



Stellungnahme des IKK e.V.

zum

Gesetzentwurf zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen

(Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG vom 14.05.2024)

23.09.2024

IKK e.V.

Hegelplatz 1

10117 Berlin

030/202491-0

info@ikkev.de

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen	3
Änderungsbedarf	9
1. Leistungsgruppen §§ 135e SGB V, 6a KHG (neu).....	9
2. Qualitätskriterien und -sicherung §§ 135e, 136 SGB V (neu).....	10
a. Kooperationen und Verbünde	11
b. PKW Fahrzeitminuten	11
c. Anrechnung von Ärzten auf mehrere Leistungsgruppen.....	12
3. Mindestvorhaltezahlen § 135f SGB V (neu)	12
4. Vorhaltebudget § 6b KHEntgG (neu)	12
5. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen §§ 115g SGB V, 6b KHG (neu).....	14
a. Grundsätzliches	14
b. Finanzierung	16
6. Finanzierungsinstrumente	16
a. Transformationsfonds § 12b KHG (neu).....	17
b. Erhöhung LBFW, Psychiatriebudgets und vollständige Tarifkostenfinanzierung § 10 Absatz 5 KHEntgG (neu).....	18
c. Förderbeträge für bedarfsnotwendigen ländliche Krankenhäuser § 5 Absatz 2a Satz 1 KHEntgG (neu).....	19
d. Förderbeträge zusätzlich zum Vorhaltevolumen der Leistungsgruppe, § 39 KHG (neu)	20
e. Abrechnungsprüfung, § 17c Absatz 1a KHG (neu).....	20
f. Streichung Fixkostendegressionsabschlag § 4 Absatz 2a KHEntgG (neu).....	22

Grundsätzliche Anmerkungen

Das Gesetzgebungsverfahren zum KHVVG ist seit langem überfällig, denn nicht nur aus Sicht der Innungskrankenkassen ist eine Krankenhausstrukturreform dringend erforderlich, um eine wirklich qualitätsorientierte medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten im stationären Bereich zu gewährleisten. So hatte richtigerweise die Dritte Stellungnahme der Regierungskommission eine engere Verzahnung der Sektoren in der Planung und Finanzierung empfohlen, um stationäre Überversorgung zu reduzieren, regionaler Unterversorgung entgegenzuwirken, die Effizienz der Gesundheitsversorgung zu steigern und Fachkräfte ihrer Qualifikation entsprechend einzusetzen.

Mit dem vorgelegten Gesetzentwurf will der Gesetzgeber nun vor allem folgende Ziele verfolgen: Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung, Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität sowie Effizienzsteigerung und Entbürokratisierung.

Um diese Ziele zu erreichen, sollen die Krankenhäuser künftig eine Vorhaltevergütung für Leistungsgruppen erhalten, die ihnen durch die Planungsbehörde der Länder zugewiesen werden und deren Qualitätskriterien sie erfüllen. Ausgangspunkt dafür sind die Vorarbeiten in Nordrhein-Westfalen (NRW), die bei inhaltlichem Bedarf entsprechend erweitert werden sollen.

Leider enttäuschen jedoch die zunächst gut angedachten Reformvorschläge im Hinblick auf ihre gesetzliche Umsetzung in wesentlichen Punkten. Zum einen, weil auch in diesem Gesetzgebungsverfahren auf eine frühe Einbeziehung der Selbstverwaltung (u. a. die Gesetzliche Krankenversicherung, GKV), aber auch der Länder verzichtet worden ist. Diese hätten von Beginn an die Empfehlungen der Regierungskommission mitbegleiten müssen. Die aus diesem Unterlassen resultierenden Komplikationen und Zeitverzögerungen sehen wir jetzt. Zum anderen stellt der Gesetzentwurf in der Sache weniger eine Struktur- denn eine Finanzreform dar. Letztere geht – mit zum Teil verfassungsrechtlich höchst bedenklichen Regelungen u. a. zur Finanzierung des Transformationsfonds – zu Lasten der schon jetzt erheblich unter Druck stehenden GKV und deren Beitragszahlenden. Aber auch inhaltlich bleiben die vorgesehenen Regelungen hinter den Empfehlungen der Regierungskommission deutlich zurück.

Planung der Leistungsgruppen derzeit nicht ausreichend

Die Siebente Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung hatte noch vielversprechend ausgeführt: *„Durch eine klare, bundeseinheitliche Zuweisung von Leistungsgruppen mit Mindestqualitätsvoraussetzungen entstehen für die vorgeschlagenen Level Versorgungsstufen, die zu mehr Qualitätstransparenz für die Bevölkerung führen.“*

Die entsprechende Zielsetzung – insbesondere, dass durch die Leistungsgruppen eine klare Strukturierung, ein Ausbau des Ambulantisierungspotentials sowie eine Vereinheitlichung der Krankenhauslandschaft erfolgen sollte – wurde von den Innungskrankenkassen ausdrücklich begrüßt. Allerdings hat der Gesetzgeber diese Intention mit dem vorliegenden Gesetzentwurf unverhältnismäßig aufgeweicht. So bleibt die dafür so wichtige Definition der Leistungsgruppen nur vage und ist einer zukünftigen Rechtsverordnung vorbehalten, die der Zustimmung der Bundesländer bedarf und erst zum 1. Januar 2027 in Kraft treten soll.

Sofern die Leistungsgruppen in NRW zunächst als „Blaupause“ dienen sollen, ist hier die Umsetzung nicht konsequent, da nicht alle Regelungen aus NRW übernommen werden. Zudem bezieht sich der Gesetzentwurf nach wie vor ausschließlich auf den Bereich der Somatik, was ebenfalls nicht sachgerecht ist. Im Rahmen einer umfassenden Krankenhausreform wäre insofern der derzeitige Leistungsgruppenkatalog (Artikel 1 Nummer 25, Anlage 1 zu § 135e SGB V) im Hinblick auf Vollständigkeit noch einmal zu überarbeiten.

Keine hinreichende Qualitätssicherung insbesondere durch die Selbstverwaltung

Des Weiteren gewährleisten die derzeit vorgesehenen Qualitätsanforderungen der Leistungsgruppen aufgrund ihrer nur geringen Differenzierung keine wirkliche Qualitätssicherung für die Patientinnen und Patienten. Denn sie werden weder den Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zum Patientenschutz gerecht, noch können auf dieser Grundlage relevante Vorhaltekosten abgebildet werden.

