



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum

Referentenentwurf für ein Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) (Stand 13.04.2024)

Vom: 30.04.2024

Am 13.04.2024 ist dem Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) ein Referentenentwurf für ein Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) zugeleitet worden. Der vdek nimmt nachfolgend zu diesem Entwurf Stellung.

Zielsetzung des Gesetzes ist die umfassende Neugestaltung der Krankenhausfinanzierung, wobei ein Fokus auf einer stärkeren Qualitätsorientierung und Ausrichtung am Versorgungsbedarf der Patient:innen liegt. Das Fallpauschalen-System soll zum Teil durch eine Vorhaltekosten-Vergütung ersetzt werden. Diese soll weiterhin auch ein Pflegebudget enthalten. Die bisherigen Fallpauschalen sollen dann nur noch einen Anteil von 40 Prozent der gesamten Erlöse umfassen. Um das Leistungsgeschehen abzubilden, sollen Leistungsgruppen definiert werden, die mit spezifischen personellen und sachlichen Anforderungen sowie Mindestvorhaltefallzahlen verknüpft sind. Damit soll im Interesse der Patient:innen sichergestellt werden, dass medizinische Eingriffe nur in geeigneten Einrichtungen vorgenommen werden. Die Entscheidungen über die konkrete Ausgestaltung der Leistungsgruppen, die in die Krankenhauspläne der Länder eingreifen, sollen in Rechtsverordnungen mit Zustimmung des Bundesrats verlagert werden. Zudem ist geplant, sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen zu etablieren, die sowohl stationäre als auch ambulante Angebote und Pflegeleistungen anbieten können.

Für die Umstrukturierung des Krankenhauswesens soll ein Transformationsfonds von 50 Milliarden Euro bereitgestellt werden, der jeweils zur Hälfte durch den Gesundheitsfonds und die Länder finanziert werden soll. Des Weiteren ist vorgesehen, die Krankenhauseinzelfallrechnungsprüfung ab 2027 durch eine Stichprobenprüfung zu ersetzen, und durch die Erhöhung des Landesbasisfallwertes und des Orientierungswertes schnell weitere Finanzhilfen zu gewähren.

Bewertung

Der vdek begrüßt grundsätzlich das Ziel, die Krankenhausfinanzierung und die Krankenhausstrukturen weiterzuentwickeln. Es bestehen jedoch erhebliche Zweifel, ob dies mit dem vorliegenden Entwurf gelingen kann. Wesentliche strukturpolitische Veränderungen werden nur aufgezeigt, aber der notwendige Rahmen sowie die Kriterien hierzu werden nicht konkret umgesetzt. Die tief in das bisherige System der Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung

eingreifenden Regelungen können nur dann bedarfs- und bevölkerungsorientiert angewandt werden, wenn damit ein klares Zielbild davon verbunden ist, welche Anforderungen an die Krankenhausstruktur der Zukunft gestellt werden, und wenn alle Akteure, auch die Länder, hinter diesem Zielbild stehen. Sonst wirken die Regelungen disruptiv, binden dringend benötigte personelle und finanzielle Ressourcen und belasten die Beitragszahlenden in vollkommen ungerechtfertigter Weise mit unwirtschaftlichen und nicht ausreißend qualitätsorientierten Strukturen.

Leistungsgruppen

Der Plan, das Leistungsgeschehen an den einzelnen Krankenhausstandorten durch eine Strukturierung nach Leistungsgruppen mit Qualitätsanforderungen zu ordnen, ist richtig. Wenn dieser Weg von den Ländern konsequent verfolgt würde, könnte eine nach Leistungsbereichen abgestimmte, den Bedarf abbildende und qualitativ hochwertige stationäre Versorgung gewährleistet werden. Für den vdek ist dabei entscheidend, dass die Anforderungen an die Leistungsgruppen bundeseinheitlich definiert werden und Ausnahmen nur in klar umrissenen Fällen ebenfalls bundeseinheitlich zugelassen werden. Dieses Kriterium erfüllt der Entwurf jedoch nur unzureichend, da die Ausgestaltung der Rechtsverordnungen noch nicht bekannt ist. Mit der Zustimmungspflicht der Länder zu den Verordnungen besteht die erhebliche Gefahr, dass die Länder Einschränkungen bei den Qualitätsanforderungen durchsetzen.

