












Kurzbewertung des BKK Dachverbandes

zum

Referentenentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz - KHVVG (Stand 15.04.2024)







-  Eine Krankenhausstrukturreform ist zwingend notwendig. Das Reformvorhaben wird grundsätzlich unterstützt.
-  Eine Leistungsgruppensystematik mit anspruchsvollen Strukturvorgaben in Verbindung mit Mindestfallzahlen als zusätzliches Qualitätskriterium sind geeignet um die Versorgungsqualität perspektiv zu erhöhen und Gelegenheitsversorgung konsequent auszuschließen.
-  Die Abzahlung des Vorhaltebudgets über bürokratiearme, bereits etablierte Zahlungswege ist der richtige Weg und ermöglicht einen einfachen und aufwandsgerechten Einbezug von GKV, PKV und allen sonstigen Kostenträgern.
-  Die unzureichende Investitionsfinanzierung der Länder bleibt ungelöst. Auch eine Vorhaltefinanzierung bietet hierfür keinen Ersatz.
-  Ausnahmen von Strukturanforderungen für Sicherstellungshäuser dürfen nicht unbegrenzt erfolgen und müssen mit einem Anreiz zu deren perspektivischer Erfüllung verbunden werden.
-  Die Reform muss gesetzlich so ausgestaltet sein, dass eine rechtssichere, bürokratiearme, effiziente und effektive Umsetzung in der Praxis möglich ist.
-  Die hälftige Finanzierung des Transformationsfonds durch die Beitragszahler der GKV ist nicht gesetzeskonform und wird abgelehnt.
-  Die Reform der Krankenhausstrukturen startet ohne konkretes Zielbild. Dies schafft Unsicherheiten und damit Widerstand bei Krankenhäusern, Kostenträgern und Bevölkerung.
-  Maßnahmen zur Liquiditätssicherung per Gießkanne sind abzulehnen. Sie sichern nicht bedarfsnotwendige Strukturen und verzögern die Umstrukturierung der Krankenhäuser.
-  Die Ablösung der Einzelfallprüfungen von Krankenhausrechnungen durch Stichprobenprüfungen wird abgelehnt. Einzelfallprüfungen fördern die Ambulantisierung, sind tragender Bestandteil eines gerechten DRG-Finanzierungssystems und sorgen für eine wirtschaftliche Verwendung von GKV-Beitragsmitteln. Dies kann eine Stichprobenprüfung durch die Medizinischen Dienste nicht leisten.
-  Durch zahlreiche zusätzliche Fördertatbestände wird in relevantem Umfang von der ausgabenneutralen Umsetzung der Reform abgewichen.

Kurzbewertung des BKK Dachverbandes



zum

Referentenentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz - KHVVG (Stand 15.04.2024)








Empfehlung aus dem Entwurf im Detail	Kurzbewertung
<p>§ 115g SGB V: Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung</p>	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="1160 379 2045 459"> Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen können zur wohnortnahen Versorgung von Patienten beitragen.<li data-bbox="1160 475 2045 555"> Die konkrete Ausgestaltung der Leistungsinhalte durch die gemeinsame Selbstverwaltung werden begrüßt.<li data-bbox="1160 571 2045 715"> Die strukturellen Auswirkungen durch die Schaffung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen können nicht abgeschätzt werden. Es bleibt abzuwarten, ob es lediglich zu einer Verschiebung knapper personeller Ressourcen kommt.<li data-bbox="1160 730 2045 1018"> Die zunehmende Komplexität des Gesundheitssystems macht eine Unterstützung für Patienten bei ihrer Orientierung und Entscheidungsfindung insbesondere zwischen den Sektoren künftig notwendig. Die Krankenkassen haben als Schnittstelle zwischen Patient und Versorger die notwendigen Informationen und Möglichkeiten hierzu und sollten vom Gesetzgeber die Möglichkeiten erhalten, ihre Patienten bei der Wahl eines Versorgers zu unterstützen.<li data-bbox="1160 1034 2045 1193"> Unterschiedliche Vergütungssystematiken für die in den Einrichtungen möglichen Leistungen werden zu Abgrenzungsproblemen bei der Findung der krankenhausesindividuellen Tagesentgelte führen<li data-bbox="1160 1209 2045 1348"> Auch die unterschiedlichen Regelungskreise (GKV+SPV) führen zu komplexen Konstellationen in Bezug auf Versorgung, Finanzierung und Abrechnung. Hier ist eine bürokratiearme und dennoch transparente Operationalisierung notwendig.

