

## **Entschließungsantrag**

**der Fraktion der CDU/CSU**

**zu der dritten Beratung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung  
– Drucksachen 20/11854, 20/12894, 20/13059 Nr. 4, 20/13407**

### **Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)**

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Die Notwendigkeit einer umfassenden Krankenhausreform ist politisch unstrittig und wird auch von den Antragstellern geteilt: Zu geringe Fallzahlen bei gleichzeitig zu vielen Krankenhausbetten, entsprechend sinkende Erlöse bei etwa gleich hoher Personalausstattung, zu viele Klinikstandorte, unzureichende finanzielle Rahmenbedingungen, eine im internationalen Vergleich sehr hohe Anzahl an stationären Behandlungen, die medizinisch teilweise auch ambulant erfolgen könnten, und strukturelle Fehlansätze durch das bestehende DRG-Vergütungssystem, die kleinere Häuser zu Spezialisierungen zwingen, die sie qualitativ nicht adäquat erbringen können, sind nicht nur in der medizinischen und gesundheitsökonomischen Fachwelt, sondern auch bei den Patientinnen und Patienten als Ursachen für den bestehenden Reformbedarf ausgemacht worden und öffentlich hinreichend diskutiert (vgl. u. a. [www.aerzteblatt.de/nachrichten/152488/Bundestag-Krankenhausreform-ist-noetig-Ausgestaltung-bleibt-umstritten](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/152488/Bundestag-Krankenhausreform-ist-noetig-Ausgestaltung-bleibt-umstritten) oder <https://makronom.de/krankenhaeuser-das-deutsche-gesundheitssystem-im-internationalen-vergleich-41425> oder [www.deutschlandfunk.de/corona-krankenhaeuser-krise-100.html](http://www.deutschlandfunk.de/corona-krankenhaeuser-krise-100.html)).

Auch die Antragsteller wollen diese strukturellen Defizite beseitigen und unterstützen die von der Bundesregierung genannten Ziele der Reform, „Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten sowie Entbürokratisierung“ (vgl. [www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/krankenhausreform#:~:text=Bessere%20Behandlungsqualit%C3%A4t%2C%20weniger%20B%C3%BCrokratie%20sowie,Entwurf%20vom%20Bundeskabinett%20beschlossen%20wurde](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/krankenhausreform#:~:text=Bessere%20Behandlungsqualit%C3%A4t%2C%20weniger%20B%C3%BCrokratie%20sowie,Entwurf%20vom%20Bundeskabinett%20beschlossen%20wurde)) ausdrücklich, wozu für die Antragsteller auch eine Ambulantisierung bisher stationär erbrachter Leistungen gehört.

Jedoch wird der Gesetzentwurf der Bundesregierung diesen Zielen in keiner Weise gerecht, denn die Instrumente der Bundesregierung sind dafür nicht geeignet.

- II. Der Deutsche Bundestag fordert daher die Bundesregierung im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel auf,
  1. eine regionalisiert betrachtete Bedarfsanalyse durchzuführen, wozu Fragen der regionalen Bedarfe, der regionalen Morbiditäten, der Personalbedarfe, der technischen Ausstattungen, der Finanzierbarkeit und der räumlichen Erreichbarkeit der Häuser – gerade im Notfall – gehören;
  2. die Länder, die Krankenhausgesellschaften, die Fachverbände, die Vertreter der kommunalen Ebene und alle weiteren relevanten, von der Krankenhausreform betroffenen Akteure enger in die politische Kommunikation und in die weiteren Beratungs- und Entscheidungsprozesse einzubinden;
  3. sofort eine umfassende, professionelle Auswirkungsanalyse zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein KHVVG vorzulegen, um für die betroffenen Akteure Rechts- und Planungssicherheit zu schaffen;
  4. sehr zeitnah eine Brückenfinanzierung für die Krankenhäuser sicherzustellen, um eine unkontrollierbare kalte Strukturbereinigung noch vor der Reform zu verhindern;
  5. die Länder gemäß ihrer grundgesetzlich vorgegebenen Planungshoheit adäquat am weiteren Gesetzgebungsprozess zu beteiligen und deren Zustimmung im Rahmen eines Bundesratsbeschlusses einzuholen;
  6. den geplanten „Transformationsfonds“ mit einem Volumen von 50 Milliarden Euro zur einen Hälfte aus Mitteln der Länder und zur anderen Hälfte aus Mitteln der GKV in der Finanzierungsweise zu überdenken und alternative Finanzierungen vorzunehmen;
  7. eine bedarfsorientierte, weitgehend fallzahlunabhängige Vorhaltefinanzierung einzuführen, wobei zu prüfen ist, inwieweit Leistungen der Grund- und Notfallversorgung über ein erhöhtes Vorhaltebudget finanziert werden, wobei ferner zu prüfen ist, wie die Vorhaltevergütung der Krankenhäuser anhand der tatsächlichen Vorhaltekosten für die mit den Leistungsgruppen verknüpften Strukturanforderungen zu kalkulieren wären, und darüber hinaus weiter zu prüfen ist, wie die Vorhaltefinanzierung analog zu den Zuschlägen wie den Sicherstellungszuschlägen, den Zentrumszuschlägen oder den Zuschlägen für die Notfallversorgung ausgestaltet werden könnte;
  8. den Ländern bei der Zuteilung der Leistungsgruppen auf Basis der erforderlichen Qualitätsvorgaben mehr Instrumente der Flexibilität – je nach regionaler Situation und regionalem Bedarf – einzuräumen und von einem starren, bundesweit geltenden Leistungsgruppen-Korsett abzurücken. Hierbei müssen insbesondere Kooperationen und Verbände von Krankenhäusern Berücksichtigung finden können;
  9. für die Strukturanforderungen der jeweiligen Leistungsgruppen im KHVVG Öffnungen vorzusehen. Anderenfalls besteht die Gefahr, dass der Bund den Ländern durch diese konkreten Strukturvorgaben die verfassungsrechtlich bei den Ländern liegende Kompetenz zur Krankenhausplanung entzieht;
  10. bei der Zuweisung von Leistungsgruppen neben Strukturkriterien auch Ergebnisqualitätsindikatoren festzulegen und zu berücksichtigen;
  11. die Qualitätsanforderungen der pädiatrischen Leistungsgruppe 16, insbesondere hinsichtlich der Facharztanforderungen, sinnvoll gemäß der aktuellen Versorgungsrealität anzupassen, um eine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung

