

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT



Stellungnahme

(Stand: 26. April 2024)

zum Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

eines

Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)



Diskutieren, entscheiden, handeln.

Inhalt

Kernbotschaften	1
Grundlegende Bewertung	2
Detailbewertung ausgewählter Maßnahmen	7
1. Maßnahmen zur kurzfristigen Verbesserung der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser	7
2. Einführung einer Krankenhausplanung anhand bundeseinheitlicher Leistungsgruppen nach NRW-Vorbild	9
3. Einführung einer Vorhaltefinanzierung	17
4. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen	23
5. Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser	25
6. MD-Prüfungen in Krankenhäusern	26
7. Einrichtung eines Transformationsfonds	30
8. Förderung digital gestützter Kooperationsstrukturen	32
9. Streichung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren	33
10. Klarstellung der Berücksichtigungsfähigkeit von ausländischen Pflegekräften im Pflegebudget	34
Weiterer, dringender gesetzlicher Handlungsbedarf	35
I. Parallelstrukturen konsequent abschaffen	35
II. Notfallbehandlung von Personen mit unklarem bzw. keinem Versichertenstatus sachgerecht finanzieren	35
III. Generelle Geltung der 5-Tage-Zahlungsfrist von Krankenhausrechnungen	37
IV. Korrektur des Systems der krankenhausesindividuellen, quartalsbezogenen Prüfquote	37
V. Erweiterung des Kataloges gesetzlicher Fälle einer zulässigen Rechnungskorrektur	38
VI. Aufnahme von Strahlentherapieleistungen ins KHEntgG und in die BPfIV	39
VII. Erbringung von ambulanten Operationsleistungen außerhalb des zugelassenen Krankenhausstandorts ermöglichen	40
VIII. Einbeziehung der Krankenhäuser in die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung („Blankoverordnung“)	40
IX. Erhöhung des Zuschlags zur Befüllung der ePA	41

Kernbotschaften

Insbesondere die nicht refinanzierten Kostensteigerungen der Jahre 2022 und 2023 haben die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser massiv verschärft. Wenn 80 Prozent der Standorte dauerhaft rote Zahlen schreiben, muss man davon ausgehen, dass ein Versagen des Finanzierungssystems die Ursache ist. Der Bund muss deshalb seiner Verantwortung für eine auskömmliche Refinanzierung der Betriebskosten wieder gerecht werden. Zwingend notwendig ist vor allem ein umfassender Inflationsausgleich für die Jahre 2022 und 2023 und die vollständige Refinanzierung der Personalkostensteigerungen. Die im Referentenentwurf vorgesehenen Maßnahmen sind absolut unzureichend, da sie nur zukünftige Kostensteigerungen erfassen und die entstandene Lücke zwischen Kosten und Erlösen aus den letzten Jahren völlig außer Acht lassen.

Die Krankenhäuser begrüßen die Einführung einer Krankenhausplanung anhand bundeseinheitlicher Leistungsgruppen ausdrücklich. Dabei ist allerdings zunächst die NRW-Leistungsgruppensystematik 1:1 („NRW pur“) umzusetzen. Die geplante kurzfristige Einführung von fünf zusätzlichen Leistungsgruppen, die Ergänzung der NRW-Qualitätskriterien um neue Mindestvorhaltezahlen und erhöhte Vorgaben für die Vorhaltung von Fachärztinnen und Fachärzten sowie die massiven Beschränkungen der Kooperationsmöglichkeiten sind nicht mit der NRW-Leistungsgruppensystematik zu vereinbaren und sind in ihren Auswirkungen auf die Versorgungslandschaft nicht im Ansatz abzuschätzen. Aus diesem Grund fordern wir in einer ersten Phase die bundesweite Umsetzung der Krankenhausplanung nach dem Vorbild NRW bis Ende 2026. Auf Basis einer ersten Evaluation der bis dahin erreichten Planungsziele sind mögliche weitere Schritte zwischen Bund und Ländern abzustimmen.

Die geplante Vorhaltevergütung verursacht massiven Bürokratieaufwand, erreicht aber die wesentlichen politischen Ziele (Entökonomisierung, Existenzsicherung, Entbürokratisierung, Spezialisierung) nachweislich nicht. Sie baut auf dem aktuell unzureichenden Finanzierungsvolumen auf und verteilt bestehende Mittel, die schon heute nicht die Kostenstrukturen abbilden, lediglich um. Wir fordern deshalb, wesentliche Strukturkosten in 2025 und 2026 zunächst über bereits etablierte Finanzierungsinstrumente (Sicherstellungszuschlag, Notfallstufenzuschlag, Zentrumszuschlag) auszugleichen. Für die Zeit ab 2027 sollte gemeinsam mit den Akteuren der Selbstverwaltung eine tragfähige und zielgenaue Methode der Strukturkostenfinanzierung entwickelt werden.

Das Potential sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen wird mit den geplanten Maßnahmen nicht ausgeschöpft. Die Regelungen zur Finanzierung sind unzureichend. Tatsächlicher Aufwand und die Strukturkosten dieser besonderen Krankenhäuser (regionale Gesundheitszentren) müssen abgebildet werden. Für eine verlässliche Absicherung sektorenübergreifender Versorger fehlt aufgrund teilweiser zeitlicher Befristung wesentlicher Versorgungsaufgaben die Planungssicherheit. Zwingend notwendig ist ein breit aufgestellter Instrumentenkasten, mit dessen Hilfe die Verantwortlichen vor Ort intelligente Lösungen zur Gewährleistung einer wohnortnahen sektorenübergreifenden Versorgung entwickeln können.

Zentrales Element für einen wirksamen und nachhaltigen Strukturwandel ist der Transformationsfonds. Eine Finanzierung dieser gesamtgesellschaftlichen Aufgabe bundesseitig ausschließlich aus GKV-Mitteln anstelle von Steuermitteln ist ordnungspolitisch fragwürdig. Die Krankenhäuser sprechen sich dafür aus, den Transformationsfonds nach dem Vorbild des Modernisierungsprogrammes Ost mit einer Drittelfinanzierung durch Bund, Länder und Krankenkassen auszugestalten.

Bislang schafft das Gesetz einen massiven Bürokratieaufbau und keine Entbürokratisierung. Krankenhäuser müssen wirksam entlastet werden statt immer wieder mit neuen Pflichten Personal, welches dringend für die Patientenversorgung benötigt wird, versorgungsfern zu binden. Wir fordern konsequente Schritte zur Deregulierung und Entbürokratisierung.

Die im Referentenentwurf vorgesehene Weiterentwicklung der MD-Prüfungen bleibt deutlich hinter den Erwartungen der Krankenhäuser zurück. Zwingend notwendig ist eine umfassende Entschlackung des derzeitigen Prüfungs- und Kontrollregimes.

Grundlegende Bewertung

Eine gute ambulante und stationäre medizinische Versorgung ist eines der zentralen Elemente der staatlichen Daseinsvorsorge. Angesichts des steigenden Versorgungsbedarfs einer immer älter werdenden Bevölkerung und des zunehmenden Fachkräftemangels ist jedoch absehbar, dass die medizinische Versorgung vor allem auch in dünn besiedelten Regionen Deutschlands ohne entschlossenes politisches Handeln nicht länger wohnortnah gewährleistet werden kann. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) mahnt eine grundlegende Reform der Krankenhausstrukturen und der Krankenhausfinanzierung daher schon seit Langem an und hat der Bundesregierung wiederholt angeboten, aktiv an einer umfassenden Krankenhausreform mitzuwirken und den erforderlichen Strukturwandel der Krankenhauslandschaft konstruktiv zu begleiten. Die im Juli 2023 zwischen Bund und Ländern erzielte Einigung, dass die Krankenhausplanung in Zukunft nach dem Vorbild Nordrhein-Westfalens anhand bundeseinheitlicher Leistungsgruppen erfolgen und das DRG-System durch eine leistungsmengenunabhängige Vorhaltefinanzierung ergänzt werden soll, bewertete die DKG vor diesem Hintergrund als wichtigen Meilenstein in Richtung einer bedarfsgerechten Krankenhausstruktur.

NRW-Leistungsgruppensystematik „pur“ umsetzen

Der nun vorliegende Referentenentwurf eines Krankenhausverbesserungsgesetzes (KHVVG) setzt die zwischen dem Bund und den Ländern erzielte Verständigung jedoch nur teilweise um. Absolut unverständlich ist insbesondere, dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in seinem Entwurf für den Start der neuen Krankenhausplanung lediglich im Ansatz auf die in Nordrhein-Westfalen (NRW) entwickelte Leistungsgruppensystematik zurückgreift. Die im Referentenentwurf vorgenommene Ausweitung der 60 NRW-Leistungsgruppen um fünf zusätzliche Leistungsgruppen, neue Indikationsbereiche für die „chirurgische“ Onkologie, die Ergänzung der NRW-Qualitätskriterien um neue Mindestvorhaltezahlen, die deutliche Erhöhung der Zahl der vorzuhaltenden Fachärztinnen und Fachärzte sowie die massiven Beschränkungen der Kooperationsmöglichkeiten der Krankenhäuser entsprechen nicht dem NRW-Konzept, sind kontraproduktiv und in ihren Auswirkungen auf die derzeitigen Versorgungsstrukturen nicht im Ansatz abzuschätzen. Die Mindestvorhaltezahlen und der zu deren Bestimmung vorgesehene fragwürdige Perzentilansatz greifen weit über den NRW-Ansatz hinaus tief in die Krankenhausstrukturen ein und werden dazu führen, dass eine nennenswerte Anzahl Krankenhäuser aufgrund willkürlicher normativer Vorgaben aus einzelnen Versorgungsbereichen ausscheiden wird. Auch aufgrund der immer noch nicht vorliegenden BMG-Analyse der Auswirkungen der Reform würde die Umsetzung der zuvor genannten Vorgaben die Länder, die Krankenhäuser und die Bevölkerung in einen absolut inakzeptablen Blindflug der Umstrukturierung führen und die flächendeckende medizinische Versorgung massiv gefährden. Die DKG appelliert daher dringend an das BMG, die vorgenommenen Änderungen an der etablierten NRW-Leistungsgruppensystematik vollständig zurückzunehmen. Für den Fall, dass sich nach der Einführung der neuen Krankenhausplanung in allen Ländern Weiterentwicklungsbedarf an der NRW-Leistungsgruppensystematik (einschließlich Qualitätskriterien) herauskristallisiert, könnte dieser nach einer entsprechenden Auswirkungsanalyse ab 2027/2028 in einem gemeinsamen Dialog von Bund und Ländern auf den Weg gebracht werden.

Vollständigen Inflationsausgleich für die Jahre 2022 und 2023 jetzt auf den Weg bringen

Die neue Krankenhausplanung wird sich frühestens ab dem Jahr 2028 auf die Versorgung und die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser auswirken. Angesichts dessen und aufgrund der Zuständigkeit des Bundes für eine auskömmliche Betriebskostenfinanzierung haben die Krankenhäuser aber die berechnete Erwartung, dass das BMG in seinem Referentenentwurf einen vollständigen Ausgleich insbesondere der bislang nicht refinanzierten, inflationsgetriebenen Betriebskostensteigerungen der Jahre 2022 und 2023 vorsieht. Der Referentenentwurf beinhaltet jedoch lediglich Regelungen zur verbesserten Berücksichtigung der Tariflohnsteigerungen ab dem Jahr 2024 und zur sachgerechteren Bestimmung der für die Weiterentwicklung der Landesbasisfallwerte geltenden Obergrenze ab 2025. Beide Maßnahmen sind absolut unzureichend, um die bekanntermaßen äußerst angespannte wirtschaftliche Situation und hohe Insolvenzgefährdung der Krankenhäuser auch nur annähernd zu verbessern, da sie lediglich zukünftige Kostensteigerungen adressieren. Die Krankenhäuser fordern das BMG daher erneut dazu auf, der Verantwortung des Bundes für eine nachhaltige Betriebskostenfinanzierung gerecht zu werden, indem das strategisch eingesetzte Systemversagen in der Krankenhausvergütung unverzüglich durch einen Inflationsausgleich für die Jahre 2022 und 2023 in Form einer basiswirksamen Anhebung der Landesbasisfallwerte und Psychiatrieentgelte 2024 um 4 % korrigiert wird. Ohne diese Maßnahme sind langfristige Schäden an den Versorgungsstrukturen, am Vertrauen der Patientinnen und Patienten in die Versorgungssicherheit und am Vertrauen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in die Verlässlichkeit der Krankenhäuser als Arbeitgeber zu erwarten.

Geplante Vorhaltevergütung – viel Aufwand aber wenig Nutzen, kein Beitrag zu Entökonomisierung oder Existenzsicherung

In der nun vorgelegten Ausgestaltung wird sich auch die im Referentenentwurf vorgesehene Einführung einer Vorhaltevergütung nicht positiv auf die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser auswirken. Ebenso wenig ist sie geeignet, um die angestrebten Ziele einer Entökonomisierung, Entbürokratisierung und Existenzsicherung insbesondere der kleinen Krankenhäuser zu erreichen. Letzteres konnte eine Auswirkungsanalyse der Beratungsgesellschaft Vebeto bekanntermaßen eindrücklich belegen. Bis heute hat das BMG diese Erkenntnisse nicht widerlegen können. Die Einführung der Vorhaltefinanzierung wird sich lediglich geringfügig und auch nur befristet auswirken, da der Fallzahlbezug weiterhin besteht und bei größeren Leistungsabweichungen die Unterschiede wieder wegfallen. Es wirken sich im Wesentlichen lediglich der individuelle Fallzahlkorridor, das Referenzjahr und die jährliche Neuberechnung des landesbezogenen Vorhaltevolumens je Leistungsgruppe aus. Erstere sind äußerst strategiefällig und führen zu zufallsbedingten Ergebnissen (Referenzjahr). Letzteres führt zu einem vollständigen Verlust der entsprechenden Vorhaltefinanzierunganteile, wenn die Leistungen auf der Landesebene abnehmen (z. B. aufgrund von Ambulantisierung). Dieser Bruch der Finanzierungssystematik ist unsachgerecht und führt zu einer weiteren systematischen Unterfinanzierung der Krankenhausleistungen schon am ersten Tag der Umsetzung der Finanzierungsreform. Außerdem wird hier der wesentliche Kerneffekt der Einführung einer Vorhaltefinanzierung aufgegeben, da die Krankenhäuser über einen fallunabhängigen Finanzierungsanteil robuster aufgestellt und vom ökonomischen Druck entlastet werden sollten. Das

ändert auch die vorgesehene Verschiebung von Vorhalteanteilen bei Verlagerungen von Leistungsgruppen nicht, da hier die Vergütung pro Fall gleichbleibt, sofern den zugewiesenen Planzahlen auch die tatsächlichen Behandlungsfälle folgen. Diese sind aber unabhängig von der geplanten Vorhaltefinanzierung. Da die Vorhaltevergütung zudem überaus komplex ausgestaltet ist und hohe Aufwände in der Umsetzung für alle Beteiligten nach sich ziehen wird, ist ein erheblicher Bürokratieaufwuchs zu erwarten, der in keinem Verhältnis zu einem bisher nur äußerst fragwürdigen Nutzen steht. Es sprechen daher viele gute Gründe dafür, die geplanten Regelungen gänzlich aus dem KHVVG zu streichen. Die DKG schlägt stattdessen vor, zeitnah und gemeinsam mit den Selbstverwaltungspartnern eine tragfähige Methodik einer Vorhaltefinanzierung für die Jahre ab 2027 zu entwickeln. Zur Überbrückung in den Jahren 2025 und 2026 sollten die im Finanzierungssystem vorhandenen Instrumente kurzfristig so angepasst werden, dass sie die strukturell bedingten Kosten bedarfsnotwendiger Vorhaltung vergütet werden. Hierzu bietet es sich an, die bereits etablierten Instrumente der fallunabhängigen Zuschlagsfinanzierung (u. a. Sicherstellungs- und Notfallstufenzuschlag) zu nutzen.

Potential sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen wird aufgrund unzureichender Finanzierung und zum Teil fehlendem Planungshorizontes nicht ausgeschöpft

Die geplante Etablierung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen bietet das Potential, die ambulante und stationäre medizinische Versorgung insbesondere in ländlichen Regionen spürbar zu verbessern. Bei den vorgesehenen Regelungen zur ambulanten Öffnung ausgewählter Krankenhäuser und zur Erweiterung deren Leistungsspektren bleibt gegenwärtig allerdings offen, ob damit die avisierten Ziele erreicht werden können. Äußerst fraglich ist insbesondere, ob sich die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen auf Basis degressiver Tagesentgelte und den Rückgriff auf bereits bestehende und schon heute für die ambulante Krankenhausversorgung völlig unzureichende Vergütungsinstrumente dauerhaft betriebswirtschaftlich betreiben lassen.

