



Stellungnahme des IKK e.V.

zum

**Referentenentwurf
eines Gesetzes zur Verbesserung der Versor-
gungsqualität im Krankenhaus und zur
Reform der Vergütungsstrukturen**

**(Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz –
KHVVG vom 13.03.2024)**

30.04.2024

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen	3
Anpassungsbedarf	6
1. Leistungsgruppen §§ 135e SGB V, 6a KHG (neu)	6
2. Qualitätskriterien- und sicherung §§ 135e, 136 SGB V (neu).....	7
a. Kooperationen und Verbünde	8
b. PKW Fahrzeitminuten	8
c. Anrechnung von Ärzten auf mehrere Leistungsgruppen.....	8
3. Mindestvorhaltezahlen § 135f SGB V (neu)	8
4. Vorhaltebudget § 6b KHEntgG (neu).....	9
5. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen §§ 115g SGB V, 6b KHG (neu)	11
a. Grundsätzliches	11
b. Finanzierung	12
6. Finanzierungsinstrumente	13
a. Transformationsfonds § 12b KHG (neu)	13
b. Erhöhung LBFW, Psychiatriebudgets und vollständige Tarifkostenfinanzierung § 10 Absatz 5 KHEntgG (neu)	14
c. Förderbeträge für bedarfsnotwendigen ländliche Krankenhäuser § 5 Absatz 2a Satz 1 KHEntgG (neu)	15
d. Förderbeträge zusätzlich zum Vorhaltevolumen der Leistungsgruppe § 39 KHG (neu)	16
e. Abrechnungsprüfung § 17c Absatz 1a KHG (neu).....	16
f. Streichung Fixkostendegressionsabschlag § 4 Absatz 2a KHEntgG (neu).....	18

Grundsätzliche Anmerkungen

Das Gesetzgebungsverfahren zum KHVVG ist seit langem überfällig, denn nicht nur aus Sicht der Innungskrankenkassen ist eine Krankenhausstrukturreform dringend erforderlich, um eine wirklich qualitätsorientierte medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten im stationären Bereich zu gewährleisten. So hatte richtigerweise die Dritte Stellungnahme der Regierungskommission eine engere Verzahnung der Sektoren in der Planung und Finanzierung empfohlen, um stationäre Überversorgung zu reduzieren, regionaler Unterversorgung entgegenzuwirken, die Effizienz der Gesundheitsversorgung zu steigern und Fachkräfte ihrer Qualifikation entsprechend einzusetzen.

Mit dem vorgelegten Referentenentwurf will das Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) nun vor allem drei zentrale Ziele verfolgen: Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung, Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität sowie Entbürokratisierung. Dies stellt im Vergleich mit der Empfehlung der Regierungskommission einen Rückschritt dar.

Um diese Ziele zu erreichen, sollen die Krankenhäuser künftig eine Vorhaltevergütung für Leistungsgruppen erhalten, die ihnen durch die Planungsbehörde der Länder zugewiesen werden und deren Qualitätskriterien sie erfüllen. Ausgangspunkt dafür sind die Vorarbeiten in NRW, die bei inhaltlichem Bedarf entsprechend erweitert werden sollen.

Die Reformvorschläge enttäuschen in wesentlichen Punkten. So ist der Gesetzgeber vielfach von den durchaus zielführenden Empfehlungen der Regierungskommission abgewichen. Dies gilt insbesondere auch für die Siebente Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, die noch vielversprechend ausgeführt hat: *„Durch eine klare, bundeseinheitliche Zuweisung von Leistungsgruppen mit Mindestqualitätsvoraussetzungen entstehen für die vorgeschlagenen Level Versorgungsstufen, die zu mehr Qualitätstransparenz für die Bevölkerung führen.“* Tatsächlich bleibt die so wichtige Definition der Leistungsgruppen bislang vage und ist nach dem vorliegenden Referentenentwurf einer zukünftigen Rechtsverordnung vorbehalten, die der Zustimmung der Bundesländer bedarf und erst zum 1. Januar 2027 in Kraft treten soll. Auch sehen sowohl die Mindestqualitätsvoraussetzungen sowie die geplante Vorhaltefinanzierung zahlreiche Ausnahmetatbestände für die Bundesländer vor, obwohl klare und insbesondere bundeseinheitliche Vorgaben im berechtigten Interesse der Patientinnen und Patienten wären.

Zudem hätte eine schon seit langem angestrebte ambulant-stationär vernetzte Gesundheitsversorgung jenseits der Sektorengrenzen stärker von einem gemeinsamen Ansatz her gedacht werden müssen. Denn ohne die erforderliche Abstimmung mit dem zwi-

schenzeitlich vorgelegten Referentenentwurf eines Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG), den Konzepten zu Notfallreform und Rettungsdienst, fehlen dringend erforderliche Synergieeffekte für das ursprüngliche Ziel der Krankenhausreform.

