Gesundheitspolitische Nachrichten aus der Hauptstadt

Berlin kompakt

Nr. 4 // 27. März 2024

Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz

13.03.2024
Referentenentwurf

24.04.2024 (geplant)
Kabinettsbeschluss

BMG legt Referentenentwurf für Krankenhausreform vor

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat den lange erwarteten Referentenentwurf für eine Krankenhausreform vorgelegt. Auf Basis früherer Arbeitsentwürfe werden darin die Pläne zur Neuordnung der Krankenhausversorgung und -finanzierung konkretisiert. Auch der in der Protokollerklärung zum Krankenhaustransparenzgesetz in Aussicht gestellte Transformationsfonds sowie Anpassungen bei der Betriebskostenfinanzierung (wir berichteten in Berlin kompakt Nr. 3/2024) werden im vorliegenden Entwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) nun umgesetzt. Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach hat angekündigt, dass der Gesetzentwurf noch im April vom Bundeskabinett beschlossen werden soll. Das Gesetz bedarf nicht der Zustimmung im Bundesrat, jedoch sollen zahlreiche Regelungen, die die Länder betreffen, als zustimmungspflichtige Rechtsverordnungen ausgestaltet werden.

Künftige Krankenhausplanung nach Leistungsgruppen

Die Leistungserbringung der Krankenhäuser soll künftig nach bundeseinheitlichen Leistungsgruppen ausdifferenziert werden. Ausgangspunkt dafür sind die Vorarbeiten in Nordrhein-Westfalen zur Weiterentwicklung der dortigen Krankenhausplanung. Dabei werden die für NRW entwickelten 60 somatischen um fünf weitere Leistungsgruppen ergänzt. Die Zuweisung von Leistungsgruppen durch die Länder wird an die Erfüllung von Qualitätskriterien und an sogenannte Mindestvorhaltezahlen durch die Kliniken geknüpft. Die Mindestvorhaltezahlen sind zur Qualitätssicherung neu in den Gesetzentwurf aufgenommen worden und geben eine Mindestfallzahl je Leistungsgruppe vor, um eine wirtschaftliche Leistungserbringung an den einzelnen Krankenhausstandorten zu ermöglichen. Sie sollen vom BMG auf Grundlage der Empfehlungen des IQWiG* sowie des InEK** durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates bundesweit einheitlich festgelegt werden. Die Festlegung und Weiterentwicklung von Leistungsgruppen und Qualitätskriterien sowie möglicher Ausnahmetatbestände werden ebenfalls vom BMG durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates festgelegt. So kann Krankenhäusern eine Übergangsfrist von bis zu drei Jahren eingeräumt werden, um die Qualitätskriterien für eine zugewiesene Leistungsgruppe zu erfüllen. Zudem können Leistungsgruppen auch Kliniken zugewiesen werden, die die Qualitätskriterien nicht erfüllen – wenn dies für die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erforderlich ist. Die Prüfung aller Qualitätssicherungskriterien der Leistungsgruppen sollen vom Medizinischen Dienst (MD) innerhalb von neun Monaten durchgeführt werden.

*Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

**Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

Grundsätzlich ist eine stärkere Qualitätsorientierung der Krankenhausversorgung durch die Einführung bundeseinheitlicher Leistungsgruppen, verbunden mit Mindestqualitätsvorgaben, wichtig. Die Wirksamkeit der Qualitätsvorgaben für die Leistungsgruppen wie auch der Mindestvorhaltezahlen kann erst mit Vorliegen der Rechtsverordnung abschließend bewertet werden. Im Sinne der Patientensicherheit darf es bei den Verhandlungen zwischen Bund und Ländern zu den Qualitätsvorgaben nicht zu Abstrichen bei der Qualität durch großzügige und unbefristete Ausnahmeregelungen kommen. Das Risiko, dass sinnvolle Qualitätsvorgaben dauerhaft nicht berücksichtigt werden, ist sehr hoch.

Einführung einer Vorhaltefinanzierung

Mit der Einführung einer Vorhaltevergütung soll die Bereitstellung der Krankenhausstrukturen weitgehend unabhängig von der Leistungsentwicklung gesichert und der Anreiz für

