



Stellungnahme

zum

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen

(Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

29. April 2024

Zwei Jahrzehnte DRG-System haben Transparenz über die Leistungen der deutschen Krankenhäuser gebracht. Die ebenfalls erforderlichen Strukturanpassungen im Klinikbereich blieben jedoch aus. Insofern unterstützt die Private Krankenversicherung grundsätzlich eine Krankenhausreform und begrüßt das Anliegen der Bundesregierung, die Qualität in der stationären Versorgung zu verbessern und die Weichen für die erforderliche Strukturanpassung zu stellen. Die Private Krankenversicherung ist wie die weiteren Vertragsparteien für den Krankenhaussektor (DKG, GKV-SV) in den bisherigen Ausarbeitungsprozess der Krankenhausreform nicht eingebunden worden. So hat das BMG den Reformprozess mit einer wissenschaftlichen Kommission und unter Einbindung der Länder zu einer komplexen Architektur entwickelt, deren Wirksamkeit und finanzielle Auswirkungen für die Krankenhäuser und die Kostenträger kaum realistisch abzuschätzen ist.

Aus Sicht der PKV gibt es deutliche Schwächen am vorgelegten Gesetzentwurf, die Änderungen erfordern:

1. Die geplante Vorhaltevergütung führt zu neuen Fehlanreizen und zu mehr Bürokratie. Sie sollte daher möglichst reduziert werden. Außerdem ist eine Auswirkungsanalyse erforderlich, mit der die Überlegenheit gegenüber einer Weiterentwicklung des bisherigen DRG-Systems nachgewiesen werden muss.
2. Die Finanzierung des Bundesanteils des Transformationsfonds in Höhe von 25 Mrd. Euro soll aus Versichertengeldern geschehen, obgleich es sich bei der Schaffung und Veränderung von Versorgungsstrukturen um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt, die aus Steuermitteln zu finanzieren ist. Dieses Vorgehen ist verfassungswidrig.

Im Falle der Umsetzung der Reform ist eine Einbindung und Information der PKV unabdingbar. Die PKV ist Partner der Selbstverwaltung und zweitwichtigster Kostenträger im Krankenhausbereich. Dies muss durch eine Einbindung in die gemeinsame Selbstverwaltung ebenso umgesetzt werden wie bei der Übermittlung aller relevanter Informationen, ohne die bereits eine ordnungsgemäße Abwicklung von Leistungen nicht möglich ist.

I. Allgemeine Anmerkungen

Eine Neuaufstellung der Krankenhausstrukturen in Deutschland wird seit Jahren angemahnt. Kritikpunkte sind u.a. eine zu hohe Krankenhaus- und Bettendichte gemessen an der Bevölkerungszahl, zu viele im Krankenhaus stationär erbrachte Behandlungen, eine wenig abgestimmte und nicht auf den Bedarf der Bevölkerung abgestellte Krankenhausplanung sowie eine unzureichende Investitionskostenfinanzierung durch die Bundesländer in Milliardenhöhe. In der EU verzeichnet Deutschland die höchsten Kosten für die Gesundheitsversorgung, es ist hinsichtlich der Qualität allerdings nur Mittelmaß. Ziel muss es daher sein, bei einem gleich bleibenden oder durch höhere Ressourceneffizienz sogar geringeren Mitteleinsatz eine höhere Qualität in der Krankenhausversorgung zu erreichen.

Insofern sieht die Private Krankenversicherung die Notwendigkeit einer Krankenhausreform und begrüßt die Bestrebungen der Bundesregierung, die Qualität in der stationären Versorgung zu verbessern und die Weichen für die erforderliche Strukturanpassung zu stellen. Der vorliegende Reformansatz einer faktischen Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip bewirkt jedoch das Gegenteil: Sie führt zu deutlich höheren Betriebskosten, die von den Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern zu tragen sind, ohne dass ein signifikanter Qualitätszuwachs bei der Versorgung gesichert wäre.

Aufgrund der föderalen Struktur in Deutschland und der geteilten Zuständigkeiten in den Bereichen der Planung und der Finanzierung der Krankenhausleistungen gibt es einen hohen Abstimmungs- und Koordinierungsbedarf zwischen Bund und Bundesländern. Durch den Bund sind in die bisherigen Ausarbeitungsprozesse der Krankenhausreform zwar die Bundesländer eingebunden worden, nicht aber die Kostenträger. Dies gilt für die private und die gesetzliche Krankenversicherung gleichermaßen. Und das, obwohl beide Kostenträger mit über 100 Mrd. Euro pro Jahr fast sämtliche Kosten tragen, die im Krankenhaus anfallen.

Aus Sicht der PKV muss der Gesetzentwurf in einigen Bereichen grundlegend überarbeitet werden. Vordringlich sind:

1. **Vorhaltevergütung:** Die geplante Vorhaltevergütung für sämtliche Krankenhäuser geht aus Sicht der PKV in die falsche Richtung: Sie führt zu neuen Fehlanreizen, erhöht die Bürokratie maßgeblich und löst keine der heute vorhandenen Probleme. Der Verteilungsprozess der Vorhaltevergütung in vorgesehener Höhe von 60 Prozent ist hochkomplex gestaltet. Das betrifft die initiale Verteilung der Mittel als auch die Nachjustierung, die unterjährig erfolgen kann als auch in mehrjährigen Berechnungsphasen. Die dabei gesetzten Korridor Grenzen für eine Nachjustierung entbehren jeglicher empirischen Datengrundlage. Vollkommen außer Acht gelassen wurde das Problem der Anpassung einer Neuverteilung der Vorhaltevergütung, wenn sich die Fallverteilung über Ländergrenzen hinweg verschieben wird.

