

Nachrichten des Verbandes Rheumatologischer Akutkliniken e. V.



Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie (DGRh) und des Verbandes Rheumatologischer Akutkliniken (VRA) zum Referentenentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) vom 13. März 2024 – Teil 2¹

Im April 2023 haben der VRA-Vorstand und der DGRh-Vorstand die Arbeitsgruppe „Krankenhausfinanzierung“ gegründet und haben seitdem verschiedene Stellungnahmen z. B. gegenüber dem BMG, der AWMF, der DGIM und den Mitgliedern des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages abgegeben.

Stellungnahme zu den Einzelaspekten des Gesetzentwurfes

Schwer steuerbare Effekte der Systementwicklung haben einen großen Einfluss auf die Fallzahlen und die Fallschwere in den Leistungsgruppen. Sie können den gewünschten Effekten der Reform zuwiderlaufen

Durch die Verknüpfung des Leistungsgruppen-Systems mit dem G-DRG-System und der Vorhaltefinanzierung erfährt die Reform eine enorme Komplexitätssteigerung, die nicht mehr praxistauglich wäre. Das System der Vorhaltefinanzierung zielt darauf ab, dass sich Änderungen in Bezug auf die historische Fallmenge nicht auf den Anteil eines Standortes am landesweiten Vorhaltebudget auswirken sollen. Dem Konzept liegt zugrunde, dass Fallmengenentwicklungen ausschließlich aus tatsächlichen Leistungsveränderungen oder krankenhauplanerischen Maßnahmen, aber nicht aus rein technischen Effekten resultieren. Änderungen im CMI der Vorhaltebewertungsrelationen sollen zwar einen Einfluss auf

die Anteile eines Standortes am landesweiten Vorhaltebudget haben, allerdings nur in Intervallen von anfangs 2 und danach 3 Jahren. Technische Einflüsse sind mannigfaltig und bislang noch nicht in der Umsetzung der Reform berücksichtigt.

Durch die Konstruktion des G-DRG-Systems kommt es jährlich zu vielen DRG-Migrationen (identische Fälle werden durch Änderung der Abfragereihenfolge, der Änderung der CCL-Matrix oder sonstiger technischer Änderungen) in anderen DRGs abgebildet („Katalogeffekt“). Diese Effekte können direkt auf die Leistungsgruppen-Zuordnung durchschlagen. Leistungsgruppen können sich damit jedes Jahr sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene sowie beim einzelnen Krankenhausstandort in ihrer qualitativen und quantitativen DRG-Zusammensetzung unterscheiden. Hinzu kommt, dass jährliche Kalkulationsbedingungen, klassifikatorische Änderungen oder Änderungen durch Fallmigration auch Effekte in Bezug auf unbewertete Entgelte haben. Wechseln beispielsweise voll- oder teilstationäre DRGs zwischen den Anlagen 1 und 3 bzw. werden Zusatzentgelte (mit relevanten Kostenanteilen außerhalb der Kostenarten 4–6) geschaffen oder abgeschafft, so treten Effekte auf Casemix und somit auch auf den Vorhalte-Casemix ein (beispielsweise könnten die Zusatzentgelte Palliativmedizin davon betroffen sein). Auch die Höhe der Pflegepersonalkosten spielt eine entscheidende Rolle bei der jährlichen Bestimmung der Vorhalte-Bewertungsrelationen. Entwicklungen der Pflegepersonalkosten können sich damit DRG-individuell und damit auch Leistungsgruppen- und Krankenhaus-individuell auf die Höhe der Vorhaltebudgets auswirken. All diese jährlichen (Katalog-)Effekte vertragen sich grundsätzlich nicht mit einem

