

Stellungnahme

des Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) vom 26. April 2024

zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) vom 13. März 2024

Kontakt:

Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa)

Robert-Koch-Platz 9, 10115 Berlin

Telefon: +49 30 – 40 00 96 31, Fax: +49 30 40 00 96 32

E-Mail: info@spifa.de

Registergericht: Amtsgericht Charlottenburg, Registernummer: VR 29131 B

Vorstand: Dr. med. Dirk Heinrich, Dr. med. Helmut Weinhart, Dr. med. Petra Bubel, Dr. med. Norbert Smetak, Jan Henniger, Prof. Dr. med. Hermann Helmberger (kooptiert)

Ehrenpräsident: Dr. med. Andreas Köhler

Hauptgeschäftsführer: Robert Schneider

Ordentliche Mitglieder des SpiFa

Akkreditierte Labore in der Medizin e.V.
(ALM)



Bundesverband Ambulantes Operieren
e.V. (BAO)



Berufsverband Deutscher Anästhesis-
tinnen und Anästhesisten e.V. (BDA)



Bundesverband der Belegärzte und Be-
legkrankenhäuser e.V. (BdB)



Berufsverband Deutscher Internistin-
nen und Internisten e.V. (BDI)



Berufsverband Deutscher Neurochirur-
gen e.V. (BDNC)



Berufsverband Deutscher Neuroradio-
logen e.V. (BDNR)



Berufsverband Deutscher Nuklearmedi-
ziner e.V. (BDNukl)



Bundesverband der Pneumologie,
Schlaf- und Beatmungsmedizin e.V.
(BdP)



Bundesverband
der Pneumologen,
Schlaf- und Beatmungsmediziner e.V.

Bundesverband Psychosomatische Me-
dizin und Ärztliche Psychotherapie e.V.
(BDPM)



Berufsverband Deutschland für
Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie

Berufsverband der Deutschen Radiolo-
gen e.V. (BDR)



Berufsverband Niedergelassener Chi-
rurgen e.V. (BNC)



Bundesverband Niedergelassener Kar-
diologen e.V. (BNK)



Bundesverband
Niedergelassener
Kardiologen

Berufsverband Niedergelassener Gast-
roenterologen Deutschlands e.V. (bng)



Berufsverband Niedergelassener
Gastroenterologen Deutschlands e.V.

Berufsverband Niedergelassener und
ambulant tätiger Gynäkologischer On-
kologen in Deutschland e.V. (BNGO)



Berufsverband der Niedergelassenen
Ärztinnen und Ärzte für Hämatologie
und Medizinische Onkologie in
Deutschland e.V. (BNHO)



Berufsverband der Niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für
Hämatologie und Medizinische Onkologie in Deutschland e.V.

Bundesverband Reproduktionsmedi-
zischer Zentren Deutschlands e.V.
(BRZ)



Berufsverband der Augenärzte
Deutschlands e.V. (BVA)



Berufsverband der AngiologInnen
Deutschlands e.V. (BVAD)



Berufsverband der Deutschen Derma-
tologen e.V. (BVDD)



Berufsverband Deutscher Humangene-
tiker e.V. (BVDH)



Berufsverband der Deutschen Urologie
e.V. (BvDU)



Bundesverband Niedergelassener Dia-
betologen e.V. (BVND)



Berufsverband der Frauenärzte e.V.
(BVF)



Deutscher Berufsverband der Hals-Na-
sen-
Ohrenärzte e.V. (BVHNO)



Berufsverband für Orthopädie und Un-
fallchirurgie e.V. (BVOU)



Berufsverband für Physikalische und
Rehabilitative Medizin e.V. (BVPRM)



Deutscher Berufsverband der Fachärzte
für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V.
(DBVPP)



Deutscher Facharztverband e.V. (DFV)



Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kie-
fer- und Gesichtschirurgie e.V.
(DGMKG)



Deutsche Gesellschaft für Plastische,
Rekonstruktive und Ästhetische Chirur-
gie e.V. (DGPRÄC)