Es gibt keine Auswirkungsanalyse, welche belegt, dass ein so massiver und flächendeckender Eingriff in die Krankenhausfinanzierung erforderlich und besser geeignet ist als eine

Weiterentwicklung des bisherigen DRG-Systems, das ebenfalls um Struktur- und Vorhaltekomponenten ergänzt werden kann und in der Vergangenheit auch schon wurde. Von verschiedenen Akteuren, auch vom PKV-Verband, wurden Studien und Gutachten vorgelegt, welche die erheblichen finanziellen Risiken und Fehlanreize der neuen Vergütungsstruktur aufzeigen. Auf diese Kritik ist zu keiner Zeit vom BMG eingegangen worden. In Anbetracht der mangelnden Vorhersagbarkeit der Effekte und des hohen Risikos für Fehlentwicklungen- und anreize sollte der Vorhalteanteil zumindest begrenzt werden auf maximal 40 Prozent, d.h. 20 Prozent Vorhaltung plus 20 Prozent Pflegebudget. Dies entspräche dann dem Vorschlag der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung.

2. **Transformationsfonds:** Die Finanzierung des Bundesanteils des Transformationsfonds in Höhe von 25 Mrd. Euro soll aus Versicherungsgeldern geschehen: Verpflichtend für die GKV, bei der auf Mittel der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zurückgegriffen werden soll, und auf freiwilliger Basis für die PKV. Dies ist verfassungswidrig, denn alle mit dem Fonds verbundenen Aufgaben – von der Konzentration akut-stationärer Versorgungskapazitäten, der Umstrukturierung von Krankenhäusern, der Bildung von Zentren für komplexe Behandlungen bis hin zu Krankenhausverbänden sowie die Schließung von Einrichtungen – sind Infrastrukturausgaben, die aus Steuer- und nicht aus Beitragsmitteln zu finanzieren sind. Die Verwaltung des Transformationsfonds wird dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) übertragen, einer fachfremden unmittelbaren Behörde des BMG. Durch diese Konstellationen ergeben sich rechtliche Unsicherheiten mit hoher finanzieller Tragweite und eine weitere Schwächung des Prinzips der Selbstverwaltung, die der Einführung und Finanzierung des Transformationsfonds entgegenstehen.
3. **Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip:** Mit der Ausfinanzierung sämtlicher Lohn- und Tarifsteigerungen aller Beschäftigtengruppen im Krankenhaus, weit über das Pflegepersonal hinaus, werden massive Fehlanreize für die Personalplanung ausgelöst, ohne dass ein medizinischer Nutzen zu erwarten ist. Die Weitergabe von Lohnforderungen ist nicht auf einen Zeitraum limitiert, um Defizite aus einer aktuellen Krisenphase zu kompensieren. Es droht die Rückkehr zum Selbstkostendeckungsprinzip, das aus guten Gründen vor mehr als 30 Jahren abgelöst wurde. Hier sollte zumindest eine enge zeitliche Befristung für zwei Jahre vorgesehen werden. Hinzu kommt noch: Durch eine vollständige Refinanzierung werden starke Anreize für Ausgabensteigerungen zu Lasten Dritter gesetzt. Die Selbstkosten werden nicht nur gedeckt, sondern in unverantwortlicher Weise sogar noch stark erhöht.
4. **Bürokratieaufbau statt Bürokratieabbau:** Mit der Reform werden hohe bürokratische Aufwände bei den Krankenhäusern, der Verwaltung in den Bundesländern, den Kostenträgern, der Selbstverwaltung und beteiligten Instituten und Behörden ausgelöst. Dies widerspricht diametral dem Ansatz der Bundesregierung, die Bürokratie zurückzufahren und vermindert zudem die Selbststeuerungskräfte und Innovationen, die im deutschen Gesundheitswesen zweifellos vorhanden sind. Angesichts des Ressourcen- und Fachkräftemangels ist das ein fatales Signal.

5. **Keine plausiblen Einsparpotentiale:** Die im Gesetzesentwurf propagierten Einsparpotentiale sind rein spekulativ und lassen sich nicht nachvollziehen, während die Mehrkosten bereits ab 2025 realisiert werden. Insgesamt droht mit der Krankenhausreform im jetzigen Entwurfsstadium keine nachhaltige, tragfähige Lösung, so dass an verschiedenen Stellen deutlich nachgearbeitet werden muss. Der PKV-Verband ist zu einer konstruktiven Mitarbeit bereit und bringt sich gern in den weiteren Ausarbeitungsprozess der Krankenhausreform ein.

