

Dr. Gerald Gaß

# Keine zweite Chance für die anstehende Krankenhausplanung

Kaum ist das KHVVG durch den Bundesrat, stehen daraus resultierend die ersten Umsetzungsschritte mit Fristsetzung ins Haus. Dass viele Fristen im Gesetz unverändert geblieben sind, obwohl sich die Verabschiedung und das Inkrafttreten deutlich nach hinten geschoben haben, mag der gesetzgeberischen Hektik am Ende geschuldet sein. In der Umsetzung des Gesetzes ergeben sich daraus aber Zusammenhänge und Wechselwirkungen, denen man sich bewusst werden muss. Besonders gravierend werden sich die knappen Fristen im Gesetz auf die anstehende Krankenhausplanung der Länder auswirken.

## Rechtsverordnung zu den Leistungsgruppen – Wieviel regionale Versorgung wird zukünftig noch möglich sein?

Alle 16 Bundesländer stehen aktuell vor der Aufgabe, die zentralen Vorgaben für die im Rahmen des KHVVG vorgesehene Krankenhausplanung nach Leistungsgruppen in dem dafür vorgesehenen Ausschuss mit dem Bund und unter Beratung der Verbände der Selbstverwaltung zu entwickeln und in einer zustimmungspflichtigen Rechtsverordnung festzulegen. Frist dafür ist laut Gesetz der 31. März 2025. An dieser Stelle sei angemerkt, dass das Land NRW diese Vorgaben für seine Krankenhausplanung nach Leistungsgruppen über einen mehrjährigen Prozess entwickelt hat. Die Inhalte dieser Rechtsverordnung werden darüber entscheiden, welche Gestaltungsspielräume den Ländern bei ihrer Krankenhausplanung zukünftig noch zur Verfügung stehen. Gerade in den Flächenländern hängt von den Inhalten dieser Rechtsverordnung enorm viel ab. Es geht um die Frage: Wieviel regionale Versorgung wird zukünftig noch möglich sein? Wiederholt haben alle Bundesländer über den gesamten Gesetzgebungsprozess bis zur finalen Entscheidung im Bundesrat Änderungen an den im Gesetz formulierten Vorgaben zu den Leistungsgruppen eingefordert. Bei der nun anstehenden zustimmungspflichtigen Rechtsverordnung haben sie die Möglichkeit, diesen Anspruch einzulösen.

## Frist 31. März 2025 unmöglich einzuhalten – Sorgfalt vor Schnelligkeit

Die vom Gesetzgeber vorgesehene Frist zum finalen Abschluss der Rechtsverordnung ist keinesfalls einzuhalten, wenn der Anspruch der Bundesländer erfüllt werden soll, Vorgaben zu entwickeln, die geeignet sind, um mittel- und langfristig eine tragfähige Krankenhausstruktur zu gestalten, mit der die Patientenversorgung flächendeckend gesichert und qualitativ weiterentwickelt werden kann. Nicht zuletzt muss den politischen Entscheidungsträgern bewusst sein, dass auf der Grundlage dieser Vorgaben eine Krankenhausplanung aufgebaut wird,

die in der Folge öffentlich finanzierte Investitionsprojekte im Umfang von mindestens 50 Mrd. € auslöst. Diese Planung muss deshalb auf der Grundlage von Vorgaben erfolgen, deren Auswirkungen auf die Patientenversorgung in Deutschland sorgfältig analysiert wurden. Für diese Planung und die daraus resultierenden Standortentscheidungen gibt es keine zweite Chance.

## Eine erneute politische Erpressung aufgrund komplexer Wechselwirkungen darf nicht passieren: Die Vorhaltefinanzierung muss ausgesetzt werden

Die nicht erfolgte Verweisung des KHVVG in den Vermittlungsausschuss im November des vergangenen Jahres ist nur vor dem Hintergrund der komplizierten politischen Konstellation wegen der bevorstehenden Auflösung des Bundestages zu erklären.