- zu verhindern und fachlich etablierten Konzepten Rechnung zu tragen. Dies schließt telemedizinische Konsultationen von Spezialisten mit ein;
12. im Rahmen des KHVVG zu gewährleisten, dass Planungsentscheidungen auf Landesebene und Entscheidungen auf Bundesebene harmonisieren können;
  13. Kooperationen von Krankenhäusern bzw. ihren Standorten auch in telemedizinischer Form unter klaren Voraussetzungen zuzulassen;
  14. bei den Qualitäts- bzw. Strukturvorgaben als Voraussetzung der Erteilung einer Leistungsgruppe im KHVVG festzulegen, dass die erforderliche Zahl an Fachärzten (auch derer in Rufbereitschaft) nicht nur auf eine einzige Leistungsgruppe bezogen vorgehalten werden müssen, sondern auf mehrere Leistungsgruppen eines Krankenhausstandorts angerechnet werden können;
  15. den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beim Erlass der Qualitätsvorgaben zur Erreichung einer Leistungsgruppe adäquat zu beteiligen, mit dem Ziel, eine Rechtsverordnung des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) außerhalb der Selbstverwaltung zu vermeiden;
  16. bei jeder Schließung eines Krankenhausstandortes soziale Erwägungen mitzudenken, um so schlussendlich den Fachkräftemangel in der Pflege nicht zu verschlimmern;
  17. eine flächendeckende Notfallversorgung auch in ländlich geprägten Regionen sicherzustellen, in denen nur noch sog. „sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen“ übrigbleiben, wobei der Luftrettung und der Telemedizin mehr Bedeutung als bisher beigemessen werden muss;
  18. die ärztliche Aus- und Weiterbildung auch an kleineren Klinikstandorten und in „sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen“ sowie Facharztpraxen sicherzustellen, mit dem Ziel, den ärztlichen Fachkräftemangel im ländlichen Raum nicht zu verschärfen;
  19. die im KHVVG geplanten und bereits gesetzlich umgesetzten Dokumentationspflichten und Bürokratieauflagen auf das Mindeste sowie auf die Patientensicherheit fokussierte Notwendigkeit zu beschränken und dem medizinischen Personal so mehr Zeit für die Arbeit am Patienten zu geben.