Transformationsfonds – zentrales Element eines erfolgreichen, nachhaltigen Strukturwandels

Der geplante Umbau der Krankenhauslandschaft in Deutschland wird ohne beträchtliche Investitionen nicht zu bewerkstelligen sein. Die für die Investitionsfinanzierung grundsätzlich zuständigen Länder werden diese Investitionsbedarfe aber nicht alleine stemmen können. Daher ist es richtig, dass der Referentenentwurf einen Transformationsfonds in Höhe von insgesamt 50 Mrd. Euro mit hälftiger Beteiligung des Bundes ankündigt. Als ordnungspolitisch äußerst fragwürdig betrachten die Krankenhäuser allerdings, dass der Anteil des Bundes für diese gesamtgesellschaftliche Aufgabe nicht aus Steuermitteln, sondern vollständig aus Mitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden soll. Damit würde die Reform maßgeblich auf dem Rücken der Beitragszahlenden finanziert. Die Krankenhäuser sprechen sich stattdessen für eine Drittfinanzierung des Fonds durch Bund, Länder und Krankenkassen nach dem Vorbild des Krankenhausinvestitionsprogramms für die neuen Bundesländer Anfang der 1990er Jahre aus. Außerdem ist die Beteiligungsmöglichkeit der Krankenhausträger kontraproduktiv und daher zu streichen.

Bürokratieaufbau statt Bürokratieabbau – Prüfungen konsequent vereinfachen und vereinheitlichen

Die Neufassung der Regelungen zu den Strukturprüfungen in § 275a SGB V greift vor dem Hintergrund des intendierten Bürokratieabbaus deutlich zu kurz. Die Einführung der Prüfung der neuen Qualitätskriterien i. V. m. den Leistungsgruppen erzeugt erheblichen bürokratischen Zusatzaufwand. Die Chance, diesen Aufwand bereits jetzt im KHVVG durch die kompensatorische Vermeidung unnötiger Mehrfachprüfungen sowie die Vereinfachung und Vereinheitlichung der Prüfverfahren hinsichtlich der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen, der OPS-Strukturprüfungen sowie der Qualitätsprüfungen zu verringern, wird leider nicht genutzt. Das Nebeneinander der auf verschiedenen, nicht aufeinander abgestimmten Regelkreisen beruhenden MD-Prüfungen verursacht Widersprüche, redundante Regelungen, hohe Aufwände und Bürokratie. Auf den Bürokratieabbau wird zwar in der Begründung eingegangen, dieser findet sich aber nicht in gesetzlichen Regelungen wieder. Die Ausgestaltung der Prüfverfahren sowie der Festlegung beizubringender Prüfnachweise alleine durch den MD ist aus Gründen der unzureichenden Berücksichtigung von Belangen der Krankenhäuser und damit fehlendem Interessenausgleich abzulehnen. Die in der Vergangenheit vom MD ebenfalls alleine festgelegten Prüfungen und Nachweise zu den OPS-Strukturmerkmalen haben bereits eindrücklich belegt, wie kleinteilige und völlig praxisferne Anforderungen in absurder Bürokratie und unverhältnismäßigen Bewertungsmaßstäben münden. Einzig die Regelung, dass der MD künftig Nachweise und Erkenntnisse aus Prüfungen nach § 275a SGB V wechselseitig nutzen kann, dürfte eine bürokratische Erleichterung darstellen. Die Krankenhäuser teilen die Ansicht, dass das komplizierte System der Einzelfallprüfung nicht unverändert fortbestehen kann. Das bestehende System bietet viel Potential für einen Abbau von Aufwand und Bürokratie, das es konsequent zu nutzen gilt. Daher kann die vorgesehene Ersetzung der Einzelfallprüfung durch eine Stichprobenprüfung durchaus dem Ziel des Bürokratieabbaus dienen, allerdings muss es ausschließlich dem GKV-SV sowie der DKG vorbehalten bleiben, das Verfahren der Stichprobenprüfung zu gestalten und zu vereinbaren.

Vor diesem Hintergrund bleibt es unabdingbar, dass das BMG zeitnah einen umfassenden Entwurf für das ursprünglich bereits für Dezember 2023 angekündigte Bürokratieentlastungsgesetz mit auch für die Krankenhäuser spürbaren Maßnahmen vorlegt. Geeignete und unmittelbar wirksame Maßnahmen zum Abbau der Bürokratielasten sind zum Beispiel das sofortige Aussetzen der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PpUGV) zum Zeitpunkt der Einführung der neuen Pflegepersonalbemessung sowie die Weiterentwicklung der Psychiatriepersonalrichtlinie (PPP-RL) in Richtung einer deutlichen Verschlinkung des aktuellen Nachweisverfahrens. Ein weiteres Beispiel ist das NUB-Verfahren. Die Antragsstellung kann deutlich entbürokratisiert werden, indem nicht jedes Krankenhaus, jedes Jahr aufs Neue verpflichtet wird, den NUB-Antrag zum gleichen NUB-Verfahren wiederholt zu stellen.

Eingriff in die Länderplanung – Gesetz ist zustimmungspflichtig

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass nicht nachzuvollziehen ist, warum das BMG den vorliegenden Referentenentwurf als nicht zustimmungspflichtig einstuft. Anders als vom BMG suggeriert, wird es den Ländern in Zukunft keineswegs offenstehen, ob sie ihre Krankenhausplanung anhand der im Referentenentwurf vorgesehenen Leistungsgruppensystematik vornehmen oder nicht.

Dies ist zum einen darauf zurückzuführen, dass der Entwurf die Möglichkeit der Länder, auch Krankenhäusern Leistungsgruppen zuzuordnen, deren Mindestvorgaben sie zeitweise oder dauerhaft nicht erfüllen können, äußerst restriktiv einschränkt. Zum anderen greifen die geplanten Regelungen auch deshalb massiv in die grundgesetzlich verankerte Planungshoheit der Länder ein, weil Krankenhäuser, denen das Land bestimmte Leistungsgruppen nicht zugeordnet hat, für diese Leistungen jeglichen Vergütungsanspruch verlieren würden. Dies bedeutet, dass die Länder in Zukunft faktisch gezwungen sein werden, die per Bundesgesetz vorgegebene Planungssystematik strikt zu befolgen, wenn sie gewährleisten wollen, dass die Krankenhäuser im Land ihre Leistungen auch in Zukunft noch mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen können. Darüber hinaus greift der gesetzlich vorgegebene Perzentilansatz bei der Festlegung der Mindestvorhaltezahlen tief in die Krankenhausstrukturen ein und wird zu einer erheblichen Ausdünnung der Krankenhauslandschaft führen, worauf die Länder dann keinen Einfluss mehr haben. Angesichts dieser fundamentalen Abkehr von der Zuständigkeit der Länder für die Krankenhausplanung erachten die Krankenhäuser das Gesetz als zwingend zustimmungsbedürftig.

Detailbewertung ausgewählter Maßnahmen

1. Maßnahmen zur kurzfristigen Verbesserung der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser

Vollständiger Inflationsausgleich für die Jahre 2022 - 2024

Die dramatische wirtschaftliche Situation eines Großteils der Krankenhäuser in Deutschland ist dem BMG bekannt. Auch Bundesgesundheitsminister Lauterbach hat diese Einschätzung in den vergangenen Wochen und Monaten wiederholt bestätigt. Entgegen der berechtigten Erwartung der Krankenhäuser sieht der vorliegende Referentenentwurf dennoch keine wirksame Anhebung der Landesbasisfallwerte für das Jahr 2024 vor. Die Inflationsraten und Personalkostensteigerungen lagen und liegen in den Jahren 2022 bis 2024 jeweils deutlich über den maximal möglichen Steigerungen der Landesbasisfallwerte und Psychiatrieentgelte, so dass sich diese Kostenentwicklung dort nicht widerspiegelt und diese entsprechend zu niedrig sind. Auch der Härtefallfonds und die Energiepreiskontrollen schafften den erforderlichen Ausgleich nicht, da allgemeine Kostensteigerungen jenseits der Energiekosten nicht refinanziert wurden. Zudem entfallen diese Energiehilfen in 2024 ersatzlos, so dass die eigentlich notwendigen Refinanzierungsbeträge dauerhaft fehlen.

Es ist daher eine Anpassung der Landesbasisfallwerte und Psychiatrieentgelte über die gesetzlich vorgesehene Begrenzung hinaus zwingend notwendig und sachgerecht. Ansonsten bleibt die bestehende massive Unterfinanzierung der Krankenhausleistungen aus den Vorjahren bestehen. Die kumulierten Refinanzierungslücken haben inzwischen ein Ausmaß erreicht, dass von einer Dysfunktion des leistungsbezogenen Vergütungssystems für Krankenhäuser auszugehen ist. Die Mehrzahl der Krankenhäuser ist inzwischen trotz aller Anstrengungen nicht mehr in der Lage, die Versorgung der Patientinnen und Patienten kostendeckend sicherzustellen. Die aktuellen Veränderungen in der Krankenhauslandschaft werden bestimmt von Insolvenzrecht und Notmaßnahmen. Die kumulierte Inflationslücke zwischen 2022 - 2024 muss daher unverzüglich basiswirksam ausgeglichen werden, um den erforderlichen Strukturwandel ohne vorherigen Kahlschlag im Sinne einer guten zukünftigen Patientenversorgung gestalten zu können.

Entsprechend des Entschließungsantrages des Bundesrates zur kurzfristigen wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser, fordern die Krankenhäuser, den Landesbasisfallwert 2024 und die Psychiatrieentgelte 2024 rückwirkend für die Jahre 2022 und 2023 um 4 % basiswirksam zu erhöhen.

Vollständige Refinanzierung der Personalkostensteigerungen

Die Krankenhäuser begrüßen grundsätzlich die Anpassungen zur Refinanzierung der Personalkostensteigerungen über die Erhöhungsraten für Tarifierhöhungen ab dem Jahr 2024. Eine vollständige Refinanzierung aller Personalkostensteigerungen im Krankenhaus ist damit allerdings nicht gewährleistet. Da die gesetzliche Formulierung weiterhin auf „Tarifierhöhungen für Löhne und

Gehälter“ abstellt, sind „sonstige Kostensteigerungen“, worunter die Bundesschiedsstelle zum Beispiel zusätzliche Kosten subsumiert, die aufgrund zusätzlicher Urlaubstage oder erhöhter Freizeitausgleiche bei Bereitschaftsdiensten resultieren, weiterhin nicht mit umfasst, obwohl hierdurch Mehrkosten für die Krankenhäuser entstehen.

Ebenso kritisch ist die Formulierung, dass die unterjährige Anpassung des Landesbasisfallwertes „neu verhandelt“ werden muss. Die unterjährige Anpassung sollte vielmehr, wie bisher, automatisch ohne eine Neuverhandlung erfolgen. Unzureichend ist zudem, dass die verbesserte Ermittlung der Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen lediglich Kostensteigerungen aufgrund von Tarifabschlüssen ab dem Jahr 2024 adressiert und keine Kostensteigerungen aus den Vorjahren erfasst. Diese bleiben damit dauerhaft deutlich unterfinanziert.

Angepasste Systematik der Obergrenzenermittlung für die Landesbasisfallwerte und Psychiatrieentgelte

Die Krankenhäuser begrüßen, dass ab dem Jahr 2025 für den Fall, dass der Orientierungswert höher ist als die Veränderungsrate, der bisherige Verhandlungskorridor für die Verhandlungspartner auf Bundesebene von einem Drittel (bzw. BPfIV 40 %) der Differenz aus beiden Werten bis zum vollen Orientierungswert erweitert wird. Ob der volle Orientierungswert bei diesen Verhandlungen erreicht wird, ist jedoch offen, insbesondere da laut Gesetzestext „bereits anderweitig finanzierte Kostensteigerungen“ zu berücksichtigen sind. Insbesondere aufgrund der unterschiedlichen Periodenbezüge der Verhandlungstatbestände ist diese Gegenrechnung nicht sachgerecht. Sie ist daher zu streichen. Da lediglich der Verhandlungskorridor bis zum Orientierungswert erweitert wird, ist zudem offen, ob dies für das Jahr 2025 tatsächlich zu einer höheren Obergrenze führt und inwieweit sich diese bei der Landesbasisfallwertverhandlung auswirken würde. Die Anpassung kann zu Verbesserungen führen, die jedoch ausschließlich zukünftige Kostenentwicklungen betreffen. Für eine Korrektur der derzeitigen strukturellen Unterfinanzierung der Leistungen der Krankenhäuser ist sie jedoch ungeeignet, da sie diesbezüglich wirkungslos ist.

2. Einführung einer Krankenhausplanung anhand bundeseinheitlicher Leistungsgruppen nach NRW-Vorbild

Mit dem KHVVG wird die Krankenhausplanung künftig weg von der Bettenplanung hin zu einer Leistungs(gruppen)planung auf der Grundlage von initial 60 (NRW somatisch) plus 5 neuen bundesweit einheitlich vorgegebenen Leistungsgruppen (LG) weitreichend umgestellt. Je nach Leistungsspektrum und vorhandenen Strukturen eines Krankenhauses sowie regionalem Versorgungsbedarf und -angebot werden die Leistungsgruppen den Krankenhäusern durch die Landesplanungsbehörden verbindlich zugeteilt. Die Krankenhäuser dürfen dann nur noch Leistungen derjenigen Leistungsgruppen erbringen, die ihnen per Bescheid zugeteilt sind. Bund und Länder hatten sich nach umfassenden Beratungen im Juli 2023 darauf verständigt, die Reform zunächst mit den Leistungsgruppen und Anwendungsregelungen der Krankenhausplanung von Nordrhein-Westfalen 2022 zu beginnen. Die neue Systematik der NRW-Krankenhausplanung wurde vom zuständigen Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) nicht im Alleingang von oben herab verordnet, sondern unter intensiver Beteiligung u. a. des Landesministeriums für Kultur und Wissenschaft, der Landesverbände der Krankenkassen, der kommunalen Spitzenverbände, der Ärztekammern in NRW, der Pflegekammer NRW, der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, der Katholischen Kirche, der Evangelischen Landeskirche, des Verbandes der privaten Krankenversicherung, den Landschaftsverbänden in NRW und der Psychotherapeutenkammer NRW gemeinsam entwickelt. Begleitet wurde der Entwicklungsprozess durch in regelmäßigen Abständen durchgeführte umfangreiche Auswirkungsanalysen (Datenbasis: Datensatz nach § 21 KHEntgG, detaillierter Strukturdaten aller Krankenhausstandorte in NRW und Statistiken der Ärztekammern in NRW zu den Fachärztinnen/Fachärzten) und Anhörungen der medizinischen Fachgesellschaften. Dieses partizipative und datenbasierte Vorgehen war und ist die Grundlage für die gemeinschaftlich getragene, leistungsgruppenbasierte Krankenhausplanung in NRW mit einem transparenten und aufeinander abgestimmten Regelwerk (LG-Bezeichnung, LG-Definitionen, LG-Qualitätsanforderungen und Anwendungsregeln).

Entgegen der berechtigten Erwartung der Länder, der Selbstverwaltungspartner und aller anderen unmittelbar von der Reform Betroffenen, hat dieser zwingend notwendige Abstimmungsprozess im Vorfeld der nun geplanten bundesweiten Einführung einer Krankenhausplanung nach Leistungsgruppen bislang nicht stattgefunden. Da für einen solchen Prozess nun keine Zeit mehr besteht, ist es unumgänglich, dass zur Einführung der neuen Planungssystematik im ersten Schritt die NRW-Leistungsgruppen mit ihren Anwendungsregeln unverändert für die deutschlandweite Umstellung der Krankenhausplanung übernommen werden. Insofern überrascht es, dass im Referentenentwurf nach wie vor die NRW-Liste der definierten Leistungsgruppen fehlt und stattdessen auf eine nicht verfügbare Anlage 1 verwiesen wird. Die neue Krankenhausplanung darf nicht zu einem Blindflug im zentralen Bereich der medizinischen Versorgung der Bevölkerung werden.

NRW „pur“ – konsentiert und mit Auswirkungsanalysen untermauert

Die insgesamt 60 somatischen NRW-Leistungsgruppen ermöglichen einen evolutionären und unbürokratischen Systemumstieg, weg von einer Bettenplanung und hin zu einer

Leistungsgruppensystematik, die den regionalen Versorgungsbedarf der Bevölkerung sowie die landeseinheitlichen Qualitätskriterien sorgfältig und angemessen berücksichtigt. Der einhergehende Transformationsprozess bewahrt qualitätsgesicherte und etablierte Versorgungsstrukturen und führt dort, wo Verbesserungspotentiale bestehen, zu strukturierten Veränderungen.