Was die Finanzierung betrifft, so soll die insofern verwässerte Krankenhausstrukturreform maßgeblich – und aus Sicht der Innungskrankenkassen nicht hinnehmbar – zu Lasten der Beitragszahlenden finanziert werden: Neben der Anhebung der Landesbasisfallwerte und der bereits unterjährigigen Übernahme aller Tarifkostensteigerung ist hier vor allem der Transformationsfonds in Höhe von 50 Milliarden Euro zu nennen, der hälftig aus Mitteln des Gesundheitsfonds finanziert werden soll. Damit wird wieder einmal – verfassungsrechtlich höchst bedenklich – die Finanzverpflichtung der Länder auf die Beitragszahlenden und gesamtgesellschaftliche Aufgaben auf die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) abgewälzt. Hinzu kommen kurzfristige Finanzhilfen für die Krankenhäuser, wie u. a. höhere Zuschläge für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum. Ganz zu schweigen vom Wegfall der Einzelfallprüfung bei der Abrechnung, bedeutet dies zusammen für die GKV eine massive Belastung und Kostensteigerung und bereits jetzt absehbare Beitragssatzsteigerungen. Dabei war die Krankenhausreform vom BMG ursprünglich für die GKV als ausgabenneutral ausgewiesen worden. Da hilft es jetzt auch nicht, dass im Referentenentwurf als Entlastung ab dem ersten Jahr der Reform 2025 Minderausgaben für die GKV durch angebliche Effizienzgewinne in Aussicht gestellt werden, denn hierfür fehlt es an jeglicher transparenten Berechnungsgrundlage, weshalb sie allenfalls als eine Zusicherung „ins Blaue hinein“ zu verstehen sind.

Die Innungskrankenkassen fordern deshalb: Der Bund darf sich seiner finanziellen Verantwortung bezüglich der zahlreich im KHVVG enthaltenen versicherungsfremden Leistungen nicht entziehen, um dann die so rechtswidrig für den Bund eingesparten Belastungen der Versichertengemeinschaft der GKV aufbürden. Denn angesichts höherer GKV Ausgaben vor allem durch Rücklagenabbau (in Höhe von 2,5 Milliarden Euro) ist das Vermögen der gesetzlichen Krankenkassen bereits stark zurückgegangen und die jeweiligen Mindestreserven werden bedenklich touchiert. Es fehlt damit schon heute an den erforderlichen Finanzreserven!

Fazit: Mit dem vorliegenden Referentenentwurf liegt weniger eine Struktur-, denn eine Finanzierungsreform zu Gunsten der Bundesländer und zu Lasten der Versorgungsqualität sowie der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler der GKV vor. Der jetzige Gesetzentwurf führt nicht dazu, dass die aufzubringenden finanziellen Mittel in eine bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte Versorgung fließen, sondern dass überkommene Strukturen mit Beitragsgeldern konserviert werden.

Die vom BMG in der aktuellen Form auf den Weg gebrachte Krankenhausstrukturreform ist vor diesem Hintergrund noch einmal grundlegend zu überdenken und an den entscheidenden Stellen neu zu justieren, damit wirkliche Strukturverbesserungen erreicht werden. Hierzu wäre es nicht zuletzt zwingend erforderlich, die GKV als Teil der Selbstverwaltung ihrem Part angemessen mit in den Planungs- und Umsetzungsprozess einzubeziehen.

Der IKK e.V. nimmt im Folgenden grundsätzlich Stellung zu einzelnen Aspekten des Referentenentwurfes. Im Übrigen wird auf die detaillierte Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes verwiesen.

Anpassungsbedarf

Angesichts der unbestrittenen Notwendigkeit einer Krankenhausreform verbunden mit strukturellen Änderungen fordern die Innungskrankenkassen eine Rückbesinnung auf die ursprünglichen Ziele der Reform und zeigen den nachfolgend im Einzelnen dargestellten Anpassungsbedarf auf:

1. Leistungsgruppen §§ 135e SGB V, 6a KHG (neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Ausgestaltung der Leistungsgruppen basiert bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung auf den Kriterien der 65 NRW-Leistungsgruppen sowie den neu hinzugefügten Leistungsgruppen Infektiologie, Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie, Spezielle Traumatologie, Spezielle Kinder- und Jugendmedizin und Notfallmedizin.

Stellungnahme

Nach Auffassung der Innungskrankenkassen stellen diese Leistungsgruppen eine erste Grundlage dar, die jedoch hinsichtlich ihrer Voraussetzungen – bereits innerhalb der Übergangszeit – eines höheren Differenzierungsgrades bedürfen. So werden in NRW ca. 56 Prozent der Krankenhaufälle mit den Leistungsgruppen der Allgemeinen Inneren Medizin, der Allgemeinen Chirurgie, der Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie der Geriatrie abgebildet. Ein derartig eingeschränkter Differenzierungsgrad birgt das Risiko, dass die mit dem Gesetz angestrebte Qualitätsverbesserung wegen der doch recht niedrighschwelligigen Anforderungen an die Krankenhäuser nicht erreicht werden kann, zumal sie weder die G-BA-Qualitätskriterien in Hinblick auf den Patientenschutz ersetzen können, noch sich auf diese Kriterien relevante Vorhaltekosten abbilden lassen. Allein die Installation einer Leistungsgruppe Onkologie dürfte eine zusätzliche Differenzierung ermöglichen.

