

Prof. Dr. Christoph Straub im Gespräch zur Krankenhausreform

Nach zahlreichen Verzögerungen strebt Bundesgesundheitsminister Lauterbach jetzt einen schnellen Gesetzgebungsprozess für das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz an. Die Beratungen im Bundestag sollen noch vor der parlamentarischen Sommerpause beginnen. Im Gespräch bezieht Prof. Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER, Stellung. Er erläutert, welche Belastungen im Zusammenhang mit der Reform auf die Versicherten zukommen und wie wichtig eine stärkere Qualitätsorientierung in der stationären Versorgung ist.

Herr Prof. Straub, erfüllt der jetzt vorliegende Gesetzentwurf Ihre Erwartungen an eine Krankenhausreform?

Wir sind uns alle einig, dass eine grundlegende Reform der Krankenhausstrukturen seit Jahren überfällig ist. Nach über einem Jahr Beratungen zwischen Bund und Ländern sehe ich jedoch die Gefahr, dass von der groß angekündigten Reform der stationären Versorgungsstrukturen lediglich eine Reform der Finanzierung übrigbleibt. Dadurch drohen enorme Kosten für das System und die gesetzlich Versicherten, ohne dass die dringend notwendigen Qualitätsverbesserungen und Strukturveränderungen tatsächlich angepackt werden. Bund und Länder ziehen sich hier auch aus der Verantwortung.

Woran machen Sie das fest?

Im Rahmen der Reform sollen zum Beispiel innerhalb der nächsten zehn Jahre bis zu 25 Milliarden Euro aus Versichertengeldern für den geplanten Transformationsfonds zur Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen aufgebracht werden. Die Finanzierung von Krankenhausstrukturen ist aber nun mal die verfassungsrechtliche und gesetzliche Pflicht der Bundesländer. Auch mit Blick auf die ohnehin schon enorme Belastung der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler halte ich diese Regelung für einen schweren Fehler. Zusätzliche Ausgaben drohen auch durch die geplante Abschaffung der Krankenhausabrechnungsprüfung. Es ist doch nicht nachvollziehbar, warum Krankenkassen auch offensichtlich fehlerhafte Rechnungen bezahlen sollen – was für eine Verschwendung von Beitragsmitteln. Teilweise reichen Kliniken mehr als 20 Prozent fehlerhafte Rechnungen ein, der Schaden für die Beitragszahler ist beträchtlich: Allein im Jahr 2022 mussten die Krankenhäuser mehr als eine Milliarde Euro an die Krankenkassen wegen fehlerhafter Rechnungen zurückerstatten. Ohne die bestehenden gesetzlichen Vorgaben zur Begrenzung der Abrechnungsprüfung könnte dieser Betrag mehr als viermal so hoch sein. Die Kostensteigerungen für die gesetzliche Krankenversicherung ziehen sich wie ein roter Faden durch die Gesetzgebung, und dies ohne Gegenfinanzierung. Die Bundesregierung sollte die Entwicklung des Gesamtsozialversicherungsbeitrags sehr genau im Auge behalten, damit Deutschland auch als Wirtschaftsstandort attraktiv bleibt.

Welche Struktur- und Qualitätsveränderungen sind unabdingbar? Was muss den Kern der Reform ausmachen?

Die ursprünglichen Vorschläge für eine Verbesserung der Krankenhausstruktur erschienen sinnvoll. Leider wurden bereits erhebliche Zugeständnisse an die Länder gemacht. Die strittigsten Passagen des Krankenhaus-Reformgesetzes zu neuen Qualitätsvorgaben will Bundesgesundheitsminister Lauterbach nun in Verordnungen regeln, um das Gesetz zustimmungsfrei zu halten. Damit zögert er den Konflikt mit den Ländern nur hinaus. Bei der

Abstimmung mit den Bundesländern darf es keine weiteren Abstriche bei der Qualität geben.