Die Auswahl der NRW-Leistungsgruppen orientiert sich an der jeweiligen Behandlungsschwere, der Behandlungshäufigkeit und dem hiermit einhergehenden strukturellen und finanziellen Ressourcenbedarf. Im Ergebnis konnten sich die Prozessbeteiligten in NRW auf die dringlichsten stationären Versorgungsaufgaben verständigen und diese in Leistungsgruppen überführen. Die für jede Leistungsgruppe definierten Qualitätsmerkmale verfolgen nicht den Ansatz einer allumfassenden Abbildung von der initialen Diagnostik bis hin zur idealerweise vollständigen Genesung/Heilung der Patientinnen und Patienten, sondern fokussieren sich auf die jeweiligen stationären Kernprozesse.

Die Definition der Leistungsgruppen, das heißt die Beschreibung der leistungsgruppenspezifischen Patientenkollektive, führt zu einer realitätsnahen Balance aus allgemeinen und spezifischen Leistungsgruppen. Die Leistungsgruppen der „Allgemeinen Inneren Medizin“, der „Allgemeinen Chirurgie“ und der anderen allgemeinen Leistungsgruppen ergeben sich aus den Weiterbildungsordnungen für Ärztinnen und Ärzte der Ärztekammern in NRW. Spezifische Leistungsgruppen richten sich nach den Operationen- und Prozedurenschlüsseln nach § 301 SGB V (OPS-Codes), der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10) und anderen geeigneten Merkmalen (zum Beispiel dem Alter der Patientinnen und Patienten). In diesem Zusammenhang sind die Versorgungsqualität, der Erhalt der ärztlichen und pflegerischen Aus- und Weiterbildung, die Mobilität der Mitarbeitenden sowie die Wirtschaftlichkeit, aber auch die Erkenntnis einer mangelnden Abgrenzbarkeit zahlreicher Behandlungsfälle (unter anderem: Welcher Fall gehört in die Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ oder in die Leistungsgruppe „komplexe Gastroenterologie? Welcher Fall gehört in die Leistungsgruppe „Allgemeine Chirurgie“ oder in die Leistungsgruppe „Kinder- und Jugendchirurgie“?) und die Pseudo-Genauigkeit einer strengen Fallzuteilung über OPS- und ICD-Kodes handlungsleitend.

In einem ersten Schritt werden in NRW die 60 somatischen Leistungsgruppen in regionalen Planungsverfahren in einem größtmöglichen Konsens eingeführt und deren Wirkung auf die Versorgung im Anschluss zeitnah evaluiert. In diesem Zusammenhang können bedarfsnotwendige und nicht zeitlich befristete Ausnahmen zur Anwendung kommen, um eine passgenaue Ausrichtung der Versorgungsstrukturen an die regionalen Bedarfe und Möglichkeiten sicherzustellen. Die im Rahmen der konkreten Umsetzung des Krankenhausplans gewonnenen Erkenntnisse sollen für eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Leistungsgruppen im Sinne eines „lernenden Systems“ genutzt werden. Auch hierbei sollen versorgungsnotwendige Handlungsfelder nach ihrer Dringlichkeit identifiziert und sukzessive umgesetzt werden.

Vor diesem Hintergrund begrüßen die Krankenhäuser eine auf Leistungsgruppen basierte Krankenhausplanung. Hierbei muss in der Einführungsphase jedoch ausschließlich die Leistungsgruppensystematik aus NRW zur Anwendung kommen. Dies betrifft die Leistungsgruppensystematik, die Qualitätskriterien sowie alle im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022 festgelegten „Anwendungsregeln“.

Die fehlende strukturierte Übernahme der landesspezifischen „Sonstigen Struktur- und Prozesskriterien“ ist insbesondere vor dem Hintergrund des mit ihrem Nachweis verbundenen Aufwandes nachvollziehbar und dürfte zu keinen relevanten Problemen führen. Dem MD jedoch alleine die Aufgabe zu übertragen, zu diesen Regelungen eine bundeseinheitliche Prüfgrundlage zur Anwendung der entsprechenden Vorgaben des jeweiligen Landes im Rahmen der Prüfungen nach § 275a SGB V zu erarbeiten und zu veröffentlichen ist befremdlich. Bereits die OPS-Strukturprüfungen haben hinreichend belegt, in welcher kleinteilige und überregulierte Prüfungen derart einseitige Kompetenzzuweisungen an den MD, wie beispielsweise bei der Richtlinie nach § 275d SGB V münden. Eine fachliche Abstimmung mit Expertinnen und Experten unter ausreichender Berücksichtigung von Versorgungsrealitäten ist daher zwingend geboten.

Jegliche Abweichungen führen zu nicht kalkulierbaren Risiken für die stationären Versorgungsstrukturen in den Bundesländern, da diese weder mit den in den Bundesländern Versorgungsverantwortung tragenden Institutionen abgestimmt sind noch diesbezüglich aussagekräftige und umfassende Auswirkungsanalysen vorliegen. Einzig eine konsequente Nutzung der Leistungsgruppensystematik aus NRW verhindert einen inakzeptablen Blindflug im Kontext einer Neustrukturierung der Krankenhäuser als eine der tragenden Säule der Daseinsvorsorge der Bürgerinnen und Bürger in Deutschland.

Flächendeckende Versorgung mit etablierten, erfolgreichen Kooperationen sichern

Die im Referentenentwurf formulierten Verschärfungen der NRW-Systematik im Hinblick auf Kooperationen (siehe § 135e Abs. 4 SGB V neu) sind ersatzlos zu streichen. Ansonsten kann eine flächendeckende Versorgung, insbesondere in notfallrelevanten Bereichen (Herzinfarkt- und Schlaganfallversorgung, Geburten), nicht sichergestellt werden. Laut dem Referentenentwurf sollen langjährig etablierte Kooperationen zwischen Krankenhausstandorten nur noch in bestimmten Ausnahmen erlaubt sein. In der Leistungsgruppe „Interventionelle Kardiologie“ erhalten Patientinnen und Patienten mit einem Herzinfarkt eine Herzkatheterbehandlung. Da die überwiegende Mehrheit der Patientinnen und Patienten mit einem Herzinfarkt ohne den Einsatz einer Herzchirurgie erfolgreich behandelt werden können, besteht keine medizinische Notwendigkeit, dass an jedem Krankenhausstandort mit einem Herzkatheter auch eine Abteilung für Herzchirurgie beziehungsweise eine entsprechende Leistungsgruppe vorgehalten wird. Deshalb sieht die Krankenhausplanung in NRW lediglich eine Kooperation mit einer Herzchirurgie vor. Dies soll aber zukünftig nur noch möglich sein, wenn der nächstgelegene Krankenhausstandort mit einer Leistungsgruppe „Interventionelle Kardiologie“ mehr als 40 PKW-Fahrminuten entfernt ist, was außerhalb von ausschließlich ländlichen Regionen die absolute Ausnahme darstellen wird. Als Konsequenz dieser Regelung würde zum Beispiel in NRW die Anzahl der lebensrettenden Standorte mit einem Herzkatheter um circa 80 % reduziert, da nur an wenigen Standorten eine Herzchirurgie beziehungsweise eine entsprechende Leistungsgruppe vorhanden ist. Ähnlich dramatische Effekte auf die Versorgungslandschaft sind für die Geburtshilfe zu erwarten, da diese zukünftig einer Kinder- und Jugendmedizin am Standort bedarf. Weitere Beispiele sind die Geriatrie, die ohne eine Urologie am Standort nicht mehr betrieben werden kann sowie Stroke Units zur Schlaganfallversorgung, die mit einer Neurochirurgie im gleichen

Krankenhaus verbunden sein muss. Insgesamt ist durch einen weitgehenden Ausschluss von Kooperationen eine dramatische Verschlechterung der Versorgungssituation zu erwarten.

Willkürliche Personalvorgaben in den Leistungsgruppen bei gleichzeitigem Fachkräftemangel forcieren Versorgungsengpässe

Der Referentenentwurf sieht im Vergleich zu den Qualitätskriterien der NRW-Leistungsgruppen eine deutliche Erhöhung der an einem Krankenhausstandort vorzuhaltenden Fachärztinnen und Fachärzte vor. Dies kann standortspezifisch je nach Kombination der Leistungsgruppen eines Leistungsbereiches annähernd zu einer Verdoppelung der benötigten Fachärztinnen und Fachärzte führen. Der Referentenentwurf führt hierzu keine wissenschaftliche Begründung an, ein validiertes Personalbemessungsinstrument für die ärztlichen Tätigkeiten in den Krankenhäusern ist derzeit nicht verfügbar. Insofern handelt es sich um eine willkürliche und versorgungsrelevante Änderung des Qualitätsmerkmals „Fachärztliche Vorgaben“ der NRW-Leistungsgruppensystematik. Bis auf wenige Ausnahmen beinhalten die Leistungsgruppen in NRW drei Fachärztinnen und Fachärzte, um grundsätzlich eine 24/7-Rufbereitschaft in der jeweiligen Leistungsgruppe sicherzustellen. Darüberhinausgehende Regelungen sind schwerlich rational zu begründen und führen lediglich zu unnötigen Versorgungsengpässen.

Fokus auf Prozess- und Strukturqualität - Mindestvorhaltezahlen ohne belastbare Evidenz für die Versorgungsqualität führen zu unverantwortlichem Ausschluss bedarfsnotwendiger Leistungserbringer

Eine weitere deutliche Veränderung der NRW-Leistungsgruppen-Systematik ergibt sich aus den sogenannten onkochirurgischen Fallkonstellationen (Indikationsbereiche) und den Mindestvorhaltezahlen des Referentenentwurfes. Diese können als eine neue Form der Mindestmengen, die üblicherweise in einem streng reglementierten und wissenschaftlich fundierten Verfahren beim Gemeinsamen Bundesausschuss entwickelt werden, oder als verdeckte zusätzliche Leistungsgruppen, die sich ausschließlich an der Fallzahl orientieren, verstanden werden. Zu den Mindestvorhaltezahlen je Leistungsgruppe gibt der Referentenentwurf noch keine konkreten Hinweise. Dieses neue krankenhauplanerische Instrument soll jedoch einem Perzentil-Ansatz folgen. Unabhängig von unterschiedlichen Behandlungsschwerpunkten sowie Schweregraden und damit verbundenen Fallzahlunterschieden der Krankenhäuser in einzelnen Leistungsgruppen soll künftig eine einzige Zahl darüber entscheiden, ob ein Krankenhaus eine Leistungsgruppe (z. B. Urologie) überhaupt erbringen darf bzw. mit deutlich weniger Geld auskommen muss. Dies stellt vermutlich die maximal mögliche Verdichtung der Krankenhausplanung auf eine mathematisch hergeleitete Zahl dar, sofern man davon ausgeht, dass die bisherigen Entgelte im DRG-System die Leistungen halbwegs sachgerecht vergütet haben. Dieser Umstand trifft auch für die onkochirurgischen Fallkonstellationen (Indikationsbereiche) zu, für die der Referentenentwurf bereits konkrete Angaben beinhaltet. Alle operativ behandelten Tumorerkrankungen sollen in einer noch unbekanntem Anzahl von Gruppen (Indikationsbereiche) zusammengefasst werden. Eine dieser Gruppen könnte zum Beispiel die Behandlung eines Schilddrüsenkarzinoms sein. Zu dieser Schilddrüsenkarzinom-Gruppe werden dann

alle bundesweiten stationären Leistungserbringer in einer nach der Fallzahl absteigenden Sortierung in einer Tabelle aufgeführt. In dieser Tabelle werden dann die Standorte identifiziert, die die geringsten Fallzahlen erbringen und aufsummiert insgesamt 15 % aller Schilddrüsenkarzinome operativ behandeln. Für diese Fälle entfällt in den betroffenen Krankenhausstandorten ab dem Jahr 2027 ein wesentlicher Anteil der Finanzierung, so dass sie nicht mehr wirtschaftlich erbracht werden können. Das Ziel ist eine Zwangsverlagerung dieser Behandlungsfälle in Einrichtungen mit höheren Fallzahlen. Auf den Ausschluss von Gelegenheitsversorgung, den die DKG durchaus mittragen würde, zielen die Mindestvorhaltezahlen daher nicht ab. Erneut liefert der Referentenentwurf keinerlei wissenschaftliche Begründung für dieses Vorgehen, das erheblich in die Planungshoheit der Bundesländer eingreift. Sollte ein relevanter Anteil der Bundesländer bis zum Jahr 2027 eine Leistungsgruppensystematik umsetzen, können diese onkochirurgischen Indikationsbereiche zu einer Gefährdung der Versorgung führen, da die nach der Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft durch die Länder verbliebenen Standorte sowohl strenge Qualitätskriterien erfüllen als auch nachgewiesen bedarfsnotwendig sind. Auch von diesen Standorten würden nach dem groben 15 %-Raster des Referentenentwurfes zahlreiche aus der Versorgung aussteigen müssen. Besonders problematisch wäre eine mehrmalige Anwendung dieses rein mathematischen Vorgehens, bis eine offenbar gewünschte, aber nicht wissenschaftlich begründete Reduktion der bundesweiten Standorte eingetreten ist.

In NRW wurde explizit auf leistungsgruppenspezifische Mindestfallzahlen verzichtet, da hierzu keine belastbare Evidenz im Hinblick auf die Ergebnisqualität gefunden wurde. Deshalb fokussieren sich die Leistungsgruppen in NRW auf die Struktur- und Prozessqualität. Gegebenenfalls kann dieser Ansatz im Verlauf der kommenden Jahre durch modifizierte und methodisch hochwertige Qualitätssicherungsverfahren in Richtung einer Ergebnisqualität weiterentwickelt werden. Keinesfalls darf übergangsweise ein willkürlicher Ausschluss bedarfsnotwendiger Leistungserbringer etabliert werden.

Ergänzende Leistungsgruppen führen zu mehr Bürokratie und einer künstlichen Verknappung von Versorgungsstrukturen, leisten aber keinen Beitrag zur Versorgungsverbesserung

Der Referentenentwurf sieht fünf ergänzende Leistungsgruppen vor, deren Sinnhaftigkeit sich nicht erschließt. Zudem beinhaltet der Referentenentwurf keine Angaben zur Definition der fünf neuen Leistungsgruppen, das heißt zu den jeweiligen Patientengruppen, die durch diese Leistungsgruppen geplant werden sollen.

LG „Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie“ – mehr Bürokratie, kein Äquivalent in den Weiterbildungsordnungen

Die Planungserfahrungen in NRW haben gezeigt, dass bezüglich der kinder- und jugendchirurgischen Versorgung bereits abschließend zentralisierte Strukturen vorliegen. Es besteht kein qualitatives oder quantitatives Versorgungsdefizit. Eine Leistungsgruppe „Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie“ in Ergänzung zur bestehenden Leistungsgruppe „Kinder- und Jugendchirurgie“ ist in einer krankenhauplanerischen Betrachtung unnötig und führt lediglich zu einer Erhöhung der Bürokratie.

Die Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern stellen einen validen Orientierungsmaßstab dar, da sich ein spezieller Versorgungsbedarf ausgewählter Patientenkollektive in einer spezifischen Facharztkompetenz, Schwerpunktbildung oder Zusatz-Weiterbildung niederschlägt. Zur speziellen Kinder- und Jugendchirurgie fehlen diese besonderen Weiterbildungsinhalte.

LG „Spezielle Traumatologie“ negiert bestehende, qualitätsgesicherte Traumanetzwerke und führt zu keinem Mehrwert für die Versorgung

Die Leistungsgruppe „Spezielle Traumatologie“ führt in Anbetracht der seit vielen Jahren qualitätsgesicherten Traumanetzwerke der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie und der darauf abgestimmten rettungsdienstlichen Aktivitäten zu keinem Mehrwert in der Versorgung der Bürgerinnen und Bürger. Gleichsam werden die stationären Notfallstrukturen, die auch die unfallchirurgische Versorgung umfassen, dezidiert durch das gestufte System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V geregelt. In einer Gesamtschau soll in einem bereits hochstrukturierten Versorgungsbereich ohne eine objektive Notwendigkeit eine weitere Leistungsgruppe eingeführt werden. Dies ist im Sinne einer Entbürokratisierung abzulehnen.

