

STELLUNGNAHME
BKK DACHVERBAND E.V.

vom 30.04.2024

**zum Referentenentwurf eines Gesetzes
zur Verbesserung der Versorgungsqualität
im Krankenhaus und zur Reform der
Vergütungsstrukturen
(Krankenhausversorgungsverbesserungs-
gesetz – KHVVG)**

Inhalt

I. VORBEMERKUNG	3
II. DETAILKOMMENTIERUNG	6
Einführung von Leistungsgruppen, Qualitätskriterien und Mindestvorhaltezahlen (§ 135e SGB V, § 135f SGB V, § 6a KHG)	6
Prüfungen zu Strukturen in Krankenhäusern und weitere Qualitätsprüfungen (§ 275a SGB V (neu))	8
Datenbank des Medizinischen Dienstes Bund (§ 283 Abs. 5 SGB V (neu))	9
Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen (§ 40 KHG)	10
Einführung einer Vorhaltevergütung (§ 37 KHG, §17b KHG, 6b KHEntgG)	10
Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (§ 115g SGB V)	12
Medizinisch-Pflegerische Versorgung (§ 115h SGB V)	14
Krankenhausabrechnungsprüfung (§ 17c KHG)	15
Krankenhaustransformationsfonds (§ 12b KHG)	21
Mehrausgaben im Zusammenhang mit der Krankenhausreform (§ 38 KHG, § 39 KHG, § 5 KHEntgG)	24
Kurzfristige Finanzierungsmaßnahmen (Orientierungswert, Tarifrefinanzierung)	26
III. ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF	28

I. VORBEMERKUNG

Der uns vorliegende Referentenentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) bedarf nach Ansicht der Betriebskrankenkassen einer eingehenden Überarbeitung unter Einbeziehung aller relevanten Anspruchsgruppen, um sicherzustellen, dass er rechtlich solide, bürokratiearm sowie effizient und effektiv in der praktischen Umsetzung ist. Andernfalls besteht das Risiko, dass die angestrebten Verbesserungen nicht eintreten. Es ist bedauerlich, dass dem Entwurf des KHVVG ein klares Zielbild fehlt, das die künftige Krankenhausstruktur detailliert beschreibt, die durch die Reform erreicht werden soll. Dies ist entscheidend, um sicherzustellen, dass die Reform die angestrebten Ergebnisse erzielt und die Bedürfnisse der Patienten angemessen berücksichtigt. Angesichts der dringenden Notwendigkeit einer Reform der Krankenhausstrukturen ist es für die Betriebskrankenkassen unverständlich, dass bisher keine umfassenden Maßnahmen ergriffen wurden. Die aktuellen Strukturen sind veraltet und entsprechen nicht mehr den Anforderungen an eine moderne und effiziente Gesundheitsversorgung. Eine Reform ist daher längst überfällig, um die Qualität und Effizienz der Krankenhausversorgung nachhaltig zu verbessern. Besonders problematisch im vorliegenden Entwurf ist die verfassungswidrige Finanzierung der geplanten Reform. Es ist völlig inakzeptabel, dass trotz der prekären Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung tief in ihre Tasche gegriffen wird, um aus Beitragsmitteln gesetzlich verankerte Finanzierungsverpflichtungen der Bundesländer zu übernehmen. Die Bundesländer sollten zunächst ihrer Finanzierungspflicht nachkommen und sicherstellen, dass die notwendigen Investitionsmittel für die Umsetzung der Reform bereitgestellt werden. Nur so kann eine gesetzeskonforme, gerechte und ausgewogene Finanzierung gewährleistet werden.

Die Betriebskrankenkassen weisen besonders auf folgende Punkte hin:

- Die Krankenhausplanung in Deutschland ist stark durch die Entscheidungen der einzelnen Bundesländer geprägt, was zu einer großen Heterogenität in Versorgungsstruktur und -qualität führt. Die Einführung von bundeseinheitlichen Leistungsgruppen und Qualitätskriterien wird als wichtiger Schritt zur Verbesserung der Patientenversorgung angesehen. Allerdings gibt es Bedenken hinsichtlich der Ausgestaltung, insbesondere bezüglich der Anzahl und Ausdifferenzierung von Leistungsgruppen und den niedrigen Qualitätsanforderungen. Positiv ist die Einführung von Mindestvorhaltezahlen, um die Qualität der Behandlung zu sichern und Gelegenheitsversorgung zu verhindern. Die erfolgreiche Umsetzung dieser Reform hängt jedoch stark von ihrer genauen Ausgestaltung ab. Es wird empfohlen, die Leistungsgruppen und Qualitätskriterien weiter auszdifferenzieren und die Krankenkassen mit ihrer Expertise aktiv in den Prozess einzubeziehen. Ferner gibt es von Seiten der Betriebskrankenkassen

auch Bedenken hinsichtlich der Ausnahmeregelungen für Sicherstellungshäuser. Diese sollten nicht unbegrenzt anwendbar, sondern mit Anreizen zur Erfüllung der Qualitätskriterien verbunden sein, um den Patientenschutz zu gewährleisten.

- Die Einführung einer Vorhaltefinanzierung soll sicherstellen, dass Krankenhäuser unabhängig von der Menge erbrachter Leistungen die notwendigen Strukturen aufrechterhalten können. Der aktuelle Referentenentwurf erfordert jedoch mehrere Nachbesserungen. Die pauschale Festlegung des leistungsunabhängigen Vergütungsanteils auf 60 % wird als unsachgerecht betrachtet, da sie den unterschiedlichen Strukturanforderungen nicht gerecht wird und zu Fehlallokationen führt. Kritisch ist auch die Ausnahmeregelung für die Anwendung von Qualitätskriterien, die von den Betriebskrankenkassen als ungerechtfertigt angesehen wird. Eine Weiterentwicklung der Vorhaltevergütung auf der Grundlage sachgerechter Vorhaltekosten ist unerlässlich, um Fehlanreize zu vermeiden. Die Betriebskrankenkassen fordern daher eine Einbeziehung der gesetzlichen Krankenversicherung bei dieser Weiterentwicklung. Die geplante Auszahlung der Vorhaltebudgets über etablierte Zahlungswege wird hingegen positiv bewertet, da sie eine einfache und wettbewerbsneutrale Abwicklung ermöglicht.
- Der Gesetzgeber plant sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen, um die Verbindung von stationären Krankenhausbehandlungen mit ambulanten und pflegerischen Leistungen zu verbessern. Dies könnte die wohnortnahe Versorgung stärken. Die Festlegung der zu erbringenden Leistungen durch die Selbstverwaltung wird begrüßt. Mögliche strukturelle Auswirkungen und Abgrenzungsprobleme bei der Entgeltfestlegung aufgrund unterschiedlicher Vergütungssysteme müssen dabei ganz genau in den Blick genommen werden. Die telemedizinische Kooperation ist kritisch zu sehen, da Zweifel an der Qualitätssicherung nicht ausgeräumt werden können.
- Der Entwurf des KHVVG sieht die Einführung einer Stichprobenprüfung vor, die die gezielte Einzelfallprüfung der Krankenkassen durch eine anlasslose Abrechnungsprüfung des Medizinischen Dienstes ersetzt. Dies lehnen die Betriebskrankenkassen entschieden ab. Die Einzelfallprüfung sichert einen wirtschaftlichen Umgang mit GKV-Beitragsgeldern und eine hochwertige Patientenversorgung. Sie setzt die richtigen Anreize für korrekte Abrechnungen und sorgt für eine hohe Qualität der Daten. Die Betriebskrankenkassen fordern daher, die Einzelfallprüfung beizubehalten und gleichzeitig zu vereinfachen. Sie schlagen vor, das Prüfquotensystem durch eine einheitliche Prüfquote zu ersetzen und Sanktionszahlungen abzuschaffen. Zudem plädieren sie für ein Dialogverfahren zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen vor der

Prüfung durch den Medizinischen Dienst, um den Prüfaufwand zu reduzieren und strittige Fälle frühzeitig zu klären.

- Der Plan des KHVVG, zwischen 2026 und 2035 Fördermittel für die Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft bereitzustellen, ist grundsätzlich sinnvoll, um das deutsche Gesundheitswesen zu verbessern. Kritisch anzumerken ist jedoch, dass ein klares Zielbild für die Krankenhausstrukturen fehlt, was die Festlegung der Investitionssumme und -verteilung erschwert. Zudem birgt die geplante Finanzierung erhebliche Probleme: Die Belastung der gesetzlichen Krankenkassen mit 2,5 Mrd. EUR jährlich, ohne eine Gegenfinanzierung durch den Bund, ist problematisch. Dies stellt eine unangemessene Belastung für die gesetzlichen Krankenkassen dar und wird mittel- und langfristig zu finanziellen Engpässen und steigenden Beitragssätzen führen.
- Der Entwurf zum KHVVG muss Regelungen zur Nachhaltigkeit und insbesondere zum Klimaschutz ergänzen. Krankenhäuser tragen mit etwa 30 % zu den CO₂-Emissionen im Gesundheitswesen bei. Es ist entscheidend, dass sie rasch Klimaneutralität erreichen, um eine umweltschonende Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Nachhaltigkeit muss fest im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) sowie im Krankenhausfinanzierungsgesetz verankert werden, um Zielkonflikte zwischen Wirtschaftlichkeit und Nachhaltigkeit zu vermeiden. Die Entwicklung allgemeingültiger Kriterien für Nachhaltigkeit, basierend auf den European Sustainability Reporting Standards (ESRS), ist erforderlich. Speziell angepasste Standards für den Gesundheitssektor müssen Berücksichtigung finden, auch unter Einbeziehung bestehender Konzepte wie dem „Green Hospital“, das Klima- und Umweltauswirkungen minimiert und Nachhaltigkeitsprinzipien in Betrieb und Praktiken integriert, um die Gesundheit von Patienten, Mitarbeitern und der Gemeinschaft zu schützen und zur Bekämpfung des Klimawandels beizutragen.