für mehrere Jahre auf der Ebene eines Krankenhausstandortes festgesetzten Vorhalte-Casemix und müssten auch bei der Vorhaltefinanzierung nachvollzogen werden. Würde beispielsweise die rheumatologische Komplexbehandlung (OPS 8–983) zur Definition einer Leistungsgruppe in der Rheumatologie herangezogen, so könnte sich folgende Situation ergeben. Derzeit führen die OPS-Kodes 8–983.1 und 8.–983.2 in die G-DRG-I97Z. Diese DRG wurde auf Basis von 2358 Fällen kalkuliert, wobei von einer Dominanz einzelner Hauptleistungserbringer mit mehr als 1000 Fällen auszugehen ist. Brechen alleine 1–2 der großen Kalkulationskrankenhäuser weg, so wäre diese DRG nicht mehr sachgerecht zu kalkulieren und wieder (wie vor 2009) in die Anlage 3 als unbewertete DRG zu überführen. Da unbewertete DRGs nicht Bestandteil der neuen Finanzierung sein sollen, würde die Fallzahl in der Leistungsgruppe innerhalb eines Jahres auf null sinken. Auch sind Einflüsse auf die medizinische Indikationsstellung und Behandlungsplanung denkbar: So verteilen sich beispielsweise die Fälle der NRW-Leistungsgruppe „Cochleaimplantate“ auf unterschiedliche DRGs, von denen 2 (D01A für die bilaterale Implantation und die D23Z für spezielle aktive mechanische Implantate) unbewertet sind. Sofern Freiheiten bei der Indikationsstellung und Behandlungsplanung bestehen, könnte innerhalb des geplanten 20%-Korridors nach Festlegung eines fixen Anteils an der Vorhaltevergütung umgeschichtet werden. Am Rande sei auch auf die Kalkulation der belegärztlichen Leistungen hingewiesen, die hohen Schwankungen aufgrund der wechselnden Kalkulationsbasis unterworfen sein kann.

Rein technisch bedingte Fallmengenveränderungen in Leistungsgruppen können auch

¹ Teil 1 der Stellungnahme ist in Ausgabe 5/2024 erschienen.

durch die Weiterentwicklung der Klassifikationssysteme auftreten. So definiert sich beispielsweise die Leistungsgruppe „Leukämie und Lymphome“ in NRW über die OPS-Kodes der Klassen 8–543 und 8–544 (Mittel-/Hochgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie). Diese OPS-Kodes wurden aufgrund der medizinischen Weiterentwicklung bei den onkologischen Chemotherapien für 2022 inhaltlich angepasst. Dies hatte zur Folge, dass (auf Basis des InEK-Datenbrowsers) die Fälle in der Leistungsgruppe „Leukämie und Lymphome“ aus rein technischen Gründen um 75 % zwischen 2021 und 2022 gestiegen sind. In Zukunft wäre eine Anpassung des OPS mit derartigen Auswirkungen auf die Leistungsgruppen-Zuordnung und damit die Vorhaltefinanzierung nicht mehr denkbar. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass entsprechende Änderungen des OPS auch durch die Rechtsprechung oder den Schlichtungsausschuss Bund erfolgen könnten. Es sei nur an die Auswirkungen des Urteils des BSG zur Transportentfernung beim Schlaganfall erinnert, dessen Auswirkungen nur über eine zusätzliche Gesetzgebung eingefangen werden konnten. Die Einflüsse auf die Vorhaltefinanzierung wären gesetzgeberisch in diesem Fall nicht mehr zu verhindern.

Die Verknüpfung von Fallpauschalierung und Vorhaltefinanzierung über Leistungsgruppen blockiert die Weiterentwicklung beider Systeme

Bei einem Verzicht auf die Verknüpfung des Leistungsgruppen-Systems mit der Vorhaltefinanzierung könnte die Reform wesentlich weniger komplex und flexibler gestaltet werden. Die erforderliche eindeutige Verknüpfung von Abrechnungsfällen mit den Leistungsgruppen wäre nicht mehr notwendig. Bereits die unterschiedlichen Betrachtungsebenen der Finanzierung (Gesamtkrankenhaus) und Krankenhausplanung (einzelner Krankenhausstandort) sind bei den gesetzlichen Regelungen schwer in Deckung zu bringen. Auch der Gesetzesentwurf unterscheidet an vielen Stellen nicht präzise zwischen Krankenhäusern und ihren Standorten (z. B. § 6a Abs. 2 KHG).

Eine große Herausforderung wird auch die Entwicklung eines jährlich neu zu überarbeitenden Groupers, der entscheiden müsste, welcher Fall welcher Leistungsgruppe und

welchem Standort zugeordnet wird. Mit dieser erzwungenen exklusiven Zuordnung und Hierarchisierung werden – wie oben dargestellt – erhebliche Probleme eingekauft, die sogar die fachärztliche Weiterbildung erheblich beeinflussen würden. Im jetzigen Konzept müssten der Leistungsgruppen-Groupers jährlich angepasst und die Vorhalte-Bewertungsrelationen jeweils neu kalkuliert werden.

