



Krankenhausreform

Aufbruch, Umbruch ... Abbruch?

 apoBank

Bank der Gesundheit

Krankenhäuser in der Warteschleife

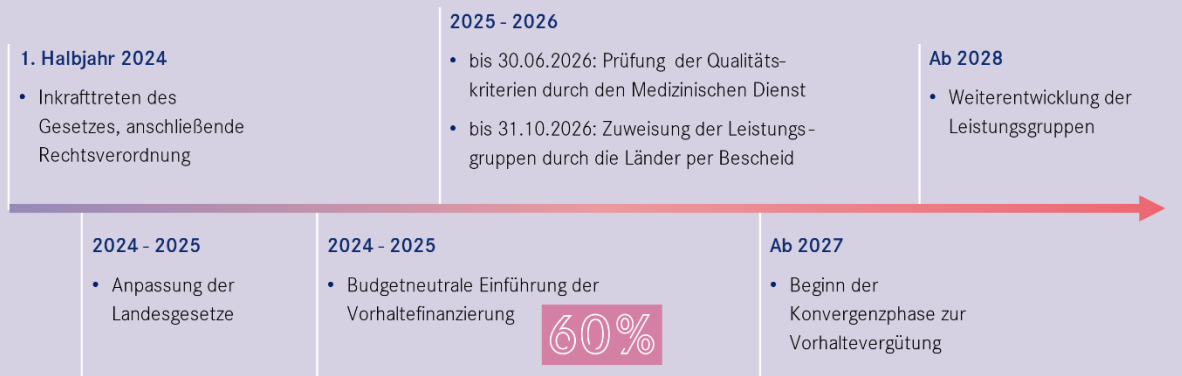
Zwischenstand nach einem Jahr politischer Diskussion

Was lange währt, wird endlich gut – oder? Die Ausarbeitung eines Referentenentwurfs zur Krankenhausreform (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) gestaltet sich weiterhin schwierig. Es wird jedoch immer klarer, dass die Definition der Leistungsgruppen und die konkrete Gestaltung der Vorhaltevergütung die Kernpunkte der Reform darstellen werden. Die umstrittene Level-Einstufung sollte eigentlich im Krankenhaustransparenzgesetz gesondert geregelt werden. Der Bundestagsbeschluss wurde überraschend Ende November 2023 in den Vermittlungsausschuss überwiesen, um ihn dort grundlegend überarbeiten zu lassen. Damit erreichen die Spannungen zwischen Bund und Ländern eine neue Dimension. Die Gesundheitsminister der Länder stoßen sich vor allem daran, dass das Transparenzgesetz die Zuordnungen der Leistungsgruppen vorwegnimmt. Weiterer Kernkritikpunkt besteht darin, dass das künftige Finanzierungssystem noch

immer unklar ist und die Folgen für die Krankenhauslandschaft nicht abschätzbar sind. Wie lange das Vermittlungsverfahren dauern wird, blieb bei Redaktionsschluss am 11. Dezember 2023 noch offen. Aktuell laufen auf verschiedenen Ebenen Gespräche und Vermittlungsversuche, Briefe mit Forderungen werden an den Bundesgesundheitsminister verschickt.

Die Verhandlungen zum KHVVG werden im Januar 2024 wieder aufgenommen. Dabei ist es mit Inkrafttreten des Gesetzes noch lange nicht getan, damit der eigentliche Reformprozess starten kann. Wesentliche Fragen zur konkreten Umsetzung der Reform sollen in eine Rechtsverordnung ausgelagert werden. Anschließend müssen die Länder ihre Landeskrankhausgesetze anpassen. Erst dann kann die Zuweisung von Leistungsgruppen erfolgen und der eigentliche Reformmarathon beginnen.

Geplante Umsetzung der Krankenhausreform



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis des Arbeitsentwurfs zum KHVVG vom 13.11.2023.



Kernelemente der Krankenhausreform (KHVVG)

1. Leistungsgruppen mit Qualitätsanforderungen

Die neuen Leistungsgruppen sind das Herzstück der Reform. Sie spielen in der Zielstruktur eine elementare Rolle in der Krankenhausplanung und -zulassung sowie bei der geplanten Krankenhausfinanzierung:

Auswirkungen der Leistungsgruppen

	Krankenhausplanung	Krankenhausfinanzierung (Betriebskosten)
Bisherige Struktur	Planung nach Fachgebieten und Betten	80 % Leistungsbezogene Vergütung zzgl. 20 % Pflegebudget
Zielstruktur	Leistungsgruppen- und mengenbezogene Planung	Bestimmung der Vorhaltefinanzierung anhand der zugewiesenen Leistungsgruppen (40%) zzgl. Pflegebudget (20%) und rDRG (40%)

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis des Arbeitsentwurfs zum KHVVG vom 13.11.2023.