Kurzbewertung des BKK Dachverbandes



zum

Referentenentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz - KHVVG (Stand 15.04.2024)






Empfehlung aus dem Entwurf im Detail	Kurzbewertung
	<p> Eine Öffnung zusätzlicher stationärer Leistungen über eine telemedizinische Kooperation wird kritisch gesehen. Zwar fördert die Maßnahme die Attraktivität der Standorte für Mitarbeiter. Selbst bei hohen Dokumentationsanforderungen und einer Festlegung des Leistungsumfangs durch die Selbstverwaltung kann aber eine qualitativ hochwertige Versorgung nicht wirklich sichergestellt werden.</p>
<p>§ 115h SGB V: Medizinisch-pflegerische Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen</p>	<p> Die Leistung kann zu einer arbeitsteiligen und effizienten Versorgungskette beitragen und vollstationäre Kapazitäten entlasten</p> <p> Die Regelung der Einzelheiten der Erbringung der medizinisch-pflegerischen Versorgung durch die Selbstverwaltung wird begrüßt.</p> <p> Der Mehrwert ist stark von der tatsächlichen Ausgestaltung abhängig.</p> <p> Die Einführung medizinisch-pflegerischer Leistung führt zu einer weiteren von bereits zahlreichen Leistungen/Leistungsansprüchen an der Sektorengrenze. Eine Entschlackung um unnötige Leistungen wie z.B. Übergangspflege ist dringend geboten.</p>
<p>§ 116a SGB V: Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser</p>	<p> Zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung (Primärversorgung) ist es sachgerecht, die Ansiedelung von allgemeinmedizinischen Institutsambulanzen niedrigschwellig zu ermöglichen.</p> <p> Um gleiche Voraussetzungen zu schaffen und die Sektorentrennung durchlässiger zu gestalten, ist es erforderlich, die Etablierung der</p>

Kurzbewertung des BKK Dachverbandes



zum

Referentenentwurf des Krankenhausverbesserungsgesetz - KHVVG (Stand 15.04.2024)






Empfehlung aus dem Entwurf im Detail	Kurzbewertung
	<p>künftigen Primärversorgungszentren ebenso niedrigschwellig zu ermöglichen (Ansiedelung auf nicht besetzten, im Rahmen der Bedarfsplanung ausgewiesenen Sitzen für Allgemeinmedizin).</p> <ul style="list-style-type: none">  Um eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen ist es zudem erforderlich, die Kapazitäten und Angebote dieser „neuen“ Ambulanzen im Rahmen der Bedarfsplanung zu berücksichtigen.  Anforderungen und Voraussetzungen, die künftig für die Etablierung von Primärversorgungszentren gelten sollen, müssen analog ebenso für die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden allgemeinmedizinischen Institutsambulanzen gelten. Es besteht die Gefahr eines Flickenteppichs im Rahmen der Primärversorgung, welcher die dringend erforderliche Koordination sowie die erforderlichen Kooperationen deutlich erschwert und die zu überwindende Sektorentrennung im Ergebnis verfestigt.
§135d SGB V: Transparenz der Krankenhausbehandlung (Transparenzgesetz)	<ul style="list-style-type: none">  Die Aufnahme der Liste nach § 40 Absatz 2 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (onkochirurgische Operationen) in das Transparenzverzeichnis wird begrüßt. Die Information des Patienten über Gelegenheitsversorger im onkochirurgischen Bereich unterstützt eine informierte und bewusste Patientenentscheidung.
§ 135e SGB V: Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung	<ul style="list-style-type: none">  Die Festlegung von Qualitätskriterien und Leistungsgruppen wird begrüßt.  Eine Einbindung des GKV-Spitzenverbandes und weiterer Vertreter des Gesundheitswesens in die Weiterentwicklung der

