



Kritische Stellungnahme zum „Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (KHVVG)“

Prof. Dr. Erika Raab

Aus Anlass der am 22.11.2024 erfolgten Diskussion des KHVVG im Bundesrat, die bei Drucklegung dieses Artikels noch nicht erfolgt war, hat die DGfM im Vorfeld der Bundesratsanhörung eine kurze Stellungnahme zur geplanten Krankenhausreform abgegeben. Zunächst bleibt festzuhalten, dass aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM) eine übergreifende Reform mit Blick auf die Krankenhausplanung, die Finanzierung und den Abbau der erdrückenden Bürokratie dringend geboten ist.

Das „Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen“ soll die Grundlagen für eine nachhaltige Verbesserung der Krankenhausversorgung in Deutschland schaffen.

Ziele sind die:

1. Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität
2. Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten
3. Steigerung der Effizienz in der Krankenhausversorgung
4. Entbürokratisierung

Zur Erreichung der Ziele soll als ein zentrales Element, die sog. Vorhaltevergütung, eingeführt werden. Eine Vorhaltevergütung dient dem Wortlaut nach dazu, eine bedarfsnotwendige Struktur unabhängig von deren Inanspruchnahme prospektiv zu finanzieren. Seitens der DGfM, die sich seit Jahren intensiv mit Vergütungssystemen im Krankenhaus auseinandersetzt, bestehen begründete Zweifel,

dass die gewünschten Ziele durch das Gesetz erreicht werden können. Bei näherer Betrachtung unter der Fragestellung, welche Auswirkungen und welche Anreize die Folge des Gesetzes sein werden, zeigen sich erhebliche Mängel und potenzielle Risiken. Das Gesetz wird negative Auswirkungen auf die Krankenhauslandschaft und die medizinische Versorgung insgesamt haben.

Die Hauptkritikpunkte sind:

1. Mangelnde Planbarkeit und Unsicherheit bei der Auszahlung der Vorhaltefinanzierung

Durch die Vorhaltefinanzierung soll sichergestellt werden, dass Kliniken unabhängig von ihrer Fallzahl eine Grundfinanzierung erhalten. Ungerechelt ist im Gesetz, wann diese Vorhaltefinanzierung tatsächlich ausgezahlt werden soll. Im Gesetzentwurf sind weder der Zahlungszeitpunkt noch die exakte Definition der Höhe des Budgets mangels bekannter inhaltlicher Leistungsgruppendifinition und Zuordnungskriterien definiert. Eine verlässliche Wirtschaftsplanung ist daher für das einzelne Krankenhaus nicht möglich.

2. Komplexität und Bürokratieaufbau

Durch die steigende Kleinteiligkeit der Finanzierungsregelungen (Leistungsgruppen, Vorhaltevergütung, Pflegebudget, Rest-DRG-Vergütung) erhöht sich der Dokumentations- und Nachweisaufwand für die Krankenhäuser erheblich. Ergänzend ist der Bezug zum Medizinforschungsgesetz zu beachten, in dem die Zuordnung ärztlicher Leistung zu den Leistungsgruppen festge-

schrieben wurde. An dieser Stelle sei erneut auf den weiterführenden Artikel von Dr. Ulf Dennler („Entbürokratisierung? Fehlanzeige, KU Special Medizincontrolling 2024, S. 2–5) zum Dokumentationsaufwand verwiesen.

Durch den zusätzlichen Dokumentationsaufwand wird die Personalbindung von ärztlichem und pflegerischem Personal zu Ungunsten der Patientenversorgung verschärft. Die Einführung der Leistungsgruppen führt so insgesamt zu zusätzlichen Prüfungen der Strukturqualität je Leistungsgruppe in den Krankenhäusern und im Zusammenhang mit dem Medizinforschungsgesetz zur Notwendigkeit einer detaillierten Erfassung der ärztlichen Leistung. Statt einer Entbürokratisierung ist damit ein deutlicher Bürokratieaufbau verbunden.

3. Das Gesetz wirkt dem Trend der Ambulantisierung entgegen

Zum Erreichen eines möglichst großen Vorhaltebudgets sind hohe stationäre Fallzahlen notwendig. Das schafft Fehlanreize für eine stationäre Behandlung und steht damit im Widerspruch zu den gleichzeitigen Bestrebungen zur Ambulantisierung. Das Gesetz wirkt folglich dem allgemeinen Trend zur Ambulantisierung entgegen.

4. Gefährdung ganzer medizinischer Fachgebiete, insbesondere Fächer mit aufwendiger Pflege oder sehr hohen Sachkosten

Fachdisziplinen mit aufwendiger Pflege oder sehr hohen Sachkosten werden aufgrund der bisher bekannten Rechenregeln für das Vorhaltebudget in ihrer Finanzierung massiv benach-

teilt. Betroffen sind davon insbesondere die Kinderheilkunde und die Geriatrie/Altersmedizin. In diesen Fachdisziplinen liegt die Vorhaltevergütung größtenteils unter zehn Prozent, obwohl gerade hier eine Vorhaltevergütung existenzsichernd ist. Weiterführend zu dieser Thematik stellt die DGfM auf ihrer Homepage das Gutachten von unserem Mitglied Nicole Eisenmenger zur Verfügung.

