



VERBAND DER UNIVERSITÄTSKLINIKA DEUTSCHLANDS

STELLUNGNAHME

des Verbandes der
Universitätsklinika
Deutschlands (VUD)

zum Entwurf eines Gesetzes zur
Verbesserung der
Versorgungsqualität im Krankenhaus
und zur Reform der
Vergütungsstrukturen
(Krankenhausversorgungs-
verbesserungsgesetz)

April 2024

© Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD), 2024

Kontakt

Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD)
Jens Bussmann
Alt-Moabit 96
10559 Berlin
info@uniklinika.de
www.uniklinika.de
Tel. +49 (0)30 3940517-0

Forschen. Lehren. Heilen.

Inhalt

I. Generelle Anmerkungen	3
II. Zu den Regelungen im Einzelnen	6
III. Weiterer Handlungsbedarf	31

I. Generelle Anmerkungen

Der Reformbedarf für die Krankenhausversorgung in Deutschland ist unbestritten. Zu den Wegen hin zu dem dringend benötigten Strukturwandel kann es unterschiedliche Auffassungen geben. Das Ziel einer Krankenhausreform ist angesichts des demografischen Wandels und seiner absehbaren Folgen eindeutig: strukturelle Anpassungen, die zu Leistungskonzentrationen führen, die Qualität der Versorgung steigern und die Versorgung bedarfsgerecht sichern. Das bedeutet im Ergebnis eine Schärfung der Versorgungsaufträge und der Rollen der einzelnen Krankenhäuser sowie ein umfassender Aufbau von koordinierten Netzwerkstrukturen. Angesichts der anerkannten Überkapazitäten und der Folgen des demografischen Wandels wird dies auch konsequenterweise zu einem Abbau von Krankenhausstandorten führen.

Der vorliegende Referentenentwurf zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) enthält richtige und wichtige Ansätze, um die o.g. Ziele zu erreichen. Die konsequente Einführung und Umsetzung der Leistungsgruppen (LG) mit ihren Qualitätsanforderungen sowie deren Weiterentwicklung sind ein wesentlicher Baustein. Dabei auf den bestehenden Ansatz aus der Krankenhausplanung Nordrhein-Westfalens zurückzugreifen, ist ein politisch nachvollziehbarer Ansatz. Dieser darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass flankierende Maßnahmen für eine stringente und gleichartige Umsetzung in den Ländern notwendig sind und insbesondere nicht zuletzt auf Grund der Verknüpfung mit der Finanzierung zeitnaher Weiterentwicklungsbedarf besteht. Mit der Einführung von Kennzahlen zur Anrechnung von Ärzten auf eine bestimmte Anzahl von Leistungsgruppen sowie Festlegung von Mindestvorhaltezahlen für einzelne Leistungsgruppen enthält der Referentenentwurf bereits notwendige flankierende Maßnahmen. Gleichzeitig ist gerade auf Grund der Verknüpfung mit der Krankenhausfinanzierung eine in allen Ländern homogene Umsetzung zu gewährleisten. Daher ist es richtig, dass Ausnahmen von der Erfüllung von Qualitätsanforderungen bundeseinheitlich vorgegeben und auf ein Mindestmaß konzentriert werden. Der zeitnahe Weiterentwicklungsbedarf ist bei näherer Betrachtung des Leistungsgruppenkatalogs aus der nordrhein-westfälischen Krankenhausplanung offenkundig, zumal es sich hier auch um eine Erstfassung handelt. Keinesfalls darf die Weiterentwicklung durch die fehlende Einigkeit zwischen Bund und Ländern blockiert werden.

Mit dem KHVVG soll erstmals eine unmittelbare Verknüpfung zwischen Krankenhausplanung in Form von Leistungsgruppen und Betriebskostenfinanzierung eingeführt werden. Eine Verbindung zwischen diesen beiden Ebenen zu schaffen, ist richtig. Das neue Instrument der Vorhaltefinanzierung entspricht mit seiner Verknüpfung an die Leistungsgruppen der Übereinkunft von Bund und Ländern in dem Eckpunktepapier aus dem Juli 2023. Im bisherigen System war beides voneinander entkoppelt. Gleichzeitig sind die Länder ihren Verpflichtungen zur Investitionskostenfinanzierung bekanntermaßen nur unzureichend nachgekommen. Dies hatte für das bisherige Gesamtsystem negative Folgen. So wurden zur Begrenzung der Krankenhausausgaben und die Gewährleistung einer qualitativ gesicherten Versorgung in sensiblen Bereichen vielfältige und kleinteilige Regulierungsansätze (z. B. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses) mit überbordender Kontrollbürokratie eingeführt. Mit der Einführung von Leistungsgruppen und zugehörigen

Qualitätsanforderungen können bzw. müssen bestehende Regulierungen zurückgefahren werden. Hier enthält der Entwurf nur erste Ansätze, die aber noch nicht den dringend benötigten Bürokratieabbau zur Entlastung der Mitarbeiter¹ in den Krankenhäusern bedeuten. Das neue Instrument der Vorhaltefinanzierung soll vielfältige Vorgaben erfüllen, u.a.: der bisherige Anreiz zur Fallzahlsteigerung soll gedämpft werden; für die Verknüpfung mit den Leistungsgruppen ist eindeutige Fallzuordnung notwendig; gleichzeitig soll es ein Landesvorhaltebudget je Leistungsgruppe geben; das Leistungsspektrum innerhalb der Leistungsgruppe soll beachtet werden. Damit wird deutlich, dass die Vorhaltefinanzierung ein sehr komplexes Unterfangen wird. Mit der im Referentenentwurf vorgesehenen Anbindung an die Leistungsgruppen enthält der Ansatz aber ein wichtiges Ziel: die zielgerichtete Finanzierung der Krankenhäuser entsprechend ihrer zukünftigen Versorgungsrolle. Kommt es mit der Einführung der Leistungsgruppen bei gleichzeitiger Gewährleistung der Qualitätsanforderungen zur beabsichtigten Strukturanpassung und Leistungskonzentration, dann folgt darauf unmittelbar die Finanzierung. Dies wäre ein wichtiger Beitrag für eine bedarfsgerechte Finanzierung. Daher ist es entscheidend, dass die Einführung der Leistungsgruppen den beabsichtigten Strukturwandel im Krankenhausystem initiiert. Andernfalls wird die Vorhaltefinanzierung nicht nur bürokratischen Mehraufwand bedeuten, sondern für Universitätsklinika und Maximalversorger mit ihrer besonderen Rolle in der Versorgung auf Grund der Anreizwirkung, insbesondere bei einem „20-Prozent-Korridor“ ohne Angleichung des Vorhaltebudgets, finanzielle Nachteile bedeuten. Auch vor diesem Hintergrund sollten die Folgen des KHVVG von Anfang an wissenschaftlich begleitet werden. Der Transformationsfonds ist ein zentrales Instrument, den unbestritten notwendigen Strukturwandel im Krankenhausbereich zu fördern und gleichzeitig Strukturen für eine bessere Versorgung zu schaffen. Die deutsche Krankenhauslandschaft ist durch ein Überangebot vorrangig in den urbanen Gebieten und sehr kleinteiligen Versorgungsstrukturen mit einem großen Anteil von Krankenhäusern mit weniger als 150 Betten gekennzeichnet. Andere Länder wie Dänemark oder die Niederlande machen deutlich, dass eine Konzentration der Versorgungsangebote eine hohe Qualität fördert, ohne die Versorgung in ländlichen Gebieten zu schwächen. Im Mittelpunkt der Förderung muss daher ein Abbau vorhandener Kapazitäten und eine trägerübergreifende Konzentration der bisherigen Krankenhausstandorte sowie die Förderung der Vernetzung stehen. Das bedeutet auch, dass Maßnahmen, wie „Tauschgeschäfte“ von Leistungsgruppen und Versorgungsaufträgen zwischen Krankenhäusern, nicht umfasst werden sollten.

Die absehbaren Folgen der demografischen Entwicklung erfordern auch eine effiziente Ausrichtung der Krankenhausversorgung. Bei konsequenter Einführung der Leistungsgruppen werden die Versorgungsprofile der einzelnen Krankenhäuser geschärft und die Qualität der Versorgung verbessert. Zur Steigerung der Effizienz und Qualität der Versorgung ist darüber hinaus auch das regionale Zusammenwirken der Krankenhäuser zu fördern. Mit der im Referentenentwurf vorgesehenen Koordinierungsrolle für Universitätsklinika und ggf. Maximalversorger wird ein wichtiger neuer Baustein zur Förderung regionaler Netzwerkstrukturen eingeführt, dessen Nutzen für die Patientenversorgung bereits während

¹ Zum Zweck der besseren Lesbarkeit wird in dieser Stellungnahme auf die geschlechtsspezifische Schreibweise verzichtet und das generische Maskulinum verwendet. Alle personenbezogenen Bezeichnungen und Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter.

der Corona-Pandemie in zahlreichen Bundesländern gezeigt werden konnte. Mit der gesetzlich verankerten Koordinierungsrolle können zukünftig umfassend regionale Patientenpfade implementiert werden. Hiervon werden die Patienten unmittelbar profitieren. Auch können so die vorhandenen regionalen Versorgungskapazitäten bestmöglich und entsprechend dem jeweiligen Versorgungsbedarf genutzt werden. Hierfür sind vermehrt auch Verlegungen zwischen den Versorgungsstufen (einschließlich der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen) nötig. Das KHVVG sollte daher noch um eine Verpflichtung zur Patientenaufnahme bei Verlegungen ergänzt werden.

Mit dem KHVVG soll auch die jährliche Anpassung der Landesbasisfallwerte und der Entgelte nach der Bundespflegesatzverordnung (BPfV) angepasst werden. Dabei soll die umfassende Tarifierfinanzierung im Mittelpunkt stehen. Diese Maßnahme ist gerade aus Sicht der Universitätsklinika wichtig. Dabei dürfen aber auch besondere strukturelle Effekte (z.B. Reduktion der Wochenarbeitszeit, Tarifentlastungsverträge) nicht unberücksichtigt bleiben.

II. Zu den Regelungen im Einzelnen

Zu Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Artikel 1 Nr. 5

§ 115g SGB V (neu) – Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung

Sachverhalt:

Mit § 115g SGB V (neu) werden mit den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen eine neue Form der Krankenhausversorgung gesetzlich verankert. Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen werden durch die Landeskrankenhausplanung bestimmt. Ihr Leistungsportfolio umfasst neben der stationären Basisversorgung auch ambulante und pflegerische Angebote aus dem Bereich von SGB V und SGB XI. Hierzu zählt auch die medizinisch-pflegerische Versorgung nach § 115h SGB V (neu). Die Konkretisierung der Versorgungsaufgaben obliegt in erster Linie den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene.

Bewertung:

Mit den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen wird ein neuer Versorgungstypus installiert, der die wohnortnahe Versorgung gewährleistet und dabei als stationärer Leistungserbringer eine wichtige Brückenfunktion zur ambulanten und pflegerischen Versorgung übernimmt. Daher ist es auch richtig, Vorhaben zur Umstrukturierung zu einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung über den Transformationsfonds zu fördern. Gerade in Hinblick auf die effiziente Nutzung vorhandener Versorgungskapazitäten werden sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen zukünftig einen wichtigen Beitrag leisten können, insbesondere dann, wenn sie im Zuge der Zuverlegung von Patienten aus Krankenhäusern der höheren Versorgungsstufen die stationäre bzw. pflegerische Weiterversorgung übernehmen.