Im neuen Finanzierungssystem könnten medizinische Innovationen, die zu Fallmengenveränderungen in DRGs und Leistungsgruppen führen, nicht sinnvoll finanziert werden. Werden beispielsweise vermehrt minimal-invasive Herzklappeninterventionen und weniger offene Herzklappenoperationen durchgeführt, käme es zu einer medizinisch begründeten Verschiebung von Fallmengen zwischen Leistungsgruppen, ohne dass die Vorhaltefinanzierung mitwandern würde. Ähnliche Effekte könnten beispielsweise auch bei vermehrten CAR-T-Zelltherapien und weniger Stammzelltransplantationen oder weiteren medizinischen Entwicklungen auftreten.

Viele Leistungsgruppen aus NRW nutzen OPS-Komplexbehandlungen zur Definition. Diese wurden geschaffen, weil sie Fälle mit besonderen Kosten identifizieren können. Mit selektiver Ausgliederung bestimmter Kosten bei der Kalkulation der Bewertungsrelationen und der Weiterentwicklung der Vergütungssysteme könnten die OPS-Kodes obsolet werden oder einer inhaltlichen Anpassung bedürfen. Allerdings dürften diese OPS-Kodes nicht mehr angepasst werden, wenn dies einen Einfluss auf die Leistungsgruppen-Zuordnung hätte.

Bislang wurden DRGs nach dem Primat der Gesamtkostenhomogenität gebildet und nach der Höhe der Bewertungsrelationen in der Abfragehierarchie sortiert. Werden selektiv Kostenanteile ausgegliedert, müsste das G-DRG-System in einem mehrjährigen Prozess auf eine Residualkostenhomogenität ausgerichtet werden. Hierzu wären neue DRG-Definitionen und Grenzverweildauern, eine neue Zu- und Abschlagslogik, eine Überarbeitung der CCL-Matrix und ggf. sogar der PCCL-Formel notwendig.

Eigentlich sollte die Vorhaltefinanzierung dazu dienen, den der Fallpauschalierung

inhärenten Anreiz zur Mengensteigerung („Entökonomisierung“) zu reduzieren. Hierzu wäre jedoch keine Verknüpfung zwischen einem Leistungsgruppen-System zur Krankenhausplanung und einer von der Fallmenge bzw. der Fallmengenentwicklung unabhängigen „Vorhaltefinanzierung“ notwendig. Es stehen vielfache Mechanismen zur Verfügung, die eine bessere Mengensteuerung systemimmanent im DRG-System ermöglichen würden. Nachdem der ursprüngliche Plan „das überholte System der Fallpauschalen zu beenden“ bereits fallengelassen wurde und nun auch die Höhe des Vorhaltebudgets durch das G-DRG-System bestimmt wird, besteht in Bezug auf die offiziellen Ziele keine Notwendigkeit mehr, beide sich in der Entwicklung hemmenden Systeme noch zu verbinden.

„Konstruktionsfehler“ im Transformationsfonds

Die DGRh und der VRA sehen die Notwendigkeit, dass gewünschte Strukturveränderungen auch finanziert werden müssen. Bezüglich der Höhe und Herkunft der Gelder möchten sich die DGRh und der VRA nicht an der kontroversen Diskussion beteiligen. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass wenn die Möglichkeit noch Gewinne zu erwirtschaften über die Reform der Betriebskostenfinanzierung nahezu ausgeschaltet werden soll, Krankenhausträger nicht in der Lage sein werden, sich noch an Investitionen zu beteiligen. Auch wird es nicht mehr möglich sein, am Kapitalmarkt Kredite aufzunehmen, wenn eine Erwirtschaftung der Mittel zur Rückzahlung durch die Reform verhindert wird.

Dass nach § 12b Abs. 1 Nr. 1 KHG Vorhaben zur standortübergreifenden Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten ausschließlich nur dann gefördert werden dürfen, wenn diese zur Erfüllung der Qualitätskriterien nach § 135e SGB V oder zur Erfüllung der Mindestvorhaltezahlen nach § 135f SGB V erforderlich sind, ist wohl ein unbeabsichtigter Fehler im Gesetzesentwurf. Selbstverständlich können auch andere standortübergreifende Konzentrationen akutstationärer Versorgungskapazitäten im Sinne der Verbesserung der Versorgung und der Wirtschaftlichkeit sein und sollten gefördert werden können. Da sich Leistungsgruppen, Qualitätskriterien und Mindestvorhaltezahlen jährlich ändern können, während

Förderungen über weit längere Zeiträume erfolgen müssen, wäre die Verknüpfung auch technisch problematisch.