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

die Krankenhäuser gesenkt werden, aus wirtschaftlichen Überlegungen oder Erfordernissen die Fallmengen auszuweiten. Für die Vorhaltevergütung entfallen 40 Prozent pauschal auf eine Absenkung der DRG-Vergütung und 20 Prozent auf die bereits existierenden Pflegebudgets, die im Rahmen der Selbstkostendeckung fallbezogen finanziert werden. Die restlichen 40 Prozent werden weiterhin über DRG abgegolten.
Das InEK erhält den Auftrag, die Vorhaltefinanzierung aus den bestehenden Fallpauschalen auszugliedern. Diese stehen den Kliniken als Zahlung eines nach Ländern und Leistungsgruppen differenzierten Vorhaltebudgets jährlich verbindlich zur Verfügung. Die Krankenhäuser erhalten die Vorhaltevergütung nur für diejenigen Leistungsgruppen, deren Qualitätskriterien sowie Mindestvorhaltezahlen sie grundsätzlich erfüllen. Die Vorhaltefinanzierung soll in den Jahren 2025 und 2026 für die Krankenhäuser budgetneutral erfolgen. Im Rahmen der Konvergenz können die Länder die Leistungsgruppen anhand bundeseinheitlicher Qualitätskriterien den einzelnen Krankenhausstandorten so zuordnen, dass die Leistungserbringung stärker konzentriert und die knappen personellen und finanziellen Ressourcen zielgerichteter verteilt und eingesetzt werden. Im Jahr 2029 soll die Krankenhausreform dann vollumfänglich greifen.
Ab 2027 sind weitere jährliche Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie (288 Mio. Euro), Geburtshilfe (120 Mio. Euro), Stroke Unit (35 Mio. Euro), Spezielle Traumatologie (65 Mio. Euro) und Intensivmedizin (30 Mio. Euro) vorgesehen.
Ebenfalls ab dem Jahr 2027 sollen jährliche Zuschläge zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben der Kliniken in Höhe von 125 Millionen Euro zur Verfügung gestellt werden. Laut Referentenentwurf sind ab 2027 zudem jährliche Förderungen für die spezielle Vorhaltevergütung für Hochschulkliniken im Umfang von 75 Mio. Euro aus Mitteln der GKV vorgesehen. Ab dem Jahr 2025 ist eine Erhöhung der pauschalen Förderung für bedarfsnotwendige ländliche Krankenhäuser in Höhe von jährlich etwa 16 Millionen Euro eingeplant, die bisher nicht im Gesetzentwurf enthalten war.

Die Krankenhausstrukturen dürfen nicht auf Basis der bisher erbrachten Fallzahlen fortgeschrieben werden, denn dadurch wird die notwendige Konzentration der Krankenhauslandschaft konterkariert. Durch die geplante Einführung der Vorhaltevergütung, bei der 60 Prozent der Fallkosten fix sind, werden die aktuellen Strukturen verfestigt. Es fehlt die verbindliche Berücksichtigung des Bevölkerungsbezugs, um die Krankenhausstrukturen im Sinne der Patientinnen und Patienten bedarfsorientiert und wirtschaftlich weiterzuentwickeln.
Kritisch ist, dass es nach der Überleitung in das neue Vergütungssystem keine explizite Deckelung der Vorhaltekosten auf der Bundesebene gibt. Damit wird den Kliniken ein Anreiz gegeben, möglichst viele Leistungsgruppen je Standort zu erhalten.
Problematisch sind auch die zahlreichen im Gesetzentwurf vorgesehenen Zuschläge für verschiedene Leistungsbereiche. Diese führen nicht nur zu erheblichen jährlichen Mehrkosten für die Versicherten, sondern auch zu einem großen bürokratischen Mehraufwand bei den Verhandlungen vor Ort. Dabei ist fraglich, ob es zu einer Verbesserung der Versorgung kommt. Statt einer Finanzierung über Zuschläge sollte eine Finanzierung innerhalb des neuen Vergütungssystems umgesetzt und nach der Konvergenz evaluiert werden.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen
Mit den im Entwurf geplanten sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen will die Bundesregierung Lücken in der ambulanten und pflegerischen Versorgung schließen. Im

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

Rahmen ihrer Krankenhausplanung sollen die Bundesländer deshalb zukünftig Krankenhäuser bestimmen, die über die stationären Leistungen hinaus auch sektorenübergreifende Leistungen erbringen. Diese Kliniken könnten also über die bereits jetzt mögliche ambulante Behandlung hinaus auch medizinisch-pflegerische Leistungen, Leistungen der Übergangs- und Kurzzeitpflege sowie der Tages- und Nachtpflege übernehmen. Zusätzlich sollen sie auch zur hausärztlichen Versorgung in Regionen ermächtigt werden, in denen keine Überversorgung festgestellt wurde. Welche stationären Behandlungsangebote die Einrichtungen anbieten müssen, wird von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und dem GKV-Spitzenverband im Benehmen mit der Privaten Krankenversicherung (PKV) vereinbart.
Vorgesehen ist, dass auch Kliniken, die nicht Teil des Krankenhausplans sind, sowie Leistungserbringer, die bislang ausschließlich ambulant gearbeitet haben, in sektorenübergreifende Einrichtungen umgewandelt werden können.
Für die Vergütung sektorenübergreifender Einrichtungen ist ein so genanntes Gesamtvolumen für alle Kosten vorgesehen, inklusive der Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser. Dabei wird über krankenhausindividuelle Tagesentgelte abgerechnet. Gleichzeitig bleiben die bisherigen Vergütungsregelungen für erbrachte ambulante Leistungen und Leistungen der Pflegeversicherung bestehen.