LG „Notfallmedizin“ – G-BA Notfallstufen schon lange etabliert, realitätsferne Personalvorgaben führen zu einer Verknappung dringend benötigter Notfallversorgungsstrukturen

Die Ausführungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V treffen auch für die Leistungsgruppe „Notfallmedizin“ zu. Die Struktur- und Prozesskriterien in den notfallmedizinischen Versorgungsbereichen der Krankenhäuser werden seit Jahren streng durch die Medizinischen Dienste anhand der oben genannten Richtlinie des G-BA überwacht. Zusätzlich werden die aktuellen bundesgesetzlichen Überlegungen zu einer Neustrukturierung der ambulanten und stationären Notfallversorgung mit weiteren Anforderungen an die notfallmedizinischen Versorgungsbereiche der Krankenhäuser einhergehen. Auf eine ergänzende Leistungsgruppe „Notfallmedizin“ kann somit aus qualitativen Überlegungen verzichtet werden. Daneben können dieser Leistungsgruppe keine stationären Fallzahlen zugeordnet werden. Insofern treffen die beiden zentralen Regelungsinhalte einer neuen Krankenhausplanung, nämlich eine Qualitätsorientierung anhand von Mindeststrukturvoraussetzungen sowie eine Bedarfsorientierung anhand von leistungsgruppenspezifischen Fallzahlen für die Leistungsgruppe „Notfallmedizin“ nicht zu. Als einziger Effekt ist eine unnötige Verknappung der Versorgungsstrukturen durch realitätsferne Anforderungen an die ärztliche Ausstattung der Leistungsgruppe „Notfallmedizin“ zu erwarten (drei Fachärzte mit der Zusatz-Weiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin).

LG „Infektiologie“ – Hohe Personalvorgaben bei gleichzeitiger unmöglicher Identifikation des spezifischen Patientenkollektivs

Die Leistungsgruppe „Infektiologie“ würde insofern einen Paradigmenwechsel darstellen, da sie nicht an den üblichen Leistungsbereichen beziehungsweise Abteilungsstrukturen der Krankenhäuser ansetzt. Schwerwiegende Infektionen kommen in allen zukünftigen Leistungsgruppen vor. Über die derzeit verfügbaren Regelwerke (ICD, OPS) ist eine Identifikation des für die Leistungsgruppe „Infektiologie“ spezifischen Patientenkollektivs nicht in einem ausreichenden Maße möglich. Oftmals

besteht im Gegensatz zu den anderen Leistungsgruppen zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme kein manifestes infektiologisches Krankheitsbild, das eine Zuordnung der Patientinnen und Patienten zu einer Leistungsgruppe „Infektiologie“ erlaubt. Vielmehr entwickeln sich schwerwiegende Infektionen nicht selten erst im Verlauf einer stationären Behandlung, unter anderem in Folge eines geschwächten Immunsystems. Fraglich ist in diesem Zusammenhang, nach welchen Kriterien etwaige komplexe Verlegungsaktivitäten zwischen Standorten mit und ohne einer Leistungsgruppe „Infektiologie“ festgelegt werden sollen. Vergleichbar mit der Leistungsgruppe „Notfallmedizin“ wird auch durch die fachärztlichen Vorgaben der Leistungsgruppe „Infektiologie“ ein krankenhauplanerisches Nadelöhr geschaffen, da die in der Fläche kaum verfügbaren Fachärztinnen und Fachärzte mit der Zusatzweiterbildung Infektiologie in der Leistungsgruppe „Infektiologie“ mit mindestens einem Vollzeitäquivalent gefordert werden. Weiter ist die Forderung, dass Fachärztinnen und Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie bzw. Fachärztinnen und Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin eine Zusatzweiterbildung Infektiologie absolvieren wenig sinnvoll, da deren Haupttätigkeitsfeld die Funktion eines Krankenhaushygienikers ist. Auch hier besteht seit Jahren ein Mangel an Nachwuchskräften, der durch diese praxisferne Forderung weiter verschärft werden wird.

LG „Spezielle Kinder- und Jugendmedizin“ – konzentrierte und eher durch Unterversorgung geprägte Kinder- und Jugendversorgung wird perspektivisch weiter ausgedünnt

Die Leistungsgruppe „Spezielle Kinder- und Jugendmedizin“ verlässt ebenfalls in Teilen die NRW-Leistungsgruppensystematik. Sie führt unter der Rubrik „Erbringung verwandter Leistungsgruppen“ bisher in der Krankenhausplanung und in den Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern unbekannte sogenannte Schwerpunkte auf (zum Beispiel KJ-Notfallmedizin oder KJ-Infektiologie). Wie diese zukünftig in den Bundesländern operationalisiert werden sollen, kann dem Referentenentwurf nicht entnommen werden. Zusätzlich wird eine eindeutige Abgrenzung der Fälle zwischen der NRW-Leistungsgruppe „Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ und der Leistungsgruppe des Referentenentwurfs „Spezielle Kinder- und Jugendmedizin“ anspruchsvoll sein, da die zur Verfügung stehenden ICD- und OPS-Kodes nur selten eine Aussage zu der Erkrankungsschwere zulassen. Ob innerhalb der Leistungsgruppe „Spezielle Kinder- und Jugendmedizin“ eine Fallabgrenzung zwischen den oben genannten Schwerpunkten angedacht ist, kann dem Referentenentwurf nicht entnommen werden, wäre aber ebenfalls nur bedingt möglich.

Aktuell kann im Kontext der Kinder- und Jugendmedizin weder stationär noch ambulant eine Überversorgung festgestellt werden. Deshalb ist eine feingliedrige Planung der stationären Versorgungsstrukturen mit insbesondere hohen personellen Hürden kaum nachvollziehbar. Dieser Umstand wiegt besonders schwer, da die in der Leistungsgruppe „Spezielle Kinder- und Jugendmedizin“ aufgeführten Schwerpunkte und Zusatzweiterbildungen nur von einer geringen Anzahl von Fachärztinnen und Fachärzten erfüllt werden. Im Ergebnis muss eine weitere Ausdünnung der pädiatrischen Versorgungsstrukturen befürchtet werden, da mutmaßlich nur wenige Krankenhausstandorte die Voraussetzungen der Leistungsgruppe „Spezielle Kinder- und Jugendmedizin“ erfüllen werden und die dieser Leistungsgruppe zugeordneten Patientinnen und Patienten nicht mehr in der Leistungsgruppe „Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin“ behandelt werden können.

Besonders bemerkenswert ist das Qualitätskriterium „Kinderkrankenpflegeausbildung“. Hiermit soll offensichtlich der generalistischen Ausbildung mit dem Vertiefungseinsatz der pädiatrischen Versorgung entgegengewirkt werden. Seit Einführung der Generalistik haben sich die Auszubildenden in Absprache mit den Pflegeschulen zunehmend gegen einen Abschluss zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflege entschieden. Diese Entwicklung soll nunmehr über die Krankenhausplanung umgekehrt werden, was insgesamt wenig wahrscheinlich erscheint. Im Ergebnis wird das Qualitätskriterium „Kinderkrankenpflegeausbildung“ immer seltener erfüllbar sein und die Leistungsgruppe „Spezielle Kinder- und Jugendmedizin“ mittelfristig ins Leere laufen.

3. Einführung einer Vorhaltefinanzierung

Die mit dem Referentenentwurf vorgesehene Form einer Vorhaltevergütung ist nicht geeignet, um die von der Politik postulierten Ziele einer Entökonomisierung, Entbürokratisierung und einer Existenzsicherung insbesondere auch der kleinen Krankenhäuser zu erreichen. Zudem ist unabhängig von der Anreiz- und Finanzwirkung dieser Vorhaltevergütung die methodische Umsetzung im Referentenentwurf einerseits extrem detailliert und abschließend, und andererseits in Teilen unklar und lückenhaft und daher kritisch zu hinterfragen.

Die vorgesehene Form einer Vorhaltevergütung überführt einen Anteil der fallabhängigen DRG-Vergütung in weiterhin fallabhängige Vorhaltepauschalen. Der ökonomische Druck zur Steigerung bzw. zum Erhalt der stationären Fallzahlen wird lediglich innerhalb des vorgesehenen Fallzahlkorridors von +/- 20 % und dies auch nur für den Anteil der leistungsbezogenen Vorhaltevergütung (ohne Pflegebudget) etwas reduziert. Im Gegenzug wird der Druck zur Fallzahlsteigerung an den Korridor Grenzen und unabhängig vom Korridor in den Bezugsjahren der Neuberechnungen mit dreijähriger Nachwirkung sogar massiv verstärkt. Auch ist zu beachten, dass mit der Korridorregelung lediglich die Anteile der Standorte an den Vorhaltevolumina auf Landesebene „abgesichert“ werden und die Landesvolumina jedes Jahr auf Grundlage der tatsächlichen Leistungsentwicklung neu berechnet werden. Somit wird bei rückläufiger Leistungsentwicklung in einem Bundesland allen Standorten auch die korrespondierende Vorhaltevergütung vollständig entzogen, so dass die verbleibenden Strukturkosten nicht mehr refinanziert werden. Ein wesentlicher Kernaspekt der Finanzierungsreform – die Konsolidierung der Finanzierung von Vorhaltekosten – wird damit fallen gelassen.

Geplante Vorhaltefinanzierung hilft weder kleinen noch großen Krankenhäusern

Die geplante Vorhaltefinanzierung bringt somit sowohl für kleine als auch für große Krankenhäuser Herausforderungen mit sich. Ohne eine Erhöhung der Fallzahlen bleiben die Erlöse für Krankenhäuser, die sich bereits jetzt nicht ausreichend finanzieren können, weitgehend unverändert. Dies gefährdet insbesondere die Existenz kleiner Krankenhäuser in ländlichen Regionen, deren Fortbestand das BMG gemäß entsprechenden Verlautbarungen aber anstrebt. Große Krankenhäuser stehen vor dem Problem, dass ihr Ausgangsniveau an Fallzahlen bereits hoch ist, wodurch ein Wachstum von mehr als 20 % unwahrscheinlich wird. Dies führt zu dauerhaften Erlösnachteilen. Zudem könnte die Krankenhausreform, die eine Konzentration der Leistungserbringung vorsieht, für diese großen Versorger paradoxerweise Erlösverluste im Vergleich zum aG-DRG-System bedeuten, wenn die Fallzahlen zwar steigen, aber die Korridor Grenze von 20 % nicht erreicht wird.

Die Systematik ist auch nicht geeignet, um die politisch gewollte Ambulantisierung zu unterstützen. Zudem ist nicht erkennbar, wie die Einführung von zusätzlichen leistungsgruppenabhängigen Vorhaltepauschalen ohne Entlastung bei den DRG-Fallpauschalen in der Anwendungspraxis zu einem Abbau von Bürokratie führen soll. Im Gegenteil sind neben der bisherigen DRG-Dokumentation und Abrechnungsprüfung zusätzliche Nachweispflichten und Prüfungen zu erwarten.

Methodische Umsetzung wirft viele Fragen auf

Unabhängig von den Finanzwirkungen ist die methodische Umsetzung im Referentenentwurf zu hinterfragen. So wirft die bundesweite bzw. zentrale Berechnung der Vorhaltevergütungen durch das InEK vielfältige Fragen auf. Durch den Rückgriff auf die Abrechnungsdaten des Vor-Vorjahres des Anwendungsjahres werden strukturelle Entwicklungen (außerhalb der Streichung oder Neuzuweisung von Leistungsgruppen) erst mit einem Zeitverzug von zwei Jahren wirksam. Wie mit fehlerhaften Abrechnungsdaten oder Rechenfehlern umzugehen ist, bleibt im Hinblick auf die Rechtssicherheit der Bescheide des InEK offen. Auch die als Alternative vorgesehene Festlegung von exakten Planfallzahlen durch die Landesbehörden als regelhaftes Verfahren für alle Standorte wäre problematisch, da die Landesbehörden damit über wesentliche Teile der Betriebskostenfinanzierung bis auf den Euro genau bestimmen müssten. Eine weitere methodische Lücke ist bezüglich der unbewerteten Entgelte zu erkennen. Da das InEK für diese krankenhausspezifisch zu vereinbarenden Entgelte keine Vorhalteanteile berechnen kann, werden diese Leistungen in der Vorhaltevergütung weder auf Landes- noch auf Standortebene berücksichtigt.

Gesichert ist lediglich der Aufbau von noch mehr Bürokratie

Insgesamt kann keines der aktuellen Probleme durch die vorgeschlagene Vergütungsform wirksam gelöst werden. Im Gegenteil wird das System für alle Beteiligten noch komplexer, aufwändiger und nicht zuletzt strategiefähiger. Nach Überzeugung der DKG sprechen viele Gründe dafür, die Vorhaltefinanzierung nicht in dieser Form mit dem KHVVG zu regeln. Die DKG schlägt daher vor, mit dem KHVVG wie geplant die Reform der Versorgungsstrukturen durch die Krankenhausplanung auf den Weg zu bringen und zeitnah eine sinnvolle und tragfähige Methodik der Vorhaltefinanzierung für die Jahre ab 2027 zu entwickeln. Zur Überbrückung in den Jahren 2025 und 2026 sind die im Finanzierungssystem vorhandenen Instrumente kurzfristig so anzupassen, dass die strukturell bedingten Kosten besser als bisher berücksichtigt werden. Hierzu können relativ einfach die Instrumente der fallunabhängigen Zuschlagsfinanzierung genutzt werden. Anstelle der vollständigen Abschaffung des Fixkostendegressionsabschlages sollte zudem dessen Neuausrichtung in Form eines Strukturkostenausgleiches (SKA) erfolgen, die gleichermaßen sowohl bei Leistungssteigerungen als auch bei einer rückläufigen Leistungsentwicklung zur Anwendung kommt (s. nachfolgend unter 6.). Begleitend hierzu müssen die bei einer rückläufigen Leistungsentwicklung verbleibenden Strukturkosten auch basiswirksam bei der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte berücksichtigt werden können (s. nachfolgend unter 7.).

DKG-Vorschlag: Strukturell bedingte Kosten über das aktuelle Finanzierungssystem in 2025 und 2026 berücksichtigen

Um die strukturell bedingten Kosten übergangsweise im aktuellen Finanzierungssystem und bereits ab dem Jahr 2025 besser zu berücksichtigen, schlägt die DKG konkret die folgenden Anpassungen vor.

1. Weiterentwicklung der Finanzierung von Sicherstellung

Die DKG schlägt vor, die fallzahlunabhängige Finanzierung über Sicherstellungszuschläge zu erweitern und dieses Instrument auch für die im Referentenentwurf vorgesehenen besonders förderungswürdigen Bereiche Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin zu nutzen.

Bedarfsnotwendige Versorgungsangebote werden im aktuellen Finanzierungssystem unabhängig von der fallbezogenen Leistungsvergütung (Fallpauschalen) über Sicherstellungszuschläge abgesichert. Dies erfolgt zum einen über pauschale Zahlungen nach § 5 Abs. 2a KHEntgG („Liste der Sicherstellungs-Krankenhäuser“) und zum anderen über krankenhausesindividuelle Sicherstellungszuschläge nach § 5 Abs. 2 KHEntgG (mit Defizitkriterium).

Die Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gemäß § 136c Absatz 3 SGB V („Sicherstellungszuschläge-Regelungen“) sind sowohl für die pauschalen Zahlungen nach § 5 Abs. 2a KHEntgG als auch für die Sicherstellungszuschläge nach § 5 Abs. 2 KHEntgG relevant. Die restriktiven Vorgaben des G-BA müssen angepasst werden, damit bedarfsnotwendige Versorgungsangebote von der Sicherstellungsfinanzierung nicht ausgeschlossen werden. Die DKG schlägt daher vor, die Vorgaben des G-BA zum Kriterium des „geringen Versorgungsbedarfes“ von 100 auf 162 Einwohner/km² anzuheben. Dies entspräche der Definition des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung (BBSR) einer ländlichen Region. Weiterhin ist die Definition des „Betroffenheitsmaßes“ so anzupassen, dass auch Personen außerhalb des „30-Minuten-Fahrzeit Radius“, die noch längere Fahrzeiten auf sich nehmen müssen, in die Betrachtung mit einbezogen werden. Da eine zeitnahe Umsetzung durch den G-BA ohne gesetzliche Vorgaben nicht zu erwarten ist, sollten diese in § 136c Abs. 3 SGB V geregelt werden. Aufgrund der restriktiven Vorgaben des G-BA (siehe oben) ist die Anzahl der betroffenen Standorte derzeit sehr gering. Die moderate Anhebung der Beträge für eine zusätzliche Finanzierung ab dem Jahr 2025 wird als nicht ausreichend betrachtet.

Zudem schlägt die DKG vor, die Sicherstellungszuschläge auf für die im Referentenentwurf als besonders förderungswürdig vorgesehenen Bereiche Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin zu nutzen. Hierzu ist die „Liste der Sicherstellungskrankenhäuser“ bzw. die diesbezügliche Regelung in § 5 Abs. 2a KHEntgG um die benannten Bereiche zu ergänzen. Ergänzend sollten die Sicherstellungszuschläge zum Ausgleich eines krankenhausesindividuellen Defizits durch Anpassung des § 5 Abs. 2 KHEntgG von dem „Ganzhaus-Ansatz“ in einen Fachabteilungsbezug überführt werden, wobei die Möglichkeit der absenkenden Wirkung auf die Landesbasisfallwerte in § 10 Abs. 3 Nr. 6 KHEntgG zu streichen ist.

