

Krankenhaus- transparenzgesetz

27.09.2023

Anhörung
Gesundheitsausschuss

19.10.2023

2./3. Lesung Bundestag

24.11.2023

Befassung Bundesrat

Zum Download

Bundesratsbeschluss
Anrufung Vermittlungsausschuss zum Krankenhaus-
transparenzgesetz

Bundesrat stoppt Krankenhaustransparenzgesetz

Das am 19.10.2023 vom Deutschen Bundestag beschlossene Krankenhaustransparenzgesetz geht in das Vermittlungsverfahren zwischen Bundesrat und Bundestag. Das hat der Bundesrat am 24.11.2023 mit knapper Mehrheit entschieden. Ziel sei die grundlegende Überarbeitung des Gesetzentwurfs, heißt es im Beschluss der Länderkammer zur Anrufung des Vermittlungsausschusses.

In Mittelpunkt der Forderungen der Länder steht dabei der Ruf nach einer insgesamt tragfähigen finanziellen Überbrückungshilfe für die Krankenhäuser durch den Bund. Die Maßnahmen zur kurzfristigen Liquiditätssicherung seien nicht ausreichend. Diese waren kurz vor Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens im Bundestag von der Ampel-Koalition in den Gesetzentwurf aufgenommen worden:

Frühzeitige Refinanzierung der Tarifkostensteigerungen beim Pflegepersonal

GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft werden verpflichtet, bei der jährlichen Vereinbarung der Tarifierhöhungsrates die prozentuale Tarifierhöhung für das Pflegepersonal separat auszuweisen, welches nicht in der unmittelbaren Patientenversorgung tätig ist. Damit soll eine frühzeitige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen beim Pflegepersonal ermöglicht werden.

Erhöhung des vorläufigen Pflegeentgeltwertes

Für die Pflegebudgets der Krankenhäuser, aus welchen das Pflegepersonal finanziert wird, soll der vorläufige Entgeltwert für das Jahr 2024 auf 250 Euro festgelegt werden. Dieser kommt bei Kliniken zur Abrechnung, die noch keine Vereinbarung für das Budgetjahr 2020 getroffen haben (ca. 15 Prozent aller Krankenhäuser). Mit der Erhöhung von 230 Euro (2023) auf 250 Euro (2024) sollen Liquiditätsprobleme vermieden werden, die durch eine finanzielle Unterdeckung der Pflegepersonalkosten entstehen könnten.

Vorzeitiger Ausgleich noch nicht finanzierter Pflegekosten

Künftig sollen Krankenhäuser voraussichtliche Mindererlöse (zum Beispiel aufgrund coronabedingter Leistungsrückgänge) bei den jährlich zu vereinbarenden Pflegebudgets unabhängig vom aktuell zu verhandelnden Budgetjahr berechnen und vorläufig geltend machen können. Dadurch werden diese deutlich früher als bisher ausgeglichen.

Durch die vorgezogenen Mindererlösausgleiche bei noch nicht vereinbarten Pflegebudgets der Jahre 2020 bis 2023 erhalten die Krankenhäuser liquide Mittel in Milliardenhöhe.

➡ **Das nun anstehende Vermittlungsverfahren zeigt, wie schwierig die politische Diskussion zwischen Bund und Ländern nicht nur um das Transparenzgesetz, sondern auch um die anstehende Krankenhausreform geworden ist. Die Kritik der Länder an den im Gesetz vorgesehenen Finanzhilfen ist bemerkenswert, denn diese würden den Krankenhäusern kurzfristig eine hohe Liquidität sichern. Bei steigender Fallzahlentwicklung könnte sogar eine Überzahlung der Krankenhäuser die Folge sein. Die Beitragszahler hingegen würden durch die geplanten Regelungen mit einem erheblichen Milliardenbetrag belastet. Dieser ist nicht in den Schätzungen zur GKV-Finanzsituation und bei der Kalkulation des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes berücksichtigt.**

