



**Vereinte  
Dienstleistungs-  
gewerkschaft**

# **Stellungnahme der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di**

zum

**Gesetzentwurf der Bundesregierung**

**Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der  
Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der  
Vergütungsstrukturen**

**(Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz - KHVVG)**

Berlin, 23. September 2024

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

## Vorbemerkung

Der vorliegende Gesetzesentwurf zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen zielt auf drei Reformaspekte: die Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, die Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für alle Patient\*innen sowie Entbürokratisierung. Grundsätzlich begrüßt ver.di das Vorhaben, die stationäre Versorgungslandschaft mit dem Ziel der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, flächendeckenden Versorgung zu reformieren. Die im Gesetzesentwurf gewählten Ansätze scheinen jedoch nicht konsequent und weitreichend genug, um die formulierten Zielstellungen zu erreichen. Vielmehr bergen die vorgeschlagenen Maßnahmen zur Reform der Krankenhausvergütung hohe Risiken in der Umsetzung. Deshalb müssen Auswirkungen der sogenannten Vorhaltefinanzierung dringend analysiert werden, bevor sie umgesetzt wird. Angesichts des enormen und kurzfristigen Handlungsbedarfs, der sich vor dem Hintergrund einer strukturellen Krise der stationären Versorgungslandschaft zeigt, sind inhaltliche Ergänzungen des Gesetzesentwurfs für ein Gelingen der Krankenhausreform dringend erforderlich. Die Reform muss endlich leisten, was über Jahre politisch und gesetzlich versäumt wurde und zur jetzigen existenzgefährdenden Krise vieler Kliniken geführt hat.

Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di setzt sich für eine bedarfsgerechte, wohnortnahe, integrierte und am Gemeinwohl orientierte Versorgung für alle Menschen ein. Das fortgesetzte, ungesteuerte Kliniksterben muss gestoppt werden, wozu Soforthilfen für die inflationsbedingt in Not geratenen Krankenhäuser unabdingbar sind. Fehlanreize im bestehenden System der Krankenhausfinanzierung, die sich negativ auf die Patientenversorgung und auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten auswirken, müssen abgestellt werden. Um dem Fachkräftemangel wirksam zu begegnen, müssen die zentralen Ursachen gezielt gelöst werden. Immer mehr Fachkräfte verlassen ihren Beruf oder reduzieren auf eigene Kosten ihre Arbeitszeit, weil sie die Arbeit unter den derzeitigen Bedingungen nicht mehr aushalten. Qualität kann nicht nur an technischen und räumlichen Merkmalen gemessen werden. Entscheidend für die Versorgungsqualität ist eine bedarfsgerechte Personalausstattung. Die Personalvorgaben für die Krankenhauspflege (PPR 2.0), für die Intensivstationen und für die Psychiatrien und psychiatrischen Fachabteilungen müssen vollständig und verbindlich umgesetzt werden. Es braucht weitere wirkungsvolle Maßnahmen, die den Teufelskreis aus schlechten Arbeitsbedingungen, Personalnot und zu wenig Zeit für eine gute Pflege durchbrechen. Die bundesweite Studie „Ich pflege wieder, wenn...“ hat das enorme Potenzial an Pflegefachkräften, die unter bestimmten Bedingungen bereit sind, in ihren Beruf zurückzukehren bzw. ihre Arbeitszeit aufzustocken, aufgezeigt. Die Reform muss gewährleisten, dass sich Patient\*innen

überall im Land auf eine gute und wohnortnahe Versorgung verlassen können, in Ballungsräumen ebenso wie im ländlichen Raum.

ver.di begrüßt, dass die im Rahmen des bestehenden Finanzierungssystems vollständige unterjährige Tarfkostenrefinanzierung nicht nur wie bisher für das Pflegepersonal, sondern auch für alle anderen Beschäftigtengruppen vorgesehen ist. Doch es fehlt die notwendige Soforthilfe, um die durch die Kostensteigerungen aufgelaufenen Defizite vieler Krankenhäuser zielgerichtet auszugleichen. So wird riskiert, dass viele Kliniken oder Fachabteilungen schließen müssen, auch wenn sie für die Versorgung der Bevölkerung notwendig sind.

Grundsätzlich positiv bewertet wird die Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung durch den Ausbau integrierter Einrichtungen im Rahmen der Krankenhausversorgung. Die Zuordnung von Versorgungsleistungen wie auch die Finanzierung sektorübergreifender Versorger muss sich zuvorderst an einer bedarfsgerechten wohnortnahen Versorgung wie auch einer langfristig auskömmlichen, von Fehlanreizen befreiten Finanzierung orientieren.

Eine Reform, die die Transformation von voraussichtlich 1350 Krankenhäusern mit entsprechend hoher Anzahl von Beschäftigten einleiten soll, muss mit einer Aufwertung der Attraktivität von Standorten und Arbeitsplätzen für das Personal einhergehen. Dies gilt insbesondere für das Zusammenspiel zwischen wohnortnahen bzw. sektorübergreifenden Versorgern sowie Regelversorgern und hochspezialisierten Kliniken. Es fehlen bisher Szenario-Berechnungen, die potenzielle qualitative und quantitative Wirkungseffekte unter Berücksichtigung von Mobilitätsannahmen valide abschätzen. Bei der geplanten Konzentration von Leistungen kann schließlich nicht selbstverständlich davon ausgegangen werden, dass das erforderliche Personal der Planung folgt. Partizipative Prozesse, die eine frühzeitige und umfassende Beteiligung aller betroffenen Beschäftigtengruppen bei Neugestaltung von Krankenhausplanungen mit Auswirkung auf Versorgungsstrukturen vorsehen, sind unabdingbar. Dabei ist zu bedenken, dass Krankenhäuser multiprofessionelle Versorgungseinrichtungen sind. Nicht nur die Gruppe der Pflegekräfte, auch weitere Berufsgruppen sind vom Fachkräftemangel betroffen.

Es mangelt darüber hinaus an weiteren fundierten Bedarfs- und Folgeabschätzungen. Die Auswirkungen der reformierten Krankenhausfinanzierung auf die Versorgungslandschaft bleiben völlig offen. Dringend erforderlich ist ein konkretes Bild dazu, wohin sich die stationären und ambulanten Versorgungsstrukturen entwickeln sollen und wie sich die beabsichtigten Maßnahmen auf Patient\*innen auswirken.

Für eine tatsächliche „Entökonomisierung der Krankenhausversorgung“, wie sie im Vorlauf zum Gesetzesentwurf mehrfach angekündigt wurde, gehen die hier aufgezeigten Reformansätze

keinesfalls weit genug. Damit ist abzusehen, dass mit der Reform die gesteckten Ziele nicht erreicht werden, sofern keine wesentlichen Ergänzungen und Änderungen am Gesetzentwurf erfolgen.

ver.di fordert, den anstehenden Gesetzgebungsprozess zur Krankenhausreform maßgeblich auf die Gewährleistung der Versorgungsqualität, flächendeckenden Erreichbarkeit sowie bedarfsgerechten Ausstattung und Refinanzierung der Versorgungsstrukturen zu fokussieren und dabei die Interessen der Beschäftigten in den Krankenhäusern umfassend einzubeziehen. Ohne Partizipation der Beschäftigten in den Krankenhäusern kann eine Reform nicht erfolgreich umgesetzt werden.

**Wesentlichen Korrektur- und Ergänzungsbedarf** sieht die Gewerkschaft ver.di in folgenden Punkten:

- Über die Definition von Qualitätskriterien für die Leistungsgruppen wird es zu einer Neuverteilung von Versorgungsleistungen innerhalb der Krankenhausplanung der Länder kommen. Dabei sind Qualitätskriterien für die personelle Ausstattung, die insbesondere eine bedarfsgerechte Personalbemessung und weitere Kriterien für gute Beschäftigungsbedingungen des Krankenhauspersonals vorsehen, von besonderer Bedeutung. Jedoch sieht der Gesetzesentwurf bislang keine gewerkschaftliche Mitwirkung im Ausschuss vor, obwohl arbeitsorganisatorische Konsequenzen der Strukturreform unbestreitbar sind.
- Die vorgesehene Evaluation der Krankenhausstrukturreform in Richtung Wirtschaftlichkeit und Qualität ist nicht hinreichend, sondern muss um personal- und arbeitsrelevante Evaluationsdimensionen (Transformationsbegleitung) erweitert werden.
- Damit die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen ihrer flächendeckend hohen Bedeutung gerecht werden können, müssen dringend Qualitätsstandards durch den Gesetzgeber vorgegeben und systemischen Fehlanreizen insbesondere bei der Finanzierung der sektorenübergreifenden Versorgung entgegengewirkt werden.
- Das Pflegebudget ist sowohl im Kontext der sektorübergreifenden Versorgung wie auch aller übrigen stationären Versorgungsstrukturen ohne Einschränkungen und Änderungen anzuwenden. Die Ausgestaltung von Vorhaltebudgets ist so vorzunehmen, dass das krankenhausesindividuelle Pflegebudget nicht von Vorhaltebudgets begrenzt werden kann.
- Als gesamtgesellschaftliche Aufgabe muss der Bund gemeinsam mit den Ländern die Transformation der Krankenhauslandschaft finanziell absichern. Das heißt, Bundesmittel

für den Transformationsfonds sind aus Steuern und nicht GKV-Versichertenbeiträgen zu erbringen. Mit einem bereits heute festgestellten Finanzdefizit der GKV von ca. 2,2 Mrd. Euro sind weitere Beitragssatzsteigerungen zulasten der Beschäftigten und Beitragszahlenden unausweichlich, wenn der Gesetzgeber den Irrweg einer nicht sachgerechten Querfinanzierung des Transformationsfonds aus GKV-Mitteln weiterverfolgt. Sollte eine rein steuerfinanzierte Kompensation nicht möglich sein, ist in jedem Fall die Einbeziehung der privaten Krankenkassen angezeigt. Schließlich nutzen alle Bürgerinnen und Bürger nutzen die Infrastruktur der Krankenhäuser als Teil der Daseinsvorsorge. Die Finanzierung der Transformation darf nicht auf die gesetzlich Krankenversicherten abgeladen werden.