Erheblichen Gestaltungsspielraum um Qualitätsanforderungen zu verwässern, sieht der vdek auch bei der Regelung, Qualitätsanforderungen durch Kooperationen und Ausnahmegenehmigungen der Länder abzubilden. Die Erteilung von Ausnahmen im Bereich der grundversorgenden Bereiche Innere Medizin und Chirurgie zur Sicherstellung einer flächendeckenden Grundversorgung ist zu prüfen. Diese müssten gegebenenfalls zeitlich befristet und mit Zielvorgaben versehen werden. Warum aber alle übrigen Leistungsgruppen, also auch Herztransplantationen, innerhalb von 40 Fahrzeitminuten erreichbar sein müssen, egal ob Qualitätsanforderungen und Mindestfallzahlen erfüllt sind, erschließt sich nicht. Es ist doch die Grundidee der Krankenhausreform, eine nach Bedarf und Versorgungsschwere abgestimmte Krankenhausstruktur zu bilden. Deshalb muss eine stärkere Differenzierung der Erreichbarkeiten je nach Leistungsgruppe bzw. Leistungsbereich zugrunde gelegt werden. Grundsätzlich sollten aber die komplexen bzw. vorrangig elektiven Leistungsgruppen (wie z.

B. Herztransplantationen) von den Ausnahmeregelungen per Rechtsverordnung gemäß § 135e Absatz 2 SGB V (neu) zwingend ausgenommen werden.

Vorhaltekosten

Die Umstellung auf eine Vorhaltekostenvergütung ist durchaus geeignet, den impliziten Anreiz zur Mengenausweitung des Fallpauschalen-Systems zu reduzieren. Allerdings war das Ende des Fallzahlwachstums bereits zwischen 2016 und 2017 erreicht. Zudem ist seit Beginn der Corona-Pandemie 2020 ein erheblicher Fallzahlrückgang festzustellen. Die Anzahl der Standorte und der vorzuhaltenden Leistungsgruppen muss sich aus dem Bedarf der Bevölkerung ableiten. In den ländlichen Regionen steht bei der Vorhaltekostenfinanzierung die Sicherung einer stationären Grundversorgung im Vordergrund. In den städtischen Regionen und den Regionen mit Verstärkeransätzen kann nur ein gezielter Konzentrations- und Spezialisierungsprozess dazu beitragen, den Fachkräftemangel zu mildern und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu stärken. Nur so kann die Versorgung zukunftsfähig gestaltet und gesichert werden.

Das bedeutet, dass die konkreten regionalen Versorgungsbedarfe ermittelt und in Abhängigkeit davon in den Regionen Einrichtungen oder Abteilungen aufgegeben oder umgewandelt werden müssen. Dies wird mit dem vorliegenden Entwurf in Aussicht gestellt, aber aufgrund der für die Länder geschaffenen Ausnahmeregelung und der niederschweligen Qualitätsanforderungen besteht die Gefahr, dass diese Ziele nicht erreicht werden. Die Regelung im Referentenentwurf geht hier zwar in die richtige Richtung. In Anbetracht des bisherigen Beratungsverlaufs ist aber zu bezweifeln, ob die Länder diesen Prozess einer Strukturbereinigung überhaupt aktiv anstreben und damit nachhaltig unterstützen werden. Wenn diese Unterstützung ausbleibt, führt die angedachte Vorhaltekostenfinanzierung zu einer Festschreibung der unwirtschaftlichen Strukturen und einem erheblichen bürokratischen Aufwand, ohne dass positive Effekte auf die Versorgungsstrukturen zu erwarten sind. Die Vorhaltekostenfinanzierung, verbunden mit den weiteren Zuschlagsregelungen und der Möglichkeit zur Etablierung von sektorenübergreifenden Versorgung, muss eng begleitet, evaluiert und aufgrund der praktischen Erfahrungen bei Bedarf weiterentwickelt werden.

