



Stellungnahme

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

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

Einleitung und Zusammenfassung

Mit dem Referentenentwurf legt der Gesetzgeber die zentralen Regelungen zur lang erwarteten Strukturreform im stationären Sektor vor, die von den handelnden Akteuren seit Jahren gefordert werden. Er reagiert damit auf die teils prekäre Situation in der deutschen Krankenhauslandschaft, in der durch ein ökonomisch getriebenes Anreizsystem mittels Fallpauschalen eine Mengenausweitung von besonders lukrativen Behandlungen stattfindet, um fehlende Investitionsmittel auszugleichen. Zudem führt ein hoher Mitteleinsatz zu vergleichsweise durchschnittlichen Behandlungsergebnissen und wenig Transparenz für die Patient*innen.

Nach dem pandemiebedingten Rückgang der Fallzahlen und Belegungstage in den Krankenhäusern sind diese auch weiterhin unterhalb des Niveaus der Vor-Corona-Zeit geblieben. Dazu kommen erschwerte wirtschaftliche Rahmenbedingungen aufgrund gestiegener Energiepreise und inflationsbedingter Sachkostensteigerungen. Diese Effekte konnten bislang durch Hilfsprogramme des Bundes nur unzureichend kompensiert werden. Auch die Länder haben bis jetzt nicht genug in ihre Krankenhäuser investiert. Dadurch hat sich seit 30 Jahren ein großer Investitionsstau aufgebaut, der dazu führt, dass nur knapp 50% des jährlichen Investitionsbedarfs finanziert werden.

Der DGB begrüßt deshalb die Pläne zur Reform der stationären Versorgung, um flächendeckend ein gutes und einheitliches Behandlungsniveau zu ermöglichen und der zunehmenden Ökonomisierung im Krankenhaus entgegenzuwirken. Gleichzeitig wird die falsch hergeleitete Finanzierung aus Beitragsmitteln für den Transformationsfonds kritisiert. Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften fordern Bund, Länder und Kommunen zu einem miteinander abgestimmten Vorgehen auf, um gemeinsam und zeitnah zu tragfähigen Lösungen im Sinne der Patient*innen und Versicherten sowie der in den Krankenhäusern Beschäftigten zu kommen. Maßgeblich sind für den DGB dabei folgende Punkte:

Eine grundsätzlich höhere Qualität bei besserem Einsatz von finanziellen und personellen Ressourcen durch die Definition von Vorhaltepauschalen und Leistungsgruppen als das Herzstück der Reform sind aus gewerkschaftlicher Sicht zu begrüßen. Besonders wichtig ist dabei die Strukturierung der

30. April 2024

Marco Frank
Referatsleiter Gesundheitspolitik
und Pflegeversicherung
Marco.Frank@dgb.de

Deutscher Gewerkschaftsbund
Bundesvorstand
Abteilung Sozialpolitik
Keithstr. 1
10787 Berlin

Krankenhauslandschaft durch ausdifferenzierte Leistungsgruppen, hinterlegt mit einheitlichen Qualitätsanforderungen, die nachzuweisen und öffentlich abzubilden sind. Dabei gilt es jedoch sicherzustellen, dass die öffentlichen Daseinsvorsorge gewährleistet bleibt, indem Ausnahmen für bedarfsnotwendige Häuser, die die Qualitätsvorgaben noch nicht erreichen, möglich sind. Diese müssen darauf ausgerichtet sein, die vorgegebenen Qualitätskriterien in den Kliniken schnellstmöglich zu erfüllen, um eine bessere, flächendeckendere und einheitliche medizinische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.

