

## Vorwort

Das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen, kurz Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KVVVG), ist seit dem 1. Januar 2025 in Kraft. Noch im November 2024 war unklar, ob es in dieser Form kommen würde. Nach der Zustimmung zum Gesetz am 17. Oktober 2024 im Bundestag ging es noch am 22. November 2024 in den Bundesrat. Dort ging es um die Frage, ob es noch in einen Vermittlungsausschuss gehen müsse, was abgelehnt wurde. Der Ausgang dieser Abstimmung war aber bis zu diesem Tag völlig offen, blieb bis zuletzt spannend, und das Ergebnis war denkbar knapp. Dies zeigt, wie stark die Geister sich am KVVVG schieden.

Denn das Gesetz setzt auf eine umfassende Optimierung der Krankenhausstruktur in Deutschland. Es geht um die Bildung von Schwerpunkten durch die Bündelung von Leistungsgruppen an weniger Standorten als bisher. Dies hat das KVVVG gemein mit der neuen Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen. Dort wurde im Zuge der neuen Planung die Zahl der Standorte je Leistungsgruppe, besonders der spezialisierten Leistungsgruppen, zum Teil deutlich reduziert. Kapitel 5 berichtet davon. Das KVVVG geht hier jedoch weiter und strebt zudem die Zusammenlegung von Standorten an, um größere Krankenhäuser in Form von Zentralkliniken zu bilden. Wir haben in Deutschland viele kleine Standorte – inzwischen oft Level-1-Kliniken genannt. Der „Mittelbau“, sogenannte Level-2-Kliniken, ist dagegen schwach ausgeprägt. Es liegt also nahe, mehrere kleine Kliniken des Level 1 zu einer Level-2-Klinik oder in Einzelfällen sogar zu einer Level-3-Klinik (Maximalversorger) zusammenzulegen.

Für die Bevölkerung in solchen Regionen würde sich das Versorgungsangebot verbessern, wenn sie statt zwei oder drei kleinen Grundversorgern mit vereinzelten Spezialitäten, aber in der Regel nur mit Notfallstufe 1, ein größeres Krankenhaus mit Notfallstufe 2 oder sogar 3 bekämen – ein Haus, das viel mehr Disziplinen und Spezialitäten vor Ort vorhalten kann und damit eine breite medizinische Expertise und moderne Gerätschaften. Auch Personal dürfte einfacher für ein solches größeres Klinikum zu finden sein. Analysen des Kranken-

## Vorwort

---

haus Rating Report zeigen darüber hinaus, dass ein Krankenhaus in der Größenordnung von 500 bis 900 Betten wirtschaftlicher arbeiten kann als ein kleines Haus – kein ganz unwichtiger Aspekt, wenn es um ein nachhaltiges Angebot geht. Zwei Fallbeispiele von Krankenhaussträgern aus Baden-Württemberg stellen ihren Weg zur Optimierung der lokalen Krankenhausstrukturen vor. Das erste Beispiel geht auf eine bereits realisierte Optimierung mit all ihren Hürden ein (Kapitel 10), das zweite auf einen noch laufenden Prozess (Kapitel 11).

Diese Beispiele zeigen, dass es auch ohne das KHVVG geht – und es gibt noch mehr Beispiele aus den vergangenen Jahren und Jahrzehnten. Die Veränderungsgeschwindigkeit muss jedoch angesichts der enormen vor uns stehenden Herausforderungen zunehmen. Kapitel 1 stellt die Gründe für die umfassende Reform dar. Das KHVVG wird allen Krankenhaussträgern, die sich im Veränderungsprozess befinden oder ihn noch vor sich haben, diesen Weg erleichtern. In der Regel gibt es zwei große Hürden bei der Zusammenlegung von Standorten. Erstens kostet ein Neubau oder Anbau an einen bestehenden Standort eine Menge Geld. Die Investitionen betragen Hunderte Millionen Euro, die ein Bundesland im Rahmen seiner Fördermittel oft nicht allein schultern kann oder will. Meist ist auch der Krankenhaussträger gefordert, einen Teil der Investitionen zu tragen. Viele überfordert dies, auch wenn sich anschließend die wirtschaftliche Lage ihres Krankenhausverbunds dadurch verbessern dürfte. Das KHVVG sieht deshalb einen mit 50 Milliarden Euro großzügig ausgestatteten Transformationsfonds vor, der genau solche Strukturveränderungen investiv begleiten soll. Kapitel 6 stellt den Transformationsfonds vor und illustriert ein für den Fonds passendes Beispiel aus Sachsen.