Die derzeitigen Pläne sind nicht dazu geeignet, die unterschiedlichen Versorgungsbereiche strukturell miteinander zu vernetzen und die medizinische Versorgung stärker am Bedarf auszurichten. Es besteht vielmehr die Gefahr, dass an diesen Kliniken parallele Versorgungsstrukturen zu Lasten der haus- und fachärztlichen Versorgung in der Fläche entstehen. Es muss sichergestellt werden, dass die primär auf die ambulante medizinisch-pflegerische Versorgung ausgerichteten Versorgungseinheiten nicht mehr als 20 bis maximal 30 stationäre Betten vorhalten dürfen.
Gleichzeitig wird parallel zum bestehenden DRG-System ein neuer Vergütungsbereich auf der Basis von krankenhausindividuellen Tagesentgelten aufgebaut. Durch die dabei vorgesehene Selbstkostendeckung werden die Kliniken aus der Verpflichtung zum wirtschaftlichen Handeln entlassen.

Einführung eines Transformationsfonds
Mit dem Gesetz soll ein Transformationsfonds zum Umbau der Krankenhauslandschaft aufgelegt werden. Dies wurde bereits in der Protokollerklärung zum Krankenhaustransparenzgesetz in Aussicht gestellt (siehe Berlin kompakt Nr. 3/2024). Dazu soll der erstmals 2016 eingerichtete Krankenhausstrukturfonds um ein Jahr bis Ende 2025 verlängert werden. Ab 2026 wird dieser als Transformationsfonds neu aufgesetzt.
Geplant ist, dass die GKV die Hälfte der Fondsmittel finanziert. Dazu werden über zehn Jahre jährlich bis zu 2,5 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds verwendet, insgesamt also bis zu 25 Milliarden Euro. Diese Mittel sollen überwiegend über eine jährliche Minderung der Zuweisungen an die Krankenkassen finanziert werden. Hierfür wird die Obergrenze der Liquiditätsreserve für die Geschäftsjahre 2025 bis 2035 vorübergehend von 25 Prozent auf 50 Prozent einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Gesundheitsfonds erhöht.
Eine Förderung durch den Transformationsfonds ist nur möglich, wenn sich die Länder an der Finanzierung beteiligen. Sie tragen die andere Hälfte der aufzubringenden Mittel, die hälftige Beteiligung der Krankenhausträger hieran ist möglich.

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

Die Finanzierung von Krankenhausstrukturen sowie deren Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung ist die verfassungsrechtliche und gesetzliche Pflicht der Bundesländer. Ein Überwälzen der Investitionsverpflichtung auf die Beitragszahlenden der GKV – ohne Beteiligung der Privatversicherten – ist daher systemwidrig und falsch.
Die Erfahrungen mit dem Krankenhausstrukturfonds zeigen, dass die Mittel nur zögerlich in Anspruch genommen werden und dass Umstrukturierungen langwierig sind und häufig nicht zu den notwendigen strukturellen Anpassungen führen. Deshalb sollte der Transformationsfonds gesetzlich so ausgestaltet werden, dass die Mittel klar dem Ziel der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen dienen und entsprechend nur bedarfsnotwendige und zukunftsfähige Strukturen gefördert werden.
Die Länder sollten zudem in Abstimmung mit den Kostenträgern ein Initiativrecht erhalten, um Krankenhausträger aktiv zu Strukturveränderungen auffordern zu können. Die aktuellen Regelungen im Strukturfonds sehen vor, dass die Krankenhausträger alleine über die Inanspruchnahme von Fördermitteln entscheiden können.