II. Zu ausgewählten Regelungen des Gesetzentwurfs

Zu Art. 1 Nr. 9 (§ 135e Abs. 3 Satz 5 ff. SGB V - Beteiligung am Ausschuss)

Vorgeschlagene Regelungen:

Der Ausschuss zur Entwicklung von Empfehlungen für die Inhalte der Rechtsverordnung zur Regelung von Leistungsgruppen und Qualitätskriterien ist in gleicher Zahl besetzt mit Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-SV) einerseits und Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Bundesärztekammer (BÄK) und der Berufsorganisationen der Pflegeberufe andererseits. Die Patientenorganisationen nach § 140f können beratend an den Sitzungen des Ausschusses teilnehmen. Der Ausschuss kann sachverständige Personen zur Beratung hinzuziehen.

Bewertung:

Anforderungen an die Leistungsgruppen und die Qualitätskriterien der Krankenhausbehandlung werden künftig durch eine Rechtsverordnung des BMG festgelegt. Ein vom BMG berufener Ausschuss legt dazu Empfehlungen vor und kann auch Aufträge für Unterstützungsleistungen vergeben. In der Begründung heißt es, dass das Fachwissen der gemeinsamen Selbstverwaltung und der Pflege sachgerecht einzubeziehen sind. Diesem formulierten Anspruch wird die Regelung in §135e Abs. 3 SGB V noch nicht gerecht. Um der Vorgabe zu genügen, sollten neben den bereits berücksichtigten Vertretern des GKV-SV, der DKG, der BÄK, der Berufsorganisationen der Pflegeberufe sowie – beratend – der Patientenorganisationen auch der PKV-Verband gleichberechtigt und seiner Bedeutung entsprechend beteiligt werden. Ebenso wie die Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung einheitlich für alle Patienten gelten, haben die für die Leistungsgruppen festzulegenden Qualitätskriterien eine unmittelbare Relevanz für alle Patienten im Krankenhaus einschließlich der privat Versicherten. Daher ist eine Beteiligung der PKV im Ausschuss dringend geboten.

Ergänzungsvorschlag:

Einfügung eines neuen Satz 6 in § 135e Abs. 3 KHG (neu; die weiteren Sätze verschieben sich entsprechend):

„Dem Ausschuss gehört auch ein vom Verband der Privaten Krankenversicherung bestellter Vertreter an, der auf die Zahl der Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen angerechnet wird.“

Zu Art. 1 Nr. 15 (§ 275a Abs. 3, 5 und 8 SGB V – Vollständige Übermittlung der Gutachten, Bescheinigungen und Mitteilungen des Medizinischen Dienstes an die PKV)

Vorgeschlagene Regelungen:

Der Medizinische Dienst (MD) übermittelt der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) und dem geprüften Krankenhaus das Gutachten über das Ergebnis der Prüfung zur Einhaltung der Qualitätskriterien. Krankenhäuser, die eines oder mehrere Qualitätskriterien einer oder mehrerer Leistungsgruppen über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht einhalten, haben dies unverzüglich dem zuständigen Medizinischen Dienst, der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mitzuteilen. Stellt der Medizinische Dienst fest, dass ein Krankenhaus seiner Mitteilungspflicht nicht oder nicht rechtzeitig nachgekommen ist, informiert er darüber unverzüglich die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde sowie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen. Die Krankenhäuser haben die Bescheinigung über die Einhaltung der Strukturmerkmale den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zu übermitteln. Werden bei der Durchführung einer Prüfung des Medizinischen Dienstes Anhaltspunkte für erhebliche Qualitätsmängel offenbar, teilt der Medizinische Dienst diese dem Krankenhaus und der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mit.

Bewertung:

§ 275a Abs. 3, 5 und 8 SGB V sehen vor, dass die Gutachten des MD zu Qualitätskriterien und Strukturmerkmalen, Mitteilungen zur Nichteinhaltung von Qualitätskriterien der Leistungsgruppen bzw. Strukturmerkmalen, Verstöße gegen Mitteilungspflichten der Krankenhäuser, Bescheinigungen über die Einhaltung der Strukturmerkmale sowie Feststellungen erheblicher Qualitätsmängel der Krankenhäuser der zuständigen Landesbehörde und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zu übermitteln sind. Hier sollte auch der Verband der Privaten Krankenversicherung vollständig einbezogen werden, so dass diesem sämtliche Gutachten, Bescheinigungen und Informationen ebenso zu übermitteln sind. Schließlich dürfen Krankenhäuser, welche die Strukturmerkmale nicht einhalten, die Leistungen mit Privatpatienten nicht vereinbaren und ihnen gegenüber nicht abrechnen, wie auch Krankenhäuser keine Entgelte für Leistungen berechnen dürfen, für die mangels Erfüllung der Qualitätskriterien keine Leistungsgruppe zugewiesen wurde. Folglich muss auch die PKV über diesbezügliche Informationen vollständig verfügen.