Mit der Einrichtung eines Ausschusses durch das BMG, der gemeinsam vom BMG und Vertretern der zuständigen Länderbehörden geleitet wird, sollen die qua Rechtsverordnung ab März 2025 gebildeten Leistungsgruppen und Qualitätskriterien verbindlich festgelegt werden. Dem Ausschuss sollen in gleicher Zahl Vertreter der GKV auf der einen und Vertreter der DKG, Bundesärztekammer und der Pflegeberufe auf der anderen Seite angehören. Die Patientenorganisationen sollen mit beratender Stimme teilnehmen. Der DGB kritisiert die Entkoppelung der Finanzreform mit dem KHVVG einerseits und der inhaltlichen Ausgestaltung der Leistungsgruppen zur Sicherung der künftigen Versorgungsqualität durch Rechtsverordnung 2025 andererseits. Damit droht die Gefahr, dass die finanziellen Mechanismen mit Inkrafttreten ab 2025 bereits Wirkung entfalten, unabhängig davon, ob die dann zustimmungspflichtigen inhaltlichen Qualitätsvorgaben von den Ländern in der Rechtsverordnung mitgetragen werden.

Der DGB kritisiert darüber hinaus, dass ausgerechnet die größte und wichtigste Gewerkschaft der Beschäftigten im Gesundheitswesen (ver.di), die sich seit vielen Jahren konstruktiv für sinnvolle Qualitätsvorgaben und gute Beschäftigungsbedingungen als Voraussetzung einer hochwertigen stationären Versorgung einsetzt, nicht im Ausschuss zur qualitativen Weiterentwicklung der Leistungsgruppen beteiligt werden soll. Der DGB fordert insofern, ver.di als maßgebliche Interessenvertretung der Krankenhausbeschäftigten als ständiges und stimmberechtigtes Mitglied in den Ausschuss zu berufen.

Grundsätzlich dürfen die avisierten Regelungen zur Vereinheitlichung und Verbesserung der Versorgung nicht zu noch mehr zusätzlicher Bürokratie führen, die im Zweifelsfall auch zusätzliche Belastungen für die Beschäftigten bedeuten würde. Die Implementierung von Doppelstrukturen sind bereits in den Grundzügen der Reform strikt zu vermeiden.

Der DGB kritisiert, dass bislang keine ausreichenden Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung bedarfsnotwendiger Kliniken in der Übergangsphase vorgesehen sind. Aus gewerkschaftlicher Sicht müssen die Krankenhäuser mit Hilfe finanzieller Überbrückungsmaßnahmen in die Lage versetzt werden, die Versorgungssicherheit der Patient*innen bis zum Inkrafttreten der Reform aufrecht zu erhalten. Bedarfsnotwendige Krankenhäuser dürfen nicht unkontrolliert vom Netz gehen. Deshalb fordert der DGB: Keine kalte Strukturbereinigung im Krankenhaussektor auf Kosten der Patient*innen und der Beschäftigten!
Konkret bedeutet das:

- Die Kliniken benötigen zielgerichtete finanzielle Unterstützung, um bis zum Wirksamwerden der Reform und bei Bedarf darüber hinaus am Netz zu bleiben und den Versorgungsbedarf sicherzustellen. Statt einer undifferenzierten Anhebung der Landesbasisfallwerte müssen jedoch zusätzliche Mittel gezielt für jene Kliniken bereitgestellt werden, die in wirtschaftliche Schwierigkeiten geraten sind und diese Tendenz nicht aus eigenen Mitteln umkehren können.
- Die Tarifikostensteigerungen der Personallöhne sowie die gestiegenen Betriebskosten müssen zu 100 Prozent ausgeglichen werden.

Das vermeintliche Ziel der Reform, eine Überversorgung abzubauen, beleuchtet die tatsächliche Versorgungssituation einseitig und zielt erkennbar auf die laufenden Diskussionen um Klinikschließungen ab. Ebenso erforderlich ist aber der Abbau von Fehl- und Unterversorgung im Rahmen einer zugrundeliegenden Krankenhausplanung durch die Länder. In diesem Sinne wird kritisiert, dass es bislang keine Auswirkungs-Analyse von Seiten des Bundes gibt, die die konkreten Wirkmechanismen der Reform skizziert und frühzeitig auf die Besonderheiten in der Planung, Finanzierung und Durchführung der Systemumstellung abstellt. Dadurch droht konkret die Gefahr von Unterversorgung, denn wenn Kliniken auf Grundlage mangelnder Qualitätskriterien Leistungen nicht mehr anbieten dürfen, könnte es schnell zu Klinik-Schließungen kommen, ohne dass rechtzeitig ambulante Versorgungsalternativen ausgebaut wurden. Dies gilt es unbedingt zu verhindern.