Kurzbewertung des BKK Dachverbandes



zum

Referentenentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz - KHVVG (Stand 15.04.2024)






Empfehlung aus dem Entwurf im Detail	Kurzbewertung
	<p>Leistungsgruppen über einen Krankenhaus-Leistungsgruppen-Ausschuss wird klar befürwortet. Durch die Einbindung der Vertreter des Gesundheitswesens wird die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen langfristig die realen Bedarfe und die Versorgungsrealität abbilden können.</p> <ul style="list-style-type: none"> Für anspruchsvolle und leistungsgruppenindividuell sachgerechte Mindestanforderungen sind die übergangsweise genutzten Mindestanforderungen unbedingt weiterzuentwickeln. Die Einbindung der Selbstverwaltung sollte über deren etablierte Gremien erfolgen, statt über den Aufbau unnötiger Parallelstrukturen.
§ 135f SGB V: Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung	<ul style="list-style-type: none"> Die Aufnahme von Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung wird sehr begrüßt und unterstützt. Hierdurch wird Gelegenheitsversorgung und damit die Gefährdung der Patienten wirkungsvoll ausgeschlossen. Die Einführung von Mindestvorhaltezahlen unterstützt außerdem eine wirtschaftliche Betriebsführung der Krankenhäuser. Es ist unbedingt notwendig, die Festlegung sachgerechter Mindestfallzahlen nicht durch einen politischen Kompromiss zwischen Bund und Ländern im Rahmen der Abstimmung der Rechtsverordnung abzuschwächen und deren Wirkung damit zu gefährden.

Kurzbewertung des BKK Dachverbandes



zum

Referentenentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz - KHVVG (Stand 15.04.2024)





Empfehlung aus dem Entwurf im Detail	Kurzbewertung
	<p> Bei der Festlegung von sachgerechten Mindestvorhaltezahlen sollte auch geprüft werden, inwieweit für ganz bestimmte Leistungen Mindestfallzahlen nicht nur je Krankenhausstandort, sondern auch je Behandler/Operateur eingeführt werden.</p> <p> Die Zählung der Fallzahlen bei einer Leistungsverlagerung am Zielstandort sollte nur dann möglich sein, wenn die Leistungsverlagerung auch tatsächlich vorgenommen wird. Die Planung und Umsetzung der Leistungskonzentration muss von den beteiligten Leistungserbringern vorab glaubhaft dargelegt und nachgewiesen werden.</p>
<p>§ 136 Abs. 1 Nr. 2 SGB V: Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung, mit denen Kriterien in bestimmten Indikationsbereichen festgelegt werden, werden ersetzt bzw. nicht neu eingeführt, wenn sie bereits über § 135e abgedeckt sind.</p>	<p> Da die Regelungen des § 135e zunächst per Rechtsverordnung eingeführt werden, handelt es sich um eine Teilverstaatlichung von Aufgaben, für die bislang die gemeinsame Selbstverwaltung zuständig ist. In jedem Fall werden Parallelstrukturen aufgebaut: Indikationen, die noch nicht ersetzt worden sind, werden weiterhin vom G-BA bearbeitet, für die anderen ist das neue Gremium zuständig, in dem voraussichtlich die gleichen Akteure mitarbeiten werden.</p>
<p>§ 136c SGB V: Streichung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren</p>	<p> Die planQi werden durch die Leistungsgruppen obsolet. Die Regelung ist daher folgerichtig.</p>
<p>§ 275a SGB V: Prüfungen zu Strukturen in Krankenhäusern und weitere Qualitätsprüfungen</p>	<p> Einführung einer zentralen Datenbank durch den MD Bund für die Zusammenführung und das Nachhalten der Prüfergebnisse ist sinnvoll.</p>