Die Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben darf nicht auf Universitätskliniken und Krankenhäuser der Maximalversorgung beschränkt werden

Für das Fachgebiet Rheumatologie und Klinische Immunologie existieren nicht an allen Universitätskliniken Lehrstühle. Forschung, Versorgungskoordination und Vernetzungsaufgaben werden daher in der akutstationären Rheumatologie auch von Spezialversorgern und besonderen Fachkliniken übernommen. Diese müssen für ihre Aufgaben ebenso gefördert werden. Mit Stand April 2024 erhielten 17 Einrichtungen den Zuschlag für ein rheumatologisches Zentrum gemäß der G-BA-Regelungen, davon war die Mehrzahl (9 Einrichtungen) nicht-universitär.

Ersatz der Einzelfallprüfungen durch Stichprobenprüfungen ist unkonkret bei inadäquater Konfliktlösung

Die DGRh und der VRA begrüßen, dass der Gesetzgeber einen neuen Versuch unternehmen möchte, die Massenprüfungen der Kostenträger über den MD zu reformieren. Der Aufwand, den sich das deutsche Gesundheitssystem – unter Einbeziehung von dringlich benötigtem Fachpersonal – in diesem Bereich leistet, ist immens. Das Potenzial zur Entbürokratisierung dürfte hier höher sein als in allen anderen Bereichen des Gesundheitswesens.

Aufgrund des hohen Potenzials zur Entbürokratisierung, darf dieser Teil der Reform nicht an einer zu rudimentären gesetzlichen Ausgestaltung scheitern. Die Einzelfallprüfungen und die gewachsenen Strukturen lassen sich nicht einfach abschaffen und durch Stichprobenprüfungen ersetzen, ohne dass hierfür durchdachte gesetzliche Vorgaben gemacht und die alternativen Stichprobenprüfungen konzeptionell ausgearbeitet werden. Die Idee, den MD Bund hierfür ein Konzept entwickeln zu lassen, das sogar den Umgang mit Beanstandungen und deren finanziellen Ausgleich umfassen soll, lässt eine spätere Vereinbarung

durch den GKV-SV und die DKG als kaum realistisch erscheinen. Die Schiedsstelle wird überfordert sein, innerhalb der vorgesehen 6 Wochen eine praxistaugliche und konfliktarme Regelung der Stichprobenprüfung festzulegen, sodass auf Einzelfallprüfungen vollständig verzichtet werden könnte. Ein finanzieller Ausgleich bei einer gefundenen Beanstandung in einer Stichprobe muss vermutlich auch einen Algorithmus der Hochrechnung auf die Gesamtheit beinhalten. Die Resultate können für ein Krankenhaus potenziell existenzbedrohend sein und daher mit der Krankenhausplanung in Konflikt treten. Die hierfür erforderlichen Regularien sollte der Gesetzgeber nach hinreichender Beteiligung aller betroffenen Akteure selbst festlegen. Die bisherigen Erfahrungen mit den Vereinbarungen zu Prüfverfahren haben gezeigt, dass hier der Souverän selbst gefordert ist. Dabei wäre auch festzulegen, ob und wenn ja wie die einzelnen unterschiedlichen Kostenträger entschädigt werden sollen oder eine direkte Abwicklung über den Gesundheitsfonds zu bevorzugen wäre. Auch an anderen Stellen des Gesetzes wären ggf. Anpassungen vorzunehmen (z. B. Erörterungsverfahren).

Weitere geplante Änderungen des SGB V

- § 135e Abs 4: Nach Satz 3 sollen „bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung [...] die Qualitätskriterien einer Leistungsgruppe in Kooperationen und Verbänden mit anderen Krankenhäusern unter den Voraussetzungen des § 6a Absatz 2 Satz 1 bis 3 KHG [zwingende Erforderlichkeit zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung] erfüllt werden“ können. Der Satz 3 wird folgendermaßen begründet: „Im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022 ist für bestimmte Leistungsgruppen die Erbringung verwandter Leistungsgruppen auch in Kooperationen vorgesehen. Da diese Konzeption nicht für alle Bundesländer passgenau ist, ist nach Satz 3 für den Übergangszeitraum bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung die Einhaltung von Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbänden grundsätzlich zulässig, sofern die Voraussetzungen des § 6a Absatz 2 Satz 1 bis 3 KHG für die ausnahmsweise Zuweisung von Leistungsgruppen vorliegen.“ Da-

