

Einschätzungen der BKG-Geschäftsstelle zum KHVVG-Referentenentwurf

(Stand 13.3.2024)

Nachstehend sind die wichtigsten und dringlichsten Kritikpunkte nach einer ersten Prüfung der BKG-Geschäftsstelle am (inoffiziellen) KHVVG-Referentenentwurf, dargestellt.

Keine falschen Versprechen

Das BMG rechnet mit schnellen "Effizienzgewinnen". Bereits ab 2025 sollen die Kassen 330 Millionen Euro sparen können. Diese Minderausgaben sollen 2026 bereits „*bei einer Milliarde Euro liegen und dann jährlich um eine weitere Milliarde Euro steigen*“.

Wir halten Aussagen des Bundesgesundheitsministers wie „*kleine Kliniken retten wir zuerst*“ für höchst problematisch, zumal keine Lösung der akuten Finanzprobleme in 2024 (vermögenswirksam; nicht nur Liquidität) auf den Tisch liegt und keine ausreichenden Reduzierungen der Struktur-/Personalvorgaben - einschl. der Erfüllung der Basisnotfallstufe (G-BA) - vorgesehen sind.

Aufgrund weiterhin fehlender Auswirkungsanalyse und einer erst sehr spät (Ende 2029) vorgesehenen Evaluation handelt es sich beim KHVVG um ein Gesetz mit enormer Auswirkung weitgehend „im Blindflug“.

Laut Referentenentwurf sollen zwar Allgemeine Innere und Allgemeine Chirurgie in höchstens 30 Minuten per Auto und die übrigen Leistungsgruppen in maximal 40 Minuten erreichbar sein. Aber für dieses Ziel gibt es keine belastbaren finanziellen Lösungen (der Sicherstellungszuschlag wird nur sehr geringfügig erhöht; die Vorhaltefinanzierung erhöht bei gleichen Leistungen nicht die Erlöse). Ein Haus mit Allg.IN und Allg.CHI könnte ggf. eher als Level 1i-Haus geführt werden können, wenn sich das KHVVG nicht ändert. Wirksam greifen könnte eine Ausnahmeregelung allenfalls bei 40 Min. Fahrtzeit und einer ausreichenden Zahl betroffener Einwohner (nach Länderregelung) aufgrund eines dann möglichen ausreichenden Leistungsspektrums (womit dann auch die Strukturen einer Basisnotfallstufe wirtschaftlich und personell betreibbar sein könnten).

Daraus leiten wir diese Forderungen ab:

- Ehrlichkeit gegenüber der Bevölkerung und Vermeidung weiterer Verunsicherung sowohl aus bundes- als auch landespolitischer Ebene: Der Strukturwandel läuft schon und kann jetzt nicht durch vage Versprechen plötzlich gestoppt werden
- Forderung der Wiederherstellung der Regelungen zur Notfallversorgung für Sicherstellungshäuser wie vor 2023 (G-BA-Regelungen)
- Level 1i-Optionen sind als Chance zu begrüßen, aber es fehlt ein Konzept für eine klare Regelung zu einer integrierten Notfallversorgung an diesen Standorten

Kurzfristige Finanzierung

Eine pauschale Anhebung der Landesbasisfallwerte für das Jahr 2024 ist nicht vorgesehen, so dass die bestehende massive Unterfinanzierung der Krankenhausleistungen aus den Vorjahren unverändert bestehen bleibt.

Ab dem Jahr 2025 ist für den Fall, dass der Orientierungswert höher ist als die Veränderungsrate, der Verhandlungskorridor auf Bundesebene von einem Drittel (bzw. BPfIV 40%) der Differenz bis zum vollen Orientierungswert erweitert (unter Berücksichtigung „*bereits anderweitig finanzierte Kostensteigerungen*“). Ist die Veränderungsrate höher als der Orientierungswert (damit rechnen wir für 2025!) wird diese wie bisher zur Obergrenze = die Änderung gem. KHVVG hätte für 2025 überhaupt keine Wirkung.

Die Neuregelung gilt ab dem Orientierungswert für das Jahr 2025. Ob der „bis zum 31.10.2024“ unter der alten Regelung vereinbarte Veränderungswert *retrospektiv* ersetzt und der L-BFW neu für 2024 vereinbart werden soll, ist u.E. im Gesetzesentwurf unklar! Außerdem wäre dies lediglich ein Verhandlungskorridor und es ist völlig offen, inwieweit sich diese Regelung tatsächlich beim Landesbasisfallwert auswirken würde. Zu begrüßen ist, dass die Tarifraten ab dem Jahr 2024 die Personalkostensteigerungen zu 100 Prozent berücksichtigen soll und weitgehend alle Tatbestände erfasst werden.