Dabei sollten diese Einrichtungen auch in koordinierten regionalen Versorgungsnetzwerken nach § 6a Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 KHG (neu) mit eingebunden werden. Der nach § 115g Abs. 2 SGB V (neu) skizzierte Leistungskatalog bietet sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen grundsätzlich vielfältige Gestaltungsmöglichkeiten – insbesondere hinsichtlich der regionalen bzw. lokalen Gegebenheiten. Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene nach Absatz 3 sollen durch eine Vereinbarung den Leistungsrahmen konkretisieren. Dabei bleibt allerdings offen, welche Rolle sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen in koordinierten regionalen Versorgungsnetzwerken spielen können. Nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 3 können sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen auch ggf. Leistungen außerhalb des Leistungsrahmens unter telemedizinischen Kooperationsanforderungen erbringen. Dies ist hinsichtlich denkbarer Versorgungspfade in koordinierten Netzwerkstrukturen nicht ausreichend. In Absatz 3 sollten auch Leistungen in Folge von Zuverlegungen innerhalb koordinierter regionaler

Versorgungsnetzwerke nach § 6a Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 KHG (neu) mit aufgeführt werden. Im Sinne der Versorgungssicherheit müssen Krankenhäuser höherer Versorgungsstufen die Möglichkeit haben, Patienten in Krankenhäuser niedrigerer Versorgungsstufen abzuverlegen, sobald dies der Gesundheitszustand der Patienten zulässt. Eine verbindliche Aufnahmepflicht für sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen und auch andere Krankenhäuser ist erforderlich, um ausreichende Versorgungskapazitäten für schwere und komplexe Fälle sicherzustellen, die einer Versorgung in einem Universitätsklinikum oder Krankenhaus der Maximalversorgung bedürfen. Dies ist im Interesse der gesamten Krankenhausversorgung. Die Transportkosten müssen daher refinanziert werden.

Daher muss gesetzlich festgelegt werden, dass für derartige Versorgungspfade, die eine effiziente Nutzung der vorhandenen regionalen Versorgungsressourcen ermöglichen, die Verlegung zu Krankenhäusern niedriger Versorgungsstufen (inkl. der sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen) gewollt ist. Das bedeutet, dass gerade in regionalen Netzwerkstrukturen Transparenz über verfügbare Versorgungskapazitäten besteht, eine Aufnahmeverpflichtung normiert und die Finanzierung notwendiger Patiententransporte durch die Kostenträger festgelegt wird. Unter diesen Voraussetzungen kommt den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen für die regionale Versorgung eine besondere Rolle zu, die ihnen auch die notwendige Auslastung gewährleistet.

Zu Artikel 1 Nr. 8 Buchstabe a
§ 135d Abs. 2 SGB V
Transparenz der Qualität der Krankenhausbehandlung

Sachverhalt:

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) erhält mit dem KHVVG weitere Daten (§ 40 KHG neu), auf dessen Grundlage es weitere Auswertungen und Bewertungen vornehmen kann.

Bewertung:

Das IQTIG erhält nun zusätzlich weitere Daten (§ 40 KHG neu) und kann auch diese für weitere Auswertungen und Bewertungen nutzen (vgl. § 135d Abs. 2 Satz 3 SGB V i.d.F. KHTG). Daher fehlt eine Klarstellung, dass das IQTIG auch für die Richtigkeit und Sachlichkeit der selbst vorgenommenen Aufbereitungen, Auswertungen, Zusammenführungen und Bewertungen verantwortlich ist, auch wenn dessen Grundlage die Daten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) sind. Diese Frage der Verantwortung ist zwingend gesetzlich zu normieren. Ansonsten besteht ein Verantwortungsvakuum in der Ergebnisdarstellung des Transparenzverzeichnisses (z.B. bei ungenügender Risikoadjustierung, da das InEK hierfür mit der vorgesehenen Textierung sämtlicher Verantwortung enthoben ist).

Vorschlag zur Gesetzesänderung in § 135d Abs. 2 Satz 5:

Es (Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen) hat bei der Übermittlung gegenüber der nach Abs. 1 Satz 3 benannten Stelle die Richtigkeit und Sachlichkeit der aufbereiteten, zusammengeführten und ausgewerteten Daten zu erklären.

Zu Artikel 1 Nr. 9

§ 135e SGB V (neu)

Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung

Sachverhalt zu § 135e Abs. 3 SGB V (neu):

Mit dem § 135e sollen für die Leistungen der Krankenhausbehandlung bundeseinheitliche Qualitätskriterien gelten, die insbesondere Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität beinhalten. Zur Festlegung der Qualitätskriterien werden die Leistungen der Krankenhausbehandlung in Leistungsgruppen (LG) eingeteilt. Krankenhäuser haben die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen, deren Leistungen sie erbringen, zu erfüllen.

Absatz 3 legt die Rahmenbedingungen, die Zuständigkeit und das Verfahren für die Weiterentwicklung der Leistungsgruppen und Qualitätskriterien im Rahmen eines Ausschusses in einer Rechtsverordnung fest: Für die Ausdifferenzierung und Weiterentwicklung der Leistungsgruppen ist ein vierstufiges Verfahren vorgegeben. In der zweiten Stufe hat der Ausschuss den Vorschlag der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) einzuholen. Der Ausschuss gibt sich eine Geschäftsordnung.

Bewertung:

Die Universitätsklinika begrüßen die mit dem KHVVG vorzunehmende Zuweisung von Qualitätskriterien, um bundesweit hochwertige Versorgungsstandards und eine hohe Behandlungsqualität zu fördern. Dadurch wird eine qualitativ hochwertige und für Patienten sichere medizinische Versorgung gefördert. Nach Satz 1 wird sichergestellt, dass Leistungen künftig nur noch dort erbracht werden, wo geeignete Struktur- und Prozessqualitätsmerkmale vorliegen. Das bedeutet, dass ein bestimmtes Maß an technischer Ausstattung, das qualifizierte Personal sowie die erforderlichen Fachdisziplinen vorhanden sein müssen. Die Begrenzung der Anrechenbarkeit von Fachärzten in maximal drei Leistungsgruppen (ausgenommen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie) ist grundsätzlich positiv zu bewerten, um eine tatsächliche hinreichende personelle Ausstattung im ärztlichen Dienst zu gewährleisten. In Leistungsgruppen mit geringen Fallzahlen (z.B. Transplantationsmedizin, spezielle Kinderchirurgie) ist fraglich, inwiefern Mindestvorhaltezahlen und die begrenzte Anrechenbarkeit von hochspezialisierten Fachärzten sinnvoll sind oder hier ggf. aufgebaute Expertise droht, zerschlagen zu werden bzw. die Patientenversorgung in hochspezialisierten, kleinen und seltenen Fachrichtungen einzuschränken.

Allerdings sollte der Gesetzgeber sowohl der AWMF als auch dem Ausschuss Kriterien und Rahmenbedingungen zur Weiterentwicklung der Leistungsgruppen und zur Erarbeitung der Qualitätskriterien vorgeben. Wichtig wären insbesondere folgende Kriterien und Rahmenbedingungen:

- Leistungsgruppen sind eindeutig, homogen, versorgungsrelevant und inhaltlich schnittmengenfrei auszugestalten. Dabei sollten sich die Leistungsgruppen an der Muster-Weiterbildungsordnung orientieren und entsprechende Fallzahlen aufweisen.
 - Einige Leistungsgruppen werden nach den therapeutischen Interventionen bezeichnet, während andere Leistungsgruppen nach der Fachgebietsbezeichnung benannt sind:

- Bsp. für therapeutische Interventionen: LG 8 Stammzelltransplantation, LG 12 Kardiale Devices; LG 25 Revision Hüftendoprothese; LG 51 Cochleaimplantate
 - Bsp. für Fachgebietsbezeichnungen: LG 15 Kinder- und Jugendchirurgie, LG 35 Augenheilkunde, LG 38 Urologie
- Größere inhaltliche Schnittmengen² bilden z.B.
 - LG 8 Stammzelltransplantation und LG 9 Leukämie und Lymphome
 - LG 48 Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Stammzelltransplantation und LG 49 Kinder-Hämatologie und -Onkologie – Leukämie und Lymphome
 - LG 11 Interventionelle Kardiologie, LG 12 Kardiale Devices und LG 10 EPU/Ablation
 - LG 50 HNO und LG 51 Cochleaimplantate
- Versorgungsrelevanz mit entsprechenden Fallzahlen in Deutschland:
 - LG 58 Darmtransplantation, in Deutschland wurden laut DSO im Jahr 2021: 5, 2022: 2, 2023: 1 Darmtransplantation(en) durchgeführt³; LG 63 Pankreastransplantation, in Deutschland wurden laut DSO im Jahr 2020: 5, 2021: 8, 2022: 3 isolierte Pankreastransplantationen⁴ durchgeführt, die weiteren Pankreastransplantationen erfolgten in der Kombination mit anderen Transplantationen, die bereits eine eigene Leistungsgruppe bilden.
- Folgende gesetzlich zu normierende Kriterien sind für die Erstellung der Qualitätskriterien erforderlich, damit diese über alle Leistungsgruppen hinweg einheitlich, effektiv und effizient erfolgen können:
 - Eindeutige Definition der grundlegenden strukturellen, personellen und organisatorischen Voraussetzungen für die Leistungsgruppe („Selbstverständlichkeiten“)
 - wenn CT erforderlich ist, ist auch dessen Verfügbarkeit, die Durchführung sowie die Befundung der CT-Bilder zu definieren (Rufbereitschaftsdienst der Medizinisch-technischen Radiologieassistenten?, Wann und wie erfolgt die Befundung durch einen Radiologen (z.B. 24/7 Rufbereitschaftsdienst, auch telemedizinisch)?
 - Ein 24/7 fachärztlicher Rufbereitschaftsdienst erfordert 3 entsprechende Fachärzte (VZÄ).
 - Beispiel für fehlende Eindeutigkeit: LG 3 Infektiologie – Personelle Verfügbarkeit 4 FA (VZÄ) beschäftigt (davon 3 FA aus Gebiet mit unmittelbarer Patientenversorgung und Infektiologie oder Zusatzweiterbildung Infektiologie und 1 Facharzt aus Mikrobiologie oder Hygiene), mind. Rufbereitschaftsdienst 24/7. Es bleibt somit in der Auslegung des Medizinischen Dienstes, welche der unterschiedlich qualifizierten Facharztgruppen sich am 24/7

² Auch wenn derzeit die Aufgabe dem InEK obliegt, die Fälle so zuzuordnen, dass jeder Fall genau in eine Leistungsgruppe fällt.

³ Vgl. DSO-Jahresbericht 2023: [DSO Jahresbericht 2023](#)

⁴ Vgl. DSO-Jahresbericht 2022: [Tätigkeitsbericht DE \(dso.de\)](#)

Rufbereitschaftsdienst zu beteiligen haben oder ob ggf. gefordert wird, dass sowohl die Fachärzte aus Gebiet mit unmittelbarer Patientenversorgung und Infektiologie oder Zusatzweiterbildung Infektiologie eine 24/7 Rufbereitschaftsdienst und der Facharzt aus Mikrobiologie oder Hygiene zusätzlich einen 24/7 Rufbereitschaftsdienst aufbauen muss. Beide Auslegungen sind mit dieser Textierung (in Anlage 2 (neu) (zu § 135e)) denkbar.