- ver.di fordert die Ausgliederung sämtlicher Personalkosten aus den Fallpauschalen im Krankenhaus. Stattdessen muss eine kostendeckende Refinanzierung für alle Berufsgruppen und Tätigkeiten im Krankenhaus gesetzlich verankert werden, wie dies bereits durch das Pflegebudget für die Pflegeberufe der Fall ist. Das würde einer tatsächlichen Vorhaltefinanzierung deutlich mehr entsprechen als die vorgeschlagenen Regelungen und effektiv zu einer Entökonomisierung der Krankenhausversorgung beitragen.
- Die geplante anteilige Finanzierung der Krankenhausversorgung durch sogenannte Vorhaltebudgets nimmt keine vollständige Abkehr vom DRG-System vor, wie es aufgrund der zahlreichen erwiesenen Fehlanreize, die dieses System setzt, erforderlich wäre. Stattdessen soll das künftige Finanzierungssystem im Wesentlichen weiterhin abhängig von Fallzahlen und Leistungsmengen des DRG-Systems bleiben. Die neue Säule macht die Krankenhausfinanzierung absehbar noch komplexer und intransparenter. Eine Vorhaltefinanzierung, die tatsächlich sachgerecht kalkuliert ist und unabhängig von Fallzahlen und Leistungsmengen die Versorgung sicherstellt, wird mit dem vorliegenden Ansatz nicht erreicht. ver.di setzt sich für die vollständige Abschaffung und Überwindung der Fallpauschalen ein. Stattdessen müssen alle bei wirtschaftlicher Betriebsführung entstehenden Kosten nachgewiesen und zweckgebunden finanziert werden.
- Um dies zu gewährleisten, sind adäquate Prüfverfahren der Krankenhausabrechnungen unabdingbar. Die geplante Abschaffung der Einzelfallprüfung ist vor diesem Hintergrund nicht zielführend und birgt das Risiko, die hohe Zahl nicht beanstandeter, fehlerhafter Krankenhausabrechnungsprüfungen weiter zu erhöhen. Für die gesetzlichen Krankenkassen, die bereits von massiven Ausgabesteigerungen und einem strukturellen Finanzierungsdefizit betroffen sind, bedeutet eine solche Umstellung eine weitere und erhebliche finanzielle Belastung, da die sachgemäße Erstattung fehlerhafter Abrechnungen beeinträchtigt würde. Vor diesem Hintergrund fordert ver.di den

Gesetzgeber auf, Prüfverfahren zu ermöglichen, die eine Entlastung der Krankenhäuser von bürokratischem Aufwand und der damit einhergehenden Mehrbelastung der Krankenhausbeschäftigten im Rahmen der bisherigen Einzelfallprüfungen ermöglichen und gleichzeitig eine gezielte Krankenhausabrechnungsprüfung vorsehen, die sachgerechte Abrechnungsprüfungen mit dem Ziel einer möglichst vollständigen Erstattung fehlerhafter Abrechnungen an die GKV erlaubt. Hierzu können beispielsweise strukturierte Stichprobenverfahren, an Fehlerquoten kontingentierte Einzelfallprüfungen sowie das Beibehalten von Einzelfallprüfungen bei begründeten Verdachtsmomenten, etwa durch vorangehend festgestellte fehlerhafte Abrechnungsprüfungen, dienen.

- Die Umsetzung der sogenannten Vorhaltevergütung birgt hohe Risiken für die Krankenhäuser. ver.di drängt daher auf eine belastbare Auswirkungsanalyse und Folgenabschätzung, bevor eine Reform der Krankenhausvergütung umgesetzt wird.
- Es braucht unverzüglich ein Soforthilfeprogramm des Bundes für finanziell in Not geratene Krankenhäuser. Kliniken müssen in die Lage versetzt werden, das Wirksamwerden der Reform zu erleben, um Restrukturierungen innerhalb der Versorgungslandschaft nur unter den Vorzeichen bedarfsgerechter Krankenhausplanung und gesteuerter Transformationsprozesse zu ermöglichen. Eine kalte Strukturbereinigung, wie sie sich bereits jetzt in der Krankenhauslandschaft abzeichnet, steht im Widerspruch zu den erklärten Zielen der Krankenhausreform und läuft der Perspektive einer qualitativ hochwertigen, flächendeckenden stationären Versorgung zuwider.

## Zu den Regelungen im Einzelnen:

### I. Strukturreform durch Leistungsgruppen

#### Zu Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

**§ 135 e Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung**

**§ 135 f Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung**

#### Zu Artikel 3 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

#### **§ 6 a Zuweisung Leistungsgruppen**

Im Rahmen einer Strukturreform werden **Leistungsgruppen eingeführt**, über die **Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung** vorgegeben werden. Mit dem neuen § 135e SGB V werden bundeseinheitliche Qualitätskriterien, insbesondere Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität, vorgegeben. Zur Festlegung der Qualitätskriterien werden die Leistungen der Krankenhausbehandlung in Leistungsgruppen eingeteilt. Krankenhäuser haben die Qualitätskriterien der erbrachten Leistungsgruppen zu erfüllen. Für jede Leistungsgruppe sind Qualitätskriterien in folgenden Anforderungsbereichen festzulegen:

1. Erbringung verwandter Leistungsgruppen,
2. Sachliche Ausstattung,
3. Personelle Ausstattung sowie
4. Sonstige Struktur- und Prozesskriterien.

Die Qualitätskriterien sollen den aktuellen Stand der medizinisch wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigen und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen.

Das BMG soll ermächtigt werden, im Rahmen einer durch den **Bundesrat zustimmungspflichtigen Rechtsverordnung** folgendes festzulegen und weiterzuentwickeln:

1. Leistungsgruppen und Qualitätskriterien,
2. Regelungen zur Zulässigkeit der Einhaltung der Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbänden,
3. Regelungen, für welche Leistungsgruppen in Einzelfällen zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung von den Qualitätskriterien abgewichen werden kann und für welche Leistungsgruppen dies ausgeschlossen ist, sowie
4. das Nähere zum Verfahren.

Die Rechtsverordnung nach Satz 1 ist bis zum 31. März 2025 mit Wirkung ab 1. Januar 2027 zu erlassen.

Darüber hinaus soll das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) einen Ausschuss zur Weiterentwicklung der Leistungsgruppen einrichten, der Empfehlungen zu den Inhalten der Rechtsverordnung nach Abs. 2 Nr. 1 beschließt. Der Ausschuss soll durchfolgende Kriterien gekennzeichnet sein

- die Leitung des Ausschusses wird durch das BMG gemeinsam mit den obersten Gesundheitsbehörden der Länder übernommen
- sowohl das BMG als auch die Bundesländer können inhaltliche Weiterentwicklungen anstoßen; hierfür hat der Ausschuss zunächst einen Vorschlag der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) einzuholen. Das Institut für das Entgeltwesen im Krankenhaus (InEK) und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) werden mit Unterstützungsleistungen beauftragt. Der Ausschuss soll in gleicher Zahl besetzt werden mit Vertreter\*innen
  - o des GKV-SV
  - o der DKG, der Bundesärztekammer, der Hochschulmedizin und der Berufsorganisationen der Pflegeberufe
- Patientenorganisationen können beratend an den Sitzungen des Ausschusses teilnehmen
- Der Ausschuss kann sachverständige Personen zur Beratung hinzuziehen
- Der Ausschuss gibt sich eine Geschäftsordnung unter Genehmigungsvorbehalt des BMG. Es wird eine Geschäftsstelle zur Koordinierung der Arbeit des Ausschusses eingerichtet

Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung gelten

1. Die Leistungsgruppen aus Anlage 1 (NRW ergänzt um weitere Leistungsgruppen)
2. Die Qualitätskriterien des Krankenhausplans NRW vom 27.04.202



3. Die Qualitätskriterien für die Leistungsgruppen Nummern 3 (Infektiologie), 16 (Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie), 27 (Spezielle Traumatologie), 47 (Spezielle Kinder- und Jugendmedizin) und 65 (Notfallmedizin)

Soweit die Qualitätskriterien Vorgaben enthalten, die nur für das Land NRW gelten, erarbeitet und veröffentlicht der Medizinische Dienst Bund bis zum [drei Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes] eine bundeseinheitliche Prüfgrundlage zur Anwendung der entsprechenden Vorgaben des jeweiligen Landes.

Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung können Qualitätskriterien einer Leistungsgruppe in Kooperationen und Verbänden mit anderen Krankenhäusern unter Voraussetzungen der Regelungen zu Fahrtzeiten gem. § 6a Abs. 2 KHG erfüllt werden. Dies soll auch für Fachkrankenhäuser gelten, wobei hier die Pkw-Fahrtzeitminuten keine Anwendung finden sollen. Am Krankenhausstandort beschäftigte Fachärzte können für die Erfüllung der Qualitätskriterien für bis zu drei Leistungsgruppen, die an diesem Krankenhausstandort erbracht werden, angerechnet werden. Dies gilt nicht für die Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie.

Mit dem neuen § 135f SGB V werden für die Leistungsgruppen **Mindestvorhaltezahlen** eingeführt, die jeweils eine Mindestzahl an vom Krankenhausstandort zu erbringende Behandlungsfälle vorsehen.