Berlin, den 16. Oktober 2024

**Friedrich Merz, Alexander Dobrindt und Fraktion**

## Begründung

Einer politisch so wichtigen Strukturreform muss nach Überzeugung der Antragsteller eine systematische und methodisch sinnvolle Bedarfsanalyse vorausgehen, wozu Fragen der regionalen Bedarfe, der regionalen Morbiditäten, der Personalbedarfe, der technischen Ausstattungen, der Finanzierbarkeit und der räumlichen Erreichbarkeit der Häuser – gerade im Notfall – gehören. Diese Bedarfsanalyse hat die Bundesregierung im Vorfeld ihres Gesetzentwurfs zum Unverständnis der Antragsteller jedoch nie durchgeführt, was insbesondere von den Ländern und den betroffenen Fachverbänden stark kritisiert wird (vgl. [www.aerzteblatt.de/nachrichten/151473/Vielstimmige-Kritik-am-Kabinettsbeschluss-zur-Krankenhausreform](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/151473/Vielstimmige-Kritik-am-Kabinettsbeschluss-zur-Krankenhausreform)). Stattdessen hat die Bundesregierung unter Verantwortung des Bundesgesundheitsministers eine „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ eingesetzt (vgl. [www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/regierungskommission-krankenhausversorgung](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/regierungskommission-krankenhausversorgung)), die unter Ausschluss der Öffentlichkeit, der Länder sowie aller betreffenden Fachverbände eine Empfehlung für eine „Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung“ (siehe [www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/K/Krankenhausreform/3te\\_Stellungnahme\\_Regierungskommission\\_Grundlegende\\_Reform\\_KH-Verguetung\\_6\\_Dez\\_2022\\_mit\\_Tab-anhang.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf)), die die Mitglieder der Kommission zusammen mit dem Bundesgesundheitsminister am 6. Dezember 2022 der Öffentlichkeit vorgestellt hatten, entwickelt (siehe [www.youtube.com/watch?v=mJlLmAshu0](https://www.youtube.com/watch?v=mJlLmAshu0)). Mit dieser Pressekonferenz erweckte der Bundesgesundheitsminister den Eindruck, diese Vorschläge seien die Grundlage für das anstehende Gesetzgebungsverfahren, was sowohl die Antragsteller als auch die Länder als auch die betroffenen Fachverbände stark irritierte und von diesen massiv kritisiert wurde (vgl. [www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/3\\_Service/3.5\\_Publikationen\\_Downloads/3.4.1\\_das\\_Krankenhaus/das\\_Krankenhaus\\_281-282-Politik-KHVVG-4-2024.pdf](http://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/3_Service/3.5_Publikationen_Downloads/3.4.1_das_Krankenhaus/das_Krankenhaus_281-282-Politik-KHVVG-4-2024.pdf)). Im nachfolgenden Prozess hatte das BMG zusammen mit fast allen Ländern „Eckpunkte“ für eine Krankenhausreform abgestimmt (vgl. [www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/krankenhausreform-eckpunkte](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/krankenhausreform-eckpunkte)). Nachdem die Länder diese Eckpunkte im Referentenentwurf des BMG für ein KHVVG nicht abgebildet gesehen hatten, haben die Länder in einer Stellungnahme vom 5. Juli 2024 einstimmig (16 : 0) weitreichende Änderungen am Gesetzentwurf für ein KHVVG gefordert (siehe [www.bundesrat.de/DE/plenum/bundesrat-kompakt/24/1046/25.html?nn=4352768#top-25](http://www.bundesrat.de/DE/plenum/bundesrat-kompakt/24/1046/25.html?nn=4352768#top-25)). Diese Vorgehensweise der Bundesregierung halten die Antragsteller politisch und kommunikativ für untragbar und mit Blick auf die Notwendigkeit eines übergreifenden Konsenses sowie einer nachhaltig wirkenden, die Versorgung flächendeckend sicherstellenden Strukturreform für fatal.

Bislang hat das BMG nach wie vor (Stand 10. Oktober 2024) keine Auswirkungsanalyse zu seinem Gesetzentwurf vorgelegt. Dies wird von den Ländern und auch von den entscheidenden Fachverbänden massiv kritisiert (vgl. u. a. [www.dkgev.de/dkg/presse/details/patientenversorgung-muss-gesichert-bleiben-kliniken-fordern-auswirkungsanalyse-vor-verabschiedung-der-reform/](http://www.dkgev.de/dkg/presse/details/patientenversorgung-muss-gesichert-bleiben-kliniken-fordern-auswirkungsanalyse-vor-verabschiedung-der-reform/)). Dies führt zu erheblicher Planungs- und Rechtsunsicherheit (vgl. [www.klinikverbund-hessen.de/presse-news/details/2024-05-15-kabinettsentwurf-khvvg.html](http://www.klinikverbund-hessen.de/presse-news/details/2024-05-15-kabinettsentwurf-khvvg.html)) und ist für eine so zentrale Reform nicht nachvollziehbar.

