

## Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.

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

Sozialverband VdK Deutschland e. V.  
Abteilung Sozialpolitik  
Linienstraße 131  
10115 Berlin

Telefon: 030 9210580-300  
Telefax: 030 9210580-310  
E-Mail: [sozialpolitik@vdk.de](mailto:sozialpolitik@vdk.de)

Berlin, 30.04.2024

*Der Sozialverband VdK Deutschland e. V. (VdK) ist als Dachverband von 13 Landesverbänden mit über zwei Millionen Mitgliedern der größte Sozialverband in Deutschland. Die Sozialrechtsberatung und das Ehrenamt zeichnen den seit über 70 Jahren bestehenden Verband aus.*

*Zudem vertritt der VdK die sozialpolitischen Interessen seiner Mitglieder, insbesondere der Rentnerinnen und Rentner, Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen sowie Pflegebedürftigen und deren Angehörigen.*

*Der gemeinnützige Verein finanziert sich allein durch Mitgliedsbeiträge und ist parteipolitisch und konfessionell neutral.*

## 1. Die Ausgangslage

Das deutsche Krankenhaussystem steht vor einem Kollaps. Diese nüchterne Erkenntnis ist beim Großteil der Bevölkerung angekommen. Die Krankenhausfinanzierung setzt falsche Anreize, die Bundesländer kommen ihrem Finanzierungsauftrag<sup>i</sup> nicht nach und das Personal geht auf dem Zahnfleisch<sup>ii</sup>. Sowohl das Pflegefachpersonal als auch die Ärztinnen und Ärzte beklagen eine permanente Überlastung – physisch und psychisch. Eine Reform unserer Versorgung ist dringend notwendig: Die Bevölkerung und insbesondere die Mitglieder des VdK sind auf eine funktionierende Gesundheitsversorgung angewiesen.

Beim Fachkräftemangel zeigt sich im europäischen Vergleich ein paradoxes Bild: betrachtet man den Anteil an Ärztinnen und Ärzten pro 10.000 Einwohner, ist Deutschland überdurchschnittlich gut aufgestellt<sup>iii</sup>. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Verteilung von Pflegekräften<sup>iv</sup>. Die Verteilung von Fachpersonal auf die Patienten ist hingegen deutlich schlechter. Im europäischen Vergleich steht Deutschland hier sehr weit hinten an – die Versorgung der Patientinnen und Patienten leidet unter dieser schlechten Verteilung.

Zudem leidet die Qualität der Krankenhausversorgung unter dem Fallpauschalen-System (DRG-System; DRG; Diagnosis Related Groups). Dieses wurde im Jahr 2003 eingeführt, um die krankenspezifischen Pflegesätze abzulösen und so die Kosten der Krankenhausbehandlungen zu senken. Die krankenspezifischen Pflegesätze hatten dazu geführt, dass Patientinnen und Patienten besonders lange in den Krankenhäusern lagen, auch wenn dies aus medizinischer Sicht nicht notwendig war<sup>v</sup>.

Das DRG-System sollte eine sachgerechtere Vergütung der erbrachten Leistungen ermöglichen. Es bündelt Diagnosen und Behandlungen in einem Code, aus dem sich schlussendlich ein Erstattungsbeitrag für das Krankenhaus ergibt. Durch das DRG-System erhielt die Leistungsorientierung Einzug in das Deutsche Krankenhauswesen.

Zwar erfüllte das DRG-System zunächst seinen Zweck: Transparenz und Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung wurden erhöht. Gleichzeitig wurden jedoch Anreize gesetzt, medizinisch nicht notwendige Behandlungen im Krankenhaus durchzuführen. Diese Überversorgung schadet den Patientinnen und Patienten<sup>vi</sup>.

Das Bündnis „Krankenhaus statt Fabrik“ hat bereits 2018 angegeben, dass Entscheidungen über Behandlungen oder die Länge des Krankenhausaufenthaltes auch danach getroffen werden, was sich gewinnbringend abrechnen lässt<sup>vii</sup>. Operationen werden beispielsweise besser vergütet als konservative Therapien. Ein Krankenhaus erzielt grundsätzlich mehr Gewinn durch operative Eingriffe – zu Lasten der Patientinnen und Patienten. So werden

ökonomische Anreize gesetzt, um das System auszubeuten und die Gesundheit der Patientinnen und Patienten aufs Spiel zu setzen. Das medizinisch Notwendige steht schon lange nicht mehr im Zentrum der deutschen Krankenhausversorgung.

Die Ausgabendynamik der gesetzlichen Krankenversicherungen ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Das Ziel, mit dem DRG-System die Kosten zu senken, wurde deutlich verfehlt<sup>viii</sup>.

Trotz dieser finanziellen Fehlanreize schreiben viele Krankenhäuser rote Zahlen, da sie nicht die nötige Auslastung ihrer Stationen erreichen. Dem würde entgegengewirkt, wenn der tatsächliche Bedarf für die Patientinnen und Patienten in der Region für die Krankenhausreform ausschlaggebend wäre.

Zudem leidet die Versorgungsqualität in Krankenhäusern, wenn Behandlungen zu selten durchgeführt werden. Um eine Versorgung auf einem hohen qualitativen Niveau durchführen zu können, muss das Personal „in der Übung“ bleiben. Dies kann nicht gelingen, wenn Eingriffe oder Therapien nur sporadisch über das Jahr verteilt stattfinden.

Ob ein behandelndes Team aus Ärztinnen und Ärzten und Pflegepersonal eingespielt ist, kann sich direkt auf patientenrelevante Endpunkte, Fallsterblichkeit, die mittlere Überlebensdauer und die Lebensqualität (QoL) auswirken. Alle drei Werte verbessern sich im Sinne der Patienten, wenn Behandlungen in Kliniken stattfinden, die sich auf ein bestimmtes Krankheitsbild oder Therapieverfahren spezialisiert haben. Planbare Behandlungen müssen von Spezialisten durchgeführt werden.

Neben den bereits angeführten Gründen, die zu einer angespannten Situation in den Krankenhäusern geführt haben, kommen die Bundesländer ihrem Investitionsauftrag in die Krankenhäuser seit Jahren nicht nach. Modernisierungen und notwendige Anschaffungen bleiben auf der Strecke; Gebäude und Geräte werden alt und fehleranfällig oder entsprechen nicht mehr dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaften.

Eine grundlegende Krankenhausreform, die das Versorgungsniveau in Deutschland deutlich verbessert, ist zwingend notwendig und dem Sozialverband VdK Deutschland deshalb ein wichtiges Anliegen. Sie ist im Sinne der Patientinnen und Patienten und kommt den Mitgliedern des Sozialverbandes VdK direkt zugute.

## **2. Zu den Zielen des Gesetzentwurfs und den Maßnahmen der Umsetzung**

Das Bundesministerium für Gesundheit verfolgt mit seinem Gesetzentwurf drei zentrale Ziele:

1. Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität
2. Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung
3. Entbürokratisierung

Um diese Ziele zu erreichen, sollen einige Umstrukturierungen erfolgen. Zunächst soll das DRG-System angepasst und durch eine Vorhaltevergütung ersetzt werden. Krankenhäuser sollen zukünftig alleine für das Vorhalten von Fachpersonal und Gerätschaften eine Finanzierung erhalten. So soll der Finanzierungsdruck aus dem System genommen werden; für nicht notwendige Operationen soll es weniger finanzielle Anreize geben.

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) soll den gesetzlichen Auftrag erhalten, die Berechnung der Fallpauschalen abzusenken und den Wert der Vorhaltevergütung zu ermitteln. Die Vorhaltepauschalen sollen individuell nach Bundesland und Leistungsgruppe ermittelt werden. Die Spanne der Fallpauschalen wird abgesenkt, um die Vorhaltepauschalen zu finanzieren und fehlerhafte Anreize aus dem System zu nehmen. Krankenhäuser erhalten nur Vorhaltepauschalen für Leistungen, die im Landeskrankenhausplan vorgesehen sind und für die ein Krankenhaus die notwendigen Qualitätsstandards erfüllt.

Das InEK ist eine GmbH, Gesellschafter sind die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der GKV-Spitzenverband (GKV SV) und der Verband der privaten Krankenversicherungen (PKV). Finanziert wird das InEK über einen DRG-Systemzuschlag.

Um die Bildung von spezialisierten Zentren zu fördern und die Versorgungsqualität auf einem hohen Niveau zu sichern bzw. dahingehend zu steigern, wird die Auszahlung der Vorhaltevergütungen an die Zuweisung von Leistungsgruppen sowie die Erfüllung der an die Leistungsgruppen gebundenen Qualitätsstandards gekoppelt.

Als Grundlage für die Leistungsgruppensystematik wird das System des Landes Nordrhein-Westfalen verwendet. Dazu werden 65 verschiedene Leistungsgruppen gebildet. Der Bund wird in den kommenden Monaten ein bundeseinheitliches System der Leistungsgruppen gemeinsam mit den Ländern und den Fachgesellschaften erarbeiten.

Die Überprüfung der Qualitätsstandards der Krankenhäuser wird durch den Medizinischen Dienst (MD) durchgeführt. Diese soll durch eine digitale Datenübermittlung erleichtert und bürokratiarm gestaltet werden.

Um auch in struktur- und bevölkerungsschwachen Regionen weiterhin eine sichere und hochwertige Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, möchte das BMG den Ausbau der sektorenübergreifenden und integrierten medizinischen Versorgungszentren vorantreiben. Die Länder sollen einen gesetzlichen Spielraum erhalten, entsprechende Einrichtungen zu bestimmen. Zudem sollen die Förderbeträge für notwendige, aber schwer finanzierbare Krankenhäuser erhöht werden.

Um die Transformation des Gesundheitswesens finanziell zu ermöglichen, soll ein Transformationsfonds geschaffen werden, dessen Mittel zu 50 Prozent durch die Länder gestellt werden (25 Mrd. Euro). Der restliche (Bundes-)Anteil wird durch die gesetzliche Krankenversicherung getragen (25 Mrd. Euro). Das Geld der GKV kommt aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS). In der Folge wird die Obergrenze der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds befristet für die Jahre 2025 bis 2035 von 25 Prozent auf 50 Prozent einer durchschnittlichen Monatsausgabe erhöht.

Die Hochschulkliniken und Universitätskliniken sollen besondere koordinierungsaufgaben erhalten und dazu zusätzliche finanzielle Mittel erhalten.

Zur Verbesserung der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser soll ab dem Jahr 2024 eine vollständige Tarifkostenfinanzierung erfolgen.

## **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Der VdK begrüßt die Krankenhausreform und hält diese für dringend notwendig. Bereits heute befindet sich das deutsche Krankenhauswesen in einem kalten Strukturwandel, den es gilt so früh wie möglich zu gestalten. Der vorliegende Referentenentwurf stellt für die gesteckten Ziele eine gute Grundlage und einen guten Fahrplan dar, den es nun gilt zu verbessern und umzusetzen.

Der geplante Umbau des DRG-Systems und die Einführung von Vorhaltepauschalen sind eine Zentrale Änderung in der Krankenhausvergütung und werden die Krankenhäuser zu einem großen Teil vom derzeit vorliegenden ökonomischen Druck befreien.