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften begrüßen generell den Ansatz zur Änderung der Finanzierungssystematik im Krankenhaus mit dem Ziel einer Entökonomisierung der stationären Versorgung. Dabei handelt es sich um gute und wichtige erste Schritte in Richtung einer notwendigen Systemumstellung zu Gunsten einer höheren Versorgungsqualität, der jedoch weitere folgen müssen. Die anreizgetriebenen Fehlsteuerungen sind zu beseitigen und die vollständige Refinanzierung aller bei wirtschaftlicher Betriebsführung entstehenden Kosten und Ausgaben in Krankenhäusern ist zu gewährleisten. Dafür muss sich die Finanzierung an medizinisch notwendigen Versorgungsbedarfen ausrichten, nicht an umsatzrelevanten Kennzahlen.

Die Einführung einer Vorhaltefinanzierung für sachgerechte Ausgaben ist überfällig und zu begrüßen, ebenso dass die Pflegebudgets zur Refinanzierung des Pflegepersonals nicht auf die Vorhaltepauschalen angerechnet werden. Das Problem der Mengensteuerung wird jedoch auch mit den geplanten Vorhaltepauschalen nicht behoben. Bislang ist allein eine Mindestmengenregelung geplant, nicht jedoch eine Höchstmengenregelung. Bei Beibehaltung der Finanzierung durch Pauschalen, wenngleich nur für 40 %, bleibt das Problem trotz Degressionsabschlägen weiterhin ungelöst. Eine vollständige Entökonomisierung der Krankenhausfinanzierung durch entsprechende Ausgestaltung des Vorhaltefinanzierungssystems in Verbindung mit der Ausgliederung der Personalkosten aller Berufsgruppen im Krankenhaus aus dem Fallpauschalensystem und deren vollständiger Refinanzierung wäre ein konsequenter und erforderlicher Reformschritt.

Die Finanzierung dieser großen Krankenhausreform im Wesentlichen durch Einsparungen und Synergien im Umstellungsprozess sind aus Sicht des DGB nicht nachvollziehbar. Großen strukturellen Umbrüchen müssen i.d.R. Investitionen vorausgehen. Allein durch Maßnahmen zur Umverteilung kann die Reform nicht gelingen. Bund und Länder müssen hier zwingend ihrer Finanzverantwortung nachkommen. Die Finanzwirkung der Reform darf keinesfalls auf die Beitragszahler*innen der GKV abgewälzt werden. Die hälftige Finanzierung des Transformationsfonds (2026-2035) durch die Beitragszahlenden stellt eine zusätzlich hohe Belastung von jährlich 2,5 Mrd. € dar, die sich in der ohnehin schon finanziell angespannten Situation der steigenden Gesundheitskosten in Beitragssatzsteigerungen (ca. 0,15 Punkte) bemerkbar machen wird. Restrukturierungen im Bereich der stationären Versorgung sind als Bestandteil der Daseinsvorsorge ordnungspolitisch nicht mit einer Finanzierung durch GKV-Beiträge zu vereinbaren. Deshalb fordert der DGB eine solide Finanzierung bereits mit Inkrafttreten der Reform ab 2025 aus Steuermitteln von Bund und Ländern.

Zentrale Regelungsinhalte im Einzelnen:

Einführung von Leistungsgruppen (§135e, §135f SGB V, §6a KHG)