2. Förderbeträge für Pädiatrie und Geburtshilfe und weitere Versorgungsbereiche

Die DKG befürwortet die im Referentenentwurf vorgesehene Fortsetzung der besonderen Förderung für die Bereiche Pädiatrie und Geburtshilfe sowie deren Erweiterung um die Bereiche Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin. Allerdings soll die Förderung für die neuen Bereiche erst ab dem Jahr 2027 eingeführt und ab dem Jahr 2027 für alle Bereiche auf die geplanten Leistungsgruppen umgestellt werden.

Die DKG schlägt vor, die zusätzlich vorgesehenen Finanzhilfen für die Bereiche Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin analog der Regelung für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen und die Geburtshilfe bereits ab dem Jahr 2025 zur Verfügung zu stellen und hierzu nicht auf Leistungsgruppen, sondern auf die Kompetenzen des jeweiligen Versorgungsbereiches abzustellen.

3. Zuschlagsfinanzierung für Koordinations- und Vernetzungsaufgaben

Die DKG begrüßt, dass der Referentenentwurf für die neuen Koordinations- und Vernetzungsaufgaben und zum Aufbau von telemedizinischen Angeboten eine Zuschlagsfinanzierung vorsieht und die Selbstverwaltungsparteien auf Bundesebene mit der näheren Umsetzung beauftragt. Kritisch ist hingegen zu bewerten, dass eine Übertragung durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde primär nur auf Krankenhäuser erfolgen soll, denen die Versorgungsstufe Level 3U zugewiesen ist. Nur in den Fällen, in denen in dem jeweiligen Land kein Krankenhaus der Versorgungsstufe Level 3U zugeordnet ist, dürfen die Aufgaben auch Krankenhäusern mit dem Level 3 zugewiesen werden. Die Zuweisung von Koordinations- und Vernetzungsaufgaben an Krankenhäuser mit dem Level 3 als Ausnahmetatbestand verkennt, dass auch diese Krankenhäuser vielfach übergreifende Aufgaben wahrnehmen, und muss daher auch auf diese Krankenhäuser landesplanerisch regelhaft übertragbar sein. Darüber hinaus verursacht der Aufbau und Betrieb von telemedizinisch bzw. informationstechnisch unterstützten Versorgungsnetzwerken Kosten für alle an solchen Netzwerken beteiligten Krankenhäusern.

Die DKG schlägt vor, die im Referentenentwurf vorgesehene Zuschlagsfinanzierung für die neuen Koordinations- und Vernetzungsaufgaben und zum Aufbau von telemedizinischen Angeboten zeitnah umzusetzen und den Ländern bei der Zuweisung in der Regelung mehr Handlungsspielraum zu geben. Weiterhin ist zu beachten, dass keine kumulative Verknüpfung der Aufgaben und keine Versorgungsstufen als Voraussetzung vorgeschrieben werden. Ergänzend ist klarzustellen, dass auch für die beteiligten Krankenhäuser im Versorgungsnetzwerk eine Refinanzierung ihrer Aufwände möglich ist, da auch diesen Krankenhäusern zusätzliche Kosten entstehen.

4. Sicherstellung der Notfallversorgung

Der Referentenentwurf sieht eine Erhöhung der derzeit veranschlagten Beträge zur Förderung der Notfallversorgung ab dem Jahr 2027 um 10 % (33 Mio. Euro) vor. Dies ist nach Einschätzung der DKG bei weitem nicht ausreichend, um die Vorhaltungen der Notfallversorgung durch die Krankenhäuser adäquat sicherzustellen. Daher ist es notwendig, die bestehenden Notfallstufenzuschläge für Krankenhausstandorte mit anerkannter Notfallstufe bereits ab dem Jahr 2025 auf mindestens 1 Mrd. Euro zu erhöhen. Die hierfür erforderlichen Mittel sind zusätzlich bereitzustellen.

5. Versorgungszuschlag für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen mit Versorgungsverpflichtung

Korrespondierend zu dem besonders förderungswürdigen Tatbestand der Vorhaltung im Bereich der somatischen Notfallversorgung sollte auch für den Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik ein Strukturkosteninstrument zugunsten der Einrichtungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung

entwickelt werden. Insbesondere diese Einrichtungen leisten ebenfalls eine 24/7 Notfallversorgung für psychiatrische und psychosomatische Patientinnen und Patienten und übernehmen zudem hoheitliche Aufgaben. Dadurch entstehen Strukturkosten, die zurzeit im System nicht angemessen vergütet werden.

6. Strukturkostenausgleich auf der Ortsebene

Bis heute liegen die stationären Fallzahlen deutlich unter dem Niveau vor der Corona-Pandemie. Auch schon vor der Pandemie waren seit dem Jahr 2017 keine relevanten Fallzahlsteigerungen mehr zu verzeichnen. Zudem ist mit einem weiteren Rückgang in Folge der Ambulantisierung zu rechnen. Da die verbleibenden strukturell bedingten Kosten der Krankenhäuser nicht mehr über die Fallpauschalen vergütet werden, ist ab dem Vereinbarungszeitraum 2025 eine tragfähige Finanzierung sicherzustellen, mit der bei einer rückläufigen Leistungsentwicklung die verbleibenden Strukturkosten ausgeglichen werden.

Die DKG schlägt vor, den aktuellen „Fixkostendegressionsabschlag“ (FDA) gemäß § 4 Absatz 2a KHEntgG in einen „Strukturkostenausgleich“ (SKA) zu überführen, der gleichwertig sowohl bei einem Anstieg als auch einem Rückgang von Leistungen zur Anwendung kommt. Dabei können der bisherige Ausgleichssatz in Höhe von 35 % und die Erhebungsdauer von 3 Jahren unverändert bleiben. Als zu- oder abschlagsrelevante Leistungsveränderung ist aus Vereinfachungsgründen die Differenz zwischen dem für den Vereinbarungszeitraum und dem für das Vorjahr vereinbarten Case-Mix zu Grunde zu legen. Die Höhe des Ausgleiches ergibt sich durch Multiplikation dieser Case-Mix-Differenz mit dem Landesbasisfallwert des jeweiligen Vereinbarungszeitraumes. Im Zuge der dreijährigen Erhebungsdauer werden die Leistungsveränderungen eines Jahres zum Vorjahr für drei Jahre jeweils zu 35 % ausgeglichen. In Form eines rollierenden Systems sind in den Folgejahren Leistungszuwächse und Leistungsrückgänge zu verrechnen, in dem die jeweils in einem Vereinbarungsjahr anfallenden Ausgleichs saldiert werden. Ergänzend zu dieser fairen und relativ konfliktarmen Umsetzung sind geeignete Ausnahmetatbestände fortzuführen bzw. zu entwickeln.

Zu nennen sind hier insbesondere Leistungsveränderungen, die auf Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern infolge strukturell gebotener Konzentrationsprozesse oder krankenhauserplanerischer Maßnahmen zurückzuführen sind. Versorgungspolitisch sinnvolle Fusionen oder Kooperationen mit daraus resultierenden Leistungssteigerungen dürfen keinesfalls durch Vergütungsabschläge konterkariert werden.

7. Strukturkostenausgleich auf der Landesebene

Der Strukturkostenausgleich auf der Ortsebene ist auf eine Erhebungsdauer von drei Jahren befristet. Die bei einem Leistungsrückgang verbleibenden Strukturkosten müssen daher auch im Vergütungssystem bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes basiswirksam berücksichtigt werden. Dies ist insbesondere mit Blick auf die politisch gewollte Ambulantisierung zwingend erforderlich, um ein funktionelles Vergütungssystem zu gewährleisten, das eine auskömmliche Finanzierung sicherstellt.

Die DKG schlägt vor, § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG dahingehend zu präzisieren, dass neben den voraussichtlichen allgemeinen Kostenentwicklungen auch steigende Fallkosten bei sinkender Leistungsmenge zu berücksichtigen sind. Begleitend hierzu ist die „alte Fassung“ des § 10 Abs. 4 Satz 3 KHEntgG, mit der bei sinkenden Leistungsmengen (ohne Erhöhung der Gesamtausgaben für Krankenhausleistungen) eine Überschreitung der Obergrenze des Landesbasisfallwertes möglich war, wiederherzustellen.

4. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

Die mit dem Referentenentwurf vorgesehene Ausgestaltung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen bietet hinreichende Möglichkeiten, um wohnortnah stationäre Krankenhausbehandlung mit ambulanten ärztlichen und pflegerischen Leistungen zu verzahnen.

Die Festlegung, welches im Krankenhausplan aufgenommene Krankenhaus als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung ausgewiesen wird, erfolgt durch die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden. Ergänzend ist jedoch die Benehmensherstellung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Pflegekassen sowie Ersatzkassen notwendig. Wenngleich in der Begründung ausgeführt wird, dass der Bestimmung eines Krankenhauses als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung ein intensiver Abstimmungsprozess zwischen allen Beteiligten vorausgehen soll, welcher Land, Krankenhausträger, Krankenkassen, Pflegekassen und den Zulassungsausschuss umfasst, wird aber den Kassenverbänden im Rahmen der Krankenhausplanungsstrukturen gegenüber den anderen Beteiligten eine hervorgehobene Stellung eingeräumt. Diese Sonderstellung der Kassenverbände ist nicht gerechtfertigt und bedarf einer Korrektur.

Leistungsspektrum der Standorte verlässlich absichern

Derzeit sind Krankenhäuser zur ambulanten Durchführung der im AOP-Katalog aufgeführten Leistungen gemäß Vertrag nach § 115b SGB V nur in den Leistungsbereichen zugelassen, in denen sie auch stationäre Krankenhausbehandlung erbringen. Durch die geplante Zuweisung von Leistungsgruppen gem. § 135e (neu) SGB V steht den Krankenhäusern und somit den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen ggf. nicht mehr das bislang bekannte Spektrum an stationären Leistungen/Fachrichtungen zur Verfügung. Folge davon ist, dass diese Einrichtungen ggf. ihr bisheriges Leistungsspektrum nach § 115b SGB V nicht mehr erbringen könnten. Wenn die ambulante Krankenhausversorgung infolge dessen auf weniger Einrichtungen verdichtet würde, besteht die Gefahr der Entwicklung einer Unterversorgung insbesondere im ländlichen Raum. Daher sind für den AOP-Bereich Zugangsregelungen zu treffen, die es den neuen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen weiterhin ermöglichen, eine bedarfsgerechte Patientenversorgung sicherzustellen.

Positiv zu bewerten ist in diesem Zusammenhang, dass mit dem Referentenentwurf die Möglichkeit geschaffen wird, dass der von der Selbstverwaltung zu definierende Leistungsrahmen für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen auch Leistungen aus anderen Leistungsgruppen umfassen kann, wenn diese telemedizinisch von einem kooperierenden Krankenhaus mit entsprechend zugewiesenen Leistungsgruppen unterstützt werden.

Refinanzierung der Aufgaben muss tatsächlichen Aufwand und die Strukturkosten abbilden

Leistungen der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen – mit Ausnahme der in § 6c KHEntgG (neu) genannten Inhalte – sollen nach den bestehenden rechtlichen, strukturellen und finanziellen Vorgaben erbracht und abgerechnet werden. Damit unterliegen die ambulanten ärztlichen

Leistungen weiterhin der unzureichenden Vergütung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes. Pflegerische Leistungen, die originär dem SGB XI zugeordnet sind, unterliegen ebenso einer nicht sachgerechten Refinanzierung. Darüber hinaus dürfen die möglichen Leistungen nach § 115g Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 SGB V (Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V) nicht den (aufsichtsrechtlichen) Regulierungen des SGB XI sowie den Heimgesetzen der Länder zugeordnet werden. Der aus diesen Regelungen resultierende Nachweisaufwand und die damit verknüpften Sanktionspflichten wären in diesen Einrichtungen kaum zu leisten.

Krankenhäuser dürfen die krankenhausindividuellen Tagesentgelte nicht berechnen, wenn die Prüfung nach § 275a SGB V ergibt, dass die für die Leistungserbringung maßgeblichen Strukturmerkmale nicht erfüllt werden. An dieser Stelle bleibt unklar, ob sich der Verweis ausschließlich auf die OPS-Strukturprüfungen oder auch die Prüfung der Leistungsgruppen bezieht. Letzteres würde dazu führen, dass auch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen zwingend die Intensivmedizin und weitere (verwandte) LG der Allgemeinen Inneren Medizin und der Allgemeinen Chirurgie, die nicht in Kooperation erbracht werden dürfen, vorhalten müssten. Diese Absicht lässt sich dem Referentenentwurf an anderen Stellen so nicht entnehmen.

Da den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen jedoch eine zentrale Rolle auf dem Weg zu einer sektorenübergreifenden und integrierten Gesundheitsversorgung zukommt, muss für die ambulanten ärztlichen und pflegerischen Leistungen eine kostendeckende Refinanzierung gewährleistet werden, welche die Kostenstrukturen der Krankenhäuser angemessen abbildet und Planungssicherheit für die Krankenhäuser schafft. Darüber hinaus zeichnet sich mit der vorgesehenen Degression bei der Vereinbarung krankenhausindividueller Tagesentgelte eine unnötige Komplexität mit hohem Konfliktpotenzial im Rahmen der Verhandlungen auf Ortsebene ab. Es muss daher die Möglichkeit gegeben sein, gleichbleibende krankenhausindividuelle Tagesentgelte ohne Degression zu vereinbaren. Die neuen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen benötigen als Rahmen für ihre Leistungserbringung Planungssicherheit und Risikobegrenzung durch eine langfristig auskömmliche Finanzierung. Dazu ist es erforderlich, die Deckelung des Gesamtvolumens durch den Veränderungswert vollständig aufzuheben und über sachgerechte Erlösausgleichsregelungen eine Finanzierung der verbleibenden Fixkosten bei rückläufiger Belegung und der zusätzlichen variablen Kosten bei einem Anstieg der Belegung sicherzustellen. Dies ist bei dem aktuell vorgesehenen Mindererlösausgleichssatz in Höhe von 40 % und dem Mehrerlösausgleichssatz in Höhe von 65 % nicht der Fall.

Insgesamt überwinden die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen in dieser Form die Sektorengrenzen noch nicht durchgreifend und werden daher die Versorgungsbedarfe nicht in der zu wünschenden Flexibilität abdecken können. Außerdem wird eine Begrenzung der Budgetentwicklung implementiert, die eine dauerhafte wirtschaftliche Absicherung verhindert, was der Zielsetzung einer flächendeckenden Sicherstellung der Grundversorgung entgegensteht. Es ist daher zumindest fraglich, ob sich sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen in dieser Form tatsächlich flächendeckend etablieren werden.

5. Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser

Der vorliegende Referentenentwurf fasst die Möglichkeiten zur vertragsärztlichen Ermächtigung zur ambulanten Behandlung für sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen weit. Neben einer vorgesehenen Ermächtigung bei festgestellter oder drohender Unterversorgung bzw. einem bestehenden zusätzlichen lokalem Versorgungsbedarf wird eine Ermächtigung zur hausärztlichen Versorgung in den Planungsbereichen, in denen für die hausärztliche Versorgung keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, ergänzt. Diese Regelung ist zu begrüßen.

Ebenso ist zu begrüßen, dass die Ermächtigung zur hausärztlichen Versorgung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen laut Begründung unbefristet ausgestaltet wird und damit ein dauerhaftes, für die Patientinnen und Patienten verlässliches Versorgungsangebot geschaffen werden soll. Klarstellend sollte dies ergänzend noch in den neuen § 116a Abs. 3 SGB V aufgenommen werden.

Dass allerdings nur für die hausärztliche Versorgung die Ermächtigungen unbefristet ausgestaltet werden, ist nicht nachvollziehbar. Eine gesetzlich eindeutige Regelung zur unbefristeten Ermächtigung erhöht die Planungssicherheit für Krankenhäuser und sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen, sofern diese eine Ermächtigung nach § 116a Abs. 1 und 2 SGB V (neu) erhalten.

Allerdings sieht der Referentenentwurf eine entsprechende Regelung nicht vor. In diesem Zusammenhang ist kritisch zu sehen, dass für Krankenhäuser die gesetzliche Prüffrist infolge der Aufhebung des bisherigen Satz 2 des § 116a SGB V (alt) komplett gestrichen wird, ohne die in der Begründung gegebenen Hinweise klarstellend in § 116a SGB V (neu) aufzugreifen. So wird nun allein in der Begründung darauf hingewiesen, dass der Zeitpunkt einer Überprüfung der Ermächtigung zur ambulanten Behandlung ins Ermessen des Zulassungsausschusses gestellt werde, die Änderung zugleich aber keine frühere Überprüfung als nach zwei Jahren intendiere. Dies bietet bei Weitem keine Grundlage für eine ausreichende Planungssicherheit.