raus wäre zu schließen, dass alle Kooperationen aus dem Krankenhausplan NRW 2022 für das bundesweite Leistungsgruppen-System zwingend am Standort vorgehalten werden müssen, außer wenn die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gefährdet wäre. Dies würde bedeuten: keine Kardiologie/Gefäßmedizin/Stroke Unit/Neurochirurgie ohne Herzchirurgie, keine Geburtshilfe ohne Pädiatrie, keine Geriatrie ohne Urologie, keine Neurologie/Stroke Unit/Frühreha/Geriatrie/Gefäßmedizin ohne Psychiatrie sowie keine Viszeralchirurgie/Gastroenterologie/Pneumologie/Hämatonkologie/Thoraxchirurgie/Kinderonkologie ohne Palliativmedizin. Hier scheint es sich um einen unbeabsichtigten Fehler zu handeln.

- § 275a Abs. 6: Die Regelung nach Nr. 2 entspricht der alten Regelung nach § 275 d Abs. 1a Satz 2 SGB V. In Zusammenhang mit der vom BMG nicht beanstandeten StrOPS-RL entsteht eine sicherlich gesetzlich nicht intendierte Lücke bei einem Wechsel der Leistungserbringung zwischen unterschiedlichen Standorten eines Krankenhauses. Bei einem Umzug ist ein Antrag zur Prüfung auf erstmalige oder erneute Leistungserbringung zu stellen. Nach der gesetzlichen Regelung dürfen zwar Krankenhäuser die Leistung bis zum Abschluss der Strukturprüfung (längstens bis zu 6 Monate ab dem Tag der Anzeige) abrechnen, allerdings dürfen sie die Anzeige erst stellen, wenn sie die Strukturmerkmale über einen Zeitraum von 3 Kalendermonaten vor dieser Anzeige als erfüllt und nachweisbar ansehen. Es würde keine Lücke entstehen, wenn der MD die Gültigkeit der Bescheinigung auch entsprechend so vorverlegen würde, dass die 3 Monate vor Anzeige miterfasst würden. In seiner StrOPS-RL hat der MD Bund jedoch entschieden, die Gültigkeit der Bescheinigung erst mit dem Datum des Bescheiderlasses beginnen zu lassen (Kapitel 4.4 i. V. m. 3.6 und 3.4 der StrOPS-RL). Im Rahmen der geplanten Reform wird es zu erheblichen Veränderungen in den Versorgungsstrukturen kommen. Kommt es dabei zu Verlagerungen von Leistungen, die mit OPS-Komplexbehandlungen abgerechnet werden, müssen Prü-

fungen für die neuen Standorte beantragt werden. Besteht die Gefahr, dass damit ein mindestens 3-monatiger Erlösverlust verbunden ist, werden sinnvolle strukturelle Veränderungen grundlos finanziell sanktioniert. Es ist entweder eine gesetzliche Klärung oder eine Beanstandung der StrOPs-RL vorzunehmen.

Weitere geplante Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)

