



Der Präsident des Bundesrechnungshofes
als Bundesbeauftragter für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung



Gutachten

des Bundesbeauftragten für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung

über den

Entwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zu
einem
Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz
(KHVVG)

Inhaltsverzeichnis

0	Zusammenfassung	5
1	Einleitung	8
2	Ausgangslage	8
2.1	Rechtliche Grundlagen	8
2.2	Strukturelle Probleme	10
3	Wesentliche Merkmale der Krankenhausreform nach dem KHVVG-RefE	11
3.1	Ziele der Reform	11
3.2	Transformationsfonds	11
3.3	Leistungsgruppen	13
3.4	Vorhaltevergütung	15
3.5	Sektorenübergreifende Versorgung	15
3.6	Entbürokratisierung – veränderte Prüfungsformen	16
3.7	Evaluation	17
3.8	Mehrbelastung von GKV und Bundeshaushalt	17
4	Bewertung	18
4.1	Finanzierungszuständigkeit der GKV fraglich	18
4.2	Kofinanzierung und Mittelverteilung des Transformationsfonds unzureichend	19
4.3	Qualitätssicherung durch Leistungsgruppen großflächig sicherstellen	19
4.4	Trotz Vorhaltevergütung: Fallzahlen bleiben wesentliches Kriterium	21
4.5	Krankenhausplanung endet weiter an Ländergrenzen	22

4.6	Sektorenübergreifende Versorgung sinnvoll	22
4.7	Entbürokratisierung – Ausgestaltung der Stichprobenprüfungen entscheidend	22
4.8	Zeitnahe Evaluation erforderlich	24
4.9	Mehrbelastung der GKV bedenklich	24
5	Zusammenfassende Bewertung des Gesetzesentwurfs	25

Abkürzungsverzeichnis

A

AbgrV *Abgrenzungsverordnung*

B

BAS *Bundesamt für Soziale Sicherung*

BfArM *Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte*

BHO *Bundeshaushaltsordnung*

BMG *Bundesministerium für Gesundheit*

D

DKG *Deutsche Krankenhausgesellschaft*

DRG *Diagnosis Related Groups – diagnosebezogene Fallpauschalen*

F

Fn. *Fußnote*

G

GKV *gesetzliche Krankenversicherung*

Gz. *Geschäftszeichen*

H

Haushaltsausschuss *Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages*

I

i. d. F. *in der Fassung*

InEK *Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus*

IQWiG *Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen*

K

KHEntgG *Krankenhausentgeltgesetz*

KHG *Krankenhausfinanzierungsgesetz*

KHVVG-RefE *Referentenentwurf zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz*

M

MD *Medizinischer Dienst*

P

PKV *private Krankenversicherung*

R

Rechnungsprüfungsausschuss *Rechnungsprüfungsausschuss des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestages*

Rn. *Randnummer*

S

SGB V *Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung*

0 Zusammenfassung

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat mit Bearbeitungsstand vom 15. April 2024 den Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG-RefE) vorgelegt. Der Bundesbeauftragte für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung nimmt dies zum Anlass, auf Schwächen des KHVVG-RefE hinzuweisen.

- 0.1 Über einen Transformationsfonds sollen Vorhaben zur Verbesserung der Strukturen der Krankenhausversorgung gefördert werden. Die Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenkassen) sollen den Fonds mit bis zu 25 Mrd. Euro finanzieren. Zusammen mit den geforderten Kofinanzierungsanteilen der Länder und ggf. der Krankenhausträger soll das Fördervolumen insgesamt bis zu 50 Mrd. Euro betragen. Aus Sicht des Bundesbeauftragten für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung bestehen rechtliche Zweifel an der Zulässigkeit, die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zur Hälfte an der Finanzierung des Transformationsfonds zu beteiligen. Die Beitragsbelastung dient nicht der Finanzierung von Leistungen an Dritte außerhalb der Sozialversicherung. Von einer neuen Kliniklandschaft würden indes auch privat Versicherte und Mitglieder anderer Versorgungssysteme profitieren. Zudem haben Krankenkassen im dualen Finanzierungssystem lediglich die Betriebskosten von Krankenhäusern zu tragen, indem sie für die Behandlung ihrer Versicherten Fallpauschalen zahlen. Investitionskosten haben die Länder zu übernehmen. Die Fördertatbestände des KHVVG-RefE berühren vorwiegend investive Bereiche. (Tnrn. 3.2, 4.1)
- 0.2 Der Anteil der einzelnen Länder an Mitteln aus dem Transformationsfonds soll sich nach dem Königsteiner Schlüssel bemessen. Dieser gewichtet die Einwohnerzahl eines Landes mit einem Drittel und sein Steueraufkommen mit zwei Dritteln. Der Bundesbeauftragte für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung hält diesen Verteilungsmechanismus für nicht sachgerecht. Er empfiehlt, versorgungsspezifische Indikatoren wie z. B. die Morbidität, die Demographie und den Investitionsbedarf der Krankenhäuser bei der Mittelverteilung zu berücksichtigen. (Tnrn. 3.2, 4.2)
- 0.3 Es sollen 65 Leistungsgruppen mit bundesweit einheitlichen Qualitätskriterien je Leistungsgruppe – z. B. zur sachlichen und personellen Ausstattung eines Krankenhauses – eingeführt werden. Krankenhäuser sollen nur dann Behandlungsleistungen zu Lasten der GKV erbringen dürfen, wenn sie die Voraussetzungen der jeweiligen Leistungsgruppe erfüllen. Wenn es zur Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung notwendig ist, sollen Ausnahmen zulässig sein. Der Bundesbeauftragte für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung begrüßt es grundsätzlich, einheitliche Qualitätskriterien als Grundlage einer Behandlung im Krankenhaus festzulegen. Ob die Leistungsgruppen tatsächlich zu einer Konzentration von Leistungen auf bestimmte Krankenhäuser, Spezialisierung und damit Qualitätssteigerung führen werden, lässt sich nicht ausreichend vorhersagen. Keinesfalls sollten weitgehende Ausnahmen von den Anforderungen der Leistungsgruppen, insbesondere im ländlichen Raum, zugelassen werden. Eine Ballung der qualitativ guten Krankenhäuser nur im urbanen Raum ist

nicht im Interesse der Reform. Um solche Folgen zu vermeiden, sollte das BMG die Auswirkungen der geplanten Regelungen analysieren. (Tnrn. 3.3, 4.3)

- 0.4 Stationäre Behandlungen in Krankenhäusern werden derzeit über Fallpauschalen vergütet. Das erhöht wirtschaftliche Anreize, möglichst viele Patientinnen und Patienten zu behandeln. Künftig sollen Krankenhäuser für jede zugewiesene Leistungsgruppe eine Vorhaltevergütung erhalten, die 60 % ihrer Kosten fallzahlunabhängig abdeckt. Die Vorhaltevergütung bestimmt sich jedoch nach der Zahl der Vorjahresfälle. Dies widerspricht der Erwartung des BMG, Vorhaltevergütungen würden das Streben der Krankenhäuser nach hohen Fallzahlen aus wirtschaftlichen Gründen verringern. (Tnrn. 3.4, 4.4)
- 0.5 Die Krankenhausplanung soll weiterhin jedem Land für sich obliegen, eine länderübergreifende Planung sieht das KHVVG-RefE nicht vor. Der Bundesbeauftragte für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung weist darauf hin, dass sich die Wirklichkeit und Notwendigkeit stationärer Versorgung nicht nach Ländergrenzen richten. Er regt an zu prüfen, ob ein größerer Anteil der Mittel aus dem Transformationsfonds als die derzeit vorgesehenen 5 % für länderübergreifende Vorhaben bereitgestellt werden kann. (Tnrn. 3.2, 4.5)
- 0.6 Die Prüfung von Krankenhausabrechnungen soll vereinfacht werden. Dies soll zur Entbürokratisierung beitragen. Insbesondere soll anstelle der Prüfung auffälliger Einzelfälle eine strukturierte Stichprobenprüfung treten. Krankenkassen erhalten durch Rückzahlungen überhöhter Abrechnungen derzeit jährlich mehr als 1 Mrd. Euro. Zudem kann allein die Möglichkeit einer Prüfung Anreize zu regelkonformem Abrechnungsverhalten geben („Schutzmanneffekt“). Die noch ausstehende konkrete Ausgestaltung der Stichprobenprüfung sollte sicherstellen, dass diese Effekte weiterhin ausreichend wirken. (Tnrn. 3.6, 4.7)
- 0.7 Zu den Auswirkungen zentraler Regelungen des KHVVG soll erstmals im Jahr 2029 berichtet werden. Bis dahin könnte ungenutzt zu viel Zeit für notwendige Anpassungen verstrichen sein. Immerhin können bei Start des Transformationsfonds im Jahr 2026 bis zum Jahr 2029 bereits 10 Mrd. Euro GKV-Mittel zuzüglich Landesmitteln in gleicher Höhe verausgabt worden sein. Ein engmaschiges Monitoring mit früheren Kontrollen und Berichten erscheint sachgerecht, um Fehlentwicklungen und unerwünschte Begleiterscheinungen schnell feststellen und erforderlichenfalls umsteuern zu können. (Tnrn. 3.7, 4.8)
- 0.8 Das KHVVG-RefE beziffert die Mehrbelastung für die GKV ab dem Jahr 2027 auf mindestens 4 Mrd. Euro jährlich, das entspräche einer Steigerung des Zusatzbeitragssatzes um mehr als 0,2 Prozentpunkte. Zugleich geht es von Minderausgaben in Höhe von – nach einer Anlaufphase – 1 Mrd. Euro jährlich aus. Der Bundesbeauftragte für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung hält das für problematisch. Die Zusatzbeitragsätze sind in den vergangenen Jahren bereits deutlich angestiegen. Insgesamt würde die strukturelle Deckungslücke zwischen den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und den Ausgaben der Krankenkassen erheblich verstärkt. Zudem ist nicht zu