Ergänzungsvorschlag:

1. § 275a Abs. 3 Satz 1, 3 und 4 SGB V (neu) werden wie folgt geändert:

„Nach Abschluss des Verfahrens gemäß Absatz 2 Satz 5 übermittelt der Medizinische Dienst der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, **dem Verband der Privaten Krankenversicherung**, dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen und dem geprüften Kran-

*kenhaus auf elektronischem Wege das Gutachten über das Ergebnis der Prüfung. Krankenhäuser, die eines oder mehrere Qualitätskriterien einer oder mehrerer Leistungsgruppen über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht einhalten, haben dies unverzüglich dem zuständigen Medizinischen Dienst, der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen **sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung** auf elektronischem Wege mitzuteilen. Stellt der Medizinische Dienst fest, dass ein Krankenhaus seiner Mitteilungspflicht nach Absatz 3 Satz 3 nicht oder nicht rechtzeitig nachgekommen ist, informiert er darüber unverzüglich die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen **so wie den Verband der Privaten Krankenversicherung.**“*

2. § 275a Abs. 5 Satz 4 SGB V (neu) wird wie folgt geändert:

*„Die Krankenhäuser haben die Bescheinigung nach Satz 3 den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen **sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung** jeweils anlässlich der Vereinbarungen nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung auf elektronischem Wege zu übermitteln.“*

3. § 275a Abs. 8 SGB V (neu) wird wie folgt geändert:

*„Werden bei Durchführung einer Prüfung nach Absatz 1 Satz 1 Anhaltspunkte für erhebliche Qualitätsmängel offenbar, die außerhalb des Prüfauftrags oder Prüfgegenstands liegen, teilt der Medizinische Dienst diese dem Krankenhaus und der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen **sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung** oder bei Prüfungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 dem Krankenhaus und dem jeweiligen Auftraggeber unverzüglich mit.“*

Zu Art. 1 Nr. 22 (§ 283 Abs. 5 SGB V - Unmittelbarer Zugriff der Krankenversicherungen auf die Datenbank des Medizinischen Dienstes Bund)

Vorgeschlagene Regelungen:

§ 283 Abs. 5 SGB V sieht den Zugriff u.a. der zuständigen Landesplanungsbehörde sowie der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen sowie des Verbandes der Privaten Krankenversicherung auf eine einzurichtende Datenbank über die Prüfergebnisse, Mitteilungen und Feststellungen des Medizinischen Dienstes vor.

Bewertung:

Hier sollte vorgesehen werden, dass auch die für die Erstattung von Krankenhausleistungen zuständigen privaten Krankenversicherer unmittelbar Zugriff auf die Datenbank erhalten, damit diese die für die Rechnungsprüfung benötigten Informationen unmittelbar erhalten.

Ergänzungsvorschlag:

§ 283 Abs. 5 Satz 5 SGB V (neu) wird wie folgt geändert:

*„Sobald die Datenbank nach Satz 1 umgesetzt ist, werden die Übermittlungen nach § 275a Absatz 3 Satz 1, 4 und 5, Absatz 5 Satz 4 und Absatz 6 Satz 3 durch Gewährung eines direkten Zugriffs der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde, der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen, **der privaten Krankenversicherungen und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung** sowie des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen auf die jeweils für die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben erforderlichen standortbezogenen Daten ihres Zuständigkeitsgebiets ersetzt.“*

Zu Art. 1 Nr. 26 (§ 426 – Evaluation des KHVVG)

Vorgeschlagene Regelungen:

Das Gesetz soll in seiner Weiterentwicklung (Leistungsgruppen und Einhaltung Qualitätskriterien) und seinen Auswirkungen (Versorgungssituation, Personalstruktur und wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser sowie deren wirtschaftliche Situation) evaluiert werden. Drei Phasen sind vorgesehen: jeweils bis Ende 2029, 2034 und 2039. Beauftragt damit sind die Vertragsparteien DKG, GKV-SV und PKV-Verband.

Bewertung:

Der PKV-Verband wird hier als Vertragspartei in die Evaluation eingebunden. Damit der PKV-Verband seine Aufgaben entsprechend wahrnehmen kann, muss er in den entsprechenden Ausschüssen vertreten und bei den Informationsflüssen berücksichtigt werden. Dies bedingt u.a. die oben zu Art. 1 Nr. 9 eingeforderte Beteiligung im Ausschuss nach § 135e SGB V. Entsprechendes gilt für den gebotenen vollständigen Einbezug der PKV in den Informationsfluss.

Ergänzungsvorschlag:

Kurzfristige Effekte auf die Kostenträger und die Beiträge sollten bereits vor der ersten Analyse 2029 untersucht werden. Hinsichtlich der weiteren genannten Evaluationstermine 2034 und 2039 wären flexiblere Fristen wünschenswert.

Zu Art. 3 Nr. 2 (§ 6a Abs. 2 Satz 1 und 7 KHG - Beteiligung bei Benehmensentscheidungen):

Vorgeschlagene Regelungen:

Abweichend von Absatz 1 Satz 3 kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen dem Krankenhaus Leistungsgruppen zuweisen, deren Qualitätskriterien nicht erfüllt sind, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist und eine Abweichung von den Qualitätskriterien für die Leistungsgruppe nicht nach der Rechtsverordnung aufgrund § 135e Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ausgeschlossen ist. Weiter wird geregelt, dass bei der Entscheidung nach Satz 1 die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich handeln.

Bewertung:

In § 6a Abs. 1 KHG ist vorgesehen, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Krankenhäusern Leistungsgruppen ohne Erfüllung der Qualitätskriterien zuweisen kann. Hier sollte die PKV über ihre Landesausschüsse in gleicher Weise beteiligt werden.