Gleiches gilt für die neu eingeführten fünf Leistungsgruppen, da sie nur geringe personelle Vorhaltung vorsehen. Auf die Umsetzung dieser Leistungsgruppen sollte daher im ersten Schritt verzichtet werden, zumal insbesondere die Fallzuordnung der Notfallmedizin als kritisch anzusehen ist (bestätigt auch durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, InEK). Beispielhaft seien hier „Schlaganfall“ und „Herzinfarkt“ genannt, welche jeweils als Notfälle anzusehen sind, aber ebenso den Leistungsgruppen Stroke Unit oder Interventionelle Kardiologie zugeordnet werden können.

2. Qualitätskriterien- und -sicherung §§ 135e, 136 SGB V (neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Mittels festgelegter Qualitätskriterien, die für die vereinbarten Leistungsgruppen gelten, sollen Leistungen durch Krankenhäuser künftig nur noch dort erbracht werden, wo geeignete Struktur- und Prozessqualitätsmerkmale vorliegen. Der Entwurf sieht vor, dass die Ermächtigungsgrundlage für den Erlass einer Rechtsverordnung durch das BMG geschaffen werden soll. Damit wird das BMG berechtigt, Leistungsgruppen sowie Qualitätskriterien zu den Leistungsgruppen festzulegen, weiterzuentwickeln oder auch Ausnahmefälle zu bestimmen, in denen von den Qualitätsvorgaben einer Leistungsgruppe abgewichen werden kann. Zudem ist ein Ausschuss als neues Gremium einzurichten, der Empfehlungen zu den Inhalten und der Weiterentwicklung der Rechtsverordnung abgeben soll.

Stellungnahme

Nach Auffassung der Innungskrankenkassen ist bereits der Umstand, dass die Festlegung und Weiterentwicklung von Leistungsgruppen und deren Qualitätskriterien per Rechtsverordnung geregelt werden soll, mehr als bedenklich. Spätestens mit der erforderlichen Zustimmung des Bundesrates und damit der Länder sind langwierige Abstimmungen und Ausnahmeregelungen zu Lasten der Qualität zu befürchten. Daran vermag auch der einzurichtende Ausschuss nichts zu ändern, denn trotz Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes wird der Ausschuss vom BMG gemeinsam mit den obersten Gesundheitsbehörden der Länder geleitet.

Eine Qualitätseinbuße wird zudem insofern befürchtet, als zukünftig der G-BA Richtlinien zu Mindestanforderung für Strukturen, Prozesse und Ergebnisse nur noch vornehmen bzw. erweitern darf, soweit diese die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen in erforderlicher Weise ergänzen und nicht im Widerspruch dazu stehen. Dies ermöglicht es den Ländern, ihnen unerwünschte Mindestanforderungen auszuhebeln. Eine derartige „Degradierung“ des G-BA ist deshalb mit Blick auf das gesetzgeberische Ziel „Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität“ ausdrücklich abzulehnen. Stattdessen sollten die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen federführend vom G-BA – eine seit Jahren etablierte Institution der gemeinsamen Selbstverwaltung – mitbestimmt werden; zumindest wäre ein Vetorecht des G-BA verbindlich vorzusehen.

a. Kooperationen und Verbände

Die Erfüllung von Mindestanforderungen der Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbänden ist grundsätzlich abzulehnen, wenn dies zu einer Zuweisung von Leistungsgruppen ohne standortbezogene Erfüllung der Mindestqualitätskriterien führen würde. Eine Erfüllung von Qualitätsanforderungen auch durch Kooperationen und Verbände kann daher nur in eng begrenzten Ausnahmefällen unter Aspekten der Sicherstellung der medizinischen Versorgung gerechtfertigt sein. Unabdingbare Voraussetzung dafür ist, dass diese nur auf unterversorgte Regionen und für bedarfsnotwendige Leistungsgruppen beschränkt bleiben. Dabei sind die geltenden Qualitätsanforderungen jeweils standortbezogen zu wahren und keine Abstriche insbesondere mit Blick auf die Patientensicherheit hinzunehmen. Essentiell ist hier zudem die Zustimmung aller Planungsbeteiligten, insbesondere auch der GKV.

b. PKW Fahrzeitminuten

Die beabsichtigte starre Festlegung von PKW-Fahrzeitminuten zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung ist maximal für Leistungsgruppen akzeptabel, welche unter die GBA-Regelungen für die Sicherstellung der ländlichen Versorgung fallen, also die Allgemeine Chirurgie und Innere Medizin sowie die Pädiatrie und Geburtshilfe. Insbesondere für elektive und hochspezialisierte Leistungen (z. B. Leistungsgruppen zur Transplantation) besteht hier keine Notwendigkeit.

c. Anrechnung von Ärzten auf mehrere Leistungsgruppen

Auf Grund der Heterogenität der Leistungsgruppen ist auch hier eine starre Vorgabe kritisch zu sehen. Nach Auffassung der Innungskrankenkassen sollte dies für jede Leistungsgruppe im Rahmen der Weiterentwicklung konkretisiert werden.