erkennen, welche konkreten Annahmen den genannten Minderausgaben zugrunde liegen. (Tnrn. 3.8, 4.9)

1 Einleitung

Das BMG hat mit Bearbeitungsstand vom 15. April 2024 das KHVVG-RefE¹ vorgelegt. Der Bundesrechnungshof hat sich in den vergangenen Jahren in mehreren Prüfungen und Stellungnahmen mit Aspekten der stationären Versorgung von Versicherten der GKV befasst, darunter insbesondere:

- Prüfung von Krankenhausabrechnungen durch die gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2009,
- unzulässige Vereinbarungen pauschaler Rechnungskürzungen von Krankenkassen und Krankenhäusern, Bemerkungen 2018, Nummer 5,
- Prüfung der Krankenhausabrechnungen durch die Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung, Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO vom 6. Mai 2019 an den Prüfungsausschuss des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestages (Rechnungsausschuss),
- Prüfung der Krankenhausfinanzierung durch die gesetzliche Krankenversicherung – Finanzierung von Investitionen, Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO vom 10. September 2020 an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages (Haushaltsausschuss),
- Prüfung ausgewählter coronabedingter Ausgabepositionen des Einzelplans 15 und des Gesundheitsfonds, Bericht vom 9. Juni 2022 an den Haushaltsausschuss, u. a. zu Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser und dem Aufbau von Intensivbettenkapazitäten,
- Prüfung der Krankenhaus-Strukturprüfungen durch den Medizinischen Dienst im Jahr 2023,
- regelmäßige Informationen zur Entwicklung des Einzelplans 15 für die parlamentarischen Beratungen zu den jährlichen Bundeshaushalten.

Die Prüfungserfahrungen des Bundesrechnungshofes nimmt der Bundesbeauftragte für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung zum Anlass, auf ausgewählte Schwächen des KHVVG-RefE hinzuweisen.

2 Ausgangslage

2.1 Rechtliche Grundlagen

Aus der Schutzpflicht des Staates für Leben und körperliche Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 Grundgesetz) sowie dem Sozialstaatsprinzip (Artikel 20 Absatz 1 Grundgesetz) folgt die staatliche Pflicht, eine angemessene Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Nach dem allgemeinen Grundsatz des Artikels 70 Absatz 1 Grundgesetz haben die

¹ Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen.

Länder die Gesetzgebungsbefugnis, sofern nicht das Grundgesetz dem Bund Gesetzgebungsbefugnisse verleiht. Solche Befugnisse des Bundes bestehen zwar bei der Regelung der stationären Versorgung in Deutschland, sie sind aber deutlich eingeschränkt:

- Gemäß Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 Grundgesetz hat der Bund die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz für die Sozialversicherung. Sie umfasst die Beitrags- und Leistungsaspekte der GKV. Der Bund kann nach dieser Kompetenznorm einen sozialrechtlichen Leistungsanspruch auf Krankenhausbehandlung regeln, nicht aber das Krankenhauswesen allgemein oder die Krankenhausplanung.
- Gemäß Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a Grundgesetz hat der Bund die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze. Anders als nach Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 Grundgesetz besteht seine konkurrierende Gesetzgebungsbefugnis nur, wenn und soweit eine bundesgesetzliche Regelung zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder zur Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse erforderlich ist.² Der Bund kann auf dieser Grundlage die Krankenhauspflegesätze regeln, für die Krankenhausorganisation und -planung bleiben die Länder zuständig.³

In diesem verfassungsrechtlichen Rahmen bestimmt § 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ein duales Finanzierungssystem für Krankenhäuser in Deutschland:

- Die Investitionskosten⁴ werden im Wege öffentlicher Förderung übernommen, zuständig hierfür sind mangels anderweitiger Zuständigkeitsregelungen die Länder.
- Die Kosten für den laufenden Betrieb (Betriebskosten) erhalten die Krankenhäuser von den gesetzlichen und privaten Kostenträgern aus den Pflegesätzen sowie den Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlungen und für ambulantes Operieren. Diese Vergütungen und damit die Erlöse der Krankenhäuser für die stationäre Versorgung der Behandelten richten sich in erster Linie nach Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups – DRG).⁵ Das DRG-System bestimmt Pauschalzahlungen pro Behandlungsfall abhängig von den Diagnosen der Behandelten und ist im Einzelnen hochkomplex.

Die stationäre Versorgung haben die Länder zu gewährleisten. Hierfür haben sie Krankenhauspläne und Investitionsprogramme aufzulegen, § 6 Absatz 1 KHG.

² Artikel 72 Absatz 2 Grundgesetz. Seiler in: BeckOK, Grundgesetz, Artikel 72 Rn. 11.

³ Wittreck in Dreier: Grundgesetz (3. Auflage 2015), Artikel 74 Rn. 93.

⁴ Näheres zur Abgrenzung der Investitionskosten von den Kosten des laufenden Betriebs enthält die Abgrenzungsverordnung (AbgrV).

⁵ Das gilt für die sogenannten somatischen Krankenhäuser, die in erster Linie körperliche Beschwerden behandeln (in Abgrenzung zu den psychosomatischen und psychiatrischen Krankenhäusern). Für die Bereiche Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik gilt nicht das DRG-System, sondern das Pauschalierende Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP). Sofern nicht anders gekennzeichnet, beziehen sich die nachfolgenden Ausführungen stets auf somatische Krankenhäuser.

2.2 Strukturelle Probleme

Die Länder zahlen für die Investitionskosten der Krankenhäuser deutlich weniger, als erforderlich wäre. Nach verschiedenen Schätzungen liegt die Finanzierungslücke seit Jahren bundesweit bei insgesamt mindestens ca. 3 bis 4 Mrd. Euro pro Jahr.⁶ Insgesamt dürfte sie in den vergangenen Jahren einen Betrag zwischen 20 und 40 Mrd. Euro erreicht haben.⁷ Diese Situation veranlasst viele Krankenhäuser, trotz der anderslautenden gesetzlichen Finanzierungszuständigkeit Investitionen aus ihren Erlösen für Behandlungsleistungen zu finanzieren. Da das DRG-System strukturbedingt höhere Fallzahlen „belohnt“, führt es ohnehin zu Mengenausweitungen, deren medizinischer Nutzen wenigstens zum Teil fraglich ist und die zu Ausgabensteigerungen im Gesundheitssystem führen. Diese Strategie der Mengenausweitung wird durch die unzureichenden Investitionsförderungen seitens der Länder verschärft.

Bislang kann im Wesentlichen jedes Krankenhaus alle Leistungen anbieten. Der Kostendruck kann bei den Krankenhäusern u. a. dazu führen, dass sie weniger einträgliche Leistungen nicht mehr oder nicht ausreichend anbieten. Andererseits können sie aber auch Leistungen anbieten, die zwar einträglich sind, für die ihnen jedoch mangels Erfahrung und/oder qualifiziertem Personal die Expertise fehlt. Daraus resultierende Qualitätsmängel können nachweislich zu höheren Komplikationsraten bei erbrachten Leistungen führen.

Nicht zuletzt beeinflusst der durch die demographische Entwicklung bedingte zunehmende Fachkräftemangel auch die stationäre Versorgung in Deutschland. Er erhöht die Gefahr, dass eine qualitativ hochwertige, flächendeckende und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung nicht mehr sichergestellt werden kann.