Der VdK betont ausdrücklich, dass die deutschen Krankenhäuser heute in einer weniger prekären Situation wären, wenn die 16 Bundesländer ihrem Investitionsauftrag nachkommen würden. Es ist nicht zielführend, dass einige Bundesländer gebetsmühlenartig nach mehr Geld vom Bund rufen und sich eine Einmischung in die landesinterne Krankenhausplanung verbitten, gleichzeitig aber kaum Investitionen in die Krankenhäuser tätigen und auf ein „Weiter so“ pochen.

Der VdK fordert diese Bundesländer auf, ihren Widerstand beizulegen und konstruktiv an der Krankenhausreform mitzuarbeiten.

Die angestrebte stärkere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung ist zu begrüßen. Gerade für Regionen mit einem Versorgungsnotstand stellt dies einen Ausweg aus der teilweise vorherrschenden Unterversorgung dar und kann ein Anreiz für junge Ärztinnen und Ärzte sein, sich in diesen Regionen niederzulassen.

Ebenso profitieren die Patientinnen und Patienten von bundeseinheitlichen Mindestvorgaben an die Qualität der ärztlichen Versorgung im Krankenhaus. Es wird für die Patientinnen und Patienten einfacher, das für sie beste Krankenhaus zu finden und die Leistungen der Krankenhäuser mit einander zu vergleichen, da auch die Einhaltung der Qualitätskriterien Einzug in das Krankenhaustransparenzregister finden wird. Dies stellt eine wichtige Weiterentwicklung des Registers dar, da sich die Patientinnen und Patienten darauf verlassen müssen, dass sie, egal in welches Krankenhaus sie gehen, immer eine Versorgung auf einem sehr hohen Niveau erhalten werden.

Der größte Kritikpunkt ist aus Sicht des VdK, die geplante Finanzierung des Transformationsfonds. Es ist nicht nachvollziehbar, warum die Solidargemeinschaft der gesetzlich Versicherten eine Summe von 25 Mrd. Euro aufbringen soll, um die deutsche Krankenhauslandschaft zu reformieren und sich die Privatversicherten ihrer Verantwortung einfach entziehen und keinen Beitrag zu der Reform leisten müssen. Der VdK fordert eine verpflichtende Beteiligung der PKV an den Kosten der Krankenhausbeteiligung, sowie eine finanzielle Beteiligung des Bundes an der Krankenhausreform.

Andernfalls riskiert der Gesetzgeber eine ungebremste Steigerung der Krankenversicherungsbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung, die bereits heute Haushalte mit wenig verfügbarem Einkommen massiv belastet. Diese Steigerung der Beitragslast darf durch die Krankenhausreform nicht fortgesetzt oder gar gesteigert werden.

Die geplanten Reformvorhaben im Bereich der stationären Versorgung dürfen nicht alleine stehen. Zwingend notwendig sind Veränderungen im Bereich der ambulanten Versorgung und der Notfallversorgung. Beide Vorhaben müssen zeitnah folgen.

### 3. Zu den Regelungen im Einzelnen

Im Folgenden nimmt der Sozialverband VdK Deutschland zu ausgewählten Punkten Stellung.

#### 3.1. Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

##### 3.1.1. § 39e SGB V-E – Übergangspflege im Krankenhaus

Können Leistungen im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung, wie die häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege, medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem SGB IX nicht erbracht werden, erbringt die Krankenkasse Leistungen der Übergangspflege in dem Krankenhaus, in dem die Behandlung erfolgt ist. Zukünftig soll diese Leistung auch in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen erbracht werden können. Die Regelung ist jedoch weiterhin an den vorrangig dafür vorgesehenen Weg der Leistungserbringung nach dem SGB XI und den damit verbundenen Hürden geknüpft.

Die Kapazitäten der stationären Behandlung sollen primär für die akut-stationäre Versorgung zur Verfügung stehen.

#### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Der Sozialverband VdK Deutschland begrüßt grundsätzlich die hinter der Einführung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung stehende Idee der Bündelung und Spezialisierung von Leistungen. Zudem ist zu begrüßen, dass sich die pflegerische Behandlung der Patientinnen und Patienten im Anschluss an einen stationären Aufenthalt verbessern soll.

Dennoch ist die regelhafte Verlegung von Patienten direkt nach einer Behandlung kritisch zu sehen. Es wird also vor allem auf die konkrete Ausgestaltung der Verlegungsphase ankommen. Die Möglichkeit der Erbringung der Übergangspflege nach § 39e SGB V in dem Krankenhaus, das die Behandlung erbringt, muss weiterhin möglich sein. Wichtig ist zudem, dass die Verlegung dann zwingend in eine wohnortnahe, sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung erfolgt. Familienbesuche und die streckenweise Begleitung durch Angehörige im Genesungsprozess müssen strukturell möglich gemacht werden.

##### 3.1.2. §§ 109 Abs. 3 und 110 SGB V-E – Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

Hierbei handelt es sich um eine notwendige Anpassung, da die Qualitätskriterien der Krankenhausversorgung durch die Einführung von einheitlichen Standards neu gefasst werden. Ein Versorgungsvertrag zwischen dem Krankenhausträger und der gesetzlichen Krankenversicherung kommt nur dann zustande, wenn die Versorgungskriterien erfüllt werden.

Aus dieser Regelung ergibt sich, dass Leistungsgruppen auch in den Versorgungsverträgen vereinbart werden können, wenn die entsprechenden Qualitätsstandards erfüllt werden, ohne, dass eine Zuweisung im Landeskrankenhausplan erfolgt ist. Die Krankenversicherungen werden verpflichtet, den Versorgungsvertrag zu kündigen, wenn die Anforderungen an die Qualitätsstandards durch die Krankenhäuser nicht mehr erfüllt werden und auch langfristig nicht mehr erfüllt werden können. Die vertragliche Regelung ist der gesetzlichen Zuweisung von Leistungsgruppen gleichgestellt. Daraus ergeben sich Finanzierungsansprüche nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG).

Vertraglich vereinbarte Leistungsgruppen müssen ebenfalls dem InEK zur Ermittlung der DRG-Pauschale und Vorhaltepauschale gemeldet werden.

Erfüllt ein Krankenhaus die Qualitätsanforderungen nur kurzfristig nicht, kann die Kassenseite von einer Vertragskündigung absehen.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Dass Versorgungsverträge erst dann zustande kommen, wenn ein Krankenhaus die erforderlichen Qualitätskriterien erfüllt, betrachtet der VdK als selbstverständlich. Würde dem nicht so sein, wäre die gesamte Krankenhausreform und die Etablierung von Qualitätsstandards hinfällig.

Durch diesen in § 109 Abs. 3 bzw. § 110 SGB V-E geschaffenen Grundsatz, können Patientinnen und Patienten davon ausgehen, dass sie im Krankenhaus eine Behandlung auf qualitativ hohem Niveau erhalten. Patientinnen und Patienten werden so zudem vor „Gelegenheitsbehandlungen“, also Behandlungen, die eigentlich nicht zum Portfolio eines Krankenhauses gehören, aber durchgeführt werden, weil die behandelnden Ärzte der Meinung sind, dass sie dies problemlos können, im Krankenhaus geschützt. Dies ist ein wichtiger Schritt hin zu mehr Patientensicherheit im deutschen Krankenhauswesen.

Es ist für den VdK nachvollziehbar, dass eine kurzfristige Nichteinhaltung der Qualitätskriterien, beispielsweise aufgrund von Personalveränderungen, nicht dazu führen muss, dass eine Leistungsgruppe sofort aberkannt wird – dies würde die Versorgungssicherheit einer Region unnötig gefährden. Der VdK betont jedoch, dass dies die Ausnahme sein muss und ein Zeitraum von drei Monaten nicht überschritten werden darf.

Das Schließen von Versorgungsverträgen zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und einem Krankenhaus ist eine zweite Möglichkeit, damit ein Krankenhaus eine Leistungsgruppe zugewiesen bekommen kann. Der Primärweg der Leistungsgruppenzuweisung läuft über die landesweite Krankenhausplanung. Der VdK bewertet dieses Vorgehen dahingehend als zielführend, als dass dadurch das Behandlungsangebot in der Fläche steigt, gleichzeitig aber die Sicherstellung der Qualität gewährleistet ist. Solche Vereinbarungen dürfen jedoch nicht dazu führen, dass Leistungsgruppen, die sich aus dem Krankenhausplan ergeben, mangels Fallzahlen die erforderlichen Qualitätskriterien nicht mehr erfüllen können.

### 3.1.3. § 115g SGB V-E – Behandlung in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen

Durch den geplanten § 115g SGB V wird die Möglichkeit zur Einführung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen neu geschaffen. Die Bundesländer erhalten dabei die Kompetenz zur Bestimmung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen.

So sollen stationäre Krankenhausbehandlungen mit wohnortnahen ambulanten und pflegerischen Leistungen verbunden werden. Das BMG weist zudem auf die Möglichkeit zur Gründung von bettenführenden Primärversorgungszentren (PVZ), regionalen Gesundheitszentren (RGZ) und integrierten Gesundheitszentren hin. Auch andere Versorgungsformen sind denkbar. Die Telemedizin soll weiter implementiert werden.

Das BMG weist darauf hin, dass es sich rechtlich bei allen Versorgungsformen um Krankenhäuser handelt und dadurch eine Listung im Krankenhaustransparenzregister zwingend erforderlich ist. Dort werden sie als Krankenhäuser „Level 1“ geführt.

Sektorenübergreifend bedeutet, dass neben der stationären Behandlung auch

- ambulante Leistungen aufgrund einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung,
- ambulante Operationen nach § 115b SGB V,
- eine medizinisch-pflegerische Versorgung nach § 115h SGB V-E,
- belegärztliche Leistungen, soweit vom Versorgungsauftrag des Landes erfasst,
- Übergangspflege nach § 39e SGB V und
- Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V

erfolgen können. Die Aufzählung ist nicht abschließend.

Darüber hinaus können auch Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI und der Tages- sowie Nachtpflege nach § 41 SGB XI erbracht werden.

Die Erbringung von ambulanten Leistungen aufgrund einer Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, die medizinisch-pflegerische Versorgung nach § 115h SGB V sowie die Übergangs- und Kurzzeitpflege nach §§ 39c und 39e sollen dabei unter pflegerischer Leitung erbracht werden können, sofern es sich nicht um medizinisch-fachliche Entscheidungen handelt.

Ambulantes Operieren in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen soll nur dann möglich sein, wenn dies in einer selbständigen, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennten, Pflegeabteilung erfolgt. Die Pflegeeinrichtungen müssen nach § 72 SGB XI zugelassen werden. Die Vorgaben der Personalbemessung, Eigenbeteiligung, Leistungsansprüche sowie die Vergütung der erbrachten Leistungen richten sich nach dem SGB XI.