Zweitens führt die Zusammenlegung von Standorten regelmäßig zu der Frage, was dann mit den Altstandorten passieren solle. Gerade die Bevölkerung am Altstandort macht sich Sorgen, dass ihr die Krankenhausversorgung wegbricht. Zwar sollte ein gut geplantes neues Zentralklinikum in der Region so verortet sein, dass der Anfahrtsweg dorthin für die Bevölkerung der Altstandorte medizinisch vertretbar ist. Allerdings wird die Anfahrt natürlich länger dauern als zum Altstandort. Für spezielle Angebote und für schwere Notfälle lohnt sich diese Anfahrt, weil am Zentralklinikum die Versorgungsqualität höher sein wird als am Altstandort – und vielfach nehmen die Menschen schon heute solch längere Anfahrtswege auf der Suche nach hoher Qualität in Kauf. Für einfache Fälle, darunter auch einfache Notfälle, bietet es sich indessen an, an den Altstandorten eine solide ambulante und ggf. stationäre Basisversorgung aufrechtzuerhalten. Zu diesem Zweck hat das KHVVG die sogenannten Level-1i-Kliniken definiert. Die beiden Kapitel 7 und 8 beschäftigen sich mit diesen neuartigen Angeboten und leiten unter anderem den Bedarf an 1i-Kliniken in Deutschland ab.

Das KHVVG geht allerdings noch weiter. Seit Einführung der DRG-Fallpauschalen im Jahr 2004 verändert es erstmals grundlegend die Vergütungslogik in der Krankenhausversorgung. Es führt eine Vorhaltefinanzierung ein, indem es einen

großen Teil des DRG-Erlösvolumens zu einer Finanzierung der Vorhaltung von Leistungsgruppen umwidmet. Bisher gab es für eine DRG eine Fallpauschale. Mit Einführung der Vorhaltefinanzierung in den kommenden Jahren wird es für die DRG eine geringere Fallpauschale geben. Hinzu kommt eine Vorhaltepauschale für eine Leistungsgruppe, die im Rahmen der Krankenhausplanung und gemäß der im KHVVG definierten Mindestanforderungen einem Standort zugeteilt wird. Auf die Funktionsweise der Vorhaltefinanzierung und ihre Vor- und Nachteile geht Kapitel 2 ein. Wie die Leistungsgruppen und der Leistungsgruppen-Grouper des Bundes funktionieren, bespricht Kapitel 3. Kapitel 4 widmet sich den Auswirkungen der neuen Regelungen auf das Krankenhauscontrolling. Schließlich beinhaltet das Kapitel 9 einen Exkurs zum Bundes-Klinik-Atlas, der aus dem Krankenhaustransparentgesetz, einem Begleitgesetz zum KHVVG, hervorgegangen ist.

Auch wenn das vorliegende Buch zentrale Aspekte des KHVVG erläutert, hat es nicht den Anspruch, das Gesetz in allen seinen Facetten komplett zu erfassen. Manche Themen sind noch offen und müssen in Rechtsverordnungen konkretisiert werden. Auch sieht der Koalitionsvertrag der neuen Regierung aus CDU, CSU und SPD vom April 2025 noch Anpassungen am KHVVG vor. Angesprochen werden darin vor allem Ausnahmen von und Anpassungen an den Mindestanforderungen an die Leistungsgruppen sowie eine Verlängerung einzelner im KHVVG gesetzter Fristen. Hierbei ist der Spagat zwischen der Abschwächung der Strukturoptimierungen einerseits und der Adaption auf lokale Besonderheiten andererseits nicht einfach.

Vorteilhaft für die Planungssicherheit der Krankenhäuser ist die von der neuen Regierungskoalition vorgesehene Finanzierung des Transformationsfonds aus Steuermitteln anstatt – wie im KHVVG vorgesehen – aus Mitteln des Gesundheitsfonds. Was allerdings unbedingt nötig ist, um die Transformation rechtzeitig zu schaffen, ist eine spürbare Beschleunigung des Bauens. Es dürfen nicht zehn Jahre und mehr ins Land gehen, bis ein Zentralklinikum betriebsbereit ist. Denn wer kann in dieser langen Phase die vermutlich hohen Defizite der Altstandorte tragen? Und wer kann der Bevölkerung die bessere Versorgungsqualität im Zentralklinikum so lange vorenthalten? Für den Umbau der Krankenhauslandschaft wird daher ein entsprechendes Beschleunigungsgesetz ähnlich wie für den Bau der LNG-Terminals nötig sein. Zudem sollten beim Neubau und Umbau auch Vorbereitungen für den NATO-Bündnisfall getroffen sowie Klimaneutralität angestrebt werden. Schließlich sollten das in der letzten Legislatur bereits fertig ausgearbeitete Notfallreformgesetz sowie das Pflegekompetenzgesetz unter anderem zur Begleitung der vom KHVVG intendierten Strukturoptimierung zügig verabschiedet werden.

*Essen, im Mai 2025*

*Boris Augurzky*