- § 6a Abs. 2: Hier bedarf es noch weiterer Ausnahmen. Beispielsweise muss der Bedarf der Bevölkerung auch quantitativ bedient werden können. Reine Fahrzeitanalysen ohne Analyse von Wartezeiten sind nicht ausreichend. Ebenso wären Ausnahmen für wenig komplexe belegärztliche oder teilstationäre Leistungen zu machen. Letztlich muss auch im Rahmen der Daseinsvorsorge flexibel auf unvorhergesehene Probleme (plötzlicher Ausfall von Krankenhäusern oder Teilen davon, Großschadensereignisse, medizinische Weiterentwicklungen, technische Effekte) reagiert werden können.
- § 6a Abs. 3: Hier bedarf es einer Interventionsmöglichkeit durch die Bundesländer, die eine begründbare Verlängerung nach Nr. 1 ermöglichen und einen ungewollten Automatismus nach den Nr. 2 und 3 verhindern kann. Zwar sollen Widerspruch und Anfechtungsklage gegen den Bescheid keine aufschiebende Wirkung haben. Es ist jedoch nicht unwahrscheinlich, dass aufgrund der Folgen Krankenhausträger einstweiligen Rechtsschutz beantragen können, zumal das Prüfverfahren de facto keine Korrekturmöglichkeit außer bei offensichtlichen Fehlern vorsieht. Wie aufschiebende Klageverfahren im weiteren Verfahren (Verteilung der Vorhaltebudgets) berücksichtigt werden könnten, lässt der Gesetzentwurf offen.
- § 6a Abs. 4: In Verbindung mit § 37 Abs. 2 KHG können die Planfallzahlen einen erheblichen Einfluss auf die Finanzierung von Krankenhausstandorten und damit auf den Wettbewerb haben. Ohne Bezug zu einem regionalen Bedarf erscheint das Instrument wettbewerbsrechtlich bedenklich. Planfallzahlen sind hoch relevant, um eine regional veränderte Versorgung abzubilden, bevor sich diese in den Daten nach § 21 KHEntgG, auf deren Basis die Vorhaltefinanzierung berechnet wird, manifestieren können. Schließt beispielsweise ein Krankenhausstandort zum Jahresende, so dauert es 2 Jahre, bevor gemessen werden kann, wie sich die Fälle regional umverteilen. Die Planfallzahlen sind das einzige vorgesehene Instrument, das erlauben würde, die Verlagerungen zu antizipieren. Die jährliche differenzierte Nutzung dieses Instruments würde die Planungsbehörden vor erhebliche Herausforderungen stellen. Im Gesetzentwurf ist derzeit scheinbar kein Rechtsanspruch von Krankenhausstandorten, die die Versorgung ausscheidender Krankenhausstandorte übernehmen sollen, auf eine Nutzung von Planfallzahlen durch die Planungsbehörde vorgesehen.
- § 37 Abs. 2: Auch wenn der Vorhalte-CMI aufgrund der Methodik der Ausgliederung keine allgemeingültige Aussage zur Fallschwere zulässt, ist es nicht unwahrscheinlich, dass es Krankenhausstandorte geben wird, die durch die Übernahme von Fällen ausscheidender Krankenhausstandorte ihren Vorhalte-CMI absenken. Sofern die Fallzahl nicht über den Korridor von 20 % steigt, würden diese Krankenhausstandorte damit für Mehrleistungen bei der Neukalkulation nach 2 bis 3 Jahren einen reduzierten Anteil des landesweiten Vorhaltebudgets erhalten. Dies wäre einerseits nicht vermittelbar und andererseits würde dies erhebliche Anreize zur Fallsektion mit der Konsequenz von Wartelisten auslösen. Es sei auch darauf hingewiesen, dass insbesondere an den unteren Grenzverweildauern des G-DRG-Systems fallbezogen erhebliche CMI-Sprünge resultieren können. Dem Wunsch, medizinische Entscheidungen zu „entökonomisieren“, kann mit dieser Methodik nicht entsprochen werden.
- § 37 Abs. 2: Die Über- bzw. Unterschreitung des Korridors von $\pm 20\%$ ist erheblich von der Ausgangsmenge abhängig und trifft damit Krankenhäuser in sehr unterschiedlichem Maß. Bei fallzahlstarken Leistungsgruppen müssten erhebliche zusätzliche Fälle behandelt werden, damit wieder eine (dann allerdings gleich sprunghafte) Vollfinanzierung einsetzt. Bei sehr niedrigen Leistungsgruppen (z. B. Transplantationen) wäre hingegen fast jährlich mit einer Über-/Unterschreitung des Korridors zu rechnen. Grundsätzlich wird die starre Korridorgrenze starke Steuerungsanreize zum Jahresende auslösen. Hier kann es dazu kommen, dass gewisse Leistungen erst wieder im neuen Jahr angeboten werden. Die gesetzten Anreize sind aus Versorgungsgesichtspunkten nicht sinnvoll und tragen nicht zu einer „Entökonomisierung“ bei.
- § 37 Abs. 2: Aufgrund der geringen Differenzierung der Leistungsgruppen erscheint es sinnvoll, dass auch ein Plan-CMI von der Planungsbehörde vorgegeben werden kann. Es könnte beispielsweise einen deutlichen Unterschied machen, welchen Versorgungsauftrag mit welchen rheumatologischen Leistungen ein Standort übernehmen soll. Insbesondere in den großen Leistungsgruppen („Allgemeine Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“) mit ihren vielen Spezialisierungen dürfte dies zum Tragen kommen.
- § 37 Abs. 2: Neukalkulationen des Anteils der Krankenhausstandorte am Vorhaltevolumen sollen initial nach 2 oder später nur alle 3 Jahre vorgenommen werden. Sofern jedoch relevante Strukturveränderungen stattfinden (Ereignis nach § 6a Abs. 4 Satz Nr. 2 bis 4 KHG) soll eine komplette Neukalkulation stattfinden. Dies soll auch dann erfolgen, wenn die Strukturveränderungen in einem angrenzenden Bundesland stattgefunden haben. Zunächst zielt das gesamte Reformpaket darauf ab, dass Ereignisse nach 6a Abs. 4 Satz Nr. 2 bis 4 KHG angestoßen werden. Es ist daher davon auszugehen, dass diese in der ersten Dekade in nahezu allen Leistungsgruppen und Bundesländern stattfinden werden. Die 2- bzw. 3-jährige Festschreibung der Anteile am Vorhaltebudget wären damit in der Realität wohl eher eine Seltenheit. Es sei auch darauf hingewiesen, dass die Neukalkulation im Folgejahr die Strukturveränderung nicht gut nachvollziehen könnte, da sie auf den Ganzjahresdaten des Vorjahrs beruht. Erst im