Daran anknüpfend wäre insgesamt für die Festlegung und Weiterentwicklung der Qualitätskriterien bei den Leistungsgruppen eine stärkere Einbindung der Selbstverwaltung (insbesondere des G-BA) zweckdienlich und unverzichtbar. Dass diese nunmehr allein dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sowie den Bundesländern vorbehalten sein soll, ist im Hinblick auf eine wirklich qualitätsorientierte Versorgung alles andere als sachgerecht. Mit Blick insbesondere auf die Länder steht hier zu befürchten, dass weniger die Qualität denn der Wunsch nach Strukturerehalt (Beibehaltung Status Quo) weiterhin im Vordergrund stehen. Der Aspekt der Bedarfsnotwendigkeit findet im Gesetzentwurf zu wenig Berücksichtigung.

Was die Festlegung von Mindestanforderungen zu Strukturen, Prozessen und Ergebnissen angeht, will der Gesetzgeber auch hier sehenden Auges auf die bewährte Expertise des G-BA zum Nachteil der Patientinnen und Patienten verzichten. Denn dieser soll nur noch dann zuständig sein, soweit die Festlegung von Mindestanforderungen die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen ergänzen und nicht im Widerspruch zu ihnen stehen. Damit besteht auch hier die Gefahr, dass die Bundesländer ihnen nicht genehme Quali-

tätsvorgaben seitens des G-BA unterlaufen können – und das auf Kosten einer evidenzbasierten medizinischen Versorgung. Dies ist eine Missachtung der Selbstverwaltung (hier des G-BA) und eine Entwicklung in Richtung Staatsmedizin, die wir schon im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Gesundes-Herz-Gesetz (GHG) kennenlernen mussten. Man kann nur hoffen, dass – nachdem beim GHG zum Teil nachgebessert wurde – nun auch beim KHVVG die Einsicht obsiegt.

Zu viele Ausnahmetatbestände zu Gunsten der Bundesländer – insbesondere im Bereich Mindestvorhaltezahlen und Vorhaltefinanzierung

Problematisch ist zudem, dass – anders als noch von der Regierungskommission vorgesehen – den Bundesländern unangemessen viele Ausnahmetatbestände und „Ausweichmöglichkeiten“ eingeräumt werden. Dies gilt insbesondere für die Bereiche „Mindestvorhaltezahlen“ und „Vorhaltefinanzierung“.

Im Hinblick auf eine qualitativ bessere stationäre Versorgung begrüßen die Innungskrankenkassen zwar ausdrücklich die Einführung von *Mindestvorhaltezahlen*, da die damit verbundene Leistungskonzentration den Patientinnen und Patienten zu Gute kommt und Behandlungsfehler dadurch reduziert werden. Dabei sind in eng begrenzten (!) Fällen auch Ausnahmen im Sinne der Sicherstellung der Versorgung zuzulassen. Keinesfalls darf es jedoch zu einer Umkehrung der Ausnahme in die Regel geben. Mit der später vorgesehenen Rechtsverordnung, welche der Zustimmung der Bundesländer bedarf, wird jedoch genau diese Gefahr gesetzt. Dem gilt es schon jetzt entgegenzuwirken. Damit die Einhaltung von Mindestfallzahlen auch tatsächlich in der Praxis ihre Umsetzung findet, ist es erforderlich, einen Leistungsausschluss für den Fall ihrer Unterschreitung gesetzlich zu verankern. Ansonsten besteht – ähnlich der bislang nicht durchsetzbaren Verpflichtung der Länder, ihre Investitionskosten zu zahlen – das Risiko, dass eine Qualitätsverbesserung den Patientinnen und Patienten nicht zu Gute kommen wird.

Was die Regelung der *leistungsunabhängigen Vorhaltefinanzierung* angeht, so wird diese von den Innungskrankenkassen grundsätzlich positiv, wenn auch zu sehr am Status Quo orientiert, bewertet. Allerdings sind auch hier erneut zu viele Ausnahmetatbestände für die Länder vorgesehen. Der Gesetzgeber ist deshalb gefordert, die Vorhaltefinanzierung nach dem Bedarf der zu versorgenden Patientinnen und Patienten zu berechnen. Der diesbezüglich vom GKV-Spitzenverband gemachte Vorschlag, nicht an historisch erbrachte Leistungen anzuknüpfen, sondern populationsbezogen unter Berücksichtigung der Kapazität eines Krankenhausstandorts zu ermitteln, wird ausdrücklich unterstützt.

Abschließend gilt: Sofern Mindestqualitätsvoraussetzungen sowie die geplante Vorhaltefinanzierung in eng begrenzten Fällen Ausnahmetatbestände zur Versorgungssicherheit

vorsehen, sind diese verbindlich durch klare und insbesondere bundeseinheitliche Vorgaben im berechtigten Interesse der Patientinnen und Patienten festzulegen.

Keine vornehmlich die Beitragszahlenden belastende Finanzierung

Ursprünglich war die Krankenhausreform vom BMG als „kostenneutral“ für die GKV ausgewiesen worden. Im Gesetzentwurf werden denn auch als Entlastung ab dem ersten Jahr der Reform 2025 Minderausgaben für die GKV durch angebliche Effizienzgewinne in Aussicht gestellt werden. Doch hierfür fehlt es an jeglicher transparenten Berechnungsgrundlage, weshalb sie allenfalls als eine Zusicherung „ins Blaue hinein“ zu verstehen ist.

Im Gegensatz dazu ist nun vorgesehen, dass die verwässerte Krankenhausstrukturreform wieder einmal in höchst bedenklicher Weise zu Lasten der Beitragszahlenden finanziert werden soll. Neben der Anhebung der Landesbasisfallwerte, der bereits unterjährigen Übernahme aller Tarifikostensteigerung sowie den kurzfristigen Finanzhilfen für die Krankenhäuser und höheren Zuschläge für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum ist hier vor allem die derzeit geplante Finanzierung des Transformationsfonds zu nennen.

- *Keine verfassungsrechtlich bedenkliche Finanzierung des Transformationsfonds*

Dieser soll hälftig in Höhe von 25 Milliarden Euro aus Mitteln des Gesundheitsfonds, also aus Beitragsgeldern, finanziert werden.