Die neue Leistungsgruppensystematik wird sich an den Vorarbeiten in Nordrhein-Westfalen orientieren. Diese wird um fünf Gruppen erweitert und in der Zielstruktur insgesamt 65 somatische Leistungsgruppen umfassen. Durch die Ausdifferenzierung des Leistungsportfolios wird der Spezialisierung insgesamt viel mehr Raum gegeben als in der bisherigen Planungswelt nach Fachabteilungen:

Leistungsgruppen im Überblick

Internistische Leistungsgruppen	Chirurgische Leistungsgruppen	Weitere Leistungsgruppen
1. Allgemeine Innere Medizin	14. Allgemeine Chirurgie	24. Endoprothetik Knie
2. Komplexe Endokrinologie und Diabetologie	15. Kinder- und Jugendchirurgie	25. Revision Hüftendoprothese
3. Infektiologie	16. Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie	26. Revision Knieendoprothese
4. Komplexe Gastroenterologie	17. Plastische und Rekonstruktive Chirurgie	27. Spezielle Traumatologie
5. Komplexe Nephrologie	18. Bauchaortenaneurysma	28. Wirbelsäuleneingriffe
6. Komplexe Pneumologie	19. Carotis operativ/interventionell	29. Thoraxchirurgie
7. Komplexe Rheumatologie	20. Komplexe periphere arterielle Gefäße	30. Bariatrische Chirurgie
8. Stammzelltransplantation	21. Herzchirurgie	31. Lebereingriffe
9. Leukämie und Lymphome	22. Herzchirurgie - Kinder und Jugendliche	32. Ösophaguseingriffe
10. EPU/Ablation	23. Endoprothetik Hüfte	33. Pankreaseingriffe
11. Interventionelle Kardiologie		34. Tiefe Rektumeingriffe
12. Kardiale Devices		35. Augenheilkunde
13. Minimalinvasive Herzklappenintervention		36. Haut- und Geschlechtskrankheiten
		37. MKG
		38. Urologie
		39. Allgemeine Frauenheilkunde
		40. Ovarial-CA
		41. Senologie
		42. Geburten
		43. Perinataler Schwerpunkt
		44. Perinatalzentrum Level 1
		45. Perinatalzentrum Level 2
		46. Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin
		47. Spezielle Kinder- und Jugendmedizin
		48. Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Stammzelltransplantation
		49. Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome
		50. HNO
		51. Cochleaimplantate
		52. Neurochirurgie
		53. Allgemeine Neurologie
		54. Stroke Unit
		55. Neuro-Frühereha (NNF, Phase B)
		56. Geriatrie
		57. Palliativmedizin
		58. Darmtransplantation
		59. Herztransplantation
		60. Lebertransplantation
		61. Lungen- transplantation
		62. Nieren- transplantation
		63. Pankreas- transplantation
		64. Intensivmedizin
		65. Notfallmedizin

Quelle: Entwurf zum Krankenhaustransparenzgesetz.

Die Behandlungsfälle aus der „alten Welt“ sollen anhand von OPS- und ICD-Codes den neuen Leistungsgruppen zugeordnet werden. Diese Aufgabe wird das InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) übernehmen. Zur Steigerung der Versorgungsqualität werden die Leistungsgruppen an bundesweit einheitliche Qualitätskriterien gekoppelt. Die konkrete Ausgestaltung der Anforderungen wird zu einem späteren Zeitpunkt in einer Verordnung geregelt. Übergangsweise orientiert

man sich an den Mindestvoraussetzungen und Auswahlkriterien des Krankenhausplans NRW. Dabei werden die zwingend zu erfüllenden personellen und apparativen Anforderungen durch die „Mindestvoraussetzungen“ vorgegeben.

Die „Auswahlkriterien“ können noch zusätzlich erfüllt werden, um bei der Zuweisung der Leistungsgruppe bessere Chancen zu haben. Die Leistungserbringung in Kooperationen wird ebenfalls berücksichtigt.

Beispiel: Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Herzchirurgie“ aus dem KH-Plan NRW 2022

LG-Nr.	Leistungsgruppe	Planungsebene		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	
				Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land
13.1	Herzchirurgie	RB	Mindestvoraussetzung	LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin, Qualitätsanforderung Hochkomplex LG Interventionelle Kardiologie	LG Allgemeine Chirurgie	Katheterlabor, Echokardiographie, EKG, Doppler-/Duplex-Untersuchungen, DSA, Röntgen, CT 24/7, Teleradiologischer Befund möglich, Herz-Lungen-Maschine	FA Herzchirurgie	5 FA (VZÄ) mind. Rufbereitschaft 24/7 beschäftigt	Die personellen Vorgaben richten sich nach den derzeit geltenden Fassungen der PpUGV.	
			Auswahlkriterium	LB Gefäßmedizin LG Herztransplantation		Hybrid-OP ECMO				Chest Pain Unit EMAH-Zentrum

Quelle: Krankenhausplan NRW.

Der Medizinische Dienst (MD) wird die Einhaltung der Qualitätsvorgaben prüfen. Dafür werden die Länder bis spätestens zum 30. September 2025 den Prüfungsauftrag erteilen. Dann hat der MD bis zum 30. Juni 2026 Zeit, um die Prüfung auszuführen. Das Gutachten soll für längstens zwei Jahre als Nachweis über die Einhaltung der Qualitätskriterien gelten. Inwiefern der MD die personellen Ressourcen hat, um bei 1.700 somatischen Kliniken entsprechende Prüfungen innerhalb des kurzen Zeitraumes von weniger als einem Jahr zu bewältigen, ist durchaus fraglich. Der Arbeitsentwurf räumt ein, dass bis zum Vorliegen des Prüfungsergebnisses eine begründete Selbsteinschätzung der Klinik ausreichend sei.

Die Rolle des MD ist ein Streitpunkt. Während die Länder ihn als reine „Gutachterstelle“ sehen, beabsichtigt der Bund eine proaktive Berichterstattung an das InEK und an die Kostenträger. Ziel sei es, dass bei Nichteinhaltung der Vorgaben Konsequenzen z. B. für die Vergütung gezogen werden können. Sollte der Bund darauf verzichten, würde er seine Regelungsheftigkeit bei der Betriebskostenfinanzierung zu Gunsten der Länder einbüßen.