Geplant ist eine Spezialisierung je nach Ausstattung der Kliniken und Erfahrung der Behandlungsteams. Zu diesem Zweck sollen einzelnen Krankenhäusern oder Klinikverbänden Leistungsgruppen zugewiesen werden – Blaupause sollen die Grundlagen aus NRW für die dortige neue Krankenhausplanung sein. Vorgesehen sind zunächst 65 Leistungsgruppen – angefangen bei Allgemeiner Innerer Medizin über Allgemeine Chirurgie und Endoprothetik bis hin zu Intensivmedizin und Notfallmedizin. In einem vierstufigen Verfahren sollen Bund und Länder unter Einbindung medizinischer Fachgesellschaften und Selbstverwaltung (G-BA) Qualitätskriterien für die Leistungsgruppen festlegen und diese weiterentwickeln. Nur bei Erfüllung der Kriterien kann einem Krankenhaus eine Leistungsgruppe zugewiesen werden. In Ausnahmefällen sollen die Länder davon abweichen und eine Leistungsgruppe auch zuweisen können, wenn die Versorgungslage ansonsten gefährdet würde.

Bewertung:

Der DGB begrüßt die Einführung von einheitlichen Qualitätskriterien zur Verbesserung der Versorgung in Krankenhäusern, die jedoch zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung Ausnahmen zulassen müssen. Wichtig ist dabei die Notwendigkeit einer auf die Versorgungsregionen bezogenen Bedarfplanung, die eine Bemessung von Leistungsgruppen und davon ausgehend eine Zuordnung der Vorhaltebudgets am regionalen Versorgungsbedarf ermöglicht. Mit Blick auf die avisierte Stärkung der ambulanten Versorgung ist es

notwendig, sektorenübergreifende Bedarfsplanungen zeitnah anzugehen und entsprechende Versorgungskapazitäten rechtzeitig aufzubauen, um im Falle von Klinikschließungen und Umstrukturierungen adäquate ambulante Kompensationsmöglichkeiten zur Verfügung zu haben.

Kritisch sieht der DGB die Tatsache, dass Finanz- und Versorgungsreform in verschiedenen Gesetzen bzw. Verordnungen mit zeitlichem Verzug geregelt werden. Indem die Qualitätsanforderungen bezüglich Angebots und Ausstattung und insbesondere hinsichtlich der Personalbesetzung im ärztlichen Dienst und Pflegedienst (Anzahl und Qualifikation) bis März 2025 unklar bleibt, herrscht vor Ort große Planungsunsicherheit. Weder Länder noch Kliniken wissen bislang, welche Leistungsgruppen es wo geben soll und wie sich die nötigen Leistungen auf die Standorte verteilen. Zu kritisieren ist in diesem Zusammenhang, dass erst für die zweite Hälfte 2024 ein entsprechendes Planungs-Tool vom BMG zur Verfügung gestellt werden soll. Damit ist eine abgestimmte Reform von Bund und Ländern aus einem Guss nur schwer möglich.

Der DGB weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die qualitativen Anforderungen im Krankenhausplan NRW, welcher die Grundlage der bundesweiten Krankenhausreform bildet, noch sehr gering sind. Für den Pflegedienst wird zumeist nur die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) verlangt, die ausdrücklich keine bedarfsgerechte Personalbesetzung zum Ziel hat, sondern nur eine Minimalausstattung. Um dies an konkreten Zahlen zu veranschaulichen: Während die PpUGV für weite Bereiche des Pflegedienstes eine Personalbesetzung von bis zu einer Pflegekraft pro 10 oder 12 Patienten pro Schicht erlaubt (1:10, 1:12), verlangen entsprechende Regelungen in Australien und den USA die Einhaltung einer Verhältniszahl von 1:5 oder 1:4.

Der DGB fordert in diesem Zusammenhang die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen so auszugestalten und finanziell zu hinterlegen, dass eine qualitativ hochwertige Versorgung stattfinden kann. Dazu ist die Definition der Qualitätskriterien für die Leistungsgruppen so zu erweitern, dass die personelle Ausstattung aller Berufsgruppen und Tätigkeitsbilder im Krankenhaus erfasst und bedarfsgerecht einbezogen wird. Darüber hinaus sind für die Bereiche der Krankenhauspflege und Intensivpflege bedarfsgerechte Personalbemessungssysteme wie die PPR 2.0 strukturell zu verankern und Beteiligungsmöglichkeiten für die Beschäftigten vorzusehen.