II. DETAILKOMMENTIERUNG

Einführung von Leistungsgruppen, Qualitätskriterien und Mindestvorhaltezahlen (§ 135e SGB V, § 135f SGB V, § 6a KHG)

Die Krankenhausplanung in Deutschland ist bisher stark geprägt durch die individuellen Regelungen und Entscheidungen der Bundesländer. Zwar sind sie nach § 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) dazu verpflichtet, Krankenhauspläne mit dem Ziel zur Verwirklichung der in § 1 KHG genannten Ziele (wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, qualitativ hochwertige Versorgung) aufzustellen. Es gibt bisher jedoch nur wenige bundeseinheitliche Vorgaben wie etwa die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), sodass die Qualität der Versorgung in Deutschland sehr stark abhängig ist vom jeweiligen Bundesland und seinen Entscheidungen. Die Aufstellung, Planungskriterien und Planungsintervalle der Länder sind dabei völlig unterschiedlich. Während etwa das Land Baden-Württemberg in seinem aktuellen Krankenhausplan aus dem Jahre 2010 darauf verzichtet, den Versorgungsauftrag von Krankenhäusern „bis ins Detail“ festzulegen und lediglich den Standort, die Gesamtplanbettenzahl, die bedarfsgerechten Fachabteilungen und die Leistungsschwerpunkte festlegt, plant Nordrhein-Westfalen bereits seit dem Jahr 2022 detailliert Leistungsgruppen und Qualitätskriterien für 60 unterschiedliche somatische Bereiche. Dieser Flickenteppich führt sowohl für Patienten als auch für Krankenhäuser zu höchst unterschiedlichen Voraussetzungen und Ergebnissen. Die gesamte Versorgung ist in Deutschland über viele, teils nicht bedarfsnotwendige Krankenhausstandorte fragmentiert. Dies resultiert in zahlreichen materiellen und personellen Doppelvorhaltungen. Eine solche Unwirtschaftlichkeit kann die Solidargemeinschaft in Zukunft nicht länger sozial verträglich finanzieren.

Mit der bundeseinheitlichen Einführung von Leistungsgruppen und Qualitätskriterien wird nach Ansicht der Betriebskrankenkassen der Grundstein für eine wirtschaftliche, sichere und qualitativ hochwertige Patientenversorgung im gesamten Land gelegt. Die Einführung der Leistungsgruppensystematik in der Schweiz durch das Zürcher Modell 2007 und die Einführung eines Leistungsgruppensystems in Nordrhein-Westfalen 2022 sind wichtige Anhaltspunkte für die Auswirkungen einer solchen qualitätsorientierten Leistungsgruppensystematik. Ein Expertengutachten des Bundestages hat in der Schweiz in den vergangenen 20 Jahren eine kontinuierliche Konzentration von stationären Einrichtungen und Kapazitäten feststellen können, wobei nach Aussage des Gutachtens in diesem Zeitraum auch die Bettenkapazität reduziert worden ist. Auch in

Nordrhein-Westfalen werden erste Ansätze einer entsprechenden Leistungskonzentration festgestellt, wobei insbesondere selbstbestimmte Trägerentscheidungen und Absprachen bezüglich der zukünftigen Aufteilung der Versorgung unter den Krankenhäusern eine große Rolle spielen.

Auch die Einführung von Mindestvorhaltezahlen über den neuen § 135f SGB V wird von den Betriebskrankenkassen ausdrücklich begrüßt. In mehreren Studien, unter anderem durch die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, die BAR-MER und das IGES konnte ein Zusammenhang zwischen der Qualität einer Operation und der Fallzahl festgestellt werden. Auch die Erfüllung der Mindestvorhaltezahlen als Voraussetzung für den Erhalt der Vorhaltevergütung nach § 135f und § 8 KHEntgG wird ausdrücklich begrüßt. Diese Maßnahme ist ein wichtiger Schritt zur Verhinderung von Gelegenheitsversorgung und zur Sicherung angemessener Behandlungsqualität und der wirtschaftlichen Betriebsführung der Krankenhäuser.

Der Erfolg dieser geplanten Strukturreformen hängt allerdings zwingend und in hohem Maße von der inhaltlichen und operativen Ausgestaltung ab. Hierzu zählen insbesondere die Anzahl der Leistungsgruppen, der Umfang und die Ausgestaltung der Qualitätskriterien und die Höhe der Mindestfallzahlen sowie etwaige Ausnahmeregelungen. Für die Ausgestaltung der Leistungsgruppen hat sich der Gesetzgeber für das im Vergleich zum Schweizer Modell mit insgesamt 145 Leistungsgruppen deutlich reduzierte NRW Modell mit lediglich 60 somatischen Leistungsgruppen als Vorbild und eine Ergänzung um weitere 5 Leistungsgruppen entschieden. Dies hat für die Zielerreichung einer bedarfsgerechten Patientenversorgung Nachteile. So entfallen mehr als 40% aller stationären Fälle im NRW-Modell auf die Leistungsgruppen „chirurgische Grundversorgung“ (9,5%) und „internistische Grundversorgung“ (32,3%), während im Zürcher Modell rund 20 Leistungsgruppen der Grundversorgung gebildet wurden. In Verbindung mit den sehr niedrig angesetzten Qualitätsanforderungen ermöglicht die Anwendung des NRW-Modells auch weiterhin eine größtenteils undifferenzierte und qualitativ eingeschränkte Leistungserbringung in diesen beiden Leistungsgruppen. Das hat auch die Regierungskommission erkannt, die in ihrer dritten Stellungnahme deshalb eine Ausdifferenzierung auf insgesamt 128 Leistungsgruppen vorschlug.

Die Betriebskrankenkassen sprechen sich daher für eine weitere Ausdifferenzierung der Leistungsgruppensystematik aus und betonen in diesem Zusammenhang nachdrücklich, dass eine an der tatsächlichen Versorgungsrealität orientierte Ausgestaltung zukünftiger Leistungsgruppen und Qualitätskriterien nur in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen möglich ist, die wertvolle Informationen und Kenntnisse des deutschen Gesundheitssystems in die Diskussion einbringen können. Im selben Maße gilt dies auch für die erfolgreiche Umsetzung und Weiterentwicklung von Strukturanforderungen. Die Einrichtung eines Ausschusses nach § 135e Abs. 3 unter Beteiligung der Kostenträger wird hier durchaus begrüßt. Eine Einbindung lediglich als Teil

eines beratenden Gremiums hingegen ist nicht ausreichend und wird der Rolle der gesetzlichen Krankenkassen als Vertreter der Beitragszahler und damit der Solidargemeinschaft nicht gerecht. Vielmehr bedarf es einer direkten Beteiligung der Krankenkassen auf einer Ebene mit den Bundesländern und dem Bundesgesundheitsministerium, auch um ein möglicherweise bestehendes Ungleichgewicht zwischen Versorgungsinteressen und politischen Partikularinteressen der Länder auszugleichen. Ihre Expertise und ihre Perspektive als Vertreter der Versichertengemeinschaft sind entscheidend, um sicherzustellen, dass die Ausgestaltung der Leistungsgruppen und Strukturanforderungen den Bedürfnissen der Patienten gerecht wird und gleichzeitig wirtschaftlich tragfähig ist.

Ausnahmen von Strukturanforderungen für Sicherstellungshäuser dürfen nicht unbegrenzt erfolgen und müssen mit einem Anreiz zu deren perspektivischer Erfüllung verbunden werden. Die dauerhafte Zuordnung einer Leistungsgruppe bei Nichterfüllen der Qualitätskriterien für Krankenhäuser, die für die Sicherstellung notwendig sind, wird aus Patientenschutzperspektive kritisch gesehen. Die Ausnahmeregelungen sollten sich auf die Notfallversorgung und die absolute Grundversorgung beschränken und mit einer Verpflichtung zur Aufklärung des Patienten bezüglich der Qualität und mit einem Hinweis auf das Patientenwahlrecht verbunden sein. Der Leistungsumfang der Sicherstellungshäuser sollte zudem klar umrissen sein und sich auf die bedarfsnotwendigen Leistungen beschränken. Ausnahmen hiervon zur Aufrechterhaltung einer „Gelegenheitsversorgung“, insbesondere bei Nichterfüllung von Qualitätskriterien, darf es nicht geben.

Prüfungen zu Strukturen in Krankenhäusern und weitere Qualitätsprüfungen (§ 275a SGB V (neu))

Es ist sinnvoll, die bisherigen Strukturprüfungen (§ 275d, StrOPS) und die Qualitätskontrollen (§ 135b, 136-136c) mit den zukünftigen Prüfungen der Qualitätskriterien (§ 135e neu) zusammenzuführen und zu bündeln. Doppelprüfungen durch die Medizinischen Dienste können dadurch vermieden werden, Ressourcen werden gespart. Außerdem begrüßen die Betriebskrankenkassen, dass Qualitätsverstöße- und Mängel berücksichtigt werden, wenn der Medizinische Dienst bei Prüfungen aus eigentlich anderen Anlässen diese entdeckt. Qualitätsverstöße müssen unverzüglich gemeldet werden. Dies trägt zum Patientenschutz bei.