- Evidenzbasierung der Qualitätskriterien; dabei muss die Evidenz mindestens das Niveau einer interdisziplinär erstellten S2e-Leitlinie haben.
- Mit dem Vorschlag für die Qualitätskriterien hat die AWMF gleichzeitig einen Vorschlag für eine aufwandsarme Dokumentation zu unterbreiten.
- Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots gemäß § 12 SGB V und bestehender Rechtsvorschriften:
 - Die Qualitätskriterien stellen Mindestanforderungen und nicht die Maximalanforderungen dar.
 - Die Qualitätskriterien dürfen nur genannt werden, wenn sie relevant und mit bestehendem Recht vereinbar sind. Das Qualitätskriterium „Transplantationsbeauftragter“ ist in allen LG zur Transplantationsmedizin (LG 58 – 63) enthalten, obwohl das Aufgabengebiet des Transplantationsbeauftragten in § 9b Transplantationsgesetz (TPG) beschrieben wird (u.a. Identifizierung von potenziellen Organspendern auf Intensivstation) und die Trennung zwischen Organspende und Transplantation in Deutschland explizit normiert ist. Hingegen fehlen in den Qualitätskriterien in den LG 58 – 63 die Ausweisung als Transplantationszentrum nach § 10 TPG zugelassen sind. und in der LG Intensivmedizin fehlt der „Transplantationsbeauftragter“, obwohl dieser verpflichtend in Krankenhäusern mit Intensivstation(en) vorzuhalten ist.

Bei dem Prozess zur Weiterentwicklung der Leistungsgruppen und der Erstellung der Qualitätskriterien sind die besonderen Belange der Universitätsmedizin mit ihrem umfassenden Fächerspektrum und auf Grund ihres Forschungsauftrags zu berücksichtigen.

Sachverhalt zu § 135e Abs. 4 SGB V (neu):

Gemäß Satz 4 ist vorgesehen, dass die am Krankenhausstandort beschäftigten Fachärzte für bis zu 3 Leistungsgruppen angerechnet werden können, sofern diese Leistungsgruppen an diesem Krankenhausstandort erbracht werden.

Der Medizinische Dienst Bund erarbeitet eine Prüfgrundlage für die Einhaltung der Qualitätskriterien.

Bewertung:

Grundsätzlich haben die Ärzte keine Arbeitsverträge mit einzelnen Standorten, sondern mit den Krankenhäusern. Diese Krankenhäuser haben ggf. mehrere Standorte gemäß dem Standortverzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V. Bei Universitätsklinika widerspricht die

Standortaufteilung den entsprechenden Landesregelungen (z.B. Berliner Hochschulgesetz, vgl. auch III. Weiterer Handlungsbedarf).

Des Weiteren ist problematisch, wenn zudem die Anrechenbarkeit nur in den Leistungsgruppen gilt, die am Krankenhausstandort vorhanden sind. Derzeit kann bei den kleinen, inhomogenen Leistungsgruppen (oder mit Schnittmengen) durch die Begrenzung der Anrechenbarkeit eines Facharztes eine wirtschaftliche Betriebsführung schwierig werden. Zudem verursacht die Begrenzung der Anrechenbarkeit großen bürokratischen Aufwand und ständiges Controlling.

Änderungsvorschlag für § 135e Abs. 4 Satz 4 SGB V (neu):

Die Prüfgrundlage zur Einhaltung der Qualitätskriterien erfolgt im Einvernehmen des Medizinischen Dienstes Bund, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Kann keine Einigkeit hergestellt werden, erfolgt eine Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Durch das Krankenhaus beschäftigte Fachärzte können für die Erfüllung der Qualitätskriterien nach Abs. 1 Satz 4 Nr. 3 für bis zu 3 Leistungsgruppen, die in diesem Krankenhaus erbracht werden, angerechnet werden.

Zu Artikel 1 Nr. 9

§ 135f SGB V (neu)

Mindestvorhaltezahlen für die Krankenhausbehandlung, Verordnungsermächtigung

Sachverhalt:

Abs. 1 legt Kriterien (in Nrn. 1 – 3) fest, die bei der Festlegung der Mindestvorhaltezahlen zu berücksichtigen sind. Zudem enthält es eine Verordnungsermächtigung für das BMG mit Zustimmung des Bundesrats, Mindestvorhaltezahlen für die jeweiligen Leistungsgruppen auf der Grundlage der Empfehlungen und Auswertungen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und des InEK festzulegen. Das BMG beauftragt das IQWiG und das InEK mit der Erarbeitung von Empfehlungen für die Weiterentwicklung.

Bewertung:

Die Regelung ist zu begrüßen. Sofern für alle Leistungsgruppen Mindestvorhaltezahlen ausgewiesen werden, ist zur Vermeidung von Doppelregelungen mit entsprechendem Doppelaufwand für die Krankenhäuser, aber ggf. divergierenden Ergebnissen der gesetzliche Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu Mindestmengen zu streichen. Praktisch alle Leistungsbereiche der Mindestmengenregelungen des G-BA werden in einer eigenen Leistungsgruppe geführt, für die eine Mindestvorhaltezahl per Rechtsverordnung des BMG normiert werden kann. Die nachfolgende Darstellung macht dies deutlich:

Leistungsgruppen nach Anlage 1 zu § 135d SGB V	Mindestmengenregelungen des G-BA - Anlage Mindestmengenkatalog
Leistungsgruppen	Leistungsbereiche Nr:
LG 60 Lebertransplantation	1. Lebertransplantation
LG 62 Nierentransplantation	2. Nierentransplantation
LG 32 Ösophaguseingriffe	3. Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus

LG 33 Pankreaseingriffe	4. Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas
LG 8 Stammzelltransplantation	5. Stammzelltransplantation
LG 24 Endoprothetik Knie	6. Kniegelenk-Totalendoprothesen
LG 44 Perinatalzentrum Level 1	8. Versorgung von Früh- und Reifgeborene (<1.250g)
LG 41 Senologie	9. Chirurgische Behandlung des Brustkrebses
<i>Keine spezifische LG; allerdings sieht § 40 KHG (neu) zu chirurgischen Leistungen im Zusammenhang mit einer onkologischen Diagnose Berechnungen vor (untere 15%)</i>	10. Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms
LG 59 Herztransplantation	11. Herztransplantation

Bei den Mindestmengenregelungen besteht ein enormer Aufwand für die Krankenhäuser, da der G-BA dies sehr komplex und aufwändig umsetzt, während die Mindestvorhaltezahlen aus den bereits übermittelten § 21-Daten berechnet werden; die Fallzahlen der Leistungsgruppe werden zudem zukünftig im Transparenzverzeichnis veröffentlicht (gem. § 135d Abs. 3 Nr. 1 SGB V i.d.F. des KHTG).

Eine Streichung des gesetzlichen Auftrags an den G-BA zu Mindestmengen (§ 136b Abs. 1, Satz 1 Nr. 2, Abs. 3 – 5a SGB V) bedeutet damit nicht nur einen Bürokratieabbau für die Krankenhäuser, sondern verhindert auch divergierende Ergebnisse der Mindestmengenregelungen mit den Fallzahlen in den Leistungsgruppen (und Mindestvorhaltezahlen), da nicht davon auszugehen ist, dass die Operationalisierung vom InEK und vom G-BA identisch sein werden. Widersprüchliche Vorgaben werden zu Rechtsunsicherheiten führen, die es zu vermeiden gilt.

Zu Artikel 1 Nr. 10

§ 136 SGB V

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung

Sachverhalt:

Mit der Ergänzung in a (§ 136 Abs. 1 Nr. 2 SGB V) wird geregelt, dass eine Festlegung von Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität durch den G-BA nur zulässig ist, soweit diese nicht in den Qualitätskriterien nach § 135e enthalten sind. Mit dem neuen Absatz 4 wird normiert, dass der G-BA seine Richtlinien nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 insgesamt aufzuheben hat, wenn sämtliche Anforderungen der Richtlinie in den Qualitätskriterien nach § 135e normiert werden.

Bewertung:

Das mit dem Gesetzentwurf verfolgte Ziel, Sachverhalte nicht doppelt zu regulieren, ist sowohl hinsichtlich Fragen der Rechtssicherheit, der Patientensicherheit und der Bürokratievermeidung richtig. Angesichts der bestehenden G-BA-Richtlinien ist es eine Tatsache, dass G-BA-Richtlinien für Sachverhalte grundsätzlich nicht bereits bestehende Instrumente vorsehen, sondern meist andere Grundgesamtheiten, Nachweisverfahren und Berechnungen fordern. Es ist daher nicht davon auszugehen, dass der G-BA seine Anforderungen in Richtlinien als annähernd vergleichbar mit den Qualitätskriterien der Leistungsgruppen betrachten wird.

Z.B. Sachverhalt: Pflegepersonalschlüssel in der Früh- und Reifgeborenenversorgung: Hierzu müssen 3 Normen beachtet werden, was diverse Abgrenzungs- und Zuordnungsschwierigkeiten hervorruft:

1. G-BA-Richtlinie zur Versorgung von Früh- und Reifgeborenen (QFR-RL): schichtbezogene Dokumentation der Pflegeschlüssel (Betrachtungsebene: Patienten im Anwendungsbereich der QFR-RL, Dokumentation in jeder Schicht der entsprechend eingruppierten Patienten und der vorhandenen Pflegekräfte),
2. PpUGV zur neonatologischen Pädiatrie und pädiatrischen Intensivversorgung (Betrachtungsebene: pflegesensitive Bereiche und Betten, durch IT-Software erfasst) und
3. zukünftig die Pflegepersonalbedarfsbemessungsverordnung (Stationsebene in jeder Schicht: Patienteneingruppierung und Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs mit Soll-/Ist-Darstellung) mit der Vorgabe, dass bei mehreren Normen, der jeweils höchste Schlüssel anzuwenden ist. Dabei sind die Dokumentation und Auswertung dieser 3 Normen unterschiedlich aufwändig. Am aufwändigsten ist dabei die G-BA-Richtlinie zur Versorgung von Früh- und Reifgeborenen. Zudem unterscheiden sich die Zuordnungskriterien in der QFR-RL und in der PPBV bzgl. Früh- und Reifgeborenenversorgung.

Daher sollte der Gesetzgeber normieren, dass die entsprechenden G-BA-Richtlinien nach § 136 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V aufzuheben sind, auch um Doppelregelungen und Doppelprüfungen (G-BA-RL und LG) zu vermeiden. Aus diesem Grund sollte der Gesetzgeber klarstellen, dass eine Richtlinie nach Abs. 1 S. 2 Nr. 2 nur dann legitimiert sein kann, wenn ein so relevantes und großes Qualitätsdefizit besteht, das nicht über andere aufwandsärmere Qualitätssicherungs-Instrumente (LG, Mindestvorhaltezahlen, Veröffentlichung im Transparenzverzeichnis, etc.) behoben werden kann. Zudem ist die entsprechende G-BA-Richtlinien nach § 136 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V zeitlich zu befristen, bis die Qualitätskriterien der Leistungsgruppe wirken.

Zur Verdeutlichung werden in der folgenden Tabelle Indikationen der entsprechenden G-BA-Richtlinien und der Leistungsgruppen gegenübergestellt. Die Sachverhalte sind in den G-BA-Richtlinien und den Qualitätskriterien der LG praktisch identisch (Personalzahlen – Pflege – Arzt, etc.), lediglich die Instrumente, Dokumentationen und ggf. die Höhe unterscheiden sich. Zudem müssten alle Leistungserbringer beide Normen erfüllen.