Daraus leiten wir diese Forderungen ab:

- Verbindliche Zusagen zur Finanzwirksamkeit für 2024 und 2025 mit konkreten Zahlen; die kumulierte Inflationslücke zwischen 2022 – 2024 muss basiswirksam ausgeglichen werden (= Bundesratsforderung)!
- Bei der Tarifraten ist klarzustellen, dass auch „sonstige Kostensteigerungen“ (worunter die Schiedsstelle zusätzliche Kosten subsumiert, die aufgrund zusätzlicher Urlaubstage oder erhöhter Freizeitausgleiche bei Bereitschaftsdiensten resultieren) enthalten sind. Diese Tarifbestandteile sollten unbedingt als relevanter Tatbestand im Gesetz oder in der Gesetzesbegründung benannt sein.
- Die unterjährige Anpassung der Tarifraten sollte automatisch erfolgen und nicht „neu verhandelt“ werden müssen.
- Bei der Ermittlung der Tarifraten müssen auch Kostensteigerungen aus dem Vorjahr erfasst werden, wenn diese nicht bereits finanziert worden sind (wichtig hinsichtlich mehrjähriger Tarifverträge bzw. hinsichtlich Einmalzahlungen die im Vorjahr nicht finanziert worden sind aber im Folgejahr ansonsten „technisch“ zu einem nicht sachgerechten Abzug führen)

Ohne eine verlässliche Finanzierungsabsicherung für 2024 werden die Krankenhäuser weiter protestieren.

Leistungsgruppen

Die etwas besseren Ausnahmetatbestände sind zu begrüßen. Allerdings laufen diese Regelungen in besonders strukturschwachen Regionen ins Leere, wenn es bei der Erfüllung der Strukturvorgaben für die Basisnotfallstufe keine Ausnahmemöglichkeiten gibt. Bei den neu beschriebenen Leistungsgruppen sind nun auch die Struktur- und Personalvorgaben benannt.

Daraus leiten wir diese Forderungen ab:

- Ausnahmen von den Strukturvorgaben (30-/40-Min.-Regelung) müssen auch für die Basisnotfallstufe gelten
- Bei zulässigen Ausnahmen von den Strukturvorgaben darf es keine Schlechterstellung dieser Kliniken im „Klinik Atlas“ geben
- Insbesondere die Struktur-/Personalvorgaben für die Infektiologie erscheinen zu hoch zu sein für eine ausreichende Flächendeckung
- Unklar ist, welche Auswirkungen die neuen Leistungsgruppen auf die NRW-Leistungsgruppen haben (bei welchen NRW-Leistungsgruppen werden die neuen LG zur zusätzlichen Bedingung gemacht?)
- Die Vorgaben zur LG Notfallmedizin und zur Basisnotfallstufe nach G-BA sollten deckungsgleich sein
- Bei der Erfüllung von Strukturvorgaben sollten telemedizinische Netzwerke zwischen Zentren und wohnortnahen Krankenhäusern besser berücksichtigt werden

Vorhaltefinanzierung

Ein wesentlicher Inhalt des KHVVG ist die Einführung der Vorhaltefinanzierung. Nach Aussagen des BMG „sollen Kliniken künftig 60 Prozent der Vergütung allein schon dafür bekommen, dass sie Leistungen vorhalten“.

Diese medial verbreitete Behauptung vermittelt falsche Hoffnungen einer „Entökonomisierung“, die es praktisch überhaupt nicht geben wird, wie durch die Vebeto-Auswirkungsanalyse dargestellt wurde. Im Gegenteil ist mit Fehlanreizen einer zeitpunkt- und korridorbezogenen Mengensteuerung zu rechnen, die am tatsächlichen Versorgungsbedarf der Patienten vorbei gehen. Es ist verwunderlich, warum diese Regelungen im Referentenentwurf nicht nachgebessert worden sind.

Daraus leiten wir diese Forderungen ab:

- Ehrlichkeit gegenüber der Bevölkerung, dass es sich um ein Instrument der Koppelung von Leistungsgruppen an das DRG-System handelt mit zeitweiliger Budget-Wirkung (nach unten und nach oben).
- Anstelle der komplexen Regelungen zu den LG-Vorhaltesystem im KHVVG (weltweit einmalig) wären gezielt höhere Zuschläge für unterfinanzierte Bereiche mit schwankender Auslastung (Intensivmedizin, Notfallversorgung...) und höhere Zuschläge für Sicherstellungshäuser deutlich zielgenauer
- Das BMG soll eine eigene Auswirkungsanalyse erstellen, wenn der Vebeto-Analyse nicht geglaubt wird
- (Anmerkung: dieses System der Vorhaltefinanzierung gem. KHVVG dürfte mit kleinen Korrekturen nicht ausreichend nachgebessert werden können)

Mindestvorhaltezahlen

Kliniken sollen gem. KHVVG-Entwurf künftig Mindestvorhaltezahlen pro Leistungsgruppe erfüllen, die durch eine ergänzende Rechtsverordnung konkretisiert werden sollen. Die Grundlage für Mindestvorhaltezahlen soll u.a. das InEK liefern. Bisher existiert keine bekannte empirische Evidenz für flächendeckende Mindestzahlen bei Leistungsgruppen hinsichtlich Patientensicherheit bzw. Patientennutzen (zumal sowieso Strukturvorgaben vom MD vorab geprüft werden). Wenn diese Regelung im KHVVG fest verankert wird, ist diese Regelung bereits in der Welt, auch wenn es die Rechtsverordnungen erst folgen. Damit wird sofort enormer Druck auf viele Kliniken ausgeübt (z.B. hinsichtlich ärztlicher Stellenbesetzungen).