[Zum Download](#)

Eckpunktepapier zum Bürokratieabbau im Gesundheitswesen

Eckpunktepapier des BMG zum Bürokratieabbau

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat seine Empfehlungen zum Abbau nicht notwendiger Bürokratie im Gesundheitswesen in Form eines Eckpunktepapiers vorgelegt. Damit kommt es seinem gesetzgeberischen Auftrag aus dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz nach. Bürokratie diene wichtigen Zwecken wie der Patientensicherheit, der Daseinsvorsorge oder auch der haftungsrechtlichen Absicherung der Leistungserbringer, so das BMG. Doch binde sie auch zeitliche und personelle Ressourcen, die vielmehr für die Versorgung von Patientinnen und Patienten notwendig seien. Hier einige Beispiele für die Empfehlungen des BMG:

Maßnahmen in der stationären Versorgung

Regelungen zum Bürokratieabbau im stationären Bereich seien bereits beschlossen worden, so das BMG. Weitere Maßnahmen seien in Planung, besonders im Rahmen der laufenden Krankenhausreform, bei der die Entbürokratisierung eines der zentralen Ziele sei. So sollen Krankenhäuser und Kostenträger im Rahmen der jährlichen Budgetverhandlungen entlastet werden, etwa durch die Integration des Fixkostendegressionsabschlags in die Vorhaltevergütung und den Wegfall des Zuschlags für ländliche Kliniken. Auch die geplante Vereinheitlichung der Prüfungen des Medizinischen Dienstes (MD) zu stationären Strukturen und verbindlicher Prüfungen der Qualitätskriterien könne zu „Synergieeffekten“ führen. Weil der Reformprozess noch nicht abgeschlossen ist, stehen diese Maßnahmen jedoch unter Vorbehalt. Das BMG verweist zudem auf die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, welche aktuell an einer Stellungnahme zum Bürokratieabbau in der Krankenhausversorgung arbeite.

Als einzige konkrete Empfehlung zur Bürokratieentlastung im stationären Bereich schlägt das BMG die Abschaffung der Krankenhausabrechnungsprüfung in der stationären Kinder- und Jugendmedizin vor.

➤ **Vor dem Hintergrund der zwischen Bund und Ländern weiterhin schleppend verlaufenden Verhandlungen zur Krankenhausreform bleiben mögliche mit der Reform zu erreichende Entlastungen bislang reine Spekulation. Es ist sogar im Gegenteil mit einem erheblichen Aufbau an Bürokratie etwa bei der Umsetzung der geplanten Vorhaltevergütung zu rechnen.**

Der völlige Ausschluss der Abrechnungsprüfung im Bereich der Pädiatrie ist aus rechtlicher Sicht und mit Blick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot in der GKV nicht nachvollziehbar. Es ist Beitragszahlern nicht zu vermitteln, dass Krankenkassen verpflichtet werden sollen, offensichtlich fehlerhafte Rechnungen zahlen zu müssen.

Bürokratieabbau in der Hilfsmittelversorgung

Für den Hilfsmittelbereich schlägt das BMG den Wegfall nicht notwendiger Präqualifizierungsverfahren vor. Bei der Präqualifizierung müssen Anbieter von Hilfsmitteln wie Sanitätshäuser ihre technischen und persönlichen Voraussetzungen bei der Abgabe von Hilfsmitteln im Rahmen der GKV-Versorgung nachweisen. Konkret würde die Präqualifizierung abgeschafft bei Augen- und HNO-Fachärzten sowie voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen, die aufsaugende Inkontinenzmaterialien abgeben. Auch die Notwendigkeit von Betriebsbegehungen bei Gesundheitshandwerken soll auf den Prüfstand.

Weiterhin wird nach Wegen gesucht, wie der Abschluss von Hilfsmittelverträgen der Krankenkassen mit Leistungserbringern bürokratieärmer gestaltet werden kann. So könnten

einheitlichere Vertragsinhalte die Verhandlungen vereinfachen und verkürzen, heißt es im Papier.