Dies wird nicht nur von den Innungskrankenkassen und dem GKV-System aus durchgreifenden Gründen abgelehnt. Denn damit werden erneut verfassungsrechtlich höchst bedenklich – wie es auch das Gutachten von Frau Prof. Felix mit Hinweis auf die langjährige Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zur Zweckentfremdung von Beitragsmittel belegt – gesamtgesellschaftliche Aufgaben auf die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) abgewälzt. Was die Finanzverpflichtung der Länder in diesem Zusammenhang angeht, erklärt der Bundesrechnungshof in seinem Bericht vom 2. September 2024 unmissverständlich: „Die Finanzierung von Krankenhausstrukturen ist nicht Aufgabe der GKV. Sie trägt im dualen Finanzierungssystem nur die Kosten für die konkrete Behandlung ihrer Versicherten und den Betrieb der Krankenhäuser. Die Länder sind zuständig für die Finanzierung der Krankenhausstrukturen.“

- *Kein Ersatz der Einzelfallprüfungen durch Stichprobenprüfungen*

Ebenfalls höchst bedenklich ist der geplante Wegfall der zweckdienlichen Prüfung auffälliger Krankenhausrechnungen durch die Krankenkassen (sog. Einzelfallprüfung) und deren Ersetzung durch wahllose Stichproben bei der Abrechnung. Ohne an dieser Stelle falsches Misstrauen sähen zu wollen: Die Prüfung von

Rechnungen im Krankenhausbetrieb gehört – wie auch in anderen kaufmännischen Bereichen – zu einem verantwortungsbewussten Umgang mit den Finanzen. Dies gilt umso mehr, als die Krankenhauskosten für die GKV einen der größten Ausgabeposten darstellen. Durch die Einzelfallprüfungen konnten in der Vergangenheit unberechtigte Forderungen seitens der Krankenhausträger in Höhe von über einer Milliarde Euro belegt werden. Nicht ohne Grund wurde deshalb auch die Stichprobenprüfung als ungeeignetes Mittel für die Abrechnungskontrolle im Jahr 2013 abgeschafft.

Im Übrigen wird auf das gemeinsame Schreiben von GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) zur Abrechnungsprüfung vom 18. Juli 2024 an das BMG und die dort aufgeführten Argumente für ein Festhalten an der Einzelfallprüfung verwiesen.

Die Innungskrankenkassen fordern deshalb: Der Bund darf sich seiner finanziellen Verantwortung bezüglich der zahlreich im KHVVG enthaltenen versicherungsfremden Leistungen nicht entziehen, um dann die so rechtswidrig für den Bund eingesparten Belastungen der Versichertengemeinschaft der GKV aufbürden. Denn angesichts höherer GKV Ausgaben vor allem durch Rücklagenabbau (in Höhe von 2,5 Milliarden Euro) ist das Vermögen der gesetzlichen Krankenkassen bereits stark zurückgegangen und die jeweiligen Mindestreserven werden bedenklich touchiert. Es fehlt damit schon heute an den erforderlichen Finanzreserven.

Abstimmung mit anderen Gesetzgebungsverfahren

Zudem hätte eine schon seit langem angestrebte ambulant-stationär vernetzte Gesundheitsversorgung jenseits der Sektorengrenzen stärker von einem gemeinsamen Ansatz her mitgedacht werden müssen. Denn ohne die erforderliche Abstimmung mit dem zwischenzeitlich vorgelegten Gesetzentwurf eines Gesundheitsverstärkungsgesetzes (GVSG), den Konzepten zu Notfallreform und Rettungsdienst, fehlen dringend erforderliche Synergieeffekte für das ursprüngliche Ziel der Krankenhausreform.

Fazit

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf liegt weniger eine Struktur-, denn eine Finanzierungsreform zu Gunsten der Bundesländer und zu Lasten der Beitragszahlenden der GKV vor. Der jetzige Gesetzentwurf führt nicht dazu, dass die aufzubringenden finanziellen Mittel in eine bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte Versorgung fließen, sondern dass überkommene Strukturen mit Beitragsgeldern konserviert werden.

Die vom Gesetzgeber in der aktuellen Form auf den Weg gebrachte Krankenhausstrukturreform ist vor diesem Hintergrund noch einmal grundlegend zu überdenken und an

den entscheidenden Stellen neu zu justieren, damit wirkliche Strukturverbesserungen erreicht werden. Hierzu wäre es nicht zuletzt zwingend erforderlich, die GKV als Teil der Selbstverwaltung ihrem Part angemessen mit in den Planungs- und Umsetzungsprozess einzubeziehen.

Der IKK e.V. nimmt im Folgenden grundsätzlich Stellung zu einzelnen Aspekten des Gesetzentwurfes. Im Übrigen wird auf die detaillierte Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes verwiesen.

Änderungsbedarf

Angesichts der unbestrittenen Notwendigkeit einer Krankenhausreform verbunden mit strukturellen Änderungen fordern die Innungskrankenkassen eine Rückbesinnung auf die ursprünglichen Ziele der Reform und zeigen den nachfolgend im Einzelnen dargestellten Anpassungsbedarf auf:

1. Leistungsgruppen §§ 135e SGB V, 6a KHG (neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Ausgestaltung der Leistungsgruppen basiert bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung auf den Kriterien der 65 NRW-Leistungsgruppen sowie den neu hinzugefügten Leistungsgruppen Infektiologie, Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie, Spezielle Traumatologie, Spezielle Kinder- und Jugendmedizin und Notfallmedizin.

Stellungnahme

Nach Auffassung der Innungskrankenkassen stellen diese Leistungsgruppen eine erste Grundlage dar, die jedoch hinsichtlich ihrer Voraussetzungen – bereits innerhalb der Übergangszeit – eines höheren Differenzierungsgrades bedürfen. So werden in NRW ca. 56 Prozent der Krankenhaufälle mit den Leistungsgruppen der Allgemeinen Inneren Medizin, der Allgemeinen Chirurgie, der Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie der Geriatrie abgebildet. Ein derartig eingeschränkter Differenzierungsgrad birgt das Risiko, dass die mit dem Gesetz angestrebte Qualitätsverbesserung wegen der doch recht niedrighschwelligigen Anforderungen an die Krankenhäuser nicht erreicht werden kann, zumal sie weder die G-BA-Qualitätskriterien in Hinblick auf den Patientenschutz ersetzen können, noch sich auf diese Kriterien relevante Vorhaltekosten abbilden lassen. Allein die Installation einer Leistungsgruppe Onkologie dürfte eine zusätzliche Differenzierung ermöglichen.

Gleiches gilt für die im Vergleich zu NRW neu eingeführten fünf Leistungsgruppen, da sie nur geringe personelle Vorhaltung vorsehen. Auf die Umsetzung dieser Leistungsgruppen sollte daher im ersten Schritt verzichtet werden, zumal insbesondere die Fallzuordnung der Notfallmedizin und Intensivmedizin als kritisch anzusehen ist. So bestätigt auch durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), wonach diese neue Leistungsgruppen in NRW nicht definiert sind und für diese erst Definitionen entwickelt werden müssen. Beispielhaft seien hier „Schlaganfall“ und „Herzinfarkt“ genannt, welche jeweils als Notfälle anzusehen sind, aber ebenso den Leistungsgruppen Stroke Unit oder Interventionelle Kardiologie zugeordnet werden

können oder bei Aufenthalt auf der Intensivstation der Intensivmedizin. Langfristig wird für die Aufnahme neuer Leistungsgruppen überdies ein Prüfauftrag des Ausschusses nach § 135e (neu) angeregt.