Daraus leiten wir diese Forderungen ab:

- Klarstellung, dass diese Regelung allenfalls eine „Kann-Regelung“ für wenige Leistungsgruppen sein kann, wenn es dafür eine klare Evidenz bezüglich Patientensicherheit gibt (bei „großen“ LG ist diese Regelung besonders schwierig)
- Die Mindestvorhaltezahlen dürfen nicht zu einer so großen Leistungskonzentration führen, dass „Leistungsmonopole“ entstehen
- Klarstellung, wie diese Regelung im Kontext der G-BA-Mindestmengen abgestimmt werden muss

Onkologische Chirurgie bzw. onkologische Operationen

In der Onkologie plant das BMG über das KHVVG besondere Einschränkungen, wenn Kliniken eine Mindestzahl bei bestimmten Operationen unterschreiten (Summe der kleinsten Kliniken, die 15 % der Leistungen durchführen, soll diese Behandlungen nicht mehr abrechnen dürfen).

Daraus leiten wir diese Forderungen ab:

- Auch wenn grundsätzlich ist eine Leistungskonzentration nachvollziehbar ist, fehlt eine Auswirkungsanalyse
- Klarstellung, warum diese Regelung mit 15 % erforderlich ist bzw. wieso das Ziel nicht über andere Instrumente wie Mindestmengen zu regeln ist
- Klarstellung, dass auch in diesem Fall die „Notfallregelung“ gilt
- Klarstellung, welche Operationen konkret davon betroffen sein sollen

Zuschläge für Koordination und Vernetzung

Grundsätzlich sind Mittel zur Koordination und Vernetzung zu begrüßen. Allerdings gibt es etablierte Netzwerke, die neben Uniklinika auch von Maximalversorgern geführt werden. Diese etablierten Strukturen sollten nicht gefährdet werden. Spezialkompetenzen bei allen Maximalversorgern sollten zur Vernetzung genutzt werden können.

Daraus leiten wir diese Forderungen ab:

- Diese Mittel sollten nach konkreter Vernetzungsrolle auch für Koordinations-/Vernetzungsaufgaben durch Maximalversorger genutzt werden können

Transformationsfonds

Eine wichtige Ergänzung im KHVVG-Referentenentwurf sind die gesetzlichen Regelungen für den angekündigten Transformationsfonds (50 Milliarden Euro), der aber erst ab 2026 zur Verfügung stehen sollen

Daraus leiten wir diese Forderungen ab:

- Bereits laufende Transformationen dürfen hinsichtlich Förderungen nicht schlechter gestellt werden als Vorhaben, die erst 2026 beginnen. D.h. entweder gibt es einen nahtlosen Übergang aus einem verlängerten und aufgestockten Krankenhaus-Strukturfonds (mit inhaltlicher Anpassung) oder der Transformationsfonds muss früher gelten
- Der Transformationsfonds darf nicht nur nutzbar sein, wenn Konzentrationsprozesse zur Erfüllung von Qualitätsvorgaben oder Mindestvorhaltezahlen notwendig sind
- Dieser Fonds darf nicht daran scheitern, dass weder Bund noch PKV in die Bereitstellung der Mittel eingebunden sind

Bürokratie

Über sechs Seiten hinweg wird der Bürokratieaufwand für die Wirtschaft (Krankenhäuser) beschrieben. Die Begründung des Gesetzestextes listet über 30 Themen auf, die die Krankenhäuser zusätzlich belasten!

Dagegen fehlen konkrete Maßnahmen zum Bürokratieabbau.

Die Umstellung von der Einzelfallprüfung auf die Stichprobenprüfung ist zwar grundsätzlich zu begrüßen, aber der gesetzliche Regelungsrahmen ist viel zu unklar und könnte sogar zu mehr Aufwand führen als die bisherigen Regelungen mit den 5 – 15 %-Prüfquoten.

Daraus leiten wir diese Forderungen ab:

- Es müssen konkrete Maßnahmen zum Abbau von Bürokratie auf den Tisch
- Die neuen Regelungen müssen hinsichtlich Bürokratie und Regelungswirkung aus Praxissicht geprüft werden. Es muss Ziel des Gesetzgebungsverfahrens sein, die Komplexität des Gesetzes und die Bürokratieaufwände deutlich zu reduzieren.

KHVVG zustimmungsfrei

Ob das KHVVG tatsächlich zustimmungsfrei sein kann, wäre vermutlich kritisch zu prüfen. Regelungen wie zu den Leistungsgruppen und Mindestvorhaltezahlen werden die Krankenhausplanung der Länder konkret beeinflussen und praktisch bestimmen.