Bei der Festlegung der Mindestvorhaltezahlen sind zu berücksichtigen:

1. Vorhaltung eines ständig verfügbaren Facharztstandards,
2. Sicherstellung einer bedarfsgerechten und flächendeckenden Versorgung sowie
3. Wirtschaftlichkeitsgebot gem. § 12 SGB V

Die Erfüllung der Mindestvorhaltezahl soll Voraussetzung für die Vorhaltevergütung der jeweiligen Leistungsgruppe sein. Sie gilt für das nächste Jahr als erfüllt, wenn gem. den Daten nach § 21 Abs. 1 KHEntG die Anzahl der erbrachten Behandlungsfälle eines Krankenhausstandorts im Vorjahr mindestens der Mindestvorhaltezahl entspricht.

Bei geplanten Leistungsverlagerungen von zwei auf einen Standort gilt die Mindestvorhaltezahl für den Standort, der die Leistung weiter erbringt, als erfüllt, wenn bisher die Summe der beiden Standorte zusammen die Mindestvorhaltezahl erreichte. Die zuständige Landesbehörde informiert in diesem Fall unverzüglich das InEK.

Das BMG beauftragt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit wissenschaftlichen Empfehlungen für die Festlegung und regelmäßige Weiterentwicklung der Mindestvorhaltezahlen für die Leistungsgruppen nach § 135 e SGB V.

Das InEK soll mit Auswertungen anhand der Leistungsdaten nach § 21 KHEntgG zu den Empfehlungen des IQWiG beauftragt werden. Hier sind die Auswirkungen auf Fahrtzeiten einzubeziehen. Die Auswertung ist jeweils drei Monate nach Zugang der Empfehlungen des IQWiG beim BMG vorzulegen. Den zuständigen Landesbehörden werden die folgenden Auswertungen bis zum 30. Juni d. J. zugestellt:

- die Anzahl der erbrachten Behandlungsfälle eines Krankenhausstandorts je Leistungsgruppe nach § 21 KHEntgG und
- die Information, welcher Krankenhausstandort für das jeweils nächste Kalenderjahr die nach Absatz 5 bekannt gegebene Mindestvorhaltezahzahl welcher Leistungsgruppen gemäß Absatz 1 Satz 4 bis 6 erfüllt oder nicht erfüllt.

Ausnahmen sind möglich, wenn die für Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung für zwingend erforderlich erachtet. Dies ist dem InEK, den Landesverbänden der Krankenkassen erstmalig bis zum 31. Oktober 2026, danach jeweils bis spätestens 31. Oktober eines Jahres mitzuteilen.

Das BMG legt Mindestvorhaltezahlen auf Grundlage der Empfehlungen des IQWiG sowie der Auswertungen und der Empfehlung des InEK durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates fest. Die Festlegungen erfolgen erstmalig [ein Jahr nach Datum des Inkrafttretens nach Artikel 7 Satz 1] mit Wirkung ab dem Kalenderjahr 2027. Das BMG überprüft die Festlegungen regelmäßig.

Die zuständige Landesbehörde weist den zugelassenen Krankenhäusern standortbezogen Leistungsgruppen nach § 135e SGB V zu (§ 6a KHG neu). Voraussetzung ist die Erfüllung der für die jeweilige Leistungsgruppe geltenden Kriterien. Ein Anspruch auf Zuweisung einer Leistungsgruppe besteht nicht. Die Erfüllung der Qualitätskriterien wird durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes nachgewiesen. Bis zum Vorliegen des Gutachtens kann die Erfüllung der Qualitätskriterien, deren Prüfung bereits beauftragt wurde, durch eine begründete Selbsteinschätzung des Krankenhauses nachgewiesen werden. Das Gutachten ersetzt die Selbsteinschätzung.

Bundeswehrkrankenhäusern und BG-Kliniken sollen die Leistungsgruppen zugewiesen werden, für die sie nach ihrer Aufgabenstellung Ressourcen vorhalten.

Die Zuweisung der Leistungsgruppen erfolgt durch Bescheid. Gegen den Bescheid ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben.

Zur zwingend notwendigen Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung kann die Krankenhausplanungsbehörde im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen dem Krankenhaus Leistungsgruppen zuweisen, deren Qualitätskriterien nicht erfüllt sind und soweit eine Ausnahme nicht ausdrücklich in der Leistungsgruppenverordnung ausgeschlossen ist.

Die Zuweisung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung ist zwingend erforderlich bei Entfernung (Fahrzeit) eines entsprechenden Krankenhauses von

1. 30 PKW-Fahrtzeitminuten für die Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie sowie
2. 40 PKW-Fahrtzeitminuten für die übrigen Leistungsgruppen.

Ist das Krankenhaus in der Liste für einen Sicherstellungszuschlag aufgenommen, kann die Zuweisung unbefristet erfolgen. Die Landesbehörde kann sich durch den MD beraten lassen. Die Landesverbände der Krankenkassen handeln gemeinsam und einheitlich.

Die Zuweisung der Leistungsgruppe ist unverzüglich aufzuheben,

1. wenn die Auflagen zur Erfüllung der Qualitätskriterien nach Ablauf der Frist nicht erfüllt werden
2. wenn die Qualitätskriterien nicht mehr erfüllt werden
3. die Geltungsdauer des Gutachtens des Medizinischen Dienstes überschritten ist

Die Aufhebung der Leistungsgruppen erfolgt durch Bescheid. Widerspruch und Anfechtungsklage habe keine aufschiebende Wirkung.

Gem. § 6a KHG werden den Landesbehörden eine Reihe von Informationspflichten gegenüber dem InEK und dem IQTIG vorgegeben. Darüber hinaus werden den Landesbehörden die Befugnisse zur Zuweisung von Koordinierungsaufgaben eingeräumt.

Bewertung:

Die künftige Strukturierung des stationären Versorgungsgeschehens über Leistungsgruppen und Qualitätskriterien ist grundsätzlich sinnvoll, damit ein sachgerechtes Zusammenwirken der Kliniken mit unterschiedlichen Leistungsschwerpunkten an der Deckung regionaler und überregionaler Versorgungsbedarfe erreicht wird. Entscheidend hierfür wird die Ausgestaltung der Qualitätskriterien sein. Diese müssen als tatsächliche Garanten qualitativ hochwertiger

Versorgung funktionieren, indem bspw. Personalbemessungssysteme wie die PPR 2.0 als strukturelle Indikatoren verankert werden. Das Einräumen von Ausnahmetatbeständen bei der Zuordnung von Leistungsgruppen gegenüber den Ländern zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung ist sinnvoll. Den Krankenhäusern muss ausreichend Zeit und die entsprechende finanzielle Möglichkeit eingeräumt werden, die erforderlichen Qualitätskriterien zu erfüllen und nachzuweisen.

Die Einrichtung eines Steuerungsausschusses nach § 135e SGB V erscheint grundsätzlich sinnvoll, um eine partizipative, die unterschiedlichen Bedarfe und Perspektiven im Kontext der stationären Gesundheitsversorgung berücksichtigende Entwicklung und Weiterentwicklung der Leistungsgruppen zu ermöglichen. Nicht nachzuvollziehen ist jedoch, dass den Krankenhausbeschäftigten offenbar keine angemessene Mitwirkung und Repräsentation im Ausschuss ermöglicht werden soll. Anders ist nicht zu erklären, weshalb ver.di als größte und maßgebliche Gewerkschaft für Beschäftigte in den Krankenhäusern nicht unter den zu beteiligenden Verbänden aufgeführt wird. Dies ist, gerade angesichts der Bedeutung guter Arbeitsbedingungen für die Sicherstellung qualitativ hochwertiger Versorgung, nicht zu rechtfertigen. Als maßgebliche Interessenvertretung der Krankenhausbeschäftigten ist eine Beteiligung von ver.di als ständiges und stimmberechtigtes Mitglied im Ausschuss vorzusehen.

ver.di schlägt daher folgende Neufassung des § 135 e Abs. 3 SGB V vor:

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit richtet einen Ausschuss ein, der Empfehlungen zu den Inhalten der Rechtsverordnung nach Absatz 1 Nummer 1 bis 4 beschließt. Der Ausschuss wird durch das Bundesministerium für Gesundheit und die obersten Landesgesundheitsbehörden gemeinsam geleitet. Soweit das Bundesministerium für Gesundheit oder eine oberste Landesgesundheitsbehörde über die Weiterentwicklung der Inhalte der Rechtsverordnung nach Absatz 1 Nummer 1 bis 4 beraten möchte, kann der Ausschuss hierzu zunächst einen Vorschlag der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften einholen. Der Ausschuss kann beschließen, dass das Bundesministerium für Gesundheit das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte beauftragt, Leistungen zur Unterstützung seiner Tätigkeit zu erbringen. Der Ausschuss besteht in gleicher Zahl aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen einerseits und Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der für Personalfragen der Krankenhäuser maßgeblichen Gewerkschaften, der Bundesärztekammer, der Hochschulmedizin und der Berufsorganisationen der Pflegeberufe andererseits. Die Patientenorganisationen nach § 140f können beratend an den Sitzungen des Ausschusses

teilnehmen. Der Ausschuss kann sachverständige Personen zur Beratung hinzuziehen. Der Ausschuss legt das Nähere zur Arbeitsweise, Besetzung und Beschlussfassung des Ausschusses in einer Geschäftsordnung fest. Die Geschäftsordnung und ihre Änderung bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Wird die Geschäftsordnung nicht bis zum ... [einsetzen: Datum desjenigen Tages des vierten auf den Monat des Inkrafttretens dieses Gesetzes folgenden Kalendermonats, dessen Zahl mit der des Tages Inkrafttretens dieses Gesetzes übereinstimmt, oder, wenn es einen solchen Kalendertag nicht gibt, Datum des ersten Tages des darauffolgenden Kalendermonats] festgelegt, legt das Bundesministerium für Gesundheit die Geschäftsordnung fest. Zur Koordinierung der Tätigkeit des Ausschusses richtet das Bundesministerium für Gesundheit eine Geschäftsstelle ein.

