

Unmut über den Referentenentwurf zum KHVVG

Lange mussten Krankenhäuser, Kassen, Ärzte und die Bundesländer auf den Referentenentwurf zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) warten. Dann erfuhren sie aus der Presse, was sie erwartet. „Absolut unprofessionell“, monierte Bayerns Gesundheitsministerin **Judith Gerlach (CSU)**. Dass der Bundesgesundheitsminister die Player des Gesundheitswesens außen vor lässt, ist nicht neu. Der Entwurf zum KHVVG sorgt aber nicht wegen der fortgesetzten Ignoranz für deutlichen Unmut bei allen Partnern der Selbstverwaltung. Die Krankenhäuser vermissen einen kurzfristigen Inflationsausgleich, die Ärzte fürchten eine unkontrollierte Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlungen, auch die Kassen reagieren verärgert: Die über zehn Jahre mit 50 Mrd. € aufzubauende Reserve soll zur Hälfte von den Ländern und aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, also den gesetzlich Versicherten, getragen werden. Ursprünglich sollte der Fonds in gleichen Teilen von Bund, Ländern und der Gesetzlichen Krankenkasse gefüllt werden. Außerdem sollen die Gelder erst ab 2026 fließen. Bis dahin würden viele weitere Kliniken in die Insolvenz rutschen.

Entbürokratisierung, Entökonomisierung und Qualitätssteigerung in der stationären Versorgung sind die Schlagworte, die Lauterbach als Ziel seiner Krankenhausreform postuliert. Das Credo Lauterbachs ist weiterhin: Zu viele Kliniken behandeln Patienten qualitativ schlecht. Die Versorgung vor allem komplexerer Erkrankungen sollen deshalb auf besonders gut ausgestattete Maximalversorger und Universitätskliniken konzentriert werden. So soll die Krankenhausversorgung effizienter und besser, das knappe Personal auf die in der neuen Struktur verbleibenden Kliniken verteilt werden. Die Kliniken werden bestimmten „Leveln“ zugeordnet, ihre Leistungen in 65 Leistungsgruppen aufgefächert. Das System der Fallpauschalen wird aufgeweicht: Betriebskosten sollen zu 60 % – davon 20 % für die Pflege – über Vorhaltepauschalen finanziert werden. Bei bestimmten Fachabteilungen wie etwa Geburtshilfe, Pädiatrie, Intensiv- und Notfallmedizin fällt die Pauschale höher aus.

Um bestimmte Leistungsgruppen zugeordnet zu bekommen, müssen die Kliniken Qualitätsnachweise erbringen und beispielsweise eine bestimmte Anzahl von Behandlungen vorweisen. Viele kleinere Häuser, so wird befürchtet, werden nur als sektorenübergreifende, stark auf ambulante Versorgung ausgerichtete Einrichtungen überleben können. Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung, die etwa internistische und chirurgische Leistungen vorhalten, sollen in 30 Pkw-Minuten erreichbar sein. Die Landesregierung Nordrhein-Westfalen sieht hier zum Beispiel nur 20 Minuten vor.

Mit dem Referentenentwurf des KHVVG verspricht der Minister zwar die Anhebung der Landesbasisfallwerte im Jahr 2025. Wie

die Kliniken 2024 aber ein drittes Jahr ohne Ausgleich überstehen sollen, bleibt offen. Bereits die Insolvenzzahlen der ersten Wochen dieses Jahres deuten darauf hin, dass wir die Insolvenz-Rekord von 2023 noch einmal übertroffen werden. Auch die Erhöhung der Tarifraten ergibt voraussichtlich einen mittleren dreistelligen Millionenbetrag. Allerdings kann auch dieser die 500 Mio. € Defizit, die die Krankenhäuser jeden Monat verbuchen, nicht ansatzweise ausgleichen.

Die mit dem Transformationsfonds geförderte Bündelung und Schwerpunktsetzung von Krankenhauskapazitäten soll eine Effizienz- und Qualitätssteigerung der stationären Versorgung bewirken, den Mehrausgaben stünden ab dem Jahr 2025 Effizienzgewinne bzw. Minderausgaben gegenüber, heißt es im Entwurf. Diese seien „nicht quantifizierbar“.