Anschließend erfolgt die verbindliche Zuweisung der Leistungsgruppen durch die Länder. Klargestellt wird, dass Krankenhäuser keinen automatischen Anspruch auf die Zuweisung einer Leistungsgruppe haben, auch wenn etwa die notwendigen Qualitätskriterien vorhanden sind.

Inwiefern die Planungsbehörden Möglichkeiten für Ausnahmeregelungen haben werden, ist weiterhin ein

Streitthema. Dem Arbeitsentwurf vom 13.11.2023 zufolge sollen Ausnahmen zeitlich befristet möglich sein, „wenn diese zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich sind.“ Entsprechende Kriterien sollen der GKV-Spitzenverband und der Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) entwickeln. Damit sind die Länder weiterhin nicht einverstanden. Der Bundesgesundheitsminister hat bereits Anpassungen zugesagt.

So oder so kommt auf die Planungsbehörden eine große Aufgabe zu, nämlich die akribische Analyse der regionalen Versorgungsbedarfe und der Erreichbarkeit durch Patienten. Zur Erinnerung: Der Prozess hat in NRW mehrere Jahre gedauert. Die Zuweisung erfolgt per Bescheid, gegen den grundsätzlich auch der Verwaltungsrechtsweg möglich ist.

Bis zum 31. Oktober 2026 teilen die Länder ihre Zuweisungen dem InEK mit, das auf dieser Grundlage ab 2027 das Vorhaltebudget weiterentwickeln soll. In den Folgejahren sind etwaige Änderungen am Versorgungsauftrag stets bis zum 31. Oktober zu melden.

Ab 2028 werden die Leistungsgruppen weiterentwickelt. Dabei wollen sich Bund und Länder die Verantwortung dafür teilen. Beide werden ein Initiativrecht erhalten. In einer ersten Stufe werden AWMF, InEK und BfArM die wissenschaftliche Vorarbeit leisten. Abschließend soll ein neu einzurichtender Krankenhaus-Leistungsgruppen-Ausschuss entscheiden und eine Rechtsverordnung des BMG mit Zustimmung des Bundesrates erfolgen.

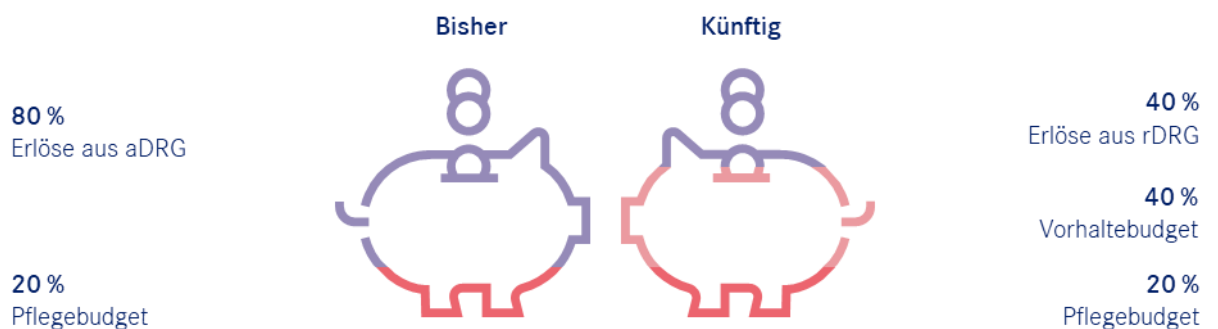
Zwischenfazit Leistungsgruppen

!	Die Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses wird sich künftig an der Erfüllung der Qualitätsvorgaben messen lassen.
!	Krankenhäuser, die heute schon die Qualitätskriterien aus NRW erfüllen, haben vermutlich die Nase vorn.
!	Bundesweit einheitliche Qualitätsstandards haben das Potenzial, die Versorgungsqualität flächendeckend zu erhöhen.
?	Durch die Zuweisung nach ICD- und OPS-Codes wird die Datenqualität des §21er-Datensatzes zur Übermittlung der Leistungsdaten sehr relevant. Es ist jedoch fraglich, ob tatsächlich jeder Behandlungsfall einer Leistungsgruppe eindeutig zugeordnet werden kann.
?	Unklarheiten über die Entscheidungskriterien der Länder für die Zuweisung, v. a. wenn mehrere Krankenhäuser in einem Planungsgebiet die Voraussetzungen erfüllen – Wie viel Ermessen haben sie im Auswahlprozess? Welche Bedarfsanalysen dienen als Entscheidungsgrundlage?
?	Wie gerichtsfest wird die Auswahlentscheidung der Länder sein? Kommt es zu weiteren Verzögerungen?