Im Gesetzentwurf fehlt es an der Betonung der Notwendigkeit einer auf die Versorgungsregionen bezogenen Bedarfsplanung, die eine Bemessung von Leistungsgruppen und davon ausgehend eine Zuordnung der Vorhaltebudgets am regionalen Versorgungsbedarf strukturiert. Auf Empfehlungen für einen versorgungsrelevanten Bevölkerungsbezug wird, bis auf die Angabe der PKW-Fahrzeiten, jedoch verzichtet. Hierzu gehören auch strukturelle Indikatoren wie Bettenzahlen, um Versorgungskapazitäten sachgerecht bemessen und planen zu können. Parallel zur Krankenhausreform muss die ambulante Versorgungsebene gestärkt werden. Im Rahmen von sektorenübergreifenden Bedarfsplanungen ist ein frühzeitiger und flächendeckender Aufbau ambulanter Versorgungskapazitäten in den Kommunen und Regionen erforderlich, um die durch Transformationsprozesse notwendigen ambulanten Kapazitäten verfügbar zu haben. ver.di setzt sich angesichts der notwendigen Veränderungen der Krankenhausplanungen in den Bundesländern für bundeseinheitliche Empfehlungen ein, die helfen sollen, einen versorgungsrelevanten Bevölkerungsbezug der Planungsprozesse auf Länderebene zu gewährleisten. Hier ist der Gemeinsame Bundesausschuss mit der Entwicklung von Empfehlungen gesetzgeberisch zu beauftragen.

Im Gesetzentwurf wurden mit dem neu formulierten § 135f SGB V Mindestvorhaltezahlen für Leistungsgruppen mit Auswirkung auf die sogenannte Vorhaltefinanzierung der jeweiligen Leistungsgruppe ergänzt. Um die Wirkung beurteilen zu können, ist eine Simulation verschiedener Modelle notwendig, bevor die Umsetzung erfolgen kann. Wahrscheinlich werden vor allem Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung von Mindestvorhaltezahlen besonders betroffen sein. Grundsätzlich dürfte der Ansatz eines erforderlichen Mindestvorhaltezahlenachweises Konzentrationseffekte befördern. Mindestvorhaltezahlen müssen deshalb so gewählt und definiert werden, dass regionale Versorgungsbedarfe auch bei der Nichterfüllung von

Mindestvorhaltezahlen seitens einzelner Versorgungsstrukturen ohne Einschränkungen bei der flächendeckenden Versorgungsqualität gedeckt werden können. Grundsätzlich erscheint die Systematik, Mindestfallzahlen auf Vorschlag des Instituts für die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen (IQWiG) unter Einbeziehung des Instituts für die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen (IQTiG) und des Instituts für die Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu definieren, geeignet, um eine wissenschaftliche gesicherte Grundlage für die Fallzahlvorgabe zu leisten. Um diese wissenschaftlich gesicherten Rahmenbedingungen zur Umsetzung einer bedarfsgerechten Versorgung festzulegen, ist das allein für die Entgeltzahlung zuständige InEK jedoch keine geeignete Institution. Ein Recht zur Abgabe von Stellungnahmen seitens des InEK zu den durch IQWiG und IQTiG auf wissenschaftlicher Grundlage getroffenen Vorschlägen zu Mindestfallzahlen wird der Zielsetzung des §135f besser gerecht.

Sinnvoll und sachgerecht erscheint ebenfalls die unter Abs. 4 vorgesehene Möglichkeit der Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebots nach §12 für bedarfsgerechte Krankenhäuser. Auch die Zustimmungspflichtigkeit der zugrunde zu legenden Verordnung durch den Bundesrat erscheint sachgerecht, um die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung seitens der Länder mit der Zielsetzung der Einführung qualitativer Versorgungskriterien in Verbindung zu bringen.

Die den Landesbehörden gegebenen Möglichkeiten zur Zuordnung von Ausnahmetatbeständen sind grundsätzlich sinnvoll, um auf spezifische regionale Versorgungsbedarfe ländersseitig flexibel reagieren zu können. Ohne einheitliche Kriterien für die Anwendung von Ausnahmetatbeständen ist nach jetzigem Stand jedoch nicht zu bemessen, inwieweit eine Verbesserung der Versorgung tatsächlich realisiert werden kann, wenn beispielsweise die Bundesländer diese Option umfassend nutzen. Dem Nachweis, dass tatsächlich ein Ausnahmetatbestand für eine Leistungsgruppenzuordnung erfüllt ist, etwa aufgrund demografischer oder infrastruktureller Gegebenheiten, kommt daher besondere Bedeutung zu.

Wie Qualitätskriterien die Zuweisung von Leistungsgruppen durch die Landesbehörden, Erreichbarkeitszeiten sowie die Mindestvorhaltezahlen und die damit verknüpfte Vorhaltefinanzierung tatsächlich zusammenwirken, ist nicht ohne Simulation zu prognostizieren. ver.di fordert den Gesetzgeber daher auf, im Rahmen bundesweiter Modellrechnungen das Zusammenspiel der genannten Faktoren und deren Auswirkungen in den Versorgungsregionen zu simulieren.

Für das Kriterium der personellen Ausstattung als Bestandteil der Qualitätskriterien der Leistungsgruppendifinition sind Ergänzungen erforderlich. So ist im nordrhein-westfälischen Leistungsgruppensystem, das als Orientierung des Gesetzesentwurfs genommen wird, nur das

ärztliche Personal maßgeblich. Krankenhäuser sind als multiprofessionelle Einrichtungen jedoch zwingend darauf angewiesen, eine bedarfsgerechte Personalausstattung in allen Berufsgruppen sicherzustellen, um die Versorgung gewährleisten zu können. Zudem muss sichergestellt sein, dass die Qualitätskriterien zur personellen Ausstattung, insbesondere in den Bereichen Pädiatrie, pädiatrische Intensivpflege und Neonatologie, keine qualitative Verschlechterung zu den Richtlinien des GBA darstellen. Strukturvorgaben, die die Gesamtheit der Berufsgruppen im Krankenhaus, darunter insbesondere die Krankenhauspflege, abdecken, sind unerlässlich. Auch die weiteren Berufe, etwa in Service- und Funktionsbereichen oder den Therapieberufen, gehören in das Bild einer leistungsfähigen und qualitativ hochwertigen Versorgung. ver.di fordert daher, die Definition der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen dahingehend zu erweitern, dass die personelle Ausstattung aller Berufsgruppen und Tätigkeitsbilder im Krankenhaus erfasst wird. Für die Krankenhauspflege ist die Einhaltung der bedarfsgerechten Pflegepersonalbemessungsregelung, wie sie gesetzlich durch den § 137 k SGB V begründet und inzwischen in Kraft ist, zu erfassen. Für den Bereich der Intensivpflege sind bedarfsgerechte Strukturvorgaben zu integrieren, sobald die hierfür ausschlaggebende Regelung in Kraft getreten ist. Bis dahin sind die geltenden Pflegepersonaluntergrenzen gem. § 137 i SGB V als personelle Qualitätskriterien zu berücksichtigen.

## **II. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen**

**Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

**§ 115 g Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung**

**§ 116 a Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser**

**Zu Artikel 3 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

**§ 6b Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung**

**Zu Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**

## **§ 6c Vergütung von Krankenhäusern, die als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen bestimmt sind**

Die für die Krankenhausplanung zuständige Behörde soll Krankenhäuser bestimmen, die über ihren stationären Versorgungsauftrag hinaus sektorenübergreifende Leistungen erbringen können und als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung betrieben werden sollen. Dies muss die Landesbehörde dem IQTiG unverzüglich, spätestens innerhalb vier Wochen, mitteilen.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen sollen an der Schnittstelle zwischen stationärer Versorgung, ambulanter Versorgung und Kurzzeitpflege interdisziplinäre, wohnortnahe Grundversorgung sicherstellen. Den Krankenhäusern wird durch Benennung als sektorenübergreifender Versorger die Möglichkeit eröffnet, stationäre Leistungen zu erbringen, soweit sie von der Vereinbarung nach Abs. 3, S. 1 Nr. 2 und 3 umfasst sind und die Anforderungen nach Abs. 3 S. 1 Nr. 4 erfüllt sind, einschließlich belegärztlicher Leistungen in dem durch den Versorgungsauftrag des Landes bestimmten Umfang. Für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen werden zudem zusätzliche ambulante Versorgungsmöglichkeiten, u.a. in der hausärztlichen Versorgung, geschaffen. (§116a SGB V). Die Vergütung stationärer Krankenhausleistungen erfolgt über degressive krankenspezifische Tagesentgelte. Die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen nach §17b Abs. 4 KHG sind vollständig im zu planenden Gesamtvolumen der sachgerechten Finanzierung der sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen zu berücksichtigen. Dabei sind die für das Vereinbarungsjahr geltenden Vorgaben zur bundeseinheitlichen Definition und Abgrenzung der Pflegepersonalkosten nach §6 Abs. 2 S. 1 maßgeblich. Weichen die tatsächlichen Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen von den vereinbarten Pflegepersonalkosten ab, sind die Mehr- oder Minderkosten bei der Vereinbarung des Gesamtvolumens für das auf das Vereinbarungsjahr folgende Jahr zu berücksichtigen, indem das Gesamtvolumen für das Vereinbarungsjahr berichtigt wird und Ausgleichszahlungen für das Vereinbarungsjahr geleistet werden.