Ausnahmen für die Zuweisung von Leistungsgruppen sollen für Sicherstellungshäuser und insbesondere für ländliche Krankenhäuser nicht unter der pauschalen Aufhebung der Qualitätskriterien, sondern wenn überhaupt nur differenziert erfolgen.

2. Qualitätskriterien und -sicherung §§ 135e, 136 SGB V (neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Mittels festgelegter Qualitätskriterien, die für die vereinbarten Leistungsgruppen gelten, sollen Leistungen durch Krankenhäuser künftig nur noch dort erbracht werden, wo geeignete Struktur- und Prozessqualitätsmerkmale vorliegen. Der Entwurf sieht vor, dass die Ermächtigungsgrundlage für den Erlass einer Rechtsverordnung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Einvernehmen mit dem Bundesrat geschaffen werden soll. Damit sind das BMG und die Länder berechtigt, Leistungsgruppen sowie Qualitätskriterien zu den Leistungsgruppen festzulegen, weiterzuentwickeln oder auch Ausnahmefälle zu bestimmen, in denen von den Qualitätsvorgaben einer Leistungsgruppe abgewichen werden kann. Zudem ist ein Ausschuss als neues Gremium einzurichten, der Empfehlungen zu den Inhalten und der Weiterentwicklung der Rechtsverordnung abgeben soll.

Stellungnahme

Nach Auffassung der Innungskrankenkassen ist bereits der Umstand, dass die Festlegung und Weiterentwicklung von Leistungsgruppen und deren Qualitätskriterien per Rechtsverordnung geregelt werden soll, mehr als bedenklich. Spätestens mit der erforderlichen Zustimmung des Bundesrates und damit der Länder sind langwierige Abstimmungen und Ausnahmeregelungen zu Lasten der Qualität zu befürchten. Daran vermag auch der einzurichtende Ausschuss nichts zu ändern, denn trotz Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes wird der Ausschuss vom BMG gemeinsam mit den obersten Gesundheitsbehörden der Länder geleitet.

Eine Qualitätseinbuße wird zudem insofern befürchtet, als zukünftig der G-BA Richtlinien zu Mindestanforderung für Strukturen, Prozesse und Ergebnisse nur noch vornehmen bzw. erweitern darf, soweit diese die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen in erforderlicher Weise ergänzen und nicht im Widerspruch dazu stehen. Dies

ermöglicht es den Ländern, ihnen unerwünschte Mindestanforderungen auszuhebeln. Eine derartige „Degradierung“ des G-BA ist deshalb mit Blick auf das gesetzgeberische Ziel „Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität“ ausdrücklich abzulehnen. Stattdessen sollten die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen federführend vom G-BA – eine seit Jahren etablierte Institution der gemeinsamen Selbstverwaltung – mitbestimmt werden; zumindest wäre ein Vetorecht des G-BA verbindlich vorzusehen.

a. Kooperationen und Verbünde

Die Erfüllung von Mindestanforderungen der Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbänden ist grundsätzlich abzulehnen, wenn dies zu einer Zuweisung von Leistungsgruppen ohne standortbezogene Erfüllung der Mindestqualitätskriterien führen würde. Eine Erfüllung von Qualitätsanforderungen auch durch Kooperationen und Verbünde kann daher nur in eng begrenzten Ausnahmefällen unter Aspekten der Sicherstellung der medizinischen Versorgung gerechtfertigt sein. Unabdingbare Voraussetzung dafür ist, dass diese nur auf unterversorgte Regionen und für bedarfsnotwendige Leistungsgruppen beschränkt bleiben. Dabei sind die geltenden Qualitätsanforderungen jeweils standortbezogen zu wahren und keine Abstriche insbesondere mit Blick auf die Patientensicherheit hinzunehmen. Essentiell ist hier zudem die Zustimmung aller Planungsbeteiligten, insbesondere auch der GKV. Gesondert hiervon zu betrachten sind Kliniken mit mehreren Standorten, die bereits jetzt unter medizinischen Gesichtspunkten und optimaler Nutzung vorhandener Strukturen die Leistungsgruppen auf die bestehenden Standorte verteilt haben.

b. PKW Fahrzeitminuten

Die beabsichtigte starre Festlegung von PKW-Fahrzeitminuten zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung ist maximal für Leistungsgruppen akzeptabel, welche unter die GBA-Regelungen für die Sicherstellung der ländlichen Versorgung fallen, also die Allgemeine Chirurgie und Innere Medizin sowie die Pädiatrie und Geburtshilfe. Insbesondere für elektive und hochspezialisierte Leistungen (z. B. Leistungsgruppen zur Transplantation) besteht hier keine Notwendigkeit.

c. **Anrechnung von Ärzten auf mehrere Leistungsgruppen**

Auf Grund der Heterogenität der Leistungsgruppen ist auch hier eine starre Vorgabe kritisch zu sehen. Nach Auffassung der Innungskrankenkassen sollte dies für jede Leistungsgruppe im Rahmen der Weiterentwicklung konkretisiert werden.

3. **Mindestvorhaltezahlen § 135f SGB V (neu)**

Beabsichtigte Neuregelung

Derzeit ist vorgesehen, dass für die Leistungsgruppen unter Berücksichtigung eines ständig verfügbaren Facharztstandards jeweils eine Mindestzahl an vom Krankenhausstandort erbrachten Behandlungsfällen (Mindestvorhaltezahlen) gilt.

Stellungnahme

Die Erstellung von Mindestvorhaltezahlen für Leistungsgruppen wird von den Innungskrankenkassen als zentrales Element der Krankenhausreform ausdrücklich befürwortet, da somit die Leistungskonzentration gefördert sowie oft qualitätsschwache Gelegenheitsversorgung reduziert wird. Zudem hilft eine dementsprechend definierte Fallmenge, die Standorte zu identifizieren, die für die Versorgung in einem bestimmten Leistungsgruppensegment nicht notwendig sind. Das IQWiG soll dazu Empfehlungen abgeben. Ausnahmen davon dürfen nach Ansicht der Innungskrankenkassen aber nur in den gemäß § 5 Abs. 2a KHEntgG vorgesehenen Konstellationen gelten. Von diesen Ausnahmen darf auch nicht im Rahmen der zukünftigen Rechtsverordnung mit Zustimmung der Bundesländer abgewichen werden.