Sowohl der Bund als auch die GKV haben in den vergangenen Jahren erhebliche Mittel zur Finanzierung der Krankenhäuser aufgewandt, so etwa der Bund ca. 30 Mrd. Euro während und nach der Corona-Pandemie (Krankenausgleichszahlungen 19 Mrd. Euro, Corona-Versorgungsaufschlag 3 Mrd. Euro, Krankenhauszukunftsfonds 4 Mrd. Euro, Energiehilfen 6 Mrd. Euro). Die GKV wurde im Zeitraum 2020 bis 2024 mit 2 Mrd. Euro zum Krankenhausstrukturfonds herangezogen, außerdem mit mehr als 680 Mio. Euro zur Förderung zusätzlicher Intensivbetten.⁸ Der Bundesrechnungshof hat wiederholt darauf hingewiesen, dass für diese Zahlungen im Regelfall weder Bund noch GKV zuständig waren und die Mittel letztlich

⁶ Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages, WD 9 - 3000 - 078/23 vom 8. November 2023, S. 19 f. unter Verweis auf die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und den GKV-Spitzenverband; Bericht des Bundesrechnungshofes nach § 88 Absatz 2 BHO vom 10. September 2020 über die Prüfung der Krankenhausfinanzierung durch die gesetzliche Krankenversicherung, Gz. IX 1 - 2019 - 0919.

⁷ Hierzu gibt es unterschiedliche Angaben. Die DKG bezifferte den Investitionsrückstand der Länder im Jahr 2019 auf ca. 30 Mrd. Euro seit 2009, siehe <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/investitionsstau-in-deutschen-krankenhaeusern-bund-und-laender-muessen-endlich-handeln/> (abgerufen am 30. April 2024). Das Ärzteblatt nannte einen Fehlbetrag von 2014 bis 2023 von 17,4 Mrd. Euro („Wenige Bundesländer planen Aufstockung der Investitionskostenfinanzierung“ vom 4. Oktober 2023).

⁸ Siehe dazu z. B. die Ausführungen im Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO zur Information über die Entwicklung des Einzelplans 15 für die Beratungen zum Bundeshaushalt 2022 vom 12. April 2022, Gz. IX 1 - 0000498, S. 11 (Einzelplananalyse 2022), siehe unter www.bundesrechnungshof.de.

vor allem dazu führten, bestehende strukturelle Defizite der stationären Versorgung zu verfestigen und zu verlängern.

3 Wesentliche Merkmale der Krankenhausreform nach dem KHVVG-RefE

3.1 Ziele der Reform

Die Begründung zum KHVVG-RefE zeigt die dargestellten Probleme auf und benennt drei wesentliche Ziele der Reform:

- Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität,
- Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung,
- Entbürokratisierung.

3.2 Transformationsfonds

Um Vorhaben zur Verbesserung der Strukturen der Krankenhausversorgung zu fördern, sollen über einen Transformationsfonds und Regelungen zu Eigenfinanzierungsanteilen der Länder in den Jahren 2026 bis 2035 bis zu 50 Mrd. Euro bereitgestellt werden, § 12b KHG i. d. F. KHVVG-RefE.⁹ Die GKV soll den Transformationsfonds mit bis zu 25 Mrd. Euro finanzieren. Dafür werden dem beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) bereits eingerichteten Krankenhausstrukturfonds¹⁰ ab 2026 jährlich bis zu 2,5 Mrd. Euro¹¹ über zehn Jahre aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt. Sie können schrittweise abgerufen werden, sofern die Länder Mittel in gleicher Höhe zur Verfügung stellen. Die ursprünglich bis Ende 2024 befristete Laufzeit des Strukturfonds nach § 12a KHG wird um ein Jahr bis Ende 2025 verlängert, damit der Transformationsfonds nahtlos an den Strukturfonds anschließen kann. Dort noch vorhandene Mittel fließen – anders als bislang vorgesehen – nicht an den Gesundheitsfonds zurück, sondern werden dem Transformationsfonds zugeführt.¹²

Nach der Gesetzesbegründung soll der Transformationsfonds über eine Minderung der Zuweisungen an die Krankenkassen finanziert werden, damit der Gesundheitsfonds stets über liquide Mittel in Höhe der gesetzlichen Mindestreserve verfüge. Bis Ende 2035 nicht

⁹ Nummer 6 KHVVG-RefE. Abzüglich der notwendigen Aufwendungen des BAS für die Mittelverwaltung und Durchführung der Förderung und abzüglich der Aufwendungen für die Auswertung des durch die Förderung bewirkten Strukturwandels.

¹⁰ §§ 12 f. KHG.

¹¹ Die zugeführten Mittel sind um den Anteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse am Transformationsfonds zu reduzieren.

¹² Änderungen von § 12a KHG siehe Nummer 5 KHVVG-RefE.

vollständig beantragte Mittel verbleiben beim Gesundheitsfonds, etwaige Beteiligungen der privaten Krankenversicherung (PKV) sind an diese zurückzuzahlen.¹³ Die Obergrenze der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds wird für die Geschäftsjahre 2025 bis 2035 von 25 % auf 50 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe angehoben, um überschüssige Mittel für die Auszahlung an den Transformationsfonds anzusparen.¹⁴ Da die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds 20 % einer durchschnittlichen Monatsausgabe nicht unterschreiten darf, könnten anderenfalls die überschüssigen Mittel nicht ausreichen, um den Transformationsfonds aus der Liquiditätsreserve zu finanzieren.¹⁵

Die Länder müssen die förderfähigen Kosten von ihnen beantragter Vorhaben mindestens zur Hälfte kofinanzieren.¹⁶ Daran können sie den Träger der zu fördernden Einrichtung beteiligen, müssen aber letztlich mindestens die Hälfte der Kofinanzierung aus eigenen Haushaltsmitteln aufbringen. Antragstellende Länder müssen sich u. a. verpflichten, in den Jahren 2026 bis 2035 jährlich mindestens Haushaltsmittel für die Investitionsförderung der Krankenhäuser in Höhe ihrer durchschnittlich in den Jahren 2021 bis 2025 hierfür ausgewiesenen Haushaltsmittel bereitzustellen. Diese Mittel müssen sie um den Betrag ihrer Kofinanzierung erhöhen.¹⁷ So können Landesmittel für das Sonderinvestitionsprogramm nicht auf die „regulären“ Landesmittel zur Investitionsförderung angerechnet werden.

Jedes Land hat in den Jahren 2026 bis 2035 jährlich Anspruch auf Fördermittel von 95 % des ihm nach dem Königsteiner Schlüssel zustehenden Anteils an den Fondsmitteln (sofern es die Fördervoraussetzungen erfüllt).¹⁸ 5 % der Mittel sind für länderübergreifende Vorhaben zu verwenden. Nicht abgerufene Mittel können in Folgejahre übertragen werden.¹⁹

Zu fördernde Vorhaben können insbesondere solche sein zur²⁰

- standortübergreifenden Konzentration akutstationärer Versorgungskapazitäten als Folge der neuen Vergütungssystematik mit Leistungsgruppen und Vorhaltefinanzierung²¹,

¹³ Die PKV *kann* sich finanziell am Transformationsfonds beteiligen, muss dies aber nicht. Im Fall einer Beteiligung an der Förderung durch den Transformationsfonds erhöht sich dessen Volumen um den entsprechenden Betrag. § 12b Absatz 1 KHG i. d. F. KHVVG-RefE.

¹⁴ Änderungen von § 271 Absatz 2 siehe Nummer 14 KHVVG-RefE. Nach § 271 Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) sind die überschüssigen Mittel in die Einnahmen des Gesundheitsfonds im Folgejahr zu überführen.

¹⁵ Zur Liquiditätsreserve siehe § 271 Absatz 2 SGB V.

¹⁶ § 12b Absatz 3 KHG i. d. F. KHVVG-RefE.

¹⁷ Nach § 12b Absatz 3 Satz 1 Nummer 4b KHVVG-RefE ist nicht eindeutig zu erkennen, ob Anknüpfungspunkt für die Kofinanzierung die tatsächlich ausgewiesenen Haushaltsmittel im jeweiligen Jahr oder der Durchschnitt der Jahre 2021 bis 2025 sind. Die Gesetzesbegründung stellt allerdings klar, dass Anknüpfungspunkt die durchschnittlich ausgewiesenen Haushaltsmittel der Jahre 2021 bis 2025 sind.