QS-Richtlinien des G-BA	Leistungsgruppe (Anlage 1 zu § 135d SGB V)
1. QS-RL Früh- und Reifgeborene – QFR-RL	LG 44 Perinatalzentrum Level 1; LG 45 Perinatalzentrum Level 2 und LG 43 Perinataler Schwerpunkt
2. QS-RL zum Bauchortenaneurysma – QBAA-RL	LG 18 Bauchortenaneurysma
3. Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen – MHI-RL	LG 13 Minimalinvasive Herzklappenintervention
4. Richtlinie zur Kinderherzchirurgie – KiHe-RL	LG 22 Herzchirurgie - Kinder und Jugendliche
5. Richtlinie zur Kinderonkologie – KiOn-RL	LG 49 Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome
6. Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur – QSFFx-RL	je nach Operationalisierung des InEK Teilmenge von LG 27 Traumatologie oder LG 23 Endoprothetik Hüfte
7. Beschluss über Maßnahmen zur QS der allogenen Stammzelltransplantation bei ALL und AML	je nach Operationalisierung des InEK Teilmenge der LG 8 Stammzelltransplantation
8. Beschluss über Maßnahmen zur QS der allogenen Stammzelltransplantation bei Multiplem Myelom	je nach Operationalisierung des InEK Teilmenge der LG 8 Stammzelltransplantation
9. Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen	Ggf. in der LG 65 Notfallmedizin

Sollte die Regelung so bestehen bleiben, werden den Krankenhäusern durch Mehrfachregulationen, -dokumentationen, -nachweise, -prüfungen und -sanktionen erheblicher Bürokratieaufwand entstehen. Im Sinne eines auch mit der Krankenhausreform intendierten Bürokratieabbaus sollten die Krankenhausmitarbeiter von diesen Mehrfachregulationen und -prüfungen, aber auch -sanktionen entlastet werden, um mehr Zeit für die unmittelbare Patientenversorgung zu haben. Dies ist auch vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels und des demographischen Wandels bedeutend (vgl. auch das SVR Gesundheit - Gutachten 2024 „Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource“).

Zu Artikel 1 Nr. 11

§ 136c SGB V

Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung

Sachverhalt zu Buchstabe a:

Die Regelungen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren werden aufgehoben. Die Krankenhausplanung der Länder wird durch diese Krankenhausreform umfassend neugestaltet. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren wurden im Jahr 2016 eingeführt. Dabei zeigten sich zahlreiche Schwierigkeiten in der Umsetzung. Zudem haben viele Länder daher

die Berücksichtigung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren für ihre eigene Krankenhausplanung ausgeschlossen.

Bewertung:

Die Streichung der Absätze 1 und 2 in § 136c SGB V wird begrüßt, da die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nicht mehr einer qualitätsorientierten Entscheidung der Krankenhausplanung dienen, sondern zukünftig über die Leistungsgruppen erfolgen sollen. Damit ist diese Streichung – auch im Sinne einer Bürokratieentlastung der Krankenhäuser – positiv.

Zu Artikel 1 Nr. 12 e

§ 137 SGB V

Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses

Sachverhalt zu Buchstabe e:

Durch die Änderungen in Satz 6 wird der Auftrag an den G-BA dahingehend ergänzt, dass er künftig in seiner Richtlinie nach § 137 Absatz 3 Festlegungen zu treffen hat, um einheitliche Prüfungen des Medizinischen Dienstes nach § 275a Absatz 1 Satz 1 SGB V zu unterstützen. Hierzu wird – bei Bedarf unter Einbezug des Medizinischen Dienstes Bund (MD Bund) – bspw. zu prüfen sein, inwieweit Prüfzeiträume, -fristen und Kommunikationswege sowie weitere Durchführungsbestimmungen harmonisiert werden können.

Bewertung:

Die Intention der Regelung ist zu begrüßen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass sie keine Wirkung entfalten wird, da die Anforderungen der G-BA-Richtlinien immer besondere Instrumente, Beobachtungseinheiten, Grundgesamtheiten etc. erfordern. Somit ist eine Harmonisierung nur sehr eingeschränkt möglich (siehe Bewertung zu § 136 SGB V).

Zu Artikel 1 Nr. 15

§ 275a SGB V (neu)

Prüfungen zu Strukturen in Krankenhäusern und weitere Qualitätsprüfungen

Sachverhalt zu Abs. 1:

Mit der Regelung erfolgt eine Neufassung des § 275a SGB V zu den Prüfungen des Medizinischen Dienstes zu stationären Strukturen und weiteren Anforderungen. Die Neufassung soll der Entbürokratisierung sowie Vereinheitlichung der bestehenden Prüfungen nach den derzeitigen §§ 275a (Qualitätskontrollen) und 275d SGB V (Strukturprüfungen) einerseits und den neuen Prüfungen zu den Qualitätskriterien nach § 135e SGB V andererseits dienen. Die Prüfungen sollen in der Regel im schriftlichen Verfahren auf Basis der vorliegenden Daten und Auskünfte der Krankenhäuser erfolgen. Grundlage der Prüfungen der Qualitätskriterien nach § 135e SGB V und der Strukturmerkmale soll die Richtlinie nach § 283 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB V sein.

Bewertung:

Die Prüfungen nach Abs. 1 S. 1 Nr. 3 (bisher „Qualitätskontrollen“ inkl. Datenvalidierung) erfolgen bisher vor Ort. Daher sollten im KHVVG weiterhin auch Vor-Ort-Prüfungen sowohl für

die bisherigen Qualitätskontrollen (d.h. für Prüfungen nach § 275a Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB V (neu)) sowie auch für Prüfungen nach Abs. 1 S. 1 Nr. 1 (Qualitätskriterien nach § 135e SGB V (neu)) möglich sein (ggf. auch im Rahmen einer Videokonferenz).
(vgl. auch Anmerkungen zu § 283 SGB V).

Sachverhalt zu Abs. 2 und Abs. 3:

In Absatz 2 werden die beauftragenden Stellen für Prüfungen der Qualitätskriterien von Leistungsgruppen und die Prüfverfahren normiert. Allein die beauftragende Stelle (entweder Landesbehörde oder Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen) erhält das Gutachten des Medizinischen Dienstes (MD), um ggf. auf erforderliche Korrekturen hinzuweisen. Das Krankenhaus erhält das Ergebnis der Prüfung nach Abschluss dieses Verfahrens zeitgleich mit den beauftragenden Stellen und dem IQTIG. Zukünftige Folgeprüfungen sind von den beauftragenden Stellen rechtzeitig vor Fristablauf beim MD zu beauftragen.

Bewertung:

Das MD-Gutachten ist nicht nur allein der beauftragenden Stelle zuzusenden, sondern ist gleichzeitig dem Krankenhaus zu übermitteln, um den MD umgehend auf falsche Darstellungen oder Unstimmigkeiten im MD-Gutachten hinzuweisen und um Korrektur zu bitten.

Sollte das Ergebnis der MD-Prüfung dem Krankenhaus erst nach Verfahrensabschluss zur Verfügung gestellt werden, besteht keine Möglichkeit für das Krankenhaus, Unklarheiten oder fälschliche Darstellungen auszuräumen, so dass nur der Klageweg verbleibt. Dies wird aber absehbar die zuständigen Gerichte überlasten.

Die beauftragenden Stellen sind gesetzlich zu verpflichten, zeitig und rechtzeitig (ggf. mit Zeitpuffer für Rückfragen, für Klärungen etc.) vor Ablauf des Gültigkeitszeitraums des Gutachtens den Medizinischen Dienst zu beauftragen. Es dürfen keine zeitlichen Lücken zwischen den Gutachten für die Leistungsgruppe(n) entstehen, da andernfalls finanzielle Nachteile für Krankenhäuser drohen.

Sachverhalt zu Absatz 6:

Mit der Vorschrift werden die bislang in § 275d Absatz 1a und Absatz 3 Satz 4 SGB V vorgesehenen Regelungsinhalte für die Prüfung von Strukturmerkmalen gebündelt und in den neuen Absatz 6 des § 275a SGB V (neu) integriert. Dies umfasst die übergangsweisen Ausnahmeregelungen für den Fall der Erbringung erstmals vergütungsrelevanter OPS-Kodes sowie der erstmaligen oder nach einer längeren Unterbrechung erneuten Leistungserbringung.

Bewertung:

Dies bedeutet, dass Krankenhäuser diese Strukturen ohne Erlöse über sechs Monate (§ 275a Abs. 6 S.1 Nr. 1 SGB V, letzter Halbsatz) bzw. über drei Monate (§ 275a Abs. 6 S. 2 Nr. 1 SGB V, letzter Halbsatz) betreiben müssen. Diese Forderung ist nicht mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot vereinbar. Stattdessen sollte der Nachweis geführt werden, dass mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit die Vorgaben ab dem Zeitpunkt der Anzeige erfüllt werden können.

Zu Artikel 1 Nr. 22
§ 283 SGB V
Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund

Sachverhalt zu Buchstabe a:

Die Regelung sieht vor, dass der MD Bund eine gemeinsame Richtlinie zu den Prüfungen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und Nummer 2 SGB V zu erlassen hat. Entsprechend den Vorgaben in § 275a Absatz 1 Satz 5 SGB V hat der MD Bund dabei auch Maßnahmen festzulegen, um die Prüfungen möglichst aufeinander abgestimmt, einheitlich und aufwandsarm auszugestalten.

Bewertung:

Um den Anspruch des Gesetzgebers erfüllen zu können, sind die Prüfungen nach § 275a Abs. 1 S. 1 Nr. 1 und Nr. 2 SGB V so auszugestalten, dass diese Richtlinie nicht vom MD Bund, sondern durch den MD Bund gemeinsam mit der Selbstverwaltung nach § 17b KHG mit besonderer Berücksichtigung der Belange der Hochschulmedizin zu erstellen ist. Diese gemeinsame Erstellung sollte auch für die Begutachtungslaufpläne nach dem aktuellen § 283 Abs. 2 S 1 Nr. 2 SGB V eingefordert werden. In der Richtlinie und den Begutachtungslaufplänen müssen dabei nicht nur die Auslegungen/Interpretationen und Konkretisierungen erfolgen, sondern auch die entsprechenden Fristen, Dokumentationen und Nachweise geeint werden. Allein dadurch ist mehr Praxisnähe erwartbar, um die Dokumentationen / Nachweise aus vorhandenen Datenquellen nutzen zu können und nicht wie in der aktuellen Praxis i.d.R. eine gesonderte Datenerfassung, Erhebung und Auswertung. Nur ein solches gemeinsames Vorgehen lässt erhoffen, dass nicht noch mehr Bürokratie aufgebaut wird, was vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels und des demographischen Wandels zwingend geboten ist (vgl. SVR Gesundheit - Gutachten 2024).

Zudem sollte der Gesetzgeber normieren, dass sich die Prüfungen nach § 275a Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB V (aktuell: „Qualitätskontrollen nach der MD-QK-Richtlinie“) an das obig beschriebene Verfahren (Fristen, Zeiträume, Dokumentationen und Nachweise) orientieren müssen (vgl. § 137 Abs. 3 SGB V), um Doppelerhebungen, unterschiedliche Grundgesamtheiten und unterschiedliche Berechnungen zu vermeiden. Damit wird erst die Möglichkeit geschaffen, in der zukünftigen Datenbank Dokumente für mehrere Prüfungen heranziehen zu können. Bislang müssen die Daten für die Dokumente minimal anders erhoben, erstellt und ausgewertet werden (unterschiedliche Grundgesamtheiten, Beobachtungseinheiten, Prüfzeiträume etc.).