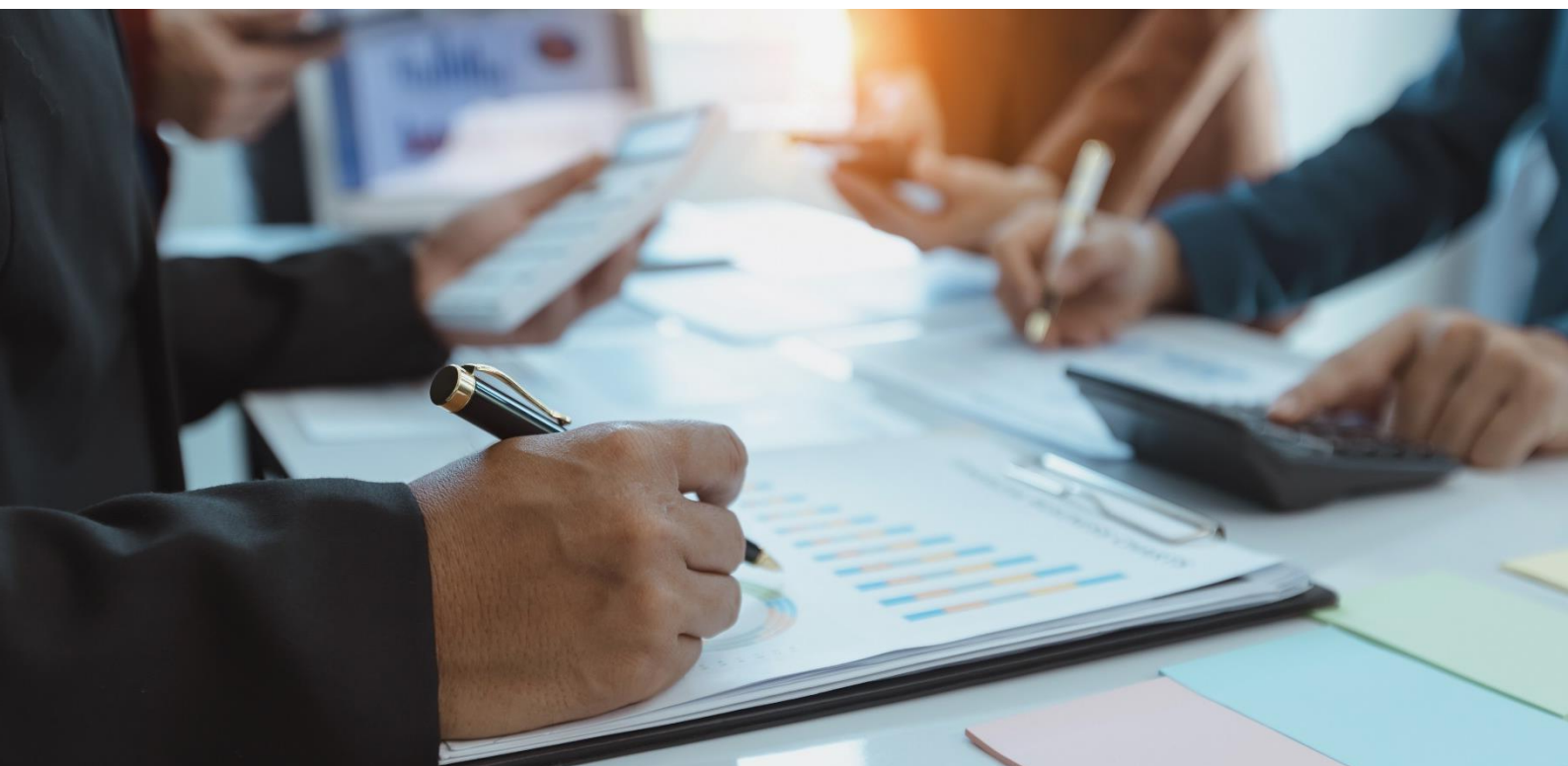
2. Vorhaltebudget

Die künftige Vergütungssystematik von somatischen Krankenhäusern wird nicht mehr aus zwei, sondern aus drei Bausteinen bestehen. Dabei wird das Erlösvolumen nicht angehoben, sondern innerhalb der drei Vergü-

tungskomponenten umverteilt. Damit betreten alle Krankenhäuser in der Betriebskostenfinanzierung Neuland: Noch liegen keine Auswirkungsanalysen zu etwaigen Verteilungseffekten vor.



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis des Arbeitsentwurfs zum KHVVG vom 13.11.2023.



Die tatsächliche Höhe des Erlösvolumens je Krankenhaus wird sich im Zielbild aus Verhandlungen mit den Krankenkassen (rDRG) und aus einer festen Budgetsteuerung (Pflegebudget + Vorhaltebudget) ergeben. Die Vorhalteanteile werden initial 60 % der bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen betragen und durch das InEK kalkuliert. Bei der Ermittlung bleibt es bei einer Orientierung am DRG-Katalog. Die Vorhaltevolumina werden aus den bestehenden DRG-Erlösen ausgegliedert und berechnet. Die Einführung wird 2025 und 2026 budgetneutral erfolgen.

Das Vorhaltevolumen je Leistungsgruppe wird von dem InEK zentral für alle Länder, Krankenhäuser und Standorte berechnet und den Krankenhäusern per Bescheid mitgeteilt. Gegen den Bescheid bestehen möglicherweise Einspruch- bzw. Korrekturmöglichkeiten. Bei der Verteilung des Vorhaltebudgets werden

die Anteile u. a. anhand der Fallzahlen und der Fallschwere ermittelt. Wie hoch das gesamte Vorhaltebudget – und damit das Erlösvolumen – eines Krankenhauses ausfällt, wird zunächst ausschließlich von den zugewiesenen Leistungsgruppen abhängen. Dabei sollten die Verantwortlichen auch im Blick haben, dass das Vorhaltebudget pro Leistungsgruppe höher ausfällt, je weniger Krankenhäuser sie erbringen. Die „echte“ Vorhaltevergütung wird erst ab 2027 ermittelt und die Budgetneutralität aufgehoben. Hierzu werden die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene hinzugezogen, um die tatsächlichen Vorhaltekosten zu kalkulieren. Wie lange sie dafür Zeit haben werden, steht noch nicht fest. Das bedeutet für Krankenhäuser: Ab 2027 dürfen sie keine Leistungen mehr abrechnen, für die sie keine Leistungsgruppe zugewiesen bekommen haben. Für die Behandlung von Notfallpatientinnen und -patienten soll dieses Abrechnungsverbot nicht gelten.