Zentrales Ziel der Reform muss doch die strikte Qualitätsorientierung der medizinischen Versorgung in den Krankenhäusern sein, nur so können wir die Sicherheit der Patientinnen und Patienten erhöhen. Der Verzicht auf Versorgungsstufen ist ein Fehler. Und ohne scharfe Vorgaben für die geplanten Leistungsgruppen wird es keine einheitlichen Qualitätsstandards geben. Wichtig ist, dass die Länder in die Pflicht genommen und Abweichungen auf ein Minimum begrenzt werden. Notwendig sind zudem die Mindestvorhaltezahlen als Instrument für die Qualitätssicherung.

Gesundheitsversorgungs- verbesserungsgesetz (GVSG)

12.04.2024

Referentenentwurf

09.01.2024

Vorstellung Maßnahmen-
paket

Neuer Entwurf des Versorgungsgesetzes liegt vor

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat am 13.04.2024 einen neuen Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG) veröffentlicht. Bereits im Juni 2023, im Januar 2024 sowie im März 2024 waren Entwürfe des Gesetzes bekannt geworden (siehe Berlin kompakt Nr. 1/2024).

Im Vergleich zu den vorherigen Entwürfen wurden einige Regelungen gestrichen. So fallen die ursprünglich geplanten zusätzlichen Versorgungsangebote weg, die in den letzten Monaten kontrovers diskutiert wurden: Gesundheitskioske, Gesundheitsregionen und Primärversorgungszentren. Gestrichen hat das BMG auch die Einrichtung eines Medizinstudienplätze-Förderfonds und das Verbot für Kassen, homöopathische Arzneimittel und Leistungen als Satzungsleistungen zu erstatten.

➤ **Die Streichung der neuen Versorgungsangebote aus dem Gesetzentwurf ist folgerichtig. Denn diese hätten zu teuren und ineffizienten Doppelstrukturen geführt, deren Wirkung auf die Versorgung völlig unklar ist. Eine Finanzierung von Medizin-Studienplätzen durch Beitragsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung wäre systemwidrig, sie ist ganz klar Aufgabe der Länder.**

Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung geplant

Das BMG plant, die Budgetierung der hausärztlichen Leistungen aufzuheben. Als Vorbild dient der Mechanismus der bereits 2023 beschlossenen Entbudgetierung der ambulanten Kinder- und Jugendmedizin: Demnach würden die mengenbegrenzenden und honorarmindernden Maßnahmen für Hausärzte abgeschafft. Die Kassen müssten die im Budget fehlende Summe zusätzlich vergüten, ohne dass andere Arztgruppen dabei finanziell belastet würden.

➤ **Für die Sicherstellung der flächendeckenden hausärztlichen Versorgung bedarf es strukturverbessernder Maßnahmen. Eine höhere Vergütung allein ist nicht das geeignete Mittel, die Versorgung zu sichern.**

Die Budgetierung ist aktuell das einzige Instrument zur wirksamen Mengenbegrenzung im vertragsärztlichen Versorgungsbereich. Durch die geplante Entbudgetierung muss mit einer deutlichen Mengenausweitung der Leistungen gerechnet werden. Dadurch entstünden nach Schätzung der Kassen erhebliche Mehrkosten im höheren dreistelligen Millionenbereich für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und damit für die Beitragszahlenden. Dies wird inzwischen bei den kinder- und jugendärztlichen Leistungen deutlich, die bereits entbudgetiert wurden.

Zum Download

Referentenentwurf GVSG

Jährliche Versorgungspauschalen

Im Gesetzentwurf sind jährliche Versorgungspauschalen enthalten, die das BMG bereits im Rahmen eines „Maßnahmenkatalogs“ Anfang Januar angekündigt hatte. Diese können von Hausarztpraxen abgerechnet werden, die Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen behandeln. Die Jahrespauschale soll die bisherigen quartalsabhängigen Versichertenpauschalen ersetzen. Ziel ist es, dass in Zukunft Patientinnen und Patienten nur noch für medizinisch notwendige Behandlungen in die Praxen kommen und finanzielle Anreize zur Überbehandlung abgebaut werden.