Verband Deutsche Nierenzentren e.V.
(DN)



Assoziierte Mitglieder

Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie
e.V. (DGH)



MEDI GENO Deutschland e.V. (MEDI)



Verband der Privatärztlichen Verrechnungs-
stellen e.V. (PVS Verband)



Virchowbund – Verband der niedergelasse-
nen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V.
(VIR)



INHALT

I. Vorbemerkungen.....	7
II. Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen	10
Artikel 1.....	10
Nummer 6 (Neufassung § 116a).....	10
Nummer 7 (Änderung § 121)	11
Nummer 9 (§§ 135e und 135f – neu).....	13
Artikel 4 – Krankenhausentgeltgesetz.....	17
Nummer 9 Buchstabe c (Änderung § 9 Absatz 1b Satz 1)	17
Nummer 10 Buchstabe b (Änderung § 10 Absätze 4 bis 6 und 10).....	17

I. Vorbemerkungen

Der vorliegende Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) adressiert eine grundlegende Krankenhausreform mit der drei Ziele verfolgt werden: Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten sowie Entbürokratisierung.

Mit Einführung einer Vorhaltevergütung soll die Vorhaltung von Strukturen in Krankenhäusern künftig weitgehend unabhängig von der Leistungserbringung gesichert und der Anreiz für die Krankenhäuser gesenkt werden, Fallmengen auszuweiten. Die Mittel für die Vorhaltevergütung sollen generiert werden, indem das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) den gesetzlichen Auftrag erhält, die bestehenden Fallpauschalen abzusenken und eine Vorhaltevergütung je Land und Leistungsgruppe zu ermitteln. Die Krankenhäuser sollen die Vorhaltevergütung für diejenigen Leistungsgruppen erhalten, die ihnen durch die jeweilige Planungsbehörde des Landes zugewiesen wurden und deren Qualitätskriterien und Mindestvorhaltezahlen sie grundsätzlich erfüllen.

Die Zahlung der Vorhaltevergütung soll zeitnah erfolgen und durch weitere Maßnahmen, insbesondere einen unterjährigen Zuschlag und einen vorgezogenen vollständigen Erlösausgleich flankiert werden, um den Krankenhäusern schnell eine finanzielle Absicherung ihrer Vorhalteaufwände zu gewährleisten. Vorgesehen wird zudem eine Konvergenzphase als Übergangsregelung, damit ein fließender Übergang von der bestehenden Krankenhausfinanzierungssystematik, überwiegend durch Fallpauschalen, hin zu einer künftig um eine Vorhaltevergütung ergänzten Finanzierungssystematik gelingen kann.

Die Konzentration von Leistungen zum Zweck einer qualitativ hochwertigen Versorgung und eine weitere Steigerung der Qualität der medizinischen Versorgung soll erreicht werden, indem die Vorhaltevergütung mit der Zuweisung von Leistungsgruppen sowie der Erfüllung der betreffenden Qualitätskriterien und der Mindestvorhaltezahlen verknüpft wird. Ausgangspunkt für die beabsichtigte Leistungsgruppensystematik sind die Vorarbeiten in Nordrhein-Westfalen zur Weiterentwicklung der Landeskrankenhausplanung Nordrhein-Westfalen. In einem vierstufigen Verfahren durch Bund und Länder unter Einbindung u.a. der medizinischen Fachgesellschaften sowie der Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen bundeseinheitliche Qualitätskriterien für diese Leistungsgruppen festgelegt sowie die anfänglichen Leistungsgruppen ausdifferenziert und weiterentwickelt werden.

Die Medizinischen Dienste sollen regelmäßig prüfen, ob Krankenhäuser die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen einhalten. Um einhergehend Bürokratie für die Krankenhäuser abzubauen und die Effizienz des Prüfwesens der Medizinischen Dienste zu verbessern, soll den Krankenhäusern die elektronische Datenübermittlung an die Medizinischen Dienste über geschützte digitale Informationsportale ermöglicht und der Medizinische Dienst Bund

verpflichtet werden, eine Datenbank zu errichten, in welcher Prüfergebnisse und Mitteilungen der Medizinischen Dienste gebündelt werden. Hieran anknüpfend soll das Berichtswesen der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund erweitert werden.