Artikel 1 Nr. 26
§ 426 SGB V (neu)
Evaluation des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes

Sachverhalt:

Mit dem neu eingefügten § 426 SGB V werden die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene beauftragt, jeweils zum Ende des Jahres 2029, 2034 und 2039 einen Bericht zur Evaluation des KHVVG dem BMG und den Landeskrankenhausplanungsbehörden vorzulegen.

Bewertung:

Das KHVVG geht mit weitreichenden Veränderungen in der bisherigen Systematik der Krankenhausfinanzierung einher und verknüpft dabei erstmals die Krankenhausplanung auf Landesebene und die Betriebskostenfinanzierung durch die Kostenträger. Ob und in welchem Umfang die Neuregelungen tatsächlich die beabsichtigten Ziele des Gesetzes erreichen, gilt es sorgfältig und kontinuierlich zu analysieren. Daher ist es grundsätzlich richtig, eine Evaluation des KHVVG gesetzlich zu normieren. Eine erstmalige Evaluation durch die Selbstverwaltungspartner erst nach fünf Jahren und auch nur im 5-Jahres-Rhythmus wird der Bedeutung des Gesetzes aber nicht gerecht. Die Umsetzung des KHVVG sollte vielmehr im Sinne einer Begleitforschung unmittelbar mit seiner praktischen Umsetzung wissenschaftlich begleitet werden, damit nicht intendierte Entwicklungen im Sinne der Zielsetzung zeitnah erfasst werden und bei Bedarf gesetzliche Anpassungen initiiert werden können. Eine kontinuierliche, wissenschaftlich unabhängige Evaluierung des KHVVG wird von den Selbstverwaltungspartnern nicht zu leisten sein. Daher sollte stattdessen eine wissenschaftlich unabhängige Institution mit Erfahrung im deutschen Gesundheits- und Krankenhausystem mit der kontinuierlichen Evaluation unter Nutzung der in Satz 2 genannten Daten beauftragt werden.

Zu Artikel 3 - Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Art. 3 Nr. 2

§ 6a KHG (neu)

Zuweisung von Leistungsgruppen

Sachverhalt:

Künftig soll die Landesbehörde den Kliniken standortbezogen Leistungsgruppen zuweisen. Ein Krankenhaus kann eine Leistungsgruppe nur dann zugewiesen bekommen, wenn es die spezifischen Qualitätsanforderungen erfüllt, wobei ein Anspruch auf Zuweisung einer Leistungsgruppe auch dann nicht per se besteht. Der Medizinische Dienst soll die Erfüllung der Qualitätskriterien nachweisen. Bis zum Vorliegen des Gutachtens des Medizinischen Dienstes genügt die Selbsteinschätzung des Krankenhauses. Für Bundeswehrkrankenhäuser bzw. BG-Kliniken sollen Leistungsgruppen in Abstimmung mit dem Bundesverteidigungsministerium bzw. den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zugewiesen werden. Die Zuweisung der Leistungsgruppen erfolgt durch Bescheid. Zur besseren regionalen Koordination zwischen den Krankenhäusern wird in Absatz 5 geregelt, dass Universitätsklinik und ggf. Maximalversorger spezifische Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zugewiesen bekommen. Im Gesetz werden u.a. Aufgaben im Zusammenhang mit Großschadenslagen sowie mit regionalen Versorgungsnetzwerken (Stichwort „Telemedizin“) und der Digitalisierung genannt. Die Konkretisierung der Aufgaben soll durch den GKV-Spitzenverband, PKV-Verband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft erfolgen.

Bewertung:

Die Zuweisung von Leistungsgruppen an Krankenhäuser ist grundsätzlich zu begrüßen, da somit Versorgungsaufträge eindeutiger definiert werden können und hierüber der zwingend benötigte Strukturwandel zielgerichtet gelingen kann.

Die Leistungsgruppen sollen standortbezogen zugewiesen werden, wobei sich die Frage, was unter einem Standort zu verstehen ist, nach der zwischen GKV-Spitzenverband und DKG vereinbarten Definition richten soll. Diese sieht einen Umkreisradius von maximal zwei Kilometern vor. Die Festlegung über den Radius von zwei Kilometern spiegelt nicht die Versorgungsrealität großer Krankenhäuser wider. Daher ist es erforderlich, den Begriff „Standort“ anzupassen (vgl. Artikel 1 Nr. 9, Artikel 3 Nr. 12 und Teil III der Stellungnahme).

Da sich die Zuweisung der Leistungsgruppen für Universitätsklinika auch auf die Belange von Forschung und Lehre der Hochschulmedizin auswirken kann, ist in Analogie zu den Bundeswehrkrankenhäusern und den BG-Kliniken dringend hierbei das Einvernehmen mit dem Wissenschaftsministerium des jeweiligen Landes herzustellen. In § 6a Abs. 1 KHG (neu) sollte daher nach Satz 8 folgender Satz eingefügt werden:

„Den Hochschulkliniken sind die Leistungsgruppen im Einvernehmen mit dem für die jeweilige Hochschulklinik zuständigen Wissenschaftsministerium zuzuweisen.“

In Absatz 2 werden die Ausnahmefälle geregelt, in denen die Landesbehörde Krankenhäusern Leistungsgruppen auch ohne die Erfüllung der Qualitätskriterien zuweisen kann. Es ist sachgerecht, Kriterien für Ausnahmefälle bundeseinheitlich festzulegen und die Ausnahme auf höchstens drei Jahre zu begrenzen. Unbescholten von dieser zeitlich begrenzten Ausnahme bleiben Krankenhäuser, die zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung bedarfsnotwendig sind. Auch wenn auf eine stringente Umsetzung der Regelung zu achten ist, bieten die Vorgaben den Landesbehörden doch ausreichend Flexibilität. Das Kriterium von 30 PKW-Fahrzeitminuten für die Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie bzw. 40 PKW-Fahrtzeitminuten für die übrigen Leistungsgruppen scheint dabei angemessen gewählt zu sein.

Absatz 3 gibt vor, in welchen Fällen Krankenhäusern Leistungsgruppen zu entziehen sind. So sind dem Krankenhaus die zugewiesenen Leistungsgruppen u.a. zu entziehen, wenn nach Ablauf der Geltungsdauer des Gutachtens kein Ergebnis einer Folgeprüfung vorliegt. Sicherzustellen ist hierbei, dass die Landesbehörden die Folgeprüfungen beim Medizinischen Dienst fristgerecht in Auftrag geben.

Nach Abs. 4 übermittelt die Landesbehörde dem InEK bis zum 31. Oktober für jedes Krankenhaus u.a. Planfallzahlen je Leistungsgruppe, anhand derer das InEK die Vorhaltefinanzierung für das Folgejahr berechnet. Die Planfallzahlen geben indirekt den Umfang der von den Krankenhäusern abrechenbaren Fallzahlen vor. Ähnlich wie zuvor schon bei der Zuweisung der Fallgruppen hat auch die Vorgabe der Planfallzahlen für Universitätsklinika Implikationen für die Forschung und Lehre am jeweiligen Hochschulmedizinstandort. In § 6a Abs. 4 KHG (neu) ist daher nach Satz 1 folgender Satz hinzuzufügen:

„Bei der Aufstellung über die Hochschulkliniken nach Nummer 1 ist mit dem für die jeweilige Hochschulklinik zuständigen Wissenschaftsministerium Einvernehmen herzustellen.“

Die in Abs. 5 beschriebenen Koordinierungs- und Vernetzungsfunktion gehen über normale Versorgungsaufgaben hinaus. Sie können einen wichtigen Beitrag leisten, um regionale Netzwerkstrukturen umfassend aufzubauen und damit die notwendige Effizienzsteigerung in der Versorgung zu ermöglichen.

Es stellt sich die Frage, ob es notwendig ist, dass GKV-Spitzenverband, PKV-Verband und DKG die Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben konkretisieren müssen. Denkbar wäre es auch, dass die Länder diese konkretisieren, ohne dass sich die Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben nicht mit den besonderen Aufgaben der Zentrumsregelung nach § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 4 KHEntgG überschneiden. Damit könnte u.a. Bezug auf regionale Besonderheiten genommen werden. Für den Fall, dass die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 weiterhin für die Konkretisierung zuständig und bis zum 31.03.2026 zu keinem Ergebnis gekommen sein werden, sollten die Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben durch Rechtsverordnung im Sinne einer Ersatzvornahme bestimmt werden.

Eine abgestimmte Patientensteuerung zwischen regionalen Einrichtungen kann eine effiziente Nutzung vorhandener Versorgungskapazitäten sicherstellen. Deshalb sollte zu den Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben unbedingt auch die regionale Koordination von Versorgungskapazitäten mit dem Ziel eines wirtschaftlichen Ressourceneinsatzes gezählt werden. Die vorgesehenen sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen bieten hierbei die Chance, Patienten aus Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen zuzuverlegen. Dazu müssen die Einrichtungen untereinander telemedizinisch vernetzt sein, um die stationäre Weiterversorgung der Patienten zu gewährleisten. Ergänzend wäre zu regeln, dass Krankenhäuser einschließlich sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen dazu verpflichtet sind, abverlegte Patienten aus Krankenhäusern höherer Versorgungsstufen aufzunehmen.

Zu Art. 3 Nr. 6

§ 12b KHG (neu)

Transformationsfonds, Verordnungsermächtigung

Sachverhalt:

Mit dem § 12b KHG (neu) wird für die Jahre 2026 bis 2035 ein Transformationsfonds mit einem Gesamtfinanzierungsvolumen von bis zu 50 Mrd. Euro aufgelegt. Mit dem Transformationsfonds soll an diese bisherige Förderung des Strukturfonds angeknüpft werden und insbesondere Vorhaben zur Umsetzung der Ziele der Krankenhausreform in den Mittelpunkt stellen. Entsprechend der Begründung sollen abweichend vom Grundsatz nach § 5 Absatz 1 Nr. 1 KHG auch Vorhaben von Hochschulkliniken im Rahmen des Transformationsfonds förderungsfähig sein.

Bewertung:

Der Transformationsfonds mit seinem Fördervolumen von bis zu 50 Mrd. Euro wird einen wichtigen Beitrag leisten, den dringend erforderlichen Strukturwandel im Krankenhausbereich zu unterstützen und die Qualität der Versorgung zu verbessern. Die Defizite der bisherigen Versorgungsstrukturen, insbesondere Überkapazitäten und unzureichende Kooperationen zwischen den Versorgungsstufen, können so gezielt zurückgeführt werden. An diesem Förderinstrument muss ungeachtet der Diskussionen über die Gegenfinanzierung unbedingt festgehalten werden.

Im Mittelpunkt der Förderung müssen Vorhaben zur Leistungs- und Standortkonzentration, Abbau von (Über-)Kapazitäten und die Unterstützung zum Aufbau von koordinierten regionalen Versorgungsnetzwerken stehen. Dabei ist es richtig und wichtig, dass auch Hochschulkliniken durch Mittel des Transformationsfonds gefördert werden können, da diese mit Wegfall umliegender Versorgungsangebote erfahrungsgemäß die Versorgung übernehmen und hierfür ihre Strukturen erweitern müssen. Daher ist bei Vorhaben nach § 12b Abs. 1 Satz 4 Nr. 3 KHG (neu) der Halbsatz „auch soweit Hochschulkliniken an diesen Vorhaben beteiligt sind“ zu streichen. Stattdessen sollten nach § 12b Abs. 1 Satz 4 Nr. 3 KHG (neu) insbesondere Vorhaben mit der gewollten Vernetzung nach § 6a Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 KHG (neu) gefördert werden. Damit wird der gezielte Aufbau koordinierter regionaler Netzwerkstrukturen unterstützt, der eine strukturierte, zwischen den Netzwerkpartnern abgestimmte Patientenversorgung ermöglicht und damit einen Beitrag für eine hochwertige Versorgungsqualität leistet.