Kurzbewertung des BKK Dachverbandes



zum

Referentenentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz - KHVVG (Stand 15.04.2024)






Empfehlung aus dem Entwurf im Detail	Kurzbewertung
	<ul style="list-style-type: none"> Neben den Landesverbänden, brauchen auch die Krankenkassen Zugriff auf die Datenbank, um ihrer Aufgabe der Krankenhausabrechnungsprüfung entsprechend nachkommen zu können. Insbesondere für bundesweit geöffnete Krankenkassen mit Krankenhausfällen im ganzen Bundesgebiet ist es notwendig durch bundesweite Zugriffsrechte Transparenz herzustellen. Es ist sinnvoll, die bisherigen Strukturprüfungen (StrOPS) und die Qualitätskontrollen mit den zukünftigen Prüfungen der Qualitätskriterien zusammenzuführen und zu bündeln. Doppelprüfungen durch die MD können dadurch vermieden werden.
§ 6a KHG: Zuweisung von Leistungsgruppen	<ul style="list-style-type: none"> Die Aufnahme einer Einschränkung der Ausnahmeregelungen durch die Länder zur Erbringung von Leistungsgruppen an einem Standort trotz nicht erfüllter Qualitätskriterien über eine Fahrzeitenregelung wird begrüßt. Zusätzlich zum Ausschluss der Ausnahmeregelung bei bestimmten Leistungsgruppen nach der Rechtsverordnung aufgrund § 135e Absatz 2 SGB V stellt dies sicher, dass die einheitlich qualitativ hochwertige Patientenversorgung nicht landesabhängig verwässert wird. Gleichzeitig ist abhängig von den Leistungsgruppen, für die eine solche Ausnahmeregelung ermöglicht werden soll, die festgelegte Fahrzeitregelung von 30 bzw. 40 Minuten zu überprüfen. Es muss zudem sichergestellt werden, dass die Kalkulation des Fahrzeitkriteriums durch die Länder einheitlich vorgenommen wird.

Kurzbewertung des BKK Dachverbandes



zum

Referentenentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz - KHVVG (Stand 15.04.2024)





Empfehlung aus dem Entwurf im Detail	Kurzbewertung
	<ul style="list-style-type: none"> Die Dauer der Ausnahmegewährung von höchstens 3 Jahren ist aus Sicht der Betriebskrankenkassen zu lang. Zwar benötigen die Krankenhäuser ausreichend Zeit, um Qualitätsmängel aufzuarbeiten. Dies sollte aber im Interesse einer hochwertigen Patientenversorgung so schnell wie möglich geschehen. Die dauerhafte Zuordnung einer Leistungsgruppe bei Nichterfüllen der Qualitätskriterien für Krankenhäuser, die die Sicherstellung notwendig sind wird aus Patientenschutzperspektive kritisch gesehen. Diese Ausnahmeregelung sollte sich beschränken auf die Notfallversorgung und die absolute Grundversorgung. Der Leistungsumfang der Sicherstellungshäuser sollte klar umrissen sein und sich auf die bedarfsnotwendigen Leistungen beschränken. Ausnahmen hiervon im Sinne einer Gelegenheitsversorgung, insbesondere bei Nichterfüllung von Qualitätskriterien, darf es nicht geben. Die durch die Einführung der Vorhaltevergütung entstehenden Anreize sollten frühzeitig evaluiert und nicht intendierten Anreizen für die Krankenhäuser sollte entgegengewirkt werden.
§ 6b KHG Bestimmung als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung	<ul style="list-style-type: none"> Die Möglichkeit, Krankenhäuser, die erstmalig in den Krankenhausplan aufgenommen werden, als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen zu bestimmen, wird abgelehnt. Hierdurch werden Anreize zur Ausweitung stationärer Einrichtungen durch die Hintertür der ambulanten Versorgung ermöglicht. Dies konterkariert die Ziele der Strukturreform, die stationäre Überkapazitäten abbauen will.