Sektorenübergreifende Leistungen, die von einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung erbracht werden können, sollen insbesondere umfassen:

- ambulante Leistungen aufgrund einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung
- ambulantes Operieren nach § 115b
- belegärztliche Leistungen, soweit vom Versorgungsauftrag des Landes erfasst
- Übergangspflege nach § 39e SGB V, Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI



- Kurzzeitpflege nach § 39 c SGB V, § 42 SGB XI

Leistungen aus den Bereichen der Übergangspflege und der Kurzzeitpflege sollen unter pflegerischer Leitung erbracht werden können, sofern sie nicht ärztlich zu verantworten sind. Voraussetzung für die Erbringungen von Leistungen nach §§ 41, 42 SGB XI soll sein, dass dies in selbstständigen, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennten Pflegeabteilungen erfolgt, die als stationäre Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 SGB XI zugelassen sind.

DKG und GKV-SV vereinbaren innerhalb von 12 Monaten nach Verkündung des Gesetzesbeschlusses, welche stationären Leistungen der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin oder Geriatrie mindestens angeboten werden müssen; welche weiteren Leistungen der Leistungsgruppe Allgemeine Innere Medizin und Geriatrie und welche stationären Leistungen der Leistungsgruppe Allgemeine Chirurgie oder weiterer Leistungsgruppen nach § 135e ebenfalls angeboten werden können; welche stationären Leistungen eine sektorübergreifende Versorgungseinrichtung außerhalb des genannten Leistungsrahmens erbracht werden dürfen, sofern sie hierbei telemedizinisch von einem kooperierenden Krankenhaus mit entsprechend zugewiesenen Leistungsgruppen unterstützt werden; welche Anforderungen an Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation der Leistungserbringung gestellt und wie diese aufwandsarm geprüft werden können.

Da es sich bei den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen um eine wesentliche Neuerung handelt, ist eine Evaluationsregelung hinsichtlich der Auswirkungen auf die ambulante, stationäre und pflegerische Versorgung vorgesehen. Die Evaluation soll sich auch auf die finanziellen Auswirkungen beziehen. Der erste Evaluationsbericht soll seitens DKG, GKV-SV, KBV und dem PKV-Verband fünf Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes vorgelegt werden.

Bewertung:

Die vorgesehenen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen sollen, integriert in die Versorgungskonzepte der Länder, ambulante Versorgung, Kurzzeitpflege und ein minimales Spektrum an stationären Versorgungsleistungen anbieten. Es ist erkennbar, dass ihr Profil darauf ausgerichtet ist, kleinere Krankenhäuser in Metropolregionen oder strukturschwachen Gebieten zu ersetzen. Dabei zeigt sich als wesentliches Problem, dass sie einen flächendeckenden Versorgungsauftrag nicht ohne zentrale Strukturvoraussetzungen erfüllen können. Dazu gehört

neben dem Vorhandensein von ausreichenden niedergelassenen bzw. anzustellenden Ärzt\*innen auf ambulanter Ebene auch die Gewährleistung einer flächendeckenden Notfallversorgung, die durch die Herausnahme der sektorenübergreifenden Versorgungsebene aus der Notfallversorgung der Länder jedoch konterkariert würde. Gerade entlegene Regionen mit größeren Entfernungen zu weiterführenden Versorgungsstrukturen sind darauf angewiesen, auch vor Ort schnell und mit ausreichenden Kapazitäten durch Notfallversorgung abgedeckt zu sein. ver.di fordert deshalb, die Anbindung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen an nächstgelegene, größere Krankenhäuser vorzusehen, um die ambulante Versorgung, die telemedizinische Anbindung und Überwachungsbetten für die Grund- und Notfallversorgung vor Ort zu organisieren und koordinieren.

Richtig und sachgerecht ist, dass im Gesetzesentwurf nun im Vergleich zum Referentenentwurf auf eine Negativ-Liste von Leistungen, die durch sektorenübergreifende Versorger a priori nicht erbracht werden dürfen, verzichtet wird.

Die Einführung von degressiven Tagespauschalen als Bestandteil der Mischfinanzierung ist abzulehnen. Diese Finanzierung kann ein Einfallstor für renditeorientierte Investoren darstellen, die möglichst kostengünstig Leistungen mit dem Ziel der Renditeabschöpfung aus der Pauschalfinanzierung, zu Lasten der Versorgungsqualität und der Arbeitsbedingungen anbieten wollen.

Die vollständige Berücksichtigung der Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung im Rahmen der sachgerechten Kalkulation der Gesamtfinanzierungsvolumens ist unter der Voraussetzung der Berichtigung des Gesamtvolumens insbesondere im Falle von Mehrkosten und der Leistung von Ausgleichszahlungen für das Vereinbarungsjahr eine sachgerechte Lösung. Gleichwohl weist ver.di darauf hin, dass die vollständige Refinanzierung nicht auf die Pflegepersonalkosten in der unmittelbaren Patientenversorgung beschränkt bleiben darf. Keinesfalls dürfen Beschäftigte aus anderen Tätigkeitsbereichen als der unmittelbaren pflegerischen Patientenversorgung aufgrund der durch den Gesetzesentwurf vorgesehenen sachgerechten Pauschalfinanzierung damit konfrontiert werden, dass Berichtigungen des Gesamtvolumens oder Ausgleichszahlungen die Finanzierung ihrer jeweiligen Stelle gefährden. ver.di fordert den Gesetzgeber auf, sämtliche Personalkosten für alle Berufsgruppen und Tätigkeitsbilder vollständig im zu kalkulierenden Gesamtvolumen der sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen zu berücksichtigen.

Zur Sicherung der Versorgungsqualität ist jeweils die Anbindung eines Krankenhauses mind. des Level II an eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung vorzusehen. Zusätzlich kann sich diese Anbindung über die Mitbestimmung und Tarifbindung positiv auf die Gestaltung der Rahmenbedingungen für Beschäftigte auswirken.

### **III. Prüfungen durch den Medizinischen Dienst**

#### **Zu Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

##### **§ 275 a Prüfungen zu Strukturen in Krankenhäusern und weitere Qualitätsprüfungen**

#### **Zu Artikel 3 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

##### **§ 17 c Einführung Stichprobenvergütung durch Medizinischen Dienst Bund**

Der Medizinische Dienst soll in den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern standortbezogen Prüfungen zur Einhaltung der Qualitätskriterien nach § 135e, von Strukturmerkmalen auf Grund des vom BfArM herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 310 Abs. 2 sowie den Qualitätsanforderungen nach §§ 135b und 136 bis 136c einschließlich der Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung sowie der Qualitätsanforderungen der Länder vornehmen.

Die Prüfungen sind aufwandsarm zu gestalten und erfolgen in der Regel schriftlich auf Basis vorliegender Daten und Auskünfte. Abweichend können sie vor Ort erfolgen, sofern sie angemeldet sind und eine Inaugenscheinnahme der Gegebenheiten erforderlich machen. Unangemeldete Prüfungen sind zulässig, wenn begründet erscheint, dass eine Prüfung den Prüfungserfolg gefährden würde. Die Krankenhäuser haben die für die Prüfung erforderlichen personen- und einrichtungsbezogenen Daten innerhalb von sechs Wochen nach Anforderung an den MD zu übermitteln.

Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde hat vor der Zuweisung von Leistungsgruppen nach § 6a KHG den Medizinischen Dienst mit Prüfungen zu beauftragen. Prüfungen haben unverzüglich stattzufinden und sind mit einem Gutachten, das innerhalb von 10 Wochen an die beauftragende Stelle übersandt wird, abzuschließen. Erstmalig sind Prüfungen bis zum 30. September 2025 zu beauftragen; diese Prüfungen sind bis spätestens 30. Juni 2026 abzuschließen.

Nach Abschluss des Verfahrens übermittelt der MD der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen, den IQTiG und dem geprüften Krankenhaus auf elektronischem Wege das Ergebnis der Prüfung. Das Gutachten gilt längstens für einen Zeitraum von zwei Jahren als Nachweis über die Einhaltung der

Qualitätskriterien der jeweiligen Leistungsgruppen. Krankenhäuser, die eines oder mehrere Qualitätskriterien einer oder mehrerer Leistungsgruppen über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht einhalten, haben dies unverzüglich dem MD, der zuständigen Landesbehörde sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen mitzuteilen. Stellt der MD fest, dass ein Krankenhaus dieser Mitteilungspflicht nicht oder nicht rechtzeitig nachgekommen ist, informiert er darüber unverzüglich die zuständige Landesbehörde. Diese Krankenhäuser dürften in der jeweiligen Leistungsgruppe erbrachte Leistungen ab dem Zeitpunkt der Nichterfüllung der Qualitätskriterien nicht abrechnen, es sei denn, die zuständige Landesbehörde sieht von der Aufhebung der Zuweisung einer Leistungsgruppe nach Kenntnis der nicht oder nicht rechtzeitig erfolgten Meldung ab.

Krankenhäuser haben die Einhaltung von Strukturmerkmalen auf Grund des vom BfArM herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Abs. 2 durch den MD begutachten zu lassen, bevor sie entsprechende Leistungen abrechnen.

#### Bewertung:

Die vorgesehene Form von Prüfungen und Stichprobendurchführungen in Krankenhäusern unter der Prämisse einer aufwandsarmen Prüfung erscheint sinnvoll. Sichergestellt werden muss eine die organisatorischen Abläufe und Prozesse möglichst nicht beeinträchtigende Prüfform, die die an der Versorgung beteiligten Krankenhausbeschäftigten nicht zusätzlich belastet. Das Instrument unangemeldeter Prüfungen ist vorrangig zur Sicherstellung der Versorgungsqualität und Einhaltung vorgegebener Standards und Kriterien, die auch dem Schutz der Beschäftigten vor dauerhaften Über- und Belastungen dienen müssen, zu sehen.