3. Mindestvorhaltezahlen § 135f SGB V (neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Derzeit ist vorgesehen, dass für die Leistungsgruppen unter Berücksichtigung eines ständig verfügbaren Facharztstandards jeweils eine Mindestzahl an vom Krankenhausstandort erbrachten Behandlungsfällen (Mindestvorhaltezahlen) gilt.

Stellungnahme

Die Erstellung von Mindestvorhaltezahlen für Leistungsgruppen wird von den Innungskrankenkassen als zentrales Element der Krankenhausreform ausdrücklich befürwortet, da somit die Leistungskonzentration gefördert sowie oft qualitätsschwache Gelegenheitsversorgung reduziert wird. Zudem hilft eine dementsprechend definierte Fallmenge, die Standorte zu identifizieren, die für die Versorgung in einem bestimmten Leistungsgruppensegment nicht notwendig sind. Das IQWiG soll dazu Empfehlungen abgeben. Ausnahmen davon dürfen nach Ansicht der Innungskrankenkassen aber nur in den gemäß § 5 Abs. 2a KHEntgG vorgesehenen Konstellationen gelten. Von diesen Ausnahmen darf auch nicht im Rahmen der zukünftigen Rechtsverordnung mit Zustimmung der Bundesländer abgewichen werden.

4. Vorhaltebudget § 6b KHEntgG (neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem KHVVG ist geplant, dass ein Krankenhaus zukünftig – unabhängig von der tatsächlichen Leistungsanspruchnahme – eine Finanzierung für seine Vorhalteaufwände erhält. Damit soll das Ziel der Entökonomisierung hin zu einer sich an der medizinischen Notwendigkeit orientierenden Behandlung erreicht werden.

Stellungnahme

Die Ergänzung des bisherigen Fallpauschalen-Systems auf eine überwiegende Vorhaltefinanzierung geht nach Ansicht der Innungskrankenkassen in die richtige Richtung, zumal damit auch eine risikoadjustierte Finanzierung beibehalten wird. Um eine wirkliche Strukturveränderung zu erreichen, ist es jedoch essentiell, dass sich die Höhe der krankenshausindividuellen Vorhaltepauschalen am tatsächlichen Bedarf bzw. an der mit den Leistungsgruppen zu versorgenden Bevölkerung ausrichten. Auf diese Weise ist eine Unterstützung von Konzentrationsprozessen in Regionen mit Überkapazitäten sowie die Erhaltung von Strukturen in Regionen mit einer Unterversorgung möglich. Eine ausschließliche Berücksichtigung von Leistungskennzahlen darf keine Grundlage für die Festlegung der Leistungsgruppen sein. Ansonsten werden „Überversorgungen“ konserviert.

Hinsichtlich der Vorhaltefinanzierung wird auf folgende Punkte hingewiesen:

- a.** Die vorgeschlagene Pauschalierung in Höhe von 60 Prozent ist abzulehnen. Die Einbeziehung der Pflegekosten als Vorhaltefinanzierung ist nicht sachgerecht, da

sie bereits seit 2020 einer vollständigen Ist-Kosten-Finanzierung durch das Pflegebudget unterliegen. Dies hat zur Folge, dass nur noch 30 bis 35 Prozent der Gesamtfallkosten für die Pauschalisierung übrigbleiben.

- b.** Ein Korridor in einer Höhe von 20 Prozent bezüglich der Anpassung des Vorhaltebudgets ist kritisch zu bewerten. Auch dass diese Anpassung nur in einem Intervall von drei Jahren erfolgen soll, ist nicht akzeptabel. So würden Leistungsreduzierungen in einer Höhe unter 20 Prozent die Höhe des Vorhaltebudgets nicht beeinflussen. Fehlanreize würden erzeugt, in dem strategische Leistungsreduzierungen vorgenommen würden, um finanzielle Vorteile zu erzielen. Leistungsanreize müssen jedoch grundsätzlich bestehen bleiben. Aus diesem Grund ist ein Korridor in einer Höhe von 10 Prozent als ausreichend anzusehen und eine notwendige Anpassung hat jährlich zu erfolgen.
- c.** Die Innungskrankenkassen befürworten die fallbezogene Abrechnung der Vorhaltefinanzierung. Auf diese Weise ist eine risikoadjustierte Umsetzung möglich und es entstehen keine umfassenden Verzerrungen bezüglich des Risikostrukturausgleichs. Des Weiteren entspricht die fallbezogene Abrechnung zur Auszahlung der Vorhaltebudgets den bereits etablierten Zahlungswegen. Der Aufbau neuer, nur mehr Bürokratie schaffender Strukturen ist daher nicht notwendig.
- d.** Es ist von großer Bedeutung, dass die Auswirkungen der Vorhaltefinanzierung evaluiert werden. Hierdurch lassen sich Fehlentwicklungen ermitteln, um notwendige Korrekturen vorzunehmen. Es ist zu unterstützen, dass das InEK diese Analysen vornimmt, da es bereits über die notwendigen Daten verfügt und somit keine zusätzlichen Strukturen aufgebaut werden müssen.