Der nun vor uns liegende Prozess birgt erneut die Gefahr für die Bundesländer, in einem politischen Dilemma zu landen und ihre berechtigten Anliegen gegenüber dem BMG nicht durchsetzen zu können. Konkret geht es dabei um die im KHVVG festgelegten Fristen zur Einführung der Vorhaltefinanzierung und den daraus resultierenden Handlungsdruck für die Bundesländer bei der Erarbeitung der Rechtsverordnung und der Finalisierung ihrer Krankenhausplanung nach Leistungsgruppen:

Ohne Rechtsverordnung keine verlässlichen Grundlagen für die Krankenhausplanung



Ohne Planungsgrundlagen keine finalisierte Krankenhausplanung bis Mitte 2026



Ohne eine finale Krankenhausplanung nach Leistungsgruppen keine Zuweisung der Vorhaltebudgets vom InEK an die Standorte



Ohne Zuweisung der Budgets im Herbst 2026 keine Auszahlung der Vorhaltefinanzierung an die Standorte zum 1. Januar 2027

Allen Verantwortlichen muss deshalb klar sein, dass es ohne eine Aussetzung der Einführung der Vorhaltefinanzierung und der damit in Verbindung stehenden Fristen keine sorgfältige Erarbeitung der Rechtsverordnung geben kann. Konkret würde das bedeuten, dass die Rechtsverordnung doch sehr kurzfristig

erfolgen müsste und dann allenfalls minimale Änderungen gegenüber den Vorgaben zu den LG im KHVVG mit dem BMG vereinbart werden können. Oder die Rechtsverordnung kommt erst deutlich später. Sie kann dann faktisch keine Auswirkungen mehr auf die schon längst wegen der Fristen zu treffenden Planungsentscheidungen entfalten.

**Die Vorhaltefinanzierung im KHVVG ist ein Mythos. Ihre Aussetzung wäre kein Problem für die Krankenhäuser und auch nicht für die weitere Umsetzung des KHVVG**

Die Vorhaltefinanzierung in der jetzt beschlossenen Form löst keines der aktuellen Probleme der Krankenhäuser, sondern schafft im Gegenteil zusätzliche Unwägbarkeiten für die Krankenhausträger bei der von ihnen zu leistenden Standorttransformation. Diese Aussage wird sehr eindrucksvoll belegt durch das Gutachten von *vebeto*, das sich intensiv mit den Auswirkungen der Vorhaltefinanzierung befasst.<sup>1)</sup> Auch die Verantwortlichen in den Krankenhäusern selbst stehen der Vorhaltefinanzierung überwiegend äußerst kritisch gegenüber und erwarten auch keine positiven finanziellen Auswirkungen oder sogar eine Stabilisierung ihrer finanziellen Lage, wie aktuelle Umfragen des DKI belegen. Nur gerade einmal 5 % der befragten Kliniken gehen davon aus, dass die Vorhaltefinanzierung zu einer gesicherten finanziellen Lage führen werde. Die Bundesländer sollten sich deshalb auch vom BMG nicht durch die sagenhaften Erzählungen über die Bedeutung der Vorhaltefinanzierung beeindrucken lassen. Deren einziger Zweck ist das politische Erpressungspotential im Zusammenhang mit den beschriebenen Wechselwirkungen zur Krankenhausplanung. Die Verantwortlichen in den Krankenhäusern selbst versprechen sich nichts von diesem neuen Finanzierungsinstrument.<sup>2)</sup> Ein Aussetzen der Vorhaltefinanzierung wäre gesetzgeberisch leicht möglich. Schon alleine das Ersetzen der Einführungs-

frist 2027 durch 2029 wäre als gesetzliche Änderung ausreichend, um die notwendige Zeit zu schaffen, eine bessere Lösung zu finden. Wird die Vorhaltefinanzierung wie vorgeschlagen ausgesetzt, gibt es auch keinen „rechtsfreien Raum“ ohne Finanzierungsgrundlage. Das aktuelle Finanzierungssystem würde weiter gelten und alle Patientenbehandlungen würden auch weiterhin auf Basis der etablierten Fallpauschalen über den 1.1.2027 hinaus abgerechnet. Die aktuell drängendsten finanziellen Probleme der Krankenhäuser beruhen eben auch nicht auf Fehlern des aktuellen DRG-Systems, sondern auf der fehlenden Anpassung der Landesbasisfallwerte an die inflationsbedingten Kostensteigerungen der Jahre 2022 und 2023. Hier könnte die Politik jederzeit kurzfristig handeln und sie muss es auch, spätestens nach der Bundestagswahl.