Sicherzustellen ist, dass eine Einführung von Stichprobenprüfverfahren durch den Medizinischen Dienst nicht zu einer Beeinträchtigung der Gesamtergebnisqualität der Abrechnungsprüfungen und somit zu einer Gefährdung der flächendeckenden Versorgungsqualität wie auch der sachgerechten Verwendung der Versichertenbeiträge führt. Eine regelmäßige Evaluation der Prüfungen, etwa hinsichtlich geeigneter Prüfintervalle, Schwerpunkte und ermittelter Defizite sowie der Entwicklung der Ergebnisse im zeitlichen Verlauf ist vor diesem Hintergrund erforderlich. Ebenfalls würde eine vollständige Abkehr vom Einzelfallprüfverfahren für die gesetzlichen Krankenkassen das Risiko bergen, weniger fehlerhafte Abrechnungen festzustellen und die zuviel entrichteten Versichertenbeiträge zurückzufordern. Vor diesem Hintergrund ist es Aufgabe des Gesetzgebers, den G-BA zu beauftragen, geeignete Prüfverfahren zu definieren, die einerseits eine Reduzierung des bürokratischen Aufwands durch Prüfungen der Abrechnungen ermöglichen

und andererseits sicherstellen, dass fehlerhafte Abrechnungsprüfungen umfassend und zielgerichtet ermittelt und von den gesetzlichen Krankenkassen zurückgefordert werden können.

Hierzu ist § 17 c Abs. 1 a um den folgenden Punkt zu ergänzen:

„5. Zu den erforderlichen Voraussetzungen weiterhin zulässiger Einzelfallprüfungen von Abrechnungen einschließlich geeigneter Vorgaben, um diese bürokratie- und aufwandsarm zu gestalten.“

#### **IV. Vorhaltevergütung**

##### **Zu Artikel 3 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

##### **§ 17 b Einführung Vorhaltevergütung**

##### **(4 b) Ausgliederung des Vorhaltebudgets aus den DRG**

##### **(4 c) Auswirkungsanalyse des InEK**

##### **§ 37 Aufträge an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit der Ermittlung der Vorhaltevergütung**

##### **§ 38 Aufträge an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit Zuschlägen zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und mit Zuschlägen zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken**

##### **§ 39 Förderbeiträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin**

##### **Zu Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**

##### **§ 5 KHEntG Zuschlag für Krankenhäuser mit Koordinierungsaufgaben, Pädiatrie, Hochschulkliniken**

##### **§ 6b KHEntG Vergütung des Vorhaltebudgets**

##### **§ 8 Abs. 4 Abrechnungsausschluss**

Die Finanzierung der Krankenhäuser wird auf eine doppelte Pauschalfinanzierung umgestellt: Einerseits wird eine Vorhaltebudgetfinanzierung i.H.v. 60 Prozent des bisherigen Fallpauschalenvolumens realisiert, die nach Krankenhaus, Bundesland, Fallschwere und Fallzahl differenziert wird. Andererseits bleibt eine Fallpauschalenfinanzierung über die restlichen 40 Prozent des bisherigen Fallpauschalenvolumens erhalten. In den ausgegliederten 60 Prozent soll auch das gegenwärtige Volumen des Pflegebudgets enthalten sein, was zum jetzigen Zeitpunkt

allerdings bereits aus den Fallpauschalen ausgegliedert ist und ca. 20 Prozent des Fallpauschalenvolumens entspricht. Insofern liegt das tatsächliche Volumen der Vorhaltevergütung voraussichtlich bei 40 Prozent. Zur Ermittlung der Vorhalte-Bewertungsrelationen sollen von den 60 Prozent der verminderten Kosten die Pflegepersonalkosten abgezogen werden. Sind die Pflegepersonalkosten  $\geq 60$  Prozent der verminderten Kosten, beträgt die Vorhalte-Bewertungsrelation null.

Für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin sollen die Vorhalte-Bewertungsrelationen nach Maßgabe von § 39 Abs. 3 KHG erhöht werden. Die Vorhaltevergütung soll erstmalig in der Fallpauschalenvereinbarung 2025 mit Vorhaltebewertungsrelationen im Fallpauschalenkatalog berücksichtigt werden.

Das InEK soll die Auswirkungen der Einführung der Vorhaltevergütung in den Jahren 2027 bis 2032 analysieren und dabei insbesondere die Veränderung der Versorgungsstrukturen und der Versorgungsqualität untersuchen. Dazu sollen dem BMG jeweils bis zum 31.12.2029 und 31.12.2031 Zwischenberichte und zum 31.12.2033 der Abschlussbericht vorgelegt werden.

Für die **Verteilung des Vorhalteanteils auf die Krankenhäuser** soll das InEK zunächst die Vorhaltebewertungsrelationen pro Land ermitteln [§ 37 KHG neu], erstmals 2026. Grundlagen der Ermittlung sollen die Fallzahlen nach § 21 KHEntgG für das Vorjahr, die zugewiesenen und nach § 6a Abs. 4 KHG gemeldeten Leistungsgruppen sowie die ausgegliederten Vorhaltebewertungsrelationen für das Folgejahr sein. Die Vorhaltebewertungsrelationen sollen gegliedert nach Leistungsgruppen gem. § 135e SGB V auf die Krankenhäuser aufgeteilt. Das InEK soll ein Konzept für die Verteilung bis zum 30.09.2024 erstellen und veröffentlichen. Diese Ermittlung soll nach zwei Jahren und danach alle drei Jahre durchgeführt werden. Über- oder Unterschreitungen der individuellen Fallzahlen in den Krankenhäusern um bis zu je 20 Prozent sollen ohne Auswirkungen auf die Einstufung bleiben. Eine mögliche Umstellung der normativ festgelegten Vorhaltebudgetfinanzierung i.H.v. 60 Prozent hin zu einer Kalkulation der Vorhaltebudgets soll als Bestandteil des Weiterentwicklungsauftrags, den das InEK bis 2032 durchzuführen hat, als Empfehlung geprüft werden.

Eine komplette Neuberechnung der Verteilung der Vorhaltebewertungsrelationen einer Leistungsgruppe mit Wirkung für das Folgejahr soll erfolgen, wenn eine Leistungsgruppenzuweisung aufgehoben oder ein Standort geschlossen wurde, eine Krankenhausfusion oder eine Umwandlung in eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung erfolgt ist. Die Vorgehensweise bei der Ermittlung des Anteils der

Krankenhausstandorte an der Vorhaltevergütung ist vom InEK in dem Konzept zur Verteilung zum 30.09.2024 vorzulegen.

Im Jahr 2025 soll die Reform zunächst budgetneutral beginnen und in den Krankenhäusern ohne Budgetänderungen gegenüber dem Vorjahr verlaufen. Erst ab 2027 soll das Vorhaltebudget, zunächst im Zuge einer Konvergenzphase, wirksam werden. Der tatsächliche Erhalt der Vorhaltevergütung durch ein Krankenhaus ist mit Ausnahme der vorübergehenden Leistungsgruppenzuweisung zum Zweck der Sicherstellung Versorgung an die Einhaltung der Qualitätskriterien geknüpft.

Darüber hinaus sollen in § 37 KHG Regelungen für den Ausgleich für Krankenhausstandorte bei unterjährigen Veränderungen sowie landesbezogene Ausgleichsregelungen im Rahmen der Einführungsphase vorgesehen werden.

Die Krankenhausreform soll grundsätzlich ausgabenneutral erfolgen, zusätzliche finanzielle Mittel sind nicht vorgesehen. Ausgenommen hiervon sind erweiterte Zuschläge zu besonders versorgungsrelevanten Leistungsgruppen in den Bereichen Pädiatrie, Geburtshilfe, Notfallversorgung, Stroke Unit, spezielle Traumatologie und Intensivmedizin sowie zur Förderung besonderer Aufgaben.

Für die Förderung von **Koordinierungs- und Vernetzungsausgaben** ist § 38 KHG (neu) vorgesehen. Voraussetzung ist die Zuweisung entsprechender Aufgaben der Landesbehörden an Krankenhäusern, die dem Level IIIu oder ausnahmsweise dem Level III zugeordnet werden, wenn im Land kein in Frage kommendes Universitätsklinikum vorhanden ist. Dazu soll das InEK die Summe von 125 Millionen Euro jährlich auf die einzelnen Länder, erstmals für 2027, aufteilen. Das Bundesland soll rechnerisch den Anteil erhalten, der dem Vorhaltevolumen des Landes am Gesamtvorhaltevolumen aller Leistungsgruppen entspricht. Das InEK soll im zweiten Schritt die Förderbeträge der jeweiligen Bundesländer auf die zuschlagsberechtigten Krankenhäuser nach dem Anteil des Vorhaltevolumens des einzelnen zuschlagsberechtigten Krankenhauses am Vorhaltevolumen aller zuschlagsberechtigten Krankenhäuser in einem Land aufteilen. Die ermittelten Beträge sollen je Land und zuschlagsberechtigtem Krankenhaus durch das InEK jährlich bis zum 10. Dezember, erstmals 2026, veröffentlicht werden. Sollten Bundesländer nicht fristgerecht Daten nach § 6a Abs. 5 KHG für das betreffende Land übermitteln, wird kein Förderbetrag ermittelt und ausgezahlt.

Weitere 75 Millionen Euro jährlich soll das InEK zur **Förderung von Universitätskliniken** und der Finanzierung ihrer speziellen Vorhaltung rechnerisch auf die einzelnen Länder, erstmals für 2027, aufteilen. Auch die danach ermittelten Beträge je Land und zuschlagsberechtigtem Krankenhaus sollen jährlich bis zum 10. Dezember, erstmals 2026, veröffentlicht werden.