zweiten Jahr nach der Strukturveränderung würde sich die veränderte Leistungserbringung in den Daten nach § 21 KHEntgG vollständig manifestieren.

- § 39: Vorteil des G-DRG-System ist es, dass durch die Fallkostenkalkulation eine rationale und datenbasierte sowie überwiegend interessensfreie Finanzierung erfolgt. Alle Krankenhausleistungen werden nach den gleichen und transparenten Regeln finanziert. Es überrascht, dass nun mit § 39 KHG der Gesetzgeber einzelne Leistungen besonders finanzieren möchte. Eine wissenschaftliche Begründung oder Ableitung der Höhe der Förderbeträge findet sich in der Gesetzesbegründung nicht. Die leistungsunabhängigen zusätzlichen Mittel sollen die Versorgung in diesen Bereichen lediglich noch stärker unabhängig von der leistungsorientierten Logik des Fallpauschalensystems machen und sie zusätzlich zu der neu eingeführten Vorhaltevergütung absichern. Bei den zusätzlichen Mitteln handelt es sich um eine Förderung im Rahmen der Betriebskostenfinanzierung. Warum gerade diese Bereiche eine gesonderte Absicherung und Unabhängigkeit von der leistungsorientierten Logik des Fallpauschalensystems benötigen, wird nicht erläutert. Hier wäre eine aussagekräftige Gesetzesbegründung wünschenswert.

Weitere geplante Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

- § 4 Abs. 3: Der Mindererlösausgleich soll aufgrund der vorgesehenen Vorhaltevergütung abgeschafft werden. Der Mehrerlösausgleich soll hingegen trotz der Ausgliederung der Vorhaltevergütung und überwiegenden Beschränkung der fallbezogenen Vergütung auf variable Kosten in unveränderter Höhe beibehalten werden. Für diese ungleiche und für Krankenhäuser nicht sachgerechte Regelung fehlt eine rationale Begründung.
- § 5 Abs. 2a: Statt einer pauschalen und bedarfsunabhängigen Förderung der ländlichen Krankenhäuser wäre zu empfehlen, den Mengenanreiz der Vergütungsinstrumente tatsächlich zugunsten einer echten Vorhaltefinanzierung, zu reduzieren. Diese könnte dann auch ländliche Krankenhäuser mit geringen Fallzahlen in versorgungsnotwendigen Leistungsbereichen absichern.
- § 6b Abs. 5: Die vorgesehene Konvergenzphase weist Besonderheiten auf, die möglicherweise nicht sinnvoll sind, - da der Ausgangswert für die Jahre 2027 und 2028 auf die Leistungsmenge 2026 eingefroren wird. Kommt es – und das ist anzunehmen – in den Jahren 2027 und 2028 zu Krankenhausschließungen und Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern, so können diese

im Ausgangswert nicht berücksichtigt werden. Bei Krankenhausschließungen wird das im Ausgangswert berücksichtigte Finanzvolumen aus der Versorgung abgezogen. Krankenhausplanerische Maßnahmen sollten daher auch zu einer Anpassung des Ausgangswertes führen.

- § 8 Abs. 4: Hier bedarf es neben den Notfällen noch weiterer Ausnahmen vom Abrechnungsverbot. Beispielsweise „Leistungen, die während einer Behandlung notwendig werden“ (§ 16 KHGG NRW), „additive Versorgung“ (KH-Plan NRW: wenn ein einer spezifischen Leistungsgruppe zugeordneter Eingriff nur einen Begleiteingriff einer komplexeren Operation/Behandlung darstellt), Verbringungsleistungen, belegärztliche Versorgung, Einzelfälle (z. B. OP-Team kommt zum Patienten), Möglichkeiten bei technischen Fehlern (z. B. Grouper-Hierarchie oder unpassend exklusive Zuordnungen durch den Grouper).