Kurzbewertung des BKK Dachverbandes



zum

Referentenentwurf des Krankenhausverbesserungsgesetz - KHVVG (Stand 15.04.2024)





Empfehlung aus dem Entwurf im Detail	Kurzbewertung
<p>§ 12b KHG Transformationsfonds, Verordnungsermächtigung</p> <ul style="list-style-type: none">- bis zu 25 Mrd. EUR über 10 Jahre (2026 bis 2035), max. 2,5 Mrd. Euro pro Jahr aus den Mitteln der Liquiditätsreserve der gesetzlichen Krankenkassen- Auszahlung nur bei Beteiligung der Bundesländer in gleicher Höhe, d. h. insgesamt stehen bis zu 50 Mrd. Euro zur Verfügung.- nur optionale Beteiligung der PKV- Verteilung über Königsteiner Schlüssel (95 %, 5 % länderübergreifend) <p>Gefördert werden Vorhaben</p> <ol style="list-style-type: none">1. zur Konzentration von Leistungen für das Erreichen von Qualitätsvorgaben oder Mindestvorhaltezahlen2. zur Umstrukturierung zu sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen3. zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen4. zur Bildung von Zentren5. zur Bildung von Verbänden; zudem von integrierten Notfallstrukturen6. zur (teilweisen) Schließung von Krankenhäusern.	<ul style="list-style-type: none"> Analog zur bestehenden Krankenhausstrukturverordnungsverordnung ist eine Beteiligung der Krankenkassen an den Antragsverfahren vorzusehen und das Einvernehmen über die Förderung von Vorhaben herzustellen. Fördertatbestände: Sind als Fortschreibung und Erweiterung des Krankenhausstrukturfonds grundsätzlich sinnvoll. Jedoch wäre es nötig, ein Zielbild der zukünftig bedarfsnotwendigen Krankenhausstrukturen zu haben und daraus den Mittelbedarf abzuleiten. Mittelherkunft: Die überwiegende Finanzierung der Strukturreform aus den Mitteln des Gesundheitsfonds wird strikt abgelehnt. Die Strukturreform der Gesundheitsversorgung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Dennoch werden keinerlei Finanzierungsmittel aus dem Bundeshaushalt zur Verfügung gestellt und die Länder müssen sich lediglich zu 25% beteiligen, da sie 25% ihrer Finanzierungsverpflichtung auf die Krankentuäger abwälzen können. Damit trägt die gesetzliche Krankenversicherung die Hauptlast, obwohl es sich im Wesentlichen um Investitionsmittel für Umstrukturierungen handelt. Investitionen in die Infrastruktur gehören jedoch nicht zur Finanzverantwortung der Krankenkassen, sondern sind Aufgabe der Länder. Die Zusatzbeiträge würden durch diese Regelung voraussichtlich um 0,14 Prozentpunkte steigen. Die Verteilung über Königsteiner Schlüssel wird dem tatsächlichen Verteilungsbedarf aufgrund unterschiedlicher

Kurzbewertung des BKK Dachverbandes



zum

Referentenentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz - KHVVG (Stand 15.04.2024)