¹⁸ Der Königsteiner Schlüssel ist ein Mechanismus zur Bestimmung von Finanzierungsanteilen, der bei Mittelverteilungen an die Länder sowie bei gemeinsamen Finanzierungen durch die Länder verwendet wird. Er gewichtet die Einwohnerzahl eines Landes mit einem Drittel und sein Steueraufkommen mit zwei Dritteln. Vgl. auch Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages, WD 4 - 3000 - 118/20, S. 20.

¹⁹ § 12b Absatz 2 KHG i. d. F. KHVVG-RefE.

²⁰ § 12b Absatz 1 Satz 4 KHG i. d. F. KHVVG-RefE.

²¹ Dazu siehe unter Tnr. 3.3.

- Umstrukturierung eines Krankenhauses als (neue) sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung²²,
- Bildung telemedizinischer Netzwerkstrukturen,
- Bildung von Zentren zur Behandlung von seltenen, komplexen oder schwerwiegenden Erkrankungen gemeinsam mit Hochschulkliniken,
- Bildung von Krankenhausverbünden und integrierten Notfallstrukturen sowie
- Schließung von Krankenhäusern oder von Teilen eines Krankenhauses.

Die konkreten Kriterien der Förderung, die Vergabe der Fördermittel, den Nachweis der Fördervoraussetzungen und den Verwendungsnachweis regelt das BMG in einer Rechtsverordnung.²³

3.3 Leistungsgruppen

Zentrales Element des KHVVG-RefE ist die Einführung von 65 Leistungsgruppen.²⁴ Sie bilden medizinische Leistungen der Krankenhäuser ab und beinhalten bundesweit einheitliche Qualitätskriterien mit Mindestanforderungen an Struktur- und Prozessqualität, z. B. zur sachlichen und personellen Ausstattung des leistungserbringenden Krankenhauses. Die Leistungsgruppen nach dem KHVVG-RefE basieren im Wesentlichen auf einem in Nordrhein-Westfalen entwickelten System und ergänzen die dort definierten 60 Leistungsgruppen um weitere fünf. Sie sollen hochwertige Versorgungsstandards sowie eine hohe Behandlungsqualität fördern und damit die Patientensicherheit erhöhen.

Eine weitere Voraussetzung für die Zuweisung von Leistungsgruppen ist die Erfüllung von Mindestvorhaltezahlen, also einer Mindestzahl am Krankenhausstandort erbrachter Behandlungen in der Leistungsgruppe.²⁵ Bei der Festlegung der Mindestvorhaltezahlen ist neben der Vorhaltung eines ständig verfügbaren Facharztstandards auch die Sicherstellung der Versorgung sowie das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V zu berücksichtigen.²⁶ Ausnahmen sind möglich, sofern die Vorhaltung der Leistungsgruppe in dem betreffenden Krankenhaus für die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend notwendig ist.

In einem mehrstufigen Verfahren unter Einbindung von Bund, Ländern, Selbstverwaltungspartnern und medizinischen Fachgesellschaften sollen die Qualitätskriterien und Mindestvorhaltezahlen mit den Leistungsgruppen verknüpft werden. Krankenhäuser, die die Kriterien einer Leistungsgruppe nicht erfüllen, bekommen diese nicht zugewiesen und dürfen

²² § 6b KHG i. d. F. KHVVG-RefE.

²³ § 12b Absatz 4 KHG i. d. F. KHVVG-RefE.

²⁴ § 135e SGB V i. d. F. KHVVG-RefE.

²⁵ § 135f SGB V i. d. F. KHVVG-RefE.

²⁶ § 135f Absatz 1 SGB V i. d. F. KHVVG-RefE.

entsprechende Leistungen nicht zu Lasten der GKV erbringen.²⁷ Dies soll zu einer größeren Konzentration von Leistungen in spezialisierten Kliniken führen.

Die Mindestvorhaltezahlen legt das BMG durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates mit Wirkung ab dem Jahr 2027 fest. Zuvor gibt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) wissenschaftliche Empfehlungen ab und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) erstellt Auswirkungenanalysen.²⁸

Für die Zuweisung von Leistungsgruppen an Krankenhäuser ist die jeweilige Krankenhausplanungsbehörde des Landes zuständig. Grundlage ist ein Gutachten des Medizinischen Dienstes (MD), ob das jeweilige Krankenhaus die Qualitätskriterien der Leistungsgruppe erfüllt. Ausnahmsweise können Leistungsgruppen auch Krankenhäusern zugewiesen werden, die deren Qualitätskriterien nicht erfüllen, wenn dies zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend notwendig ist. Das ist der Fall, wenn ein anderes Krankenhaus mit der zugewiesenen Leistungsgruppe nicht innerhalb von 30 oder 40 Minuten PKW-Fahrzeit erreichbar ist.²⁹

Genauer zu den Leistungsgruppen und ihren Qualitätskriterien regelt das BMG in einer (weiteren) Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates.³⁰ Sie ist bis 31. März 2025 mit Wirkung ab 1. Januar 2027 zu erlassen. Es richtet dazu einen Ausschuss ein, der Empfehlungen zu den Inhalten der Rechtsverordnung gibt. Den Ausschuss leitet das BMG mit den für Gesundheit zuständigen Landesministerien. Der Ausschuss ist besetzt mit Vertreterinnen und Vertretern des GKV-Spitzenverbandes, der DKG, der Bundesärztekammer und der Berufsorganisationen der Pflegeberufe. Patientenorganisationen nach § 140f SGB V haben Teilnahmerechte. Das InEK und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) unterstützen den Ausschuss.

Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung verweist § 135e Absatz 4 SGB V i. d. F. KHVVG-RefE zu den Qualitätskriterien im Wesentlichen auf die Regelungen im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022.

Die MD prüfen regelmäßig, ob die Krankenhäuser die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen einhalten. Hierfür wird das Berichtswesen der MD deutlich erweitert. Notwendige Daten der Krankenhäuser werden regelmäßig IT-gestützt übermittelt und verarbeitet.

²⁷ §§ 6a KHG, 8 Absatz 4 Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG) i. d. F. KHVVG-RefE.

²⁸ § 135f Absatz 5 i. d. F. KHVVG-RefE.

²⁹ § 6a Absatz 1 und 2 KHG i. d. F. KHVVG-RefE. Die zumutbare PKW-Fahrzeit hängt von der Leistungsgruppe ab.

³⁰ § 135e Absatz 2 SGB V i. d. F. KHVVG-RefE.

3.4 Vorhaltevergütung

Krankenhäuser sollen künftig für jede ihnen zugewiesene Leistungsgruppe eine Vorhaltevergütung erhalten, mit der die Vorhaltung von Strukturen unabhängig von erbrachten Leistungen finanziert und so der Anreiz der Krankenhäuser für Mengenausweitungen reduziert wird. Hierfür soll das InEK ab dem Jahr 2025 jährlich die bestehenden Fallpauschalen absenken und eine Vorhaltevergütung je Land und Leistungsgruppe ermitteln. Die Vorhaltevergütung soll 60 % der Kosten abdecken.³¹

Die Vorhaltevergütung bestimmt das InEK im Wesentlichen wie folgt:³² Es ermittelt je Land das gesamte Vorhaltevolumen auf Grundlage der Vorjahresfälle. Dieses wird je Land nach Leistungsgruppen gegliedert und anhand ihrer Fallzahlen auf die Krankenhäuser mit der jeweiligen Leistungsgruppe aufgeteilt. Es erhalten also diejenigen Krankenhäuser die Vorhaltevergütungen, die die entsprechenden Leistungsgruppen mit ihren Qualitätskriterien und Mindestvorhaltezahlen³³ erfüllen und denen die Landeskrankenhausbehörden die Leistungsgruppen zugewiesen haben.

Das InEK erstellt erstmals bis 30. September 2024 ein Konzept zur Vorgehensweise bei der Ermittlung des Vorhaltevolumens je Land, je Leistungsgruppe und je Krankenhausstandort.³⁴

3.5 Sektorenübergreifende Versorgung

Der Ausbau der sektorenübergreifenden und integrierten Gesundheitsversorgung soll durch das KHVVG vorangetrieben werden, insbesondere um auch in strukturschwachen Regionen eine qualitätsgesicherte medizinische Grundversorgung aufrechterhalten zu können. Die Länder sollen Krankenhäuser als sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen bestimmen können, die neben stationären auch erweiterte ambulante und medizinisch-pflegerische Leistungen erbringen. Dazu sollen z. B. ambulante Operationen, belegärztliche Leistungen sowie Leistungen der Übergangs- und der Kurzzeitpflege gehören. Welche Leistungen sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen erbringen müssen und können, vereinbaren GKV-Spitzenverband und DKG im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband).³⁵

Diese engere Verzahnung von stationärem und ambulantem Sektor soll die Effizienz der Gesundheitsversorgung ressourcenschonend steigern und helfen, Fachkräfte zielgerichteter einzusetzen. Die Selbstverwaltungspartner haben dem BMG erstmals nach fünf Jahren und sodann im Abstand von jeweils zwei Jahren einen gemeinsamen Evaluationsbericht über die Auswirkungen der Leistungserbringung durch sektorenübergreifende Leistungserbringer auf

³¹ §§ 17b Absatz 4b KHG, 6b KHEntgG i. d. F. KHVVG-RefE.