6. MD-Prüfungen in Krankenhäusern

Strukturprüfungen und weitere Qualitätsprüfungen

Vor dem Hintergrund der Einführung von Leistungsgruppen und der Prüfung durch den Medizinischen Dienst (MD), ob die Qualitätskriterien der relevanten Leistungsgruppen durch die jeweiligen Krankenhäuser eingehalten werden, bündelt § 275a SGB V künftig die strukturmerkmalsbezogenen Prüfungen: Die bisherige Strukturprüfung nach § 275d SGB V, die Qualitätskontrolle nach §§ 275a / 137 Abs. 3 SGB V, die Prüfung zur Einhaltung der Qualitätskriterien nach § 135e SGB V sowie die Prüfung der Qualitätsanforderungen der Länder.

Diese Zusammenfassung ist jedoch nur redaktioneller Natur. Die Streichung des § 275d SGB V ist reine Kosmetik, da sich dessen wesentliche Inhalte unverändert in § 275a Abs. 5 und 6 SGB V wiederfinden. Die Qualitätskontrollen nach dem bisherigen § 275a SGB V sollen ebenfalls weitgehend unverändert beibehalten werden. Nicht genutzt wurde die Möglichkeit, sämtliche Verfahren der Qualitätsprüfungen nach § 275a Abs. 1 Nr. 1 bis 4 SGB V zu vereinheitlichen, was Aufwand und Bürokratie im Krankenhaus erheblich reduziert hätte. So existieren nach wie vor die verschiedenen Prüferegime nebeneinander: Das der Qualitätsprüfung, dessen Verfahren durch eine von Unklarheiten und Unstimmigkeiten geprägte und bürokratische Aufwände schaffende G-BA-Richtlinie festgelegt wird, das der OPS-Strukturprüfung sowie der neu hinzugetretenen Prüfung der Qualitätskriterien nach § 135e SGB V und ggf. der Qualitätsanforderungen der Länder. Das gesetzgeberische Ziel der Abstimmung und der Vereinheitlichung der Prüfungen zu erreichen, wird schon durch die Fortführung der unterschiedlichen Prüferegime konterkariert.

Dieses Nebeneinander der verschiedenen MD-Prüfungen hat seine Ursache in den unterschiedlichen, nicht aufeinander abgestimmten Regelkreisen zu den Qualitätskriterien nach § 135e SGB V, den OPS-Strukturmerkmalen und den Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), was Widersprüche, redundante Regelungen, hohe Aufwände und Bürokratie verursacht. Daher sind Regelungen zur Abstimmung der einzelnen Regelkreise erforderlich. Insbesondere muss der G-BA verpflichtet werden, vor Erlass von Richtlinien sowohl die Qualitätskriterien nach § 135e SGB V als auch die OPS-Strukturmerkmale zu prüfen, um anschließend in seinen Richtlinien ausschließlich ergänzende Qualitätsanforderungen und keine Mindestanforderungen festzulegen. Die vorgesehene Ergänzung des § 136 SGB V ist im Ansatz zwar richtig, aber keinesfalls ausreichend. Qualitätskriterien nach § 135e SGB V sind de facto Mindeststrukturvoraussetzungen (prospektive Planungsinstrumente) und unterscheiden sich ganz grundsätzlich von Anforderungen nach § 136 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V in ihrem Zweck und in den mit ihnen verbundenen Maßnahmen und Konsequenzen. Sie müssen dementsprechend auch klar konzeptionell voneinander abgegrenzt werden. Mindestanforderungen in G-BA-Richtlinien können in direkten Konflikt mit den Qualitätskriterien nach § 135e SGB V geraten und sind daher durch den G-BA nicht mehr sinnvoll regelbar.

Darüber hinaus stellt sich vor dem Hintergrund der künftig vorzunehmenden Prüfung der Qualitätskriterien nach § 135e SGB V die Frage, ob für eine separate Prüfung der OPS-Strukturmerkmale nach § 275a Abs. 4 und 5 SGB V oder der Qualitätsanforderungen der G-BA-

Richtlinien überhaupt noch ein Bedarf besteht. Im Rahmen einer Prüfung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen werden umfassend vom Krankenhaus leistungsbereichsbezogen einzuhaltende Strukturmerkmale geprüft und eine Zuordnung der Leistungsgruppen des Krankenhauses vorgenommen. Eine zusätzliche Prüfung der Einhaltung von OPS-Strukturmerkmalen, die den einzelnen Leistungsgruppen vergleichbare Leistungsbereiche abbilden, ergibt daher wenig Sinn, so dass vor dem Hintergrund des intendierten Bürokratieabbaus die zusätzlichen, erheblichen bürokratischen Belastungen durch die neue Prüfung der Qualitätskriterien durch die Streichung der OPS-Strukturprüfung abgedeckt werden sollten, sofern diese für Vergütungszwecke nicht weiter benötigt werden. Eine Prüfung der Qualitätsanforderungen der G-BA-Richtlinien neben der Prüfung der Qualitätskriterien nach § 135e SGB V ist auch nur dann sinnvoll, wenn die oben dargestellte Überlappung der Regelkreise ausgeschlossen ist.

Hinsichtlich der Prüfung der Qualitätskriterien nach § 135e SGB V enthält § 275a Abs. 1 S. 2ff SGB V zwar einige Vorgaben, die konkrete Ausgestaltung des diesbezüglichen Prüfverfahrens obliegt jedoch ausschließlich dem MD Bund. Dabei bleibt unklar, ob die bisherige StrOPS-RL auf die Prüfung der Qualitätskriterien Anwendung findet oder neu gefasst wird. Dieses Vorgehen sorgt für wenig Mitsprachemöglichkeiten der Krankenhäuser bei der Regelung des Prüfverfahrens und lässt einseitige Regelungen zum Nachteil der Krankenhäuser befürchten. Diese Befürchtung besteht auch im Zusammenhang mit der neu einzuführenden Datenbank. Die in § 285 Abs. 5 SGB V aufgeführten Hinweise bleiben an der Oberfläche, denn auch hier soll das Nähere durch den MD Bund in einer Richtlinie festgelegt werden. Daher sollten diese Verfahren nicht in vom MD Bund zu erlassenen Richtlinien geregelt werden, sondern in entsprechenden Rechtsverordnungen des Bundes, die mit Zustimmung des Bundesrates zu erlassen sind. Nur so kann gewährleistet werden, dass die für die Krankenhausplanung bedeutsamen Interessen der Länder hinreichend berücksichtigt werden.

Somit verbleibt als einzige, dem intendierten Bürokratieabbau dienende Regelung diejenige des § 275a Abs. 1 S. 5 SGB V, wonach der MD Nachweise und Erkenntnisse aus anderen Prüfungen nach § 275a SGB V wechselseitig nutzen kann. Dadurch soll eine wiederholte Übermittlung identischer Daten vermieden werden. Diese positive Wirkung ergibt sich jedoch nur dann, wenn jederzeit und vollständig Transparenz über die bereits erbrachten und anerkannten Nachweise herrscht, da Krankenhäuser ansonsten aufgrund der kurzen Fristen und drohenden Sanktionen dennoch gezwungen wären, notwendige Informationen u. U. mehrfach zu übermitteln.

Im Ergebnis ist somit ein Entfall oder die Verschlinkung bestehender Regelungen für Strukturprüfungen bzw. Qualitätskontrollen nicht festzustellen, vielmehr werden weitere auftragsunabhängige Prüfanlässe provoziert. Die mit dem KHVVG intendierte Zielstellung der Entbürokratisierung erfordert daher nicht nur eine entsprechende Anpassung der verschiedenen Prüfverfahren, sondern darüber hinaus auch eine inhaltliche Prüfung und Verschlinkung der zu prüfenden Sachverhalte. Für die OPS-Strukturprüfungen kann der den Krankenhäusern in Aussicht gestellte Bürokratieabbau u. a. dann wirksam werden, wenn die der Prüfung zugrunde liegenden Strukturmerkmale der OPS-Kodes auf Evidenz sowie medizinische und strukturelle Sachgerechtigkeit und Relevanz für die Leistungserbringung überprüft und im Sinne einer Vermeidung von Überregulierung und Misstrauensbürokratie deutlich reduziert werden. Zudem ist es erforderlich, die

Prüfverfahren deutlich zu vereinfachen wie beispielsweise durch einfache Selbstauskünfte und den Verzicht auf Nachweise zu bereits öffentlich zugänglichen Informationen. Auch müssen die Konsequenzen der Qualitätsprüfungen verhältnismäßig sein. Leistungsverbote für vollständige Fachabteilungen u. a. wegen vorübergehendem oder unvermeidbarem Personalmangel oder vorübergehend defekten Geräten sind völlig unangemessen. Nicht zuletzt sind die Prüfabstände deutlich zu verlängern. Die Bereitstellung von hochqualifiziertem Personal und hochkomplexer medizinisch-technischer Ausstattung in einer Fachabteilung wie beispielweise einer Stroke-Unit kann nicht ernsthaft jährlich in seinen Strukturen vollständig in Frage gestellt werden. Die hierfür erforderliche Zeit wird dringend für die Patientenversorgung benötigt. Prüfungen nach § 275a SGB V sind daher allenfalls in dreijährigem Abstand vorstellbar.

Einführung einer Stichprobenprüfung

Erhebliches Potential für den Abbau von Aufwand und Bürokratie beinhaltet das bestehende System der Einzelfallprüfung nach § 275c SGB V. Dieses Potential soll durch die Neuregelung des § 17c Abs. 1a KHG gehoben werden, indem zum 01.01.2027 die Einzelfallprüfung nach § 275c SGB V durch eine Stichprobenprüfung ersetzt wird. Dabei hat der MD Bund bis zum 28.02.2026 auf Basis der Vorgaben des § 17c Abs. 1a S. 5 Nr. 1 bis 4 KHG ein Konzept für eine Stichprobenprüfung zu erarbeiten, auf dessen Basis anschließend bis zum 30.06.2026 der GKV-SV und die DKG Einzelheiten zum Prüfverfahren vereinbaren.

Der Ansatz, die mittlerweile sehr aufwändige und bürokratisch ausgestaltete Einzelfallprüfung durch eine Stichprobenprüfung zu ersetzen, ist vor dem Hintergrund des intendierten Bürokratieabbaus nicht grundsätzlich abzulehnen. Ein Verzicht beispielsweise auf das aufwändige und viele Fragen produzierende System der quartalsabhängigen, krankenhausespezifischen Prüfquoten, der Aufwandspauschalen und Aufschlagszahlungen sowie auf das mit vielen Fristen sowie formellen und inhaltlichen Vorgaben belastete Prüfverfahren hat weniger Aufwand und Bürokratie im Rahmen von MD-Prüfungen zur Folge.

Um zu gewährleisten, dass dieser positive Effekt durch eine klare und aufwandsarm gestaltete Stichprobenprüfung gefördert wird, muss jedoch das Verfahren der Entwicklung und Ausgestaltung der Stichprobenprüfung grundsätzlich anders ausgestaltet werden als im vorliegenden Referentenentwurf vorgesehen. Entschieden abzulehnen ist, dass der MD Bund das Konzept für die Stichprobenprüfung vorgibt, welches GKV-SV und DKG – wenn überhaupt – nur noch in Detailfragen anpassen können, insbesondere, da der Referentenentwurf keinerlei konkrete, sondern lediglich rudimentäre Vorgaben für die Ausgestaltung des Verfahrens enthält und die Ausgestaltung des Konzeptes einer Stichprobenprüfung durch den MD Bund daher voller inhaltlicher und prozessualer Unwägbarkeiten für den GKV-SV und die DKG ist. Somit darf die Entwicklung des Konzeptes einer Stichprobenprüfung sowie die nähere Ausgestaltung eines entsprechenden Prüfverfahrens sowie dessen Vereinbarung ausschließlich in Händen der Selbstverwaltungspartner GKV-SV und DKG liegen. Eine Einbindung des MD Bund in diese zweiseitigen Verhandlungen zwischen GKV-SV und DKG kann dadurch erfolgen, dass er als Experte an den Verhandlungen beratend teilnimmt. Ein Zeitrahmen für den Abschluss der Vereinbarung über das Verfahren einer Stichprobenprüfung mag sinnvoll sein,

allerdings muss er realitätsnah bemessen werden, d. h., den Selbstverwaltungspartnern sollte mindestens ein Jahr Zeit für den Abschluss einer entsprechenden Vereinbarung zur Verfügung stehen.

Um eine Einigung zu erleichtern, ist die gesetzliche Vorgabe einiger wesentlicher Eckpunkte erforderlich. Dazu gehört, dass die bislang immer nur befristet geltende Regelung des § 415 SGB V, wonach Krankenkassen die Krankenhausrechnung innerhalb von fünf Tagen nach Rechnungseingang zu zahlen haben, entfristet und somit zur grundsätzlichen Zahlungsregelung der Krankenkassen wird. Darüber hinaus ist eine Begrenzung der Möglichkeit der Hochrechnung der durch eine Stichprobenprüfung gewonnenen Ergebnisse unerlässlich um zu vermeiden, dass die Stichprobenprüfung Krankenhäuser finanziell im Ergebnis stärker belastet als die bisherige Einzelfallprüfung. Zudem erscheint es sinnvoll, dass der Gesetzgeber auch eine sachgerechte Definition der für eine Stichprobenprüfung unerlässlichen Grundgesamtheit vorgibt.

7. Einrichtung eines Transformationsfonds

Mit der Einrichtung eines Transformationsfonds und den Regelungen zu den Eigenfinanzierungsanteilen der Länder wird in den Jahren 2026 bis 2035 ein Finanzvolumen von bis zu insgesamt 50 Mrd. Euro bereitgestellt. Dieses setzt sich jeweils zur Hälfte aus Mitteln der Länder und aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) und damit aus GKV-Mitteln zusammen.

Laut Begründung soll durch die mit dem Transformationsfonds geförderte Bündelung und Schwerpunktsetzung von Krankenhauskapazitäten eine nicht näher quantifizierbare Effizienz- und Qualitätssteigerung der stationären Versorgung entstehen. Den Mehrausgaben stünden somit ab dem Jahr 2025 Effizienzgewinne bzw. Minderausgaben gegenüber. Diese ergäben sich aus einer verbesserten, qualitativ hochwertigeren Versorgung der einzelnen Patientinnen und Patienten sowie einer verbesserten stationären Versorgungsstruktur im Rahmen von Ambulantisierung, Bettenabbau, Spezialisierung, dem Entfallen medizinisch nicht notwendiger stationärer Krankenhausbehandlungen und durch Umwandlung der Krankenhausstandorte in sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen. Die DKG teilt das Ziel einer optimierten Versorgungsstruktur. Die Erwartung, dass sich diese schon in 2025 auswirken würden, ist jedoch unrealistisch.

Transformationsfonds nach dem Vorbild des Modernisierungsprogrammes Ost umsetzen

Die DKG begrüßt grundsätzlich die Bereitstellung von Mitteln in einer tragfähigen Größenordnung von 50 Mrd. Euro über 10 Jahre, auch wenn derzeit unklar ist, welche konkreten Umbauziele die Politik erreichen möchte. Eine Finanzierung dieser gesamtgesellschaftlichen Aufgabe auf Bundesebene ausschließlich aus GKV-Mitteln anstelle von Steuermitteln, ist für die Krankenhäuser jedoch nicht nachvollziehbar. Die Krankenhäuser sprechen sich stattdessen für eine Drittelfinanzierung des Fonds durch Bund, Länder und Krankenkassen nach dem Vorbild des Krankenhausinvestitionsprogramms für die neuen Bundesländer Anfang der 1990er Jahre aus (Art. 14 GSG). Außerdem ist die Beteiligungsmöglichkeit der Krankenhausträger kontraproduktiv und daher zu streichen.

Wichtig ist zudem, dass die Fördertatbestände zu den angedachten Zielen der gesamten Reform passen und diese nicht konterkarieren. Beispielsweise darf der Transformationsfonds nicht nur nutzbar sein, wenn Konzentrationsprozesse zur Erfüllung von Qualitätsvorgaben oder Mindestvorhaltezahlen notwendig sind. Zu begrüßen ist, dass sich die Systematik des Transformationsfonds an bereits existierenden Fonds (Strukturfonds) orientiert. Auch die angedachte Verlängerung des Strukturfonds II ist somit wichtig, um die enthaltenen Mittel verfügbar zu machen. Wichtig ist jedoch, dass laufende Transformationen hinsichtlich der Förderungen nicht schlechter gestellt werden dürfen als Vorhaben, die erst in den Jahren 2025/2026 beginnen. Demnach ist entweder ein nahtloser Übergang aus einem verlängerten und aufgestockten Krankenhaus-Strukturfonds (mit inhaltlicher Anpassung) sicherzustellen oder der Transformationsfonds muss früher gelten (z. B. laufende Umstrukturierungsmaßnahmen sind bereits ab dem Tag der Veröffentlichung eines Kabinettsentwurfes des KHVVG rückwirkend förderfähig). Da beim aktuellen Strukturfonds die Mittel allerdings nicht vollends ausgeschöpft werden, ist vor allem beim Transformationsfonds darauf zu

achten, dass die Mittel auch tatsächlich bereitgestellt werden. Hierbei sind geeignete Antrags- und Genehmigungsverfahren zu wählen. Eine regelmäßige Überprüfung der bereits abgerufenen Mittel ist somit zwingend notwendig.