4. **Vorhaltebudget § 6b KHEntgG (neu)**

Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem KHVVG ist geplant, dass ein Krankenhaus zukünftig – unabhängig von der tatsächlichen Leistungsanspruchnahme – eine Finanzierung für seine Vorhalteaufwände erhält. Damit soll das Ziel der Entökonomisierung hin zu einer sich an der medizinischen Notwendigkeit orientierenden Behandlung erreicht werden.

Stellungnahme

Die Umstellung des bisherigen Fallpauschalen-Systems auf eine ergänzende Vorhaltefinanzierung geht nach Ansicht der Innungskrankenkassen in die richtige Richtung, zumal damit auch eine risikoadjustierte Finanzierung beibehalten wird. Um eine wirkliche Strukturveränderung zu erreichen, ist es jedoch essentiell, dass sich die Höhe der krankenhausesindividuellen Vorhaltepauschalen am tatsächlichen Bedarf bzw. an der mit den Leistungsgruppen zu versorgenden Bevölkerung ausrichten. Auf diese Weise ist eine Unterstützung von Konzentrationsprozessen in Regionen mit Überkapazitäten sowie die Erhaltung von Strukturen in Regionen mit einer Unterversorgung möglich. Eine ausschließliche Berücksichtigung von Leistungskennzahlen darf keine Grundlage für die Festlegung der Leistungsgruppen sein. Ansonsten werden „Überversorgungen“ konserviert.

Hinsichtlich der Vorhaltefinanzierung wird auf folgende Punkte hingewiesen:

- a. Die vorgeschlagene undifferenzierte Pauschalierung in Höhe von 60 Prozent ist abzulehnen. Die Einbeziehung der Pflegekosten als Vorhaltefinanzierung ist nicht sachgerecht, da sie bereits seit 2020 einer vollständigen Ist-Kosten-Finanzierung durch das Pflegebudget unterliegen. Dies hat zur Folge, dass bei unterschiedlich hohen Pflegekosten, aber starrem Prozentsatz je Leistung nicht nachvollziehbare Unterschiede bei der Höhe der Vorhaltekosten entstehen. Der pauschale Satz ohne Pflegekosten sollte dementsprechend nur noch 30 Prozent der Gesamtfallkosten betragen. Alternativ könnte der pauschale Betrag durch die vom InEK ermittelten Kosten der medizinischen und nicht medizinischen Infrastruktur ersetzt werden.
- b. Ein Korridor in einer Höhe von 20 Prozent bezüglich der Anpassung des Vorhaltebudgets ist kritisch zu bewerten. Auch dass diese Anpassung nur in einem Intervall von drei Jahren erfolgen soll, ist nicht akzeptabel. So würden Leistungsreduzierungen in einer Höhe unter 20 Prozent die Höhe des Vorhaltebudgets nicht beeinflussen. Fehlanreize würden erzeugt, in dem strategische Leistungsreduzierungen vorgenommen würden, um finanzielle Vorteile zu erzielen. Leistungsanreize müssen jedoch grundsätzlich bestehen bleiben. Aus diesem Grund ist ein Korridor in einer Höhe von 10 Prozent als ausreichend anzusehen und eine notwendige Anpassung hat jährlich zu erfolgen.
- c. Die Innungskrankenkassen befürworten die fallbezogene Abrechnung der Vorhaltefinanzierung. Auf diese Weise ist eine risikoadjustierte Umsetzung möglich und es entstehen keine umfassenden Verzerrungen bezüglich des Risikostruk-

turausgleichs. Des Weiteren entspricht die fallbezogene Abrechnung zur Auszahlung der Vorhaltebudgets den bereits etablierten Zahlungswegen. Der Aufbau neuer, nur mehr Bürokratie schaffender Strukturen ist daher nicht notwendig.

- d. Es ist von großer Bedeutung, dass die Auswirkungen der Vorhaltefinanzierung evaluiert werden. Hierdurch lassen sich Fehlentwicklungen ermitteln, um notwendige Korrekturen vorzunehmen. Es ist zu unterstützen, dass das InEK diese Analysen vornimmt, da es bereits über die notwendigen Daten verfügt und somit keine zusätzlichen Strukturen aufgebaut werden müssen.

Da die Vorhaltefinanzierung eine umfassende Änderung des bisherigen Vergütungssystems darstellt, besteht jedoch das Risiko, dass Fehlentwicklungen folgenschwere Konsequenzen erzeugen. Aus diesem Grund ist es erforderlich, kurzfristig auf Abweichungen von den Zielvorstellungen reagieren zu können. Die geplante Vorlage eines Zwischenberichtes bis zum 31. Dezember 2029 sowie des endgültigen Berichtes bis zum 31. Dezember 2031 erfolgt insofern zu einem zu späten Zeitpunkt. Vielmehr sollten in den ersten Jahren der Umstellung jährliche Berichte etabliert werden, um auf Umsetzungsprobleme unmittelbar reagieren zu können.

- e. Die Weiterentwicklung der Vorhaltefinanzierung ist unverzichtbar, um die geplanten Ziele zu erreichen und Fehler zu korrigieren. Hierfür sollte die gemeinsame Selbstverwaltung insbesondere mit der Unterstützung des InEK gesetzlich beauftragt werden.

5. **Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen §§ 115g SGB V, 6b KHG (neu)**

Beabsichtige Neuregelung

Mit der Einführung des § 115g SGB V sollen sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen wohnortnah stationäre Krankenhausbehandlung mit ambulanten und pflegerischen Leistungen verbinden. Sie sollen als Grundlage für weitere Schritte hin zu einer sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung verstanden werden, um so die medizinische Versorgung sicherzustellen.

Stellungnahme

a. Grundsätzliches

Die Innungskrankenkassen sehen in den sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen grundsätzlich eine Umwandlungsoption für bestehende kleinere

Krankenhäuser, die nach dem bisherigen Vergütungssystem unwirtschaftlich arbeiten. Sie bieten in unterversorgten Regionen die Chance zur Sicherstellung einer stationären, ambulanten und pflegerischen Grundversorgung. Dabei sollten sich die Einrichtungen auf ein wohnortnah erforderliches Leistungsspektrum fokussieren und sich zwingend am Versorgungsbedarf der Bevölkerung orientieren.