Fazit

Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e. V. (DGRh) und der Verband rheumatologischer Akutkliniken e. V. (VRA) sehen nicht, wie durch das Gesetz die in der Begründung angegebenen Ziele erreicht werden könnten.

Die DGRh und der VRA befürchten ganz im Gegenteil bei einer Umsetzung der Reform eine deutliche Verschlechterung der Versorgung von Rheumakranken bei einer Zunahme der ökonomischen Zwänge auf medizinische Entscheidungen und der administrativen Aufgaben für das klinische Personal. Die geschilderten Probleme in Bezug auf die akutstationäre rheumatologische Versorgung sind vielfach auch beispielhaft für viele andere Bereiche der medizinischen Versorgung.

Die DGRh und der VRA mahnen dringlich an, ein differenziertes Zielbild für die Versorgung zu entwickeln und dieses auch offen an die Bevölkerung zu vermitteln. Die Wiederholung von simplen Narrativen, die sich an Beispielen aus der elektiven und kurativ intendierten Onkochirurgie bedienen, wird der Komplexität der Krankenhausversorgung in Deutschland nicht gerecht. Die vereinfachte und verallgemeinernde Verknüpfung von Größe/Menge und Qualität kann einer wissenschaftlichen Betrachtung nicht standhalten.

Aus Sicht der DGRh und der VRA ist es essenziell – vor Umsetzung der Reform – geeigne-

te Auswirkungenanalysen durchzuführen und dabei neben reinen Fahrzeiten für die Erreichbarkeit auch den Bedarf und die verbleibenden Kapazitäten zu berücksichtigen. In der Qualitätsdebatte sind auch die Gefahren von Wartezeiten und gänzlichem Wegfall der Versorgung zu berücksichtigen. Hierfür wären geeignete Messungen zu etablieren.

Die Verknüpfung der Vorhaltefinanzierung über Leistungsgruppen und der fallbezogenen Finanzierung über DRGs erscheint so komplex, fehleranfällig und unflexibel, dass DGRh und VRA dringlich empfehlen nach Alternativen zu suchen.

DGRh und VRA erkennen an, dass eine Versorgung auf bisherigem Niveau zukünftig aufgrund fehlenden Fachpersonals und der hohen Kosten voraussichtlich nicht mehr aufrechterhalten werden kann. Dies sollte allerdings dann auch transparent kommuniziert werden. Ungehobenes Potenzial bietet der Abbau von administrativen Tätigkeiten und von Regelungen, die zur Demotivation des noch in der Versorgung befindlichen klinischen Personals beitragen. Hier lässt der Gesetzesentwurf entscheidende Initiativen vermissen.

Prof. Dr. med. Christof Specker
Präsident Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e. V.

Prof. Dr. med. Heinz-Jürgen Lakomek
Geschäftsführer Verband rheumatologischer Akutkliniken e. V.

Literatur²

- [1] Fiori W, Lakomek H-J, Specker C et al. Die akutstationäre Rheumatologie im Kontext der „grundlegenden Reform der Krankenhausvergütung“. das Krankenhaus 2023; 7: 602–615
- [2] Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und Immunologie e. V. (DGRh) und des Verbands rheumatologischer Akutkliniken e. V. (VRA). Im Internet: <https://dgrh.de/Start/Publikationen/Positionen/2.-Stellungnahme-Krankenhausreform.html>; Stand: 08/2023. <https://dgrh.de/Aktuelles/Stellungnahme-zum-Krankenhaus-transparenzgesetz.html>; Stand: 26.04.2024

- 2 Zu den Literaturhinweisen siehe auch Teil 1 der Stellungnahme in Ausgabe 5/2024.

KONTAKTADRESSE

Verband Rheumatologischer Akutkliniken e. V.

Geschäftsstelle

Prof. Dr. med. Heinz-Jürgen Lakomek
Direktor Universitätsklinik für Geriatrie
Johannes Wesling Klinikum Minden
Hans-Nolte-Str. 1, 32429 Minden
Tel.: 0571/790 3801
Fax: 0571/790 29 3800
E-Mail: lakomek@vraev.de
Internet: www.vraev.de

IMPRESSUM

Verantwortlich für den Inhalt

Prof. Dr. med. Heinz-Jürgen Lakomek
Geschäftsführer, Verband rheumatologischer Akutkliniken e. V.
E-Mail: heinz-juergen.lakomek@muehlenkreiskliniken.de