- Die Präqualifizierung ist wichtig, um die Qualität der Hilfsmittelversorgung sicherzustellen. Auch können damit die Qualifikationsanforderungen für Leistungsanbieter in den Verträgen der Kassen geringgehalten werden. Die Abschaffung für die benannten Personenkreise ist nur dann sinnvoll, wenn die Anforderungen durch anderweitige, zum Beispiel berufsrechtliche Vorgaben abgedeckt sind und nicht durch zusätzliche vertragliche Regelungen ersetzt werden müssen.

Die Standardisierung der Hilfsmittelverträge ist bereits heute gesetzlich geregelt und wird von den Kassen umgesetzt. Statt einer gesetzlichen Neuregelung wäre eine Erweiterung der geltenden Rahmenempfehlungen sinnvoll. Keinesfalls darf es zu einer vollumfänglichen Vereinheitlichung durch Leitverträge kommen. Im Sinne der Versicherten müssen die Vertragsbeziehungen zwischen Kassen und Leistungserbringern auch künftig wettbewerblich ausgerichtet und individuelle Verträge möglich bleiben.

Automatische Datenmeldung an die Krankenkassen zur Beitragsfestsetzung

Zukünftig sollen die Einkommensdaten freiwillig gesetzlich versicherter Selbständiger automatisch durch die Finanzämter an die Krankenkassen gemeldet werden. Nach dem Vorschlag des BMG wird das elektronische Meldeverfahren das bisherige aufwendige manuelle Verfahren ablösen, bei dem die Versicherten zur Beitragsbemessung ihren Einkommenssteuerbescheid in Papierform an ihre Krankenkasse schicken müssen.

Die neue gesetzliche Regelung werde eine Reihe von Vorteilen sowohl für Versicherte als auch Krankenkassen mit sich bringen, heißt es in den Empfehlungen. Der Abbau von manuellen Nachweis- und Überprüfungspflichten soll das Verfahren für Versicherte und Krankenkassen vereinfachen und beschleunigen. Zudem erhalten die Krankenkassen nur noch die für die Beitragsfestsetzung notwendigen Steuerdaten und nicht den Einkommenssteuerbescheid als Ganzen.

Das BMG erwartet sinkende Verfahrenskosten auf beiden Seiten, denn unvollständige oder fehlende Unterlagen hatten in der Vergangenheit oftmals zur Festlegung von Höchstbeiträgen und in der Folge zu Widerspruchs- sowie Klageverfahren und Beitragsrückständen geführt. Zukünftig soll eine direkte Übermittlung der Steuerdaten an die Krankenkassen erfolgen, welche dann unmittelbar zur Beitragseinstufung vorliegen.

- Die Einführung eines automatischen Meldeverfahrens zwischen Finanzämtern und Krankenkassen ist zeitgemäß. Ein automatisierter Prozess wird den hohen Verwaltungsaufwand für Versicherte und Krankenkassen reduzieren und zu einem Abbau der Beitragsrückstände bei den Krankenkassen beitragen. Es bleibt zu hoffen, dass diese Regelung auch ressortübergreifend Zustimmung findet.

Verordnung des BMG zur Einführung von Hybrid-DRGs

Operative Eingriffe sollen in Zukunft weitaus häufiger ambulant durchgeführt werden als bisher. Mit der speziellen sektorengleichen Vergütung (Hybrid-DRG) soll deshalb ein Anreiz für die ambulante Leistungserbringung geschaffen werden. Der Gesetzgeber hatte GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft und Kassenärztliche Bundesvereinigung beauftragt, die neue Vergütungssystematik zu vereinbaren. Weil dabei keine Einigung erzielt wurde, hat das BMG nun den Entwurf einer Rechtsverordnung vorgelegt. Mit der

Zum Download

Verordnung zu einer speziellen sektorengleichen Vergütung

neuen Vergütung sollen Leistungen einheitlich abgerechnet werden können – unabhängig davon, ob sie im vertragsärztlichen Bereich oder im Krankenhaus durchgeführt werden.

