
Kritische Stellungnahme zum "Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (KHVVG)" des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM) vom 15.11.2024

Aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM) ist eine sektorenübergreifende Reform mit Blick auf die Krankenhausplanung, die Finanzierung und den Abbau der erdrückenden Bürokratie dringend geboten.

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. Ungeregelt ist im Gesetz, wann diese Vorhaltefinanzierung tatsächlich ausgezahlt werden soll. Im Gesetzentwurf sind weder der Zahlungszeitpunkt noch die Höhe 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 festgeschrieben wurde ([weiterführend](#))

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 benachteiligt. Betroffen sind davon insbesondere die Kinderheilkunde und die Geriatrie/Altersmedizin. In diesen Fachdisziplinen liegt die Vorhaltevergütung größtenteils unter 10 %, obwohl gerade hier eine Vorhaltevergütung existenzsichernd ist ([weiterführend](#))

5. Entökonomisierung findet nicht statt

Die Aussage, dass die Vorhaltevergütung fallzahlunabhängig erfolgt, ist falsch.

Die Annahme, dass durch die Vorhaltefinanzierung 60 % der Vergütung abgebildet werden, ist falsch. Diese Angabe bezieht sich nur auf einen Zwischenwert der Berechnung.

Tatsächlich werden durchschnittlich 20 % als Vorhaltung vergütet ([weiterführend](#))

Eine Entökonomisierung findet somit nicht statt. Es verbleibt im Wesentlichen eine Finanzierung durch Fallpauschalen. Zugleich erhöht sich erneut der ökonomische Druck durch die notwendige Fallsteuerung im Rahmen der Vorhaltebudgets und der Leistungsgruppen.

6. 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.

Fazit und Empfehlung der DGfM

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

Heidelberg, 15. November 2024

Der Vorstand:

Ass. jur. Prof. Dr. rer. pol. Erika Raab, MBA (Vorstandsvorsitzende)

Dipl.-Kfm. (FH) Dirk Hohmann (Stellv. Vorstandsvorsitzender)

PD Dr. med. habil. Nikolaus von Dercks (Generalsekretär)

Dr. med. Frank Reddig (Finanzvorstand)

Jürgen Scheubach (Schriftführer)

Dr. med. Ulf Dennler (MBA) (Beirat)

PD Dr. med. Claus Wolff-Menzler, M.A. (Beirat)

Dr. med. Jacqueline Voges (Beirat)

Guido Hartmann (Beirat)

Dr. med. Bettina Beinhauer (Beirat)