Die allein schon durch die politischen und kommunikativen Handlungen befeuerte Rechts- und Planungsunsicherheit wird massiv erhöht durch die massiven finanziellen Defizite, denen die Krankenhäuser in Deutschland derzeit ausgesetzt sind. Allein für dieses Jahr erwartet die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) ein Defizit von rund 6 Milliarden Euro bei allen deutschen Krankenhäusern (vgl. [www.tagesschau.de/inland/kliniken-reform-leistungen-krankenhaeuser-100.html](http://www.tagesschau.de/inland/kliniken-reform-leistungen-krankenhaeuser-100.html)). Monatlich wachse das Defizit der Krankenhäuser nach Berechnungen der DKG um 504 Millionen Euro (vgl. [www.dkgev.de/dkg/presse/defizituhr/](http://www.dkgev.de/dkg/presse/defizituhr/)). Nach Prognosen arbeiteten 2024 70 Prozent aller Kliniken defizitär; es sei heuer mit etwa 60 Insolvenzen zu rechnen, so der Leiter des Kompetenzbereichs Gesundheit am RWI Leibniz Institut für Wirtschaftsforschung an der Universität Essen (siehe [www.aerztezeitung.de/Podcasts/70-Prozent-der-Kliniken-rutschen-in-die-roten-Zahlen-steuern-wir-auf-eine-Katastrophe-zu-450754.html](http://www.aerztezeitung.de/Podcasts/70-Prozent-der-Kliniken-rutschen-in-die-roten-Zahlen-steuern-wir-auf-eine-Katastrophe-zu-450754.html)); 2023 rutschten mehr als 30 Häuser in ein Insolvenzverfahren (siehe [www.aerzteblatt.de/archiv/238190/Krankenhausinsolvenzen-Versorgung-bleibt-stabil#:~:text=Er%20sch%C3%A4tzt%2C%20dass%20es%20rund,4%2C2%20Prozent%20liegen%20k%C3%B6nnte](http://www.aerzteblatt.de/archiv/238190/Krankenhausinsolvenzen-Versorgung-bleibt-stabil#:~:text=Er%20sch%C3%A4tzt%2C%20dass%20es%20rund,4%2C2%20Prozent%20liegen%20k%C3%B6nnte)). Grund für diese Negativentwicklung sind inflationsbedingt steigende Sach- und Personalkosten bei gleichzeitig sinkenden Fallzahlen, also dauerhaft sinkende Erlöse. Da die Steigerungen der Erlöse für die Krankenhäuser bundesgesetzlich gedeckelt sind und damit die Defizite nicht ausgeglichen werden können, haben die Antragsteller bereits mit einem Antrag vom 22. Juni 2022 unter dem Titel „Soforthilfeprogramm für Krankenhäuser zur Abfederung unvorhersehbarer inflationsbedingter Kostensteigerungen“ (BT-Drs. 20/2375) die Möglichkeit eines unterjährigen Inflationsausgleichs für 2022 und einen Erlösausgleich für 2023 gefordert. Dieser Antrag wurde jedoch mit der Mehrheit der

Regierungsfraktionen im Deutschen Bundestag abgelehnt. Ebenso abgelehnt wurde der Unionsantrag „Vor-schaltgesetz jetzt beschließen und kalte Strukturbereinigung in der deutschen Krankenhauslandschaft verhin-dern“ (BT-Drs. 20/8402), in dem die Antragsteller u. a. eine Brückenfinanzierung wenigstens so lange fordern, bis die Krankenhausreform greift. So ist das unkontrollierbare Kliniksterben – auch von versorgungsrelevanten Häusern – bereits voll im Gange (vgl. u. a. [www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/3\\_Service/3.5\\_Publikationen\\_Downloads/3.4.1.\\_das\\_Krankenhaus/das\\_Krankenhaus\\_792-794-Gass-9-2024.pdf](http://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/3_Service/3.5_Publikationen_Downloads/3.4.1._das_Krankenhaus/das_Krankenhaus_792-794-Gass-9-2024.pdf)). Es steht also zu befürchten, dass auch systemrelevante Krankenhäuser diese Reform gar nicht mehr erleben werden, was sich nach Überzeugung der Antragsteller klar negativ auf die flächendeckende stationäre Versorgung auswirken wird. Die öffentlich getragenen Häuser müssen mit öffentlichen Mitteln, ggf. aus dem kommunalen Haushalt, zur Er-füllung des Auftrags zur Sicherstellung der akutstationären Versorgung so lange am Netz gehalten werden. Ins-besondere kirchliche und gemeinnützige Träger, aber auch private Träger werden im Zweifelsfall, aufgrund der fehlenden finanziellen Mittel die Versorgung einstellen müssen.