Zu Artikel 3 Nr. 8d

§ 17b Abs. 4b und 4c

Ausgliederung der Vorhaltevergütung aus dem DRG-System

Sachverhalt:

Für die Herleitung der Vorhaltefinanzierung gliedert das InEK ab 2025 DRG-individuell 60 Prozent aus dem nach Abzug der Sachkosten verbleibenden DRG-Volumen aus. Vom ausgegliederten Betrag werden zunächst die Pflegekosten abgezogen und die Vorhaltebewertungsrelationen anhand der übrig gebliebenen Kosten ermittelt. Darüber hinaus erhält das InEK die Aufgabe, die Auswirkungen der Einführung der Vorhaltefinanzierung hinsichtlich der Versorgungsqualität und -strukturen in den Jahren 2027 bis 2030 zu prüfen. Die Ergebnisse dieser Evaluation wird dem Bundesministerium für Gesundheit für eine Weiterentwicklung der Vorhaltevergütung zur Verfügung gestellt.

Bewertung:

Für die neu einzuführende Vorhaltefinanzierung werden von Bund, Ländern und den Sozialversicherungsträgern keine zusätzlichen Finanzmittel zur Verfügung gestellt. Die Ausgliederung des Vorhaltevolumens aus der bisherigen DRG-Vergütung dient daher der Umverteilung der Finanzmittel innerhalb des bestehenden Finanzierungssystems. Vor diesem Hintergrund und unter der Maßgabe, dass die Vorhaltefinanzierung an objektiven Maßstäben ausgerichtet ist, erscheint die Vorgehensweise generell annehmbar. Der Ansatz, in welchem Umfang die Vorhaltefinanzierung aus der derzeitigen DRG-Vergütung auszugliedern ist, ist

rein normativ gewählt. Die Einführung der Vorhaltefinanzierung sollte in jedem Fall eng mit der begleitenden Evaluation verbunden sein, um zu überprüfen, ob die geplanten Maßnahmen tatsächlich die erhoffte Wirkung erzielen, und um bei Fehlentwicklungen kurzfristig gesetzgeberisch gegensteuern zu können (vgl. Art. 1 Nr. 26).

Zu Artikel 3 Nr. 9

§ 17c KHG

Stichprobenprüfungen

Sachverhalt zu Buchstabe a:

Mit Satz 1 wird der Umstieg von den Einzelfallprüfungen hin zu Stichprobenprüfungen vorgegeben. Satz 2 sieht eine Beauftragung des Medizinischen Dienstes Bund vor, der ein Konzept zur Stichprobenprüfung zu entwickeln hat. Daraufhin vereinbaren die DKG und der GKV-Spitzenverband auf der Basis des vorgelegten Konzepts die Einführung einer Stichprobenprüfung (Satz 3). Sobald auf der Grundlage der Vereinbarung oder der Festsetzung durch die Schiedsstelle die Stichprobenprüfung erfolgt, findet die Einzelfallprüfung und das Prüfquotensystem nach § 275c SGB V keine Anwendung mehr für Krankenkassen und Krankenhäuser (Satz 4).

Bewertung:

Der Auftrag, ein Konzept zur Stichprobenprüfung zu entwickeln, muss zusätzlich zum MD Bund auf die Selbstverwaltung nach § 17b KHG erweitert werden. Bei fehlendem Einvernehmen sind die strittigen Punkte des Prüfkonzepts von der Bundesschiedsstelle zu entscheiden. Das konsenterte Konzept wird in eine Vereinbarung der DKG und des GKV-Spitzenverbandes überführt.

Die Prüfergebnisse des MD müssen jährlich systematisch analysiert, damit die Selbstverwaltung systembedingte Streitgegenstände identifizieren und dann durch Anpassungen der entsprechenden Regelungen dafür sorgt, dass die entsprechenden Regelungen (Kodierrichtlinien, Hinweise für ICD oder OPS) entsprechend klarstellend geändert werden können. Zudem ist eine Clearingstelle bei Nichteinigkeit über das Ergebnis der Stichprobenprüfung und der Hochrechnung erforderlich, z.B. Landesschiedsstelle, auch um die Gerichte zu entlasten.

Art. 3 Nr. 12

§ 37 KHG (neu)

Aufträge an das InEK im Zusammenhang mit der Ermittlung der Vorhaltevergütung

Sachverhalt:

Die Regelungen in § 37 KHG (neu) beschreiben die Ermittlung der Vorhaltevergütung. Diese wird künftig dem Standort über ein Vorhaltebudget vergütet. Dazu weist das InEK für jedes Bundesland zunächst das Vorhaltevolumen je Leistungsgruppe aus und bricht es anschließend auf jeden einzelnen Krankenhausstandort herunter. Das entsprechende Konzept ist vom InEK bis 30. September 2024 vorzulegen. Über das standortbezogene Vorhaltevolumen kann die standortbezogene Vorhaltevergütung und der Vorhalte-Casemixindex ermittelt werden.

Vorgesehen ist u.a., dass das InEK künftig das Vorhaltebudget für den Folgezeitraum senkt bzw. erhöht, sofern die Fallzahlen im Vorjahr um mindestens 20 Prozent gesunken oder gestiegen sind. Die Neuermittlung des Vorhaltebudgets findet erstmals nach zwei Jahren und danach alle drei Jahre statt.

Für 2025 und 2026 haben die Vorhaltebudgets noch keine Konsequenz (budgetneutrale Phase). In den Jahren 2027 und 2028 findet eine Konvergenzphase statt, bei der die Differenzbeträge zum Zielwert für 2027 mit 66 Prozent für 2028 mit 33 Prozent angeglichen werden. Ab 2029 greift die Vorhaltefinanzierung vollständig.

Darüber hinaus werden Maßnahmen zur Anpassung der Vorhaltefinanzierung bei unterjährig Strukturveränderungen geregelt. Die Vorhaltebudgets werden den Krankenhäusern durch das InEK per Bescheid bis zum 10. Dezember eines Jahres für das Folgejahr mitgeteilt.

Bewertung:

Bei der Krankenhausfinanzierung wird künftig ergänzend zur leistungsmengenabhängigen DRG-Finanzierung eine Vorhaltefinanzierung eingeführt, die an die zugewiesenen Leistungsgruppen anknüpft und die aus dem bisherigen DRG-Finanzierungsvolumen entnommen wird. Das Konzept der Vorhaltefinanzierung ist prinzipiell ein richtiger Ansatz, solange mit Einführung der Leistungsgruppen tatsächlich strukturelle Veränderungen initiiert werden. Voraussetzung ist daher, dass die Länder diese Instrumente nutzen und hierüber eine Leistungskonzentration herbeigeführt wird.

Insgesamt ist die Vorhaltefinanzierung sehr technokratisch und mit einer Vielzahl von Prämissen geregelt. Dies ist sicherlich zum einen dem Umstand geschuldet, dass die Ausgabenneutralität gewahrt werden muss, zum anderen, dass eine Umverteilung von Finanzmitteln zwischen den Bundesländern vermieden werden muss. Die Ziele, die mit der Vorhaltefinanzierung verfolgt werden, insbesondere die Abkehr von der reinen leistungsmengenabhängigen Finanzierung und die Umverteilung von Finanzmitteln zwischen Krankenhäusern eines Bundeslandes, gehen jedenfalls in die richtige Richtung.

Fraglich erscheint, ob ein Fallzahlkorridor von plus/minus 20 Prozent bezogen auf das Vorjahr als Kriterium für die Veränderung des Vorhaltebudgets sinnvoll und zielführend ist. Unter Umständen können bei dieser Größenordnung verstärkt wirtschaftliche Anreize für Optimierungsstrategien gesetzt werden. Es könnte sich für Krankenhäuser als besonders vorteilhaft darstellen, wenn sich das Fallzahlniveau „in Richtung 81 Prozent“ absenkt. In diesen Fällen wird das Vorhaltebudget auch dann noch ohne Einbußen ausgezahlt. Gleichzeitig erhalten Krankenhäuser mit Fallzahlsteigerungen von bis zu 19 Prozent ebenfalls das ursprüngliche Ausgangsbudget bei der Vorhaltefinanzierung. Eine Erhöhung des Vorhaltebudgets wird entsprechend der Regelung erst ab einer Schwelle von 20 Prozent erwirkt. Besonders herausfordernd könnte sich die Regelung auch bei Leistungsgruppen mit kleinen Fallzahlen, wie z.B. Transplantationen, erweisen. Dort können Leistungsschwankungen aufgrund einzelner, nicht zwingend strukturell bedingter Ereignisse regelmäßig und in deutlichem Umfang auftreten. Um solche Ausschläge im Leistungsgeschehen abzufedern, sollte als Referenz statt des Vorjahres besser ein Mehrjahreszeitraum (z.B. gleitender Durchschnitt über drei Jahre) erwogen werden. Insgesamt kann sich die Regelung bzgl. der Neuermittlung der Vorhaltebudgets in der

vorliegenden Fassung insbesondere für Universitätsklinika und Maximalversorger als nachteilig erweisen. Die Frage stellt sich daher prinzipiell, ob der Korridor nicht zu hoch angesetzt ist und stattdessen eher geringer, bspw. mit zehn Prozent, angesetzt werden muss. Darüber hinaus sollte der Rhythmus, in dem die Vorhaltebudgets neu ermittelt werden, von drei auf zwei Jahre verkürzt werden. Zu guter Letzt dürften bei der Ermittlung der Vorhaltebudgets ähnliche Probleme wie im DRG-Bereich infolge des Zeitverzugs zwischen Bezugsjahr und Geltungszeitraum von mind. zwei Jahren auftreten.

Den Kliniken wird der Bescheid erst mit einer sehr kurz angesetzten Vorlaufzeit für das Folgejahr übermittelt. Daher könnten Krankenhäuser durch diese kurze Frist vor zusätzliche Herausforderungen bei der Leistungsplanung gestellt werden. Auch im Fall von notwendigen Korrekturen oder gar Widerspruchsverfahren würde die Unsicherheit noch einmal deutlich zunehmen. Hier wäre eine frühere Übermittlung des Bescheides wünschenswert.

Bei der Ermittlung der Vorhaltevergütung ist es ebenfalls ratsam, die Einführung der Vorhaltefinanzierung engmaschig mit der Evaluation zu begleiten. Dabei ist kontinuierlich zu überprüfen, welche Wirkung die geplanten Maßnahmen tatsächlich erzielen. Im Bedarfsfall muss bei eintretenden Fehlentwicklungen kurzfristig gegengesteuert werden können (vgl. Art. 1 Nr. 26).

Art. 3 Nr. 12

§ 38 KHG (neu)

Aufträge an das InEK im Zusammenhang mit Zuschlägen zur Förderung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben und mit Zuschlägen zur Finanzierung der speziellen Vorhaltung von Hochschulkliniken

Sachverhalt:

Ab dem Jahr 2027 werden die Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben jährlich mit 125 Mio. Euro gefördert. Das InEK verteilt die Gesamtsumme gemäß den Anteilen am Vorhaltevolumen zunächst zwischen den Bundesländern und anschließend zwischen den zuschlagsberechtigten Krankenhäusern innerhalb eines Landes auf.