Einführung einer speziellen sektorengleichen Vergütung

Vertragsärztinnen und -ärzte, medizinische Versorgungszentren, Belegärztinnen und -ärzte sowie Krankenhäuser sollen berechtigt werden, nach der neuen sektorengleichen Vergütung abzurechnen. Voraussetzung für die Erbringung der entsprechenden Leistungen ist eine Überweisung durch einen Vertragsarzt.

Welche Leistungen ab dem 01.01.2024 mit der neuen Vergütung abgerechnet werden können, ist einem „Startkatalog“ in der Anlage des Verordnungsentwurfs zu entnehmen. Eine zusätzliche Anlage zählt weitere Leistungen auf, für die die Vergütung im Laufe des Jahres 2024 festgelegt werden soll.

- **Die stärkere Ambulantisierung und eine gleiche Vergütung nicht notwendiger vollstationärer Krankenhausbehandlungen sind dringend erforderlich, um den Einsatz des vorhandenen Personals effektiver und die medizinische Versorgung wirtschaftlicher zu organisieren.**

Die Auswahl der Leistungen des Startkatalogs ist grundsätzlich nachvollziehbar. Überprüft werden müssen jedoch die noch festzulegenden Leistungen. Denn Behandlungen, die bereits heute nahezu vollständig ambulant erbracht werden, eignen sich nicht für die spezielle sektorengleiche Vergütung.

Abrechnung über die Hybrid-DRG

Der Verordnungsentwurf beinhaltet eine Liste von Fallpauschalen (Hybrid-DRG), inklusive Leistungsbeschreibung und Preis. Diese können abgerechnet werden, wenn die Leistungen des „Startkatalogs“ mit Hilfe eines Algorithmus in die betreffende Hybrid-DRG eingruppiert werden (aG-DRG-Groupierungsalgorithmus).

Eine Hybrid-DRG darf dabei nur einmal abgerechnet werden, mit dieser sind alle Leistungen und Aufwände für die Behandlung eines Patienten abgegolten: also ärztliche Leistungen, Sachkosten und Kosten für Unterkunft und Verpflegung für eine Übernachtung. Die Leistungen des „Startkatalogs“ können alternativ auch über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vergütet werden. Krankenhäuser können neben den Hybrid-DRG zusätzlich Kosten für Pflegekosten sowie Zusatzentgelte für Dialyse- und Hämophiliebehandlungen von gesetzlich Versicherten abrechnen.

- **Anders als im Verordnungsentwurf formuliert, wird die Einführung der Hybrid-DRG nicht finanzneutral ausfallen. Es ist hingegen mit erheblichen Kosten für die GKV zu rechnen, da im stationären Bereich nur wenige Einsparungen erzielt werden, sich im vertragsärztlichen Bereich jedoch deutliche Mehrausgaben abzeichnen.**

Weil Krankenhäuser zusätzliche Kosten abrechnen können, wird die Idee einer sektorengleichen, einheitlichen Vergütung in Frage gestellt.

Die Kalkulation der im Verordnungsentwurf gelisteten Hybrid-DRGs ist zudem intransparent: Es werden weder die verwendeten ambulanten und stationären Preise beschrieben, noch die zur Berechnung der Ambulantisierungsgrade genutzten Fallzahlen. Problematisch ist auch, dass der im Entwurf genannte Algorithmus noch nicht bekannt ist.

[Zum Download](#)

Tabelle Gesetzgebung

Termine laufender Gesetzgebungsverfahren

BARMER

BARMER

Abteilung Politik, Ruth Rumke (V.i.S.d.P.)
politik@barmer.de, Tel. 030-23 00 22-012
www.barmer.de/politik

Seite 4 von 4