Für verfassungsrechtlich schwierig, wenn nicht unzulässig halten die Antragsteller die Annahme der Bundesre-gierung, dass das KHVVG im Bundesrat nicht zustimmungspflichtig sei (vgl. dazu [www.aerzteblatt.de/nachrich-ten/151708/Krankenhausreform-Laender-drohen-mit-Vermittlungsausschuss](http://www.aerzteblatt.de/nachrich-ten/151708/Krankenhausreform-Laender-drohen-mit-Vermittlungsausschuss)). Mit Blick auf Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a des Grundgesetzes obliegt die Krankenhausplanung den Ländern, nicht dem Bund. Da mit der geplanten Krankenhausreform eine in den Augen der Antragsteller erhebliche Strukturreform verbunden ist, birgt das KHVVG die Gefahr der Verfassungswidrigkeit. Das macht der Bundesrat in seiner 16 : 0 beschlossenen Stellungnahme zum KHVVG (vgl. [www.aerztezeitung.de/Politik/Krankenhausreform-Bundesrat-droht-Lauter-bach-mit-Vermittlungsausschuss-451055.html](http://www.aerztezeitung.de/Politik/Krankenhausreform-Bundesrat-droht-Lauter-bach-mit-Vermittlungsausschuss-451055.html)) deutlich. Zu diesem Ergebnis kommt u. a. auch die Studie des Rechtswissenschaftlers Prof. Dr. Ferdinand Wollenschläger vom April 2024, (siehe [www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2024/04/kurzgutachten\\_wollenschlaeger\\_khvvg.pdf](http://www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2024/04/kurzgutachten_wollenschlaeger_khvvg.pdf)). Das aktuelle Gesetzgebungsverfahren birgt somit und erst recht nach Vorliegen der sehr späten Ergebnisse der Prüfung der Rechtsförmlichkeit des KHVVG durch das Bundesministerium für Justiz (BMJ) in Form des den Mitgliedern des Gesundheitsausschus-ses des Deutschen Bundestages überlassenen „Änderungsantrags 0“ zum KHVVG die Möglichkeit der Anrufung des Vermittlungsausschusses durch den Bundesrat, was nach Auffassung der Antragsteller zu einem Scheitern der Krankenhausreform in dieser Wahlperiode führen könnte.

Für ebenfalls verfassungswidrig halten die Antragsteller die Finanzierung des im KHVVG angelegten „Trans-formationsfonds“, wonach die mit der Reform verbundenen Umstrukturierungsmaßnahmen der Kliniken im Zeit-raum 2026 bis 2035 mit 50 Milliarden Euro gefördert werden sollen, wovon die eine Hälfte von den Ländern und die andere Hälfte aus dem Gesundheitsfonds, also aus Mitteln der GKV-Beitragszahler, finanziert werden soll. Da das Vorhalten von Krankenhäusern als elementare Form der Daseinsvorsorge nach Überzeugung der Antrag-steller eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, halten die Antragsteller diese einseitige Belastung allein der GKV-Versicherten für rechtlich unzulässig. Zu diesem Ergebnis kommen nicht nur die gesetzlichen Krankenkassen (vgl. u. a. [www.gkv-spitzenverband.de/gkv\\_spitzenverband/presse/pressemitteilungen\\_und\\_statements/pressemitteilung\\_1854976.jsp](http://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_1854976.jsp)), sondern auch das Gutachten der Rechtsexpertin Prof. Dr. Dagmar Felix von der Universität Hamburg (siehe [www.vdek.com/LVen/RLP/Politik/positionen\\_ek/\\_jcr\\_content/par/download\\_1312398762/file.res/240717%20GKV-SV\\_KHVVG\\_Gutachten%20Finanzierung\\_Transformationsfonds.pdf](http://www.vdek.com/LVen/RLP/Politik/positionen_ek/_jcr_content/par/download_1312398762/file.res/240717%20GKV-SV_KHVVG_Gutachten%20Finanzierung_Transformationsfonds.pdf)) sowie das Gutachten des vom Verband der Privaten Krankenversicherungen in Auftrag gegeben Gutachtens des Prof. Dr. Gregor Thüsing, Direktor des Instituts für Arbeitsrecht und Recht der Sozialen Sicherheit an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn (siehe [www.pkv.de/fileadmin/user\\_upload/PKV/3\\_PDFs/Gutachten\\_Stu-dien/Gutachten\\_Th%C3%BCsing\\_Finanzierung\\_des\\_Transformationsfonds.pdf](http://www.pkv.de/fileadmin/user_upload/PKV/3_PDFs/Gutachten_Stu-dien/Gutachten_Th%C3%BCsing_Finanzierung_des_Transformationsfonds.pdf)). Auch der Bundesrechnungshof rügt in einem Bericht an den Haushaltsausschuss diese einseitige Belastung der GKV-Versicherten, die diese mit jährlich mindestens vier Milliarden Euro zusätzlich belasteten (vgl. [www.aerztezeitung.de/Politik/Bundes-rechnungshof-Krankenhausreform-ist-nicht-sauber-finanziert-449687.html](http://www.aerztezeitung.de/Politik/Bundes-rechnungshof-Krankenhausreform-ist-nicht-sauber-finanziert-449687.html)). Die allein aufgrund der Mehrausga-ben von 25 Milliarden Euro für den Transformationsfonds absehbare Erhöhung der GKV-Beiträge halten die Antragsteller mit Blick auf die ohnehin angespannte Situation der GKV-Mittel (vgl. [www.aerzteblatt.de/nach-richten/153910/Lauterbach-kuendigt-hoehere-Beitraege-fuer-Kranken-und-Pflegeversicherung-an-Kassen-em-poert](http://www.aerzteblatt.de/nach-richten/153910/Lauterbach-kuendigt-hoehere-Beitraege-fuer-Kranken-und-Pflegeversicherung-an-Kassen-em-poert)) für nicht verantwortlich.