Allerdings: Dieser zunächst positive Ansatz ist auch mit zahlreichen Fragen (z. B. im Hinblick auf die Bereinigungsproblematik bei ambulanter Erbringung von hausärztlichen Leistungen) und Risiken behaftet.

Im Einzelnen:

Die Innungskrankenkassen begrüßen, dass die Selbstverwaltungspartner in die konkrete Ausgestaltung mit einbezogen werden sollen. Auch die Festlegung des konkreten Leistungsspektrums inklusive Mindest- und Höchstgrenzen im Rahmen von Positivlisten wird unterstützt.

Zu kritisieren ist jedoch insbesondere, dass dem Gesetzentwurf zufolge die zukünftigen sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen flächendeckend, d. h. auch in Ballungsgebieten, zugelassen werden sollen. Diese Doppelstrukturen lehnen die Innungskrankenkassen ausdrücklich ab und fordern eine Beschränkung nur auf ländliche oder unterversorgte Regionen. Dabei ist zwingend der tatsächliche Versorgungsbedarf der Bevölkerung zu berücksichtigen.

Im Weiteren sind sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen allein durch Umwandlung bestehender Krankenhäuser mit Unterauslastung – keine Neugründung – zur Versorgung in unterversorgten ländlichen Bereichen vorzusehen und in Ballungsräumen generell auszuschließen. Zu einer Mehrung von Krankenhäusern im Krankenhausplan darf es keinesfalls kommen.

Kritisch wird zudem gesehen, dass die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen – obwohl sie auch ambulante und pflegerische Leistungen erbringen sollen – überhaupt als Krankenhäuser eingestuft werden und damit der Planung durch die Länder unterliegen. In diesem Zusammenhang ist es inkonsequent, wenn die im Gesetzentwurf als Krankenhäuser eingestuften sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nicht zwingend den Qualitätskriterien nach § 135e SGB V unterliegen, sondern für die entsprechenden Leistungen auch geringere Qualitätsanforderungen vereinbart werden können.

b. Finanzierung

Es wird begrüßt, dass bestehende Vergütungsregelungen für die Leistungen der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen beibehalten werden (z. B. AOP, Übergangspflege).

Eine neue einrichtungsindividuelle Finanzierung der stationären Leistungen über degressive Tagessätze lehnen die Innungskrankenkassen jedoch ab. Es ist nicht nachvollziehbar, dass hier nicht die etablierten Abrechnungsmöglichkeiten über DRG und durchschnittlichen Pflegentgeltwert anzuwenden sind, gegebenenfalls könnte das InEK hier auf Basis seiner Kalkulationsdaten auch bundesweit einheitliche degressive Tagessätze ermitteln. Die einrichtungsindividuelle Verhandlung der Vergütung ist mit mehr Bürokratie und einer Vielzahl von Abgrenzungsproblemen verbunden (erinnert sei hier nur die Probleme im Zusammenhang mit der Verhandlung der Pflegebudgets). Die Finanzierung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen birgt die große Gefahr, nicht ausgabenneutral zu sein, da bislang keine Regelung zur Bereinigung im Rahmen des DRG Kataloges und zur Vereinbarung des Landesbasisfallwertes gem. § 10 KHEntgG vorgesehen ist. Bereits die Prozesse um die Einführung der Hybrid-DRGs haben gezeigt, dass diese Bewertungsrelationen aus der InEK Kalkulation herausgenommen werden müssen. Gleiches muss auch für sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen gelten, die über degressive Tagessätze finanziert werden. Eine ausgabenneutrale Umsetzung bei der Vereinbarung der LBFW ist sicherzustellen.

Es ist essentiell, dass die Leistungen der Pflege gemäß SGB XI weiterhin durch die Pflegeversicherung abgedeckt werden. Die Gesetzesbegründung führt aus, dass sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen die Möglichkeit haben, sich selbst Patienten für die medizinische und pflegerische Betreuung zuzuweisen. Die Vergütung mittels degressiver Tagessätze wirft jedoch Bedenken auf. Um wirtschaftlich motivierte Fehlanreize für Entlassungen und erneute Zuweisungen zu verhindern, sind entsprechende Vorkehrungen notwendig.

6. Finanzierungsinstrumente

Nach Ankündigung des BMG war die Krankenhausstrukturreform ursprünglich als „kostenneutral“ für die GKV vorgesehen. Von dieser Zusage ist nun zu Lasten der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler der GKV und zu Gunsten der Bundesländer abgerückt worden. Stattdessen soll die Hälfte der Kosten des Transformationsfonds aus Beitragsmitteln finanziert werden. Damit ignoriert das BMG auf verfassungsrechtlich bedenkliche Weise, dass es sich bei seinem Gesetzesvorhaben grundsätzlich um

eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe bzw. um eine Aufgabe der Länder handelt, die eine Finanzierung entweder aus allgemeinen Steuergeldern oder durch die Länder selbst erfordert.

Im Übrigen ist auffällig, dass das BMG – und das ist bei Weitem nicht das erste Mal – die Selbstverwaltung, sprich hier die GKV-Gemeinschaft, zwar als „Zahlmeister“ in der Pflicht sieht, damit aber keine Mitspracherechte verknüpft.

Im Einzelnen:

a. Transformationsfonds § 12b KHG (neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einführung eines Transformationsfonds sollen die Kosten der Umgestaltung der Krankenhauslandschaft finanziert werden. Dabei sollen die Kosten in Höhe von 50 Milliarden Euro hälftig von den Bundesländern, hälftig von der GKV (Gesundheitsfonds) bzw. deren Beitragszahlerinnen und Beitragszahlern, getragen werden.

Stellungnahme

Die verpflichtende Kostenübernahme in Höhe von 25 Milliarden durch die GKV wird von den Innungskrankenkassen – gerade auch aus verfassungsrechtlichen Gründen – ausdrücklich abgelehnt:

Zum einen sind die Bundesländer seit eh und je in der Verpflichtung, die jeweils anfallenden Investitionskosten für ihre Krankenhäuser finanziell zu tragen. Diese Zahlungsverpflichtung ist unzweifelhaft, wie es auch die Bundesländer im Rahmen dieses Gesetzgebungsverfahrens selbst anerkennen. So begründen sie die von ihnen eingeforderte Zustimmungsbedürftigkeit des KHVVG gerade mit dem Argument, dass „die Länder zur Finanzierung dieser Investitionen (...) verpflichtet“ seien (siehe Nr. 9 in ihrer „Positionierung zu zwingend erforderlichen Anpassungen“ des KHVVG vom 15. April 2024). Dementsprechend erklärt der Bundesrechnungshof in seinem Bericht vom 2. September 2024 unmissverständlich: „Die Finanzierung von Krankenhausstrukturen ist nicht Aufgabe der GKV. Sie trägt im dualen Finanzierungssystem nur die Kosten für die konkrete Behandlung ihrer Versicherten und den Betrieb der Krankenhäuser. Die Länder sind zuständig für die Finanzierung der Krankenhausstrukturen.“