Ist eine Verringerung des Leistungsmengenbezuges damit erreicht?

Nein, denn die Grundlage zur initiativen Kalkulation des Vorhaltevolumens je Krankenhausstandort je Leistungsgruppe soll sich nach aktuellem Arbeitsentwurf an der Fallzahl und an der Fallschwere orientieren. Das bedeutet, dass bei dem Vorhaltebudget ein Leistungsmengenbezug vorliegen wird.

Ja, weil für Krankenhäuser eine Quersubventionierung unterhalb der Leistungsgruppen nicht mehr möglich sein wird. Bei Steigerung der Fallmengen in einer „lukrativeren“ Leistungsgruppe steigt zwar die rDRG (40 %), aber nicht das zugewiesene Vorhaltebudget (60 %).

Ab 2027 gibt es jährlich **mehr Geld für ...**

... **Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben:**
125 Millionen Euro

... sowie für bestimmte Leistungsgruppen:

- **Stroke Unit:** 35 Millionen Euro
- **Spezielle Traumatologie:** 65 Millionen Euro
- **Intensivmedizin:** 30 Millionen Euro
- **Pädiatrie:** 288 Millionen Euro
- **Geburtshilfe:** 120 Millionen Euro
- **Notfallversorgung:** 33 Millionen Euro

Wie es letztendlich zur **Auszahlung** der Vorhaltevergütung kommt, steht noch nicht fest. Im Raum stehen prospektive Abschlagszahlungen, um die Liquidität der Krankenhäuser zu sichern. Diese Aufgabe könnte künftig bei den Krankenkassen liegen und dürfte für diese auch nicht ganz trivial sein, denn immerhin geht es dann bei den gesetzlichen Krankenkassen um die Auszahlung von rund 88 Mrd. Euro. Inwiefern die PKV oder Beihilfestellen einbezogen werden, ist noch nicht bekannt.



Zwischenfazit Vorhaltebudget

!	Abmilderung des wirtschaftlichen Drucks, aber keine vollständige Abkopplung vom Leistungsgeschehen.
!	Positiver Beitrag zur Sicherstellung der Versorgung in ländlicheren Räumen ist möglich.
!	Verknüpfung der Leistungsgruppen mit Qualitätskriterien hat das Potenzial, die Versorgungsqualität zu erhöhen.
×	Komplexität der Betriebskostenfinanzierung steigt.
?	Kalkulation noch sehr unklar, z. B. wie die Berücksichtigung regional unterschiedlicher Kostenniveaus erfolgt.
?	Planungssicherheit der Krankenhäuser ist stark eingeschränkt.

3. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

Bund und Länder möchten eine neue Versorgungsform etablieren, die endlich eine Brücke zwischen der ambulanten und stationären Versorgung schlägt. Keine neue Idee, doch bisherigen Initiativen fehlte die Durchschlagskraft. Die meisten Vorhaben scheiterten an der historisch gewachsenen strikten Sektorentrennung. Kann es dieses Mal gelingen? Und was ist anders als bisher?

Die Level 1i-Krankenhäuser – oder wie sie nun heißen: sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen – sollen die wohnortnahe medizinische Versorgung sicherstellen, indem sie interdisziplinäre und interprofessionelle Leistungen erbringen, nämlich stationäre, ambulante und medizinisch-pflegerische. Im Grundsatz handelt es sich bei den Einrichtungen um spezielle

Plankrankenhäuser, die somit auch Anspruch auf die Investitionskostenförderung der Länder haben. In erster Linie sollen bisherige Plankrankenhäuser umgewandelt werden, möglich ist aber auch die Entwicklung aus ambulanten Versorgungsmodellen heraus oder sogar Neugründungen. Grundsätzlich müssen jedoch die Definitionsmerkmale eines Krankenhauses erfüllt werden.

Ein Blick auf das geplante Leistungsportfolio der Level 1i-Krankenhäuser zeigt allerdings wenig Neues. Stationäre Grundversorgung und sämtliche ambulante Leistungen erbringen Krankenhäuser heute schon – und die Hybrid-DRGs sollen ab 2024 auch alle Kliniken erbringen dürfen. Das wirklich „Neue“ an dem Konzept ist die Erbringung pflegerischer Leistungen:

Geplantes Leistungsportfolio

- Stationäre Grundversorgung
- Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- Sektorengleiche Leistungserbringung nach § 115f SGB V (Hybrid-DRGs)
- Ambulante Leistungen aufgrund vertragsärztlicher Ermächtigung
- Belegärztliche Leistungen
- Leistungen von Institutsambulanzen
- Pflegeleistungen, sowohl nach SGB V als auch SGB XI (insbesondere Übergangspflege)

Quelle: Arbeitsentwurf vom 13.11.2023 zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz.

Was sich genau hinter den stationären Grundversorgungspflichten verbirgt, ist unklar. Im Eckpunktepapier war noch ein Negativkatalog geplant, im Arbeitsentwurf ist man von dieser Idee wieder abgerückt. Stattdessen sollen DKG und GKV eine entsprechende Vereinbarung verhandeln, welche Leistungen obligatorisch und fakultativ sind. Bis wann, steht noch nicht fest.