Für die standortindividuelle Förderung für Standorte mit **Leistungsgruppen folgender Bereiche** werden bundesweit folgende Förderbeträge vorgesehen:

- Pädiatrie: 288 Mio. Euro
- Geburtshilfe: 120 Mio. Euro
- Stroke Unit: 35 Mio. Euro
- Spezielle Traumatologie: 65 Mio. Euro
- Intensivmedizin: 30 Mio. Euro

Dazu muss der Standort die Mindestvorhaltezahle nach § 137f SGB V erfüllen oder über eine Ausnahmegenehmigung verfügen. Im Falle der Weiterentwicklung von Leistungsgruppen prüft das InEK eine Anpassung.

Die **Auszahlung des Vorhaltebudgets und der Förderzuschläge** sollen im Krankenhausentgeltgesetz geregelt werden.

Danach erhält das Krankenhaus für jede zugewiesene Leistungsgruppe, in der die Mindestvorhaltezahle erreicht wird, ein Vorhaltebudget. Die Höhe richtet sich nach dem Bescheid des InEK über die Höhe der Vorhaltebewertungsrelationen gem. § 37 Abs. 5 KHG. Diese werden multipliziert mit dem Landesbasisfallwert des Anwendungsjahres. Gem. § 7 Abs. 1 Ziffer 6b wird ein neues Entgelt für die Abzahlung des Vorhaltebudgets vorgesehen. Vorgesehen ist die Option eines zehnpromzentigen Ausgleichs, wenn die tatsächlichen Erlöse im ersten oder zweiten Quartal > 10 Prozent unter den geplanten Erlösen liegen. Es findet ein vollständiger Ausgleich zwischen ermitteltem Vorhaltebudget und tatsächlichen Erlösen statt. Voraussetzung ist, dass das Krankenhaus seiner Mitteilungspflicht nach § 275a Abs. 4 SGB V (vorübergehende Nichteinhaltung der Qualitätskriterien) nicht nachgekommen ist.

Ab 2027 dürfen Leistungen nicht abgerechnet werden, für die:

- einem Krankenhaus keine Leistungsgruppe zugewiesen wurde (gilt nicht für die Behandlung von Notfallpatient\*innen).
- Vorgaben für die Mindestvorhaltezahle einer zugewiesenen Leistungsgruppe nicht erfüllt werden und keine entsprechende Ausnahmegenehmigung des Landes vorliegt.
- der Krankenhausstandort auf der Liste der Krankenhäuser mit geringem Leistungsumfang steht (§ 40 Abs. 2 KHG) und dennoch onkologische Operationen durchführt (§ 40 Abs. 1 KHG).



Bewertung:

Anders als angekündigt, soll eine tatsächliche Entökonomisierung der stationären Versorgung nicht stattfinden. Das Fallpauschalensystem bildet mit seinen wesentlichen Merkmalen auch die Grundlage für die Berechnung der sogenannten Vorhaltevergütung. Konsequenterweise wäre eine vollständige Überwindung der DRGs zugunsten einer kostendeckenden Refinanzierung. In der vorgesehenen Regelung bleibt der Anreiz bestehen, weiterhin Mengenausweitungen von Leistungen anzustreben. Es muss sogar befürchtet werden, dass der Leistungsanreiz sich verschärft, um möglichst viel Rendite über die verbleibenden DRGs im Vergleich zu den eher „starr“ Vorhaltevergütungen zu generieren. Damit verfehlt die Reform ein zentrales Ziel, nämlich den ökonomischen Druck von den Krankenhäusern zu nehmen und diese existenziell und in ihrer Bedeutung für die Versorgung abzusichern. Die Regelungen zur Vorhaltefinanzierung enthalten den Anreiz, weniger stationäre Fälle bei gleichbleibendem Vorhaltebudget zu behandeln (< 19 Prozent).

Die Idee eines Korridors für Vorhaltebudgets, der durch Fallschwere und Fallmengen definiert wird, birgt ebenfalls Fehlanreize, da es sich künftig für Häuser wettbewerbsfähig lohnt, schwere Fälle abzurechnen (upcoding) und hohe Leistungen einzufahren, um über dem standardisierten Vorhaltebudget zu liegen.

Weder die langjährigen Investitionsfinanzierungsdefizite der Länder noch die kritische Unterfinanzierung vieler Kliniken werden durch den vorliegenden Gesetzesentwurf thematisiert. Wird nicht nachgesteuert, ist ein weiteres ungesteuertes Krankenhaussterben noch vor Wirksamwerden der zur Vorhaltevergütung gehörenden Bestandteile der Reform zu erwarten. ver.di fordert ein Vorschaltgesetz, das eine Brückenfinanzierung für Kliniken bis zum Inkrafttreten der Reform gewährleistet. Es muss zweckgebundene Zuschüsse für Sach- und Energiekostensteigerungen und die vollständige Refinanzierung der steigenden Personalkosten umfassen, damit Krankenhäuser wirtschaftlich überhaupt in die Lage versetzt werden, die Reform noch zu erleben.

Die im Gesetzesentwurf vorgesehenen Regelungen zum Pflegebudget sind widersprüchlich formuliert. Einerseits soll das Pflegebudget unberührt bleiben, was zu begrüßen ist; andererseits soll es in die Vorhaltebudgets integriert werden und somit mutmaßlich gedeckelt sein. ver.di lehnt jegliche Einschränkungen oder Deckelungen des Pflegebudgets strikt ab. Was es stattdessen braucht, ist als erster Schritt auf dem Weg zu einer vollständigen Überwindung der Fallpauschalen

die Ausgliederung aller Personalkosten für sämtliche Berufsgruppen aus den Fallpauschalen und deren selbstkostendeckende Refinanzierung analog zum Pflegebudget.

Die vorgesehene Weitergeltung der ursprünglich nur bis zum Jahr 2024 geltenden Berücksichtigung der Kosten von Auszubildenden in der Pflege und von ausländischen Pflegekräften im Anerkennungsverfahren im Pflegebudget über das Jahr 2024 hinaus ist zu begrüßen.

## **V. Transformationsfonds**

### **Zu Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

#### **§ 271 Änderung Obergrenze Liquiditätsreserve Gesundheitsfonds**

### **Zu Artikel 3 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

#### **§ 12 b Transformationsfonds, Verordnungsermächtigung**

Ab 2026 soll der bisher als Krankenhausstrukturfonds laufende Fonds zur Unterstützung von Umstrukturierungsprozessen in der Krankenhausversorgung neu aufgesetzt werden. Hierzu ist zunächst eine einmalige Verlängerung des Krankenhausstrukturfonds bis Ende 2025 vorgesehen. Aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung sollen ab 2026 jährlich 2,5 Milliarden Euro bzw. insgesamt 25 Milliarden Euro über die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds beim Bundesamt für Soziale Sicherung bereitgestellt werden, die mit der geltenden Verpflichtungssystematik des Krankenhausstrukturfonds, der eine 50-prozentige Ko-Finanzierung durch Landesmittel bzw. Krankenhausmittel vorsieht, verknüpft werden. In der Folge sollen so insgesamt 50 Milliarden Euro als Gesamtvolumen des Transformationsfonds, befristet für die Jahre 2026 bis 2035, für die finanzielle Unterfütterung von Transformationsprozessen bereitgestellt werden.

Bewertung:

Der Transformationsfonds ist zur Gestaltung des Strukturwandels der Krankenhausversorgung dringend erforderlich und bedarf einer unverzüglichen Umsetzung. Umfassende Transformationsprozesse, wie sie mit der Krankenhausreform angelegt sind und zahlreiche Patient\*innen, Beschäftigte und Versicherte betreffen, müssen finanziell abgesichert sein.

Da die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, muss jedoch der Bund gemeinsam mit den Ländern anstelle der Gesetzlichen Krankenversicherungen die Transformation der Krankenhauslandschaft finanziell absichern. Daher müssen Bundesmittel für den Transformationsfonds aus Steuern und nicht aus GKV-Versichertenbeiträgen erbracht werden. Die Eingriffe in die GKV-Haushalte und -Rücklagen haben diese bereits in eine bedrohliche finanzielle Schieflage gebracht; in dieser Situation sind weitere Eingriffe in die Kassen der gesetzlich Versicherten abzulehnen. ver.di fordert, das angekündigte Finanzierungsvolumen des Transformationsfonds auf Seiten des Bundes durch Steuermittel zu finanzieren und so der politischen Verantwortung des Gesetzgebers für die Gewährleistung der gesundheitlichen Daseinsvorsorge Rechnung zu tragen. Daneben ist eine angemessene Beteiligung der PKV an einer Finanzierung des Transformationsfonds sachgerecht, da die Krankenhausversorgung allen Bürger\*innen als Teil der gesundheitlichen Daseinsvorsorge zur Verfügung steht. Eine Strukturreform darf Finanzierungsverantwortlichkeiten des Transformationsfonds demnach nicht nach der Zugehörigkeit der Bürger\*innen zu einem der beiden Versicherungssysteme ungleich gewichten.