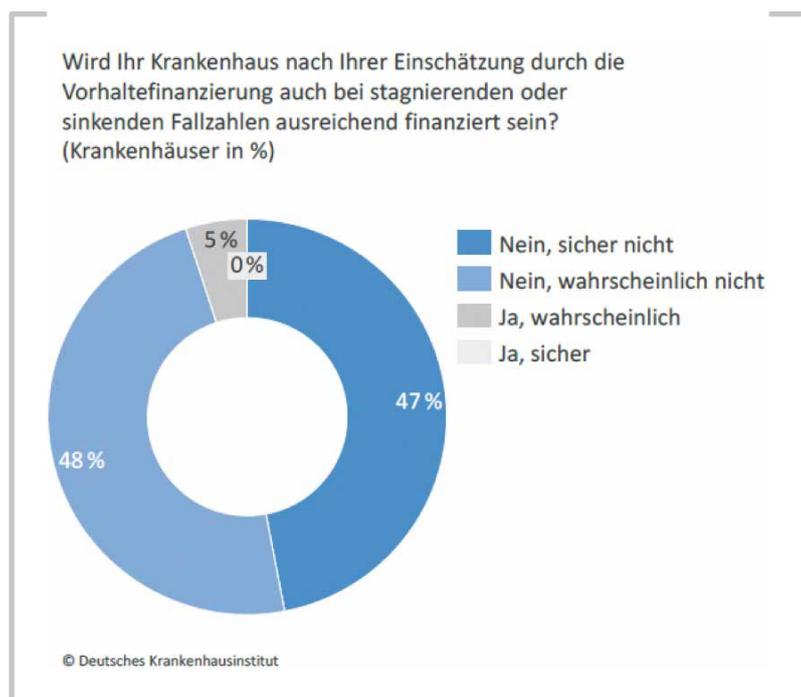
Wie das Beispiel NRW eindrucksvoll zeigt, wäre das Aussetzen der Vorhaltefinanzierung auch kein Hindernis mit Blick auf die bundesweite Einführung einer Krankenhausplanung auf der Basis von Leistungsgruppen. Im Gegenteil, eine Reihe von Erschwernissen für dieses wichtige Projekt ergibt sich gerade aus der Verknüpfung mit der Vorhaltefinanzierung (existenzielle Risiken bei Fallzahlschwankungen an der Grenze zu den Mindestfallzahlen, Fehlanreize bei erwünschten Leistungskonzentrationen usw., siehe *vebeto* Gutachten).

Es sind allerdings nicht allein die gesetzlichen Regelungen zur Vorhaltefinanzierung, die zwingend angepasst werden müssen, um einer Krankenhausplanung nach Leistungsgruppen mehr Zeit für eine sorgfältige Umsetzung einzuräumen. Denn darüber hinaus ist in § 8 Absatz 4 KHEntgG geregelt, dass ab dem 1. Januar 2027 Entgelte nicht für Leistungen aus einer Leistungsgruppe berechnet werden dürfen, die einem Krankenhaus nicht nach § 6a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zugewiesen wurde. Kurz gesprochen heißt das: Nur für die Behandlung der Patienten der Leistungsgruppen, die einem Krankenhausstandort zum 1. Januar 2027 wirksam zugeordnet sind, hat das Krankenhaus Anspruch auf Vergütung durch die Krankenkassen.

Auch weitere gesetzliche Fristen in diesem Zusammenhang sind erwähnenswert. So soll der Medizinische Dienst nach § 275a Absatz 2 KHG bereits zum 30. September 2025 durch die Planungsbehörden der Länder mit der standortbezogenen Prüfung der Vorgaben zu den Leistungsgruppen beauftragt werden, die das Land beabsichtigt den einzelnen Standorten zuzuweisen.

**Alternative Konzepte für eine fallzahlunabhängige Vorhaltefinanzierung können kurzfristig etabliert werden**

Auch völlig losgelöst von der hochkomplexen KHVVG Vorhaltefinanzierung stehen kurzfristig Instrumente zur Verfügung, um eine fallzahlunabhängige Strukturkostenkomponente zu verstärken. Dazu bietet sich vor allem eine deutliche Aufstockung der Not-



fallstufenpauschalen, der pauschalen Sicherstellungszuschläge und der Zentrumszuschläge an.

