

Ständiger Stellvertreter des Hauptgeschäftsführers

Deutscher Städtetag | Hausvogteiplatz 1 | 10117 Berlin

Deutscher Bundestag
Frau Anja Lüdtke
Platz der Republik 1
11011 Berlin

E-Mail: anhoerungen-gesundheitsausschuss@bundestag.de

**Öffentliche Anhörung Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz
(KHHVG) am 25. September 2024**

17.09.2024/rem

Hier: Stellungnahme des Deutschen Städtetags

Kontakt

Anja Patzki
anja.patzki@staedtetag.de
Hausvogteiplatz 1
10117 Berlin

Telefon 030 37711-420
Telefax 030 37711-409

www.staedtetag.de

Aktenzeichen
54.06.00 D

Hauptgeschäftsstelle Berlin
Hausvogteiplatz 1
10117 Berlin
Telefon 030 37711-0

Hauptgeschäftsstelle Köln
Gereonstraße 18-32
50670 Köln
Telefon 0221 3771-0

Europabüro Brüssel
Avenue des Nerviens 9-31
1040 Bruxelles / Belgien
Telefon +32 2 882 774-0

Sehr geehrte Frau Lüdtke, sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Möglichkeit, eine Stellungnahme zur Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit unter anderem zum KHHVG abgeben zu dürfen.

Wir möchten uns wie folgt äußern:

Zusammenfassung zum KHHVG

• **Übergreifende Anmerkungen**

- Eine Reform der Krankenhausstrukturen wird als sinnvoll und notwendig erachtet.
- Der Deutsche Städtetag sieht die Dringlichkeit, noch in dieser Legislaturperiode ein Krankenhausreformgesetz in Kraft treten zu lassen.
- Der Deutsche Städtetag sieht ansonsten die Gefahr einer zu großen Unsicherheit bei Standortentwicklungen. Planungssicherheit wird benötigt.
- Eine stabile finanzielle Basis für die Krankenhäuser ist unumgänglich.
- Dafür müssen die nicht refinanzierten Kostensteigerungen der Jahre 2022 und 2023 in Form einer Zwischenfinanzierung ausgeglichen werden.

- Nahezu alle Kommunen müssen aktuell kommunale Krankenhäuser auf dem kommunalen Haushalt durch hohe 7 bis 8-stellige Zuschüsse stützen. Sie liegen in einigen Städten bereits über 100 Mio. Euro, insbesondere dann, wenn Krankenhäuser weit über die Stadtgrenze hinaus die Gesundheitsversorgung einer ganzen Region sicherstellen.
 - Mit dem KHHVG muss die strukturelle Unterfinanzierung der Krankenhäuser beseitigt werden.
- **Der Deutsche Städtetag begrüßt:**
 - die Errichtung von sektorenübergreifenden Einrichtungen zur Versorgung von Patientinnen und Patienten, vor allem in den ländlichen Regionen.
 - die Einrichtung des Transformationsfonds. Fragwürdig erscheint uns aber die Finanzierung aus GKV-Mitteln.
 - Grundsätzlich die Anpassungen zur Refinanzierung der Personalkostensteigerungen über die Erhöhungsraten für Tariferhöhungen ab dem Jahr 2024. Eine vollständige Refinanzierung aller Personalkostensteigerungen ist damit allerdings nicht gewährleistet.
 - **Der Deutsche Städtetag teilt die Ausführungen nicht:**
 - Entgegen den Ausführungen im Gesetzentwurf sieht der Deutsche Städtetag mit der derzeitigen Ausgestaltung der Vorhaltevergütung keine Existenzsicherung für die Krankenhäuser.
 - **Der Deutsche Städtetag regt an:**
 - Die Krankenhausstrukturreform zwingend auch für eine konsequente Entbürokratisierung und Deregulierung zu nutzen.
 - Die Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben auch auf kommunale Krankenhäuser landesplanerisch regelhaft zu übertragen.
 - In das KHHVG erfolgsversprechende Ansätze zur Reduzierung des Fachkräftemangels aufzunehmen.

