



**Gewerkschaft der
Sozialversicherung**

Bundesgeschäftsstelle
Müldorfer Straße 23
53229 Bonn

26. April 2024

Stellungnahme der Gewerkschaft der Sozialversicherung (GdS) zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versor- gungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungs- strukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

Allgemeines

Den Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für ein Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) vom 13. März 2024 bewertet die GdS kritisch. Die GdS hatte große Hoffnungen in die Reform der Krankenhauslandschaft gesteckt, da die Bundesregierung einen echten Paradigmenwechsel in der Krankenhausfinanzierung in Aussicht gestellt hatte: Ökonomische Fehlanreize bei Krankenhausbehandlungen sollen künftig reduziert werden. Das Mittel der Wahl – so genannte Vorhaltepauschalen als Ergänzung zu den bisherigen Fallpauschalen – unterstützt die GdS dabei ausdrücklich. Um die Höhe der Vorhaltepauschalen für die einzelnen Krankenhäuser bestimmen zu können, werden künftig Leistungsgruppen und Qualitätskriterien etabliert.

Das KHVVG stelle die „größte Krankenhausreform seit mehr als 20 Jahren“ dar, sagte der Bundesgesundheitsminister kürzlich in einem Interview. Dieser Einordnung schließt sich die GdS an und teilt auch die Sichtweise, dass eine solche Reform im Sinne der Patientinnen und Patienten dringend notwendig ist. Aufgrund fehlender Investitionen der Bundesländer in die Krankenhäuser sehen diese sich zu häufig gezwungen, Behandlungen durchzuführen, die aufgrund des Fallpauschalensystems fi-

nanziell lukrativ, aber medizinisch nicht unbedingt zwingend notwendig sind. Darunter leidet die Behandlungsqualität – ein untragbarer Zustand. Hinzu kommt, dass sich die Krankenhausstrukturen aufgrund des demografischen Wandels verändern müssen, denn potenziell mehr Patientinnen und Patienten steht künftig weniger Krankenhauspersonal gegenüber.

Dass mit dem KHVVG nun der Paradigmenwechsel bei der Krankenhausfinanzierung versucht wird, bringt eine Transformation der Krankenhauslandschaft mit sich, die mit all ihren Folgewirkungen gedacht und ausfinanziert sein muss. Hier liegt die größte Schwäche des vorgelegten Gesetzentwurfs: Zur Finanzierung des Umbaus der Krankenhauslandschaft wird ein Transformationsfonds aufgelegt, in den in den kommenden zehn Jahren rund 25 Milliarden Euro aus Steuermitteln von Bund und Ländern fließen sollen. Weitere 25 Milliarden Euro sollen aus dem Gesundheitsfonds in den Transformationsfonds fließen. Die GdS sieht hierin eine Zweckentfremdung von Beitragsgeldern der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für gesamtgesellschaftliche Aufgaben und lehnt die geplante Finanzierung des Transformationsfonds daher entschieden ab. Vielmehr müssen der Bund und insbesondere die Länder ihrer Verantwortung für eine funktionierende Daseinsvorsorge nachkommen, die sie viel zu lange vernachlässigt haben.

Zu den Zielen des Referentenentwurfs im Einzelnen:

Vorhaltevergütung, Leistungsgruppen und Qualitätskriterien

Die GdS begrüßt ausdrücklich die vorgesehene Umstellung der Finanzierung von Krankenhäusern auf einen Mix von Vorhalte- und Fallpauschalenvergütung. Positiv ist auch, dass die Vorhaltevergütung dabei den überwiegenden Teil der Finanzierung ausmachen wird. Dies entspricht einer langjährigen Forderung der GdS und ihrer Dachorganisation dbb beamtenbund und tarifunion. Das Ziel, ökonomische Fehlreize bei der Behandlung im Krankenhaus zu reduzieren und vermeidbare – aber lukrative – Eingriffe zu minimieren, kann mit diesem Mittel effizient angegangen werden.

Nicht verkannt werden darf allerdings zweierlei: Auch künftig werden Fallpauschalen bei der Finanzierung von Krankenhäusern eine zentrale Rolle spielen. Hier ist weiterhin eine kritische Begleitung notwendig, um zu beobachten, ob ökonomische Fehlreize im System bestehen bleiben, die zu unerwünschten Nebeneffekten auf die Patientensicherheit führen.