Zum anderen verstößt die derzeitige Regelung einer Teilfinanzierung des Transformationsfonds durch die GKV gegen den verfassungsrechtlichen Grundsatz, dass „gesamtgesellschaftliche Aufgaben“ grundsätzlich über Steuern, nicht durch

Sozialversicherungsbeiträge, hier seitens der GKV, zu finanzieren sind. Letzteres wird auch durch das aktuelle Gutachten zu dieser Frage von Frau Professorin Dagmar Felix (Regierungskommission) von April 2024 belegt, die auf die langjährige Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zu dieser Frage verweist. „Sozialversicherungsbeiträge sind nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts streng zweckgebunden und dürfen nicht zur Finanzierung des allgemeinen Staatshaushalts verwendet werden. Genau das geschieht aber“, so Prof. Felix.

Die Innungskrankenkassen fordern vor diesem Hintergrund die Neuregelung der Kostenfinanzierung des Transformationsfonds ohne Beteiligung der GKV-Gemeinschaft. Sollte der Gesetzgeber trotz der gewichtigen Argumente weiterhin an seinem aktuellen Finanzierungsmodell festhalten, so tut er dies sehenden Auges mit verfassungswidrigen Mitteln!

b. Erhöhung LBFW, Psychriatriebudgets und vollständige Tarifikostenfinanzierung § 10 Absatz 5 KHEntgG (neu)

Beabsichtige Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass die Tariferhöhungen, welche über dem Landesbasisfallwert (LBFW) liegen, von den Krankenkassen rückwirkend erstattet werden. Ab 2025 soll der komplette Orientierungswert ausgeglichen werden, wenn er über der Veränderungsrate liegt. Zudem soll der bisherige Strukturfonds bis Ende 2025 verlängert werden.

Stellungnahme

Die vollständige Finanzierung des Orientierungswertes und die unterjährige Tarifikostenfinanzierung werden seitens der Innungskrankenkassen abgelehnt. Aufgrund der vollständigen Refinanzierung der Kosten beständen für die Krankenhäuser keine Anreize mehr für Wirtschaftlichkeit. Wenn der Orientierungswert beim Landesbasisfallwert angesetzt wird, ist es folgerichtig, dass andere Ersparungen angerechnet werden und der Wegfall der Tarifikostenfinanzierung folgen müsste. Nach Auffassung der Innungskrankenkassen müsste insofern bei voller Refinanzierung die Berücksichtigung der Veränderungsrate zwingend gestrichen werden. Die vollständige unterjährige Tarifikostenfinanzierung bereits ab 2024 würde einen Vertrag zu Lasten Dritter bedeuten, da die Tarifparteien die Erhöhung von überzogenen Tarifabschlüssen dann nur noch an die GKV durchreichen würden. Daher lehnen die Innungskrankenkassen diese Tarifikostenfinanzierung ab.

Ebenso ist es nicht hinnehmbar, dass eine unterjährige Anhebung der Vergütungssätze der Psychiatrie und der Pflege (Regelung erfolgte bereits im Gesetz zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz – Krankenhaustransparenzgesetz) einseitig von einer Vertragspartei erfolgen kann. Hier wäre zumindest eine verpflichtende Umsetzungsvereinbarung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene notwendig.

c. Förderbeträge für bedarfsnotwendigen ländliche Krankenhäuser § 5 Absatz 2a Satz 1 KHEntgG (neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Die zu leistenden Förderbeträge für bedarfsnotwendige ländliche Krankenhäuser sollen erhöht werden.

Stellungnahme

Bereits seit dem Jahr 2020 erhalten bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum gemäß § 5 Abs. 2a KHEntgG eine pauschale Förderung für die Fachabteilungen Innere, Chirurgie, Geburtshilfe und Pädiatrie. Diese zusätzliche Finanzierung stellt die Versorgung der Bevölkerung mit notwendiger Vorhaltung von Leistungen sicher. Diese pauschale Förderung muss aber bei der Einführung einer Vorhaltepauschale berücksichtigt werden, um eine Doppelfinanzierung zu vermeiden.

Darüber hinaus werden die krankenhausesindividuellen Zuschläge gemäß § 5 Abs. 2 KHEntgG beibehalten. Bei einem Defizitnachweis gemäß § 5 Abs. 2 Satz 4 KHEntgG sind die Krankenkassen verpflichtet, nochmals zusätzlich einen Zuschlag zur kostendeckenden Finanzierung dieser Krankenhäuser zu vereinbaren. Die fortlaufende Gewährung dieses krankenhausesindividuellen Sicherstellungszuschlages ist daher ebenfalls zu streichen.

Die zuvor aufgeführten Argumente gelten ebenso für die Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin gemäß § 38 Abs. 2 KHG (neu).

d. Förderbeträge zusätzlich zum Vorhaltevolumen der Leistungsgruppe, § 39 KHG (neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Auch die Hochschulkliniken sollen für die ihnen zugewiesenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben ebenso wie für ihre spezielle Vorhaltung zusätzliche finanzielle Mittel erhalten.

Stellungnahme

Die Innungskrankenkassen erachten eine weitere zusätzliche Förderung der Hochschulkliniken nicht für notwendig, denn diese haben bereits spezielle Leistungsgruppen mit entsprechenden Vorhaltekosten. Die mit einer solchen zusätzlichen Förderung einhergehende Doppelfinanzierung wird daher ausdrücklich abgelehnt. Hinzu kommt das Problem der Abgrenzung, denn Forschungsaufgabe gilt allgemein hin als Ländersache. Auch werden die Zentrumszuschläge im Gegenzug nicht gestrichen.

e. Abrechnungsprüfung, § 17c Absatz 1a KHG (neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Ab dem 1. Januar 2027 soll die bisher bestehende Einzelfallprüfung nach § 275c SGB V durch eine Stichprobenprüfung des Medizinischen Dienstes ersetzt werden.

Stellungnahme

Die Innungskrankenkassen sehen den Ersatz der Einzelfallprüfungen durch Stichprobenprüfungen äußerst kritisch und lehnen diese vollumfänglich ab.