Im Einzelnen zum KHHVG

Es braucht dringend einer Krankenhausstrukturreform, die die derzeitigen Defizite bei der Krankenhausplanung als auch Finanzierung beseitigt

Der Deutsche Städtetag begrüßt grundsätzlich das Reformvorhaben aufgrund der aktuellen Herausforderungen im Gesundheitswesen. Derzeit herrscht eine strukturelle Unterfinanzierung der Krankenhäuser. Die kommunalen Kliniken geraten zunehmend in Schieflage und die Kommunen müssen hohe Millionenbeträge beisteuern, um Insolvenzen zu verhindern. Die kommunalen Haushalte können die Defizite nicht länger ausgleichen. Eine grundlegende Krankenhausfinanzierungsreform ist insofern unerlässlich, die die strukturelle Unterfinanzierung der Krankenhäuser beseitigt.

Die Reform muss zeitnah verbindlich konkretisiert und nach einer angemessenen Übergangsphase umgesetzt werden. Den Krankenhäusern ist es besonders wichtig, eine verlässliche Planungsgrundlage für künftige strategische Weichenstellungen zu erhalten, die nun vielerorts dringend erfolgen müssen und aufgrund der Unsicherheiten noch zurückgehalten werden. Aufgrund des demografischen Wandels und des damit zusammenhängenden Fachkräftemangels sowie ein veränderter Versorgungsbedarf bedingt durch eine immer älter werdende Bevölkerung ist es zudem dringend notwendig, die ambulante als auch stationäre medizinische Versorgung neu zu denken. Ein geordneter Strukturwandel ist erforderlich, um diese Herausforderungen zu stemmen. Die geplanten sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen stellen deshalb einen wichtigen Schritt dar. Die Finanzierung durch den Bund und die Landeskrankenhausplanung müssen ineinander greifen.

Die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser muss umgehend stabilisiert werden

Die nicht refinanzierten Kostensteigerungen der Jahre 2022 und 2023 haben die finanzielle Situation der Krankenhäuser massiv verschlechtert. Die allermeisten kommunalen Krankenhäuser schlossen das Jahr 2023 mit hohen Betriebsverlusten ab.

Zu begrüßen ist sicherlich, dass zukünftige Kostensteigerungen nunmehr gänzlich (bedauerlicherweise jedoch ohne zusätzliche Urlaubstage oder erhöhte Freizeitausgleiche bei Bereitschaftsdiensten) berücksichtigt werden sollen. Nicht nachzuvollziehen ist jedoch, dass der Gesetzentwurf bis zum Jahr 2025 keinen Ausgleich der inflationsbedingten Kostensteigerung über eine Anhebung des Landesbasisfallwert beinhaltet. Dadurch verbleiben die inflationsbedingten Verluste bei den Krankenhäusern und müssen durch die Träger ausgeglichen werden. Es besteht eine erhebliche Finanzierungslücke.

Im kommunalen Kontext bedeutet dies, dass diese Lücke aus Haushaltsmitteln und somit aus Steuereinnahmen der Bürgerinnen und Bürger bezahlt wird. Die Zuschüsse belaufen sich zum Teil auf eine zweistellige Millionenhöhe. Die Krankenhausfinanzierung ist aber nicht Aufgabe der Kommunen. Bund und Länder sind gesetzlich für eine funktionsgerechte Krankenhausfinanzierung verpflichtet.

Mittlerweile besteht die Gefahr, dass die kommunalen Haushalte nicht mehr genehmigungsfähig sind. Ist eine Bezuschussung durch die Kommune nicht möglich, droht die Insolvenz, unter Umständen auch bei versorgungsrelevanten Standorten. Die Versorgung könnte gefährdet werden. Deshalb ist es unumgänglich, dass zunächst eine stabile wirtschaftliche Basis der Krankenhäuser in Form einer Zwischenfinanzierung hergestellt wird.

Denn die Reform droht zu scheitern, wenn versorgungsrelevante Krankenhäuser bis zum Wirken der Reform nicht mehr existieren.