Zusätzlich erhalten Universitätsklinika gemäß § 38 Abs. 2 für ihre speziellen Vorhaltungen ab 2027 jährlich 75 Mio. Euro. Das InEK verteilt diese Mittel entsprechend des Anteils aller Hochschulkliniken am bundesweiten Vorhaltevolumen an nach Landesrecht anerkannte Hochschulkliniken im Sinne des § 108 Nr. 1 SGB V.

Bewertung:

Die Koordinierungsfunktion wird einen wichtigen Beitrag leisten, um regionale Netzwerkstrukturen umfassend aufzubauen und damit die notwendige Effizienz in der Versorgung zu ermöglichen. Universitätsklinika haben entsprechende Aufgaben in der Vergangenheit, u.a. während der Corona-Pandemie bereits übernommen, ohne dafür regelmäßig eine auskömmliche Gegenfinanzierung erfahren zu haben. Die dafür angesetzten Mittel in Höhe von 125 Mio. Euro sind nicht nur eine Wertschätzung für das überdurchschnittliche Engagement, sondern sie machen die Notwendigkeit und den Mehrwert für die regionale Versorgung deutlich. Das Verfahren zur Verteilung der Fördermittel nutzt objektive Maßstäbe und kann insgesamt als nachvollziehbar bewertet werden.

Mit der Regelung in Abs. 2 erkennt der Gesetzgeber erstmals an, dass Universitätskliniken jenseits ihres Auftrages für Forschung und Lehre auch eine besondere Rolle in der Krankenversorgung wahrnehmen, für die sie eine zusätzliche Finanzierung benötigen. Dies ist sehr zu begrüßen. Das Vorgehen bei der Aufteilung der zusätzlichen Mittel auf alle Hochschulkliniken ist nachvollziehbar und praktikabel.

Art. 3 Nr. 12

§ 39 KHG (neu)

Förderbeträge für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin

Sachverhalt:

Für die Bereiche Pädiatrie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Spezielle Traumatologie und Intensivmedizin werden zusätzliche Mittel in Summe von 538 Mio. Euro jährlich bereitgestellt und über die Anteile am Vorhaltevolumen auf die Krankenhäuser, denen eine entsprechende Leistungsgruppe zugeteilt wurde, verteilt. Die Mittel sind neben der zugewiesenen Leistungsgruppe auch an die Erfüllung der Mindestvorhaltezahlen geknüpft. Die Mittel gehen unmittelbar in die Ermittlung der Vorhaltebewertungsrelationen ein.

Bewertung:

Die Zielsetzung der Maßnahmen, ausgewählte Bereiche im Besonderen zu fördern, ist grundsätzlich nachvollziehbar. Die Auswahl der Leistungsbereiche entspricht dabei derjenigen, die der Bund und die Länder in ihrem Eckpunktepapier im Sommer 2023 verabredet haben. Der Regelung ist gemeinhin zuzustimmen.

Art. 3 Nr. 12

§ 40 KHG (neu)

Aufträge an das BfArM und das InEK zum Zweck der Förderung der Spezialisierung bei der Erbringung von chirurgischen Leistungen im Zusammenhang mit einer onkologischen Diagnose

Sachverhalt:

Das BfArM wird beauftragt, onkochirurgische Leistungen anhand von ICD-Kodes und OPS-Kodes zu konkretisieren. Hierüber identifiziert das InEK Krankenhausstandorte mit geringen Fallzahlen in diesem Indikationsbereich und erstellt eine Liste über diejenigen Krankenhausstandorte, die im onkochirurgischen Indikationsbereich die geringsten Fallzahlen haben und zusammen einen Fallanteil von 15 Prozent am deutschlandweiten Fallaufkommen aufweisen. Die Liste wird auf der InEK-Seite veröffentlicht und ist dem IQTIG zur Verfügung zu stellen. Des Weiteren wird das InEK beauftragt, die Auswirkungen der Maßnahmen in den Jahren 2027 bis 2031 zu analysieren und Empfehlungen zur Weiterentwicklung zu geben.

Bewertung:

Die Regelung zielt auf die Leistungskonzentration bei onkochirurgischen Leistungen ab und soll Gelegenheitsversorgung vermeiden. Dies wird eine qualitativ bessere medizinische Versorgung von Krebspatienten gewährleisten.

Bei der Umsetzung ist aber große Sorgfalt anzulegen. So ist bei der Ausdifferenzierung zu berücksichtigen, dass es bereits für bestimmte Bereiche wie Brust- und Lungenkrebs Mindestmengen gibt und daher Krankenhäuser bereits weggefallen sind.

Zu Artikel 4 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Art. 4 Nr. 2b

§ 4 Abs. 2a KHEntgG

Aufhebung des Fixkostendegressionsabschlag

Sachverhalt:

Der Fixkostendegressionsabschlag soll letztmalig für das Jahr 2026 angewendet und endgültig ab 2029 aufgehoben werden.

Bewertung:

Die Maßnahme ist angesichts der vollumfänglich geltenden Vorhaltefinanzierung ab 2029 in der Sache konsequent und folgerichtig. Die Anwendung des Fixkostendegressionsabschlags erweist sich in den Budgetverhandlungen häufig als sehr aufwendig. Insofern wird die Maßnahme ausnahmslos befürwortet.

Art. 4 Nr. 2c

§ 4 Abs. 3 KHEntgG

Künftiger Mengenausgleich

Sachverhalt:

Ab dem Jahr 2027 soll der Mindererlösausgleich entfallen. Der Mehrerlösausgleich soll unverändert fortbestehen.

Bewertung:

Auch hier ist die Abschaffung des Mindererlösausgleichs in der Sache konsequent. Der Mehrerlösausgleich dient dem Zweck, Krankenhäusern bei Mehrleistungen nur die entstandenen variablen Kosten jedoch nicht die fixen Kosten zu erstatten. Nach der Logik des Vorhaltefinanzierungskonzeptes werden allerdings die fixen Kosten aus der rDRG-Vergütung ausgegliedert und in die Vorhaltevergütung umgewidmet. Demzufolge wird die rDRG-Vergütung größtenteils nurmehr variable Kosten umfassen. Bezugnehmend auf die rDRG-Vergütung kann das Festhalten am Mehrerlösausgleich in gewohnter Weise somit nicht nachvollzogen werden. Zumindest sollte der bisherige Ausgleichssatz deutlich abgesenkt werden, beispielsweise auf zehn Prozent.

Art. 4 Nr. 3d

§ 5 Abs. 3j KHEntgG (neu)

Rechnungszuschlag für Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben

Sachverhalt:

Die künftige Förderung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben wird an die berechtigten Universitätsklinika und Maximalversorger künftig über einen Rechnungszuschlag bei stationären Fällen ausbezahlt.

Bewertung:

Bei der Regelung handelt es sich um die technische Abwicklung der Auszahlung der Förderbeträge für die Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben. Die Regelung ist nachvollziehbar.

Art. 4 Nr. 3d

§ 5 Abs. 3m KHEntgG (neu)

Rechnungszuschlag für die spezielle Vorhaltung von Hochschulkliniken

Sachverhalt:

Die Förderbeträge für die spezielle Vorhaltung von Hochschulen werden über Zuschläge je stationärem Fall ausbezahlt. Der Zuschlag ist auf Antrag des Krankenhausträgers von der für Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zu genehmigen. Mehr- und Mindererlöse sind vollständig auszugleichen.

Bewertung:

Bei der Regelung handelt es sich um die technische Abwicklung der Auszahlung der Förderbeträge für die spezielle Vorhaltung der Universitätsklinika. Die Regelung ist nachvollziehbar.

Art. 4 Nr. 6

§ 6b KHEntgG (neu)

Vergütung eines Vorhaltebudgets

Sachverhalt:

Ergänzend zum DRG-Erlösbudget wird mit Wirkung ab 2027 ein Vorhaltebudget eingeführt, das an die zugewiesenen Leistungsgruppen anknüpft. Als weitere Voraussetzung dafür, dass ein Krankenhaus das Vorhaltebudget erhält, muss es die Mindestvorhaltezahle erreichen oder unter die Ausnahmeregelung zur Erfüllung der Mindestvorhaltezahle fallen. In der Regelung wird das InEK bestimmt, per Bescheid den Krankenhäusern das Vorhaltebudget zuzuweisen. Darüber hinaus werden Maßnahmen zur Liquiditätssicherung sowie zum Erlösausgleich auf das Gesamtvorhaltebudget vorgesehen. § 6b KHEntgG (neu) bestimmt daneben das Verfahren während der budgetneutralen Phase und der Konvergenzphase.

Bewertung:

Die Vorhaltebudgets an die Leistungsgruppen zu koppeln, wird grundsätzlich als zielführend erachtet, sofern die Einführung von Leistungsgruppen zu strukturellen Veränderungen in der Krankenhauslandschaft und zur Leistungskonzentration führt. Das Verwaltungsverfahren über einen Bescheid des InEK abzuwickeln, ist angemessen.

Abs. 3 sieht eine unterjährige Anpassung des Rechnungszuschlags bei sich abzeichnenden Mindererlösen vor. Die Regelung dient dem Zweck der Liquiditätssicherung und ist sachgerecht.

Abs. 4 umfasst die Regelungen zum Erlösausgleich des Vorhaltebudgets. Abgesehen von dem Fall, dass ein Krankenhaus seiner Meldepflicht über die Nichterfüllung der Qualitätskriterien nicht nachkommt, werden sonstige Mehr- oder Mindererlöse vollständig ausgeglichen. Der Ausgleichsbetrag ist zeitnah bis zum 28.02. eines Jahres zu ermitteln und muss im Anschluss innerhalb von 12 Wochen abgewickelt werden. Die Absicht, das Verfahren zeitnah abzuwickeln, ist richtig. Jedoch erscheint das Verfahren selbst sehr regelintensiv. Abzuwarten bleibt, ob es sich in der Praxis bewähren wird. Ggf. müssen die Erlösausgleiche weniger aufwendig gestaltet werden.

Für 2025 und 2026 haben die Vorhaltebudgets noch keine Konsequenz (budgetneutrale Phase). In den Jahren 2027 und 2028 findet eine Konvergenzphase statt. Ab 2029 greift die Vorhaltefinanzierung vollständig. Der vorgesehene Zeitablauf zur Einführung der Vorhaltefinanzierung erscheint zweckmäßig und angemessen.

Art. 4 Nr. 8b

§ 8 Abs. 4 KHEntgG

Abrechnungsverbot für Leistungen, für die keine Leistungsgruppe vorliegt oder für die die Mindestvorhaltezahlen nicht erreicht sind

Sachverhalt:

Die Regelung bestimmt, dass ab dem Jahr 2027 ein Krankenhaus bis auf den Pflegezuschlag keine Krankenhausergelte für Leistungen berechnen darf, für die ihm keine Leistungsgruppe zugewiesen wurde. Hiervon ausgenommen sind Leistungen im Zusammenhang mit der Behandlung von Notfallpatienten. Ferner dürfen bei Nichterfüllung der Mindestvorhaltezahlen keine Entgelte für die Vorhaltevergütung abgerechnet werden. Sofern ein Krankenhaus zu den Einrichtungen mit den geringsten Fallzahlen im onkologischen Indikationsbereich zählt, darf es für entsprechende Leistungen bis auf den Pflegezuschlag ebenfalls keine Krankenhausergelte abrechnen.