Ein weiterer herausfordernder Punkt ist die Zulassung für die unterschiedlichen Leistungsbereiche. Nach heu-

tigem Verständnis benötigen die neuen Einrichtungen mehrere Zulassungen, um das Gesamtspektrum anbieten zu dürfen. Hier muss sich also das Management in verschiedenen Welten bewegen. Spannend ist in diesem Kontext auch, dass ausschließlich die Krankenhausplanungsbehörden der Länder – die eigentlich „nur“ die Zulassung für stationäre Leistungen vergeben dürfen – bestimmen sollen, welche Krankenhäuser in sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen umgewandelt werden. Dabei können sie auch bestimmen, wie viele es

überhaupt in ihrem Bundesland geben wird. Nach aktuellen Schätzungen könnten bundesweit zwischen 300 bis 500 Kliniken umgewandelt werden. Dabei ist es aus politischer Sicht in den Kommunen durchaus eine Gratwanderung, ein „normales“ Krankenhaus in eine solche Versorgungsform umzuwandeln. Inwiefern sich bisherige Krankenhausgebäude überhaupt dazu eignen, steht auf einem anderen Blatt.

Die Finanzierung der unterschiedlichen Leistungsbereiche wird sich entsprechend der Vorgaben aus den Sozialgesetzbüchern ergeben. Die stationären Leistungen werden im ersten Schritt so vergütet wie bei den anderen Plankrankenhäusern auch. Nach einem Übergangszeitraum werden sie aus dem DRG-System herausgenommen. Stattdessen wird es ein finanzielles Gesamtvolumen geben, das in drei verschiedene Entgelte sachgerecht aufzuteilen ist. Zum einen krankenhausesindividuelle Tagesentgelte, verringerte Tagesentgelte für die Fälle, in denen ärztliche Leistungen durch einen niedergelassenen Arzt oder Ärztin erbracht

werden und weitere Tagesentgelte, so wie es für eine sachgerechte Vergütung erforderlich ist. Für die Verhandlungen zur Erbringung von medizinisch-pflegerischen Leistungen werden DKG, GKV und KBV an den Tisch gebeten. Vertreter aus der Pflegebranche wurden nicht im Gesetzesentwurf genannt.

In der Perspektive bleibt der Finanzierungsmix kompliziert und fordert ein breitgefächertes, interdisziplinäres Know-how. Fraglich ist auch, ob man sich als Träger freiwillig der hohen Planungsunsicherheit aussetzen möchte und wie hoch die Tagessätze letztendlich ausfallen. Andererseits fällt durchaus positiv ins Gewicht, dass Level 1i-Kliniken zusätzliche Pflegeerlöse abrechnen können und weiterhin Anspruch auf die Investitionskosten haben werden. Trotz aller Bedenken kommt nun endlich die Dynamik ins Spiel, auf die viele Akteure im Gesundheitsmarkt lange gewartet haben – denn das Potenzial von hybriden Versorgungsformen ist groß.

Zwischenfazit Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen

!	Kleine Kliniken könnten wieder profitabel arbeiten.
!	„Level 1i“ könnte der neuen Fachkräftegeneration attraktive Arbeitszeiten bieten und vor allem für „Generalisten“ / Allgemeinmediziner interessant sein.
!	Flexibles Versorgungsmodell mit Gestaltungsspielräumen für den Träger.
!	Anspruch auf Investitionsförderung bleibt bestehen; Pflegeerlöse können separat abgerechnet werden.
×	Komplexer Finanzierungsmix.
×	Vergütung der stationären Grundversorgung zumindest der ersten Phase nicht attraktiv, da es keine „lukrativen“ Fachbereiche sind.
×	Langwierige Verhandlungen der Rahmenbedingungen absehbar und daher hohe Planungsunsicherheit.
?	Trennung zwischen Planung, Finanzierung und Zulassung wirft Fragen auf.
?	Fraglich, inwiefern Krankenhausgebäude in Level 1i umgewandelt werden könnten, und die Höhe der Transformationskosten unklar.

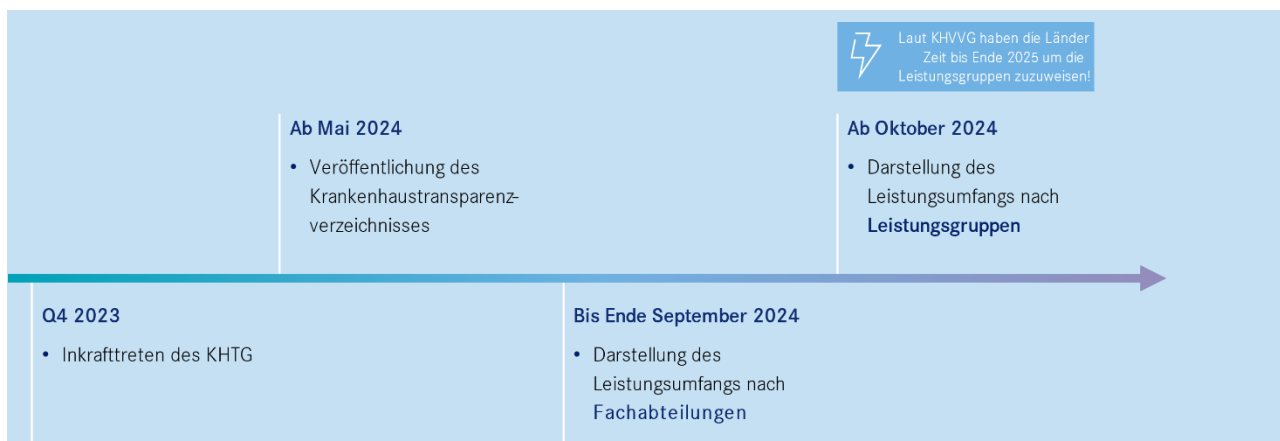
Das Krankenhaustransparenzgesetz in der Kritik

Mit dem Krankenhaustransparenzgesetz möchte die Bundesregierung die eigentliche Krankenhausreform flankieren. Das Gesetz ist die Basis für die Veröffentlichung von Struktur- und Leistungsdaten der Krankenhäuser in Deutschland. Patienten sowie einweisende Ärzte sollen auf Anhieb erkennen können, welches Krankenhaus in ihrer Nähe welche Leistungen anbietet, und wie diese Klinik im Hinblick auf Qualität sowie ärztliche und pflegerische Personal-ausstattung abschneidet.