Datenbank des Medizinischen Dienstes Bund (§ 283 Abs. 5 SGB V (neu))

Der Medizinische Dienst Bund soll eine Datenbank aufbauen, in der alle Ergebnisse der Prüfungen nach § 275a Abs. 1 S.1 SGB V enthalten sind. Die Digitalisierung und Bündelung der Informationen über jegliche Prüfergebnisse- und Informationen in einer zentralen Datenbank wird von den Betriebskrankenkassen ausdrücklich begrüßt. Dieses Vorhaben stellt einen wirklichen Schritt hin zu mehr Automatisierung, Vereinheitlichung und Aufwandsreduktion für alle an den Prüfprozessen Beteiligte dar.

Zugang zu der Datenbank sollen neben der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde auch die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen für ihre Zuständigkeitsgebiete, der Verband der privaten Krankenversicherung und das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) haben. Die Aufwandsreduktion muss für alle Beteiligten realisiert werden. Dies passiert aber nicht, wenn die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen die vielen Informationen aus der Datenbank erst herunterladen müssen, um diese über anderweitige Systeme an die Krankenkassen weitergeben zu können. Die Informationen über die Einhaltung, aber ganz besonders die Nichteinhaltung von Strukturanforderungen und Qualitätskriterien müssen den Kostenträgern für die Krankenhausabrechnungsprüfung unverzüglich vorliegen. Außerdem kommt es auf Aktualität der Daten an. Nur durch einen direkten, tagesaktuellen Zugriff durch die Krankenkassen selber, kann die im Entwurf vorgesehene Konsequenz für Krankenhäuser, wenn sie Qualitäts- und Strukturanforderungen nicht erfüllen, auch umgesetzt werden. Krankenhäuser sollen dann nämlich keine Vergütung erhalten, wenn sie trotz Nicht-Einhaltung der Kriterien Leistungen erbringen. Genau diese konsequente Umsetzung ist Aufgabe der Krankenkassen in der Abrechnungsprüfung. Dazu müssen die Krankenkassen durch Transparenz und Zugriff auf die dafür notwendige Datenbank auch befähigt werden.

Wichtig ist dabei, dass der Zugriff für die Krankenkassen auf die Datenbank bundesweit gewährt wird. Dies ist besonders wichtig für bundesweit agierende Krankenkassen mit einem weit über das Bundesgebiet gestreuten Versicherungsklientel.

Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von onkochirurgischen Leistungen (§ 40 KHG)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die Aufstellung einer Liste nach § 40 KHG ausdrücklich. Die Identifikation und Veröffentlichung von Krankenhäusern über das Transparenzverzeichnis, die onkochirurgische Leistungen in geringer Fallzahl durchführen, wird zu einer höheren Transparenz bezüglich der Versorgungsstrukturen führen und Patienten einen Vergleich der Leistungserbringer bei hochgradig spezialisierten und anspruchsvollen Leistungen ermöglichen. Die geplanten Maßnahmen in § 8 KHEntG, demnach ab 2027 Entgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 6 und 8 für diese Krankenhäuser für diese Leistungen nicht länger abgerechnet werden dürfen, werden ebenfalls begrüßt. Es ist nach Ansicht der Betriebskrankenkassen notwendig, neben der Evaluation der Auswirkungen dieser Maßnahme durch das InEK in den Jahren 2027 bis 2031, wie sie in § 40 KHG beschrieben wird, auch die Umsetzung in weiteren Indikationsbereichen zu prüfen. Dieser Prüfauftrag sollte zwingend und explizit bereits Bestandteil des § 40 KHG Abs. 3 sein.

Einführung einer Vorhaltevergütung (§ 37 KHG, §17b KHG, 6b KHEntgG)

Durch die Einführung einer Vorhaltefinanzierung soll die Vorhaltung von Strukturen in den Krankenhäusern künftig weitestgehend unabhängig von der tatsächlichen Leistungserbringung sichergestellt werden. Hierzu sollen künftig 60 Prozent der Vergütung leistungsunabhängig über Vorhaltepauschalen und Pflegebudget finanziert werden. Dabei wird bei der Ermittlung des Vorhaltebudgets nach Ländern und Leistungsgruppen differenziert. Für die Auszahlung wird ein Versorgungsauftrag der Länder, sowie die Erfüllung von Qualitätskriterien und Mindestfallzahlen vorausgesetzt. In einer Konvergenzphase in den Jahren 2027 und 2028 sollen die Krankenhausstrukturen schrittweise an die neuen Gegebenheiten herangeführt werden.

Die Betriebskrankenkassen unterstützen grundsätzlich die Einführung einer Vorhaltefinanzierung, sehen im aktuellen Referentenentwurf dennoch die Notwendigkeit zur Nachbesserung an mehreren Stellen. Zunächst ist die Höhe des in Zukunft leistungsunabhängigen Teils der Krankenhausvergütung von insgesamt 60 Prozent über alle Leistungsgruppen hinweg nicht sachgerecht. Dies suggeriert, dass die Strukturanforderungen und deren Kosten in allen medizinischen Leistungsbereichen gleich hoch sind, was nicht ansatzweise der Fall ist. Eine solche Regelung bedeutet daher zwangsweise Über- und Unterschätzungen der Strukturkosten in den Leistungs-

gruppen, auf die sich die Krankenhäuser gezwungenermaßen einstellen müssen. Die entsprechenden Fehlallokationen von Finanzierungsmitteln lassen sich nach dem Strukturwandel nur schwer wieder ausgleichen. Auch die Regierungskommission hat in ihrer dritten Stellungnahme eine Unterscheidung zwischen Leistungsgruppen mit hohem Vorhaltebedarf und Leistungsgruppen mit niedrigerem Vorhaltebedarf vorgeschlagen. Den hohen Vorhalteanteil von 60 Prozent erhalten in diesem Vorschlag nur einige Leistungsgruppen der Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, sowie Stroke Unit, Polytrauma, schwere Verbrennungen, Intensivmedizin und Notfallmedizin. Von insgesamt 128 Leistungsgruppen betrifft dies lediglich 24 Leistungsgruppen. Es ist weder ersichtlich noch medizinisch begründbar, weshalb der sehr hohe Vorhalteanteil von 60 % nun für alle Leistungsgruppen gewählt worden ist, auch gerade weil die Strukturansforderungen des NRW Modells sehr niedrig sind. Die Betriebskrankenkassen fordern deshalb die Ausgliederung von initial 40 Prozent als Vorhaltevergütung inklusive Pflegebudget für den Großteil der Leistungsgruppen entsprechend des Vorschlags der Regierungskommission bis zum Zeitpunkt einer weiteren Differenzierung.

Die allgemeine Notwendigkeit der Erfüllung von Strukturvoraussetzungen und Mindestfallzahlen für die Auszahlung eines Vorhaltebudgets wird grundsätzlich begrüßt.

Der Referentenentwurf eröffnet den Ländern Ausnahmeregelungen von der Anwendung der Qualitätskriterien, um Leistungsgruppen an dafür nicht geeigneten Krankenhäusern vorhalten zu können, wenn dies zur Sicherstellung der stationären Versorgung in einer Region notwendig ist. Die Ausnahmeregelung führt zu ungleichen Bedingungen für Krankenhäuser und erhöht so das Risiko von Rechtsstreitigkeiten, wenn bestimmte Krankenhäuser die Ausnahmeregelungen für sich nicht geltend machen können. Die Anwendung einer Ausnahmeregelung zur Zuweisung einer Leistungsgruppe führt außerdem zu einem Anspruch des Krankenhauses auf die Auszahlung des vollständigen Vorhaltebudgets für diese Leistungsgruppe, obwohl die entsprechenden Strukturvorhaltungen nicht geleistet werden. Hierdurch erhalten die betreffenden Krankenhäuser nicht nur ein Budget, das unabhängig von ihren Leistungen in der Patientenversorgung ist, sondern auch völlig losgelöst von den jeweiligen Kostenstrukturen des Krankenhauses und demnach völlig ohne jede Voraussetzung und Notwendigkeit. Dies ist aus Sicht der Betriebskrankenkassen absolut nicht begründbar. Der Gesetzgeber muss hier dringend nachbessern.

Die Auszahlung des Vorhaltebudgets soll über etablierte Zahlungswege gemäß § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6b erfolgen. Diese Regelung wird von den Betriebskrankenkassen ausdrücklich begrüßt. Die Zahlung der Vorhaltebudgets über die Krankenhausrechnungen ist einfach, aufwandsarm und wettbewerbsneutral. Die Verknüpfung mit der Abrechnung von Leistungsfällen gewährleistet stetige Zahlungsflüsse und stellt sicher, dass alle Kostenträger wie die Gesetzliche Krankenversicherung und die Private Krankenversicherung sowie Selbstzahler gleichermaßen an der Finanzierung der Vorhaltekosten beteiligt sind.