Um insbesondere auch in struktur- und bevölkerungsschwachen Regionen weiterhin eine qualitätsgesicherte medizinische Grundversorgung aufrecht erhalten zu können, soll der Ausbau der sektorenübergreifenden und integrierten Gesundheitsversorgung vorangetrieben werden. Die Länder sollen gesetzlich die Möglichkeit erhalten, sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen zu bestimmen, deren Leistungsspektrum neben stationären auch erweiterte ambulante sowie medizinisch-pflegerische Leistungen umfasst.

Für die Umsetzung der durch die Krankenhausreform angestoßenen Prozesse sollen die Länder ab 2026 aus den Mitteln eines aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zu finanzierenden Transformationsfonds zielgenau unterstützt werden.

Daneben sollen die wirtschaftliche Situation und die Liquidität der Krankenhäuser durch die vollständige, umfassende und frühzeitige Tarifierfinanzierung sowie durch die Anwendung des vollen Orientierungswerts wesentlich und nachhaltig verbessert werden. Zudem sollen die jährlichen Förderbeträge für bedarfsnotwendige ländliche Krankenhäuser erhöht werden. Dies soll der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser in struktur- und bevölkerungsschwachen Regionen und damit der Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung dienen.

SpiFa:

Wissenschaftlich unbestritten ist, dass in Deutschland eine grundlegende und umfassende Krankenhausreform zur Hebung der Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsreserven zu Gunsten einer bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen stationären Versorgung der Patientinnen und Patienten notwendig ist. Der SpiFa hält eine grundlegende Reform der Krankenhausstrukturen und Krankenhausvergütung für dringend, die auf eine bedarfsnotwendige stationäre Versorgung fokussiert und zugleich die ambulante Versorgung stärkt, die im Wesentlichen von niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten als Grant einer qualitativ hochwertigen, zeitnahe und auch ökonomisch effizienten Patientenversorgung getragen wird.

Der vorliegende Referentenentwurf lässt die gebotene Stärkung der ambulanten fachärztlichen Versorgung durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte vermissen. Leider adressiert der vorliegende Entwurf aus Sicht des SpiFa das Gegenteil: Die gesundheitsökonomisch unsinnige Ausdehnung des Versorgungsauftrages originär stationärer Strukturen auf die ambulante Versorgung zu Lasten vertragsärztlicher Strukturen und insbesondere der niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte. Die avisierten Maßnahmen führen zur Schwächung originär ambulanter Strukturen und des Vertragsarztwesens.

Eine grundlegende Reform der stationären Versorgung darf sich nicht allein auf die Universitätskliniken fokussieren, sondern muss nach Auffassung des SpiFa alle bedarfsnotwendigen Krankenhäuser unabhängig ihrer Trägerschaft und ihres Standortes in den Blick nehmen.

Aus Sicht des SpiFa sind zuvorderst die Länder für die Krankenhausstrukturen zuständig. Der SpiFa appelliert daher an die Länder, ihrer Verantwortung auch in finanzieller Hinsicht für die Krankenhausstrukturen nachzukommen. Die Länder sind daher aufgefordert, endlich flächendeckend und nachhaltig die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser zu gewährleisten und auch die überfällige strukturelle Transformation der Krankenhauslandschaft finanziell zu unterlegen. Aus Sicht darf diese Transformation nicht auf Kosten der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler gehen und die finanziellen Mittel der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gefährden, die für eine gute ambulante Versorgung notwendig sind.