Obwohl der Bundesrat grundsätzlich das Ziel des Vorhabens unterstützt, hat er im November 2023 mit

knapper Mehrheit den Vermittlungsausschuss einberufen. Kritik übt er vor allem an der Zuordnung der Leistungsgruppen, dem überbordenden Bürokratieaufwand durch die Meldepflichten für die Kliniken sowie am nicht ausreichenden Rechtsschutz für die Krankenhäuser. Kommt es durch die Einberufung des Vermittlungsausschusses zu Verzögerungen, hat das für die gesamte Reform Konsequenzen. Denn neben den Liquiditätshilfen (rasche Auszahlung des Pflegebudgets, Verkürzung der Zahlungsfrist) enthält das Transparenzgesetz die gesetzlichen Grundlagen für eine Zuordnung der Leistungsgruppen, die wiederum bei der Ermittlung der Vorhaltefinanzierung eine zentrale Rolle spielt.

Bisher geplante Umsetzung des Krankenhaustransparenzgesetzes



Quelle: Eigene Darstellung.

Der Gesetzesentwurf sieht vor, dass das InEK bereits 2024 jedes Krankenhaus einem bundeseinheitlichen Versorgungslevel zuordnet. Die geplanten Level sind weitgehend deckungsgleich mit dem ursprünglichen Vorschlag der Regierungskommission, von Level 1i bis zu Level 3U (Universitätskliniken). Neu eingeführt wurde das Level F für Fachkrankenhäuser. Die Levelzuordnung ergibt sich anhand der Leistungsgruppen, die

ein Krankenhaus erbringt. Zu diesem Zeitpunkt haben die Krankenhausplanungsbehörden allerdings die Zuordnung noch nicht durchgeführt. Daher soll das InEK eine vorläufige Zuordnung auf Basis der §21er-Daten vornehmen. Die Länder stoßen sich vor allem daran, dass die Krankenhausreform in einem zentralen Punkt vorweggenommen wird und fordern zum Beispiel eine Verschiebung des Transparenzverzeichnis.

Schema für die Levelzuordnung

Level 1n-Krankenhäuser	Level 2-Krankenhäuser	Level 3 / 3U-Krankenhäuser
<ul style="list-style-type: none"> • Mindestens LG Allgemeine Innere Medizin • Mindestens LG Allgemeine Chirurgie • Verpflichtend LG Intensivmedizin • Verpflichtend LG Notfallmedizin 	<ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 2 internistische LG • Mindestens 2 chirurgische LG • Mindestens 3 weitere LG • Verpflichtend LG Intensivmedizin • Verpflichtend LG Notfallmedizin 	<ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 5 internistische LG • Mindestens 5 chirurgische LG • Mindestens 8 weitere LG • Verpflichtend LG Intensivmedizin • Verpflichtend LG Notfallmedizin

Quelle: Entwurf zum Krankenhaustransparenzgesetz.

Aus den Reihen der Krankenhäuser wird der immense bürokratische Aufwand und die Schaffung von Doppelstrukturen kritisiert. Denn viele Daten, die für

jedes Kalenderquartal bis zum 15. des Monats gemeldet werden sollen, werden bereits erfasst. Damit würde ein enormer Mehraufwand auf die Kliniken zukommen.

Zwischenfazit Krankenhaustransparenzgesetz

!	Behandlungsqualität wird immer entscheidender, aber auch die Datenqualität der §21er-Daten.
!	Initiativ gilt: Je mehr Leistungsgruppen ein Krankenhaus vorhält, desto höher ist die Level-Zuordnung.
×	Einberufung des Vermittlungsausschusses verzögert die Einführung auf unbestimmte Zeit.
×	Zahlt nicht wirklich auf das Ziel der Entbürokratisierung ein.
×	Öffentlichkeitswirksame Vorwegnahme des Leistungsportfolios könnte bei Patientinnen und Patienten bei künftigen Änderungen am Versorgungsauftrag für Verwirrung sorgen.

Ausblick

Mit der Einberufung des Vermittlungsausschusses wurde der Reformprozess noch komplizierter. Nicht zuletzt, weil zwischen den Gesetzesvorhaben Wechselwirkungen bestehen und die Verhandlungen parallel laufen. In dem Kräftemessen haben die Länder den Verhandlungsvorteil, dass sie verfassungsrechtlich die Hoheit über die Krankenhausplanung haben. Ohne sie wird eine Reform nicht gelingen. Ihre Rolle als „Marktstrukturgestalter“ fordern sie daher vehement ein und müssen dieser Verantwortung aber auch gerecht werden. Die Erfahrungswerte aus NRW zeigen, dass das vorgesehene Pensum sehr hoch und geplante Umsetzungsdauer durchaus knapp bemessen ist.

Völlig offen ist die Frage, wer die Kosten der Reform tragen wird. Die Investitionsmittel für den Bau von Zentralkliniken, die Umwandlung von Standorten, für Schließungen oder die Schaffung ambulanter Infrastrukturen werden auf 50 Mrd. Euro geschätzt. Das BMG kündigte zuletzt einen Transformationsfonds ab 2025 an, doch auch die Länder werden gefragt sein, sich im Zuge der Investitionsfinanzierung zu beteiligen.