### **Die Aussetzung der Vorhaltefinanzierung entspricht den bekannten Forderungen der Bundesländer und sollte deshalb den Bund nicht überraschen**

So lautet die Positionierung aller 16 Bundesländer zum Entwurf des KHVVG vom 15. April 2024:

„Das Finanzierungssystem als Kernstück der Reform ist weiterhin unklar. Der Bund muss eine nachvollziehbare Auswirkungsanalyse für das neue System der Vorhaltevergütung und der Tagesentgelte für sektorenübergreifende Versorger vorlegen. Andernfalls muss Stand jetzt davon ausgegangen werden, dass dies zu einem Verfahren mit erheblichen neuen bürokratischen Belastungen führt, mit dem eine auskömmliche Finanzierung und eine Verbesserung der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser nicht erreicht werden kann. Die geplante Vorhaltevergütung muss gewährleisten, dass die Krankenhäuser ihre Versorgungsleistungen gesichert finanzieren können. Sie darf nicht zu neuen Fehlanreizen führen und muss den Krankenhäusern Planungssicherheit bieten.“

Der Initiativantrag Bayern zum KHVVG im Bundesrat am 22. November 2024:

„Der Bundesrat ist der Auffassung, dass die derzeitige Ausgestaltung der Vorhaltevergütung nach wie vor einen starken Fallbezug hat und fordert, das Konzept zu überarbeiten. Die Vorhaltefinanzierung ist nach Auffassung des Bundesrates von den Fallzahlen und Mindestvorhaltzahlen zu entkoppeln.“

Der Initiativantrag Niedersachsen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern zum KHVVG im Bundesrat am 22. November 2024:

„Die Vorhaltevergütung in der aktuellen Form ist immer noch leistungsmengenabhängig und die Auswirkungen auf die Struktur der Krankenhauslandschaft ist nur in Teilen absehbar.“

### **Fazit**

Es gibt keine zweite Chance für eine Krankenhausplanung, die das Zielbild der Transformation der Krankenhauslandschaft für die kommenden Jahrzehnte prägen wird. Sorgfalt geht zwingend vor Schnelligkeit, um zu vermeiden, dass aufgrund fehlender Auswirkungsanalysen Versorgungsengpässe entstehen

und milliardenschwere Investitionsprojekte des Transformationsfonds in die falsche Richtung gelenkt werden. Voraussetzung für eine solch wegweisende Krankenhausplanung nach Leistungsgruppen sind praktikable Vorgaben und Kriterien für die Zuordnung der Leistungsgruppen zu den Krankenhausstandorten. Gleichzeitig müssen Umsetzungsfristen im KHVVG entzerrt werden, um fatale Wechselwirkungen zu vermeiden. Nur wenn die Bundesländer gemeinsam mit der dann neu konstituierten Bundesregierung auch den zeitlichen Zusammenhang zwischen Vorhaltefinanzierung und Krankenhausplanung kurzfristig auflösen, eröffnet sich die Perspektive für eine sorgfältige Beratung und Beschlussfassung der Rechtsverordnung zu den Leistungsgruppen. Ansonsten droht das Szenario, dass die heute in der Anlage zum Gesetz festgelegten Vorgaben gänzlich oder nahezu unverändert zur Grundlage für die anstehende Krankenhausplanung und die sich daraus ergebenden Investitionsentscheidungen des Transformationsfonds werden. Es gibt keine zweite Chance für diesen grundlegenden Transformationsprozess. Die Grundlagen für die Krankenhausplanung müssen insbesondere bezüglich unrealistischer Anforderungen an die fachärztlichen Vorgaben, an eine Leistungserbringung am Standort oder in Kooperation sowie zur Sinnhaftigkeit neuer Leistungsgruppen sorgfältig erarbeitet und in ihren Auswirkungen analysiert werden, bevor der Umbau dieses zentralen Bereichs der Gesundheitsversorgung startet.

Nicht zuletzt wäre das schnelle Aussetzen der im Gesetz formulierten Vorhaltefinanzierung ein wichtiges Signal an die Krankenhäuser, um eine aus Versorgungsgesichtspunkten problematische Fokussierung auf vermeintlich aussichtsreiche Leistungsgruppen schon im Jahr 2025 zu vermeiden.

### **Anmerkungen**

- 1) Vebeto, Simulationsstudie zur Krankenhausreform. Hilft die Vorhaltefinanzierung kleinen Krankenhäusern, 2024
- 2) Deutsches Krankenhausinstitut (DKI), Krankenhausindex Sommerumfrage 2024

### **Anschrift des Verfassers**

Dr. Gerald Gaß, Vorstandsvorsitzender der DKG, Wegelystraße 3, 10623 Berlin

**Redaktionstelefon:  
030 20847294-1/-2**

**Fax: 030 20847294-9**