

Berlin, 23. Mai 2025

Thesepapier

Krankenhausreform weiterentwickeln, Vorhaltevergütung überarbeiten, Bürokratie reduzieren

Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) ist mit Billigung der Bundesländer am 12. Dezember 2024 in Kraft getreten. Ziel ist es, die Krankenhausplanung durch Leistungsgruppen klarer zu strukturieren und gleichzeitig eine neue Finanzierungssystematik zu etablieren – jenseits der leistungsgetriebenen Logik der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG). Die Umsetzung der Reform mit ihren finanziellen und strukturellen Veränderungen erfolgt über einen längeren Zeitraum. Diese Zeit sollte für Korrekturen und Verbesserungen genutzt werden, weil einige der angekündigten Ziele gar nicht oder nur zum Teil erreicht werden. Deshalb begrüßen wir, dass im Koalitionsvertrag Nachjustierungen in Aussicht gestellt werden. Hieran möchten wir mit konkreten Vorschlägen anknüpfen.

1. Umsetzung: Diskrepanz zwischen Zeitplan und tatsächlicher Entwicklung

Im Koalitionsvertrag wird ausgeführt, die bis zum 01. Januar 2027 geltenden Zwischenfristen zur Umsetzung der Krankenhausreform anzupassen. Auch wenn noch unklar ist, welche „Zwischenfristen“ konkret gemeint sind, begrüßen wir eine Anpassung des Zeitplans, um die Diskrepanz zwischen dem Zeitplan und der tatsächlichen Entwicklung aufzuheben. Einige im KHVVG vorgegebene Fristen konnten bereits nicht gehalten werden wie zum Beispiel die Erstellung des Groupers bis Ende September 2024 oder die Rechtsverordnung für die Leistungsgruppen bis Ende März 2025.

Durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates sind die von der Krankenhausbehandlung umfassten Leistungen in Leistungsgruppen einzuteilen und für jede Leistungsgruppe Qualitätskriterien festzulegen. Die Rechtsverordnung ist folglich eine zentrale Planungsgrundlage. Einige Bundesländer haben bereits mit der Abfrage von Leistungsgruppen bei den Krankenhäusern für die zukünftige Planung begonnen, um den engen Zeitplan einhalten zu können. Denn laut Gesetz muss der Medizinische Dienst für die erstmalige Vergabe der Leistungsgruppen bis spätestens 30. September 2025 mit der Prüfung der Qualitätskriterien beauftragt werden. Diese Planungsvorbereitungen erfolgen auf Grundlage der Anlage 1 zu § 135e SGB V, die aber nur übergangsweise bis zum Erlass einer Rechtsverordnung gilt.

Es muss vermieden werden, dass eine Rechtsverordnung zu den Leistungsgruppen möglicherweise andere Leistungsgruppen und/oder veränderte Qualitätskriterien vorgibt, wenn die Bundesländer ihre Planung gerade abgeschlossen haben. Gleichwohl bedarf es verbindlicher Vorgaben für die Auslegung einiger Qualitätskriterien in den Leistungsgruppen die durch den Leistungsausschuss erarbeitet werden müssen. Diese müssen in der Gesamtheit zwingend vor Beginn der Prüfungen des Medizinischen Dienstes vorliegen.

Handlungsbedarf:

- Erlass der Rechtsverordnung oder eine gesetzliche Nachjustierung, damit sie Eingang in die begonnenen Planungsprozesse finden kann.
- Verbindliche Definition von Begrifflichkeiten und Vorgaben für die Auslegung unbestimmter Qualitätskriterien bis spätestens September 2025.
- Festlegung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen inklusive der Begriffsdefinitionen vor der Freigabe der Prüfungsrichtlinie des Medizinischen Dienstes durch das BMG.

2. Vorhaltefinanzierung konsequent fallzahlunabhängig gestalten

Vorhaltevergütung und DRG-Fallpauschalensystem sind zwar formal getrennt, trotzdem sind auch die Vorhaltepauschalen an Mengenkriterien gekoppelt. Die Höhe der Vergütung hängt von der Anzahl der Fälle pro Leistungsgruppe ab – also genau von dem Parameter, der die bisherigen Fehlanreize im DRG-System verursacht hat. Damit wird das Problem nicht gelöst, sondern dupliziert. Die Komplexität der Verschränkung von Fallpauschalen alter Prägung und neuen fallbezogenen Vorhaltepauschalen erhöht die bürokratische Last und wird nicht dazu führen, dass bedarfsnotwendige Krankenhäuser in der Fläche ausreichend gegenfinanziert sind.

Handlungsbedarf:

- Die im Koalitionsvertrag angekündigte Verlängerung der Konvergenzphase sollte genutzt werden, um Änderungen vorzunehmen und die Finanzierungssystematik zu überarbeiten.
- Grundlage der Finanzierung dürfen allein die in den Landeskrankenhausplänen definierten Versorgungsaufträge sein. Der Gesetzgeber muss klarstellen, dass Vorhaltung als eigenständiger Versorgungswert refinanziert wird – nicht als Nebenprodukt von Fallzahlen.

3. Leistungsgruppensystematik korrigieren

Die Leistungsgruppen als zentraler Bestandteil der zukünftigen Optimierung der Krankenhausstruktur müssen darauf abzielen, die Krankenhausstruktur so umzugestalten, dass Expertise in spezialisierten Versorgungsbereichen gebündelt und damit zentralisiert und zugleich eine wohnortnahe Grund- und Notfallversorgung auf hohem Niveau sichergestellt wird.