Die DKG und der GKV SV vereinbaren im Benehmen mit der PKV binnen eines Jahres, welche

- Leistungen der Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“ oder „Geriatric“ nach § 135e SGB V mindestens durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen angeboten werden müssen;

- weiteren stationären Leistungen der Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“ und „Geriatric“ und darüber hinaus welche stationären Leistungen der Leistungsgruppen „Allgemeine Chirurgie“ oder weiterer Leistungsgruppen nach § 135e SGB V ebenfalls in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen erbracht werden können;
- stationären Leistungen eine sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung außerhalb des Leistungsrahmens erbringen darf, sofern sie dabei telemedizinisch von einem kooperierenden Krankenhaus mit entsprechend zugewiesenen Leistungsgruppen unterstützt wird;
- Anforderungen an die Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation der Leistungserbringung und an die Kooperation mit einem Krankenhaus gestellt werden und regelt zudem die Anforderungen an eine aufwandsarme Überprüfung. Dabei sollen weitestgehend die Qualitätskriterien des § 135e SGB V gelten.

Die Vereinbarung muss alle zwei Jahre überprüft werden. Kommt innerhalb der Frist keine Einigung zu Stande, entscheidet eine Schiedsstelle.

Explizit ausgenommen aus dem Leistungsspektrum der sektorenübergreifenden Versorgungszentren sind Behandlungen von kardiovaskulären Interventionen einschließlich des zentralen Nervensystems (ZNS) und der peripheren Gefäße, onkologische Therapien (einschließlich interventioneller und operativer Behandlungen), endoprothetische Leistungen, Operationen an der Wirbelsäule und Leistungen der bariatrischen Chirurgie<sup>1</sup>.

Auch eine stationäre Aufnahme von Patienten soll ermöglicht werden. Voraussetzung ist, dass eine Kooperation mit einem Krankenhaus einer höheren Versorgungsstufe besteht. Dieses Krankenhaus muss über die notwendige medizinische Expertise verfügen und die notwendige telemedizinische Beratung gewährleisten können.

Ob und inwieweit einem Krankenhaus ein bestimmter Versorgungsauftrag erteilt wird, entscheiden weiterhin die Länder im Rahmen ihrer Planungshoheit.

Der GKV SV, der Spitzenverband Bund der Pflegekassen (ebenfalls GKV SV), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die DKG legen im Benehmen mit der PKV und dem BMG im Abstand von zwei Jahren einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der Leistungserbringung durch sektorenübergreifende Leistungserbringer auf die ambulante, stationäre und pflegerische Versorgung vor. Dieser Bericht beinhaltet auch die finanziellen Auswirkungen.

## **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Der Sozialverband VdK Deutschland begrüßt die Schaffung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen, in denen sowohl stationäre, als auch ambulante Leistungen erbracht werden können. Da die Krankenhausplanung weiterhin in die Kompetenz der Länder fallen wird, ist es folgerichtig, dass auch die Planung und Implementierung der sektorenübergreifenden Versorgungszentren in den Aufgabenbereich der Länder fällt. Den Ländern ist es durch ihren engen Kontakt zu den Landkreisen und Gemeinden möglich, schnell und adäquat auf sich verändernde Versorgungssituationen zu reagieren.

---

<sup>1</sup> Gewichtsreduzierende Operationen/Adipositas Chirurgie

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können, wie auch PVZ und RGZ, die Versorgung der Menschen vor Ort erheblich verbessern, da sie auch die Funktion einer Hausarzt- bzw. Facharztpraxis übernehmen können. Der VdK begrüßt diese Versorgungsformen ausdrücklich. Die Krankenhausreform wird durch diese Regelungen zu einer teilweisen Reform der ambulanten Versorgung, die aus Sicht des VdK erhebliche Verbesserungen für die Bevölkerung mit sich bringt. In Regionen, die weder über eine ausreichende ambulante Versorgung verfügen, in denen es beispielsweise zu wenig Hausärzte gibt, kann die Ergänzung des Aufgabenbereiches eines Krankenhauses durch den Aufgabenbereich eines Hausarztes zwei Probleme der Unterversorgung auf einmal lösen.

Kritisch betrachtet der VdK jedoch die unterschiedliche Benennung der Versorgungszentren (PVZ, RGZ und sektorenübergreifende Versorgungszentren) in der Krankenhausplanung und im Krankenhaustransparenzregister. Einfacher wäre eine allgemeine Bezeichnung nach der Terminologie der Krankenhäuser (Level I bis III bzw. III U). Für die sektorenübergreifenden Versorgungszentren würde dies eine einheitliche Bezeichnung als Level II Krankenhäuser bedeuten, wie sie auch im Krankenhaustransparenzregister Anwendung findet und unter welcher die Versorgungszentren im Register eingetragen werden.

Folgerichtig ist aus Sicht des VdK der Einbezug der Auffangnormen §§ 39c, 39e SGB V-E in den § 115g SGB V-E.

Grundsätzlich begrüßt der VdK den Ausbau von pflegerischer Infrastruktur und damit auch neue Plätze in der Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflege. Aufgrund der fehlenden Planung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung nach dem SGB XI, wie es beispielsweise bei der Krankenhausplanung der Fall ist, sind auch die vorgesehenen Pflegeplätze in den sektorenübergreifenden Versorgungszentren keine adäquate Lösung für den Pflegenotstand in Deutschland. Grob Lücken stopfen zu wollen, kann aus Sicht des Sozialverbandes VdK nicht der richtige Weg sein. Darüber hinaus darf nicht der Wunsch entstehen, eine Auslastung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen über Leistungen nach dem SGB XI erreichen zu wollen.

Kritisch bewertet der VdK, dass die GKV und die DKG im Einvernehmen mit der PKV entscheiden können sollen, welche Leistungsgruppen durch die sektorenübergreifenden Versorgungszentren angeboten werden können, bei denen lediglich eine telemedizinische Unterstützung durch ein kooperierendes Krankenhaus notwendig ist. Darüber hinaus kritisiert der VdK scharf, dass der GKV SV und die DKG im Einvernehmen mit der PKV die Anforderungen an die Qualität, Patientensicherheit und Dokumentation für die Kooperation von Krankenhäusern festlegen darf.

Diese Entscheidungen sollten nicht alleine aus ökonomischen Gesichtspunkten getroffen werden. Sie müssen auf der Grundlage wissenschaftlich-fachlicher Expertise erfolgen, um einschätzen zu können, ob eine telemedizinische Konsultation ausreichend ist, oder ob ein ärztlicher Spezialist ständig im Krankenhaus anwesend sein sollte. Der VdK fordert daher, dass die medizinischen Fachgesellschaften des betreffenden Behandlungsfeldes verpflichtend eine Stellungnahme abzugeben haben. Die Patientenverbände sind ebenfalls zu beteiligen.

Welche Leistungen eine Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung erbringen darf, obwohl Sie keine Zuweisung einer Leistungsgruppe erhalten hat, darf nicht durch eine

Vereinbarung zwischen DKG und GKV SV festgelegt werden. Neben ökonomischen Gesichtspunkten spielen hier auch Sicherheitsaspekte eine wichtige Rolle. Zwar ist eine verpflichtende Kooperation einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung mit einem Krankenhaus, dass die entsprechende Leistungsgruppe zugewiesen bekommen hat vorgesehen; eine solche Kooperation kann jedoch die Expertise eines eingespielten und erfahrenen Behandlungsraums nicht ersetzen. Der VdK fordert daher auch in diesem Fall eine einheitliche Festlegung der Ausnahmen durch den Gesetzgeber unter Einbeziehung passender medizinisch-wissenschaftlicher Expertise.

Darüber hinaus sollten Qualitätsstandards nicht durch diejenigen festgelegt werden, die diese Standards einhalten bzw. bezahlen müssen. Hier liegt ein grober Fehler der Qualitätssicherung und -steigerung bereits im System; zu Lasten der Patientinnen und Patienten. Der Sozialverband VdK Deutschland fordert deshalb, dass die Definition der Qualitätsstandards ebenfalls durch eine Rechtsverordnung des Bundes mit Zustimmung der Bundesländer und unter Einbeziehung passender fachlicher Expertise sowie der Patientenvertretung zu erfolgen hat.

Der VdK begrüßt, dass Behandlungen von kardiovaskulären Interventionen einschließlich des zentralen Nervensystems (ZNS) und der peripheren Gefäße, onkologische Therapien (einschließlich interventioneller und operativer Behandlungen), endoprothetische Leistungen, Operationen an der Wirbelsäule und Leistungen der bariatrischen Chirurgie explizit aus dem Leistungsspektrum der sektorenübergreifenden Versorgungszentren ausgenommen sind. Die Gefahr von Komplikationen bei Behandlungen in diesen Fachgebieten und die daraus entstehenden Risiken sind als zu hoch einzuschätzen, als dass die Behandlung in teilstationären Zentren erfolgen sollte.

Besonders begrüßenswert ist, dass die GKV, die DKG und die KBV alle zwei Jahre einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der Leistungserbringung durch sektorenübergreifende Leistungserbringer auf die ambulante, stationäre und pflegerische Versorgung vorlegen werden. Durch diese Evaluation ist es möglich, zielgenau auf sich ergebende Veränderungen oder eine entstehende Mangel-/Unterversorgung zu reagieren und gleichzeitig die finanziellen Auswirkungen der sektorenübergreifenden Gesundheitszentren in Augenschein zu nehmen.

#### **3.1.4. § 115h SGB V-E – Medizinisch-pflegerische Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen**

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können zukünftig Krankenbehandlungen als medizinisch-pflegerische Versorgung erbringen. Dies ist dann möglich, wenn für die Versicherten eine ambulante ärztliche Behandlung auf Grund ihrer individuellen Verfassung, der persönlichen Lebenssituation oder wegen bestehender Vor- oder Begleiterkrankungen nicht ausreichend ist. In diesen Fällen besteht neben dem medizinischen Behandlungsanlass ein besonderer, pflegerischer Bedarf, dem nachgekommen werden muss.

Durch die Etablierung einer medizinisch-pflegerischen Versorgung in Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen soll die Versorgung unserer alternden und damit multimorbider<sup>2</sup> werdenden Gesellschaft besonders in ländlichen Gegenden gesichert werden. Auch fehlende

---

<sup>2</sup> Vorliegende Mehrfacherkrankungen

familiäre Versorgungsstrukturen sollen so abgefangen werden. Es erfolgt eine Bündelung der ärztlichen Ressourcen, was zu einer Entlastung der Krankenhäuser höherer Versorgungsstufen beitragen soll. So soll die Versorgung effizienter gestaltet werden.

Die ärztlichen Leistungen können auch von Vertragsärzten erbracht werden, sofern ein Kooperationsvertrag geschlossen wurde. Die medizinisch-pflegerische Versorgung wird durch Vertragsärzte verordnet oder durch Krankenhäuser veranlasst.

Der GKV SV, die DKG und die KBV vereinbaren im Benehmen mit der PKV Einzelheiten der Erbringung der medizinisch pflegerischen Versorgung, insbesondere

- die Gruppe der Patienten, für die die medizinisch-pflegerische Versorgung zu erbringen ist,
- die sächlichen und personellen Mindestvoraussetzungen der medizinisch-pflegerischen Versorgung,
- die Vorgaben für die Kooperationsvereinbarungen mit den Vertragsärzten.

Kommt keine Einigung zustande, entscheidet ein Schiedsgremium.

Die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen und die Landesverbände der Krankenversicherungen vereinbaren den konkreten Versorgungsumfang der medizinisch-pflegerischen Versorgung in der jeweiligen Einrichtung.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Grundsätzlich befürwortet der Sozialverband VdK die Möglichkeit der Erbringung von medizinisch-pflegerischen Leistungen in Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen.