Da die Vorhaltefinanzierung eine umfassende Änderung des bisherigen Vergütungssystems darstellt, besteht jedoch das Risiko, dass Fehlentwicklungen folgenschwere Konsequenzen erzeugen. Aus diesem Grund ist es erforderlich, kurzfristig auf Abweichungen von den Zielvorstellungen reagieren zu können. Die geplante Vorlage eines Zwischenberichtes bis zum 31. Dezember 2029 sowie des endgültigen Berichtes bis zum 31. Dezember 2031 erfolgt insofern zu einem zu späten Zeitpunkt. Vielmehr sollten in den ersten Jahren der Umstellung jährliche Berichte etabliert werden, um auf Umsetzungsprobleme unmittelbar reagieren zu können.

- e.** Die Weiterentwicklung der Vorhaltefinanzierung ist unverzichtbar, um die geplanten Ziele zu erreichen und Fehler zu korrigieren. Hierfür sollte die gemeinsame Selbstverwaltung insbesondere mit der Unterstützung des InEK gesetzlich beauftragt werden.

5. **Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen §§ 115g SGB V, 6b KHG (neu)**

Beabsichtige Neuregelung

Mit der Einführung des § 115g SGB V sollen sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen wohnortnah stationäre Krankenhausbehandlung mit ambulanten und pflegerischen Leistungen verbinden. Sie sollen als Grundlage für weitere Schritte hin zu einer sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung verstanden werden, um so die medizinische Versorgung sicherzustellen.

Stellungnahme

a. Grundsätzliches

Die Innungskrankenkassen sehen in den sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen grundsätzlich eine Umwandlungsoption für bestehende kleinere Krankenhäuser, die nach dem bisherigen Vergütungssystem unwirtschaftlich arbeiten. Sie bieten in unterversorgten Regionen die Chance zur Sicherstellung einer stationären, ambulanten und pflegerischen Grundversorgung. Dabei sollten sich die Einrichtungen auf ein wohnortnah erforderliches Leistungsspektrum fokussieren und sich zwingend am Versorgungsbedarf der Bevölkerung orientieren.

Allerdings: Dieser zunächst positive Ansatz ist auch mit zahlreichen Fragen (z. B. im Hinblick auf die Bereinigungsproblematik bei ambulanter Erbringung von hausärztlichen Leistungen) und Risiken behaftet.

Im Einzelnen:

Die Innungskrankenkassen begrüßen, dass die Selbstverwaltungspartner in die konkrete Ausgestaltung mit einbezogen werden sollen. Auch die Festlegung des konkreten Leistungsspektrums inklusive Mindest- und Höchstgrenzen im Rahmen von Positivlisten wird unterstützt.

Zu kritisieren ist jedoch insbesondere, dass dem Referentenentwurf zufolge die zukünftigen sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen flächendeckend, d. h. auch in Ballungsgebieten, zugelassen werden sollen. Diese Doppelstrukturen lehnen die Innungskrankenkassen ausdrücklich ab und fordern eine Beschränkung nur auf ländliche oder unterversorgte Regionen. Dabei ist zwingend der tatsächliche Versorgungsbedarf der Bevölkerung zu berücksichtigen.

Im Weiteren sind sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen allein durch Umwandlung bestehender Krankenhäuser mit Unterauslastung – keine Neugründung – zur Versorgung in unterversorgten ländlichen Bereichen vorzusehen

und in Ballungsräumen generell auszuschließen. Zu einer Mehrung von Krankenhäusern im Krankenhausplan darf es keinesfalls kommen.

Kritisch wird zudem gesehen, dass die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen – obwohl sie auch ambulante und pflegerische Leistungen erbringen sollen – überhaupt als Krankenhäuser eingestuft werden und damit der Planung durch die Länder unterliegen. In diesem Zusammenhang ist es inkonsequent, wenn die im Referentenentwurf als Krankenhäuser eingestuften sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nicht zwingend den Qualitätskriterien nach § 135e SGB V unterliegen, sondern für die entsprechenden Leistungen auch geringere Qualitätsanforderungen vereinbart werden können.

b. Finanzierung

Es wird begrüßt, dass bestehende Vergütungsregelungen für die Leistungen der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen beibehalten werden (z. B. AOP, Übergangspflege).