Für nicht zielführend halten die Antragsteller zudem die geplante Form der künftigen Krankenhausfinanzierung mit einer Vorhaltevergütung, wie sie vorgeschlagen wird. Da im KHVVG vorgesehen ist, dass sich die Höhe der Vorhaltevergütung eines Krankenhauses an den Fallzahlen der Vergangenheit orientieren soll, die das jeweilige Haus erbracht hat, ist zu erwarten, dass die Krankenhäuser in diesem maßgeblichen Jahr/in diesen maßgeblichen Jahren ihre Fallzahlen deutlich erhöhen, damit sie im künftigen Geschäftsjahr eine entsprechend hohe Vorhalte-vergütung zugeteilt bekommen. Damit werden die vom Bundesgesundheitsminister wiederholt vorgebrachten

Ankündigungen, die „Hamsterradeffekte“ bzw. die „Entökonomisierung“ des derzeitigen DRG-Fallpauschalen-Systems beenden zu wollen (vgl. [www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Lauterbach-Ohne-Fallpauschalen-raus-aus-dem-Hamsterrad-434656.html](http://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Lauterbach-Ohne-Fallpauschalen-raus-aus-dem-Hamsterrad-434656.html)), nach Ansicht der Antragsteller ad absurdum geführt. Wenn eine Vorhaltefinanzierung kommen soll, dann kann diese nach Überzeugung der Antragsteller nicht ausschließlich fallzahl- und fallzahlschwereabhängig sein, sondern muss auch bedarfsorientiert ausgestaltet sein. Hierbei wäre zu überlegen, kleinere Häuser der Grund- und Notfallversorgung gerade in ländlich geprägten Regionen über eine erhöhte Vorhaltefinanzierung für diese (nach dem DRG-System verhältnismäßig niedrig vergüteten) Leistungen der Grund- und Notfallversorgung zu finanzieren. Um gerade kleinere Krankenhäuser der Grundversorgung vom Zwang zu befreien, sich aus ökonomischen Gründen künstlich auf höher vergütete Leistungen zu spezialisieren, wofür letztendlich die Qualität nicht gewährleistet werden kann, wäre es zudem zielführender, die Vorhaltevergütung der Krankenhäuser anhand der tatsächlichen Vorhaltekosten für die mit den Leistungsgruppen verknüpften Strukturanforderungen zu kalkulieren. Die Vorhaltefinanzierung könnte auch analog zu den Zuschlägen wie den Sicherstellungszuschlägen, den Zentrumszuschlägen oder den Zuschlägen für die Notfallversorgung ausgestaltet werden, wie es etwa die DKG im Rahmen der Sachverständigenanhörung zum KHVVG am 25. September 2024 gefordert hatte (vgl. [www.aerzteblatt.de/nachrichten/154526/Anhoerung-zur-Krankenhausreform-Offenbar-Aenderungen-bei-Vorhaltebudgets-und-Weiterbildung-geplant](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/154526/Anhoerung-zur-Krankenhausreform-Offenbar-Aenderungen-bei-Vorhaltebudgets-und-Weiterbildung-geplant)).

Als nicht zielführend erachten die Antragsteller zudem ein starres, bundesweit geltendes Leistungsgruppen-Korsett auf Basis bundesweit einheitlich vorgegebener Qualitätsanforderungen. Hier muss den Ländern nach Überzeugung der Antragsteller mehr Flexibilität dahingehend gegeben werden, dass auch lokal benachbarten Klinik-Verbänden, die für sich jeweils einen hohen Grad an Spezialisierung und damit Qualität nachweisen können, als einzelner Standort aber nicht alle für eine Leistungsgruppe notwendigen Strukturvoraussetzungen vorweisen können, eine Leistungsgruppe im Verbund zugeteilt werden kann. Nur wenn solche Kooperationen bei der Zuteilung der Leistungsgruppen berücksichtigt werden können, wird ein Krankenhaus-Kahlschlag in ländlichen Regionen verhindert, geht Erfahrung und Kompetenz in einzelnen Leistungsbereichen in der Fläche nicht verloren.