Der VdK kritisiert jedoch auch an dieser Stelle, dass es der Selbstverwaltung unter Umgehung der Patientenvertreter überlassen bleibt, die Einzelheiten der Leistungserbringung zu regeln. Insbesondere die Festlegung der sächlichen und personellen Mindestvoraussetzungen sollte nicht in den Händen der Leistungserbringer und Leistungsfinanzierer liegen, ohne, dass eine unabhängige und fachlich kompetente Stelle an den Verhandlungen beteiligt ist. Der VdK präferiert ein Modell nach dem die notwendigen Einzelheiten in einer Rechtsverordnung festgelegt werden und den Patientenorganisationen ein Mitspracherecht eingeräumt wird.

An der Festlegung des Versorgungsumfangs sollten, zumindest beratend, die Bürgermeister bzw. Landräte beteiligt werden, um auf regionale Besonderheiten in der Versorgung eingehen zu können.

#### **3.1.5. § 116a SGB V-E – Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser**

Es handelt sich um eine Neufassung des § 116a SGB V. Die Unterversorgung als Voraussetzung für ambulanten Behandlungen in Krankenhäusern wird durch die Möglichkeit der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen ergänzt. Die verpflichtende Überprüfung des Beschlusses nach zwei Jahren entfällt. Der Zeitpunkt der Überprüfung steht im Ermessen der Zulassungsausschüsse.

Neu hinzu kommt die Regelung, dass der Zulassungsausschuss sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen auf Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen muss,

soweit und solange dies zur Beseitigung einer drohenden Unterversorgung notwendig ist. Eine formelle Feststellung einer Unterversorgung ist nicht notwendig.

Zudem muss eine entsprechende Ermächtigung erfolgen, wenn keine Zulassungsbeschränkungen für die hausärztliche Versorgung vorgesehen sind. Die Ermächtigung wird unbefristet ausgesprochen. Dies ermöglicht eine engere Vernetzung der ambulanten und stationären Versorgung und bietet darüber hinaus die Möglichkeit, die fachärztliche Ausbildung in der Allgemeinmedizin an einem Standort zu ermöglichen. So sollen junge Ärztinnen und Ärzte an die Disziplin der Allgemeinmedizin herangeführt werden und langfristig neue Hausärzte gewonnen werden.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Der VdK begrüßt, dass sich Sektorenübergreifende Versorgungszentren an der ambulanten Behandlung und damit auch an der Sicherung der Versorgung beteiligen können. Dies ist besonders für diejenigen Regionen, die schon heute eine Unterversorgung aufweisen, eine gute Möglichkeit, um das Versorgungslevel der Bevölkerung vor Ort zu erhöhen.

Zudem ist der VdK der Ansicht, dass Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen junge Ärztinnen und Ärzte stärker für die Allgemeinmedizin und eine Kassenzulassung begeistern können, da in diesen Versorgungseinrichtungen ambulante und stationäre Aspekte zu vergleichbaren Teilen eine Rolle spielen werden. Dies kann eine zusätzliche Chance sein, die hausärztliche Versorgung perspektivisch zu sichern.

Der VdK begrüßt, dass sich der Zulassungsausschuss auf Antrag mit einer Zulassung zur Versorgung beschäftigen muss.

### **3.1.6. § 135d SGBV-E – Transparenz der Qualität der Krankenhausbehandlung**

Im neu eingeführten Transparenzregister (vgl. Krankenhaustransparenzgesetz) werden weitere anzeigepflichtige Informationen eingefügt:

Die Einhaltung bzw. Nichteinhaltung der Qualitätskriterien nach § 135e SGB V, einschließlich der Information, sobald einem Krankenhaus Leistungsgruppen zugewiesen sind, wird anzeigepflichtig. Die standortbezogenen Prüfergebnisse des MD sollen Eingang in das Transparenzregister halten. Die Information über die Nichteinhaltung hat zu erfolgen, wenn eine Leistungsgruppe zugewiesen wurde, die Qualitätsziele jedoch nicht erreicht wurden. Ausnahmen müssen dargelegt werden.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Wie der VdK bereits in vergangenen Stellungnahmen und Pressemitteilungen verdeutlicht hat, hat das Transparenzregister für die Patientinnen und Patienten einen enormen Mehrwert. Es versetzt sie in die Lage, eine informierte Entscheidung über den Ort ihrer Behandlung zu treffen.

Daher begrüßt der VdK, dass das Transparenzregister um weitere anzeigepflichtige Informationen erweitert werden soll. Besonders die Listung der Einhaltung bzw. Nichteinhaltung der Qualitätsstandards begrüßt der VdK. Die Erklärung von Ausnahmen der Einhaltung von Mindestanforderungen bewertet der VdK als sinnvoll. So können (notwendige)

Abweichungen für die Patientinnen und Patienten begründet werden und der Raum für Spekulationen, warum Kriterien nicht eingehalten wurden, wird so gering wie möglich gehalten.

### **3.1.7. § 135e SGB V-E – Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung**

Die für eine Krankenhausbehandlung geltenden Qualitätskriterien werden bundeseinheitlich und auf dem Stand der medizinisch wissenschaftlichen Erkenntnisse gestaltet. Dabei sollen insbesondere Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität festgelegt werden. So soll gesichert werden, dass Behandlungen nur in den Krankenhäusern durchgeführt werden, welche die notwendige Ausstattung vorweisen können. Erfüllt ein Krankenhaus diese Anforderungen dem Grundsatz nach nicht, darf es die entsprechende Leistung nicht erbringen.

Die Behandlungen sollen sich an den geltenden medizinisch-wissenschaftlichen Leitlinien orientieren. Es erfolgt eine gesetzliche Verankerung der Leistungsgruppen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates. In den Leistungsgruppen werden solche Behandlungen zusammengefasst, die ähnliche Kompetenzen, Erfahrungen, personelle Qualifikationen und technische Ausstattung benötigen. Anhand der Leistungsgruppen können für spezifische Behandlungen besondere Qualitätskriterien festgelegt werden. Es sind Qualitätskriterien der folgenden Anforderungsbereiche festzulegen:

- Erbringung verwandter Leistungen
- Sachliche Ausstattung
- Personelle Ausstattung
- Sonstige Struktur- und Prozesskriterien (Berücksichtigung der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses, G-BA)

Ziel ist es, die Behandlungssicherheit der Patienten zu erhöhen.

Das BMG wird ermächtigt, mit Zustimmung des Bundesrates, eine Rechtsverordnung zur Anpassung und Weiterentwicklung der

- Leistungsgruppen und Qualitätskriterien
- Regelungen zur Zulässigkeit der Einhaltung der Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbänden,
- Regelungen, für welche Leistungsgruppen in Einzelfällen zur Sicherstellung der Versorgung von den Qualitätskriterien abgewichen werden darf und für welche Leistungsgruppen dies ausgeschlossen ist;
- sowie das Nähere zum Verfahren

Die Änderungen der Leistungsgruppen können frühestens zum 01. Januar 2027 in Kraft treten. Bis zum Inkrafttreten gelten die Leistungsgruppen nach Anlage 1 dieses Gesetzes, sowie

- die Qualitätskriterien, die im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen (NRW) festgelegt sind, ausgenommen der sonstigen Struktur- und Prozesskriterien (diese sind nicht für die Bundesebene vorgesehen)
- die Qualitätskriterien nach Anlage 2 dieses Gesetzes für die in Anlage 1 genannten Leistungsgruppen in den zusätzlichen, nicht im Krankenhausplan NRW aufgeführten Leistungsgruppen

Sofern die Regelungen des Landes NRW nur spezifisch auf das Bundesland NRW anwendbar sind, erarbeitet und veröffentlicht der MD eine bundeseinheitliche Prüfgrundlage zur Anwendung der entsprechenden Regelungen im Bundesgebiet. Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung können die Qualitätskriterien in Kooperation zwischen Krankenhäusern erfüllt werden.

Darüber hinaus soll das BMG einen Ausschuss einrichten, welcher Empfehlungen zu den Inhalten dieser Rechtsverordnung abgeben soll. Dieser wird durch das BMG sowie die obersten Gesundheitsbehörden der Länder geleitet. Initiativrecht zur Weiterentwicklung der Rechtsverordnung haben der Bund und die Länder. Wenn eine Änderung in einer Leistungsgruppe erfolgen soll, ist zunächst ein Vorschlag der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften einzuholen.

Des Weiteren beauftragt der Ausschuss das InEK und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) mit sogenannten Unterstützungsleistungen.

Der Ausschuss wird in gleicher Zahl mit Vertretern des GKV SV einerseits und Vertretern der DKG, der Bundesärztekammer (BÄK) und der Berufsorganisation der Pflegeberufe andererseits besetzt (Paritätische Besetzung). Die Patientenorganisationen nach § 140f SGB V können beratend an den Sitzungen teilnehmen (Mitberatungsrecht). Die Patientenperspektive soll angemessen in die Arbeit des Ausschusses einfließen. Der Ausschuss wird Sachverständige zur Beratung hinzuziehen können.

Der Ausschuss legt das Nähere zu seiner Arbeitsweise, Besetzung und Beschlussfassung in einer Geschäftsordnung (GO) selbst fest. Die GO bedarf der Genehmigung des BMG. Zur Koordinierung der Ausschussarbeit richtet das BMG eine Geschäftsstelle ein.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Der VdK begrüßt, dass die Qualitätskriterien der Krankenhausversorgung bundeseinheitlich und auf dem Stand der medizinischen Wissenschaften gefasst werden sollen und zukünftig nicht ausschließlich im Kompetenzbereich der Bundesländer liegen werden. So wird sichergestellt, dass Patientinnen und Patienten überall in Deutschland Therapien erhalten, die miteinander vergleichbar sind und ein hohes Niveau aufweisen.

Zudem ist zu begrüßen, dass die Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität als Mindestanforderungen beschrieben werden. So bleibt den Krankenhäusern die Möglichkeit, die Behandlungsqualität stetig zu optimieren. Dies ist im Sinne der Patientinnen und Patienten.

Erfüllt ein Krankenhaus die Qualitätsanforderungen einer Leistungsgruppe nicht, darf es die entsprechenden Behandlungen auch nicht anbieten. Diese Regelung ist nur folgerichtig und setzt den Anspruch nach Spezialisierung und einem hohen Niveau der Behandlungsqualität in die Realität um. Da es sich bei dieser Regelung um eine Grundsatzregelungen handelt, wird es auch Ausnahmen von diesem Grundsatz geben. Der VdK pocht darauf, dass es solche Sonderwege nur in den seltensten Fällen geben darf. Ausnahmen dürfen nicht die Regel werden. Zudem dürfen Bundesländer die vorgesehenen Ausnahmeregelungen nicht dazu missbrauchen, um die Grundsätze der Krankenhausreform zu umgehen.

Dem VdK ist es daher ein Anliegen, dass die Bedingungen, um von Ausnahmeregelungen Gebrauch zu machen, möglichst eng gefasst werden und lediglich zur Sicherstellung der

Versorgung bei einer drohenden oder bereits vorhandenen Unterversorgung Anwendung finden. Ziel muss es sein, die Institutionen, die von abweichenden Qualitätskriterien Gebrauch machen, mittelfristig an den grundsätzlichen Qualitätsstandard heranzuführen. Entsprechende Kontrollmechanismen sind einzuführen und konsequent umzusetzen.