Zur Erhöhung der Patientensicherheit und der Behandlungsqualität sieht der Referentenentwurf die Einführung von Leistungsgruppen mit Qualitätskriterien vor. Die Krankenhäuser sollen die Vorhaltevergütung für diejenigen Leistungsgruppen, die ihnen durch die jeweilige Planungsbehörde des Landes zugewiesen wurden und deren Qualitätskriterien und Mindestvorhaltezahlen sie grundsätzlich erfüllen, erhalten. Die

Medizinischen Dienste (MD) erhalten die neue Aufgabe, zu prüfen, ob Krankenhäuser die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen einhalten.

Die Prüfung der Qualitätskriterien ist bei den MD sachgerecht verortet. Die GdS macht aber darauf aufmerksam, dass in den nächsten Jahren auf alle Medizinischen Dienste in Deutschland ein massiver Zuwachs an Prüftätigkeiten im stationären Sektor zukommt. Jedes Krankenhaus muss bezüglich der Leistungsgruppen, Struktur- und Qualitätsmerkmale sowohl initial als auch dann im wiederkehrenden Turnus umfangreicher überprüft und eingestuft werden, als es bisher der Fall ist. Dazu benötigen die MD permanent gut ausgebildetes und qualifiziertes Personal, das nur durch attraktive Arbeits- und Vergütungsbedingungen zu gewinnen und zu halten ist.

In dem neuen § 135e Abs. 1 SGB V heißt es: „Die Qualitätskriterien sollen den aktuellen Stand der medizinisch wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigen und zu einer leitliniengerechten, qualitativ hochwertigen und für Patienten sicheren medizinischen Versorgung beitragen.“ Hier wäre es aus Sicht der GdS wünschenswert, wenn der Entwurf um den pflegerischen Aspekt erweitert wird, der bei der stationären Versorgung von Patienten nicht minder wichtig ist. Formulierungsvorschlag: „Die Qualitätskriterien sollen den aktuellen Stand der medizinischen und pflegerischen wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigen und zu einer leitliniengerechten, qualitativ hochwertigen und für Patienten sicheren medizinischen und pflegerischen Versorgung beitragen.“

In diesem Zusammenhang wäre es nach Meinung der GdS angezeigt, wenn zukünftig im Gesetzestext explizit vermerkt wird, welche qualifizierten Berufsgruppen die Prüfungen der Leistungsgruppen, der Struktur- und Qualitätsmerkmale etc. durchführen können und dürfen. Hintergrund: Nicht nur Medizinerinnen und Mediziner können die Überprüfung durchführen und abschließend gutachterlich bewerten, sondern (gerade) auch entsprechend qualifizierte Pflege- und Kodierfachkräfte. Diese Festlegung im Gesetzestext fehlt bislang und erschwert die tägliche Arbeit mitunter sehr.

Aufgrund des Umbaus der Krankenhauslandschaft, der sich an Leistungsgruppen und deren Qualitätskriterien orientiert, ist mit einer gewissen Zentralisierung bestimmter stationärer Leistungen zu rechnen. Die Möglichkeit der Länder, Krankenhäuser als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen zu schaffen, ist daher zu befürworten. Es ist aber sicherzustellen, dass die Qualitätskriterien im stationären Bereich dann weiterhin bestehen. Gleichzeitig ist eine Neuaufstellung der ambulanten Notfallversorgung und des Rettungswesens nötig, um eine bessere Steuerung der Patientinnen und Patienten zu erreichen.

Im Übrigen sollten die Qualitätskriterien im Sinne gleichwertiger Lebensverhältnisse bundesweit gleich sein. Öffnungsklauseln für einzelne Länder sind aus Sicht der GdS nicht erforderlich.

Bürokratieabbau/Rechnungsprüfung

Unter dem Schlagwort „Entlastung von Bürokratie“ verbirgt sich nach Ansicht der GdS im vorgelegten Referentenentwurf eine Regelung, die sehr viel mehr Schaden als Nutzen verursachen wird. So soll bei den Prüfungen von Krankenhausabrechnungen eine grundlegende Änderung eingeführt werden: Die bisherigen Einzelfallprüfungen sollen künftig durch eine strukturierte Stichprobenprüfung ersetzt werden, welche durch den MD durchgeführt werden soll. Diese Änderung lehnt die GdS kategorisch ab.