Empfehlung aus dem Entwurf im Detail	Kurzbewertung
Verpflichtung der Länder, Haushaltsmittel zur Verfügung zu stellen	<p>Umstrukturierungsnotwendigkeiten in Deutschland nicht gerecht und abgelehnt.</p> <p> Die Verpflichtung der Länder, in den Jahren 2026 bis 2035 jährlich Haushaltsmittel für die Investitionsförderung im Durchschnitt der Jahre 2021 bis 2025 zur Verfügung zu stellen, ist nicht ausreichend, um den Investitionsstau abzubauen. Die Regelung sollte stattdessen eine prozentuale Steigerung als Anteil an den Krankenhauskosten vorschreiben. Der Anteil der Krankenhausfinanzierung der Länder an den Krankenhauskosten ist seit 1991 von über 10 Prozent auf unter 4 Prozent gesunken. Das Ziel sollte sein, das Niveau von 1991 über einen Zeitraum von 10 Jahren wieder zu erreichen.</p>
§ 17b KHG: Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser	<p> Der Anteil der Vorhaltevergütung von 60% inklusive des Anteils des Pflegebudgets je Leistungsgruppe ist zu hoch angesetzt. Damit bleiben lediglich 40% des Leistungsanteils eines Krankenhauses leistungsabhängig. Das System läuft damit Gefahr, von einer Fehlsteuerung, in der unnötig viele Fälle im Krankenhaus behandelt wurden, hin zum gegenteiligen Problem umzuschwenken, sodass Fälle künftig abgewiesen werden.</p> <p> Zudem ist ein gleich hoher Anteil der Vorhaltevergütung über alle Leistungsgruppen hinweg nicht sinnvoll, da die Notwendigkeit zur Vorhaltung von Personal und Geräten variiert.</p> <p> Nach der Einführung der Vorhaltevergütung sollte auch die Komplexität des DRG Systems überarbeitet und reduziert werden.</p>

Kurzbewertung des BKK Dachverbandes



zum

Referentenentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz - KHVVG (Stand 15.04.2024)






Empfehlung aus dem Entwurf im Detail	Kurzbewertung
	<p> Die durch die Einführung der Vorhaltevergütung entstehenden Anreize sollten frühzeitig evaluiert und nicht intendierten Anreizen für die Krankenhäuser sollte entgegengewirkt werden.</p>
§ 17c KHG: Einzelfallprüfung wird durch Stichprobenprüfung ersetzt	<p> Es braucht ein zukunftsfähiges, zielgerichtetes und aufwandsarmes Verfahren zur Prüfung von einzelnen, auffälligen Krankenhausrechnungen, um sicherzustellen, dass die Mittelverteilung an die Krankenhäuser gerecht erfolgt und die Daten- und Kodierqualität hoch ist. Denn nur anhand korrekter Daten lässt sich das Fallpauschalensystem auf Basis von Abrechnungsdaten korrekt kalkulieren. Die Ziele Entbürokratisierung und Effizienzsteigerung lassen sich auch durch wenige Maßnahmen zur Vereinfachung des bestehenden Prüfverfahrens erreichen. Dafür braucht es nicht das Experiment Stichprobenprüfung, bei welchem noch niemand weiß, wie es ausgestaltet sein wird und ob es überhaupt die richtigen Anreize für korrekte Krankenhausabrechnungen setzt.</p> <p> Es ist unklar, wie die Medizinischen Dienste die in der Krankenhausreform für sie vorgesehenen Aufgaben ohne einen massiven Aufbau an Personal stemmen sollen. Denn vorgesehen sind neben der Durchführung von Stichprobenprüfungen auch die Prüfung der Einhaltung der Strukturvoraussetzungen und Qualitätskriterien. Das Ziel kann nicht sein, noch weiter Personal aus der Patientenversorgung abzuziehen und beim MD im Büro einzusetzen.</p>

Kurzbewertung des BKK Dachverbandes



zum

Referentenentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz - KHVVG (Stand 15.04.2024)