Förderbeträge

Zusätzlich zur Vorhaltevergütung sollen spezifische Bereiche wie Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Units, spezielle Traumatologie und Intensivmedizin gesondert vergütet werden. Die Förderbeträge sollen zusätzlich zum Vorhaltevolumen auf die förderfähigen Standorte verteilt werden. Für die Teilnahme an der Notfallversorgung und für die Krankenhausstandorte aus der Liste der bedarfsnotwendigen ländlichen Krankenhäuser sollen Vergütungen erhöht werden. Ab 2025 sind zusätzliche jährliche Ausgaben von 378 Millionen Euro für Zuschläge zur Pädiatrie und Geburtshilfe vorgesehen. Diese Beträge sollen ab 2027 um weitere 327 Millionen Euro jährlich steigen, was zu Gesamtausgaben von über 700 Millionen Euro jährlich zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) führen würde. Hochschulkliniken sollen mit zusätzlichen 75 Millionen Euro und Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben mit 125 Millionen Euro finanziert werden.

Mit den zusätzlichen Finanzmitteln werden Beitragsgelder politisch motiviert mit der Gießkanne verteilt, ohne eine gezielte Wirkung zu erlangen. Beispielsweise hat sich bei den zusätzlichen Fördermitteln für die Geburtshilfe gezeigt, dass diese von den Landesministerien auch an Kliniken verteilt wurden, die hohe Kaiserschnittraten oder Geburtenfallzahlen auf einem bedenklich niedrigen Niveau hatten. Dieses Vorgehen unterläuft die Patientensicherheit und muss unbedingt durch eindeutige qualitätsorientierte Kriterien nachgebessert werden. In dem Zusammenhang ist ebenfalls nicht nachvollziehbar, dass diese Fördermittel aus Kassengeldern nach dem Königsteiner Schlüssel auf die Länder umgelegt wurden, ohne den Kassen ein Mitspracherecht bei der Verteilung der Mittel einzuräumen.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

Die Regelung zielt darauf ab, Krankenhäusern die Perspektive zur Umorientierung hin zu ambulanten und pflegerischen Leistungen zu bieten, um Standorte zu erhalten. In der vorliegenden Form droht sie jedoch zu einer Konservierung bestehender Überversorgung und Doppelstrukturen in Ballungsgebieten zu führen, die zudem mit der Finanzierung durch ein Selbstkostendeckungsprinzip teuer erkaufte wird. Die Regelung sollte stattdessen klar auf Versorgungsgebiete bezogen werden, die einen tatsächlichen Bedarf aufweisen. Krankenhäuser sollten nur dort in sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen überführt werden können, wo sie zu einer Aufrechterhaltung der flächendeckenden

Versorgung, zumeist in strukturschwachen, eher ländlich geprägten Regionen, beitragen.

Transformationsfonds

Die Finanzierung des Krankenhausstrukturwandels aus Beitragsmitteln des Gesundheitsfonds wird vom vdek abgelehnt. Die Transformation der Krankenhausstruktur ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und gehört nicht zu den Aufgaben einer Krankenkasse. Es ist inakzeptabel, dass der Bund sich nicht an der Finanzierung beteiligt. Eine vom GKV-Spitzenverband beauftragte gutachterliche Prüfung kommt zu dem Schluss, dass diese Finanzregelung in mehrfacher Hinsicht als verfassungsrechtlich äußerst bedenklich einzuschätzen ist. Kritisch sind auch die lange Laufzeit und die zahlreichen Förderzwecke des Transformationsfonds. Diese sind nicht nur auf Konzentration, Schließung und Umwidmung beschränkt. Deshalb besteht die Gefahr, dass die notwendige Strukturanpassung nicht erfolgt. Die vorgesehene Finanzierung würde außerdem zu erheblichen Beitragssatzerhöhungen führen. Eine jährliche Zuführung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in Höhe von 2,5 Milliarden Euro entspricht einer Steigerung des Zusatzbeitragssatzes von ca. 0,15 Beitragssatzpunkten.