In der aktuellen Situation haben die Krankenhausverantwortlichen das Nachsehen, weil sie immer noch in der Warteschleife hängen. Und das Ziel der „Entbürokratisierung“ ist Stand heute völlig verfehlt.

Die Berechnung der Erlösvolumina hinter den Leistungsgruppen ist zum heutigen Zeitpunkt nicht möglich und erschwert die Planung von strategischen Projekten. Verlässliche Rahmenbedingungen sind frühestens ab dem zweiten Quartal 2024 zu erwarten. Ganz zu schweigen von der aktuell angespannten Liquiditätssituation, die mit Blick auf die gestiegenen Kosten in hohem Maße von dem politischen Unterstützungswillen abhängt. Auch für 2024 stehen Tarifsteigerungen an, die nicht vollständig refinanziert sind. Durch die Verzögerungen im Transparenzgesetz werden die Vorfinanzierungseffekte, z. B. beim Pflegepersonal, weiterhin die Liquiditätssituation belasten.

Ein Gewinner der Reform könnte das InEK werden, das in vielen Reformschritten zum Dreh- und Angelpunkt wird.



Wie kann sich das Krankenhausmanagement vorbereiten?

- **Fokus auf die Datenqualität legen:** Die Qualität §21er-Daten werden enorm wichtig. Sie sind die Grundlage für die Levelzuordnung im Transparenzverzeichnis und für die Zuweisung der Leistungsgruppen in der eigentlichen Reform. Werden alle ICD- und OPS-Codes korrekt und vollständig befüllt?
- **Einen Blick in den Krankenhausplan NRW werfen:** Als erste Orientierung empfiehlt sich der Krankenhausplan NRW, um die Mindestanforderungen und Auswahlkriterien mit dem Status Quo des aktuellen Leistungsportfolios abzugleichen: Welche Facharztstruktur ist gefordert? Welche Gerätschaften? Werden die Qualitätsanforderungen bereits erfüllt?
- **Trotz der Unwägbarkeiten die strategische Planung vorbereiten:** Wie kann das Leistungsportfolio in 5 Jahren aussehen? Welche Auswirkungen könnten sich für die Personalstrategie ergeben und welche Investitionen sind erforderlich (anhand des Krankenhausplans NRW)? Es ist ratsam, mit unterschiedlichen Szenarien zu kalkulieren, denn die Parameter können sich jederzeit ändern.
- **Verbündete suchen:** Das Vorhaltebudget einer Leistungsgruppe wird höher ausfallen, je weniger Kliniken die Leistungsgruppe erbringen. Es empfiehlt sich ein Blick auf den eigenen Klinikverbund und in das Marktumfeld: Welche Wettbewerber erbringen ähnliche Leistungen? Oder können Leistungen innerhalb des Krankenhausverbundes zentralisiert werden? Welche Kooperationen und Verbundlösungen machen in der Region Sinn?
- **Ambulantisierung vorantreiben:** Welche ambulanten Leistungen sollen das stationäre Portfolio ergänzen? Welche Infrastruktur und Kooperationen werden dafür benötigt, um diese Leistungen kostendeckend zu erbringen?
- **Intensiv- und Notfallmedizin planen:** Die Erbringung der Intensiv- und Notfallmedizin wird eine wichtige Voraussetzung für die Zuweisung der Level. In diesen Bereich werden sich Investitionen lohnen, es sei denn, die Klinik soll in ein sektorenübergreifendes Versorgungszentrum umgewandelt werden. In welchem Umfang möchte man die Notfallmedizin anbieten?



Ansprechpartner in der apoBank: Management-Team Firmenkunden

Unsere aktuelle Analyse zeigt eine Branche im Umbruch. Das Krankenhausmanagement wird sich in den kommenden Jahren auf zahlreiche Veränderungen einstellen müssen. Als strategischer Partner für nachhaltige Geschäftsentwicklung setzen wir auf eine hohe Qualität in der Beratung und bei der Gestaltung unserer Produktlösungen. Wir verfügen über langjährige und spezifische Finanzierungserfahrungen und umfangreiches Branchenwissen im Gesundheitsmarkt.

Sandro von Korff

Bereichsleiter Firmenkunden

T: +49 211 5998 8267
M: +49 151 10829306
sandro.von.korff@apobank.de

Thilo Gewaltig

Leiter Region West

T: +49 211 5998 9380
M: +49 151 19552581
thilo.gewaltig@apobank.de

Thies-Peter Maaßen

Leiter Region Nord/Ost

T: +49 40 22804 299
M: +49 151 18815727
thies-peter.maassen@apobank.de

Christoph Neff

Leiter Corporate Finance

T: +49 211 5998 2371
M: +49 151 10830186
christoph.neff@apobank.de

Thomas Sattler

Leiter Region Süd

T: +49 69 795092 106
M: +49 151 10829820
thomas.sattler@apobank.de

Die vorliegende Publikation gibt unsere unverbindliche Auffassung über die Thematik zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses wieder. Bei der Zusammenstellung dieser Informationen haben wir mit großer Sorgfalt gearbeitet, dennoch können wir Fehler nicht ausschließen. Für Richtigkeit und Vollständigkeit der Aussagen und Angaben übernehmen wir keine Haftung. Diese Information ersetzt keine Individuelle Finanz-, Rechts- oder Steuerberatung.

Veröffentlichung: Dezember 2023