Empfehlung aus dem Entwurf im Detail	Kurzbewertung
	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="1160 384 2029 603"> Die Ablösung der Einzelfallprüfung durch die Stichprobenprüfung ab 2027 wird abgelehnt. Eine leistungsbezogene Abrechnung braucht weiterhin eine leistungsbezogene Prüfung im Einzelfall. Außerdem stellt die einzelfallbezogene Abrechnungsprüfung sicher, dass auch die Bestrebungen des Gesetzgebers zur Ambulantisierung nachhaltig umgesetzt werden.<li data-bbox="1160 619 2029 837"> Das Vorhaben widerspricht außerdem dem Auftrag des Gesetzgebers an die Selbstverwaltung, die derzeitigen Regelungen der Abrechnungsprüfung und die Auswirkungen der Maßnahmen aus dem MDK-Reformgesetz bis 30. Juni 2025 zu evaluieren. Es ist nicht nachvollziehbar, warum der Evaluation durch Einführung eines komplett neuen Prüfungssystems vorgegriffen wird.
<p>§ 37 KHG: Aufträge an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit der Ermittlung der Vorhaltevergütung</p>	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="1160 858 2029 965"> Die Umsetzung über Vorhaltebewertungsrelationen und die zentrale Ermittlung des krankenhausesindividuellen Vorhaltebudgets auf Bundesebene durch das InEK wird begrüßt.<li data-bbox="1160 981 2029 1236"> Die Einführung eines krankenhausesindividuellen Vorhaltebudgets etabliert ein weiteres Element der Betriebskostenfinanzierung neben den DRG und den Pflegebudgets und führt zu einer weiteren Komplexitätssteigerung der Krankenhausfinanzierung. Bei der Entwicklung der rDRG muss daher auch beachtet werden, wie Komplexität abgebaut werden kann, z. B. durch eine geringere Granularität der Fallpauschalen.<li data-bbox="1160 1252 2029 1359"> Das Vorhaltebudget in seiner pauschalen Herleitung erfolgt anfänglich hinsichtlich der unterschiedlichen Leistungsgruppen völlig undifferenziert und bleibt in seiner Systematik nachhaltig

Kurzbewertung des BKK Dachverbandes



zum

Referentenentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz - KHVVG (Stand 15.04.2024)







Empfehlung aus dem Entwurf im Detail	Kurzbewertung
§ 39 KHG: Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin	<p>abgekoppelt vom tatsächlichen Versorgungsbedarf der Bevölkerung in Bezug auf das Leistungsangebot des jeweiligen Krankenhauses.</p> <p> Die zusätzlichen Förderbeträge der fünf genannten Leistungsgruppen werden abgelehnt. Eine auskömmliche Betriebskostenfinanzierung sollte über die rDRG, Vorhaltebudget und Pflegekosten sichergestellt werden. Die Auswahl dieser fünf spezifischen Leistungsgruppen für eine gesonderte Förderung ist zudem nicht begründbar und erscheint erratisch.</p> <p> Die Förderung aller Standorte, die die genannten Leistungsgruppen anbieten, verfehlt zudem das Ziel, ausschließlich bedarfsnotwendige Krankenhausstrukturen zu finanzieren. Ein Ausschütten von zusätzlichen Mitteln über eine Gießkannenfinanzierung wird klar abgelehnt.</p> <p> Zusätzliche Finanzierungselemente stehen einer ausgabenneutralen Umsetzung der Vorhaltefinanzierung entgegen.</p>
§5 KHEntgG: Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen - (3j) Zuschläge für Krankenhäuser denen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zugewiesen werden	<p> Die zusätzliche Förderung von Krankenhäusern, die Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben übernehmen, wird abgelehnt. Diese Leistung wird von Zentren nach der Zentrumsregelung des G-BA übernommen und wird über die Zentrumszuschläge bereits finanziert. Zwar soll die Doppelfinanzierung im Hinblick auf diese Aufgaben vermieden werden, es bleibt aber unklar, um welche zusätzlichen Aufgaben es sich dann handeln sollte und wie diese zukünftig zu den bestehenden Leistungen zum Ausschluss von Doppelfinanzierung abgegrenzt werden können.</p>