Die Verpflichtung der Länder, ihre reguläre Investitionsförderung nicht unter einen mehrjährigen Durchschnitt zurückzufahren, ist nachvollziehbar, damit die Finanzierungsmittel der Länder nicht einfach umgeschichtet werden. Allerdings kommt es hier auf die Rahmenbedingungen an. Es sollten zumindest keine Jahre einbezogen werden, die noch nicht feststehen (wie 2024 und 2025), damit strategisches Verhalten vermieden wird.

Weiterhin sind kartell-, wettbewerbs- und beihilferechtliche Regelungen im Hinblick auf die angestrebte Transformation zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen.

8. Förderung digital gestützter Kooperationsstrukturen

Finanzierung der sachlichen Ausstattung im Rahmen der Weiterentwicklung der Mindestvorgaben bezogen auf die Digitalisierung

Im Rahmen der Weiterentwicklung der Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung bezogen auf die sachliche Ausstattung nach § 135e Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 SGB V sollen auch Vorgaben zur Vorhaltung erforderlicher informationstechnischer Systeme, digitaler Dienste und Prozesse berücksichtigt werden. Zur Finanzierung der zusätzlichen Vorgaben an die sachliche Ausstattung müsste entsprechend ein Digitalisierungszuschlag von einer Milliarde Euro jährlich vorgesehen werden. Die Höhe des Digitalisierungszuschlages orientiert sich an den geschätzten jährlichen Aufwänden für den Betrieb der digitalen Dienste, die durch das Krankenhauszukunftsgesetz gefördert werden. Die Ausgestaltung des Zuschlages könnte der gleichen Logik folgen wie die Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben nach § 6a Abs. 5 KHG in Verbindung mit § 5 Abs. 3j KHEntG und § 38 Abs. 1 KHG. Dabei dürften jedoch keinesfalls Einschränkungen auf Krankenhäuser bestimmter Versorgungsstufen vorgenommen werden. Neben der Fall- bzw. Bettenzahl sollte auch der digitale Reifegrad des Krankenhauses bei der Berechnung des Zuschlages berücksichtigt werden. Damit wird gewährleistet, dass nur Betriebskosten tatsächlich vorhandener Digitalisierung finanziert werden. Ohne eine Zuschlagsregelung zur Sicherstellung des Betriebes der mit Hilfe des Krankenhauszukunftsgesetzes aufgebauten informationstechnischen Systeme und digitalen Dienste, ist deren nachhaltige und wertschöpfende Nutzung und Weiterentwicklung ernsthaft gefährdet.

Förderung von Digitalisierung durch den Transformationsfonds

Im Rahmen der Neuregelungen des Transformationsfonds sollten auch Vorhaben zur Kooperation von Krankenhäusern für die Nutzung von digitalen Diensten und informationstechnischen Systemen Berücksichtigung finden. Die Konzeption und die Koordination des Einsatzes regionaler, insbesondere telemedizinischer, Versorgungsnetzwerke sowie informationstechnischer Systeme und digitaler Dienste wird nach § 5 Abs. 3j KHEntG gesondert finanziert. Dabei wird in der Begründung zurecht darauf hingewiesen, dass zur Sicherstellung des nötigen fachlich-medizinischen Austausches, z. B. zu Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen und zur Vermeidung von Hemmnissen im Übergang zu anderen Versorgungsbereichen, es wichtig ist, die Möglichkeiten der einrichtungsübergreifend betriebenen informationstechnischen Systeme auszuschöpfen. Es soll die Koordination und Kooperation bezüglich der Konzeption regionaler Versorgungsnetzwerke sowie bezüglich des Betriebes informationstechnischer Systeme und digitaler Dienste sowohl auf organisatorischer als auch betrieblicher Ebene gestärkt werden. Hierdurch sollen in Anbetracht des bestehenden und sich weiter verschärfenden Fachkräftemangels Synergien zwischen den Krankenhäusern genutzt werden. Die Finanzierung entsprechender investiver Güter ist in § 5 Abs. 3j KHEntG aber nicht vorgesehen. Folgerichtig müssten die Vorhaben zur einrichtungsübergreifenden Errichtung und zum Betrieb informationstechnischer Systeme und digitaler Dienste daher neben Vorhaben zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen auch im § 12b KHG aufgenommen werden.

9. Streichung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

Der Referentenentwurf sieht vor, mit verschiedenen Streichungen alle Regelungen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren aufzuheben. Die Streichung des gesetzlichen Auftrages zur Festlegung von Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität, die als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung geeignet sein sollten, ist dringend erforderlich und grundsätzlich zu begrüßen. Das Krankenhausstrukturgesetz hat die Qualität der medizinischen Versorgung als weiteres Kriterium bei der Krankenhausplanung eingeführt. Die Bedarfsgerechtigkeit als primäres und wichtigstes Ziel der Krankenhausplanung kann jedoch nicht durch das alleinige Kriterium Qualität ersetzt werden. Qualität kann immer nur ein weiteres Kriterium der Krankenhausplanung neben der Bedarfsgerechtigkeit darstellen. Es hat sich gezeigt, dass allein anhand von Qualitätsindikatoren schon die Bewertung der Qualität einer einzelnen Fachabteilung methodisch nicht operationalisierbar ist und die Differenzierung von „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ nicht möglich ist. Vor diesem Hintergrund war der Automatismus zur Herausnahme aus dem Krankenhausplan nach § 8 Absatz 1b KHG nicht sinnvoll und nicht sachgerecht. Der G-BA hat festgestellt, dass der gesetzliche Auftrag zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nicht umsetzbar ist. Mit dem KHVVG solle ein umfassender neuer Ansatz für die Krankenhausplanung geschaffen werden, sodass die Streichung der gesetzlichen Regelungen zum Verfahren der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren folgerichtig ist. Dennoch erscheint es sinnvoll, dass einrichtungsbezogen und mit fachlicher Bewertung versehene Auswertungsergebnisse zu Qualitätsindikatoren aus der datengestützten Qualitätssicherung den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden als Informationsgrundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung weiterhin zur Verfügung gestellt werden (evidence-informed policy-making). Hierfür sollten die Indikatoren künftig auch an den neuen Leistungsgruppen ausgerichtet werden und können damit eine wertvolle Information für die Krankenhausplanungsbehörden der Länder sein. Eine Einschränkung auf wenige ausgewählte Indikatoren, wie es bisher bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren der Fall war, ist für diesen Zweck nicht erforderlich. Der § 136c Absatz 1 SGB V sollte wie folgt gefasst werden:

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) übermittelt den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden regelmäßig einrichtungsbezogen und mit fachlicher Bewertung versehene Auswertungsergebnisse der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1. Die Auswertungsergebnisse sollen sich dabei auch auf die Leistungsgruppen nach § 135e oder auf einzelne Leistungen einer Leistungsgruppe beziehen.

Im § 136c SGB V wird der Absatz 2 gestrichen und die Absätze 3 bis 6 werden zu den Absätzen 2 bis 5.

10. Klarstellung der Berücksichtigungsfähigkeit von ausländischen Pflegekräften im Pflegebudget

Der Referentenentwurf sieht vor, die mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) vorgenommene Streichung der Berücksichtigungsfähigkeit der Kosten für ausländische Pflegekräfte im Anerkennungsverfahren (und Auszubildende in der Pflege) im Pflegebudget zurückzunehmen. Gemäß der Gesetzesbegründung intendiert der Gesetzgeber damit, die etablierte Zuordnung der Kosten für diese Berufsgruppe beizubehalten und den Umstellungsaufwand für die Vertragsparteien sowohl auf der Bundes- als auch auf der Ortsebene zu vermeiden. Die Krankenhäuser begrüßen diesen Schritt, da die Integration ausländischer Pflegekräfte von entscheidender Bedeutung für die Aufrechterhaltung der Pflegequalität und -verfügbarkeit in Deutschland ist. Mit Blick auf die in der Gesetzesbegründung intendierte Regelung und dem Regelungstext des § 17b Abs. 4a KHG möchte die DKG auf eine inhaltliche Abweichung hinweisen. Bislang ist in der Anlage 3 der Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung geregelt, dass die Kosten für „ausländische Pflegekräfte in der Anerkennungsphase nach dem Fachkräfte-Einwanderungsgesetz (Personalkosten ohne öffentliche Zuschüsse, Beschaffungs- und Qualifikationskosten)“ pflegebudgetrelevante Kosten darstellen. Im Referentenentwurf KHVVG werden gemäß § 17b Abs. 4a KHG (neu) zukünftig diejenigen Pflegekräfte im Pflegebudget berücksichtigungsfähig, die einen Anpassungslehrgang nach § 40 Absatz 3 Satz 2 oder § 41 Absatz 2 Satz 4 oder Absatz 3 Satz 2 des Pflegeberufgesetzes absolvieren. Damit umfasst die Regelung im Wortlaut des KHVVG nur noch ausländische Pflegekräfte, die einen höchstens dreijährigen Anpassungslehrgang absolvieren. Nicht abgedeckt wird die gesamte Zeit des Anerkennungsverfahrens bis zur Ausstellung des Defizitbescheids, in der diese Personen bereits als Hilfskräfte tätig sein können. Auch Personen, die lediglich eine Kenntnisprüfung anstelle eines Anpassungslehrgangs absolvieren, sind nicht eingeschlossen. Angesichts der variierenden Regelungen zum Anerkennungsverfahren in den Bundesländern ist eine Anpassung notwendig, um die Refinanzierung ausländischer Pflegekräfte in der Anerkennungsphase weiterhin wie bisher zu gewährleisten. Daher sollte § 17b Abs. 4a Nummer 5 KHG wie folgt neu gefasst werden:

5. als weitere Pflegekräfte Personen, die sich in der Anerkennungsphase nach dem Fachkräfte-Einwanderungsgesetz befinden.

Weiterer, dringender gesetzlicher Handlungsbedarf

I. Parallelstrukturen konsequent abschaffen

Durch das Inkrafttreten des Krankenhaustransparenzgesetzes, insbes. des neuen § 135d SGB V zum „Transparenzverzeichnis“ werden erhebliche Parallelstrukturen zum bereits bestehenden Qualitätsbericht der Krankenhäuser gem. § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V geschaffen. Daher ist an § 136b Abs. 6 SGB V anzufügen:

Der G-BA prüft erstmals bis 31.12.2024 und anschließend jährlich, ob und inwiefern im Rahmen des Verzeichnisses gem. § 135d und der Qualitätsberichte gem. § 136b Abs. 1 Nr. 3 redundante Inhalte erfasst und veröffentlicht werden. Er passt die Regelungen gemäß § 136b Abs. 1 S. 1 Nr. 3 an, um Dopplungen und insbesondere redundante Übermittlungspflichten für Leistungserbringer zu vermeiden.

II. Notfallbehandlung von Personen mit unklarem bzw. keinem Versichertenstatus sachgerecht finanzieren

Die Durchsetzung von Vergütungsansprüchen nach §§ 6a Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG), 25 Sozialgesetzbuch 12 (SGB XII) bereitet nothelfenden Krankenhäusern erhebliche Schwierigkeiten. Die Zahl der Personen ohne Versicherungsschutz oder mit unklarem bzw. keinem Versichertenstatus (z. B. ausländische Patientinnen oder Patienten ohne festen Wohnsitz und ohne Krankenversicherung), ist in den vergangenen Jahren stark angestiegen. Zur Kostensicherung betreiben die Krankenhäuser einen extrem hohen administrativen Aufwand. Der Erlösausfall ist immens und darf als bekannt vorausgesetzt werden.

In der jetzigen Ausgestaltung der Ansprüche nach §§ 6a AsylbLG, 25 SGB XII trägt das nothelfende Krankenhaus die Beweislast hinsichtlich des Vorliegens der Voraussetzungen für einen Vergütungsanspruch. Danach muss das Krankenhaus einen Eilfall nachweisen. D.h. es wird eine Notfallsituation im medizinischen Sinne verlangt sowie der sozialhilferechtliche Moment des Eilfalles, der nur solange besteht, wie eine rechtzeitige Leistung des Leistungsträgers objektiv nicht zu erlangen ist. Dieser entfällt in der Regel bereits zu dem Zeitpunkt, zu dem die tatsächliche Dienstbereitschaft des Sozialhilfeträgers besteht. Demzufolge wird der Eilfall in der Praxis nur noch über ein Wochenende oder eine Nacht andauern.

Die materielle Hilfsbedürftigkeit des Patienten und damit die materielle Notlage muss das Krankenhaus darlegen können. Zwar soll der zuständige Sozialleistungsträger nach dem Amtsermittlungsgrundsatz gem. § 20 SGB X erforschen, ob die Voraussetzungen für eine Hilfestellung vorliegen. Eine etwaige Nichtaufklärbarkeit geht dabei allerdings aufgrund der derzeitigen Beweislastverteilung zu Lasten des Nothelfers. Die Geltendmachung der Vergütungsansprüche aus §§ 6a AsylbLG, 25 SGB XII scheitert in der Praxis oftmals an Umständen, die sich dem Einfluss des Nothelfers entziehen, beispielsweise daran,

dass der betreffende Patient seine sozialrechtliche Hilfsbedürftigkeit aufgrund nicht vorhandener Nachweise nicht belegen kann, sich weiteren Sachverhaltsermittlungen entzieht oder untertaucht.

Darüber hinaus fordern die Leistungsträger von den Krankenhäusern eine Vielzahl von Angaben der hilfeschuchenden Person. Die Angaben sollten dringend auf wenige absolut notwendige beschränkt werden. Bei fehlendem Identitätsnachweis der hilfeschuchenden Person hat das Krankenhaus unter anderem nachzuweisen, dass die ausländischen Gesundheitsbehörden angeschrieben wurden. Erst nach Vorlage entsprechender Identitätsnachweise treten die Leistungsträger in eine Prüfung ein. In der Regel werden die Kosten des Krankenhauses in diesen Fällen nicht erstattet.

Die „Zäsur-Rechtsprechung“ des Bundessozialgerichtes (vgl. z.B. BSG-Urteile vom 18.11.2014, Az. B 8 SO 9/13 R und vom 23.08.2013, Az. B 8 SO 19/12 R) trägt zur Verschärfung der Kostenproblematik der Krankenhäuser bei. Die Kenntnis des Sozialleistungsträgers von der Hilfsbedürftigkeit des Patienten bildet die Zäsur für die sich gegenseitig ausschließenden Ansprüche des Nothelfers und des Hilfebedürftigen.

Die Sicherstellung der öffentlichen Daseinsvorsorge der Gesundheitsbehandlung von hilfeschuchenden Patientinnen und Patienten und Asylbewerberinnen und -bewerbern liegt nicht im originären Pflichtenkreis der Krankenhäuser, sondern ist Aufgabe des Staates. Durch die derzeit bestehenden gesetzlichen Regelungen sowie der bei den Krankenhäusern liegenden materiellen Beweislast und aufgrund der ergangenen Rechtsprechung, basierend auf den derzeit geltenden Regelungen, wälzt der Gesetzgeber die von dem Sozialstaat zu tragenden Kosten auf die Krankenhäuser ab. Unter dem Aspekt einer ansonsten strafbewehrten unterlassenen Hilfeleistung setzt der Gesetzgeber bei einer dem Sozialstaat obliegenden Aufgabe auf ein Tätigwerden des Krankenhauses, ohne die Kostensicherung zu gewährleisten. Gesetzliche Änderungen sind daher dringend notwendig:

1. §§ 6a Satz 1 AsylbLG, 25 Satz 1 SGB XII müssen dahingehend ergänzt werden, dass dem nothelfenden Krankenhaus die angemessenen Aufwendungen zu erstatten sind, die ihm während des gesamten Behandlungszeitraumes entstehen. Ferner wäre in beiden Normen einzufügen, dass in medizinisch unabweisbaren Notfällen die Hilfebedürftigkeit und die Leistungsberechtigung des Patienten zugunsten des Krankenhauses vermutet werden.