Der DGB begrüßt die Errichtung eines Steuerungsausschusses nach §135e SGB V um die qualitative Weiterentwicklung der Leistungsgruppen sukzessive anzupassen und die Versorgung zu verbessern. Dabei ist jedoch die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di als größte Gewerkschaft im Gesundheitswesen und Stimme der Beschäftigten unbedingt als ständiges Mitglied und mit vollem Stimmrecht zu beteiligen.

Anteilige Vergütung durch Vorhaltefinanzierung (§17b, §37 KHG, §6b KHEntG)

Die Reformpläne sehen vor, das DRG-System um eine Vorhaltefinanzierung zu ergänzen – in einem Verhältnis von 40 Prozent (DRG) zu 60 Prozent (Vorhaltepauschale). Mit Einführung einer Vorhaltevergütung soll die Vorhaltung von Strukturen in Krankenhäusern künftig weitgehend unabhängig von der Leistungserbringung gesichert und der Anreiz gesenkt werden, Fallmengen auszuweiten. Dazu soll das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) die rund 1.300 Fallpauschalen absenken und eine Vorhaltevergütung je Land und Leistungsgruppe ermitteln. Die Vorhaltevergütung soll es aber nur für die Leistungsgruppen geben, die den Kliniken von der Landesplanungsbehörde zugewiesen sind und deren Qualitätskriterien und Mindestvorhaltezahlen die Häuser „grundsätzlich“ erfüllen. Vorgesehen ist eine Konvergenzphase, in der die Pauschalen „aufwachsen“ sollen. Ab 2027 soll die Vorhaltevergütung vollumfänglich greifen.

Bewertung:

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften begrüßen generell die anteilige Finanzierung von Leistungen zur stationären Versorgung durch Vorhaltepauschalen als ersten wichtigen Schritt, um der mengenorientierten Versorgung zur Kompensation von fehlenden Investitionsmitteln einen Riegel vorzuschieben. Das angekündigte Ziel der Entökonomisierung wird damit jedoch nicht erreicht, denn das Problem der Mengensteuerung wird auch mit den geplanten Vorhaltepauschalen nicht vollständig behoben. Bislang ist allein eine Mindestmengenregelung geplant, nicht jedoch eine Höchstmengenregelung. Bei Beibehaltung der Finanzierung durch Pauschalen, wenngleich nur für 40 %, bleibt das Problem trotz Degressionsabschlägen weiterhin ungelöst.

Der DGB fordert, die anreizgetriebenen Fehlsteuerungen vollständig zu beseitigen und die Refinanzierung aller bei wirtschaftlicher Betriebsführung entstehenden Kosten und Ausgaben in Krankenhäusern zu gewährleisten. Dafür muss sich die Finanzierung an medizinisch notwendigen Versorgungsbedarfen ausrichten, nicht an umsatzrelevanten Kennzahlen.

Einen Anspruch auf die Vorhaltevergütung sollen Krankenhausstandorte nur haben, wenn sie die geforderten Mindestfallzahlen erfüllen (Mindestvorhaltezahlen). Da die Erfüllung der Mindestfallzahl erst nach Ablauf des Jahres feststellbar ist, die Vorhaltevergütung jedoch im Voraus und im laufenden Jahr gezahlt werden soll, bedarf es einer Regelung, die beides ermöglicht. Der DGB schlägt vor, dass die Mindestfallzahlen als erfüllt gelten, wenn sie im vorausgegangenen Jahr erfüllt wurden. Da aller Voraussicht nach insbesondere Häuser der Grund- und Regelversorgung von den nachzuweisenden Mindestvorhaltezahlen betroffen sein werden, um die angestrebten Konzentrationseffekte zu erreichen, ist in der Planung frühzeitig darauf zu achten, dass regionale

Versorgungsbedarfe auch bei Nichterfüllung der Vorgaben ohne Einschränkungen gedeckt werden.