Der Einführung der Leistungsgruppen und der Festlegung entsprechender Qualitätskriterien steht der VdK positiv gegenüber. Zudem ist positiv zu bewerten, dass die Leistungsgruppen kein starres Konstrukt sein sollen, sondern aufgrund der Entwicklungen in Wissenschaft und Forschung sowie der medizinischen Praxis stetig weiterentwickelt werden sollen. So kann vermieden werden, dass Methoden veralten oder obsoletere Kriterien zur Qualitätsmessung verwendet werden. Ebenso wird sichergestellt, dass sich die Struktur der Versorgung stetig verbessert.

Dass bis zum Inkrafttreten der bundeseinheitlichen Leistungsgruppen das Leistungsgruppen-System aus NRW angewendet werden soll, ist für den VdK nachvollziehbar. Der VdK fordert die Bundesländer auf, sich diesem Vorgehen nicht entgegenzustellen.

Der VdK bewertet positiv, dass die Weiterentwicklung der Leistungsgruppen auf eine wissenschaftliche Basis gestellt werden soll und nicht allein in der Hand der Selbstverwaltung liegen wird. Die verpflichtende Beteiligung der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften einzuholen, ist nur zu begrüßen.

Kritisch sieht der Sozialverband VdK hingegen, dass das InEK, dessen Unabhängigkeit angezweifelt werden kann, eng in den Prozess eingebunden werden soll. Gesellschafter des InEK sind der GKV SV, die DKG und die PKV. Der VdK bewertet insgesamt die Rolle des InEK, die es in der Krankenhausreform spielen soll, kritisch<sup>3</sup>. Zudem wird durch die Etablierung eines zusätzlichen Ausschusses eine Doppelstruktur geschaffen.

Bei der Besetzung des Gremiums sieht der VdK einigen Nachbesserungsbedarf. Zum einen lehnt der VdK eine Formulierung, nach welcher die Patientenorganisationen nach § 140f SGB V an den Beratungen beteiligt werden *können* konsequent ab. Aus Sicht des VdK sind die Patientenorganisationen *zwingend* zu beteiligen. Die gewählte Formulierung ist unglücklich. An dieser Stelle fordert der Sozialverband VdK eine Klarstellung, nach der die Patientenorganisationen nach § 140f SGB V an den Ausschusssitzungen zu beteiligen sind.

Darüber hinaus sind aus Sicht des Sozialverbandes VdK Deutschland neben Experten aus Medizin und Pflege auch Expertinnen und Experten der Pharmazie und Pharmakotherapie zu beteiligen, beispielsweise vertreten durch die Bundesapothekerkammer (BAK) oder den Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker (ADKA). Der Aspekt der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) kommt aus Sicht des VdK in der gesamten Krankenhausreform zu kurz. Bereits heute sind 5 Prozent der Krankenhauseinweisungen durch Wechselwirkungen zwischen Arzneimitteln bedingt<sup>x</sup>. Unter älteren Menschen, die häufiger multimorbide sind und in der Folge häufiger mehrere Medikamente einnehmen, liegt der Anteil der arzneimittelbedingten Krankenhauseinweisungen um einige Prozentpunkte höher. Gleichzeitig sind viele der Arzneimittelwechselwirkungen vermeidbar<sup>x</sup>. Es ist daher wichtig, bereits im Krankenhaus bei einer medikamentösen Neueinstellung oder Umstellung

---

<sup>3</sup> Vgl. 6. Schlussbemerkung

mögliche Risiken durch ein Fachpersonal bewerten zu lassen und gemeinsam mit Arzneimittelexperten einen sicheren Therapieplan zu erstellen.

Das Bundesland Niedersachsen geht diesen Weg mit den verpflichtenden Stationsapothekern seit 2022 bereits als Vorreiter.

### **3.1.8. § 135f SGB V-E – Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung**

Um eine Leistungsgruppe zugewiesen bekommen oder erhalten zu können, muss zukünftig eine Mindestzahl an vom Krankenhausstandort erbrachten Behandlungsfällen, die sog. Mindestvorhaltezahlen, nachgewiesen werden. Bei der Festlegung von Mindestvorhaltezahlen sind zu berücksichtigen:

- Vorhaltung eines ständig verfügbaren Facharztes
- Sicherstellung einer bedarfsgerechten und flächendeckenden stationären Versorgung
- Das Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 SGB V

Erfüllen Krankenhäuser die Mindestvorhaltezahlen nicht, erhalten sie keine Vorhaltevergütung. Die Mindestvorhaltezahlen gelten für das kommende Kalenderjahr als erfüllt, wenn die Mindestmarke im laufenden Kalenderjahr erreicht wurde oder, wenn zwei oder mehr Krankenhausträger im Einvernehmen mit der zuständigen Landesbehörde vereinbaren, dass die Leistungen der betroffenen Leistungsgruppe nur noch von einem Krankenhaus erbracht werden und die Anzahl der gemeinsam erbrachten Behandlungen mindestens der Vorhaltezahl entspricht. Durch das Herstellen von Einvernehmen mit der zuständigen Landesbehörde kann das Verschieben von Leistungsgruppen zwischen zwei Standorten durch Mittel des Transformationsfonds gefördert werden.

Das BMG beauftragt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) damit, unter Beachtung der genannten Kriterien, wissenschaftliche Empfehlungen für die Festlegung und regelmäßige Weiterentwicklung von Mindestvorhaltezahlen für die Leistungsgruppen zu erarbeiten. Dabei soll auch die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung untersucht werden. Die Empfehlung soll in Form eines Perzentils (ein Prozent) der Gesamtfallzahl eines Kalenderjahres je Leistungsgruppe erfolgen. In der Bewertung sollen auch die Daten des Transparenzverzeichnisses nach § 135d SGB V und die Datenauswertung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu berücksichtigen sein.

Die Empfehlungen des IQWiG sollen durch das InEK hinsichtlich der Auswirkungen auf die Anzahl und Verteilung der Krankenhausstandorte überprüft werden. Außerdem sollen die Auswirkungen auf die Fahrzeiten der Patientinnen und Patienten zum nächsten Krankenhaus bewertet und überprüft werden.

Die Regelungen der Mindestvorhaltezahlen gelten nicht, wenn die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Einschätzung ist, dass die Vorhaltung einer Leistungsgruppe für die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist. Liegt dieser Fall vor, erhalten die Krankenhäuser abweichend dennoch die Vorhaltevergütung.

Eine Leistungsgruppe zur Sicherstellung der Versorgung ist in den Fällen der Allgemeinen Inneren Medizin und der Allgemeinen Chirurgie dann notwendig, wenn die PKW-Fahrzeit mehr als 30 Minuten beträgt. Für alle übrigen Leistungsgruppen darf eine PKW-Fahrzeit von 40 Minuten nicht überstiegen werden. Darüber hinaus stellt die Bevölkerungsdichte ein wesentliches Kriterium dar.

Das BMG legt die Mindestvorhaltezahlen auf der Grundlage der Empfehlung des IQWiG und der Auswertung des InEK fest. Die Festlegung erfolgt in der Form einer Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates. Erstmals in Kraft treten wird die Rechtsverordnung 2027.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Der VdK steht dem Kriterium der Vorhaltezahlen als Werkzeug der Qualitätssicherung positiv gegenüber. Durch die Verständigungsmöglichkeit zwischen einzelnen Krankenhäusern und der gegebenen Option, Leistungsgruppen zweier Krankenhäuser zusammenzulegen, kann das Behandlungsniveau erhöht und Strukturen der Doppelversorgung abgebaut werden.

Eine Förderung der Zusammenlegung von Leistungsgruppen und den dadurch erforderlich werdenden Umbau- bzw. Umstrukturierungsmaßnahmen durch Mittel des Transformationsfonds ist für den VdK nachvollziehbar.

Der VdK bewertet die Berechnung der Mindestvorhaltezahlen durch das IQWiG positiv. Bei der Bewertung der Auswirkung auf die Fahrzeiten müssen die maßgeblichen Patientenorganisationen die Möglichkeit zur Stellungnahme erhalten.

Die Ausnahmeregelungen für die Mindestvorhaltezahlen dürfen durch die Bundesländer nicht missbraucht werden, um sich den Grundsätzen der Krankenhausreform zu entziehen. Die angesetzten PKW-Fahrzeitminuten von 30 bzw. 40 Minuten sind für den VdK nachvollziehbar. Dennoch muss berücksichtigt werden, dass nicht alle Menschen über einen privaten PKW verfügen oder sich regelmäßige Fahrten zu einem Krankenhaus mit einem Taxi leisten können. Dies ist besonders dann ein Problem, wenn Angehörige einen Patienten in einem weiter entfernten Krankenhaus besuchen möchten.

Studien zeigen, dass regelmäßige Besuche durch Familienangehörige die Genesung fördern können oder gar das Risiko des Auftretens eines Deliriums nach einer Narkosephase signifikant herabsetzen können<sup>xi</sup>. Gerade aus diesen, den Behandlungserfolg erheblich verbessernden, Gründen fordert der VdK, dass Besuchsfahrten von Angehörigen in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen werden und die Kosten für ÖPNV oder Taxi-Fahrten getragen werden.

Zudem stellen 30-PKW-Fahrzeitminuten für Patientinnen und Patienten, die in Gebieten mit einer schlechten ÖPNV-Anbindung leben und keinen Zugang zu einem PKW haben, eine enorme Herausforderung dar. Der VdK fordert daher eine Anpassung des § 60 SGB V um Krankenfahrten in weiter entfernte Kliniken und die Kostenübernahme durch die GKV zu erleichtern.

### 3.1.9. §§ 136 und 136c SGB V-E – Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung, Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung und Krankenhausplanung

Der G-BA wird zukünftig für den Krankenhausbereich nur noch diejenigen Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen festlegen, die nicht durch die Qualitätskriterien des neu einzuführenden § 135e SGB V geregelt sind. Zudem sind bestehende Regelungen aufzuheben, wenn diese in § 135e SGB V neu normiert werden.

#### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Diese Regelungen sind für den VdK nachvollziehbar. Die Qualitätsanforderungen an Krankenhäuser werden zukünftig durch Rechtsverordnung geregelt. Die neuen Regelungen dürfen jedoch nicht unter den aktuellen Stand absinken.

### 3.1.10. § 137 SGB V-E – Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses

Der G-BA wird in seiner Berechtigung bestärkt, neben stichproben- auch anlassbezogene Kontrollen für Qualitätsanforderungen vorzusehen. Ein Großteil der anlassbezogenen Kontrollen sollen durch die standardisierte Begehung des MD entfallen. Unberührt von diesen Regelungen bleiben die Kontrollen zum Zwecke der Qualitätssicherung und der Personalanforderungen sowie zur Einhaltung der Qualitätsanforderungen neuartiger Therapien. Die Prüfungen werden durch den MD durchgeführt und sollen durch die Neufassung des § 275a bundesweit harmonisiert werden. Gleichzeitig sollen Doppelkontrollen vermieden werden.