Eine einrichtungsindividuelle Finanzierung über degressive Tagessätze lehnen die Innungskrankenkassen jedoch ab. Die Finanzierung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen birgt die große Gefahr, nicht ausgabenneutral zu sein, da bislang keine Regelung zur Bereinigung im Rahmen des DRG Kataloges und zur Vereinbarung des Landesbasisfallwertes gem. § 10 KHEntgG vorgesehen ist. Bereits die Prozesse um die Einführung der Hybrid-DRGs haben gezeigt, dass diese Bewertungsrelationen aus der InEK Kalkulation herausgenommen werden müssen. Gleiches muss auch für sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen gelten, die über degressive Tagessätze finanziert werden. Eine ausgabenneutrale Umsetzung bei der Vereinbarung der LBFW ist sicherzustellen.

Es ist essentiell, dass die Leistungen der Pflege gemäß SGB XI weiterhin durch die Pflegeversicherung abgedeckt werden. Die Gesetzesbegründung führt aus, dass sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen die Möglichkeit haben, sich selbst Patienten für die medizinische und pflegerische Betreuung zuzuweisen. Die Vergütung mittels degressiver Tagessätze wirft jedoch Bedenken auf. Um wirtschaftlich motivierte Fehlanreize für Entlassungen und erneute Zuweisungen zu verhindern, sind entsprechende Vorkehrungen notwendig.

6. Finanzierungsinstrumente

Nach Ankündigung des BMG war die Krankenhausstrukturreform ursprünglich als „kostenneutral“ für die GKV vorgesehen. Von dieser Zusage ist nun zu Lasten der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler der GKV und zu Gunsten der Bundesländer abgerückt worden. Stattdessen sollen nun die Kosten des Transformationsfonds aus Beitragsmitteln finanziert werden. Damit ignoriert das BMG auf verfassungsrechtlich bedenkliche Weise, dass es sich bei seinem Gesetzesvorhaben grundsätzlich um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe bzw. um eine Aufgabe der Länder handelt, die eine Finanzierung entweder aus allgemeinen Steuergeldern oder durch die Länder selbst erfordert.

Im Übrigen ist auffällig, dass das BMG – und das ist bei Weitem nicht das erste Mal – die Selbstverwaltung, sprich hier die GKV-Gemeinschaft, zwar als „Zahlmeister“ in der Pflicht sieht, damit aber keine Mitspracherechte verknüpft.

Im Einzelnen:

a. Transformationsfonds § 12b KHG (neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einführung eines Transformationsfonds sollen die Kosten der Umgestaltung der Krankenhauslandschaft finanziert werden. Dabei sollen die Kosten in Höhe von 50 Milliarden Euro aus dem Gesundheitsfonds und zwar hälftig von den Bundesländern, hälftig von der GKV bzw. deren Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern, getragen werden.

Stellungnahme

Die verpflichtende Kostenübernahme in Höhe von 25 Milliarden durch die GKV wird von den Innungskrankenkassen – gerade auch aus verfassungsrechtlichen Gründen – ausdrücklich abgelehnt:

Zum einen sind die Bundesländer seit eh und je in der Verpflichtung, die jeweils anfallenden Investitionskosten für ihre Krankenhäuser finanziell zu tragen. Diese Zahlungsverpflichtung ist unzweifelhaft, wie es auch die Bundesländer im Rahmen dieses Gesetzgebungsverfahrens selbst anerkennen. So begründen sie die von ihnen eingeforderte Zustimmungsbedürftigkeit des KHVVG gerade mit dem Argument, dass „die Länder zur Finanzierung dieser Investitionen (...) verpflichtet“ seien (siehe Nr. 9 in ihrer „Positionierung zu zwingend erforderlichen Anpassungen“ des KHVVG vom 15. April 2024).

Zum anderen verstößt die derzeitige Regelung einer Teilfinanzierung des Transformationsfonds durch die GKV gegen den verfassungsrechtlichen Grundsatz, dass „gesamtgemeinschaftliche Aufgaben“ grundsätzlich über Steuern, nicht durch Sozialversicherungsbeiträge, hier seitens der GKV, zu finanzieren sind. Letzteres wird auch durch das aktuelle Gutachten zu dieser Frage von Frau Professorin Dagmar Felix (Regierungskommission) von April 2024 belegt.

Die Innungskrankenkassen fordern vor diesem Hintergrund die Neuregelung der Kostenfinanzierung des Transformationsfonds ohne Beteiligung der GKV-Gemeinschaft. Sollte der Gesetzgeber trotz der gewichtigen Argumente weiterhin an seinem aktuellen Finanzierungsmodell festhalten, so tut er dies sehenden Auges mit verfassungswidrigen Mitteln!

b. Erhöhung LBFW, Psychriatriebudgets und vollständige Tarifkostenfinanzierung § 10 Absatz 5 KHEntgG (neu)

Beabsichtige Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass die Tarifierhöhungen, welche über dem Landesbasisfallwert (LBFW) liegen, von den Krankenkassen rückwirkend erstattet werden. Ab 2025 soll der komplette Orientierungswert ausgeglichen werden, wenn er über der Veränderungsrate liegt. Zudem soll der bisherige Strukturfonds bis Ende 2025 verlängert werden.