Laut Gesetzentwurf sind die monetären Auswirkungen auf die Ausgaben der GKV noch gar nicht abschätzbar, da die konkrete Ausgestaltung der geplanten Stichprobenprüfung erst durch GKV und DKG unter Beachtung eines Konzepts des Medizinischen Dienstes Bund (MD) vereinbart werden muss.

Darüber hinaus ist nicht abzusehen, inwieweit sich der Mangel an Kontrolle durch die Abschaffung der Einzelfallprüfung und dem damit verbundenen fehlenden Anreiz für Krankenhäuser korrekt abzurechnen, in höheren Ausgaben manifestieren wird. Seit Einführung des DRG-Systems hat sich die Abrechnungsqualität der Krankenhäuser dem Grunde nach nicht spürbar verbessert. Aktuell wird immer noch jede zweite (!) aufgegriffene Rechnung als fehlerhaft qualifiziert und führt zu

einer Minderung des Rechnungsbetrages. Dies rechtfertigt bereits den Erhalt und die Weiterentwicklung des bestehenden Prüfsystems, so dass im Ergebnis vielmehr die Einführung des quartalsbezogenen Prüfquoten-System überdacht werden sollte. Auch die geplante Einführung einer Vorhaltevergütung ändert nichts daran, dass die Krankenhäuser weiterhin eine einzelfallbezogene Abrechnung stellen. Ein „Zurückfahren bis auf null“ im Bereich der Einzelfallprüfung setzt demzufolge die falschen Anreize.

Durch die Abschaffung der Einzelfallprüfung werden zudem weitere potenzielle Einsparungen wegfallen, die im Rahmen des Falldialoges/Vorverfahren generiert werden konnten. Denn kein Krankenhaus wird ohne Druck der Prüfquoten, der Einzelfallprüfung mit Beauftragung des MD, mithin des gesamten Prüfregimes, ein Vorverfahren mit den Krankenkassen führen, da der Sinn dahinter – eine aufwändigere Prüfung zu vermeiden – bereits nicht mehr verfolgt werden kann.

Im Übrigen war der Vorschlag der Abschaffung des bisherigen Prüfsystems hin zu einer Stichprobenprüfung (bzw. Einführung anderer Prüfmodelle) bereits in den Reformvorschlägen des Bundesrechnungshofs in seinem Bericht an den Rechnungsprüfungsausschuss des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO vom 6. Mai 2019 enthalten. Dieser Vorschlag war jedoch mit der Aussage verbunden, dass dies erst dann in Betracht komme, wenn es misslingt, den Aufwand der *„Krankenhausabrechnungsprüfung innerhalb des geltenden Prüfsystems auf ein beherrschbares Maß zu beschränken“* (S. 55 f.). Ob dies durch die Einführung des Prüfquotensystems gelungen ist oder ob es anderer oder weiterer Maßnahmen bedarf, ist noch nicht geklärt und kann insofern erst fundiert nach erfolgter Evaluation gemäß § 17c Abs. 7 KHG festgestellt werden. Nicht zuletzt weist das gemeinsame Schreiben GKV-SV und DKG zur Abrechnungsprüfung vom 18.07.2024 an das BMG das Risiko der Rechtsunsicherheit hin, welches auf Basis der Erfahrungen der alten Stichprobenprüfung besteht, da zusätzliche Bürokratiebelastungen durch Rechtsstreitigkeiten zu erwarten sind.

Tatsache ist: Bereits 2013 wurde bereits die damalige verdachtsunabhängige Stichprobenprüfung des § 17c Abs. 2 bis 4 KHG wegen Untauglichkeit abgeschafft. Anstatt mehrfach neue Prüfinstrumente zu etablieren und wieder abzuschaffen sollten deshalb nun bewährte Prüfmechanismen weiterentwickelt, entschlackt und damit verbessert werden.

Die Innungskrankenkassen fordern daher: Mit der Einführung der Vorhaltefinanzierung bleibt es bei der einzelfallbezogenen Abrechnung, so dass auch zukünftig leistungsbezogene Prüfungen vorzunehmen sind. Falsche bzw. fehlerhafte Rechnungen sind durchgängig und einheitlich zu sanktionieren. Ansonsten ist es der

Öffentlichkeit nicht verständlich zu vermitteln, warum gerade im kostenintensiven Krankenhausbereich nicht der allgemeine Rechtsgrundsatz gelten soll, dass ein Schuldner seine Rechnung überprüfen und die Bezahlung bei Falschberechnung verweigern kann. Auch unter dem vorgegebenen Aspekt eines fraglichen Bürokratieabbaus ist diese Einschränkung nicht hinnehmbar und mit dem allgemeinen Rechtsempfinden nicht vereinbar. Die beabsichtigte Entbürokratisierung kann mit wenigen gezielten Maßnahmen zur Vereinfachung des bestehenden Prüfverfahrens wesentlich besser und aufwandsärmer erzielt werden als mit einem nicht fundierten Systemwechsel zu Stichprobenprüfungen.

f. Streichung Fixkostendegressionsabschlag § 4 Absatz 2a KHEntgG (neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Der jeweils für drei Jahre zu erhebende Vergütungsabschlag von 35 Prozent (Fixkostendegressionsabschlag) soll nach der Neuregelung letztmalig für das Vereinbarungsjahr 2026 angewendet und entsprechend der gesetzlichen Vorgaben letztmalig im Jahr 2028 zu erheben sein.

Stellungnahme

Die Innungskrankenkassen sprechen sich für die Beibehaltung des Fixkostendegressionsabschlages aus. Denn nach wie vor besteht durch Verbleib von 40 Prozent Fallpauschalen ein Anreiz für Mehrleistungen. Dadurch besteht für Krankenhäuser ein Mengenanreiz, um zusätzliche Erlöse zu generieren, welches zu weiteren Ausgabenbelastung der GKV führt. Mit Blick auf eine sachgerechte Ausgestaltung zur Ermittlung des Fixkostendegressionsabschlages für die Jahre 2023 und 2024 ist festzustellen, dass von der Krankenhausseite in den Verhandlungen häufig nicht die Notwendigkeit gesehen wurde, eine entsprechende Basisvereinbarung des Ausgangsjahres 2019, um die ermittelte Erlössumme vorzunehmen. Dies hatte zur Folge, dass bei Leistungssteigerungen außerhalb des Erlösvolumens kein FDA geltend gemacht werden konnte. Der entsprechende Vergütungsabschlag muss daher auch zukünftig berücksichtigt werden. Sollte sich der Gesetzgeber dennoch für den Wegfall des Fixkostendegressionsabschlages entscheiden, wäre jedoch der Mehrerlösausgleich nach Satz 4 entsprechend auf 90 Prozent hochzusetzen.