³² § 37 KHG i. d. F. KHVVG-RefE.

³³ §§ 135e und 135f SGB V i. d. F. KHVVG-RefE.

³⁴ § 37 Absatz 1 KHG i. d. F. KHVVG-RefE.

³⁵ §§ 6b KHG, 115g SGB V i. d. F. KHVVG-RefE.

die ambulante, stationäre und pflegerische Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen vorzulegen.³⁶

3.6 Entbürokratisierung – veränderte Prüfungsformen

Zum Ziel der Rechts- und Verwaltungsvereinfachung (Entbürokratisierung) verweist die Gesetzesbegründung insbesondere auf geplante Änderungen bei der Prüfung von Krankenhausabrechnungen durch den MD.

Die Krankenkassen prüfen mit Unterstützung des MD derzeit quartalsweise auffällige Abrechnungen von Krankenhäusern in Einzelfallprüfungen. Dabei dürfen sie im Regelfall bestimmte Prüfquoten nicht überschreiten, die sich nach der Quote unbeanstandeter Rechnungen des jeweiligen Krankenhauses im vorvergangenen Quartal richtet. Diese Prüfquoten wurden zur Vereinfachung des Prüfaufwands im Jahr 2020 eingeführt.³⁷

Zur Entlastung der Krankenhäuser von Bürokratie sollen mit Einführung der neuen Vorhaltevergütung zum 1. Januar 2027 bei der Prüfung von Krankenhausabrechnungen diese bisherigen Einzelfallprüfungen durch strukturierte Stichprobenprüfungen ersetzt werden.³⁸ Dies soll zur Reduzierung des Prüfaufwands bei allen Beteiligten beitragen. Die Einzelheiten dieser Stichprobenprüfung (u. a. Methodik, Verfahrensablauf, Umgang mit Beanstandungen) haben die DKG und der GKV-Spitzenverband bis 30. Juni 2026 auf Grundlage eines vom MD Bund bis 28. Februar 2026 vorzulegenden Konzepts zu vereinbaren.³⁹ Die Prüfungen sollen aufwandsarm, bürokratiesparsam, zielgerichtet und möglichst einheitlich durchgeführt werden.⁴⁰

Nach dem bisherigen System seien zudem Abgrenzungsprobleme zwischen Prüfungen des MD und unnötige Doppelungen nicht auszuschließen. Daher werden die bisher in den §§ 275a und 275d SGB V normierten Qualitätskontrollen und Strukturprüfungen von Krankenhäusern in einem geänderten § 275a SGB V i. d. F. KHVVG-RefE zusammengeführt. Auch dies soll der Entbürokratisierung und Reduzierung von Aufwänden dienen. Prüfungen des MD sollen harmonisiert und vereinheitlicht werden. Das Berichtswesen der MD und des MD Bund wird im Hinblick auf Strukturprüfungen erweitert, das des GKV-Spitzenverbandes reduziert.

³⁶ § 115g Absatz 4 SGB V i. d. F. KHVVG-RefE.

³⁷ §§ 275c SGB V, 17c KHG.

³⁸ Dies soll auch für psychosomatische und psychiatrische Krankenhäuser gelten.

³⁹ § 17c Absatz 1a KHG i. d. F. KHVVG-RefE.

⁴⁰ §§ 275c SGB V, 17c KHG i. d. F. KHVVG-RefE mit Begründung.

3.7 Evaluation

Nach § 426 SGB V i. d. F. KHVVG-RefE legen GKV-Spitzenverband, PKV-Verband und DKG zum Ende der Jahre 2029, 2034 und 2039 dem BMG und den Ländern gemeinsame Evaluationsberichte zum KHVVG vor (u. a. Festlegung der Leistungsgruppen und ihre Konzentrationswirkung, Prüfung der Einhaltung der Qualitätskriterien, Auswirkungen auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten, Auswirkungen auf die wirtschaftliche Situation von Krankenhäusern und Krankenkassen).

3.8 Mehrbelastung von GKV und Bundeshaushalt

Bereits unterjährig ab dem Jahr 2024 soll an die Stelle der bisherigen hälftigen eine vollständige Tarifikostenrefinanzierung für das ärztliche und nichtärztliche Personal treten. Eine solche gibt es bislang nur für das pflegerische Personal.⁴¹ Dies sowie die Anwendung des vollen Orientierungswertes⁴² sollen die wirtschaftliche Situation und Liquidität von Krankenhäusern verbessern.

Zudem sieht § 5 Absatz 3k KHEntgG i. d. F. KHVVG-RefE vor, die Förderung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen bis zum Jahr 2026 zu verlängern. Darüber hinaus erhalten die Versorgungsbereiche Pädiatrie (288 Mio. Euro), Geburtshilfe (120 Mio. Euro), Stroke Unit (35 Mio. Euro), Spezielle Traumatologie (65 Mio. Euro) und Intensivmedizin (30 Mio. Euro) die genannten Beträge als Förderbeträge neben der Vorhaltefinanzierung.⁴³

Insgesamt listet das KHVVG-RefE Mehrausgaben für die GKV ab dem Jahr 2027 von vermutlich mindestens 1,5 Mrd. Euro pro Jahr auf. Zuzüglich der geplanten Minderzuweisungen zur Finanzierung des Transformationsfonds von 2,5 Mrd. Euro jährlich entstehen Mehrbelastungen der GKV von mehr als 4 Mrd. Euro pro Jahr. Das entspräche einer Steigerung des Zusatzbeitragsatzes um mehr als 0,2 Prozentpunkte.

Dem Bund entstünden Mehrausgaben in zweistelliger Millionenhöhe, insbesondere durch höhere Beihilfeleistungen.

Den Mehrausgaben sollen nach der Begründung des KHVVG-RefE ab dem Jahr 2025 Effizienzgewinne bzw. Minderausgaben aus besser koordinierter und qualitativ hochwertiger Versorgung sowie einer besseren Versorgungsstruktur (Ambulantisierung, Bettenabbau, Spezialisierung, sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen) gegenüberstehen. Die Minderausgaben lägen im Jahr 2025 bei 330 Mio. Euro, sie „steigen 2026 auf eine Milliarde Euro und nachfolgend jährlich um jeweils eine Milliarde Euro an“.⁴⁴

⁴¹ § 10 Absatz 5 KHEntgG i. d. F. KHVVG-RefE. Dies soll auch für psychosomatische und psychiatrische Krankenhäuser gelten.

⁴² § 9 KHEntgG i. d. F. KHVVG-RefE.

⁴³ § 39 KHG i. d. F. KHVVG-RefE.

⁴⁴ KHVVG-RefE vom 15. April 2024, S. 4, 70.

4 Bewertung

4.1 Finanzierungszuständigkeit der GKV fraglich

Die Finanzierung von Krankenhausstrukturen ist nicht Aufgabe der GKV, die im dualen Finanzierungssystem nur die Kosten für die konkrete Behandlung ihrer Versicherten und den Betrieb der Krankenhäuser trägt. Die Legitimation der Beitragsbelastung beschränkt sich auf die Finanzierung im Binnensystem der Sozialversicherung. Sie erstreckt sich grundsätzlich nicht auf die Finanzierung von Leistungen an Dritte außerhalb der Sozialversicherung.⁴⁵ Dies wäre vorliegend aber der Fall: Von einer neuen Kliniklandschaft profitieren auch privat Versicherte und Mitglieder anderer Versorgungssysteme. Damit ergeben sich systematische Zweifel an der rechtlichen Zulässigkeit, die Finanzierung der Reform über den Transformationsfonds zur Hälfte aus Mitteln der GKV zu bestreiten. Die in § 12b Absatz 1 KHG i. d. F. KHVVG-RefE genannten Förderzwecke dürften zudem überwiegend in die Investitionszuständigkeit der Länder fallen, wenngleich die endgültige Konkretisierung durch Rechtsverordnung des BMG mit Zustimmung des Bundesrates noch aussteht. Denn die Länder sind zuständig für die Bereitstellung und investive Finanzierung der Krankenhausstrukturen. Ihre Entlastung bei gleichzeitiger wesensfremder Belastung der GKV ist auch angesichts der seit Jahren anwachsenden, erheblichen Lücke zwischen notwendigen und tatsächlichen Investitionen der Länder in ihre Krankenhausstrukturen kaum verständlich.