Kurzbewertung des BKK Dachverbandes



zum

Referentenentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz - KHVVG (Stand 15.04.2024)




Empfehlung aus dem Entwurf im Detail	Kurzbewertung
<ul style="list-style-type: none">- (3k) Zuschläge zur Förderung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen - (3m) Zuschläge für Hochschulkliniken	<ul style="list-style-type: none"> Zusätzliche Finanzierungselemente stehen einer ausgabenneutralen Umsetzung der Vorhaltefinanzierung entgegen  Zusätzliche Finanzierungsmittel zur Förderung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen werden abgelehnt. Die Fortführung der Gießkannenfinanzierung von Krankenhäusern unabhängig von ihrer Bedarfsnotwendigkeit ist dringend abzustellen.  Zusätzliche Finanzierungselemente stehen einer ausgabenneutralen Umsetzung der Vorhaltefinanzierung entgegen  Zusätzliche Finanzierungsmittel zur Förderung von Hochschulkliniken werden abgelehnt. Zusätzliche Finanzierungselemente stehen einer ausgabenneutralen Umsetzung der Vorhaltefinanzierung entgegen.  Relevante Abweichungen von der ausgabenneutralen Umsetzung der Vergütungsreform führen zu zusätzlicher Belastung der Beitragszahler
§ 6b KHEntgG: Vergütung eines Vorhaltebudgets	<ul style="list-style-type: none"> Eine aufwandsarme und unbürokratische Abzahlung des Vorhaltebudgets wird unterstützt. Denn durch die Nutzung der bestehenden Abrechnungsmechanismen wird das Vorhaltebudget leistungsbezogen abgezahlt und ermöglicht auch einen einfachen und aufwandsgerechten Einbezug von GKV, PKV und allen sonstigen Kostenträgern.

Kurzbewertung des BKK Dachverbandes



zum

Referentenentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz - KHVVG (Stand 15.04.2024)

Empfehlung aus dem Entwurf im Detail	Kurzbewertung
<p>§ 6c KHEntgG: Vergütung von Krankenhäusern, die als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen bestimmt sind</p>	<p> Es muss sichergestellt werden, dass bisherige ambulante Leistungen sachgerecht vergütet werden und eine Abgrenzung zu stationären Leistungen und Kostenstrukturen im Rahmen der Ermittlung der krankenhausindividuellen Tagesentgelte erfolgt. (vgl. Hinweise zu §115g und § 115h SGB V)</p>
<p>§ 9 Abs. 1b Satz 1 KHEntgG (Ermittlung des Veränderungswertes) § 10 KHEntgG (Vereinbarung auf Landesebene)</p> <p>§ 3 BPfIV (Vereinbarung eines Gesamtbetrags) § 9 BPfIV (Berechnung der Entgelte)</p>	<p> Die Einführung einer unterjährigen Neuvereinbarung des Landesbasisfallwertes mit dem Ziel einer frühzeitigen und vollständigen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen ist abzulehnen. Steigerungen der Landesbasisfallwerte, finanzieren nach dem Gießkannenprinzip auch Krankenhäuser, deren Leistungsangebot heute und morgen nicht bedarfsnotwendig ist. Dies Art der Finanzierung ist unwirtschaftlich und verschleppt dazu den strukturellen Wandel.</p> <p> Die Vereinbarung des Veränderungswertes unter Anwendung des vollständigen Orientierungswertes ist abzulehnen. In Verbindung mit der Meistbegünstigungsklausel steht dies dem Grundsatz der Beitragsstabilität nachhaltig entgegen: In jedem Fall werden Einnahmensteigerungen der GKV vollständig sofort verausgabt, auch wenn die Kostensteigerungen darunterliegen. Bei Kostensteigerungen über den Einnahmen der Gesetzlichen Krankenkassen werden diese ebenfalls vollständig übernommen, sodass sich systematisch vom Grundsatz der Beitragsstabilität abgewendet wird.</p>