Darüber hinaus ist es unverständlich, dass die Private Krankenversicherung (PKV) keinen verpflichtenden finanziellen Beitrag leisten muss. Eine freiwillige Beteiligung der PKV ist angesichts des erhöhten Fondsvolumens unrealistisch. Wenn die Bundesregierung jedoch erhebliche Einsparungen durch den Transformationsprozess erwartet, führt dies zu einer Subventionierung der PKV zu Lasten der GKV.

Weitere Finanzhilfen

Der Entwurf plant eine frühzeitige und vollständige Refinanzierung von Tariflohnerhöhungen durch unterjährige Neuvereinbarungen des Landesbasisfallwertes. Dabei werden Tariferhöhungen für sämtliche Beschäftigtengruppen, einschließlich linearer und struktureller Steigerungen, sowie Einmalzahlungen berücksichtigt. Die Vertragsparteien auf Bundesebene müssen die Erhöhungsraten innerhalb von vier Wochen nach Inkrafttreten der tarifvertraglichen Vereinbarungen festlegen. Der bisher geltende anteilige Orientierungswert wird durch

den vollen Orientierungswert ersetzt. Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene sind nicht länger gesetzlich auf maximal ein Drittel der Differenz zwischen beiden Werten begrenzt, sondern können den vollen Orientierungswert nutzen. Bei der Festlegung des Veränderungswertes müssen sie bereits anderweitig finanzierte Kostensteigerungen berücksichtigen. Die Selbstverwaltungspartner auf Landesebene sind verpflichtet, den Landesbasisfallwert für 2025 unter Berücksichtigung des vollen Orientierungswertes neu zu verhandeln. Die Berücksichtigung des vollen Orientierungswertes wird analog auch im Bereich der Bundespflegesatzverordnung umgesetzt. Darüber hinaus soll auch im Bereich der Bundespflegesatzverordnung die vollständige Tarifierfinanzierung umgesetzt werden.

Die Regelungen stellen eine unverhältnismäßige Belastung der Beitragszahlenden dar. Die geplante Anpassung des Landesbasisfallwertes kann zu Mehrkosten von 1,2 Milliarden Euro pro Jahr führen. Der vdek lehnt das ab, da es sich um eine pauschale Mittelverteilung handelt, die den Strukturwandel im Gesundheitswesen nicht gezielt fördert. Es besteht im Gegenteil die Gefahr, dass Krankenhäuser Mittel erhalten, obwohl sie mittelfristig nicht mehr betriebsfähig sein werden. Zudem wird die direkte Finanzierung von Tarifierhöhungen mit Nachdruck abgelehnt, da dies die Tarifparteien von der Verantwortung für die finanziellen Auswirkungen ihrer Entscheidungen entbinden würde. Zumal zu erwarten ist, dass der bereits laufende Wettbewerb um Personal aus anderen Versorgungsbereichen weiter zunehmen wird.

Krankenhausrechnungsprüfung

Die Absicht, die bereits jetzt stark kontingentierten Einzelfallprüfungen durch Stichprobenprüfungen zu ersetzen, wird vom vdek scharf kritisiert. Es ist für die Beitragszahlenden der GKV nicht nachvollziehbar, dass in diesem Bereich mit seinem immensen Umsatzvolumen auf ein ordnungsgemäßes Geschäftsgebaren mit Prüfung der erbrachten Leistung verzichtet werden soll. Der Hinweis auf bürokratische Lasten ist hier nicht stichhaltig. Wenn das Gesetz einerseits das Ziel verfolgt, eine Entökonomisierung des DRG-Systems, insbesondere hinsichtlich des Anreizes für medizinisch nicht indizierte Fallzahlsteigerungen, zu erreichen, dann ist es andererseits zweifelhaft, dieses Ziel zu verfolgen, indem die Krankenhauseinzelfallrechnungsprüfung durch eine Stichprobenprüfung ersetzt wird, bei der Prüfaufwände für offensichtlich korrekt abgerechnete Fälle