Stellungnahme

Die vollständige Finanzierung des Orientierungswertes und die unterjährige Tarifkostenfinanzierung werden seitens der Innungskrankenkassen abgelehnt. Aufgrund der vollständigen Refinanzierung der Kosten beständen für die Krankenhäuser keine Anreize mehr für Wirtschaftlichkeit. Wenn der Orientierungswert beim Landesbasisfallwert angesetzt wird, ist es folgerichtig, dass andere Ersparungen angerechnet werden und der Wegfall der Tarifkostenfinanzierung folgen müsste. Nach Auffassung der Innungskrankenkassen müsste insofern bei voller Refinanzierung die Berücksichtigung der Veränderungsrate zwingend gestrichen werden. Die vollständige unterjährige Tarifkostenfinanzierung bereits ab 2024 würde einen Vertrag zu Lasten Dritter bedeuten, da die Tarifparteien die Erhöhung von überzogenen Tarifabschlüssen dann nur noch an die GKV durchreichen würden. Daher lehnen die Innungskrankenkassen diese Tarifkostenfinanzierung ab.

Ebenso ist es nicht hinnehmbar, dass eine unterjährige Anhebung der Vergütungssätze der Psychiatrie und der Pflege (Regelung erfolgte bereits im Gesetz zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz – Krankenhaustransparenzgesetz) einseitig von einer Vertragspartei erfolgen kann. Hier wäre zumindest eine verpflichtende Umsetzungsvereinbarung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene notwendig.

c. Förderbeträge für bedarfsnotwendigen ländliche Krankenhäuser § 5 Absatz 2a Satz 1 KHEntgG (neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Die zu leistenden Förderbeträge für bedarfsnotwendige ländliche Krankenhäuser sollen erhöht werden.

Stellungnahme

Bereits seit dem Jahr 2020 erhalten bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum gemäß § 5 Abs. 2a KHEntgG eine pauschale Förderung für die Fachabteilungen Innere, Chirurgie, Geburtshilfe und Pädiatrie. Diese zusätzliche Finanzierung stellt die Versorgung der Bevölkerung mit notwendiger Vorhaltung von Leistungen sicher. Diese pauschale Förderung muss aber bei der Einführung einer Vorhaltepauschale berücksichtigt werden, um eine Doppelfinanzierung zu vermeiden.

Darüber hinaus werden die krankenhausesindividuellen Zuschläge gemäß § 5 Abs. 2 KHEntgG beibehalten. Bei einem Defizitnachweis gemäß § 5 Abs. 2 Satz 4 KHEntgG sind die Krankenkassen verpflichtet, nochmals zusätzlich einen Zuschlag zur kostendeckenden Finanzierung dieser Krankenhäuser zu vereinbaren. Die fortlaufende Gewährung dieses krankenhausesindividuellen Sicherstellungszuschlages ist daher ebenfalls zu streichen.

Die zuvor aufgeführten Argumente gelten ebenso für die Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin gemäß § 38 Abs. 2 KHG (neu).

d. Förderbeträge zusätzlich zum Vorhaltevolumen der Leistungsgruppe, § 39 KHG (neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Auch die Hochschulkliniken sollen für die ihnen zugewiesenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben ebenso wie für ihre spezielle Vorhaltung zusätzliche finanzielle Mittel erhalten.

Stellungnahme

Die Innungskrankenkassen erachten eine weitere zusätzliche Förderung der Hochschulkliniken nicht für notwendig, denn diese haben bereits spezielle Leistungsgruppen mit entsprechenden Vorhaltekosten. Die mit einer solchen zusätzlichen Förderung einhergehende Doppelfinanzierung wird daher ausdrücklich abgelehnt. Hinzu kommt das Problem der Abgrenzung, denn Forschungsaufgabe gilt allgemein hin als Ländersache. Auch werden die Zentrumszuschläge im Gegenzug nicht gestrichen.

e. Abrechnungsprüfung, § 17c Absatz 1a KHG (neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Ab dem 1. Januar 2027 soll die bisher bestehende Einzelfallprüfung nach § 275c SGB V durch eine Stichprobenprüfung des Medizinischen Dienstes ersetzt werden.

Stellungnahme

Die Innungskrankenkassen lehnen den Ersatz der Einzelfallprüfungen durch Stichprobenprüfungen ab.

Laut Referentenentwurf sind die monetären Auswirkungen auf die Ausgaben der GKV noch gar nicht abschätzbar, da die konkrete Ausgestaltung der geplanten Stichprobenprüfung erst durch GKV und DKG auf Basis eines Konzepts des Medizinischen Dienstes Bund (MD) vereinbart werden muss.