Um eine stabile Finanzierung zu erreichen, sollten aus Sicht des Deutschen Städtetags, neben den geplanten Maßnahmen im KHVVG, der Landesbasisfallwert 2024 rückwirkend für die Jahre 2022 und 2023 basiswirksam erhöht und die vom Bundesgesundheitsministerium vorgenommene Kürzung der DRG-Vergütung um 400 Millionen Euro zurückgenommen werden. Politisch motivierte Tarifsteigerungen müssen vollumfänglich ausgeglichen werden.

Die derzeitige Ausgestaltung der Vorhaltevergütung erreicht die politischen Ziele, insbesondere Existenzsicherung nicht

Mit der Finanzierungsreform soll die DRG um Vorhaltekosten ergänzt werden. Bemessen werden die Kosten an dem Referenzwert der Fallzahlen einer Leistungsgruppe. Sinken die Fallzahlen, werden zunächst die Vorhaltekosten ausgeglichen. Bleiben die Fallzahlen dauerhaft unter 80 % des Referenzwertes, werden die Vorhaltekosten nur noch für die 80 Prozent der Fallzahlen bezahlt. Dies führt wieder zu einer Unterfinanzierung und nicht zur wirtschaftlichen Existenzsicherung der Häuser, da die vorgehaltene Infrastruktur krankenhausplanerisch für die ursprünglich geplanten Fallzahlen vorgehalten wird und aus bekannten Gründen nicht beliebig schnell reduziert werden kann.

Insbesondere bei nicht beeinflussbaren Sondereffekten, z. B. Fallzahlrückgang durch eine Pandemie oder durch Wegfall einer Leistungsgruppe aufgrund der Entscheidung der Krankenhausplanung wirkt sich die Vorhaltefinanzierung nachteilig aus.

Steigen die Fallzahlen, werden nicht mehr Vorhaltekosten bezahlt, sondern nur noch der Anteil der Rest-DRG. Dies bietet keinen Anreiz, das Leistungs geschehen auszuweiten oder Leistungen aus mehreren kleinen Häusern an großen Häusern zu konzentrieren. Krankenhauserlöse sind damit weiter fallzahlabhängig - es findet keine Existenzsicherung und Entökonomisierung statt.

Die Vorhaltefinanzierung darf sich nicht an Leistungsmengen orientieren. Eine über einen Zeitraum erfolgte Absenkung der Vorhaltefinanzierung führt zu einer strukturellen Unterfinanzierung.

Mit der Krankenhausfinanzierungsreform muss aber die strukturelle Unterfinanzierung der Krankenhäuser beseitigt werden, insbesondere muss auch eine angemessene Finanzierung bei Fallzahlschwankungen unter Vergütung der Fixkosten bei Fallzahlrückgängen geregelt werden.

Ein einfacher Zugang zu Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen ist wichtig

Ein Neudenken der Versorgungslandschaft ist unbedingt erforderlich, insbesondere auch dort, wo eine flächendeckende Versorgung gefährdet ist. Deshalb begrüßt der Deutsche Städtetag die neu geplante Versorgungsform, da den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen eine wesentliche Rolle bei der nötigen Umstrukturierung der Versorgungslandschaft zukommt. Hierdurch sehen wir die Chance, die Gesundheitsversorgung effizienter zu gestalten und die Personalressourcen sowie Gerätschaften optimal einzusetzen. Letztendlich kann dem Fachkräftemangel nur durch eine verbesserte, sektorenübergreifende Zusammenarbeit begegnet werden.

Das Potenzial einer sektorenübergreifenden Ambulantisierung wird unserer Ansicht nach mit den im Referentenentwurf genannten Maßnahmen aber nicht vollständig ausgeschöpft. Insbesondere sollten die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten im Krankenhaus und an Außenstellen der Krankenhäuser ausgebaut werden.

Wichtig ist zudem, dass der Zugang zur ambulanten als auch sektorenübergreifenden Versorgung einfach ausgestaltet und für die ambulanten ärztlichen und pflegerischen Leistungen eine kostendeckende Refinanzierung vorgesehen ist.

Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben auch für die kommunalen Maximalversorger

Eine Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben an Krankenhäuser mit dem Level 3 lediglich als Ausnahmetatbestand verkennt aus unserer Sicht, dass auch die kommunalen Maximalversorger seit vielen Jahren diese Aufgaben wahrnehmen und zuletzt in der Corona-Pandemie eindrucksvoll unter Beweis stellten. Die Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben müssen daher auch auf diese Krankenhäuser landesplanerisch regelhaft übertragbar sein.

Die Zuordnung von Leistungsgruppen sollte mit einer Mindestdauer versehen sein und die Beschreibung der Leistungsgruppen klarer erfolgen

Bei einem Wegfall von Leistungsgruppen muss das Krankenhaus die erforderlichen Strukturen anpassen. Die Strukturanpassung dauert im Allgemeinen mehr als ein Jahr. Die Strukturmaßnahmen erfordern weiterhin Finanzmittel, die dann vom Strukturfonds zur Verfügung gestellt werden müssen. Deshalb sollte die Zuordnung von Leistungsgruppen mit einer Mindestdauer versehen sein.

In der jetzigen Beschreibung sind zusätzliche Leistungsgruppen gegenüber der Leistungsgruppensystematik in NRW enthalten (z.B. Leistungsgruppe Notfallversorgung). Diese müssen konkreter beschrieben und mit der Weiterbildungsordnung abgestimmt werden. Weiterhin muss sichergestellt werden, dass es keine Widersprüche zu den Strukturvorgaben des GBA gibt.

Hinsichtlich der Leistungsgruppe 25 „Revision Hüftendoprothese“ und Leistungsgruppe 26 „Revision Knieendoprothese“ gilt Folgendes zu beachten: Als Mindestvoraussetzung ist ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzweiterbildung Spezielle Orthopädische Chirurgie erforderlich. Dabei ist zu berücksichtigen, dass in Deutschland Orthopäden mit der Zusatzbezeichnung nicht in so hoher Anzahl vorhanden sind, dass eine flächendeckende Versorgung noch sichergestellt werden könnte.

Eine solche Mindestvoraussetzung könnte dazu führen, dass schon eine einfache Nachblutung nach einer Hüft-Operation nicht mehr versorgt werden könnte und generell keine Revisions-Operationen durchgeführt werden könnten. Bei der Leistungsgruppe 27 „Spezielle Traumatologie“ muss als Mindestvoraussetzung die Anforderungen der Schwerverletzungsverfahren (SAV) erfüllt werden. Wenn nur noch SAV-Krankenhäuser komplexe Traumatologie durchführen können, führt dies aus Sicht eines unserer Mitglieder dazu, dass die Notfallversorgung schwerer traumatólogischer Notfälle gefährdet ist. Die Mindestanforderung sollte daher gestrichen oder deutlich abgeschwächt werden.

Mit dem KHHVG erfolgt kein notwendiger Bürokratieabbau

Wir befürchten mit dem geplanten KHHVG einen massiven Bürokratieaufbau. Um dem Fachkräftemangel begegnen zu können, ist es unumgänglich, die medizinischen und pflegerischen Berufe attraktiver zu machen. Krankenhäuser müssen weiter entlastet werden.

Zum Antrag „Abteilungen für Kurzzeitpflege in Krankenhäusern bundesweit einrichten“

Den Antrag „Abteilungen für Kurzzeitpflege in Krankenhäusern bundesweit einrichten – sehen wir kritisch, da aufgrund des Fachkräftemangels hier eine Verschiebung von Pflegepersonal zu Ungunsten des Akutbereichs erfolgen müsste. Auch sehen Pflegekräfte im Krankenhaus ihren Tätigkeitsschwerpunkt eher nicht in der Betreuung von Patienten der Kurzzeitpflege. Diese sollten in Pflegeeinrichtungen gefördert werden, dort wären auch vorwiegend Mitarbeitende mit der Qualifikation Altenpflege.“

Wir hoffen, dass unsere Hinweise Berücksichtigung finden und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Stefan Hahn