Das finalisierte Eckpunktepapier des Bundesgesundheitsministeriums und der Länder sah eine Weiterentwicklung der Vorhaltevergütung über eine perspektivische Absenkung auf der Grundlage sachgerecht kalkulierter tatsächlicher Vorhaltekostenanteile der jeweiligen Fallpauschalen vor. Hierzu sollten die Selbstverwaltungsparteien auf Bundesebene gesetzlich verpflichtet werden, die tatsächlichen Vorhaltekosten der Krankenhausbehandlungen auf Basis der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen zu kalkulieren. In § 17b Abs. 4c KHG ist im Referentenentwurf nun lediglich davon die Rede, dass das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus die Auswirkungen der Einführung der Vorhaltevergütung in den Jahren 2027 bis 2030 zu analysieren hat und vor diesem Hintergrund Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Vorhaltevergütung machen soll. Für die Weiterentwicklung der Vorhaltevergütung könne das InEK auch Empfehlungen geben, ob und inwieweit perspektivisch anstelle der normativen Festlegung der Vorhaltevergütung eine Kalkulation von tatsächlichen Vorhaltekosten vorgenommen werden sollte. Die Betriebskrankenkassen sehen eine Weiterentwicklung der Vorhaltevergütung auf der Grundlage sachgerecht kalkulierter tatsächlicher Vorhaltekostenanteile für zwingend notwendig an. Die im aktuellen Referentenentwurf festgelegte Einschränkung der Weiterentwicklung im Sinne einer vagen Empfehlung an das Bundesgesundheitsministerium lässt erwarten, dass eine Weiterentwicklung im schlimmsten Falle nur sehr geringe Veränderungen oder gar keine Anpassungen zur Folge hätte. Der Charakter einer lediglich vorläufigen Ausgliederung von 60 Prozent als leistungsunabhängige Vorhaltevergütung ist im aktuellen Referentenentwurf so nicht mehr erkennbar. Die Anpassung der Höhe der Vorhaltevergütung an die tatsächlichen Vorhaltekosten der Krankenhäuser ist für eine sachgerechte Kalkulation aber zwingend erforderlich. Nur so können Fehlanreize im neuen Finanzierungssystem vermieden werden, wie etwa die Doppelfinanzierung von gemeinsam genutzten Strukturvoraussetzungen in mehreren Leistungsgruppen, für die es im aktuellen System keine Lösung gibt. Die Betriebskrankenkassen fordern deshalb, die ursprünglich im Eckpunktepapier vorgesehene Weiterentwicklung der Vorhaltevergütung durch die Selbstverwaltungspartner wieder explizit in den Referentenentwurf mitaufzunehmen.

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist es wichtig, dass der Gesetzgeber nach der Einführung der Vorhaltevergütung die Selbstverwaltungspartner beauftragt zu prüfen, wie die Komplexität des Krankenhausfinanzierungssystems überarbeitet und reduziert werden kann.

Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (§ 115g SGB V)

Mit der Implementierung sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen entwickelt der Gesetzgeber eine Struktur, die sowohl eine Verbindung aus stationären Krankenhausbehandlungen

mit ambulanten und pflegerischen Leistungen schafft, als auch zur wohnortnahen Versorgung von Patienten beitragen soll. Die bereits festgelegten, von den Versorgungseinrichtungen zu erbringenden Leistungen sollen perspektivisch um weitere sektorenübergreifende Leistungen ausgebaut werden. Dabei können diese Leistungen unter pflegerischer Leitung erbracht werden, sofern sie nicht ärztlich zu verantworten sind.

Die Vergütung erfolgt nach den bisher geltenden Regelungen. Ausgenommen davon sind die Vergütung der medizinisch-pflegerischen Versorgung nach § 115h sowie die Vergütung der den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen zugewiesenen voll- und teilstationären Leistungen gemäß § 6c KHEntgG, welche zukünftig durch krankenhausesindividuelle, degressive Tagesentgelte erfolgen.

Zudem sollen im Leistungsspektrum der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen Leistungen der vollstationären Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI oder der teilstationären Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI enthalten sein. Damit soll ein Beitrag geleistet werden, das Angebot der pflegerischen Versorgung mit Plätzen der Kurzzeitpflege sowie der Tages- und Nachtpflege auszuweiten. Voraussetzung ist, dass die Leistungen in selbstständigen, organisatorisch und wirtschaftlich vom Krankenhaus getrennten Pflegeabteilungen erfolgt, die als stationäre Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI zugelassen sind.

Die Selbstverwaltungspartner bestimmen zudem, welche stationären Leistungen durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen mindestens anzubieten sind und welche stationären Leistungen zusätzlich erbracht werden können. Darüber hinaus dürfen sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen auch stationäre Leistungen außerhalb des genannten Leistungsrahmens erbringen, sofern sie hierbei telemedizinisch von einem kooperierenden Krankenhaus mit entsprechend zugewiesener Leistungsgruppe unterstützt werden.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die mit dem Gesetz zum Ausdruck gebrachte Intention einer Stärkung der wohnortnahen Versorgung durch sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen. Zudem wird die konkrete Festlegung und Ausgestaltung der zu erbringenden Leistungen durch die Selbstverwaltungspartner positiv bewertet.

Die strukturellen Auswirkungen durch die Schaffung von sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen können hingegen noch nicht abgeschätzt werden. Es bleibt abzuwarten, ob es lediglich zu einer Verschiebung knapper personeller Ressourcen kommt und somit langfristig der Personalsituation im Gesundheitssystem eher schadet oder einem effizienteren Personaleinsatz dienlich ist.

Unterschiedliche Vergütungssystematiken für die in den Einrichtungen möglichen Leistungen werden außerdem zu Abgrenzungsproblemen bei der Findung der krankenhausesindividuellen Tagesentgelte führen. Eine kostenneutrale Ausgliederung der über krankenhausesindividuelle, degressive Tagesentgelte vergüteten Leistungen aus dem DRG-System ist zu gewährleisten und eine unsachgemäße Erhöhung der Landesbasisfallwerte zu verhindern. Auch die unterschiedlichen Regelungskreise (Kranken- und Pflegeversicherung) führen zu komplexen Konstellationen in Bezug auf Versorgung, Finanzierung und Abrechnung. Hier ist eine bürokratiearme und dennoch transparente Operationalisierung notwendig, um das übergeordnete Ziel der Überwindung der Sektorengrenzen nicht zu gefährden.

Eine Öffnung über eine telemedizinische Kooperation wird von den Betriebskrankenkassen kritisch gesehen. Zwar fördert die Maßnahme die Attraktivität der Standorte für Mitarbeiter. Selbst bei hohen Dokumentationsanforderungen und einer Festlegung des Leistungsumfangs durch die Selbstverwaltung kann aber eine qualitativ hochwertige Versorgung nicht wirklich sichergestellt werden.

Die zunehmende Komplexität des Gesundheitssystems macht eine Unterstützung für Patienten bei ihrer Orientierung und Entscheidungsfindung insbesondere zwischen den Sektoren künftig notwendig. Die Krankenkassen haben als Schnittstelle zwischen Patient und Versorger die notwendigen Informationen und Möglichkeiten hierzu und sollten vom Gesetzgeber noch viel stärker die Möglichkeiten erhalten, ihre Patienten bei der Wahl eines adäquaten Versorgers zu unterstützen und zu lotsen.

Medizinisch-Pflegerische Versorgung (§ 115h SGB V)

Mit der Einführung der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen durch § 115g SGB V wird auch die neue Versorgungsform der medizinisch pflegerischen Versorgung durch § 115h etabliert. Hintergrund der Regelung ist, dass die Zahl der älteren und multimorbiden Patientinnen und Patienten zunimmt, die in vielen Fällen keine stationäre Hochleistungsmedizin benötigen aber dennoch einen hohen ärztlichen Behandlungsbedarf mit der Notwendigkeit einer pflegerischen Begleitung oder Überwachung haben, so dass die ärztliche Behandlung nicht ausschließlich ambulant erfolgen kann. Die medizinisch-pflegerische Versorgung soll insbesondere in ländlichen Räumen dazu beitragen, die wohnortnahe Behandlung für die Patientinnen und Patienten zu sichern und die begrenzten ärztlichen Ressourcen zu bündeln, um so eine Entlastung für Krankenhäuser höherer Versorgungsstufen zu erreichen.

Die Einführung der medizinisch-pflegerischen Versorgung als neue Behandlungsform wird von den Betriebskrankenkassen begrüßt. Die Leistung kann zu einer arbeitsteiligen und effizienten Versorgungskette beitragen und vollstationäre Kapazitäten entlasten. Die Regelung der Einzelheiten der Erbringung der medizinisch-pflegerischen Versorgung durch die Selbstverwaltung wird ebenfalls begrüßt. Der Mehrwert der Leistung ist allerdings stark von der tatsächlichen Ausgestaltung abhängig. Die Einführung medizinisch-pflegerischer Leistung führt zu einer weiteren Ausweitung von bereits zahlreichen Leistungen und Leistungsansprüchen an der Sektorengrenze. Eine Entschlackung um unnötige Leistungen wie z.B. Übergangspflege ist daher im Zuge ihrer Einführung dringend geboten.

Die Vergütung der meisten der in Absatz 2 genannten sektorenübergreifenden Leistungen erfolgt nach den schon bisher geltenden Regelungen. Die Vergütung stationärer Krankenhausleistungen sowie der medizinisch-pflegerischen Versorgung nach § 115 h SGB V erfolgt über degressive krankenspezifische Tagesentgelte. Es muss sichergestellt werden, dass bisherige ambulante Leistungen sachgerecht vergütet werden und eine Abgrenzung zu stationären Leistungen und Kostenstrukturen im Rahmen der Ermittlung der krankenspezifischen Tagesentgelte erfolgt.