Der G-BA wird verpflichtet, einheitliche Regelungen zu treffen, um einheitliche Prüfungen des MD zu unterstützen. So sollen Aufwand und Bürokratie reduziert werden.

#### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Eine qualitativ hochwertige Versorgung kann nur dann gewährleistet werden, wenn die Anforderungen auch regelhaft kontrolliert werden. Den MD als Kontrollgremium zu etablieren erscheint dem VdK sinnvoll.

Kritisch bewertet der VdK, dass ein Großteil der anlassbezogenen Kontrollen entfallen soll. Der VdK spricht sich dafür aus, dass der MD regelmäßige Begehungen der Kliniken durchführt, um die Einhaltung der Qualitätsstandards zu überprüfen. Begehungen durch den MD sollten grundsätzlich nicht angekündigt werden. Es zeigt sich, dass bei angekündigten Besuchen kurzfristige Maßnahmen ergriffen werden, um das Eindrucksbild zu verbessern. Dies gilt es zu verhindern, um das Prüfbild nicht zu verfälschen. Zudem müssen Begehungen und Prüfungen durch fachkundiges Personal durchgeführt werden. Eine Kontrolle durch Ärzte, die in dem Bereich der zu kontrollierenden Leistungsgruppe berufliche Erfahrungen haben, ist empfehlenswert.

### 3.1.11. § 221 SGB V-E – Beteiligung des Bundes an Aufwendungen

Es werden Sonderregelungen zur Beteiligung der landwirtschaftlichen Krankenkasse am Transformationsfonds getroffen, die den bisherigen Regelungen zur Beteiligung der landwirtschaftlichen Krankenkasse entsprechen.

#### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Der VdK lehnt Sonderwege für einzelne Krankenkassen unabhängig davon, ob es sich um gesetzliche oder private Krankenversicherungen handelt, ab. Da es sich bei der Krankenhausreform um eine Kraftanstrengung handelt, die nur gemeinsam und solidarisch zu bewältigen ist, muss sich jeder Teil der Gesellschaft beteiligen. Dem VdK ist auch aus diesem Grunde eine einheitliche solidarische Krankenversicherung ein wichtiges Anliegen.

### 3.1.12. § 271 SGB V-E – Gesundheitsfonds

Die Obergrenze der Liquiditätsreserven der GKV wird erhöht. Sie darf in den Jahren 2025 bis 2035 einen Betrag von 50 Prozent der durchschnittlichen Monatsausgaben des Gesundheitsfonds nicht überschreiten. Im Rahmen des GKV-Finanzstabilisierungsgesetz wurde diese Obergrenze auf 25 Prozent herabgesenkt. So sollen die Finanzierung des Transformationsfonds gesichert und gleichzeitig Beitragssprünge vermieden werden.

Dem Transformationsfonds werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in den Jahren 2026 bis 2035 jährlich 2,5 Milliarden Euro (abzgl. der Beiträge der landwirtschaftlichen Krankenkasse) zugeführt, sofern die Fördermittel der Bundesländer abgerufen werden. Werden die Finanzmittel für das jeweilige Jahr durch die Länder nicht oder nicht vollständig abgerufen, stehen die Mittel bis zum 31. Dezember 2035 zur Verfügung.

#### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Das Vorgehen des Bundes bei der Frage der Finanzierung des Transformationsfonds ist aus Sicht des Sozialverbandes VdK Deutschland inakzeptabel.

Die Länder sind in den vergangenen Jahren ihrem Investitionsauftrag in die Krankenhäuser nicht nachgekommen. 2020 betrug der Investitionsbedarf der Kliniken mehr als sechs Milliarden Euro<sup>xii</sup>, der Krankenhausreport 2019 geht von einer jährlichen Investitionslücke von 2,6 Mrd. Euro aus<sup>xiii</sup>.

Der Transformationsfonds zur Finanzierung der Krankenhausreform dient auch dazu, diesen Investitionsstau aufzuarbeiten. Insgesamt wird er ein Volumen von 50 Mrd. Euro haben, wobei 25 Mrd. Euro durch die Länder finanziert werden sollen. Der Anteil des Bundes, weitere 25 Mrd. Euro, wird jedoch nicht durch Haushaltsmittel finanziert, sondern aus der Finanzreserve der gesetzlichen Krankenversicherung – schlussendlich also durch die Beitragsgelder.

Der Finanzierung der Krankenhausreform kann sich die PKV jedoch entziehen. Und das obwohl auch diejenigen, die sich über die PKV versichert haben, von den Zahlungen der GKV profitieren werden, sobald sie ein Krankenhaus aufsuchen. Diese Ungerechtigkeit ist für den VdK nicht hinnehmbar.

Der VdK fordert, dass sich der Bund mit einem ausreichend hohen Betrag, mindestens jedoch der Hälfte des GKV-Anteiles (12,5 Mrd. Euro) an der Finanzierung des Transformationsfonds beteiligt.

Darüber hinaus muss sich die PKV mit einem angemessenen Anteil am Transformationsfonds beteiligen. Dieser Anteil liegt mindestens so hoch, wie der Pro-Kopf-Anteil der GKV-Versicherten am Transformationsfonds in Relation zur Beitragsstärke der PKV-Versicherten.

Dass man sich einfach so an den Mitteln der Solidargemeinschaft bedient, um eine Versorgungsstruktur zu finanzieren, die auch denjenigen zugutekommt, die sich besten Wissens der Solidargemeinschaft entziehen und diese nicht einmal zur Kostenbeteiligung verpflichtet, ist für den VdK unverständlich und eine nicht hinzunehmende Ungerechtigkeit.

### **3.1.13. § 275a SGB V-E – Prüfungen in Krankenhäusern und weitere Qualitätsprüfungen**

Der MD führt in den zugelassenen Krankenhäusern standortbezogene Prüfungen durch. Insbesondere sollen

- die Einhaltung der Qualitätskriterien nach § 135 SGB V-E,
- die Strukturmerkmale auf Grund des vom BfArM herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 SGB V
- die Qualitätsanforderungen nach den §§ 135b, 136 bis 136c SGB V einschließlich der Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung, sowie
- die Qualitätsanforderungen der Länder nach Landesrecht

überprüft werden. Die Überprüfung erfolgt in der Regel schriftlich. Ist eine Inaugenscheinnahme vor Ort erforderlich, wird die Begehung angemeldet. Unangemeldete Inaugenscheinnahmen sind dann zulässig, wenn Tatsachen mit hinreichender Wahrscheinlichkeit erwarten lassen, dass eine angemeldete Prüfung den Prüferfolg gefährden würde.

Der MD soll abgestimmt und einheitlich vorgehen und sich über die Prüfergebnisse austauschen. Er hat eine angemessene ärztliche und pflegerische Qualifikation der Prüferinnen und Prüfer sicherzustellen.

Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde (zust. Behörde) hat vor der Zuweisung von Leistungsgruppen den MD mit o. g. Prüfungen zu beauftragen. Ebenso haben die Landesverbände der GKV den MD mit Prüfungen zu beauftragen, bevor sie einen Versorgungsvertrag abschließen. Der MD hat die Prüfung unverzüglich (innerhalb von zehn Wochen) abzuschließen. Die Feststellung der Erfüllung der Qualitätsanforderungen einer Leistungsgruppe begründet keinen Anspruch auf die Zuweisung einer Leistungsgruppe. Das Gutachten des MD gilt längstens zwei Jahre.

Krankenhäuser haben die Nichterfüllung von Leistungsmerkmalen unverzüglich (innerhalb von einem Monat) dem MD und der zuständigen Behörde mitzuteilen. Stellt der MD fest, dass dies nicht erfolgt ist, hat er die zuständige Behörde, den GKV-Landesverband und das IQTIG zu informieren.

Krankenhäuser, die der Mitteilungspflicht nicht nachkommen, dürfen in der jeweiligen Leistungsgruppe erbrachte Leistungen ab dem Zeitpunkt der Nichterfüllung der Qualitätskriterien nicht mehr abrechnen. Die zuständige Landesbehörde kann jedoch von der Aufhebung der Zuweisung einer Leistungsgruppe absehen.

Zudem haben die Krankenhäuser die Einhaltung von Strukturmerkmalen nach dem vom BfArM beschlossenen Schlüssel zu überwachen und sich die Einhaltung vom MD bescheinigen zu lassen. Die (vorübergehende) Nichteinhaltung ist unverzüglich zu melden.

Es werden Ausnahmeregelungen geschaffen, wonach Leistungen dennoch abgerechnet werden können, auch wenn die Strukturmerkmale nicht erreicht werden. Diese Ausnahmen gelten jedoch nur unter strengen Voraussetzungen und maximal bis zum 30. Juni eines Kalenderjahres, wenn die Anforderungen bis zum 31. Dezember des Vorjahres erfüllt wurden. Zudem müssen die Abweichungen unverzüglich bei der zust. Behörde angezeigt werden.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Die der Zuweisung von Leistungsgruppen vorangestellte Überprüfung durch den MD bewertet der VdK sehr positiv. Es ist jedoch durch den MD zu bewerten, ob die vorgesehenen Fristen ausreichend sind und ob der MD die notwendigen Ressourcen für die Masse an anstehenden Aufgaben überhaupt zur Verfügung hat.

Der VdK befürwortet ausdrücklich, dass Grundlage der Leistungsgruppenprüfungen und der Prüfungen von Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)-Strukturmerkmalen eine Richtlinie des MD-Bund sein soll. So kann ein einheitliches Vorgehen sichergestellt werden. Die gesetzliche Vorgabe, zukünftige Prüfungen regelhaft im schriftlichen Verfahren durchführen zu müssen, kann vor dem Hintergrund von Bürokratieabbau nachvollzogen werden. Allerdings werden die Prüfungen derzeit auch zum großen Teil vor Ort durchgeführt. Um die langfristigen Konsequenzen abschätzen zu können, sollte diese Regelung evaluiert werden. Der VdK begrüßt an dieser Stelle auch aus Gründen des Bürokratieabbaus, dass der MD vorliegende Zertifikate im Rahmen der Prüfungen zu berücksichtigen hat. Der VdK hat die Hoffnung, dass diese Regelung auch das interne Qualitätsmanagement der Krankenhäuser verbessern kann. Allerdings sollten diese Zertifikate zwingend standardisierte Qualitätskriterien enthalten, um sie miteinander vergleichbar zu machen.

Der VdK befürwortet es, dass die Nichteinhaltung von Qualitätskriterien unverzüglich anzuzeigen ist. Darüber hinaus ist es für den VdK nachvollziehbar, dass es aus verschiedensten Gründen zu kurzfristigen Abweichungen von den Standards kommen kann. Diese Abweichungen sollten einen Zeitraum von drei Monaten jedoch unter keinen Umständen überschreiten. Gleichzeitig ist die Abweichung unverzüglich im Transparenzregister anzuzeigen.

Sollten Krankenhäuser der Meldepflicht nicht nachkommen, ist die Streichung der Finanzierung ein folgerichtiger Schritt. Das Absehen von der Aufhebung einer Leistungsgruppenzuweisung sollte nur in begründeten Ausnahmefällen erfolgen.