Die ebenfalls vorgesehenen Leistungsverlagerungen, bei denen zwei oder mehr Krankenträger im Einvernehmen mit der zuständigen Landesbehörde Leistungen untereinander verlagern können, sind unter der Maßgabe der Versorgungssicherheit zu begrüßen. Allerdings sind dabei die Beschäftigten über beteiligungsorientierte Prozesse in die Planungen mit einzubeziehen, um ein frühzeitiges Ausscheiden von Mitgliedern dieser wichtigen Berufsgruppe zu verhindern.

Der DGB kritisiert, dass bislang keine ausreichenden Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung bedarfsnotwendiger Kliniken in der Übergangsphase vorgesehen sind. Aus gewerkschaftlicher Sicht müssen die Krankenhäuser mit Hilfe finanzieller Überbrückungsmaßnahmen in die Lage versetzt werden, die Versorgungssicherheit der Patient*innen bis zum Inkrafttreten der Reform aufrecht zu erhalten. Bedarfsnotwendige Krankenhäuser dürfen nicht unkontrolliert vom Netz gehen. Deshalb fordert der DGB: Keine kalte Strukturbereinigung im Krankenhaussektor auf Kosten der Patient*innen und der Beschäftigten! Konkret bedeutet das:

- Die Kliniken benötigen zielgerichtete finanzielle Unterstützung, um bis zum Wirksamwerden der Reform und bei Bedarf darüber hinaus am Netz zu bleiben und den Versorgungsbedarf sicherzustellen. Statt einer undifferenzierten Anhebung der Landesbasisfallwerte müssen jedoch zusätzliche Mittel gezielt für jene Kliniken bereitgestellt werden, die in wirtschaftliche Schwierigkeiten geraten sind und diese Tendenz nicht aus eigenen Mitteln umkehren können.
- Die Tarifkostensteigerungen der Personallöhne sowie die gestiegenen Betriebskosten müssen zu 100 Prozent ausgeglichen werden.

Der DGB begrüßt, dass ab 2024 die vollständige unterjährige Tarifkostenfinanzierung nicht nur wie bisher für das Pflegepersonal, sondern auch für alle anderen Beschäftigtengruppen vorgesehen ist.

Als ersten Schritt auf dem Weg zur weiteren Verwirklichung der Entökonomisierung der Krankenhausfinanzierung fordern der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften, die Personalkosten für alle Berufs- und Tätigkeitsfelder im Krankenhaus analog zur Pflegebudgetregelung aus dem Fallpauschalensystem auszugliedern und diese vollständig zu refinanzieren.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (§115g, §115h, §116a, §6b KHG, §6c KHEntG)

Die Länder können Einrichtungen in struktur- und bevölkerungsschwachen Regionen bestimmen, die die medizinische Grundversorgung aufrechterhalten sollen. Dort soll sektorenübergreifende und integrierte Gesundheitsversorgung stattfinden, deren Spektrum außer stationären auch erweiterte ambulante

sowie medizinisch-pflegerische Leistungen umfasst. Für die fachärztliche Versorgung wird sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen somit die Funktion einer Art Notfallsicherung zugewiesen. Ist die Unterversorgung behoben, wird die Ermächtigung wieder aufgehoben. Für die hausärztliche Versorgung lässt die Neufassung eine dauerhafte Beteiligung an der ambulanten Versorgung zu.

Krankenhäuser, die vom Land zu sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen bestimmt sind, vereinbaren mit den Kostenträgern ein Jahresbudget, das im RefEntwurf als „finanzielles Gesamtvolumen (Gesamtvolumen)“ bezeichnet wird. Die Leistungen der medizinisch-pflegerischen Versorgung sollen durch degressiv ausgestaltete krankenhausesindividuelle Tagesentgelte vergütet werden. Für sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen wird kein Pflegebudget vereinbart. In den Tagesentgelten sind aber die „tatsächlichen Personalkosten“ des Pflegedienstes auf Stationen „vollständig“ zu berücksichtigen.

Der Anteil der Pflegepersonalkosten an den Mehr- oder Mindererlösen ist vollständig auszugleichen. Dazu ist von der Einrichtung eine von einem Jahresprüfer bestätigte Aufstellung über die tatsächlich entstandenen Pflegepersonalkosten vorzulegen. Bei wesentlichen Änderungen der dem vereinbarten Gesamtvolumen zugrunde liegenden Annahmen, kann im laufenden Jahr eine Neuvereinbarung verlangt werden.