Ergänzungsvorschlag:

1. Änderung des § 6a Abs. 2 Satz 1 KHG (neu):

„(2) Abweichend von Absatz 1 Satz 3 kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen sowie dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung dem Krankenhaus Leistungsgruppen zuweisen, deren Qualitätskriterien nicht erfüllt sind, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist und eine Abweichung von den Qualitätskriterien für die Leistungsgruppe nicht nach der Rechtsverordnung aufgrund § 135e Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ausgeschlossen ist.“

2. Änderung des § 6a Abs. 2 Satz 7 KHG (neu):

„Bei der Entscheidung nach Satz 1 handeln die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen sowie der Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung gemeinsam und einheitlich.“

Zu Art. 3 Nr. 2 (§ 6a Abs. 5 Satz 1 KHG – Beteiligung bei der Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben an Krankenhäuser)

Vorgeschlagene Regelungen:

Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann Krankenhäusern unter den Voraussetzungen nach Satz 3 im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestimmte Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zuweisen.

Bewertung:

Ebenso wie bei der Zuweisung von Leistungsgruppen gem. § 6a Abs. 2 SGB V sollte die PKV auch bei der Zuweisung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben über ihre Landesausschüsse in gleicher Weise beteiligt werden. Diese verfügen über die spezifische Kenntnis der örtlichen Verhältnisse auf Landesebene.

Ergänzungsvorschlag:

Änderung des § 6a Abs. 5 Satz 1 KHG (neu):

„(5) Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann Krankenhäusern unter den Voraussetzungen nach Satz 3 im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen sowie dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung folgende Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zuweisen:

1. Die krankenhäuserübergreifende Koordinierung von Versorgungsprozessen und -kapazitäten, insbesondere bei Großschadenslagen und

2. die Konzeption und die Koordinierung des Einsatzes regionaler, insbesondere telemedizinischer, Versorgungsnetzwerke sowie informationstechnischer Systeme und digitaler Dienste.“

Zu Art. 3 Nr. 3 (§ 6b Abs. 1 Satz 1 KHG – Beteiligung an der Bestimmung eines Krankenhauses als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung)

Vorgeschlagene Regelungen:

Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde bestimmt im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Pflegekassen sowie den Ersatzkassen aus dem Kreis der in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser diejenigen, die über ihren stationären Versorgungsauftrag hinaus sektorenübergreifende Leistungen nach § 115g Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erbringen können und als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung betrieben werden sollen.

Bewertung:

Die Bestimmung von Krankenhäusern als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung betrifft die Krankenhausplanung. Der Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung ist in den Krankenhausplanungsausschüssen der Länder vertreten. Daher ist es geboten, dass er als Benehmenspartner an der Bestimmung mitwirkt.

Ergänzungsvorschlag:

Änderung des § 6b Abs. 1 Satz 1 KHG (neu):

„Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde bestimmt im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Pflegekassen, den Ersatzkassen sowie dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung aus dem Kreis der in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser diejenigen, die über ihren stationären Versorgungsauftrag hinaus sektorenübergreifende Leistungen nach § 115g Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erbringen können und als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung betrieben werden sollen.“

Zu Art. 3 Nr. 6 (§ 12b KHG – Transformationsfonds, Verordnungsermächtigung)

Vorgeschlagene Regelung:

Zur Förderung von Vorhaben der Länder zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung werden dem beim Bundesamt für Soziale Sicherung errichteten Strukturfonds in den Jahren 2026 bis 2035 weitere Mittel in Höhe von insgesamt bis zu 25 Mrd. Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt (Transformationsfonds); die zugeführten Mittel können jährlich höchstens bis zu 2,5 Mrd. Euro betragen zzgl. der in den Vorjahren nicht ausgeschöpften Mittel. Im Falle einer Beteiligung der privaten Krankenversicherung an der Förderung nach Satz 1 erhöht sich das Fördervolumen um den entsprechenden Betrag.

Bewertung:

Die vorgesehene Finanzierung ist insgesamt verfassungswidrig und daher nicht tragfähig. Bei der Schaffung gesundheitlicher Infrastruktur einschließlich der Strukturen in der Krankenhausversorgung handelt es sich um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die nicht aus Beitragsmitteln der Versicherten finanziert werden darf, sondern dem Staat und in der Ordnung des deutschen Krankenhausfinanzierungssystems den Bundesländern allein obliegt. Die Beteiligung der PKV an dieser Stelle ist ausgeschlossen, da § 192 VVG die Versicherer verpflichtet, Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung zu erstatten. Vereinnahmte Beiträge dürfen nicht zur Förderung strukturverbessernder Maßnahmen in den Ländern verwendet werden. Eine Verpflichtung der PKV und ihrer Versicherten verstieße gegen deren Grundrechte aus Art. 12 Abs. 1 (Berufsfreiheit) bzw. Art. 2 Abs. 1 GG (Allgemeine Handlungsfreiheit). Überdies verfügt der Bundesgesetzgeber auch nicht über die erforderliche Gesetzgebungskompetenz für die mit § 12b KHG-E vorgesehene Einrichtung und Finanzierung eines Transformationsfonds, denn Art. 74 Nr. 19a GG lässt keine bundesgesetzlichen Regelungen zu, die in die Krankenhausplanungskompetenz der Länder eingreifen.