Der Bundesrechnungshof hat bereits vor Jahren gefordert, Krankenhausplanungs- und Finanzierungsverantwortung zusammenzuführen.⁴⁶ Stattdessen beteiligt das KHVVG-RefE die GKV mit 25 Mrd. Euro an Aufgaben, die in die Zuständigkeit der Länder fallen dürften und auf deren Ausgestaltung die GKV keinen Einfluss hat. Dies hält der Bundesbeauftragte für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung für bedenklich. Er weist im Übrigen auf Risiken etwaiger Rechtsstreitigkeiten über den Finanzierungsanteil der GKV am Transformationsfonds hin. Zwar könnten Krankenkassen und GKV-Spitzenverband das KHVVG nicht unmittelbar gerichtlich überprüfen lassen. Es ist aber vorstellbar, dass sie rechtlich gegen die sie betreffenden Minderzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zur Finanzierung des Transformationsfonds vorgehen, oder dass Versicherte ihre Klagebefugnisse nutzen.

Höchst vorsorglich merkt der Bundesbeauftragte für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung an, dass eine Finanzierungsbeteiligung für den Bund im Hinblick auf das bestehende duale Krankenhausfinanzierungssystem ebenfalls kritisch zu sehen wäre. Zudem hat der Bund die Krankenhäuser in den vergangenen Jahren bereits mit ca. 30 Mrd. Euro unterstützt und damit insbesondere die Länder entlastet. Der Bundesbeauftragte für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung hält es vor diesem Hintergrund ebenfalls für erwähnenswert, dass der Bund in verschiedensten Bereichen – auch jenseits des Gesundheitssektors – seit Jahren

⁴⁵ Bundessozialgericht, Urteil vom 18. Mai 2021, B 1 A 2/20 R.

⁴⁶ Vgl. Fn. 6.

Länderaufgaben in erheblicher Höhe (mit-)finanziert und wiederholt Steueranteile dauerhaft an die Länder abgegeben hat.⁴⁷

4.2 Kofinanzierung und Mittelverteilung des Transformationsfonds unzureichend

Damit Länder aus dem Transformationsfonds förderberechtigt sind, dürfen sie die Haushaltsansätze ihrer Krankenhausinvestitionen gegenüber dem Referenzzeitraum 2021 bis 2025 nicht absenken. Das greift aus Sicht des Bundesbeauftragten für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung zu kurz. Die Länder wären danach nur gehalten, ihre seit Jahren unstreitige Unterfinanzierung fortzuführen, um Mittel aus dem Transformationsfonds zu erhalten. Sinnvoller wäre es z. B., als Fördervoraussetzung von den Ländern einen kontinuierlichen Aufwuchs ihrer Investitionsmittel (ohne ihre Kofinanzierungsmittel aus dem Transformationsfonds) zu fordern.

Zudem erscheint der Königsteiner Schlüssel zur Verteilung der Mittel des Transformationsfonds nicht sachgerecht. Mit diesem Verteilmechanismus erhielten Länder mit hoher Einwohnerzahl und hohem Steueraufkommen höhere Mittel. Zumindest das Steueraufkommen hat jedoch kaum etwas mit der regional unterschiedlichen Reformbedürftigkeit der Krankenhausstrukturen zu tun. Versorgungsbeeinflussende Faktoren wie Demographie, Morbidität der Bevölkerung, medizinischer Fortschritt und der daraus resultierende Investitionsbedarf der Krankenhauslandschaft in den einzelnen Ländern finden sich nicht wieder. Der Bundesbeauftragte für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung empfiehlt, versorgungsspezifische Indikatoren bei der Mittelverteilung zu berücksichtigen. Der Königsteiner Schlüssel stellt dies nicht ausreichend sicher. Ohnehin könnten finanzstarke Länder den Umbau ihrer Krankenhausstrukturen leichter aus eigenen Mitteln finanzieren als finanzschwache.

4.3 Qualitätssicherung durch Leistungsgruppen großflächig sicherstellen

Der Bundesbeauftragte für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung begrüßt das Ziel des KHVVG-RefE, einheitliche Qualitätskriterien als Grundlage für die stationäre Behandlung von Patientinnen und Patienten festzulegen. Die Definition von Leistungsgruppen mit hinterlegten Qualitätskriterien erscheint hierbei als geeigneter Weg. Das Statistische Bundesamt nennt für Deutschland im Jahr 2022 insgesamt 1 827 Krankenhäuser, wovon 827 weniger als

⁴⁷ Siehe dazu Bericht des Bundesrechnungshofes nach § 88 Absatz 2 BHO vom 8. März 2023 über die Entwicklung der Finanzlagen von Bund und Ländern. Leistungen des Bundes an die Länder und Gemeinden für Länderaufgaben, Gz. I 2 - 0001799.

150 Betten haben.⁴⁸ Abgesehen von hoch spezialisierten kleineren Fachkliniken erscheint es grundsätzlich nachvollziehbar, dass es für kleine Häuser häufig sehr schwierig ist, ein breiteres Leistungsangebot mit den notwendigen Qualitätsmerkmalen vorzuhalten. Der Bundesrechnungshof hatte bereits in seinem Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO vom 10. September 2020 an den Haushaltsausschuss bemängelt, dass Länder nur teilweise Qualitätsaspekte bei der Krankenhausplanung anwenden.⁴⁹ Er hatte daraus die Forderung nach mehr Qualitätsvorgaben abgeleitet, etwa durch Bestimmung von Mindestmengen und wirksamen Sanktionen bei Nicht-Erfüllung.

Unbeschadet dessen ist für den Bundesbeauftragten für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung nicht präzise prognostizierbar, ob die neuen 65 Leistungsgruppen mit ihren flankierenden Qualitätskriterien tatsächlich zu einer Konzentration von Leistungen auf bestimmte Krankenhäuser, mehr Spezialisierung und eine daraus folgende höhere Behandlungsqualität führen. Dies wird maßgeblich von den konkreten Merkmalen der Leistungsgruppen und deren Finanzierung abhängen. Wesentliche Details dazu werden erst durch spätere Rechtsverordnungen des BMG zur Ausgestaltung von Leistungsgruppen und Qualitätskriterien sowie zu den Mindestvorhaltezahlen als Voraussetzung für die Vorhaltevergütung normiert. Aus dieser zeitlichen Entkoppelung von Gesetz und Rechtsverordnung ergeben sich naturgemäß Unwägbarkeiten.

Insbesondere ist schwer zu beurteilen, wie die Konzentration von Leistungsgruppen auf bestimmte Krankenhäuser anhand von Qualitätskriterien sicherstellt, dass auch in ländlichen Regionen genügend Versorgungskapazitäten für alle erforderlichen Leistungsgruppen vorhanden sind. Eine regionale Ballung der qualitativ guten Krankenhäuser vor allem im urbanen Raum ist nicht im Interesse der Reform mit ihrem Fokus auf eine generelle Erhöhung der Qualität. § 6a Absatz 2 KHG i. d. F. KHVVG-RefE wie auch die bestehenden Sicherstellungsregelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gehen davon aus, dass bestimmte stationäre Leistungen für die Bevölkerung eines Landes binnen 40, zum Teil binnen 30 PKW-Minuten erreichbar sein müssen.⁵⁰ Hieraus können sich Zielkonflikte zwischen Erreichbarkeit und Qualitätskriterien der Leistungsgruppen ergeben. Das KHVVG-RefE löst dies auf, indem es in solchen Fällen Ausnahmeregelungen bei der Zuweisung von Leistungsgruppen zulässt und damit im Konfliktfall Erreichbarkeit vor Qualität stellt.

Der Bundesbeauftragte für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung warnt davor, weitgehende Ausnahmen von den Voraussetzungen der Leistungsgruppen als Grundlage der stationären Leistungserbringung zuzulassen. Dies könnte die Konzentrationswirkung empfindlich stören. Im Vordergrund sollte stehen, dass grundsätzlich alle stationär Behandlungsbedürftigen in zumutbarer Nähe ein Krankenhaus erreichen können, das die Qualitätskriterien zu seinen

⁴⁸ Bereits abzüglich der 66 rein teilstationären Krankenhäuser mit 0 Betten. Siehe unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-grunddaten-krankenhaeuser-2120611227005.html> (abgerufen am 30. April 2024).