Bewertung:

Die Implementierung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen zielt auf die Umwidmung von Häusern der Grund- und Regelversorgung, die entweder die nötige Mindestfallzahlen nicht erbringen können oder die benötigten Qualitätsvorgaben der Leistungsgruppen nicht erfüllen. Um die Schließung dieser Häuser insbesondere in potentiell unterversorgten, strukturschwachen Regionen abzuwenden und eine wohnortnahe bedarfsgerechte Versorgung aufrechtzuerhalten, wird die Möglichkeit geschaffen, ein beschränktes Maß an stationären Leistungen, ambulante Leistungen sowie pflegerische Leistungen nach dem SGB XI in abgetrennten Bereichen anzubieten.

Die Umsetzung der neuen Versorgungsform hängt stark von der personellen als auch von der materiellen Ausgestaltung der Einrichtungen ab. Um strukturelle Voraussetzungen erfüllen zu können sind sowohl eine ausreichende Anzahl von Ärzten und Pflegekräften als auch die Gewährleistung einer flächendeckenden Notfallversorgung nötig. Damit insbesondere in entlegenen Gegenden eine bedarfsgerechte Versorgung aufrechterhalten werden kann, ist eine Anbindung an Häuser der übergeordneten Level mittels Kooperationsvereinbarungen vorzusehen. So müssen nächstgelegene Krankenhäuser in die Versorgung der Level1i-Häuser einbezogen werden, indem eine zeitnahe Erreichbarkeit sichergestellt wird und eine telemedizinische Anbindung gewährleistet ist.

Die Leistungen der medizinisch-pflegerischen Versorgung sollen durch degressiv ausgestaltete krankenhausesindividuelle Tagesentgelte vergütet werden. Die

Höhe des Gesamtvolumens ist laut RefEntwurf „sachgerecht zu kalkulieren“. Eine rechtssichere Definition ist hier zwingend nötig, um Planungssicherheit zu gewährleisten. Obwohl die Pflegekräfte aus dem Pflegebudget ausgegliedert werden sollen, werden die „tatsächlichen Personalkosten“ des Pflegedienstes auf Stationen „vollständig“ berücksichtigt. Der DGB fordert in diesem Zusammenhang eine enge Begleitung und eine fortlaufende Evaluation der neuen Versorgungseinrichtungen, um schnell nachsteuern zu können und eine flächendeckende wohnortnahe Versorgung jederzeit zu gewährleisten.

Prüfungen durch den Medizinischen Dienst (§275a SGB V, §17c KHG)

Um die Kliniken und die dort beschäftigten Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte von Bürokratie zu entlasten, soll anstelle der Einzelfallprüfungen bei den Krankenhausabrechnungen eine „strukturierte Stichprobenprüfung“ treten. Um für alle Kliniken ein einheitliches Prüfverfahren sicherzustellen, soll dies auch für psychiatrische und psychosomatische Häuser gelten. Die Änderung des Prüfverfahrens soll zu einer Reduktion des Prüfaufwands bei allen Beteiligten beitragen. Die Prüfungen sollen weiter von den Medizinischen Diensten im Auftrag der Kassen vorgenommen werden. Der Umstieg von der Einzelfallprüfung auf die neue Stichprobenprüfung soll ab 2027 erfolgen. Ferner soll der G-BA in seiner Berechtigung beschränkt werden, außer „stichproben- und anhaltspunktbezogenen auch anlassbezogene Kontrollen für Qualitätsanforderungen vorzusehen.

Bewertung:

Der DGB erachtet die Umstellung des Prüfverfahrens unter Einhaltung aller notwendigen Maßnahmen zur Sicherstellung einer hohen flächendeckenden Versorgungsqualität als sinnvoll. Eine enge Evaluation bezüglich der Prüfintervalle sowie möglicher Prüfschwerpunkte ist dabei dringend erforderlich, um Missbrauch vorzubeugen.