In diesem Zusammenhang sind auch bundesweit einheitliche Qualitätsanforderungen als Voraussetzung einer Leistungsgruppe je Standort dahingehend kontraproduktiv, dass insbesondere pro Standort u. a. die Anwesenheit mindestens eines Facharztes und die weiterer Rufbereitschaftsärzte derselben Disziplin oft rund um die Uhr gewährleistet werden muss. Das so vorgeschriebene ärztliche Personal pro Standort vorzuhalten, ist für viele Krankenhäuser mit Blick auf den bereits vorherrschenden Fachkräftemangel nur schwer bis gar nicht möglich. In der Konsequenz herrscht nach Gesprächen von Krankenhausverbänden mit den Antragstellern schon heute ein Wettbewerb um das ärztliche Personal, der sich auch als Wettbewerb um die höchsten Arzt-Honorare herausstellt. In der Konsequenz werden die größeren Häuser im städtischen Milieu das Rennen um das für die Leistungsgruppen notwendige ärztliche Personal machen, was die stationäre Versorgung im ländlichen Raum weiter gefährdet. Daher müssen auch Kooperationen und Verbände von nahe gelegenen Krankenhäusern bei den Struktur- und Qualitätsvorgaben berücksichtigt werden können.

Kritisch sehen die Antragsteller auch, dass die Qualitätskriterien künftig in Form einer Rechtsverordnung des BMG erlassen werden sollen, auch wenn Akteure der Selbstverwaltung beratend beteiligt werden sollen. Damit wird nach Überzeugung der Antragsteller „die Funktion des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur normativen Ausgestaltung der evidenzbasierten Qualitätssicherung innerhalb des Systems der GKV missachtet“, wie es der G-BA in seiner Stellungnahme zum KHVVG vom 30. April 2024 selbst formuliert (siehe [www.g-ba.de/downloads/17-98-5677/2024-04-30\\_PA\\_BMG\\_G-BA\\_Stellungnahme\\_KHVVG.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/17-98-5677/2024-04-30_PA_BMG_G-BA_Stellungnahme_KHVVG.pdf)) und wie es der Unparteiische Vorsitzende des G-BA in der Sachverständigenanhörung am 25. September 2024 selbst kritisiert hat (vgl. „Schütze-Brief – Gesundheitspolitischer Info-Dienst“ vom 26.9.2024, Nr. 74/2024, S. 9 f). In diesem Zusammenhang sehen es die Antragsteller auch als bedenklich an, wenn „mit der Implementierung von sog. Mindestvorhaltezahlen gemäß § 135f Absatz 1 SGB V (neu) als Voraussetzung für die Vorhaltevergütung gemäß § 6b KHEntgG (neu) [...] überdies lediglich auf die Messung und Abbildung der Quantität der Leistung und nicht auf die Sicherung der Qualität der Leistung im engeren Sinne abgestellt“ wird. Denn: „Die Mindestvorhaltezahlen stellen dabei lediglich das Ergebnis einer rein rechnerischen Ableitung und nicht das Ergebnis einer wissenschaftlichen evidenzbasierten Entwicklung dar.“ (vgl. Stellungnahme des G-BA unter [www.g-ba.de/downloads/17-98-5677/2024-04-30\\_PA\\_BMG\\_G-BA\\_Stellungnahme\\_KHVVG.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/17-98-5677/2024-04-30_PA_BMG_G-BA_Stellungnahme_KHVVG.pdf)). So wird der G-BA deutlich beschnitten. „Die Sicherung des bisherigen bundeseinheitlichen Qualitätsniveaus sowie die Weiterentwicklung dieser Qualitätssicherung, bisher eine der zentralen Funktionen des G-BA innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), wird damit weitestgehend aufgegeben.“ (vgl. ebenda, S. 4). Nach Überzeugung der Antragsteller kann eine echte Qualitätsverbesserung nur erreicht werden, wenn neben der

Strukturqualität auch die Prozess- und Ergebnisqualität, also das tatsächliche Behandlungsergebnis, mit betrachtet wird.

Auch wenn die Antragsteller mit Blick auf das gemeinsame Ziel der Qualitätssteigerung und der bestmöglichen Kosteneffizienz um die Notwendigkeit von Standortschließungen wissen, so muss die Politik jede Schließung eines Krankenhauses auch sozial mitdenken. Dieser Aspekt wird im KHVVG in keiner Weise ersichtlich. So lassen sich gerade Pflegekräfte nicht beliebig von Standort A nach Standort B „verschieben“. Es besteht die Gefahr, dass Pflegekräfte den Pflegeberuf ganz verlassen und in einer anderen Branche tätig zu werden, in der weite Fahrstrecken oder gar ein Umzug absehbar niemals nötig werden, z. B. im Einzelhandel. Hier spielt die emotionale Bindung an den Wohn- und Arbeitsort eine nicht zu unterschätzende Rolle, die von der Bundesregierung nicht gesehen wird. Dies müssen Bund und Länder bei dieser Strukturreform zwingend mitdenken und berücksichtigen.