Krankenhausabrechnungsprüfung (§ 17c KHG)

Der Entwurf des KHVVG sieht vor, dass ab dem Jahr 2027 die Einzelfallprüfung abgeschafft und durch eine Stichprobenprüfung ersetzt werden soll. Dieses Vorhaben lehnen die Betriebskrankenkassen entschieden ab. Warum die Krankenhausabrechnungsprüfung in Form von Einzelfallprüfungen erhalten bleiben muss, wird im Folgenden ausgeführt:

Abrechnungsprüfung im Einzelfall garantiert Wirtschaftlichkeit und Qualität

Ein solidarisches und beitragsfinanziertes Gesundheitssystem lebt vom verantwortungsvollen Handeln aller Beteiligten. Leistungen zu erbringen, abzurechnen und zu prüfen, ist in allen Ausgabenbereichen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eng miteinander verknüpft und an das Gebot der Wirtschaftlichkeit gebunden. Es soll nicht-notwendige oder auch qualitativ minderwertige Leistungen verhindern und einen angemessenen Ressourceneinsatz garantieren. Versicherte, Krankenhäuser und Krankenkassen sind daran gebunden. Nur Leistungen, die dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen, sind durch die GKV zu vergüten. Dabei müssen die Leistungen zielgenau an den Bedarf des Patienten im Einzelfall ausgerichtet sein. Hier setzt die Ein-

zelfallprüfung der Krankenhausabrechnung an. Sie ist die einzige Möglichkeit der Krankenkassen, im Sinne des einzelnen Versicherten zu prüfen, ob Krankenhäuser nur medizinisch notwendige Leistungen erbracht, diese nachvollziehbar dokumentiert und korrekt abgerechnet haben.

Die Hoheit über die leistungsrechtliche Entscheidung im Einzelfall liegt bei den Kostenträgern und muss dort auch immer bleiben. Die Einführung einer Stichprobenprüfung durch die Medizinischen Dienste (MD), wie sie mit dem Referentenentwurf des (KHVVG) geplant ist, würde jedoch die Entscheidungsverantwortung und Finanzverantwortung in zwei verschiedene Hände legen. Die Verantwortung über die Finanzflüsse würde zwar weiterhin bei den Krankenkassen liegen, die Entscheidungsverantwortung, dass eine Rechnung korrekt ist und daher auch fällig und gezahlt werden muss, würde an den Medizinischen Dienst übergehen. Damit würde eine wichtige Triebfeder für eine konsequente Rechnungsprüfung im Sinne der Beitragszahlenden fehlen.

Abrechnungsprüfung im Einzelfall unterliegt einer gesetzlich geregelten Aufsicht

Quantität und Qualität der Prüftätigkeit der Krankenkassen unterliegen einer Aufsicht. Die Ausübung der Prüfverpflichtung der gesetzlichen Krankenkassen unterliegt der Kontrolle des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS), des Bundesrechnungshofes oder der Länder. Die Krankenkassen sind verpflichtet, dem gesetzlichen Auftrag zur Abrechnungsprüfung nachzukommen. Es ist von einer gesetzlichen Verantwortungskette zu sprechen, die eine leistungsbezogene und wirtschaftliche Verwendung der Versichertenbeiträge gewährleisten soll.

Nicht geklärt ist, welcher Aufsicht die Medizinischen Dienste unterliegen, wenn diese zukünftig eigenverantwortlich Stichprobenprüfungen durchführen sollen. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen kann dies nicht ohne eine Aufsicht erfolgen, denn es geht letztendlich um die Verwendung von GKV-Beitragsmitteln. Da die Medizinischen Dienste eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts in den Bundesländern sind, kommen eigentlich nur die jeweiligen Landesaufsichtsbehörden für diese Funktion in Frage.

Abrechnungsprüfung im Einzelfall wird vom Bundesverfassungsgericht als notwendig erachtet

Das Bundesverfassungsgericht argumentierte in einem Urteil aus dem Jahr 2018¹, dass es aufgrund der Komplexität des DRG-Systems „(...) unstreitig in erheblichem Maße zu Fehlkodierungen der für die Abrechnung maßgeblichen Diagnosen und Prozeduren (...)“ (S. 3) kommt. Das höchste Gericht führt aus, dass wenn in einem lernenden DRG-System Fehlsteuerungen und

¹ BVerfG, Beschluss der 1. Kammer des Ersten Senats vom 26. November 2018 - 1 BvR 318/17, 1 BvR 2207/17, 1 BvR 1474/17 - Rn. (1 - 56), http://www.bverfg.de/e/rk20181126_1bvr031817.html

Fehlerquellen auftreten, erst durch Abrechnungsprüfung Falschabrechnungen aufgedeckt werden können. Dabei geht das Gericht von 40 Prozent fehlerhafter Abrechnungen aus und schlussfolgert daraus, dass es erheblichen Prüfungsbedarf gibt und die Abrechnungsprüfung durch die Krankenkassen mit Unterstützung durch den MD sehr wichtig ist (S. 16). Diese Einschätzung wird von den Betriebskrankenkassen uneingeschränkt geteilt.

Schaut man in die Quartalsstatistiken des letzten Jahres, so stellt man fest, dass der Anteil falscher Rechnungen sogar noch höher liegt und sich bei um die 48 Prozent bewegt. Somit gilt trotz Prüfquotierung, dass nahezu jede zweite MD-geprüfte Abrechnung beanstandet wird.

Abrechnungsprüfung im Einzelfall sorgt für einen verantwortungsvollen Umgang mit Beitragsgeldern

Die Krankenkassen wenden jährlich inzwischen mehr als 90 Mrd. Euro – etwa ein Drittel aller GKV-Ausgaben – für Krankenhausleistungen auf, finanziert von den Versicherten und deren Arbeitgebern. Dabei haben die Beitragszahlenden Anspruch auf einen verantwortlichen, wirtschaftlichen und effizienten Einsatz von Beitragsgeldern – auch bei der Finanzierung von Krankenhausleistungen.

Die Vergütung von Krankenhausleistungen darf daher zukünftig kein beliebiger, unbeachteter und durchlaufender Posten werden, sondern bedarf weiterhin einer anlassbezogenen Abrechnungsprüfung. Ohne Plausibilisierung der Abrechnungen der Krankenhäuser werden die Ausgaben im stationären Bereich weiter ansteigen. Zuerst, weil ganz konkrete Leistungen nicht korrekt vergütet würden. Perspektivisch wird die Abrechnungsqualität der Krankenhäuser durch den fehlenden Kontrollmechanismus unabsichtlich oder absichtlich sinken. Ausgabensteigerungen, und demzufolge Beitragssatzsteigerungen zu Lasten der Versicherten sind die direkte Folge.

Die Betriebskrankenkassen verstehen die Krankenhausabrechnungsprüfung im Einzelfall daher als ein grundsätzliches Erfordernis, das es zwar zu vereinfachen, aber auf jeden Fall zu erhalten gilt.

Abrechnungsprüfung im Einzelfall leistet mehr, als es eine Stichprobenprüfung vermag

Eine Stichprobenprüfung, wie sie mit dem Referentenentwurf des KHVVG geplant ist, wird den zahlreichen Ansprüchen an eine Abrechnungsprüfung nicht gerecht:

Einzelfallprüfungen tragen maßgeblich zu einer hohen Datenqualität bei!

Indem beanstandete Rechnungen nach sachlich-rechnerischer Prüfung durch die Krankenkassen und medizinisch-inhaltlicher Prüfung durch die Medizinischen Dienste im Einzelfall korrigiert werden, wird die Datenqualität im Einzelfall sichergestellt. Gleichzeitig setzt ein funktionierender Prüfmechanismus einen generellen Anreiz für eine hohe Datenqualität bei den Krankenhäusern.

Eine gute Qualität von Dokumentation, Kodierung und Abrechnung ist unverzichtbar für die Kalkulation der Fallpauschalen und (Weiter-)Entwicklung der Entgeltsysteme, wie sie alljährlich durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) vorgenommen wird.

Ebenso werden korrekte Abrechnungsdaten der Krankenhäuser für Forschungszwecke gebraucht, z. B. für durch den G-BA geförderte Innovationsfondsprojekte. Aber auch zahlreiche Evaluationsaufträge an die gemeinsame Selbstverwaltung basieren darauf. Zuletzt braucht es einen korrekten und umfassenden Abrechnungsdatensatz, um zu wissen, was in der Patientenversorgung in jedem einzelnen Krankenhaus wirklich passiert.

Eine Stichprobenprüfung kann dies nicht leisten, denn wenn über eine wie auch immer ausgestaltete Hochrechnung lediglich ein allgemeiner monetärer Ausgleich erfolgt, werden die nicht korrekten Rechnungen weder vollständig identifiziert, noch die Falldaten im Einzelfall oder in der Summe korrigiert. Hinzukommt, dass bei einem allgemeinen monetären Ausgleich die Kassenarten mit hohem Belegungsanteil überproportional über die Auszahlung des Ausgleichs je Behandlungsfall profitieren. Der Wettbewerb zwischen den Kassenarten wird verzerrt, die verausgabten Gelder fließen nicht mehr an die Krankenkassen zurück, die die Rechnung bezahlt haben.

Einzelfallprüfungen sorgen für die gerechte Berechnung von Vorhaltebudgets!