Forderung:

Die Regelung ist zu streichen.

Zu Art. 3 Nr. 8 (§ 17b Abs. 4b KHG –Höhe der Vorhaltevergütung)

Vorgeschlagene Regelung:

Die Höhe der Vorhaltevergütung wird, nach Abzug der variablen Sachkosten, auf 60 Prozent der bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen festgelegt. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus wird in § 37 KHG neu beauftragt, in einem hochkomplexen Verfahren das Vorhaltevolumen je Krankenhausstandort und Leistungsgruppe zu berechnen und zu veröffentlichen. Dabei gehen viele Variablen ein, die ein solches Vorhaltevolumen bestimmen und die sich zum Teil dem Einfluss des Krankenhauses entziehen. Es erfolgen zum Teil unterjährig Korrekturen, wenn Standorte Leistungsgruppen verlieren, z.B. mangels Erfüllung der Qualitätskriterien. Korridorfestlegungen für geplante Anpassungen sind eher gegriffen, als dass sie auf empirischen Daten oder Analysen beruhen. Veränderungen von Fallzahlen über Landesgrenzen hinweg werden gar nicht berücksichtigt, weil das zu kompliziert wäre.

Bewertung:

Mit einem 60 Prozent-Anteil Vorhaltevergütung geht das BMG trotz hoher Risiken noch über die Empfehlung der Regierungskommission hinaus: Diese nämlich schlägt in ihrer dritten Stellungnahme und Empfehlung für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung einen differenzierten Umgang mit Vorhaltepauschalen vor. Ausschließlich in Versorgungsbereichen der hohen Daseinsvorsorge, z.B. der Intensiv- und Notfallmedizin, Geburtshilfe und Neonatologie, wird eine Vorhaltevergütung in Höhe von 60 Prozent empfohlen, für alle anderen Bereiche in Höhe von lediglich 40 Prozent.

Es liegen eine Reihe von Stellungnahmen und Gutachten zur geplanten Vorhaltevergütung vor¹, welche auf das hohe Risiko finanzieller Fehlanreize, den massiven Aufwuchs an Bürokratie, rechtliche und verfahrenstechnische Unsicherheiten sowie negative Auswirkungen auf die Versorgungssicherung und das Angebot medizinischer Leistungen insbesondere in Bezug auf Wartezeiten für die Bevölkerung hinweisen.

Viele Rahmenbedingungen und Details in Bezug auf die neue Vergütungsform sind unklar und diffus. Komplexe Auswirkungen, insbesondere bei länderübergreifender Versorgung, Schließung und Insolvenz von Krankenhäusern, sowie der Umgang mit Korrekturen und Rückabrechnungen von Krankenhausrechnungen sind nicht bedacht und geprüft worden. Eine Auswirkungsanalyse liegt ebenso wenig vor. Erste Hochrechnungen und Analysen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus werden für Herbst 2024 erwartet, also erst nach der beabsichtigten Verabschiedung dieses Gesetzes.

Angesichts der existenzbedrohenden Dimension sowohl für die Kostenträger als auch für Krankenhausträger und Länder muss noch einmal vor einer überstürzten Einführung einer so hohen Vorhaltevergütung im Krankenhausbereich gewarnt werden. Das DRG-System ist in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten immer weiter fortentwickelt worden. Es sind Struktur- und Vorhaltekomponenten eingeführt worden, mit denen flexibler im laufenden System auf Anforderungen der Versorgungssicherung und besondere Versorgungsbedarfe reagiert werden kann. Es ist ein Trugschluss, durch einen kompletten Umbau der Finanzierungslandschaft die bisherigen Fehlanreize abschaffen zu können. Im Gegenteil: Es besteht die sehr naheliegende Gefahr, dass außer einer Finanzreform am Ende nichts von der Krankenhausreform übrigbleibt und es zu einer ungeordneten Entwicklung ohne die erwünschte Konsolidierung der Krankenhauslandschaft kommt.

Änderungsvorschlag:

Die vorgeschlagene Vorhaltevergütung sollte geprüft und einer gründlichen, wissenschaftlichen Auswirkungsanalyse unterzogen werden.

Sollte das BMG trotz aller Kritik an einer Vorhaltevergütung festhalten, sollte zumindest deren Höhe auf die von der Regierungskommission vorgeschlagenen 40 Prozent gedeckelt werden.

§ 17b Abs. 4b KHG sollte dann entsprechend wie folgt geändert werden:

In Satz 1 wird die Zahl „60 Prozent“ durch „40 Prozent“ ersetzt.

Als Folgeänderung ergibt sich eine Ersetzung der Zahl „60 Prozent“ durch „40 Prozent“ in den Sätzen 3 und 4.