Liquiditätssichernde Maßnahmen für die Krankenhäuser
Bereits mit der Protokollerklärung zum Krankenhaustransparenzgesetz wurden auch weitere liquiditätssichernde Maßnahmen für die Krankenhäuser im Rahmen der Betriebskostenfinanzierung angekündigt (wir berichteten in Berlin kompakt Nr. 3/2024).
Im Entwurf des KHVVG wird nun die Möglichkeit einer frühzeitigen und vollständigen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen durch eine unterjährige Neuvereinbarung des Landesbasisfallwerts geschaffen. Tariferhöhungen für Löhne und Gehälter von Krankenhausbeschäftigten können erstmals beim Landesbasisfallwert für das Jahr 2024 auf Verlangen einer Vertragspartei unterjährig und vollständig berücksichtigt werden. Zudem wird an Stelle der bislang hälftigen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen eine vollständige Tariflohnrefinanzierung für alle Beschäftigtengruppen eingeführt.
Gleichzeitig soll sichergestellt werden, dass bei der Ermittlung des Veränderungswertes künftig der volle Orientierungswert berücksichtigt wird, wenn dieser oberhalb der Grundlohnrate liegt. Damit dies auch bereits für das Jahr 2025 umgesetzt und zugunsten der Krankenhäuser finanzwirksam werden kann, werden die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene verpflichtet, den zum 31.10.2024 zu vereinbarenden Veränderungswert nach Inkrafttreten des Gesetzes gegebenenfalls neu zu vereinbaren beziehungsweise zu erhöhen.

Durch die geplanten Maßnahmen kommt ein weiterer erheblicher Ausgabenschub auf die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler zu. Gleichzeitig wird sich der bürokratische Aufwand etwa bei der unterjährigen Neuvereinbarung des Landesbasisfallwertes sowie der späteren Berechnung der krankenhausindividuellen Erlösausgleiche noch einmal erheblich erhöhen.

Änderungen bei den Krankenhausabrechnungsprüfungen
Um den Aufwand bei der Prüfung von Krankenhausabrechnungen zu vermindern, ist der Umstieg von den bisherigen Einzelfallprüfungen auf eine strukturierte Stichprobenprüfung ab dem 01.01.2027 vorgesehen. Dies könnte bedeuten, dass die Krankenkassen nicht mehr wie bisher auffällige oder offensichtlich fehlerhafte Rechnungen aufgreifen und einer Prüfung unterziehen dürften, sondern der MD Rechnungen lediglich stichprobenhaft prüfen würde. Die neuen Stichprobenprüfungen sollen künftig auch für psychiatrische Einrichtungen gelten. Geplant ist, dass der MD Bund bis zum 28.02.2026 ein Konzept erarbeitet,

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

auf dessen Basis DKG und GKV-Spitzenverband bis zum 30.06.2026 die Einführung der Stichprobenprüfung vereinbaren.

Mit den geplanten Regelungen würde die bewährte Einzelfallprüfung des MD weiter eingeschränkt. Dies zwingt die Kassen dazu, offensichtlich stark auffällige Rechnungen zu Lasten der Beitragszahlenden zu bezahlen. Damit wäre nicht nur eine massive Ausgabensteigerung für die Versichertengemeinschaft verbunden, sondern Mittel aus Versichertenbeitragen würden auch fahrlässig verschwendet. Als Ausdruck des gesetzlich vorgegebenen Wirtschaftlichkeitsgebots müssen die Einzelfallprüfungen daher zwingend erhalten bleiben. Zur Vermeidung unnötiger Bürokratie und für eine effiziente Rechnungsprüfung wäre stattdessen eine einheitliche Prüfquote von zum Beispiel 12,5 Prozent sinnvoll.

Ausgabenwirkung für die gesetzliche Krankenversicherung

Nach einer Auflistung des BMG im Referentenentwurf würden durch das KHVVG finanzielle Mehrbelastungen auf die gesetzliche Krankenversicherung in erheblicher Höhe zukommen.

Gleichzeitig stellt das BMG für das Jahr 2025 Effizienzgewinne beziehungsweise Minderausgaben für die GKV durch die Neuregelungen in Höhe von 330 Millionen Euro in Aussicht, die ab 2026 jeweils um eine Milliarde Euro ansteigen sollen. Die angenommenen Einsparungen werden jedoch nicht weiter konkretisiert oder inhaltlich hergeleitet.

Das Reformgesetz wird zu erheblichen Mehrkosten für die gesetzliche Krankenversicherung führen und Versicherte und Arbeitgeber stark belasten. Ein weiteres Ansteigen der Krankenversicherungsbeitragssätze wird auch den Gesamtsozialversicherungsbeitrag in die Höhe treiben. Der Wirtschaftsstandorts Deutschland verliert dadurch an Attraktivität. Es ist nicht nachvollziehbar, auf welcher Grundlage die Zahlen zu möglichen Effizienzgewinnen durch das Gesetz berechnet und hergeleitet wurden. Infolge der im Gesetz geplanten Maßnahmen ist in den kommenden Jahren nicht mit Minderausgaben zu rechnen.

Zum Download
Tabelle Gesetzgebung

Termine laufender Gesetzgebungsverfahren

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