Darüber hinaus ist nicht abzusehen, inwieweit sich der Mangel an Kontrolle durch die Abschaffung der Einzelfallprüfung und dem damit verbundenen fehlenden Anreiz für Krankenhäuser korrekt abzurechnen, in höheren Ausgaben manifestieren wird. Seit Einführung des DRG-Systems hat sich die Abrechnungsqualität der Krankenhäuser dem Grunde nach nicht spürbar verbessert. Aktuell wird immer noch jede zweite (!) aufgegriffene Rechnung als fehlerhaft qualifiziert und führt zu

einer Minderung des Rechnungsbetrages. Dies rechtfertigt bereits den Erhalt und die Weiterentwicklung des bestehenden Prüfsystems, so dass im Ergebnis vielmehr die Einführung des quartalsbezogenen Prüfquoten-System überdacht werden sollte. Auch die geplante Einführung einer Vorhaltevergütung ändert nichts daran, dass die Krankenhäuser weiterhin eine einzelfallbezogene Abrechnung stellen. Ein „Zurückfahren bis auf null“ im Bereich der Einzelfallprüfung setzt demzufolge die falschen Anreize.

Im Weiteren gilt: Das Vorverfahren des § 17c Abs. 2 Satz 2 Nummer 3 KHG bleibt laut KHVVG Referentenentwurf zwar von den Neuregelungen unberührt. Der Gesetzgeber muss jedoch hierbei bedenken, dass dieses Instrument durch die Abschaffung der Einzelfallprüfung vollständig sinnlos wird. Denn kein Krankenhaus wird ohne Druck der Prüfquoten, der Einzelfallprüfung mit Beauftragung des MD, mithin des gesamten Prüfregimes, ein Vorverfahren mit den Krankenkassen führen, da der Sinn dahinter – eine aufwändigere Prüfung zu vermeiden – bereits nicht mehr verfolgt werden kann.

Im Übrigen war der Vorschlag der Abschaffung des bisherigen Prüfsystems hin zu einer Stichprobenprüfung (bzw. Einführung anderer Prüfmodelle) bereits in den Reformvorschlägen des Bundesrechnungshofs in seinem Bericht an den Rechnungsprüfungsausschuss des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO vom 6. Mai 2019 enthalten. Dieser Vorschlag war jedoch mit der Aussage verbunden, dass dies erst dann in Betracht komme, wenn es misslingt, den Aufwand der *„Krankenhausabrechnungsprüfung innerhalb des geltenden Prüfsystems auf ein beherrschbares Maß zu beschränken“* (S. 55 f.). Ob dies durch die Einführung des Prüfquotensystems gelungen ist oder ob es anderer oder weiterer Maßnahmen bedarf, ist noch nicht geklärt und kann insofern erst fundiert nach erfolgter Evaluation gemäß § 17c Abs. 7 KHG festgestellt werden.

Tatsache ist: Bereits 2013 wurde bereits die damalige verdachtsunabhängige Stichprobenprüfung des § 17c Abs. 2 bis 4 KHG wegen Untauglichkeit abgeschafft. Anstatt mehrfach neue Prüfinstrumente zu etablieren und wieder abzuschaffen sollten deshalb nun bewährte Prüfmechanismen weiterentwickelt, entschlackt und damit verbessert werden.

Die Innungskrankenkassen fordern daher: Mit der Einführung der Vorhaltefinanzierung bleibt es bei der einzelfallbezogenen Abrechnung, so dass auch zukünftig leistungsbezogene Prüfungen vorzunehmen sind. Falsche bzw. fehlerhafte Rechnungen sind durchgängig und einheitlich zu sanktionieren. Ansonsten ist es der Öffentlichkeit nicht verständlich zu vermitteln, warum gerade im kostenintensiven Krankenhausbereich nicht der allgemeine Rechtsgrundsatz gelten soll, dass ein

Schuldner seine Rechnung überprüfen und die Bezahlung bei Falschberechnung verweigern kann. Auch unter dem vorgegebenen Aspekt des Bürokratieabbaus ist diese Einschränkung nicht hinnehmbar und mit dem allgemeinen Rechtsempfinden nicht vereinbar.

f. Streichung Fixkostendegressionsabschlag § 4 Absatz 2a KHEntgG (neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Der jeweils für drei Jahre zu erhebende Vergütungsabschlag von 35 Prozent (Fixkostendegressionsabschlag) soll nach der Neuregelung letztmalig für das Vereinbarungsjahr 2026 angewendet und entsprechend der gesetzlichen Vorgaben letztmalig im Jahr 2028 zu erheben sein.

Stellungnahme

Die Innungskrankenkassen sprechen sich für die Beibehaltung des Fixkostendegressionsabschlages aus. Denn nach wie vor besteht durch Verbleib von 40 Prozent Fallpauschalen ein Anreiz für Mehrleistungen. Dadurch besteht für Krankenhäuser ein Mengenanreiz, um zusätzliche Erlöse zu generieren. Der entsprechende Vergütungsabschlag muss daher auch zukünftig berücksichtigt werden. Sollte sich der Gesetzgeber dennoch für den Wegfall des Fixkostendegressionsabschlages entscheiden, wäre jedoch der Mehrerlösausgleich nach Satz 4 entsprechend auf 90 Prozent hochzusetzen.