¹ Siehe u.a. <https://www.pkv.de/verband/presse/meldungen/krankenhausreform-gutachten-warnt-vor-unterversorgung-und-wartelisten/>; <https://www.vebeto.de/studie-vorhaltefinanzierung>;

Zu Art. 3 Nr. 12 (§ 37 Abs. 5 letzter Satz KHG – Veröffentlichung des InEK zum Vorhaltevolumen und zu den Förderbeträgen)

Vorgeschlagene Regelungen:

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht für jeden Krankenhausträger unverzüglich nach Erlass des Bescheides nach Satz 1 sowie nach dessen Aufhebung nach Satz 3 die Höhe des je Krankenhausstandort und je Leistungsgruppe aufgeteilten Vorhaltevolumens nach Absatz 1 Satz 4 sowie die Höhe der standortindividuellen Förderbeträge nach § 39 Absatz 2 Satz 4 barrierefrei auf seiner Internetseite.

Bewertung:

Es ist nicht ersichtlich, dass die Vorhalteentgelte vor ihrer Anwendung durch die Krankenhäuser zwischen den Pflegesatzparteien vereinbart werden oder ihre krankenhauseitige Berechnung zumindest seitens der Kostenträger auf Nachvollziehbarkeit überprüft worden sein müsste. Dies ist für eine sichere Leistungsabrechnung und Erstattung seitens der PKV erforderlich. Es sollte daher dringend vorgesehen werden, dass vor der Bescheidung gem. § 37 Abs. 5 Satz 1 KHG die Kostenträger über die aufgeteilten Vorhaltevolumen informiert werden und die Kostenträger als Benehmenspartner die Vorhaltevolumen bestätigen. Die Nichtberücksichtigung der Kostenträger bei der Festlegung der Vorhalteentgelte ist inakzeptabel und systemwidrig. Die jetzt vorgesehene nachträgliche Veröffentlichung der Information zu den Vorhaltevolumen und Förderbeträgen ohne vorherigen Einbezug der Kostenträger ist noch nicht ausreichend.

Unterjährige prozentuale Zuschläge auf Vorhalteentgelte gemäß § 6b Abs. 3 KHEntgG sollten zudem nicht nur eine glaubhaft darzulegende Anzeige der Krankenhäuser, sondern auch eine Bestätigung durch die Kostenträger voraussetzen. Zudem sollte die Glaubhaftmachung gegenüber dem PKV-Verband und nicht dem PKV-Landesausschuss erfolgen.

Änderungsvorschlag:

Änderung des Satz 1 in § 37 Abs. 5 KHG:

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erlässt im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Pflegekassen, den Ersatzkassen sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung jährlich bis zum 10. Dezember eines Jahres für das Folgejahr, erstmals bis zum 10. Dezember 2026 für das Jahr 2027, gegenüber dem Krankenhausträger einen Bescheid über die Höhe des je Krankenhausstandort und je Leistungsgruppe aufgeteilten Vorhaltevolumens nach Absatz 1 Satz 4 sowie über die Höhe der standortindividuellen Förderbeträge nach § 39 Absatz 2 Satz 4.

Zu Art. 4 Nr. 6 (§ 6b Abs. 3 Satz 3 KHEntgG - Mitteilung über den 10-Prozent-Zuschlag)

Vorgeschlagene Regelungen:

Das Krankenhaus hat sein Verlangen bezogen auf das erste Quartal bis zum 31. März und bezogen auf das zweite Quartal bis zum 30. Juni des laufenden Jahres gegenüber den anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, dem

Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung sowie der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde auf elektronischem Wege anzuzeigen und die voraussichtliche Unterschreitung nach Satz 1 hierbei glaubhaft darzulegen.

Bewertung:

Bei der Berechnung der Vorhaltevergütung, von diesbezüglichen Zuschlägen (§ 6b Abs. 3 KHEntgG) und Ausgleichsbeträgen (§ 6b Abs. 4 KHEntgG) sowie für die Ermittlung von Mehr- oder Mindererlösausgleichen (§ 4 Abs. 3 KHEntgG) ist vorzusehen, dass auch die PKV-Fälle vollständig einbezogen werden einschließlich der Fälle in ggf. vorhandenen verbundenen Einrichtungen nach § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG (ausgegliederte Privatkliniken).

Ergänzungsvorschlag:

1. Änderung des § 4 Abs. 2 Satz 1 KHEntgG:

„Das Erlösbudget wird leistungsorientiert ermittelt, indem für die voraussichtlich zu erbringenden Leistungen einschließlich der Leistungen in verbundenen Einrichtungen nach § 17 Absatz 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Art und Menge der Entgelte nach Absatz 1 Satz 1 mit der jeweils maßgeblichen Entgelthöhe multipliziert werden.“

2. Einfügung eines neuen Satz 2 in § 6b Abs. 3 KHEntgG (neu; weitere Sätze verschieben sich entsprechend):

„Satz 1 gilt nicht, wenn eine Einrichtung nach § 17 Absatz 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mit dem Krankenhaus verbunden ist.“

3. Einfügung einer neuen Nr. 2 in § 6b Abs. 4 Satz 1 KHEntgG (neu; die weiteren Nummern verschieben sich entsprechend):

„Mindererlöse eines Krankenhauses, mit dem eine Einrichtung nach § 17 Absatz 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes verbunden ist, werden nicht ausgeglichen.“

Zu Art. 4 Nr. 6 (§ 6c Abs. 1 Satz 1 KHEntgG - Beteiligung der PKV und Information über die Tagesentgelte für sektorenübergreifenden Einrichtungen)

Vorgeschlagene Regelungen:

Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren für ein Krankenhaus nach § 115g Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die ihm vom Land zugewiesenen voll- und teilstationären Leistungen sowie für die medizinisch-pflegerische Versorgung nach § 115h des Fünften Buches Sozialgesetzbuch unter Beachtung des Versorgungsauftrags des Krankenhauses nach § 8 Absatz 1 Satz 3 sowie der Vorgaben nach § 9 Absatz 1 Nummer 10 ein finanzielles Gesamtvolumen (Gesamtvolumen).