- **Jährliche Versorgungspauschalen können unnötige Arztbesuche vermeiden. Arztpraxen haben jedoch bereits heute die Möglichkeit, etwa Folgerezepte bei einer Dauermedikation auszustellen, ohne dass sich Patientinnen und Patienten quartalsweise vorstellen müssen. Eine parallele Abrechnung von Versorgungspauschalen durch verschiedene Ärzte – etwa aufgrund von häufigen Arztwechseln – ist nur schwer nachprüfbar und muss unbedingt vermieden werden.**

Vorhaltepauschalen für Hausarztpraxen

Zusätzlich sollen Hausarztpraxen sogenannte Vorhaltepauschalen abrechnen dürfen. Bedingung dafür sind Kriterien wie etwa Hausbesuche bei älteren Patientinnen und Patienten, die Betreuung eines Mindestpatientenstamms oder das Angebot besonderer Öffnungszeiten am Abend und an Samstagen.

- **Eine Vorhaltefinanzierung von Hausarztpraxen ist weder notwendig noch sachgerecht. In der Regel sind die Praxen bereits heute voll ausgelastet und deren Finanzierung ausreichend gesichert. Zudem birgt ein Nebeneinander von Entbudgetierung und Vorhaltepauschalen das Risiko von Fehlanreizen. Im Vordergrund der Diskussion müssen vielmehr Leistungsangebote stehen, die medizinisch sinnvoll sind und sich am Bedarf der Patientinnen und Patienten ausrichten.**

Bonus für die Teilnahme am Hausarztvertrag

Künftig sollen Versicherte verpflichtend einen Bonus in Höhe von bis zu 30 Euro pro Jahr von den Kassen erhalten, wenn sie an einem Programm zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV) teilnehmen. Damit wird ein Anreiz für die Versicherten zur Teilnahme an der HzV gesetzt. Im Gegenzug sollen die bisherigen HzV-Wahltarife der einzelnen Krankenkassen entfallen. Sofern sich innerhalb von drei Jahren durch die Versorgungsform der HzV kein Effizienzgewinn im Vergleich zur Regelversorgung erzielen lässt, müssen die Kassen die Boni für ihre Versicherten streichen.

- **Die bisherige Regelung sieht vor, dass ein Bonus erst dann gezahlt werden muss, wenn Effizienzgewinne durch den HzV-Vertrag nachgewiesen sind, dies war bisher mehrheitlich nicht der Fall. Sie soll mit dem Gesetzentwurf umgekehrt werden, was dem Prinzip der Wirtschaftlichkeit widerspricht. Dabei wird unterstellt, dass die HzV zu einer effizienteren Versorgung führt.**

Einführung einer Geringfügigkeitsgrenze bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung

Die Wirtschaftlichkeit ärztlich verordneter Leistungen soll künftig erst ab einer Summe von 300 Euro pro Betriebsstätte, Kasse und Quartal geprüft werden. Das sieht eine Geringfügigkeits- beziehungsweise Bagatellgrenze vor. Unnötige Bürokratie soll in den Arztpraxen abgebaut werden, indem rund 70 Prozent der Prüfverfahren entfallen.

Derzeit werden die Rahmenvorgaben für die Wirtschaftlichkeitsprüfung zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vereinbart. Etwaige Bagatellgrenzen verabreden die Selbstverwaltungspartner auf Landesebene in den jeweiligen Prüfvereinbarungen.

- Eine generelle Bagatellgrenze für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ist nicht notwendig. Bereits jetzt können die Kassen entscheiden, ob und welche Fälle sie in die Prüfung geben. Der bürokratische Aufwand in den Arztpraxen beschränkt sich zudem in den meisten Fällen auf die Zurverfügungstellung einiger weniger Unterlagen. Durch die geplante Regelung würde der gesetzliche Auftrag der Krankenkassen eingeschränkt, Verstößen gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot wirksam zu begegnen.

[Zum Download](#)

Tabelle Gesetzgebung

Termine laufender Gesetzgebungsverfahren