### 3.1.14. § 426 SGB V-E – Evaluation des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes

Der GKV SV, die PKV und die DKG sollen dem BMG und den zust. Landesbehörden zum 31. Dezember 2029, 2034 und 2039 einen gemeinsamen Bericht zur Evaluation des KHVVG vorlegen. Der Bericht soll dabei besonders auf

- die Festlegung der Leistungsgruppen und ihre Weiterentwicklung sowie deren Auswirkungen auf Krankenhauskonzentrationsentwicklungen (lokal und über Landesgrenzen hinweg),
- die Überprüfung der Einhaltung der Qualitätskriterien durch den MD,
- die Auswirkungen des KHVVG auf die Patientenversorgung,
- die Auswirkungen auf die Personalsituation und
- die Auswirkungen auf die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser sowie die Ausgaben der Krankenkassen

eingehen. Dabei soll auch auf die folgenden drei vom BMG gesetzten übergeordneten Ziele der Krankenhausreform eingegangen werden: Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten sowie die Bürokratieentlastung.

#### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Der VdK ist ein großer Befürworter der Evaluation der Krankenhausreform. Der Evaluationszeitraum von 5 Jahren erscheint dem VdK angemessen.

Der VdK fordert jedoch, dass die Patientensicht bei der Evaluation der Reform berücksichtigt wird und die maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGB V sowie die Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher im Evaluierungsprozess beteiligt werden.

## 3.2. Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)

### 3.2.1. § 6a KHG-E – Zuweisung von Leistungsgruppen

Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde (zust. Behörde) kann den zugelassenen Krankenhäusern Leistungsgruppen zuweisen. Der Standort eines Krankenhauses bestimmt sich nach der zwischen dem GKV SV und der DKG getroffenen Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen. Voraussetzung für die Zuweisung ist die Erfüllung der Qualitätskriterien. Es besteht kein Anspruch auf Zuweisung einer Leistungsgruppe. Die Erfüllung der Qualitätskriterien wird durch den MD begutachtet. Bis zum Vorliegen des Gutachtens kann das Krankenhaus die Erfüllung der Qualitätskriterien durch Selbsteinschätzung begründet nachweisen.

Den Krankenhäusern der Bundeswehr oder den Krankenhäusern der gesetzlichen Unfallversicherung werden Leistungsgruppen zugewiesen, für die sie nach den Vorgaben des Bundesministeriums der Verteidigung (BMVg) oder nach der Aufgabenstellung der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen nach dem SGB VII Ressourcen vorhalten. Voraussetzung für die Leistungsgruppenzuweisung ist auch hier die Erfüllung der Qualitätskriterien.

Abweichend kann die zust. Behörde einem Krankenhaus Leistungsgruppen zuweisen, wenn das Krankenhaus die Qualitätsmerkmale nicht erfüllt. Voraussetzung ist, dass die Zuweisung zur Sicherstellung einer Flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist und eine Abweichung von den Qualitätskriterien nach der Rechtsverordnung nach § 135e SGB V nicht ausgeschlossen ist. Die Entscheidung ergeht im Benehmen mit der GKV.

Die Zuweisung ist dann erforderlich, wenn die PKW-Fahrzeitminuten im Falle der Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“ 30 Minuten und im Falle der übrigen Leistungsgruppen 40 Minuten überschreiten.

Die außerordentliche Zuweisung ist an die Erfüllung der Qualitätskriterien innerhalb von drei Jahren nach Zuweisung gebunden. Die zust. Behörde kann sich für die Erteilung einer Auflage durch den MD beraten lassen. So soll es dem Krankenhaus ermöglicht werden, die Qualitätsmerkmale zu erreichen und eine reguläre Zuweisung der Leistungsgruppen zu erhalten.

Die Zuweisung von Leistungsgruppen ist unverzüglich aufzuheben, wenn

- das Krankenhaus die Auflage nach Ablauf der Frist nicht erfüllt,
- die Voraussetzungen der Zuweisung nicht erfüllt sind oder eine Mitteilung des Krankenhauses oder des MD über die Nichterfüllung vorliegt (§ 275a SGB V) oder
- die Geltungsdauer des Gutachtens des MD überschritten ist.

Ist absehbar, dass der Grund für die gemeldete Nichterfüllung der Qualitätskriterien nicht länger als drei Monate dauert, kann durch die zust. Behörde von einer sofortigen Aufhebung der Leistungsgruppenzuweisung abgesehen werden und eine Frist zur Erfüllung der Qualitätskriterien gesetzt werden. Zudem kann die zust. Behörde von einer Aufhebung der Zuweisung absehen, wenn die Leistungsgruppe zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung zwingend notwendig ist.

Die für die Krankenhausplanung zust. Behörde kann Krankenhäusern im Benehmen mit den Landesverbänden der GKV folgende Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zuweisen:

- Die Krankenhausübergreifende Koordinierung von Versorgungsprozessen und -kapazitäten, insbesondere bei Großschadenslagen.
- Die Konzeption und Koordinierung des Einsatzes regionaler, insbesondere telemedizinischer, Versorgungsnetzwerke sowie informationstechnischer Systeme und digitaler Dienste.

Die Aufgaben dürfen nur Krankenhäusern zugeordnet werden, die der Versorgungsstufe nach § 135d Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 SGB V zugeordnet sind; dabei handelt es sich um Universitätskliniken bzw. Krankenhäuser der Versorgungsstufe Level IIIU. Ist kein Universitätsklinikum vorhanden, das diese Aufgabe übernehmen kann, wird dies ausnahmsweise von Krankenhäusern des Levels III übernommen.

Krankenhäuser, die diese Aufgaben übernehmen, sollen einen Zuschlag erhalten.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Der VdK befürwortet, dass die Qualitätskriterien auch die Grundlage der Zuweisung von Leistungsgruppen an Krankenhäuser der Bundeswehr und der Berufsgenossenschaften sind.

Die Zuweisung einer Leistungsgruppe an ein Krankenhaus soll auch dann erfolgen können, wenn das Krankenhaus die Qualitätskriterien nicht erfüllt, dies jedoch für die Sicherstellung der Versorgung zwingend erforderlich ist. Die Sicherstellung der Versorgung ist dem VdK ein wichtiges Anliegen. Der VdK fordert jedoch, dass das entsprechende Krankenhaus, die notwendigen Qualitätskriterien binnen eines Jahres nach der Zuweisung einer Leistungsgruppe erfüllt. Die Nichterfüllung ist zu begründen. Der MD hat das Erfüllen der Kriterien zu überprüfen.

Der VdK befürwortet, dass die zuständige Behörde die Zuweisung der Leistungsgruppe an Bedingungen knüpfen kann, deren Einhaltung zu überprüfen und die Nichteinhaltung zu sanktionieren sind.

### **3.2.2. § 6b KHG-E – Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung**

Die zust. Behörde bestimmt im Benehmen mit den Landesverbänden der GKV aus dem Kreis der in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser diejenigen, die über ihren stationären Versorgungsauftrag hinaus sektorenübergreifende Leistungen erbringen können und als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung betrieben werden sollen.

Es können auch Einrichtungen bestimmt werden, die nicht im Krankenhausplan geführt waren und nur ambulante Leistungen erbracht haben.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Der VdK weist darauf hin, dass sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen primär zur Beseitigung von Minderversorgungen geschaffen werden sollten. Die Entscheidung über die Etablierung von sektorenübergreifenden Versorgungszentren sollte in Absprache mit den lokalen Entscheidungsträgern (Bürgermeister, Landräte) und der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) getroffen werden, um auf lokale Besonderheiten reagieren zu können.

### **3.2.3. § 12a KHG-E – Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ab dem Jahr 2019**

Da der Transformationsfonds erst ab 2025 zur Verfügung steht, wird die Laufzeit des Krankenhausstrukturfonds bis 2025 verlängert. Nicht abgerufene Mittel werden in den Transformationsfonds überführt.

Der auf die PKV entfallende Anteil ist jedoch an diese zurück zu zahlen.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Der VdK fordert, dass der Anteil der PKV am Krankenhausstrukturfonds ebenfalls in den Transformationsfonds überführt wird.

Von der Krankenhausreform sind nicht nur GKV-Versicherte betroffen und profitieren von dieser, sondern auch PKV-Versicherte. Entsprechend muss sich die PKV auch und in gleicher Weise an den anfallenden Kosten beteiligen. Wie auch in den vorangegangenen Abschnitten bereits erläutert, ist es unverständlich, warum der Referentenentwurf für diesen finanziellen Kraftakt nicht ebenfalls die Privatversicherten in die Pflicht nehmen will. Es kann nicht sein, dass die GKV die Transformation eines ganzen Zweiges der Gesundheits- und Daseinsvorsorge stemmen muss.

Sonderregelung für die PKV lehnt der VdK entschieden ab.

### **3.2.4. § 12b KHG-E – Transformationsfonds, Verordnungsermächtigung**

Zur Förderung der Vorhaben der Länder zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung werden dem beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) errichteten Strukturfonds in den Jahren 2026 bis 2035 weitere Mittel in Höhe von insgesamt 25 Mrd. Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt. Die zugeführten Mittel können jährlich höchstens 2,5 Mrd. Euro betragen zzgl. der in den Vorjahren nicht ausgeschöpften Mittel.

Im Fall einer finanziellen Beteiligung der PKV erhöht sich das Fördervolumen um den entsprechenden Betrag. Die Entscheidung über die Beteiligung ist der PKV überlassen, obwohl auch die versicherten der PKV von der Strukturreform profitieren werden.

Aus den Mitteln des Transformationsfonds können gefördert werden:

- Vorhaben zur standortübergreifenden Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten, wenn dies zur Erfüllung der Qualitätskriterien erforderlich ist;
- Vorhaben zur Umstrukturierung eines Krankenhauses, nachdem dieses als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung bestimmt wurde;
- Vorhaben zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen, auch und soweit Hochschulkliniken an diesen beteiligt sind;
- Wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen an Hochschulkliniken, soweit Hochschulkliniken und nicht universitäre Krankenhäuser an diesen Vorhaben gemeinsam beteiligt sind;
- Wettbewerbsrechtlich zulässige Vorhaben zur Bildung von Krankenhausverbänden, Vorhaben zur Bildung integrierter Notfallstrukturen und
- Vorhaben zur Schließung eines Krankenhauses oder von Teilen eines Krankenhauses.

Die Länder können jährlich 95 Prozent der für sie nach dem Königsteiner Schlüssel<sup>4</sup> vorgesehenen Mittel beantragen. Nicht beantragte Mittel können bis zum Jahr 2035 abgerufen werden. Mit den übrigen 5 Prozent können länderübergreifende Vorhaben gefördert werden.

Bleibt ein Teil des Volumens des Transformationsfonds nach dessen Laufzeitende 2035 unberufen, wird dieses zurück in den Gesundheitsfonds überführt.

---

<sup>4</sup> Instrument zur Bestimmung der finanziellen Beteiligung eines Bundeslandes an einem gemeinsamen Vorhaben von Bund und Ländern.

Voraussetzung für die Zuteilung von Fördermitteln ist unter anderem, dass das Land ggf. gemeinsam mit dem Träger der zu fördernden Einrichtung mindestens 50 Prozent der Kosten trägt.

Weiteres regelt das BMG in einer Rechtsverordnung.

Es erfolgt eine Auswertung der Förderung nach § 14 KHG.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Das Vorgehen des Bundes bei der Finanzierung des Transformationsfonds ist aus Sicht des Sozialverbandes VdK Deutschland inakzeptabel.