Im Entwurf des KHVVG ist vorgesehen, dass die abgerechneten Fälle aus dem Vorjahr als Grundlage für die Ermittlung der Vorhaltebudgets dienen sollen. Auch dafür muss die Datengrundlage umfassend und korrekt sein. Nicht korrekte Abrechnungen hätten die Folge, dass zur Auszahlung kommende Vorhaltevolumina im Folgejahr nicht richtig berechnet und an die Krankenhäuser verteilt werden können. Dies setzt Fehlanreize, um als Krankenhaus durch angepasste Kodierung das eigene Vorhaltebudget zu optimieren. Dies kann und muss durch die Rechnungsprüfung unterbunden werden – im Sinne eines gerechten Systems!

Einzelfallprüfungen tragen zu einem korrekten Risikostrukturausgleich bei!

Korrekt kodierte und abgerechnete Diagnosen bilden die Grundlage für die Meldungen durch die Krankenkassen für den Risikostrukturausgleich. Dieser bestimmt die Mittelverteilung des Ge-

sundheitsfonds an die Krankenkassen. Würden Rechnungen im Einzelfall nicht geprüft und damit auch nicht korrigiert, führen fehlende oder zu Unrecht übermittelte Diagnosen zu einer verzerrten Berücksichtigung im Risikostrukturausgleich und im Risikopool.

Einzelfallprüfungen sorgen für eine konsequente Umsetzung der Ambulantisierung!

Nach wie vor wird in Deutschland im internationalen Vergleich zu viel vollstationär und zu wenig ambulant operiert und behandelt. Die vom Gesetzgeber jetzt forcierte Ambulantisierung ist deshalb der richtige Weg. Lässt der Gesetzgeber jedoch nur noch Stichprobenprüfungen zu und schränkt damit auch die Fehlbelegungsprüfungen ein, so werden die Krankenhäuser weiterhin zugunsten der stationären Erlöse die ambulante Leistungserbringung umgehen, eine „Glaskugel“ braucht es für dieses Szenario nicht!

Abrechnungsprüfung im Einzelfall etabliert – Stichprobenprüfungen schaffen neue Komplexität und Anforderungen, insbesondere beim Medizinischen Dienst

Auch wenn der Gesetzgeber im Entwurf des KHVVG fordert, dass bei einer Stichprobenprüfung eine so hohe Zielgenauigkeit wie im jetzigen Prüfsystem erreicht werden soll, ist es völlig unklar, wie dies überhaupt gelingen soll. Ebenfalls unklar ist, wie die MD die in der Krankenhausreform für sie vorgesehenen Aufgaben ohne einen massiven Aufbau an Personal stemmen sollen, denn vorgesehen sind neben der Durchführung von Stichprobenprüfungen auch Prüfungen der Einhaltung der Strukturvoraussetzungen und Qualitätskriterien. Das Ziel kann nicht sein, noch weiter Personal aus der Patientenversorgung abzuziehen und beim MD einzusetzen.

Klar ist, die Krankenkassen haben das Know-How, das beim MD für diese Aufgabe in der Form nicht vorhanden ist. Sie verfügen über jahrelang erprobte, weiterentwickelte und gute Instrumente, um besonders auffällige Rechnungen zu identifizieren. Für eine Stichprobenprüfung müssten dagegen ganz neue Instrumente und Strukturen mit hohem Aufwand beim MD geschaffen und implementiert werden.

Es ist vorhersehbar, dass Stichprobenprüfungen nach dem KHVVG – wie auch immer das Konzept dafür aussehen wird – zu zusätzlicher Komplexität, Unklarheiten, neuen Streitfeldern und neuen Fehlanreizen führt. Eine bessere Akzeptanz der Prüfergebnisse nach Stichprobenprüfungen durch die Krankenhäuser ist kaum zu erwarten. Im Gegenteil, einzelne Fälle der Stichprobe haben zukünftig eine enorme finanzielle Bedeutung, sodass zahlreiche gerichtliche Überprüfungen absehbar sind. Außerdem ist nicht garantiert, dass Stichprobenprüfungen zu weniger Prüfaufwand führen. Denn bei einer Stichprobe werden auch solche Fälle vom MD angeschaut, die von den Krankenkassen nie an den MD gegeben worden wären, weil sie nicht auffällig waren. Das heißt, dass MD dann auch eigentlich korrekt abgerechnete Fälle prüfen müssen.

Abrechnungsprüfung im Einzelfall heißt auch nur Prüfung von wenigen Einzelfällen

Die Krankenkassen geben bei Weitem nicht alle auffälligen Rechnungen zur Prüfung an den Medizinischen Dienst. Dafür sorgt nicht nur die mit dem MDK-Reformgesetz ab 2020 eingeführte Prüfquote, sondern auch das Augenmaß der Krankenkassen. Im Jahr 2023 lag nämlich die tatsächlich realisierte Prüfquote im Durchschnitt bei rund 8 Prozent². Das heißt ca. 8 von 100 Abrechnungsfälle werden tatsächlich von den Medizinischen Diensten in Abstimmung mit den Krankenkassen einer Prüfung unterzogen. Eine Prüfverfahrensvereinbarung regelt dabei einheitlich Prozess, Fristen und Aufgaben der Beteiligten. Die dafür benötigten elektronischen Meldewege sind eingerichtet.

Abrechnungsprüfung im Einzelfall – vereinfachen ja, abschaffen nein!

Das MDK-Reformgesetz wirkt: Die Abrechnungsqualität steigt langsam aber stetig, die Anzahl der Sozialgerichtsverfahren sinkt fortlaufend und personelle Ressourcen werden reduziert. Dennoch sehen die Betriebskrankenkassen folgende Potentiale zur Verbesserung der Zusammenarbeit und zur Vereinfachung des Prüfverfahrens:

Das überaus komplexe, gestaffelte Prüfquotensystem mit Quartalsbezug muss durch eine einheitliche Prüfquote ersetzt werden. Die aufwendige Ermittlung der Prüfquote durch die GKV pro Krankenhaus pro Quartal würde entfallen. Außerdem könnte Streitpotential um die Ermittlung der Prüfquote zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen minimiert werden.

Die Betriebskrankenkassen wollen Sanktionszahlungen für Krankenhäuser und Krankenkassen gleichzeitig abschaffen. Indem aufseiten der Krankenkassen die Aufwandspauschale entfällt und aufseiten der Krankenhäuser der Sanktionsaufschlag auf beanstandete Abrechnungen, könnte Verwaltungsaufwand und ebenfalls Streitpotential minimiert werden. Der Anreiz für korrektes Abrechnungsverhalten wäre jedoch aufgrund der Beibehaltung der Einzelfallprüfung weiterhin gegeben.

Es muss ein Dialogverfahren auf Augenhöhe zwischen Krankenhaus und Krankenkasse vor Prüfung durch den Medizinischen Dienst eingeführt werden. Denn die Erfahrungen aus dem durch das MDK-Reformgesetz eingeführten Erörterungsverfahren zeigen, dass Krankenkassen und Krankenhäuser durchaus in der Lage sind, sich an einen Tisch zu setzen und strittige Fälle zu klären. Voraussetzung dafür ist aber, dass Informationsgleichstand besteht. Das heißt, der Krankenkassen müssen alle Patientenunterlagen vorliegen, sodass die Fälle auf Augenhöhe erörtert werden können. Die Betriebskrankenkassen setzen sich dafür ein, dieses Dialogverfahren noch

² Statistische Auswertungen nach § 275c Abs. 4 SGB V, Quartale I-IV 2023.

vor die MD-Prüfung zu ziehen. Damit kann die Menge an Prüffällen bei den MD weiter reduziert werden. Es würden nur noch die wirklichen komplexen und strittigen Fälle mit Unterstützung des MD geklärt werden müssen.

Mit diesen Vorschlägen kann auf dem bisher Erreichten aufgebaut werden und zwar durch eine einfach umsetzbare und praxisnahe Weiterentwicklung der Regelungen aus dem MDK-Reformgesetz und nicht durch ein neues Experiment „Stichprobenprüfung“.

Krankenhaustransformationsfonds (§ 12b KHG)

Mittelherkunft

Mit dem KHVVG sollen zwischen 2026 und 2035 rund 50 Mrd. EUR für die Transformation der Krankenhauslandschaft in Deutschland zur Verfügung gestellt werden. Die Bereitstellung von Fördermitteln ist grundsätzlich eine gute Idee. Mit den heutigen kleinteiligen Strukturen bleibt das deutsche Gesundheitswesen heute weit unter seinen Möglichkeiten. Zentralisierte und spezialisierte Strukturen würden die Qualität der Systems insgesamt verbessern, ein Umbau jedoch kostet viel Geld.

Ausgesprochen problematisch ist jedoch die angedachte Herkunft der Mittel. Diese sollen je hälftig aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und von den Ländern über einen Transformationsfonds bereitgestellt werden. Auf diese Weise werden die Krankenkassen jährlich mit 2,5 Mrd. EUR belastet, da, anders als etwa beim Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG), keine Gegenfinanzierung durch den Bund vorgesehen ist.