## **VI. Tarifrefinanzierung**

### **Zu Artikel 4 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**

#### **§ 10 Änderung zur Möglichkeit einer unterjährigen, vollständigen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen**

### **Zu Artikel 5 Änderung der Bundespflegesatzverordnung**

#### **§ 3 Änderung zur Möglichkeit einer unterjährigen, vollständigen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen im Bereich Psychiatrie und Psychosomatik**

Der Gesetzesentwurf sieht eine vollständige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen im Jahr des Abschlusses des für die jeweiligen Beschäftigtengruppen maßgeblichen Tarifvertrages anstelle der bislang hälftigen Refinanzierung noch im laufenden Kalenderjahr vor. Diese ist im Rahmen der Festlegung des Landesbasisfallwertes anzuwenden. Zu den zu refinanzierenden Tariflohnsteigerungen zählen dabei, wie schon bislang für das Pflegepersonal, die tarifvertraglich vereinbarten linearen und strukturellen Steigerungen sowie Einmalzahlungen. Als Voraussetzung für eine frühzeitige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen werden die Vertragsparteien auf Bundesebene verpflichtet, die Erhöhungsraten innerhalb von vier Wochen nach Wirksamwerden der tarifvertraglichen Vereinbarungen zu vereinbaren, die in dem jeweiligen Personalbereich für

die meisten Beschäftigten maßgeblich sind. Kommen die Vertragsparteien zu keiner Einigung, kann die Schiedsstelle auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen eine Entscheidung fällen. Auf Verlangen einer Vertragspartei kann die Erhöhungsrates bereits unterjährig im Landesbasisfallwert für das laufende Kalenderjahr berücksichtigt werden.

Bewertung:

Die Einführung einer vollständigen und frühzeitigen unterjährigen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen anstelle der bisherigen hälftigen Refinanzierung im Jahr des Tarifabschlusses wird ausdrücklich begrüßt. Hierdurch wird ein großer Teil des wirtschaftlichen Drucks genommen, Personal, das für die Versorgung dringend gebraucht wird, abzubauen. Die finanzielle Situation der Krankenhäuser perspektivisch verbessert und gleichzeitig eine Aufwertung der Arbeitsbedingungen der Krankenhausbeschäftigten im Zuge von Tarifverhandlungen finanziell abgesichert.

## **VII. Evaluation**

### **[§ 427 Evaluation des KHVVG]**

Die Selbstverwaltungspartner sollen dem Bundesministerium für Gesundheit und den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden erstmals zum 31. Dezember 2028 sowie zum 31. Dezember 2033 und zum 31. Dezember 2038 einen Evaluationsbericht zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz vorlegen. Dieses soll eine Evaluation hinsichtlich der Festlegung der Leistungsgruppen nach § 135e und ihrer Weiterentwicklung, insbesondere hinsichtlich der durch die nach § 6a des KHG zugewiesenen Leistungsgruppen hervorgerufenen Konzentrationswirkungen auf die Leistungserbringung durch die Krankenhäuser, auch über Ländergrenzen hinweg; die Prüfung der Einhaltung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen durch den Medizinischen Dienst nach § 275a Abs. 1 S. 1 Nr. 1, die Auswirkungen der Maßnahmen des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes auf die Versorgungssituation der Patient\*innen sowie die Veränderungen der Personalstrukturen in den Krankenhäusern und die Auswirkungen auf die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser und die Ausgaben der Krankenkassen umfassen.

Bewertung:

Die Evaluation des durch den vorliegenden Entwurf angestrebten Gesetzes ist schon auf Grund seiner Tragweite, seiner Auswirkungen auf die Versorgung der Bürger\*innen, die zu erwartenden Veränderungen der stationären Versorgungslandschaft und die unmittelbaren Effekte auf die Krankenhausbeschäftigten dringend geboten. Der benannte Evaluierungszeitraum scheint angesichts einer erstmaligen Evaluierung zum Ende des Jahres 2028 allerdings zu weit gestreckt. Zu diesem Zeitpunkt werden Konzentrationsprozesse bereits ihre Wirkung entfaltet und die Umstellung auf die neue Finanzierungssystematik stattgefunden haben. Auftretende Fehlsteuerungen im Zuge dieser Prozesse sind dann nur mit einem zeitlichen Abstand zu betrachten, was eine kurzfristig erforderliche Korrektur erschwert. ver.di fordert vor diesem Hintergrund, die Evaluation des Gesetzes an seinen wesentlichen inhaltlichen Meilensteinen zu orientieren, beginnend mit dem angestrebten Inkrafttreten der Rechtsverordnung zur Einführung von Leistungsgruppen und Qualitätskriterien, die zum 01. Januar 2027 stattfinden soll. Eine erste Evaluation dieses Prozesses ist zum 31. Dezember 2027 vorzunehmen und in der Folge in Zweijahresschritten zu wiederholen.

Im Vordergrund müssen neben strukturellen und qualitätsbezogenen Evaluationsdimensionen jene Aspekte stehen, die die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten, die personelle Ausstattung der Krankenhäuser und das für die Versorgung der Patient\*innen wie auch für die Gewinnung und Haltung von Fachkräften maßgebliche Gelingen von Transformationsprozessen begutachten.

### **VIII. Antrag der Gruppe BSW: „Nein zur geplanten Krankenhausreform – Sofortprogramm zur Rettung des Gesundheitswesens“, Drucksache 20/11433**

#### Inhalt

Das Antragsbegehren zielt darauf, die Bundesregierung aufzufordern, die Krankenhausreform zu stoppen und sich gegen den Bettenabbau sowie die Schließung von Krankenhäusern einzusetzen. Zugleich soll der TVöD für alle Beschäftigten gelten; mehr Personal soll eingestellt werden. Ausgegliederte Tochterbetriebe sollen zurückgeführt werden.

Die Bundesregierung soll sich für ein Sofortprogramm zur Rettung und Wiederherstellung des öffentlichen Gesundheitswesens einsetzen. Es braucht eine kostendeckende Finanzierung der Krankenhäuser durch Bund und Länder. Fallpauschalen oder leistungsbasierte Vorhaltepauschalen werden als Ursachen einer dramatischen Unterbesetzung in der stationären Krankenpflege sowie als Auslöser einer Privatisierungswelle benannt, die gestoppt werden muss.

#### Einordnung

Das bestehende DRG-System der Krankenhausfinanzierung führt vor dem Hintergrund einer entgrenzten Renditeorientierung zu massiven Verzerrungen aufgrund von Leistungsausweitungen

und korrespondierenden Kostensenkungsmaßnahmen im Krankenhausbetrieb, die zu Lasten der Beschäftigten und der Versorgung der Patient\*innen gehen. Eine Reform dieses Systems ist überfällig und dringend erforderlich. Die durch die Krankenhausreform avisierte Einführung einer anteiligen Vorhaltebudgetfinanzierung von Krankenhäusern bei gleichzeitigem Fortbestehen eines im Volumen reduzierten Fallpauschalensystems steigert die Komplexität des Systems der Krankenhausfinanzierung und belastet die Beschäftigten der Krankenhäuser mit bürokratischem Mehraufwand, während eine tatsächliche Vorhaltekostenfinanzierung, die eine bedarfsgerechte Versorgung unabhängig von erbrachten Leistungsmengen sicherstellt, nicht gegeben ist. Die kostendeckende Refinanzierung aller bei wirtschaftlicher Betriebsführung entstehenden Kosten der Krankenhäuser sowie die bedarfsgerechte Finanzierung der Investitionskosten der Krankenhäuser durch die Bundesländer sind Voraussetzungen, um eine flächendeckende, wohnortnahe und qualitativ hochwertige stationäre Versorgung dauerhaft erbringen zu können. Ein Sofortprogramm aus Steuermitteln, das als Überbrückungsfinanzierung gezielt jene Krankenhäuser finanziell unterstützt, die in wirtschaftliche Schieflage geraten sind und für eine bedarfsgerechte Versorgung benötigt werden, ist sinnvoll und erforderlich.

Eine gesetzliche Initiative zur Rückführung ausgegliederter Unternehmensbestandteile und Tochterbetriebe mit dem Ziel der Beendigung der materiellen Ungleichbehandlung von Beschäftigten im Krankenhausbetrieb kann dazu beitragen, die sukzessive durch Outsourcing und Kostensenkungsmaßnahmen zu Lasten der Beschäftigten und der Versorgungsqualität für Patient\*innen entstandenen Einschnitte zu beseitigen. Sie ist insofern zu begrüßen.

Eine Anwendung des TVöD für alle Beschäftigte setzt voraus, dass diese sowie die jeweiligen Arbeitgeber Mitglieder der Tarifvertragsparteien sind. Im Rahmen der Tarifautonomie bleiben den Tarifvertragsparteien Entscheidungen über die Gestaltung des TVöD selbst vorbehalten.

## **IX. Antrag der Fraktionen der SPD, Bündnis 90 / Die Grünen und FDP – Antrag 0, Drucksache 20/11854**

### Inhalt

Durch den Antrag wird die Rechtsförmlichkeitsprüfung des Gesetzesentwurfs abgeschlossen. Ferner zielt der Antrag darauf, dass hinsichtlich der Erfüllung der als Mindestvoraussetzungen genannten Qualitätskriterien im Anforderungsbereich „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ geregelt wird, dass Fachkrankenhäuser diese Qualitätskriterien in Kooperation

und Verbänden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen können, wenn eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegt und die zuständige Krankenhausbehörde festgestellt hat, dass dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erforderlich ist.

### Einordnung

Die Öffnung der Mindestvoraussetzungen für Fachkrankenhäuser für eine Erfüllung von Qualitätskriterien durch Kooperationen mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung führt faktisch zu einem weitreichenden Ausnahmetatbestand. Diesen an das Kriterium einer erforderlichen Erfüllung des Sicherstellungsauftrags zu koppeln, ist sachgerecht. Dennoch wird die durch den Gesetzesentwurf beabsichtigte Systematik zu erfüllender stationärer Qualitätskriterien grundlegend verändert, indem Kooperationsvereinbarungen mit ambulanten Leistungserbringern zum Nachweis der Erfüllung der Qualitätskriterien geltend gemacht werden können. ver.di weist darauf hin, dass sich hieraus keinesfalls Einschnitte bei der Versorgungsqualität der Patient\*innen und der Arbeitsbedingungen der Beschäftigten ergeben dürfen.