Bewertung:

Nach § 6c Abs. 1 und 6 KHEntgG vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG/§ 18 Abs. 2 KHG die Tagesentgelte der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen. Die PKV ist hier bislang nicht als Vertragspartner oder Beteiligter im Gesetzestext

benannt. Es ist ein Status der PKV als Beteiligter wie im normalen Pflegesatzverfahren nach § 18 Abs. 1 KHG vorzusehen. Ebenso muss bestimmt werden, dass die Entgeltvereinbarungen unverzüglich dem PKV-Verband zu übermitteln sind.

Ergänzungsvorschläge:

In § 6c Abs.1 KHEntgG (neu) wird ein neuer Satz 2 eingefügt (die weiteren Sätze verschieben sich entsprechend):

„Der Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung kann sich an der Vereinbarung beteiligen.“

In § 6c Abs. 6 KHEntgG (neu) wird folgender Satz angefügt:

„§ 18 Absatz 1 Satz 2 bis 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gelten entsprechend.“

Zu Art. 4 Nr. 10 (§ 10 Abs. 5 und 10 KHEntgG – Vollständige Tariflohnrefinanzierung für alle Beschäftigtengruppen und Anwendung des vollen Orientierungswertes).

Vorgeschlagene Regelungen:

Gemäß § 10 Abs. 5 KHEntgG sollen Tarifierhöhungen für Löhne und Gehälter von Krankenhausbeschäftigten erstmals beim Landesbasisfallwert für das Jahr 2024 unterjährig und vollständig berücksichtigt werden. Es soll eine vollständige Tariflohnrefinanzierung für alle Beschäftigtengruppen eingeführt und geregelt werden, dass die Erhöhungsraten auf Verlangen einer Vertragspartei bereits unterjährig im Landesbasisfallwert für das laufende Kalenderjahr berücksichtigt wird.

Gemäß § 10 Abs. 10 KHEntgG i.V.m. § 10 Abs. 6 und § 9 Abs. 1b KHEntgG soll gewährleistet werden, dass der volle Orientierungswert bereits im Jahr 2025 für die somatischen Krankenhäuser finanzwirksam wird.

Bewertung:

Während zuvor eine vollständige Refinanzierung der Kosten für das Pflegepersonal durch das Pflegebudget und für alle anderen Beschäftigtengruppen eine Teil-Refinanzierung erfolgt sind, wird durch die Änderung eine vollständige Übernahme aller tariflichen Lohn- und Gehaltssteigerungskosten durch die Kostenträger eingeführt. Durch diese Änderungen wird das aus guten Gründen vor Jahrzehnten aufgegebene Selbstkostendeckungsprinzip wiedereingeführt. Es drohen massive finanzielle Fehlanreize und es ist nicht zu erwarten, dass den erhöhten Kosten entsprechende Vorteile bei der Behandlungsqualität gegenüberstehen. Die besondere derzeitige Refinanzierungsnot der Krankenhäuser besteht in der Kombination aus hoher Inflation sowie Ausgabensteigerungen bei den Energiekosten, die sich auch in hohen Lohn- und Gehaltsanpassungen niederschlagen. Diese Effekte sind in ihrer Dynamik zeitlich beschränkt und es ist zu erwarten bzw. auch schon durch eine abflachende Inflation zu beobachten, dass wir zum vorherigen Normalmaß zurückkehren.

Änderungsvorschlag:

Die vollständige Refinanzierung außerhalb des Pflegebudgets sollte eine Ausnahme darstellen und zeitlich auf die Jahre 2025 und 2026 befristet werden.

Zu Art. 5 Nr. 1 und 3 (§ 3 Abs. 5 und § 9 Abs. 1 Nr. 5 BPflV – Vollständige Tariflohnrefinanzierung für alle Beschäftigtengruppen und Anwendung des vollen Orientierungswertes)

Vorgeschlagene Regelungen:

Korrespondierend zum somatischen Bereich soll auch für die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser eine vollständige Tarifrefinanzierung für alle Beschäftigtengruppen sowie eine frühzeitige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen noch im laufenden Kalenderjahr eingeführt werden.

Ebenso soll auch bei psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen die Anwendung des bisherigen anteiligen Orientierungswerts durch die Anwendung des vollen Orientierungswerts ersetzt werden.

Bewertung:

Die Einführung des Selbstkostendeckungsprinzips ist auch hier problematisch. Es wird auf die Bewertung zu Art. 4 Nr. 10 verwiesen.

Änderungsvorschlag:

Die vollständige Refinanzierung sollte eine Ausnahme darstellen und zeitlich auf die Jahre 2025 und 2026 befristet werden.