verursacht werden, während erkennbar fehlerhaft abgerechnete Fälle anstandslos bezahlt werden müssen. Die Gesetzesbegründung verkennt auch den Wirkungszusammenhang zwischen angesteuerter DRG und daraus resultierender Zuordnung des Falles zu einer Leistungsgruppe. Die Einzelfallabrechnung hat damit Einfluss auf das Erreichen von Mindestfallzahlen und auf die Entwicklung des 20-Prozent-Korridors der Vorhaltepauschale.

Die gerade erst unter erheblichem Personal- und Zeitaufwand und der umfangreichen Einbeziehung der Sozialgerichtsbarkeit weitestgehend rechtssicher und technisch praktikierbar werdenden Änderungen des "MDK-Reformgesetzes" von 2020 gänzlich zu streichen und durch ein neu zu konzipierendes System zu ersetzen, erzeugt enorme Aufwände und ist in höchstem Maße bürokratisch und unwirtschaftlich.

Finanzwirkung

Der aktuelle Entwurf würde zu jährlich steigenden Mehrkosten führen, die im Jahr 2027 eine Summe von 5,8 Milliarden Euro ergeben würden. Dabei sind nur derzeit quantifizierbare Maßnahmen berücksichtigt.

- Transformationsfonds: jährlich bis zu 2,5 Milliarden Euro von 2026 bis 2035. Falls die 2,5 Milliarden Euro erstmalig in 2026 und in den Folgejahren konstant 2,5 Milliarden Euro pro Jahr dem Gesundheitsfonds entnommen werden, erfolgt eine finanzielle Belastung im Jahr 2026 in Form einer Beitragssatzsteigerung von voraussichtlich 0,15 Beitragssatzpunkten, die für die Folgejahre basiswirksam wäre.
- Generelle Anhebung der Landesbasisfallwerte (LBFW): jährliche Belastung von 1,2 Milliarden Euro (voller Orientierungswert).
- Vollständige Tariffinanzierung (frühere Tariffinanzierung durch Neuvereinbarung des LBFW): 350 Millionen Euro ab dem Jahr 2024 (lt. Gesetzesbegründung) mit steigender Tendenz, da die neue Regelung voraussichtlich zu höheren Tarifabschlüssen führt.
- Zuschläge: mindestens 705 Millionen Euro pro Jahr (davon 270 Millionen Euro für die Pädiatrie und 108 Millionen Euro für die Geburtshilfe, die über das Jahr 2024 hinaus verstetigt werden).
- Erhöhung Notfallzuschläge: laut Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 29,7 Millionen Euro pro Jahr.

- Förderung bedarfsnotwendiger Krankenhäuser: laut BMG 15 Millionen Euro pro Jahr.
- Einführung der Stichprobenprüfung: 1 Milliarde Euro pro Jahr Mindereinnahmen der GKV durch den Wegfall der Korrektur von Kodierfehlern bzw. Fehlbelegungsprüfungen.
- Nicht quantifizierbare Mehrkosten durch eine Leistungsverlagerung von bis zu 20 Prozent der Fälle in die Klinikambulanzen bei Verbleib der Vorhaltepauschalen im stationären Budget.
- Die Ausgabenwirkung der Einführung der Vorhaltefinanzierung ist derzeit nicht quantifizierbar. Durch das Bezugsjahr 2025 bei der ersten Kalkulation der Vorhaltebudgets 2027 besteht kurzfristig ein erhöhter Anreiz für die Krankenhäuser die stationären Fallzahlen zu steigern.