⁴⁹ Siehe Fn. 6.

⁵⁰ Regelung des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V, siehe dort §§ 3 bis 5.

angebotenen Leistungen erfüllt. Auch vor dem Hintergrund der sozialrechtlichen Leistungsansprüche der Versicherten im Lichte des Gleichheitsgrundsatzes nach Artikel 3 Absatz 1 Grundgesetz wäre es fragwürdig, wenn Versicherte im ländlichen Raum in erreichbarer Entfernung regelhaft eine nicht den qualitativen Mindestanforderungen der Leistungsgruppen entsprechende Krankenhausversorgung hinnehmen müssten.

In diesem Zusammenhang hält es der Bundesbeauftragte für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung für unabdingbar, die Auswirkungen der geplanten Regelungen auf die – auch regionale – Versorgung zu analysieren, bevor sie in Kraft treten. Ein Inkraftsetzen der Reform aufgrund bloßer Erwartungen und Annahmen könnte zu kostenintensiven ungewollten Verwerfungen in der stationären Versorgung führen und sollte vermieden werden.

Der Bundesbeauftragte für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung hinterfragt, weshalb der die Rechtsverordnung zur Ausgestaltung der Leistungsgruppen begleitend einzurichtende Ausschuss zwar paritätisch mit Fachorganisationen wie dem GKV-Spitzenverband und der DKG besetzt ist, aber gleichwohl nur Empfehlungen abgibt. Eine stärkere Bindung des BMG an Beschlüsse des Ausschusses, die eine fachliche Ausgewogenheit erwarten lassen, hält er für überlegenswert.

4.4 Trotz Vorhaltevergütung: Fallzahlen bleiben wesentliches Kriterium

Für nicht verlässlich absehbar hält es der Bundesbeauftragte für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung, ob die Einführung der Vorhaltepauschalen tatsächlich zu geringeren Fallzahlen und Ausgaben führen wird. Zwar verringert sich für Krankenhäuser der ökonomische Druck, möglichst viele DRG abzurechnen und dafür möglichst auch ihre Fallzahlen zu erhöhen. Krankenhäuser wären darum zur Kostendeckung nicht mehr in gleicher Weise auf DRG-Maximierung angewiesen wie bisher. Als Anreiz zur Einnahmeoptimierung könnte die Fallzahl aber auch künftig im Hinblick auf die weiterhin geltenden – und nur geringer vergüteten – Fallpauschalen dienen.

Hinzu kommt, dass die Fallzahlen auch die Höhe der Vorhaltevergütungen maßgeblich bestimmen. Krankenhäuser mit höheren Fallzahlen erhalten einen höheren Anteil an den insgesamt zu verteilenden Vorhaltevergütungen. Damit bleibt der Anreiz für die Krankenhäuser, durch eine Erhöhung der Fallzahlen ihre Einnahmen zu erhöhen, auch im neuen System erhalten.

Die in der Gesetzesbegründung des KHVVG-RefE niedergelegte Erwartung, die Vorhaltevergütungen würden das wirtschaftlich notwendige Streben der Krankenhäuser nach höheren Fallzahlen maßgeblich verringern, überzeugt damit nur bedingt. Hinzu kommt, dass die konkrete Ausgestaltung der Vorhaltevergütung sich erst aus dem noch fehlenden Konzept des InEK ergeben wird.

4.5 Krankenhausplanung endet weiter an Ländergrenzen

Auch nach dem KHVVG-RefE soll es keine übergreifende Planung stationärer Versorgung in Deutschland geben. Die Krankenhausplanung findet weiter ausschließlich auf Länderebene statt. Eine Pflicht zur Abstimmung der Länder untereinander sieht das KHVVG-RefE nicht vor. Die tatsächlich vorhandene und die notwendige stationäre Versorgung richten sich aber in aller Regel nicht nach Ländergrenzen.

Der Bundesbeauftragte für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung hinterfragt deshalb, warum der Einsatz für länderübergreifende Vorhaben auf 5 % der Mittel aus dem Transformationsfonds begrenzt werden soll. Im Interesse einer versorgungsgerechten Planung regt er an zu prüfen, die Länder über einen höheren Anteil von Mitteln aus dem Transformationsfonds zur grenzüberschreitenden Kooperation bei ihrer Planung zu motivieren.

4.6 Sektorenübergreifende Versorgung sinnvoll

Der Bundesbeauftragte für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung begrüßt ausdrücklich den Ansatz des KHVVG-RefE, die sektorenübergreifende Versorgung zu stärken und hierfür insbesondere die Möglichkeit sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen zu schaffen. Der Bundesrechnungshof hatte bereits in seinem Bericht vom 10. September 2020⁵¹ empfohlen, die sektorenübergreifende Versorgung auszuweiten und insbesondere kleinere Krankenhäuser der Grundversorgung als ambulant/stationäre Gesundheitszentren an der Versorgung zu beteiligen. Dies könnte dem Druck zur Mengensteigerung in fachlich nicht ausreichend aufgestellten Kliniken und nachteiligen Versorgungseffekten entgegenzutreten. Zugleich könnte so zu einer besseren ambulanten Versorgung in strukturschwachen (ländlichen) Räumen beigetragen werden.

4.7 Entbürokratisierung – Ausgestaltung der Stichprobenprüfungen entscheidend

Die geplante Umstellung der Abrechnungsprüfungen von Einzelfall- auf Stichprobenprüfungen wirft aus Sicht des Bundesbeauftragten für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung Fragen auf. Abrechnungsprüfungen sind zwar mit bürokratischem Aufwand verbunden, der Kapazitäten bei Krankenhäusern und MD bindet. Andererseits können die Rückflüsse an Krankenkassen infolge der Prüfungen beträchtlich und sogar beitragsrelevant sein. Wenngleich die Zahl der Abrechnungsprüfungen für Krankenkassen zuletzt beschränkt wurde, umfassten die

⁵¹ Siehe Fn. 47.

jährlichen Rückflüsse noch mehr als 1 Mrd. Euro.⁵² Vor diesem Hintergrund und angesichts unterschiedlichster Interessen von GKV-Spitzenverband und DKG erscheint der für 2026 geplante Abschluss einer Vereinbarung über die Ausgestaltung der Abrechnungsprüfung keineswegs selbstverständlich.

Mit Kontrollmaßnahmen geht zudem erfahrungsgemäß ein „Schutzmanneffekt“ einher: Allein die Möglichkeit einer Kontrolle setzt für die betroffenen Akteure Anreize zu regelkonformem Verhalten. Die Ausgestaltung der Stichprobenprüfung sollte sicherstellen, dass dieser bei den bisherigen Auffälligkeitsprüfungen zu beobachtende Effekt auch bei einer Stichprobenprüfung noch ausreichend wirkt.

Das aktuelle Prüfquotensystem wurde erst im Jahr 2020 mit weiteren Änderungen der Krankenhausprüfung durch das MDK-Reformgesetz eingeführt. Zum 30. Juni 2025 sollen GKV-Spitzenverband und DKG dem BMG über Auswirkungen und ihre Erfahrungen berichten.⁵³ Es erscheint sachgerecht, diesen Bericht in die Modifikation des gegenwärtigen Prüfsystems mit einfließen zu lassen. Soweit notwendig, wäre der Bericht gegebenenfalls vorzuziehen.

Der Bundesbeauftragte für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung merkt in diesem Zusammenhang an, dass es das Instrument der Stichprobenprüfungen von Krankenhausabrechnungen in der Vergangenheit bis zum Jahr 2013 bereits gab. Die damals in § 17c KHG geregelte Prüfmethode wurde durch das Beitragsschuldengesetz⁵⁴ wieder abgeschafft. Der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages begründete das damals damit, dass die Krankenkassen ohnehin wenig Gebrauch von dieser Prüfmethode gemacht hätten. Ihre Streichung trage zur Verwaltungsvereinfachung bei.⁵⁵ Der GKV-Spitzenverband hat kürzlich darauf hingewiesen, die frühere Stichprobenregelung habe sich als wirkungslos erwiesen und viele Rechtsstreitigkeiten nach sich gezogen.⁵⁶

Eine erneute Einführung der Stichprobenprüfung sollte deshalb die seinerzeit aufgetretenen Probleme vermeiden. Ob und ggf. wie das geschehen wird, hängt maßgeblich von den im Jahr 2026 zu treffenden Vereinbarungen ab und lässt sich derzeit nicht beurteilen.