Die Länder sind in den vergangenen Jahren ihrem Investitionsauftrag in die Krankenhäuser nicht nachgekommen. 2020 betrug der Investitionsbedarf der Kliniken mehr als sechs Milliarden Euro<sup>xiv</sup>.

Der Transformationsfonds zur Finanzierung der Krankenhausreform dient auch dazu, diesen Investitionsstau aufzuarbeiten. Insgesamt wird er ein Volumen von 50 Mrd. Euro haben, wobei 25 Mrd. Euro durch die Länder finanziert werden sollen. Der Anteil des Bundes, weitere 25 Mrd. Euro, wird jedoch nicht durch Haushaltsmittel finanziert, sondern aus der Finanzreserve der gesetzlichen Krankenversicherung – schlussendlich also durch die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler.

Der Finanzierung der Krankenhausreform kann sich die PKV jedoch entziehen. Und das obwohl auch diejenigen, die sich über die PKV versichert haben, von den Zahlungen der GKV profitieren werden. Die Formulierung, nach der sich die PKV beteiligen kann, ist für den VdK nicht akzeptabel.

Der VdK fordert, dass sich der Bund mit einem ausreichend hohen Betrag, mindestens jedoch der Hälfte des GKV-Anteiles (12,5 Mrd. Euro) an der Finanzierung des Transformationsfonds beteiligt.

Dass man sich einfach so an den Mitteln der Solidargemeinschaft bedient, um eine Versorgungsstruktur zu finanzieren, die auch denjenigen zugutekommt, die sich besten Wissens der Solidargemeinschaft entziehen und diese nicht einmal zur Kostenbeteiligung verpflichtet, ist für den VdK unverständlich und eine nicht hinzunehmende Ungerechtigkeit. Gleichzeitig riskiert man durch dieses Vorgehen eine weitere Steigerung der Beitragssätze. Dies ist zwingend zu vermeiden, um die Bevölkerung nicht noch weiter zu belasten.

## **4. Fehlende Regelungen**

Die Reform der Krankenhausversorgung in Deutschland ist auch deshalb notwendig, da sich einige Krankenhäuser nicht mehr finanzieren können. Zudem setzt das DRG-System, wie bereits ausgeführt, falsche Anreize für die Behandlung der Patientinnen und Patienten.

Aus Sicht des VdK ist eine Ursache dieser Probleme, dass der Gewinnabschöpfung aus der Gesundheitsversorgung bisher kein Riegel vorgeschoben wurde – das betrifft Krankenhäuser und investorengetragene Medizinische Versorgungszentren gleichermaßen.

Der VdK fordert, dass der größte Anteil der Gewinne eines Krankenhauses umgehend wieder in die Versorgung und Ausstattung eines Krankenhauses zu investieren ist. Darüber hinaus müssen geeignete Instrumente (Beispielsweise das Verbot der Rechtsform einer Aktiengesellschaft oder ähnlicher Rechtsformen wie der KGaA) gefunden und umgesetzt werden. Dies ist besonders dann kritisch zu sehen, wenn Krankenhäuser hohe Gewinne abschöpfen, gleichzeitig aber die Solidargemeinschaft die Steigerungen der Lohnkosten übernehmen soll. Der VdK begrüßt natürlich, wenn die Krankenhausangestellten höhere Löhne erhalten. Für diese sollten aber zunächst die Krankenhausbetreiber aufkommen, bevor sie anfangen, Gewinne abzuziehen.

Insgesamt darf die Vergütung der Krankenhäuser nur der Selbstkostendeckung dienen.

Zudem fordert der VdK auch an dieser Stelle und mit Nachdruck, dass sich die PKV angemessen an der Finanzierung der Krankenhausreform zu beteiligen hat. Dass sich die PKV der Finanzierung der Reform entziehen kann, ist für den VdK eine nicht hinzunehmende soziale Ungerechtigkeit. Auch die Versicherten der PKV werden massiv von der Reform profitieren und doch soll diese nur durch die Schultern der gesetzlich Versicherten getragen werden. Dies ist nicht hinnehmbar.

Wie unter Punkt 3.1.8 bereits dargelegt, fordert der VdK verbesserte Regelungen für die Kostenübernahme von Besuchsreisen durch Angehörige. Diese Kostenübernahme ist zwingend im SGB V zu hinterlegen.

Darüber hinaus fordert der VdK, dass für alle erstattungsfähigen Fahrten im Zusammenhang mit einer Leistung der GKV die kostendeckende Erstattung mindestens in Höhe der Fernpendlerpauschale liegen muss.

Um die Krankenhausreform in einen sinnvollen und zielorientierten Rahmen zu betten, weist der VdK auf die zwingend notwendige Reform der ambulanten Versorgung und der Notfallversorgung hin und fordert, dass diese bereits in der laufenden Legislatur angestoßen werden.

Da das deutsche Krankenhaussystem bereits heute für viele Menschen nicht zu durchblicken ist, setzt sich der Sozialverband VdK für einen verstärkten Einsatz von Patientenbegleiterinnen und -begleitern ein. Diese Lotsen können vielen Menschen eine wichtige Hilfestellung bieten und gleichzeitig durch eine gezielte Lenkung der Patienten die Zahl Doppeluntersuchungen bzw. -behandlungen verringern. Gleichzeitig können diese eine Unterstützung von Menschen mit besonderen Anforderungen an die Versorgung darstellen. Diese sollen Stationen, auf denen sich diese Menschen in Behandlung befinden, beratend zur Seite stehen und, beauftragt durch die Patienten, aktiv auf die Stationen zugehen.

Zudem fordert der VdK, dass die Barrierefreiheit im Krankenhaus verpflichtend umgesetzt werden muss. Alle Krankenhäuser, die Mittel aus dem Transformationsfonds beziehen, müssen bei Neu- oder Umbaumaßnahmen zwingend die Aspekte der Barrierefreiheit berücksichtigen.

Abschließend weist der Sozialverband VdK auf die Sinnhaftigkeit der bundesweiten Implementierung von Apothekern auf Station hin, wie bereits unter Punkt 3.1.7 ausgeführt. Diese können die Arzneimitteltherapiesicherheit der Patientinnen und Patienten signifikant verbessern und dadurch auch die Behandlungskosten der GKV senken.

## 5. Schlussbemerkung

Grundsätzlich spricht sich der VdK dafür aus, dass Regelungen und Bewertungen im Gesundheitssystem stets von unabhängigen Stellen oder Behörden durchgeführt werden. In den Verfahren sind nach Ansicht des VdK zudem stets Patientenvertreterinnen und -vertreter zu beteiligen.

Eine besondere Situation besteht mit dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK). Dieses Institut wurde 2001 als gemeinnützige GmbH gegründet und 2007 in eine GmbH überführt. Gesellschafter des Institutes sind die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV SV) und der Verband der privaten Krankenversicherungen (PKV). Nach § 17 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) soll das InEK bei der kontinuierlichen Weiterentwicklung des Deutschen DRG-Systems unterstützen.

Aufgrund der Gesellschafterstruktur des InEK bewertet der Sozialverband VdK die aktuelle Situation und die geplante Übertragung von Aufgaben an das InEK kritisch. Gleichwohl erkennt der VdK an, dass das InEK international anerkannt und renommiert ist<sup>xv</sup>.

## 6. Literaturverzeichnis

- <sup>i</sup> Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Pressemitteilung: Investitionsfinanzierung durch die Länder bleibt Trauerspiel. Stand: 17. Januar 2022. Abgerufen von: <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/investitionsfinanzierung-durch-die-laender-bleibt-ein-trauerspiel/>
- <sup>ii</sup> Hans Böckler Stiftung: Wie Arbeit im Krankenhaus krank macht. Magazin Mitbestimmung, Ausgabe 07/2017. Stand: April 2024. Abgerufen von: <https://www.boeckler.de/de/magazin-mitbestimmung-2744-wie-arbeit-im-krankenhaus-krank-macht-5814.htm>
- <sup>iii</sup> Statistisches Bundesamt, Basistabelle Ärztedichte. Stand: April 2024. Abgerufen von: [https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Internationales/Thema/Tabellen/Basistabelle\\_Aerzte.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Internationales/Thema/Tabellen/Basistabelle_Aerzte.html)
- <sup>iv</sup> Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung Nr. N 072 vom 03. November 2020. Stand: April 2024. Abgerufen von: [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/11/PD20\\_N072\\_212.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/11/PD20_N072_212.html)
- <sup>v</sup> Bundesministerium für Gesundheit, Fallpauschalen. Stand: April 2024. Abgerufen von: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/f/fallpauschalen>
- <sup>vi</sup> Bertelsmann Stiftung, Gütersloh. Überversorgung – Eine Spurensuche. November 2019. DOI 10.11586/2019064. Abgerufen von: <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/ueberversorgung-eine-spurensuche>
- <sup>vii</sup> Bündnis Krankenhaus statt Fabrik, „Über das Bündnis“. Stand: April 2024. Abgerufen von: [Krankenhaus statt Fabrik! - Anliegen & Beteiligte \(krankenhaus-statt-fabrik.de\)](https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de)
- <sup>viii</sup> Krankenhausreport 2020: DRG-Einführung in Deutschland: Anspruch, Wirklichkeit und Anpassungsbedarf aus gesundheitsökonomischer Sicht. Andras Beivers, Annika Emde. First online: 11th February 2020. Abgerufen von: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-60487-8\\_1#Fn2](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-60487-8_1#Fn2)
- <sup>ix</sup> Drug-related admissions and hospital-acquired adverse drug events in Germany: a longitudinal analysis from 2003 to 2007 of ICD-10-coded routine data. Jürgen Strausberg und Joerg Hasford. 29. May 2011. Abgerufen von: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3116475/> im April 2024. DOI: [10.1186/1472-6963-11-134](https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-134)
- <sup>x</sup> Preventable drug-related hospital admissions. Amut G. Winterstein et al. August 2002. Abgerufen im April 2024 von <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12086559/>. DOI: [10.1345/aph.1A225](https://doi.org/10.1345/aph.1A225)
- <sup>xi</sup> Why and how to open intensive care units to family visits during the pandemic. Giovanni Mistraretti et al. Juni 2021. Stand April 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13054-021-03608-3>. Abgerufen von <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-021-03608-3>
- <sup>xii</sup> Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Pressemitteilung: Investitionsfinanzierung durch die Länder bleibt Trauerspiel. Stand: 17. Januar 2022. Abgerufen von: <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/investitionsfinanzierung-durch-die-laender-bleibt-ein-trauerspiel/>
- <sup>xiii</sup> DRG-Einführung in Deutschland: Anspruch, Wirklichkeit und Anpassungsbedarf aus gesundheitsökonomischer Sicht, Andreas Beivers & Annika Emde. Februar 2020. Abgerufen von: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-60487-8\\_1](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-60487-8_1) im April 2024.
- <sup>xv</sup> DRG-Einführung in Deutschland: Anspruch, Wirklichkeit und Anpassungsbedarf aus gesundheitsökonomischer Sicht. Andreas Beivers und Annika Emde. Februar 2020. Abgerufen im April 2024 von: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-60487-8\\_1#Fn2](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-60487-8_1#Fn2)