Transformationsfonds (§271 SGB V, §12b KHG)

Mit der vorgesehenen Regelung haben Bund und Länder vereinbart, dass der Strukturwandel in der Krankenhauslandschaft durch einen Transformationsfonds (TFF) unterstützt wird. Die Hälfte der Gelder soll aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds kommen, wenn die Länder und ggf. die Krankenhausträger die andere Hälfte einbringen.

Der Umbau der Krankenhauslandschaft soll mit bis zu 50 Milliarden Euro unterstützt werden. Die Details des Förderprogramms werden durch eine Rechtsverordnung geklärt. Die Mittel sollen ab 2026 über zehn Jahre in jährlichen

Tranchen von bis zu fünf Milliarden Euro ausgezahlt werden. Verwaltet werden sollen die Gelder durch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS). Der TFF soll auf den bestehenden Krankenhausstrukturfonds (KHSF) aufsetzen, der ebenfalls beim BAS angesiedelt ist. Die Verteilung der Gelder auf die Bundesländer erfolgt nach dem Königsteiner Schlüssel.

Bewertung:

Der DGB begrüßt die Einrichtung des Transformationsfonds, um die Kosten des Umbaus und die Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft finanziell abzufedern. Die hälftige Finanzierung aus Beitragsmitteln der GKV lehnen der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften entschieden ab. Schon der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen hatte in seinem Gutachten 2023 empfohlen, einen solchen Fonds aus Steuermitteln von Bund und Ländern zu speisen, damit alle Krankenversicherten zur Finanzierung beitragen. Diese Einschätzung teilt der DGB und fordert eine solide Finanzierung des Transformationsprozesses bereits mit Inkrafttreten der Reform ab 2025 aus Steuermitteln von Bund und Ländern.

Zu kritisieren ist, dass nach derzeitigem Stand die Beiträge privater Krankenversicherungen ausschließlich freiwillig hinzugezogen werden sollen. Somit würden jedoch privat Versicherte nichts zur Finanzierung der Krankenhausreform beitragen. Für die GKV wird hingegen infolge der Regelungen mit einer Steigerung der Zusatzbeiträge in Höhe von 0,15 Prozentpunkten gerechnet, was zu erheblichen zusätzlichen Belastungen der Beitragszahler*innen in einer ohnehin angespannten finanziellen Beitrags-Situation führen wird.

Der Argumentation des Gesetzgebers, nach der die GKV zur Kompensation bereits während der Konvergenzphase der Strukturreform jährlich einen Milliardenbetrag einspart erschließt sich dem DGB nicht. Es ist im Gegenteil eher davon auszugehen, dass die Umstellungskosten mit dem Inkrafttreten der Reform noch ansteigen werden.

Die Transformation von Kliniken in sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen oder der Ausbau telemedizinischer Netzwerke und die Bildung von Zentren zur Behandlung seltener, komplexer oder schwerer Erkrankungen an Unikliniken machen einen hohen Mitteleinsatz notwendig, um die flächendeckende Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Darüber hinaus werden die Häuser Geld zur Bildung von Klinikverbänden oder integrierten Notfallstrukturen sowie zur Schließung von Abteilungen oder Standorten benötigen.

Der DGB begrüßt, dass die Bundesländer ihre regulären Investitionsausgaben im Umfang der durchschnittlichen Förderung der Jahre 2021 bis 2025 fortsetzen müssen – umgekehrt dürfen TFF-Förderbeiträge nicht auf reguläre Investitionen angerechnet werden. Betrachtet man den bisherigen Mittelabruf der Länder aus dem analog geregelten Krankenhausstrukturfonds, so ist jedoch zu bezweifeln, dass das Potenzial des TFF bei den Kliniken tatsächlich im erforderlichen Maße ankommen wird. Zwar können die Klinikträger die Vorhaben im



Umfang von bis zu 50 Prozent des Länderanteils mitfinanzieren, doch bleibt abzuwarten welchen finanziellen Beitrag die Länder unter den angespannten finanziellen Bedingungen ermöglichen werden.