Der InEK-Grouper arbeitet nach denselben Prinzipien wie der DRG-Grouper: Fallbezogene Eingruppierung auf Basis komplexer Algorithmen, gestützt auf Fachabteilungsschlüssel, OPS-, ICD- und Routinedaten. Anstelle von DRGs werden nun „Leistungsgruppen“ zugewiesen – das System bleibt weiterhin undurchsichtig für die Krankenhausplanung. Was als planungsstützendes Instrument konzipiert war, entwickelt sich so zu einem Bewertungssystem mit finanzieller Relevanz.

Falsch ist die Grundidee, den Leistungsgruppen durch einen Grouper zwingend alle stationären Fälle zuzuordnen. Das führt insbesondere in der Inneren Medizin zu Verwerfungen in der Krankenhausplanung, wenn nicht bundesweit mit demselben Algorithmus zugeordnet wird. Die Systematik der Leistungsgruppenzuordnung in Nordrhein-Westfalen zeigt demgegenüber eine gangbare Alternative auf.

Handlungsbedarf:

- Festlegung einer verbindlichen kurzen Frist für die bundeseinheitliche Definition und Anwendung von Fachabteilungsschlüsseln (FAB-Schlüssel); ggf. entsprechende Anpassung des InEK-Groupers mit Anfertigung einer umfassenden Wirkungsfolgenabschätzung (§ 301 SGB V).
- Zumindest bis dahin Verzicht auf eine Nutzung der Fachabteilungsschlüssel zur Untergliederung der Inneren Medizin (Orientierung an NRW-Lösung).
- Entsprechende Anpassung der Datenbasis für die Berechnung der Vorhaltevergütung. Die Daten von 2023/2024, die als Basis für die Mindestvorhaltezahlen ab 2027 dienen sollen, sind aufgrund der FAB-Schlüssel-Problematik nicht zur Berechnung geeignet.

4. Krankenhausreform muss ärztliche Weiterbildung stärken

Jedes Reformkonzept muss auch die Weiterbildung als zentrale Voraussetzung für die Qualifikation der zukünftigen Ärztinnen und Ärzte abbilden. Die Krankenhausreform wird zu einer verstärkten Spezialisierung führen. Das bedeutet, dass zukünftig viele Krankenhäuser nicht mehr die gesamte Weiterbildung einer Fachrichtung nach der Weiterbildungsordnung anbieten können. Es wird daher notwendig sein sicherzustellen, dass diejenigen, die sich in der Facharztweiterbildung befinden, tatsächlich alle relevanten Inhalte zur Patientenversorgung in ihrem Fach erwerben können.

Der dargestellten Entwicklung könnte am einfachsten durch einen flexiblen Einsatz der Weiterzubildenden im Rahmen einer „Überlassung“ zum Zwecke der Weiterbildung auf der Grundlage eines einzigen Arbeitsvertrags begegnet werden. Dazu bedarf es einer entsprechenden Regelung im Gesetz über befristete Arbeitsverträge mit Ärzten in der Weiterbildung (Ärztarbeitsvertragsgesetz – ÄArbVtrG) einerseits und andererseits einer Ausnahmeregelung im Gesetz zur Regelung der Arbeitnehmerüberlassung (Arbeitnehmerüberlassungsgesetz – AÜG). Denn nach der derzeitigen Regelung im AÜG wäre eine solche „Überlassung“ eine Arbeitnehmerüberlassung, die eine Verbundweiterbildung erheblich erschweren, wenn nicht gar verhindern würde.

Handlungsbedarf:

- Anpassung der gesetzlichen Regelungen zur Weiterbildungsbefristung (ÄArbVtrG) und Arbeitnehmerüberlassung, damit sie der Notwendigkeit von mehrfachen Rotationen in der Weiterbildung gerecht werden und einer strukturierten Weiterbildung nicht weiter im Wege stehen. Der Marburger Bund hat dazu Formulierungsvorschläge unterbreitet.

5. Bürokratie reduzieren, Dokumentationspflichten vereinfachen

Der Bürokratieabbau im Gesundheitswesen ist überfällig. Bürokratieabbau spart finanzielle und personelle Ressourcen und sollte daher in den ersten 100 Tagen der neuen Koalition angegangen werden. Der Marburger Bund hat bereits vor zwei Jahren konkrete Vorschläge zum Bürokratieabbau in der Patientenversorgung vorgelegt.

Anstatt die Krankenhäuser zu entlasten, entstehen durch die Einführung von Leistungsgruppen und die geplante Ausgestaltung der Vorhaltevergütung neue Prüfverfahren, Berichtspflichten, Datenanforderungen und Abrechnungslogiken. Der bürokratische Mehraufwand trifft insbesondere kleine und mittlere Krankenhäuser, die ohnehin unter Ressourcenknappheit leiden. So droht allein die für Juni 2025 angekündigte Leistungsgruppen-Prüfungsrichtlinie des Medizinischen Dienstes (MD) zu einem weiteren Bürokratieverstärker zu werden.

Handlungsbedarf:

Reduzierung von Dokumentations- und Nachweispflichten auf ein sinnvolles Mindestmaß

wie z.B.:

- Streichung der Verpflichtung, dass Krankenhäuser vierteljährlich leistungsgruppenbezogenen Arztzahlen übermitteln sollen.
- Streichung von Mindestfallzahlen pro Leistungsgruppe als Voraussetzung für die Vorhaltevergütung.
- Beschränkung der turnusgemäßen MD-Prüfungen von Qualitätskriterien der Leistungsgruppen auf Änderungen zur vorhergehenden Strukturprüfung.
- Beschränkung der Detail- und Dokumentationstiefe bei den MD-Prüfungen für Leistungsvoraussetzungen auf ein sinnvolles und verhältnismäßiges Maß.