2. Den möglichen Anspruch des Patienten auf Krankenbehandlung bzw. auf das Surrogat Kostenerstattung kann der Leistungserbringer Krankenhaus nicht einklagen, da es sich nach der geltenden Rechtslage um einen höchstpersönlichen Anspruch handelt, dessen Feststellung nicht vom Leistungserbringer Krankenhaus betrieben werden kann. In Anlehnung an die Regelung des § 123 Abs. 6 SGB IX könnte die rechtliche Grundlage für einen Direktanspruch in § 52 Abs. 3 Satz 2 SGB XII in Verbindung mit § 109 SGB V gesehen werden. Der Leistungserbringer Krankenhaus hätte damit einen direkten Zahlungsanspruch gegenüber dem Sozialleistungsträger.

III. Generelle Geltung der 5-Tage-Zahlungsfrist von Krankenhausrechnungen

§ 415 Satz 1 SGB V regelt, dass eine Krankenkasse eine Krankenhausrechnung innerhalb von fünf Tagen nach Rechnungseingang zu bezahlen hat. Nach ihrem Wortlaut ist die Geltungsdauer dieser Regelung auf den 30. Juni 2021 befristet, durch verschiedene Verordnungen, zuletzt durch die Sechste Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser vom 08. Dezember 2023, wurde sie auf den 31. Dezember 2024 verlängert.

Die Praxis hat gezeigt, dass die Pflicht der Krankenkassen, Krankenhausrechnungen innerhalb von fünf Tagen nach Erhalt der Rechnung zu bezahlen, eine zur Sicherung der notwendigen Liquidität der Krankenhäuser unerlässliche Regelung ist. Die zeitlich unbegrenzte, zeitnahe und unbedingte Zahlungsverpflichtung der Krankenkassen ist erforderlich, um die vom Gesetzgeber intendierten Wirkungen des Aufrechnungsverbot in die Praxis umzusetzen, durch Aufrechnungen der Krankenkassen verursachte Liquiditätseingpässe der Krankenhäuser zu vermeiden. Zudem ist durch eine gesetzliche Regelung sicherzustellen, dass Krankenkassen innerhalb der fünftägigen Zahlungsfrist den Rechnungsbetrag vollständig bezahlen. Eine Befugnis der Krankenkassen, zunächst nur „unstreitige“ Teile des Rechnungsbetrages zahlen zu dürfen, ist im System der Abrechnung sowie der Abrechnungsprüfung nicht vorgesehen und würde lediglich die Liquidität der Krankenhäuser gefährden.

Die bisherigen, stets zeitlich befristeten Verlängerungen der Geltungsdauer der kurzen Zahlungsfrist reichen nicht aus, die Liquiditätssicherung der Krankenhäuser dauerhaft zu gewährleisten. Daher ist in § 415 Satz 1 SGB V die zeitliche Begrenzung zu streichen und die Pflicht der Krankenkassen zur Zahlung des vollständigen Rechnungsbetrages zu ergänzen.

IV. Korrektur des Systems der krankenhausesindividuellen, quartalsbezogenen Prüfquote

Seit Inkrafttreten des MDK-Reformgesetzes wird abhängig von der Anzahl der als Ergebnis einer MD-Prüfung als beanstandet behandelten Abrechnung durch eine in § 275c Abs. 2, Abs. 4 S. 2 und S. 3 SGB V vorgegebene Systematik eine krankenhausesindividuelle, quartalsbezogene Prüfquote auf Basis des ursprünglichen Gutachtens des Medizinischen Dienstes bzw. der ursprünglichen leistungsrechtlichen Entscheidung der Krankenkasse ermittelt. Erhebliche Auswirkungen hat die so ermittelte Prüfquote auch auf den gemäß § 275c Abs. 3 SGB V im Falle einer festgestellten Rechnungsminderung vom Krankenhaus zu zahlenden Aufschlag.

Die Ermittlung der krankenhausesindividuellen, quartalsbezogenen Prüfquote stellt ein sehr aufwändiges Verfahren dar, welches zudem in der vorgegebenen Systematik fehleranfällig ist. Problematisch an dieser Systematik ist, dass nach der Regelung des § 275c Abs. 5 SGB V Einwendungen gegen das Ergebnis eines geprüften Einzelfalles bei der Ermittlung dieser Prüfquote nicht zu berücksichtigen sind und behördliche oder gerichtliche Feststellungen zu einzelnen Prüfungen die ermittelte Prüfquote unberührt lassen. Dies zeigt sich in der Praxis vor allem in den Fällen, in denen Gutachten des Medizinischen Dienstes bzw. leistungsrechtliche Entscheidungen der Krankenkassen

fehlerhaft sind und es zu einer entsprechenden Korrektur kommt. Da nach der bestehenden Systematik lediglich die erste leistungsrechtliche Entscheidung für die Ermittlung der Prüfquote herangezogen wird, bleibt deren eventuelle Korrektur ohne Auswirkung auf die ermittelte Prüfquote. Die fälschlicher Weise zu hoch ausgewiesene Prüfquote sorgt für zusätzlichen Aufwand durch überflüssige Einzelfallprüfungen und führt in weiterer Konsequenz auch zu einem Schaden des Krankenhauses durch unberechtigte Aufschlagszahlungen, da das Krankenhaus durch die fälschlicher Weise zu hoch ausgewiesene Prüfquote entweder überhaupt erst in den Anwendungsbereich der Aufschlagszahlung fällt oder aber einen höheren Aufschlag zu zahlen hat. Letztlich führt das System der krankenhausesindividuellen, quartalsabhängigen Prüfquoten zu vielen Folgefragen, beispielsweise, auf Basis welcher Prüfquote ein eventuell vom Krankenhaus zu zahlender Aufschlag zu berechnen ist.

Auch wenn die Einzelfallprüfung nach § 275c SGB V perspektivisch zum 01.01.2027 durch eine Stichprobenprüfung nach § 17 Abs. 1a KHG abgelöst werden soll, bedarf dieses System einer zeitnahen Reform. Das fehleranfällige und komplizierte System der Ermittlung krankenhausesindividueller, quartalsabhängiger Prüfquoten ist daher in § 275c Abs. 2 S. 1 SGB V durch ein System fester, jährlicher Prüfquoten, zu ersetzen. Diese feste Prüfquote ist auf einen Maximalwert in Höhe von 10 % zu begrenzen. Das System fester Prüfquoten, das sich bereits in den Jahren 2020 und 2021 in der Praxis bewährt hat, führt zu erheblichen bürokratischen Erleichterungen auf allen Seiten und macht die Klärung vieler Streifragen obsolet.

V. Erweiterung des Kataloges gesetzlicher Fälle einer zulässigen Rechnungskorrektur

Mit Inkrafttreten des MDK-Reformgesetzes sieht § 17c Abs. 2a S. 1 KHG vor, dass eine Rechnungskorrektur nur zulässig ist, wenn sie zur Umsetzung eines Prüfergebnisses des Medizinischen Dienstes oder eines rechtskräftigen Urteils erforderlich ist. Nach § 17c Abs. 2a S. 4 KHG können in der Vereinbarung nach § 17c Abs. 2 S. 1 KHG (PrüfV) weitere Korrekturmöglichkeiten geregelt werden. Von dieser Möglichkeit ist in § 11 Abs. 1 und 2 PrüfV Gebrauch gemacht worden.

Es hat sich in der Praxis jedoch herauskristallisiert, dass weitere, bislang nicht geregelte Korrekturmöglichkeiten erforderlich, um zusätzlichen Aufwand, Abrechnungsstreitigkeiten und Erlösausfälle der Krankenhäuser zu vermeiden. Eine Erweiterung des Kataloges möglicher Korrekturtatbestände in § 11 Abs. 1 und 2 PrüfV scheiterte am Veto des GKV-Spitzenverbandes, so dass eine Erweiterung des gesetzlichen Kataloges erforderlich ist.

Daher ist § 17c Abs. 2a S. 1 KHG dahingehend zu erweitern, dass zwei weitere Tatbestände einer zulässigen Rechnungskorrektur eingeführt werden. Zum einen muss das Krankenhaus die Möglichkeit haben, offensichtliche Unrichtigkeiten in der Schlussrechnung korrigieren zu dürfen. Schreib- und/oder Rechenfehler oder andere offensichtliche Unrichtigkeiten und Implausibilitäten müssen durch das Krankenhaus korrigiert werden können, da eine Abweisung der Rechnung aufgrund dieser offensichtlichen Fehler oder gar die Einleitung eines Prüfverfahrens auf dieser Grundlage unverhältnismäßig wäre. Zum anderen muss eine Korrektur möglich sein, wenn bestimmte Dritte, beispielsweise das Implantateregister (IRD), aus Gründen des Implantateregistergesetzes (IRegG) eine Korrektur der Schlussrechnung des Krankenhauses fordern.

VI. Aufnahme von Strahlentherapieleistungen ins KHEntgG und in die BpflV

Wenn während einer vollstationären Krankenhausbehandlung strahlentherapeutische Leistungen erforderlich werden, und das Krankenhaus nicht über eine entsprechende Abteilung verfügt, können diese nur mittels Kooperationen mit an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern sichergestellt werden. Krankenhausfinanzierungsrechtlich wurden diese Leistungen bisher als „vom Krankenhaus veranlasste Dritteleistungen“ nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG bzw. BpflV qualifiziert und den allgemeinen Krankenhausleistungen zugeordnet. Die Leistungskodierung und -abrechnung erfolgte durch die Krankenhäuser, während der vertragsärztliche Leistungserbringer von den Krankenhäusern im Innenverhältnis vergütet wurde.

Dieses Vorgehen wurde durch die am 29. August 2023 ergangene Entscheidung des 1. Senats des Bundessozialgerichts – B 1 KR 18/22 R – nunmehr in vielen Fällen ausgeschlossen, da eine Abrechnung entsprechender Leistungen als veranlasste Dritteleistungen nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG nur noch dann zulässig sei, wenn das Krankenhaus über einen entsprechenden eigenen Versorgungsauftrag hinsichtlich der Erbringung strahlentherapeutischer Leistungen verfüge. Liege ein solcher Versorgungsauftrag nicht vor, so habe das Krankenhaus diese erforderlichen Leistungen aufgrund der Gesamtbehandlungsverantwortung zwar als Dritteleistungen zu veranlassen, könne diese jedoch in Ermangelung eines eigenen Versorgungsauftrages nicht kodieren und damit nicht abrechnen.

Diese Rechtsprechung gefährdet die adäquate Versorgung der Patientinnen und Patienten mit strahlentherapeutischen Leistungen während der vollstationären Krankenhausbehandlung. Wie im entschiedenen Fall wurde die Strahlentherapie oftmals bereits vor Beginn der stationären Krankenhausbehandlung begonnen und ist während der Krankenhausbehandlung fortzuführen. Diese Fortführung der Strahlentherapie sollte idealerweise auch durch den ursprünglichen Leistungserbringer erfolgen. Dies ist schon aus medizinischer und strahlenschutztechnischer Sicht erforderlich, denn die betreffenden Patientinnen und Patienten erhalten eine auf ihre Bedürfnisse geräteindividuell angepasste Therapie. Es ist zu vermeiden, einen bereits begonnenen Therapiezyklus zu unterbrechen und in einer anderen Einrichtung und mit einem anderen Gerät fortzusetzen; der Zyklus müsste insgesamt neu begonnen werden, und es würde gegebenenfalls zu einer – ansonsten vermeidbaren – zusätzlichen Strahlenexposition des Patienten kommen.

Diesen Umstand hat offensichtlich auch das Bundessozialgericht in seinem vorbenannten Urteil erkannt und in Rn. 27 der schriftlichen Urteilsgründe ausdrücklich vorgeschlagen, die Erbringung strahlentherapeutischer Leistungen in den Katalog des § 2 Absatz 2 Satz 3 KHEntgG aufzunehmen und somit – neben der Dialyse – vom Verbot der vertragsärztlichen Parallelbehandlung auszunehmen.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft regt daher dringend an, § 2 Absatz 2 Satz 3 KHEntgG und BpflV entsprechend ihren Ausführungen im Schreiben an das BMG vom 20. Dezember 2023 zu ändern.

VII. Erbringung von ambulanten Operationsleistungen außerhalb des zugelassenen Krankenhausstandorts ermöglichen

Krankenhäuser sind derzeit aufgrund der gesetzlichen Regelungen in § 115b SGB V bei der Leistungserbringung gemäß § 115b SGB V (Ambulantes Operieren im Krankenhaus) örtlich auf ihren zugelassenen Krankenhausstandort festgelegt. Auch im Vertrag gemäß § 115b Absatz 1 SGB V (AOP-Vertrag) finden sich keine Regelungen, die es Krankenhäusern ermöglichen, ambulante Operationsleistungen außerhalb ihres zugelassenen Krankenhausstandorts zu erbringen. Die Aufnahme derartiger Regelungen in den AOP-Vertrag wurde bislang mit dem Argument abgelehnt, dass § 115b SGB V hierfür keine gesetzliche Grundlage bietet. Bei einer möglichen Schließung von Krankenhausstandorten im Zuge der Krankenhausreform werden jedoch vor allem im ländlichen Bereich Versorgungslücken zu verzeichnen sein. Solche Versorgungslücken könnten verhindert werden, wenn andere Krankenhäuser im Versorgungsgebiet diese Standorte beispielsweise für die Erbringung ambulanter Operationsleistungen nutzen könnten. Krankenhäuser müssen daher durch eine entsprechende gesetzliche Verankerung in § 115b SGB V die Möglichkeit erhalten, auch außerhalb ihres zugelassenen Krankenhausstandorts Leistungen nach § 115b SGB V durchzuführen (ähnlich einer Zweigpraxis im Vertragsarztbereich). Für eine diesbezügliche Öffnung der Leistungserbringungsmöglichkeiten der Krankenhäuser bietet sich eine kilometermäßige Abgrenzung um den Krankenhausstandort an (beispielsweise 30 km).

VIII. Einbeziehung der Krankenhäuser in die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung („Blankverordnung“)

Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen können gemäß § 124 Absatz 5 SGB V unter bestimmten Voraussetzungen an der Versorgung von GKV-Versicherten mit Heilmitteln teilnehmen. Dabei gelten die nach § 125 Absatz 1 SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer abgeschlossenen Heilmittelverträge für die Krankenhäuser und die anderen Einrichtungen entsprechend. Der GKV-Spitzenverband und die Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer können aber zusätzlich dazu gemäß § 125a SGB V Verträge über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung schließen. Die Besonderheit dieser Versorgungsform besteht darin, dass die Heilmittelerbringer dabei selbst über die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen können. Im Zuge der Reform des Heilmittelbereichs durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vom 06.05.2019 (BGBl. I, Seite 646) wurde jedoch in § 124 Absatz 5 SGB V kein Verweis auf eine entsprechende Geltung der nach § 125a SGB V geschlossenen Verträge über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung für Krankenhäuser und andere Einrichtungen aufgenommen. Krankenhäuser und andere Einrichtungen wurden daher beispielsweise im Vertrag nach § 125a SGB V für den Heilmittelbereich Ergotherapie explizit von der Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung ausgeschlossen. Dies führt aber dazu, dass Krankenhäuser Patientinnen und Patienten mit einer Verordnung zur Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung („Blankverordnung“) abweisen müssen. Da die Versorgung mit Heilmitteln gerade im ländlichen Raum große Lücken aufweist, wird

das Versorgungsangebot durch den Wegfall der Behandlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser und anderer Einrichtungen noch weiter eingeschränkt. Es muss daher in § 124 Absatz 5 SGB V die entsprechende Geltung der nach § 125a SGB V abgeschlossenen Verträge für Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen ergänzt werden.

IX. Erhöhung des Zuschlags zur Befüllung der ePA

Durch die mit dem Digital-Gesetz eingeführte „ePA für alle“ und die damit einhergehenden Pflichten zur Übertragung von Behandlungsdaten in die elektronische Patientenakte nach § 348 SGB V erhöht sich der Umfang der zu speichernden Daten und Dokumente erheblich. Die mit der Integration in die verschiedenen Primärsysteme (Krankenhausinformationssysteme, Laborinformationssysteme, Radiologieinformationssysteme, Archivsysteme, Patientenportale etc.) verbundenen Kosten sowie die prozessualen Veränderungen und zusätzlichen Dokumentationspflichten für das Krankenhauspersonal, z. B. zur Kuratierung des elektronischen Medikationsplans, lassen deutliche Kostensteigerungen im Zusammenhang mit der Befüllung der ePA erwarten. Darüber hinaus ist der mit Inkrafttreten des Patientendatenschutzgesetzes im Jahr 2020 eingeführte Zuschlag allein aufgrund der seither eingetretenen Inflationsentwicklung nicht mehr ausreichend. Die Pauschale sollte daher auf mindestens 10 € angehoben werden (§ 5 Absatz 3g Satz 1 KHEntgG).

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

Wegelystraße 3
10623 Berlin

Tel. (030) 3 98 01-0

Fax (030) 3 98 01-3000

E-Mail dkg@mail.dkgev.de