Die geplante Änderung führt neben der bereits mit dem MDK-Reformgesetz vollzogenen Einschränkung der Prüfung zu weiteren finanziellen Einschränkungen der jeweiligen Krankenkasse. Im Sinne des gesetzlich verankerten Wirtschaftlichkeitsgebots wäre eine möglichst umfangreiche Prüfung – ggf. unter Einsatz innovativer technischer Hilfsmittel wie Künstlicher Intelligenz – dringend angezeigt.

Die Quote beanstandeter Abrechnungen lag in den vergangenen Jahren recht konstant bei rund 50 Prozent. Keine Evaluierung in den letzten Jahren hat ergeben, dass diese Quote signifikant gesunken wäre – auch nicht in Folge des MDK-Reformgesetzes. Eine Reduzierung der Prüfquoten hätte aller Voraussicht nach also lediglich den Effekt, dass weniger fehlerhafte Abrechnungen geprüft werden und weniger Regressansprüche geltend gemacht werden können.

Auch der so genannte „Polizei-Effekt“ – also die Reduzierung überhöhter Abrechnungen aufgrund der Furcht, entdeckt zu werden – würde bei einer Umstellung von der Einzelfall- auf die Stichprobenprüfung abgeschwächt. Generell sinkt mit dem vorgelegten Referentenentwurf der Anreiz für Krankenhäuser, richtige Abrechnungen zu erstellen. Die negativen Folgewirkungen schlagen auf die Krankenkassen und die Beitragszahlenden der GKV durch.

In diesem Zusammenhang ist es für die GdS besonders unverständlich, weshalb das Mittel der Einzelfallprüfung für die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung weiterhin erhalten bleiben soll. An dieser Stelle muss gleiches Recht für alle gelten. Diese Ungleichbehandlung ist sachlich nicht zu rechtfertigen.

Kritisch hinterfragt werden muss auch, was mit dem derzeitigen Personal bei den Krankenkassen geschieht, das mit der Rechnungsprüfung vertraut ist. Viele Kassen haben dort höchst spezialisierte Mitarbeitende eingesetzt. Wandert diese Aufgabe nun zukünftig zum MD, gehen Arbeitsplätze bei den Kassen verloren und auch das bisher aufgebaute Fachwissen der Kolleginnen und Kollegen. Im Gegenzug muss der MD Personal dafür einstellen. Unklar ist, ob es dazu Regelungen zum Personalübergang geben wird.

Transformationsfonds

Gesamtgesellschaftliche Aufgaben sind aus Steuermitteln zu finanzieren. An diesem logischen und allgemein akzeptierten Prinzip darf es keinen Zweifel geben. Auch in Zeiten knapper öffentlicher Kassen und unter den Bedingungen der grundgesetzlich verankerten Schuldenbremse dürfen Beitragsgelder der gesetzlichen Krankenversicherung nicht für Aufgaben eingesetzt werden, die aus Steuern bezahlt werden müssten. Andernfalls steigen zum einen die Beitragssätze in der GKV in immer höhere Sphären – 2,5 Milliarden Euro pro Jahr aus dem Gesundheitsfonds dürften zu einem jährlichen Anstieg des durchschnittlichen Beitragssatzes um rund 0,15 Prozentpunkte führen – und zum anderen fragen sich die Beitragszahlenden zurecht, weshalb sie sich an der Finanzierung von Einrichtungen der öffentlichen Daseinsvorsorge doppelt beteiligen müssen: als Steuerzahler und als Beitragszahler. Hinzu kommt die Ungerechtigkeit, dass Gelder der Privaten Krankenversicherung nicht zur Finanzierung des Transformationsfonds herangezogen werden sollen.

Um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt es sich beim Umbau der Krankenhauslandschaft, der mit dem vorgelegten Referentenentwurf eingeleitet wird. Dass die Länder jahrelang ihren Verpflichtungen zur Finanzierung der Investitionskosten der Krankenhäuser nicht nachgekommen sind, darf nun nicht zu Lasten der Beitragszahlenden in der GKV gehen. Hier müssen dringend andere Finanzierungswege beschritten werden.