Da mit dem angedachten Fonds Investitionen getätigt werden sollen, ist eine Beteiligung der Krankenkassen falsch, da diese für die Betriebskosten zuständig sind, die durch ihre Versicherten aufgebracht werden. Vielmehr sind es die Länder, die gemäß KHG die Investitionen finanzieren.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Analog zum KHZF wird in § 12b Absatz 1 nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Die Mittel werden der Liquiditätsreserve bis zum ersten Bankarbeitstag des jeweiligen Jahres vom Bund zur Verfügung gestellt.“

Verstärkt wird das Problem durch die Möglichkeit, dass bis zu 50 % des Länderanteils durch die Krankenträger selbst übernommen werden. Da die Länder bereits heute ihren Investitionsverpflichtungen nur unzureichend nachkommen, müssen die Krankenhäuser bereits Investitionen aus anderen Finanzierungsquellen bestreiten. Dies sind vor allem Überschüsse aus der Krankenhausbehandlung und damit größtenteils Mittel der gesetzlichen Krankenkassen, die damit zweckentfremdet werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

§ 12b Absatz 3 Nr. 2 KHG wird folgendermaßen geändert:

„[...] 3. das antragstellende Land, ~~gegebenenfalls gemeinsam mit dem Träger der zu fördernden Einrichtung, mindestens 50 Prozent der förderungsfähigen Kosten des Vorhabens trägt, wobei das Land mindestens die Hälfte dieser Ko-Finanzierung aus eigenen Haushaltsmitteln aufbringen muss, [...]~~“

Fördertatbestände und Verteilung der Mittel

Förderfähig sind Vorhaben zur Konzentration von Leistungen für das Erreichen von Qualitätsvorgaben oder Mindestvorhaltezahlen, zur Umstrukturierung zu sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen, zur Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen, zur Bildung von Zentren, zur Bildung von Verbänden und von integrierten Notfallstrukturen sowie Vorhaben zur (Teil-) Schließung von Krankenhäusern. Das sind grundsätzlich sinnvolle Kategorien.

Allerdings fehlt dem Entwurf damit ein echtes Zielbild darüber, wie die Krankenhauslandschaft 2035 konkret aussehen sollte. Dänemark hat für seine vielbeachtete Krankenhausreform zunächst populationsbezogene Regeln aufgestellt, dann Projektskizzen abgefragt, ein Gesamtkonzept entwickelt und erst daraus die benötigte Finanzierungssumme abgeleitet. So wussten von Anfang an alle Beteiligten – einschließlich der nicht-fachlichen Öffentlichkeit – wie die Krankenhausstruktur des Landes hinterher aussehen sollte. Der vorliegende Entwurf des BMG hingegen lässt offen, wie durch die Entscheidungen der Akteure vor Ort ein sinnvolles Gesamtergebnis erreicht werden soll.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Nach §12b Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:

„(2) Bis 31.12.2024 legen die Länder dem BMG Pläne über die bis 2035 beabsichtigten Vorhaben vor. Das BMG prüft diese Pläne und erstellt hieraus bis

31.03.2025 ein Grobkonzept für die Krankenhausstrukturen im Jahr 2035. Auf Basis dieses Grobkonzepts ergänzt das BMG bis 31.06.2025 die Fördertatbestände nach Absatz 1 um Detailvorgaben, die die finalen Anträge erfüllen müssen."

Das Fehlen eines Zielbilds spiegelt sich auch in der vorgesehenen Verteilung von 95 % der Mittel über den Königsteiner Schlüssel wieder. Dieser geht jedoch von einer gleichmäßigen Verteilung der Bedarfe auf Grundlage von Steueraufkommen und Bevölkerungszahl aus. Er ist damit ungeeignet, da Bedarfe zum Umbau der Krankenhausstrukturen sich aus anderen Faktoren, z. B. Urbanisierungsgrad, Altersverteilung und insbesondere der Frage, wie bedarfsgerecht die Strukturen bereits heute sind, ergeben.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Absatz 2 wird durch obige Änderung zu Absatz 3 und wie folgt neu formuliert:

*„(3) Von dem in Absatz 1 Satz 1 und 2 genannten Betrag, abzüglich der jährlichen notwendigen Aufwendungen des Bundesamtes für Soziale Sicherung für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung sowie der jährlichen Aufwendungen nach § 14, kann jedes Land **im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen** in den Jahren 2026 bis 2035 jährlich bis zu 95 % des Anteils **Mittel für die Förderung von Vorhaben nach Absatz 1 und 2** beantragen, ~~der sich aus dem Königsteiner Schlüssel mit Stand vom 1. Oktober 2019 ergibt. Die einem Land für ein Kalenderjahr rechnerisch zuteilbaren, aber nicht abgerufenen Mittel können auf die nächsten Kalenderjahre, längstens bis auf das Jahr 2035 übertragen werden. Mit den verbleibenden 5 Prozent des Betrags nach Satz 1 können Vorhaben gefördert werden, die sich auf mehrere Länder erstrecken und für die die beteiligten Länder einen gemeinsamen Antrag stellen (länderübergreifende Vorhaben).~~ **Das BMG legt auf Grundlage des Grobkonzepts nach Absatz 2 den Verteilungsschlüssel fest.** Soweit die Mittel ~~nach den Sätzen 1 und 3~~ bis zum 31. Dezember 2035 durch vollständig und vorbehaltlos gestellte Anträge nicht vollständig beantragt worden sind, **werden sie an den Bund zurücküberwiesen** ~~verbleiben sie beim Gesundheitsfonds,~~ der auf die Beteiligung der privaten Krankenversicherungen entfallende Anteil ist an diese zurückzuzahlen.“*

Mehrausgaben im Zusammenhang mit der Krankenhausreform (§ 38 KHG, § 39 KHG, § 5 KHEntgG)

Das Bundesgesundheitsministerium führt im KHVVG verschiedene Fördermaßnahmen für unterschiedliche Leistungsbereiche ein oder führt diese fort. Durch diese Maßnahmen entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung Mehrausgaben in hohen dreistelligen Millionenbeträgen.

Die Förderung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie der geburtshilflichen Versorgung, die bereits über Zuschläge in den Jahren 2023 und 2024 als Maßnahme eingeführt worden ist, soll laut § 5 KHEntgG Absatz 3k fortgeführt werden. Für die Jahre 2025 und 2026 wird ein Zuschlag eingeführt, der der Gesetzlichen Krankenversicherung Mehrausgaben in Höhe von jeweils 378 Millionen Euro pro Jahr verursacht. Nach § 39 KHG werden unbefristete Förderbeträge sowohl für die Leistungsgruppen Pädiatrie und Geburtshilfe als auch für die Leistungsgruppen Stroke Unit, Traumatologie und Intensivmedizin eingeführt, die jährliche Mehrausgaben in Höhe von 495 Mio. Euro für die Gesetzliche Krankenversicherung verursachen. Für die Teilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung werden ebenfalls ab 2027 zusätzliche Mittel zur Verfügung gestellt, die Mehrkosten in Höhe von 29,7 Mio. Euro bedeuten.

Diese bedarfsunabhängige Förderung mit der Gießkanne lehnen die Betriebskrankenkassen ab. Eine auskömmliche Betriebskostenfinanzierung sollte über die rDRG, das Vorhaltebudget und die Pflegekosten sichergestellt werden. Das Leistungsgruppensystem ermöglicht eine passgenaue Finanzierung der einzelnen Leistungsbereiche, sofern leistungsgruppenspezifische Vorhaltebudgets definiert werden. Eine zusätzliche Finanzierung über Zuschläge ist nach dem neuen System nicht nötig, insbesondere dann nicht, wenn diese Zuschläge unbefristet sein sollen. Hier schöpft das Bundesgesundheitsministerium die Potentiale des neuen Leistungsgruppensystems nicht vollständig aus, sondern verfällt unnötigerweise auf Hilfskonstruktionen. Die Auswahl dieser fünf spezifischen Leistungsgruppen für eine gesonderte Förderung ist zudem nicht begründbar und erscheint erratisch. Die Förderung aller Standorte, die die genannten Leistungsgruppen anbieten, verfehlt zudem das Ziel, ausschließlich bedarfsnotwendige Krankenhausstrukturen zu finanzieren. Zusätzliche Finanzierungselemente stehen der angekündigten ausgabenneutralen Umsetzung der Vorhaltefinanzierung entgegen.

Zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sollen außerdem zukünftig insbesondere Hochschulkliniken zusätzliche Mittel erhalten. Hierunter sollen nach § 6a Absatz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes die krankenhausesübergreifende Koordinierung von Versorgungsprozessen und -kapazitäten, und die Konzeption und die Koordinierung des Einsatzes regionaler, insbesondere telemedizinischer, Versorgungsnetzwerke sowie informationstechnischer

Systeme und digitaler Dienste zählen. Krankenhäuser, denen diese Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zugewiesen worden sind, erheben ab dem Jahr 2027 einen Zuschlag, der die Gesetzliche Krankenversicherung jährlich mit zusätzlich 180 Millionen Euro belastet. Ziel der Maßnahme ist eine bessere regionale Koordination im stationären Bereich. Die Zentrumsregelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses sehen nach § 3 bereits in den besonderen Aufgaben eine überörtliche, krankenhausübergreifende Aufgabenwahrnehmung durch eine zentrale Funktion des Krankenhauses in einem Netzwerk mit weiteren Leistungserbringern und einer federführenden Kooperation mit anderen Leistungserbringern vor. Eine klare Abgrenzung der neu definierten Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben ist nicht erkennbar. Stattdessen werden Parallelstrukturen zu den bereits etablierten Strukturen der Selbstverwaltung geschaffen. So ist die Erbringung der vorgesehenen Aufgaben über telemedizinische Netzwerke wie etwa Telekonsile, telemedizinische Fallbesprechungen und auch Videobehandlungen bereits in den besonderen Aufgaben der Zentrumsregelungen enthalten. Die Notwendigkeit zusätzlicher (personeller) Ressourcen, die nicht gemeinsam für die Erfüllung dieser vermeintlich unterschiedlichen Aufgaben nutzbar sind, ist ebenfalls fraglich. Die fehlende Abgrenzbarkeit lässt eine Doppelfinanzierung dieser Aufgabe an den Hochschulkliniken über die Zentrumszuschläge einerseits und die neu eingeführten Zuschläge nach § 5 KHEntgG Absatz 3j andererseits unvermeidbar werden. Die Betriebskrankenkassen lehnen deshalb weitere Zuschläge ab und verweisen auf die bereits etablierten Strukturen der Selbstverwaltung, die zu nutzen sind.