„Bürokratie- und Regulierungsmonster“

„Was mit dem Transparenzgesetz startet, wird durch die große Krankenhausreform vollendet. Der Gesetzentwurf zur Krankenhausreform ist ein Affront gegenüber den Bundesländern und eine Absage an das Ziel gleichwertiger Lebensbedingungen in Stadt und Land im Bereich der Gesundheitsversorgung“, so **Dr. Gerald Gaß**, Vorstandsvorsitzender der DKG, in einem Statement vom 18. März 2024 zum KHVVG. Die Krankenhausversorgung würde sich nach diesem Gesetzentwurf sehr stark in den größeren Krankenhäusern und verdichteten Regionen konzentrieren. Der aktuell laufende kalte Strukturwandel, der bereits den Boden für diesen Umbau der Krankenhauslandschaft bereite, werde mit dem Gesetzentwurf nicht gestoppt, sondern im Sinne dieses Konzentrationszieles von der Ampelregierung toleriert und weiter tatenlos hingenommen.

Eine Regelung, die die Landesbasisfallwerte oder die Psychiatrieentgelte in diesem Jahr maßgeblich anheben würde, gibt es nicht. Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Verbesserungen bei den Erlösen werden den kalten Strukturwandel kurzfristig nicht aufhalten und bedeuten auch mittelfristig keine Existenzgarantie für kleine Krankenhäuser in der Fläche.

„Viele der Regelungen, ob es die Vorhaltefinanzierung oder die Leistungsgruppen sind, sind hochkomplex, und man muss auch die möglichen Interdependenzen zwischen den Regelungen bewerten“, so Gaß weiter. Auffällig sei aber, dass man die Bevölkerung darüber im Ungewissen lassen will, welche Auswirkungen die Reform haben werden, denn erstmals Ende 2029 soll das zuständige Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus die Auswirkungen zur Vorhaltevergütung und dabei insbesondere hinsichtlich der Veränderung der Versorgungsstruktur und der Qualität der Versorgung vorlegen. Bundesgesundheitsminister Lauterbach hatte den Ländern und der Öffentlichkeit während des Gesetzgebungsverfahrens mehrfach eine Auswir-

kungsanalyse im Vorfeld der Beschlussfassung dieses Gesetzes versprochen. „Nun aber geht es im Blindflug durch den Umbau der Krankenhauslandschaft bis zum Jahr 2030. Das ist völlig verantwortungslos und zeigt, dass man der Öffentlichkeit ganz bewusst die Konsequenzen dieser Gesetzgebung vorenthalten möchte“, so der DKG-Chef.

Sehr zweifelhaft sei, wie dieses Gesetz – wie vom Minister angekündigt – zustimmungsfrei sein soll. Es sei kaum vorstellbar, dass die vorgesehene Regelung zu den Leistungsgruppen mit dahinterliegenden Mindestzahlen für Eingriffe und Behandlungen nicht als einschneidender Eingriff in die Landeszuständigkeit bewertet werden. Die Länder werden das als massiven Eingriff in ihre Verantwortung für die Krankenhausplanung begreifen, war doch die Absprache eigentlich, die Leistungsgruppen und deren Bedingungen aus NRW zu übernehmen, wo es keine Mindestzahlen gibt. Bisher existiere keinerlei empirische Evidenz für derartige Mindestfallzahlen im Zusammenhang mit einem daraus resultierenden Patientennutzen. Tatsächlich dienten diese Mindestfallzahlen dem politischen Ziel von Karl Lauterbach, die Krankenhauslandschaft in der Fläche massiv auszudünnen und die Versorgung auf große zentrale Krankenhäuser in den städtischen Regionen zu konzentrieren.