Entökonomisierung findet nicht statt

Die Aussage, dass die Vorhaltevergütung fallzahlunabhängig erfolgt, ist falsch. Die Annahme, dass durch die Vorhaltefinanzierung 60 Prozent der Vergütung abgebildet werden, ist falsch. Diese Angabe bezieht sich nur auf einen Zwischenwert der Berechnung. Tatsächlich werden durchschnittlich 20 % als Vorhaltung vergütet. Auch hier sei auf das auf der Homepage der DGfM veröffentlichte Gutachten zur Systematik der Vorhaltevergütung von Nicole Eisenmenger verwiesen, welches auf der Homepage der DGfM zu finden ist.

Eine Entökonomisierung findet somit nicht statt. Es verbleibt im Wesentlichen eine Finanzierung durch Fallpa-

schalen. Zugleich erhöht sich erneut der ökonomische Druck durch die notwendige Fallsteuerung im Rahmen der Vorhaltebudgets und der Leistungsgruppen.

5. Keine Instrumente zur Behebung der bereits vorhandenen Unterfinanzierung

Im Gesetz finden sich keine Finanzierungsinstrumente für die bestehende Unterfinanzierung der Krankenhäuser bis einschließlich 2024. Die vorgesehene Krankenhausreform wirkt, wenn überhaupt und wirtschaftlich kaum planbar, in die Zukunft.

Empfehlung der DGfM

Aus Sicht der DGfM besteht deutlicher Anpassungsbedarf. Die DGfM empfahl dem Bundesrat, den Vermittlungsausschuss anzurufen und insbesondere in den aufgezeigten Punkten nachzubessern.

Anmerkung zur Auswirkungsanalyse

Neben diesen Hauptkritikpunkten am KHVVG ist vor allem die fehlende entsprechende Auswirkungsanalyse als

schwerwiegender Mangel zu sehen. Angesichts des fehlenden zertifizierten Groupers des InEK zur Leistungsgruppensystematik sowie bislang nur grob bekannter Struktur- und Abgrenzungskriterien zur inhaltlichen Differenzierung der jeweiligen Leistungsgruppen ist zu hinterfragen, wie zum derzeitigen Zeitpunkt eine seriöse Folgenabschätzung vorgenommen werden konnte. Gerade weil Details der Krankenhausreform erst künftig in Rechtsverordnungen geregelt werden sollen, ist die Aussage zu den Auswirkungen des Gesetzes ein Blick in die Glaskugel.



Prof. Dr. Erika Raab
Vorstandsvorsitzende der DGfM

KU FACHBEIRAT



Prof. Dr. med. Andreas Becker
Institut Prof. Dr. Becker, Rösraath



Dipl. Kfm. Jens Bussmann
Generalsekretär Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD)



Dr. med. York Dhein
CEO
VAMED Gesundheit Holding Deutschland



Xaver Frauenknecht MBA
Berater im Gesundheitswesen



Stefan Günther, M.A.
Mitglied des Vorstands der Fachgruppe psychiatrischer Einrichtungen im VKD
Referent des Direktors Wirtschaft und Finanzen und Leiter Controlling bei den Medizinischen Einrichtungen des Bezirks Oberpfalz



Dr. med. Erwin Horndasch
Leitung Medizincontrolling
Diakoneo Kliniken Neuendettelsau und Schwabach



Heinz Kölking
Unternehmensberatung
Gesundheitswirtschaft



Dr. Nicolas Krämer
Vorstandsvorsitzender
der HC&S AG



Dr. Thomas Krössin MBA
Professur für Gesundheitsmanagement
iU Internationale Hochschule



Prof. Dr. Julia Oswald
Professorin für Betriebswirtschaftslehre, insbes. Krankenhausfinanzierung und -management, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften Hochschule Osnabrück



Prof. Dr. Volker Penter
Partner BDO AG
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft



Prof. Dr. Erika Raab
Geschäftsführerin Kreisklinik Groß-Gerau
Vorstandsvorsitzende DGfM e.V.



Dr. med. Dr. jur. Martin Siebert
Geschäftsführender Gesellschafter
medAurel GmbH – Gesellschaft für Gesundheitsmanagement



Dr. Christian Stoffers
Leiter Zentralreferat Marketing
Marien Gesellschaft Siegen gGmbH



Dipl. Kfm. Kai Westphal
Geschäftsführer Kaiser-Karl-Klinik Bonn,
Geschäftsführer Herzpark Mönchengladbach,
Geschäftsführer AataKlinik Bad Wünnenberg