Das Bundesgesundheitsministerium plant durch eine Änderung des § 5 KHEntgG die Erhöhung der bislang geltenden Förderbeträge für bedarfsnotwendige ländliche Krankenhäuser, durch die der gesetzlichen Krankenversicherung ab 2025 jährliche Mehrausgaben in Höhe von rund 15 Millionen Euro entstehen. Die entsprechenden Krankenhäuser erhalten zukünftig jeweils einen Sockelbetrag von 500 000 Euro jährlich sowie je Fachabteilung, die die Vorgaben des G-BA erfüllt, jeweils 250 000 Euro jährlich, sofern die Krankenhäuser jeweils mehr als zwei Fachabteilungen vorhalten, die die Vorgaben des G-BA erfüllen. Ein Krankenhaus kann somit insgesamt eine Förderung in Höhe von einer Million Euro pro Jahr erhalten. Dies soll der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser in struktur- und bevölkerungsschwachen Regionen und damit der Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung dienen.

Auch diese Maßnahme lehnen die Betriebskrankenkassen zum jetzigen Zeitpunkt ab. Die Einführung der Vorhaltevergütung reduziert bereits die negativen Auswirkungen, die die stark mengenorientierte Vergütung über ein reines Fallpauschalensystem auf Krankenhäuser in bevölkerungsarmen Gegenden hat. Das erklärte Ziel der Einführung der Vorhaltefinanzierung ist gerade die Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung, auch in bevölkerungsschwachen Gegenden. Wie hoch der entlastende Effekt auf die bedarfsnotwendigen ländlichen Krankenhäuser wirken wird, kann zu diesem Zeitpunkt niemand einschätzen. Die Betriebskrankenkassen sprechen sich deshalb dafür aus, nach der Evaluation des InEK zu der Einführung des

Vorhaltebudgets die Situation der ländlichen Krankenhäuser erneut zu analysieren und dann gegebenenfalls über eine Erhöhung der Zuschläge zu entscheiden, statt bereits jetzt ohne eine ausreichende Informationsgrundlage unnötige Anpassungen vorzunehmen.

Grundsätzlich kritisieren die Betriebskrankenkassen, dass durch diese zusätzlichen Finanzierungselemente von der ursprünglichen Zielsetzung einer ausgabenneutralen Einführung der Vorhaltefinanzierung zwischenzeitlich stark abgewichen wird.

Kurzfristige Finanzierungsmaßnahmen (Orientierungswert, Tarifrefinanzierung)

Das Bundesgesundheitsministerium plant zur Verbesserung der wirtschaftlichen Situation und Liquidität der Krankenhäuser die vollständige, umfassende und frühzeitige Tarifrefinanzierung sowie die Anwendung des vollen Orientierungswertes bei der Vereinbarung des Veränderungswertes durch die Selbstverwaltungspartner. Ab dem Jahr 2024 tritt demnach an die Stelle der bisherigen hälftigen Tarfkostenrefinanzierung eine vollständige Tarfkostenrefinanzierung für alle Beschäftigtengruppen, die bereits unterjährig und nicht erst für das Folgejahr umzusetzen ist. Zudem ist bei der Ermittlung der Obergrenze für den jährlichen Anstieg des Landesbasisfallwerts für die somatischen Krankenhäuser sowie des Gesamtbetrags für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen und der Erlössumme für die besonderen Einrichtungen der volle anteilige Orientierungswert zu Grunde zu legen. Die Einführung der vollständigen und umfassenden Tarifrefinanzierung aller Beschäftigtengruppen bewirkt ab dem Jahr 2024 einen dauerhaften und basiswirksamen Haushaltsaufwand. Der gesetzlichen Krankenversicherung entstehen hierdurch für Tarifsteigerungen des Jahres 2024 im Jahr 2024 Mehrausgaben in Höhe eines mittleren dreistelligen Millionenbetrages. Zusätzlich ergeben sich ab dem Jahr 2025 noch nicht bezifferbare jährliche Mehrkosten.

Die Vereinbarung des Veränderungswertes unter Anwendung des vollständigen Orientierungswertes lehnen die Betriebskrankenkassen ab. In Verbindung mit der Meistbegünstigungsklausel steht dies dem Grundsatz der Beitragsstabilität nachhaltig entgegen: In jedem Fall werden Einnahmensteigerungen der GKV vollständig sofort verausgabt, auch wenn die Kostensteigerungen der Krankenhäuser darunterliegen. Bei Kostensteigerungen über den Einnahmen der Gesetzlichen Krankenkassen werden diese ebenfalls vollständig übernommen, sodass sich systematisch vom Grundsatz der Beitragsstabilität abgewendet wird.

Ebenso ist die Einführung einer unterjährigen Neuvereinbarung des Landesbasisfallwertes mit dem Ziel einer frühzeitigen und vollständigen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen abzulehnen. Steigerungen der Landesbasisfallwerte finanzieren nach dem Gießkannenprinzip auch Krankenhäuser, deren Leistungsangebot heute und morgen nicht bedarfsnotwendig ist. Diese Art der Finanzierung ist unwirtschaftlich und verschleppt dazu den strukturellen Wandel. Die zwischen Bund und Ländern am 10. Juli 2023 vereinbarten Eckpunkte für eine Krankenhausreform sahen vor, dass geprüft werden soll, ob weitere Maßnahmen zur Liquiditätssicherung in Bezug auf die Tarfkostenentwicklung notwendig sind. Das Prüfergebnis sollte abgewartet werden. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist eine Überprüfung zusätzlicher Finanzierungsnotwendigkeiten nicht vor Umsetzung der Reform möglich. Es besteht die Gefahr, dass die Beitragszahler unnötig belastet werden, um nicht bedarfsnotwendige Strukturen aufrecht zu erhalten. Dies hat auch die Bundesregierung erkannt, da sie in ihrer Antwort auf eine kleine Anfrage der Unionsfraktion (Drucksache 20/7736) vom 09.08.2023 betont, bei der Prüfung die Finanzierbarkeit entstehender Mehrbelastungen durch die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler wie durch die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber zu berücksichtigen. Dies war auch für die Bundesregierungen der vergangenen Legislaturperioden ein wichtiger Aspekt bei den Begrenzungen der Tarifrefinanzierung. Die Betriebskrankenkassen fordern daher das Bundesgesundheitsministerium auf, Finanzierungen auf Krankenhäuser zu begrenzen, deren Versorgungsangebot nachweislich bedarfsnotwendig ist.

III. ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF

Im aktuellen Referentenentwurf zum KHVVG fehlen Regelungen zur Nachhaltigkeit und insbesondere zum Klimaschutz. Die Chance, Krankenhäuser und die stationäre Versorgung in Deutschland mit diesem Gesetz nachhaltiger aufzustellen und die bisherigen Bemühungen der Krankenhäuser zu verstetigen, muss hier ergriffen werden. Das Gesundheitswesen trägt mit etwa sechs Prozent zu den gesamten CO₂-Emissionen in Deutschland bei, wobei ein bedeutender Anteil auf die Krankenhäuser (30%) zurückzuführen ist. Um eine klima- und umweltschonende Gesundheitsversorgung sicherzustellen, ist es entscheidend, dass medizinische Einrichtungen rasch Klimaneutralität erreichen. Um nachhaltiges Handeln sowie den Klimaschutz zu fördern und Zielkonflikte zwischen Wirtschaftlichkeit und Nachhaltigkeit zu vermeiden, muss Nachhaltigkeit fest im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) sowie im Krankenhausfinanzierungsgesetz etabliert werden. Entsprechende Kriterien zur Beurteilung von Nachhaltigkeit müssen anhand einer allgemeingültigen Definition entwickelt werden, die alle Dimensionen von Nachhaltigkeit berücksichtigt. Als Grundlage können die gültigen European Sustainability Reporting Standards (ESRS) dienen, insbesondere die Standards ESRS E1 bis E5. Für den Gesundheitssektor müssen somit speziell angepasste Standards entwickelt werden, da Krankenhäuser auf bestimmte Emissionen nur indirekten Einfluss haben, wie z.B. durch die Ausstattung mit Arzneimitteln. Zusätzlich kann auf bestehende Nachhaltigkeitskonzepte wie das Konzept des Green Hospitals zurückgegriffen werden. Ein „Green Hospital“ ergreift aktive Maßnahmen, um Klima- und Umweltauswirkungen zu minimieren und Nachhaltigkeitsprinzipien in Betrieb und Praktiken zu integrieren. Dies umfasst eine breite Palette von Aktivitäten von Energieeffizienz bis hin zur Förderung nachhaltiger Beschaffung von Lebensmitteln und Materialien. Das Ziel ist es, die Klima- und Umweltbelastung zu verringern und zur Bekämpfung des Klimawandels beizutragen, während die Gesundheit von Patienten, Mitarbeitern und der Gemeinschaft geschützt bleibt.