Das gesamte Gesetzeswerk atme den Geist der Zentralisierung der Krankenhausversorgung, ohne die Patientenversorgung in der Fläche angemessen sicherzustellen, so Gaß: „Damit sind unsere schlimmsten Befürchtungen eingetreten. Der Umbau der Krankenhauslandschaft geht auf Kosten des ländlichen Raumes. Moderne Ansätze, etwa telemedizinische Netzwerke zwischen Zentren und wohnortnahen Krankenhäusern, wurden komplett ausgeblendet. Auch die von uns immer wieder vorgeschlagenen regionalen Versorgungsnetzwerke zwischen Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsstufen haben

bei der Erarbeitung dieses Gesetzentwurfes keine Rolle gespielt.“

Der vorliegende Gesetzentwurf sei ein „Bürokratie- und Regulierungsmonster“. Über sechs kleingedruckte Seiten hinweg wird der Bürokratieaufwand für die Wirtschaft und damit insbesondere für die Krankenhäuser beschrieben. Allein die Begründung des Gesetzestextes listet über 30 Einzelthemen auf, die die Krankenhäuser und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zusätzlich belasten werden. Es folgen weitere zehn Seiten mit zusätzlichem Verwaltungsaufwand für Krankenkassen, Selbstverwaltung, Bund und Länder, mit insgesamt 44 beschriebenen Einzelthemen. „Damit nimmt die Bundesregierung zukünftig noch mehr Arbeitszeit der Beschäftigten für Bürokratie in Anspruch, die eigentlich für die Versorgung der Patientinnen und Patienten gebraucht wird. Das ständig wiederholte Versprechen der Ampelregierung und auch von Karl Lauterbach persönlich von der Entbürokratisierung und Deregulierung entpuppt sich abermals als leer“, so Gaß. Messe man den gesamten Gesetzentwurf an den Zusagen des Ministers im Vorfeld – Entökonomisierung, Entbürokratisierung, Existenzsicherung für kleine Kliniken – sei das Ergebnis eine einzige Enttäuschung.

Damit räche sich bitter, dass Gesundheitsminister Lauterbach immer wieder verweigert hat, sich mit dem verantwortlichen Selbstverwaltungspartner der Krankenhäuser, der DKG, auszutauschen und mit ihr zusammenzuarbeiten, so Gerald Gaß weiter. Auch der Versuch der Bundesländer, den Minister über Monate hinweg auf die Bedeutung der flächendeckenden Gesundheitsversorgung aufmerksam zu machen, sei letztlich ohne Erfolg geblieben.

Katrin Rüter

Zähneknirschen und Krötenschlucken

Bundesrat billigt Krankenhaustransparenzgesetz

Der Bundesrat hat in seiner Sitzung am 22. März 2024 dem Krankenhaustransparenzgesetz zugestimmt. Damit stimmten die Länder dem Votum des Vermittlungsausschusses vom 21. Februar zu, der empfohlen hatte, keine Änderungen an dem Gesetz vorzunehmen – ein Gegenantrag Bayerns fand keine Mehrheit in der Länderkammer.

Gegen die vage Zusage Lauterbachs, die Liquidität der von massiven inflationsbedingten Kostensteigerungen und gefährdeten Kliniken kurzfristig zu erhöhen und die Reform mittelfristig durch einen Transformationsfonds finanziell abzusichern, hatte der Vermittlungsausschuss empfohlen, das Gesetz ohne Änderungen zu bestätigen. Das Bundesgesundheitsministerium hatte im November 2023 in einer Protokollnotiz zum

Gesetz eine Erhöhung des Landesbasisfallwertes versprochen. Dieser soll mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz spätestens vom 1. Januar 2025 an in voller Höhe am Orientierungswert ausgerichtet werden.

Das Gesetz sieht die Einführung eines Transparenzverzeichnisses vor, das Bürger und Patienten über die Leistungen und die Qualität von Krankenhäusern informieren soll. Dort sollen auch Daten zu Fallzahlen, zum Personalschlüssel sowie zu Komplikationsraten ausgewählter Eingriffe abrufbar sein.

Die Kliniken müssen diese Daten quartalsweise an das InEK melden. Das IQTIG wird mit der Aufbereitung, Zusammenführung und Analyse sowie der Prüfung der Daten beauftragt. Das Transparenzgesetz beinhaltet zudem die Zuordnung von Kran-