In Regionen, in denen künftig nur noch sog. „sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen“ (vormals „Level 1i-Krankenhäusern“) bestehen bleiben, muss eine flächendeckende Notfallversorgung, z. B. im Falle eines Unfalls, Schlaganfalls oder eines Herzinfarkts, gewährleistet bleiben. Hierbei müssen die Vorgaben des G-BA zum gestuften System von Notfallstrukturen an Krankenhäusern (siehe [www.g-ba.de/themen/bedarfsplanung/notfallstrukturen-krankenhaeuser/](http://www.g-ba.de/themen/bedarfsplanung/notfallstrukturen-krankenhaeuser/)) weiterhin Geltung haben. In der kommenden Notfallreform und in der geplanten Reform des Rettungsdienstwesens müssen u. a. die Luftrettung und telemedizinische Diagnoseverfahren gestärkt werden.

Bei den „sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen“ ist auch die ärztliche Aus- und Weiterbildung mitzudenken. Da die auf Level 1i heruntergestuften Häuser nur noch wenige Leistungen der Grundversorgung werden anbieten können, ist die ärztliche Aus- und Weiterbildung an diesen Standorten entsprechend nur noch in Teilen möglich. Dies wurde u. a. von der Bundesärztekammer und vom Marburger Bund in der Sachverständigenanhörung am 25. September 2024 kritisiert (vgl. [www.aerzteblatt.de/nachrichten/154526/Anhoerung-zur-Krankenhausreform-Offenbar-Aenderungen-bei-Vorhaltebudgets-und-Weiterbildung-geplant](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/154526/Anhoerung-zur-Krankenhausreform-Offenbar-Aenderungen-bei-Vorhaltebudgets-und-Weiterbildung-geplant)). Das wiederum hat zur Folge, dass es für junge Ärzte von vorneherein unattraktiv wird, sich an solchen Standorten im ländlichen Raum ausbilden zu lassen, ohne im Rahmen der Ausbildung mehrfach den Ausbildungsort wechseln zu müssen. Somit bekommen junge Ärzte keinen Berührungspunkt zum ländlichen Raum, was zur Folge haben wird, dass weniger Nachwuchsmediziner in ländlichen Regionen tätig werden. So wird der Ärztemangel im ländlichen Raum zusätzlich verschärft. Die Öffnung der „sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen“ für die ambulante Versorgung darf die niedergelassene hausärztliche und fachärztliche Versorgung nicht gefährden, sondern muss in Ergänzung und zur Entlastung derselben organisiert werden.

Abschließend für unzumutbar halten die Antragsteller die mit dem KHVVG und mit vorangegangenen Gesetzen (insbesondere dem Krankenhaustransparenzgesetz und dem Medizinforschungsgesetz) einhergehenden zusätzlichen Dokumentationspflichten, die in der Summe einen deutlichen Aufbau an Bürokratie statt den politisch gewollten Abbau mit sich bringen werden. Die zusätzlichen Dokumentationspflichten für Ärzte und Pflegekräfte ergeben sich u. a. durch die geplante Zuteilung von ärztlichen Leistungen und Anwesenheiten zu den Leistungsgruppen, aber auch durch die geplanten Kontrollbefugnisse durch den Medizinischen Dienst (vgl. die Kritik des Vorstandsvorsitzenden der DKG, Dr. Gerald Gaß in [www.dkgev.de/dkg/presse/details/drei-verlorene-stunden-fuer-die-patientenversorgung-buerokratie-frisst-zeit-und-verschaerft-das-fachkraefteproblem/](http://www.dkgev.de/dkg/presse/details/drei-verlorene-stunden-fuer-die-patientenversorgung-buerokratie-frisst-zeit-und-verschaerft-das-fachkraefteproblem/)). Dieses noch Mehr an Bürokratie lähmt die Arbeit am Patienten und führt zu mehr Frustration bei allen Krankenhaus-Beschäftigten. Die so verlorene Zeit sollte das ärztliche und pflegerische Personal sinnvollerweise besser mit den Patienten oder im Labor verwenden können. Auch der nach dem KHVVG neu einzurichtende Ausschuss zur Erarbeitung von Qualitätskriterien stellt ein Mehr an Bürokratie dar, da damit der Aufbau von Doppelstrukturen und eine Erhöhung des Verwaltungsaufwands einhergeht.

