Gebieten als auch für Länder mit bereits fortgeschrittenen Strukturbereinigungsprozessen (u. a. niedrige Bettenmessziffer bezogen auf die Einwohnerzahl) eine tatsächliche Entökonomisierung und dauerhafte Sicherstellung erreicht werden kann. Es wurde auch vereinbart, dass diese besonderen Ausgangspositionen im Gesetzgebungsprozess zu berücksichtigen sind.

Dem KHVVG kann nicht im Ansatz entnommen werden, wie Krankenhäuser in diesen Ländern von der Vorhaltvergütung profitieren sollen.

Änderungsvorschlag: Hier kann nur ein genereller Antrag gestellt werden: Vorhaltefinanzierung muss von den Fallzahlen und Mindestvorhaltzahlen entkoppelt werden. In dem Zuge müssen die Sicherstellungszuschläge geprüft werden.

b) Überbrückungsfinanzierung

Es muss sichergestellt werden, dass es keinen kalten Strukturwandel gibt. Die Krankenhäuser benötigen jetzt eine schnelle und ausreichende finanzielle Unterstützung. Die mit dem KHVVG vorgesehenen Verbesserungen u. a. bei der Refinanzierung von Tarifkosten für Löhne und Gehälter reichen nicht aus, um ein unkontrolliertes Krankenhaussterben zu verhindern. Es fehlt eine Regelung zur Schließung der aktuellen Finanzierungslücke.

Die Krankenhäuser haben bereits seit längerer Zeit erhebliche finanzielle Schwierigkeiten. Deshalb hat der Bundesrat bereits Ende 2023 eine Entschließung zur kurzfristigen wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und dauerhaften Refinanzierung sowie künftiger inflations- und tarifbedingter Kostensteigerungen (Drucksache 592/23) gefasst.

Angesichts der teilweise prekären Finanzsituation der Krankenhäuser in der gesamten Fläche des Bundesgebietes kommt es derzeit zu Planung und Vollzug von Schließungen von Krankenhäusern bzw. einzelner Versorgungsbereiche, die ausschließlich wirtschaftlich bedingt sind und nicht immer im Einklang mit einer zukünftigen bedarfsgerechten und qualitätsgesicherten Versorgungsplanung stehen.

Es bedarf eines Gegenwirkens des Bundesgesetzgebers im Bereich der Betriebskostenfinanzierung, um diesen kalten Strukturwandel zu verhindern.

Änderungsvorschlag muss noch ausgearbeitet werden

(Summe 4 bis 5 Mrd. bundesweit als Sonderförderprogramm; Verteilung der Fördermittel über das InEK oder BAS)

4. Einfluss des G-BA

Die Einbeziehung des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) kann – wie man z. B. bei den Notfallstufen oder den Vorgaben zu der Frühchenversorgung sieht - erhebliche Auswirkungen auf die Krankenhausplanung der Länder haben. Ein weiterer Ausbau der Einflussmöglichkeit des G-BA in diesen Punkten ist auch widersprüchlich zum grundsätzlich im KHVVG angelegten System.

a) Geschäftsstelle für das neue Bund-Länder-Gremium zur Weiterentwicklung

Die Errichtung der Geschäftsstelle des Rechtsverordnungsausschusses beim G-BA ist fehlplatziert. Die Geschäftsstelle sollte wie in bisherigen Entwürfen des KHVVG vorgesehen beim BMG angesiedelt werden.

b) Hebammengeleiteter Kreißsaal

Auf Drängen der Länder sollen Qualitätsvorgaben des KHVVG zunächst in einem Bund-Länder-Ausschuss vorbereitet und dann über eine zustimmungspflichtige Rechtsverordnung verbindlich gemacht werden. Es passt deshalb nicht in das System des KHVVG, dass neben den Vorgaben aus dem KHVVG selbst und der Rechtsverordnung nach § 135e SGB V nun auch der G-BA verbindliche Vorgaben für Kriterien und Qualitätsanforderungen für den hebammengeleiteten Kreißsaal setzen soll. Diese Qualitätsanforderungen sind in der zustimmungspflichtigen Rechtsverordnung zu regeln.

Gerade bei der Frühchenversorgung besteht von mehreren Ländern erhebliche Kritik an den Vorgaben des gemeinsamen Bundesausschusses.

Die flächendeckende Einrichtung von hebammengeleiteten Kreißsälen ergibt Sinn und wird unter Qualitätsaspekten ausdrücklich begrüßt und ist teilweise bereits heute Praxis in einzelnen Ländern. Ferner haben die Länder bei einer Weiterentwicklung durch den G-BA nicht einmal ein Vetorecht. Der G-BA kann damit zentral in die Krankenhausplanung eingreifen. Dies sollte durch das neu zu gründende Gremium ja gerade verhindert werden. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass an die neu zu entwickelnden Vorgaben auch konkrete Fördermittel geknüpft werden. Diese nun im Gesetz fest vorzugeben, ohne dass die Ausgestaltung der Vorgaben durch die Länder mitgestaltet werden können, ist nicht sachgerecht.

Änderungsvorschlag:

Die Geschäftsstelle des Bund-Länder-Gremiums wird beim BMG errichtet. Die Qualitätsvorgaben für den hebammengeleiteten Kreißsaal werden durch Rechtsverordnung des BMG mit Zustimmung der Länder festgelegt.

5. Transformationsfonds

Die vorgesehene Prüfung des Insolvenzrisikos bei der Antragstellung von Projekten des Transformationsfonds sollte gestrichen werden. Diese zusätzliche Antragsvoraussetzung ist mit einem erheblichen Aufwand für die Länder verbunden. Fraglich bleibt, wie die Prüfung des Insolvenzrisikos zu erfolgen hat. Hierzu müssten Wirtschaftsprüfer eingestellt bzw. beauftragt werden, was zusätzliche Ressourcen verlangt, die den Ländern vom Bund aber nicht bereitgestellt werden. Unklar ist, welche Rechtsfolge eintritt, wenn die Klinik dennoch in Insolvenz geht. Das Land sieht sich hier möglicherweise enormen Haftungsfolgen gegenüber.

Änderungsvorschlag: Prüfung des Insolvenzrisikos beim Transformationsfonds streichen.