⁵² Für das Jahr 2016 schätzte der Bundesrechnungshof Rückzahlungen von 2,2 Mrd. Euro an die Krankenkassen bei GKV-Aufwendungen für die Prüfungen von 800 Mio. Euro (Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO vom 6. Mai 2019 über die Prüfung der Krankenhausabrechnungen durch die Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung, Gz. IX 1 - 2016 - 0785). Der GKV-Spitzenverband gibt für das Jahr 2019 Erstattungsbeiträge der Krankenhäuser von 2,4 Mrd. Euro an, die sich nach Einführung der Prüfquoten im Jahr 2020 bis zum Jahr 2022 bereits auf 1,2 Mrd. Euro halbiert hätten, siehe: Anreize für die Krankenhausabrechnung – einfach korrekt abrechnen. Argumentationspapier des GKV-Spitzenverbandes zur Krankenhausabrechnungsprüfung. Stand: 26. April 2024, unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/abrechnung/abrechnungspruefung/20240426_Argumentationspapier_KH-Abrechnung_bf.pdf (abgerufen am 30. April 2024).

⁵³ § 17c Absatz 7 KHG.

⁵⁴ Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15. Juli 2013, BGBl. I S. 2423, Artikel 5c.

⁵⁵ Bundestagsdrucksache 17/13947 S. 37 f.

⁵⁶ Argumentationspapier des GKV-Spitzenverbandes zur Krankenhausabrechnung, siehe Fn. 52.

4.8 Zeitnahe Evaluation erforderlich

Im Hinblick auf die Evaluation des KHVVG gibt der Bundesbeauftragte für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung zu bedenken, dass bis zum ersten Bericht viel Zeit ungenutzt verstreichen könnte. Der Erfolg lässt sich zwar erst bewerten, wenn die Rechtsverordnung des BMG zu den Leistungsgruppen vorliegt. Allerdings würden bei einem Start des Transformationsfonds im Jahr 2026 bis Ende 2029 bereits vier Jahre lang Zahlungen von 10 Mrd. Euro aus der GKV in den Fonds geflossen und (teilweise) ausgegeben sein. Hinzu kommt die Kofinanzierung der Länder und Krankenhausträger in gleicher Höhe. Ein früherer Zeitpunkt für Kontrollen und Berichte erscheint in dieser Situation sachgerecht. Die mit dem KHVVG beabsichtigten Eingriffe in das bestehende System der stationären Versorgung sind komplex, zum Teil grundlegend und in ihrer Wirkung kaum absehbar. Ein engmaschiges Monitoring mit einer zeitnah begleitenden Evaluation des Vorhabens sind notwendig, um Fehlentwicklungen und unerwünschte Begleiterscheinungen schnell feststellen und erforderlichenfalls umsteuern zu können.

Die gleichen Bedenken treffen die Evaluierung der Auswirkungen sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen, die erstmals fünf Jahre nach Gesetzesverkündung durchgeführt werden soll, also frühestens im Jahr 2029.

4.9 Mehrbelastung der GKV bedenklich

Die vollständige Refinanzierung von Tarifsteigerungen auch im ärztlichen Bereich durch die GKV (der pflegerische Bereich wird bereits vollständig finanziert) hält der Bundesbeauftragte für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung für diskussionswürdig. Zwar ist nachvollziehbar, dass Krankenhäuser Kostensteigerungen durch Tarifabschlüsse kaum über den Behandlungspreis weitergeben können und deshalb eine anderweitige Refinanzierung anstreben. Allerdings würde den Tarifparteien ein wesentlicher Anreiz zu maßvollen Abschlüssen fehlen, wenn Mehrausgaben vollständig an die GKV weitergegeben werden könnten. Die GKV hat auf die Tarifabschlüsse keinen Einfluss, sie würden faktisch wie Regelungen zu Lasten Dritter wirken.

Das KHVVG-RefE lässt nicht erkennen, wie die in § 39 Absatz 1 KHG i. d. F. KHVVG-RefE genannten Beträge zustande kommen, mit denen die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin gesondert gefördert werden sollen.

Der Bundesbeauftragte für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung hält die im KHVVG-RefE ab dem Jahr 2027 prognostizierte Mehrbelastung allein für die GKV von wohl mindestens 4 Mrd. Euro jährlich für problematisch. Dies würde den Druck auf die Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen weiter erhöhen, die in den vergangenen Jahren bereits deutlich angestiegen sind (in den Jahren 2019 bis 2024 von 0,9 auf 1,7 %). Die zu beobachtende strukturelle Deckungslücke zwischen den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und den Ausgaben der

Krankenkassen würde erheblich verstärkt.⁵⁷ Die mittelfristige Entwicklung dieser Deckungslücke wurde nach Auffassung des Bundesrechnungshofes nur unzureichend durch gesetzliche Maßnahmen in der Vergangenheit beeinflusst.

Die nach Angaben im KHVVG-RefE erwarteten – oder eher erhofften – Minderausgaben überzeugen nicht. Die zugrunde liegenden Annahmen und Berechnungen sind nicht ausgewiesen. Ob und inwieweit es durch die beabsichtigten Maßnahmen tatsächlich zu Minderausgaben der GKV kommt, ist derzeit völlig offen. Gleichwohl werden sie zum Ausgleich der bereits feststehenden Mehrausgaben angesetzt.

5 Zusammenfassende Bewertung des Gesetzesentwurfs

Die stationäre Versorgung in der GKV leidet seit Jahren an strukturellen Problemen: Dazu zählen vor allem Überkapazitäten, eine unzureichende qualitative Ausrichtung der Krankenhausplanung, eine ungenügende Investitionsfinanzierung, Fehlanreize zur Mengenausweitung, Qualitätsmängel und die unzureichende Verzahnung mit dem ambulanten Sektor.

Der Bundesbeauftragte für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung begrüßt daher Bestrebungen, diese Mängel zu beheben, bestehende Verkrustungen aufzubrechen und das System der stationären Versorgung effizienter zu machen.

Das KHVVG-RefE enthält ambitionierte Ansätze, die bestehende Probleme zutreffend adressieren und Verbesserungen anstreben. Dazu gehört maßgeblich die Zielsetzung, der Qualität der stationären Behandlung einen größeren Stellenwert als bisher einzuräumen und sie umfassend zur Voraussetzung stationärer Leistungserbringung durch Krankenhäuser zu machen. Auch der Ausbau der sektorenübergreifenden Versorgung ist dringend notwendig, um dem seit Jahren beklagten Problem ineffizienter Strukturen infolge der Trennung von ambulantem und stationärem Sektor zu begegnen. Spezialisierung und Konzentration von Behandlungsleistungen auf bestimmte Krankenhäuser können zum Abbau von Überkapazitäten und zu effizienteren Versorgungsstrukturen führen.

Inwieweit die erheblichen Änderungen durch das KHVVG nach dem RefE diese Ziele erreichen können und werden, ist derzeit jedoch schwer zu beurteilen. Zum einen sieht der KHVVG-RefE für zentrale Aspekte der Reform konkretisierende Rechtsverordnungen des BMG vor, die teilweise von der Zustimmung des Bundesrates abhängen. Zum anderen fehlen derzeit Auswirkungenanalysen, um Folgen der Reform sachgerecht einschätzen zu können.

Generell kritisch sieht der Bundesbeauftragte für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung die enorme Finanzierungslast von 25 Mrd. Euro im Transformationsfonds, die der GKV und

⁵⁷ Vgl. vertiefend Einzelplananalyse 2024 (Fn. 8), Tnr. 3.1.3.

damit den Beitragszahlerinnen und -zahlern aufgebürdet werden soll. Das gilt erst recht angesichts potentieller Rechtsstreitigkeiten. Auch der vorgesehene Mechanismus zur Verteilung der Mittel aus dem Transformationsfonds begegnet Vorbehalten, da er sich nicht am regionalen Transformationsbedarf ausrichtet, sondern an sachfremden Kriterien – wie insbesondere dem Steueraufkommen der Länder.

Ungelöst bleiben die unzureichende investive Ausstattung der Krankenhäuser durch die Länder und das Problem einer Krankenhausplanung, die länderübergreifende Versorgungswirklichkeiten nicht berücksichtigt oder deren Möglichkeiten nicht ausschöpft. Zudem wären Mitsprachemöglichkeiten von Bund und GKV bei der Krankenhausplanung wünschenswert, soweit sie auch künftig zur investiven Finanzierung von Krankenhausstrukturen mit beitragen sollten.

Im Auftrag

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Sievers', written in a cursive style.

Sievers