Bewertung:

Die Regelung entspricht der Zielsetzung der Einführung von Leistungsgruppen und Vorhaltefinanzierung in konsequenter Weise. Sie ist sachgerecht.

Art. 4 Nr. 9b
§ 9 Abs. 1a KHEntgG
Notfallversorgung

Sachverhalt:

Für die Notfallversorgung werden ab dem Jahr 2027 jährlich weitere 33 Mio. Euro zur Verfügung gestellt.

Bewertung:

Die Aufstockung der Finanzierung der Notfallversorgung ist grundsätzlich positiv zu bewerten. Das Volumen entspricht in etwa einer Erhöhung der aktuellen Notfallzuschläge von zehn Prozent. Für eine auskömmliche Finanzierung der Notfallversorgung werden die Finanzmittel voraussichtlich kaum ausreichen. Umso mehr wird es künftig darauf ankommen, die Notfallversorgung strukturell weiterzuentwickeln. Die angekündigte Notfallreform sollte hierfür wichtige Rahmenbedingungen setzen und nun in absehbarer Zeit auf den Weg gebracht werden.

Zu Artikel 4 – Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes und Artikel 5 – Änderung der Bundespflegesatzverordnung

- Nr. 9c – Anwendung des vollen Orientierungswertes (§ 9 Abs. 1b KHEntgG) und
- Nr. 10b – vollständige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen (§ 10 Abs. 5 KHEntgG)
- Nr. 1b – frühzeitige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen (§ 3 Abs. 5 BPfIV)
- Nr. 3 – Anwendung des vollen Orientierungswertes für Psych-Krankenhäuser (§ 9 Abs. 1 BPfIV)

Sachverhalt:

Nach § 9 Abs. 1b KHEntgG (neu) und § 9 Abs. 1 BPfIV (neu) soll der volle Orientierungswert ab 2025 im DRG- und PEPP-Bereich angewendet werden. § 10 Abs. 5 KHEntgG (neu) und § 3 Abs. 5 BPfIV (neu) sehen vor, dass rückwirkend ab 2024 Tarifsteigerungen für alle Berufsgruppen vollständig refinanziert werden.

Bewertung:

Die Maßnahmen dienen der kurzfristigen wesentlichen und nachhaltigen Verbesserung der wirtschaftlichen Situation und der Liquidität der Krankenhäuser. Unter der Prämisse des angestoßenen Strukturwandels erscheint der Ansatz, zusätzlich zur Verfügung gestellte Finanzmittel allgemein über die Landesbasisfallwerte bzw. die Basisentgeltwerte zu verteilen, gerechtfertigt. Die beabsichtigte Einführung einer frühzeitigen (unterjährige Neuvereinbarung des Landesbasisfallwerts bzw. Basisentgeltwertes) und vollständigen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen zur Verbesserung der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser ab dem Jahr 2024 wird begrüßt.

Durch die künftige Anwendung des vollen Orientierungswertes können Kostensteigerungen der Krankenhäuser besser refinanziert werden. Dies ist umso wichtiger in Zeiten, in denen die

Krankenhäuser selbst kaum Einfluss auf die aktuell enormen Kostenanstiege haben, da diese größtenteils durch externe Rahmenbedingungen (z.B. Corona-Pandemie, Krieg in der Ukraine) vorgegeben sind.

Mit Blick auf die vorgesehenen Regelungen zur Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen zeichnet sich allerdings aufgrund aktueller bundesweiter Tarifabschlüsse in verschiedenen Branchen eine Veränderung der Tarifpolitik ab. Im Fokus der Verhandlungen stehen nicht nur lineare Steigerungen der Entgelte oder Einmalzahlungen, sondern u.a. auch Maßnahmen wie die Absenkung der Arbeitszeit. Der im März 2024 verhandelte Tarifabschluss des Marburger Bundes und der Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TdL) sieht für Ärzte an Universitätskliniken die Reduzierung der durchschnittlichen regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit von 42 auf 40 Stunden ohne weiteren Gehaltsabstrich vor (hat den Effekt einer Steigerung von zusätzlichen 5%). Der Gesetzgeber verfolgt mit dem KHVVG die Absicht Tariflohnsteigerungen frühzeitig und vollständig zu refinanzieren. Daher sollten die wirtschaftlichen Folgen der Arbeitszeitreduzierung bei vollem Lohnausgleich als Tarifvertragsbestandteil aufgefangen werden. Über die für nahezu alle Krankenhäuser geltenden linearen Steigerungen oder Einmalzahlungen hinaus, gibt es finanzielle Folgen auf Basis von Tarifverträgen, die nicht alle Häuser gleichermaßen anwenden. Kliniken, die einen Entlastungstarifvertrag anwenden, spüren zusätzliche tariflich finanzwirksame Effekte, die mit den Regelungen des KHVVG nicht abgebildet werden. Entlastungstarifverträge werden nur an einer kleinen Gruppe der deutschen Krankenhäuser angewendet. Diesen Häusern sollte die individuelle Chance geboten werden, die nach sich ziehenden finanziellen Effekte, durch Gewährung von zusätzlichem Freizeitausgleich, aufzufangen und für das Krankenhaus einzeln zu vereinbaren.

III. Weiterer Handlungsbedarf

Standortdefinition – Standortverzeichnis § 2a KHG

Das KHVVG nimmt vielfach auf den Standort Bezug. Hierfür ist die Standortdefinition und die bestehende Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner zur Standortdefinition mit der bekannten „2-km-Regelung“ maßgeblich. So ist z. B. die Erfüllung der Qualitätskriterien der Leistungsgruppen an den Standort gekoppelt. Der grundsätzlichen Intention der Standortregelung ist zuzustimmen. Allerdings benachteiligt die bestehende Vereinbarung mit der „2-km-Regelung“ Großkrankenhäuser, die auf Grund der begrenzten zusammenhängenden Flächen innerhalb einer Stadt die Krankenversorgung aufteilen müssen. Auch stehen landeshochschulrechtliche Vorgaben dem entgegen. Mit der zunehmenden Bedeutung der Standortdefinition sind daher gesetzliche Anpassungen notwendig, ohne die bisherige Intention aufzugeben. So sollte bei einem Krankenhaus, das zwar räumlich getrennt innerhalb derselben Stadt Patienten versorgt und einheitliche Organisations- und Leitungsstrukturen aufweist oder bei den landeshochschulrechtlichen Vorschriften dies so vorsehen, von einem Standort ausgegangen werden.

Änderungsbedarf in § 17c Abs. 2a KHG

Nach § 17c Abs. 2a KHG ist nach Übermittlung der Abrechnung an die Krankenkasse eine Korrektur dieser Abrechnung durch das Krankenhaus ausgeschlossen. Allerdings gehen abrechnungsrelevante Informationen zum Teil erst nach Entlassung des Patienten ein (z.B. abschließende pathologische Befunde, Ergebnisse von Spezialuntersuchungen) oder sie konnten wegen der Komplexität der Abrechnungen nicht vollständig berücksichtigt werden. Dazu zählen z.B. IT-Programmierungs-/ Softwarefehler zur Rechnungslegung sowie fehlerhafter und unvollständiger Datenfluss aus diversen IT-Subsystemen, sodass die anschließende Datenvervollständigung erst nach Rechnungslegung erfolgt oder Software-Anwendungsfehler durch die sich stetig ändernden und immer komplexer werdenden Abrechnungsvorschriften entstehen.

Daher sollte eine gesetzliche Anpassung erfolgen, damit das Recht auf zumindest einmalige Rechnungskorrektur besteht. Die Möglichkeit, fehlerhafte oder unvollständige Falldaten in der Rechnungslegung korrigieren zu können, ist auch deshalb von immanenter Bedeutung, da diese die Grundlage des zukünftigen Krankenhaustransparenzverzeichnisses bilden.

Ärztliche Weiterbildung

Wenn die Krankenhausreform durch Einführung der Leistungsgruppen zu Strukturveränderungen in der Krankenhausversorgung in Deutschland führen wird, werden ebenso strukturelle Folgen für die ärztliche Weiterbildung erwartet. Wenn Krankenhäuser durch Einführung der Leistungsgruppen, die Patientenversorgung künftig nicht mehr in dem ursprünglichen Umfang erbringen, wird die Weiterbildung verstärkt in Weiterbildungsverbänden stattfinden müssen.

Neben den bevorstehenden strukturellen Veränderungen bleibt die Finanzierung der Ärztlichen Weiterbildung mit dem KHVVG unangetastet. Die ärztliche Weiterbildung wird bislang nicht aufwandsentsprechend refinanziert. Für die Universitätsklinika hat dies eine besondere Bedeutung, da sie zu den Hauptträgern der ärztlichen Weiterbildung (auch in „Nischenfächern“) gehören und überproportional viele Ärzte in Weiterbildung beschäftigen.

Krankenhäuser erhalten derzeit für ihre Leistungen dieselben DRG-Erlöse, ungeachtet dessen, ob sie ausschließlich fachärztliche Leistungen erbringen oder zusätzliche zeitliche Kapazitäten durch die gleichzeitige Weiterbildung von Ärzten aufgewendet werden.

Mit der durch das KHVVG erklärten Absicht, der Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, geht die Notwendigkeit einer qualitativ hochwertigen Facharztweiterbildung einher, die aufwandsgerecht finanziert werden muss. Der mit der Weiterbildung einhergehende zeitliche und somit finanzielle Aufwand sollte künftig dort dezidiert gegenfinanziert werden, wo er entsteht.

Tarifrefinanzierung

Über die für nahezu alle Krankenhäuser geltenden linearen Steigerungen oder Einmalzahlungen hinaus, gibt es finanzielle Folgen auf Basis von Tarifverträgen, die nicht alle Häuser gleichermaßen anwenden. Kliniken, die einen Entlastungstarifvertrag anwenden, spüren zusätzliche tariflich finanzwirksame Effekte, die mit den Regelungen des KHVVG nicht abgebildet werden. Entlastungstarifverträge werden nur an einer kleinen Gruppe der deutschen Krankenhäuser angewendet. Diesen Häusern sollte die individuelle Chance geboten werden, die nach sich ziehenden finanziellen Effekte, durch Gewährung von zusätzlichem Freizeitausgleich, aufzufangen und für das Krankenhaus einzeln zu vereinbaren.

Pflegepersonaluntergrenzen

In den aktuellen Vorgaben zu den Pflegepersonaluntergrenzen wird die Anrechnung anderer Qualifikationen und Berufsgruppen nur sehr eingeschränkt berücksichtigt. Gerade in der Universitätsmedizin wird ein breites Spektrum anderer Berufsgruppen im Sinne einer hochwertigen, aber auch effizienten Patientenversorgung eingesetzt. Eine Erhöhung der Anerkennung anderer Berufsgruppen auf 20 Prozent ist daher sinnvoll. Hierauf haben auch die Bundesländer im Rahmen der Beratungen zur PPR 2.0 hingewiesen.

Fusionskontrolle aussetzen

Der Transformationsfonds soll zur politisch gewollten Konsolidierung der Krankenhausversorgung beitragen. Damit soll auch der Zusammenschluss von Krankenhäusern gefördert werden. Das Kartellrecht darf daher diesen politisch gewollten Fusionen nicht im Wege stehen. Daher sollte mindestens bei durch den Transformationsfonds geförderten Zusammenschlüssen das Kartellrecht eingeschränkt werden.