Zugleich sieht der SpiFa die Notwendigkeit gesetzlicher Maßnahmen, bis zum Wirken der beabsichtigten Reform der Krankenhausstrukturen und Krankenhausvergütung die wirtschaftliche Sicherheit bedarfsnotwendiger Krankenhäuser, die an der allgemeinen Steigerung der Betriebskosten leiden, zu gewährleisten und so einen kalten Strukturwandel, der derzeit auch bedarfsnotwendige Krankenhäuser akut gefährdet, aufzuhalten.

Um das ärztliche Potential für eine hochwertige Sektoren unabhängigen Patientenversorgung auszuschöpfen sowie eine personell gut ausgestattete bedarfsgerechte stationäre Versorgung zukünftig sicherzustellen, bedarf es nach Auffassung des SpiFa ergänzend unbedingt einer Stärkung des Belegarztwesens sowie der Flexibilisierung der Kooperationsmöglichkeiten zwischen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten im Allgemeinen mit Krankenhäusern.

Darüber hinaus fordert der SpiFa die Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte, die zuvorderst ebenfalls Aufgabe der Länder ist, organisatorisch und finanziell unabhängig der Versorgungsbereiche zu stärken, denn eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung ist von einer ausreichenden Zahl gut und praxisnah aus- und weitergebildeter Ärztinnen und Ärzte abhängig.

II. Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen

Artikel 1

Nummer 6 (Neufassung § 116a)

Die beabsichtigte Neufassung des § 116a zur ambulanten Behandlung durch Krankenhäuser sieht vor, dass der Zulassungsausschuss zugelassene Krankenhäuser für das entsprechende Fachgebiet in den Planungsbereichen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eingetretene Unterversorgung nach § 100 Absatz 1 oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf nach § 100 Absatz 3 festgestellt hat, auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, soweit und solange dies zur Beseitigung der Unterversorgung oder zur Deckung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist. Die bisherige Regelung des § 116a Absatz 1 Satz 2, wonach der Ermächtigungsbeschluss nach 2 Jahren überprüft werden muss, wird mit der Neufassung gestrichen.

Die beabsichtigte Neufassung sieht darüber hinaus in Absatz 2 vor, dass der Zulassungsausschuss die mit dem § 115g-RefE zu schaffen beabsichtigten sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen für das entsprechende Fachgebiet in den Planungsbereichen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine in absehbarer Zeit drohende Unterversorgung nach § 100 Absatz 1 Satz 1 festgestellt hat, auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen muss, soweit und solange dies zur Beseitigung der drohenden Unterversorgung erforderlich ist.

Ferner sieht die beabsichtigte Neufassung in Absatz 3 vor, dass der Zulassungsausschuss die mit dem § 115g-RefE zu schaffen beabsichtigten sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen in Planungsbereichen, in denen für die hausärztliche Versorgung keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf deren Antrag zur hausärztlichen Versorgung ermächtigen muss.

Die Vergütung der von den ermächtigten Krankenhäusern erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen soll sich wie bisher nach § 120 Absatz 1 richten und damit nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet werden.

SpiFa:

Der SpiFa lehnt die beabsichtigte Regelung ausdrücklich ab.

Die vorgesehene Regelung schwächt die originären ambulanten vertragsärztlichen Strukturen und leistet so keinen Beitrag für eine sektorenunabhängige bedarfsgerechte

Patientenversorgung durch bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen. Insbesondere die niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte leisten heute einen ganz erheblichen Beitrag für eine funktionsfähige Gesundheitsversorgung. Sie sind für eine qualitativ hochwertige, zeitnahe und effiziente medizinische Versorgung der Bevölkerung unverzichtbar.

Der SpiFa stellt sich nicht grundsätzlich dagegen, dass partiell und zeitweise im Rahmen der Einrichtungsermächtigung für Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung bestehende Versorgungslücken geschlossen werden, die zu einer Unterversorgung führen. Jedoch müssen vertragsärztliche Strukturen und insbesondere die niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und weitergebildete Ärztinnen und Ärzte, die sich niederlassen wollen, ein deutlicher gesetzlicher Vorrang gegenüber Einrichtungen eingeräumt werden, die sich zur ambulanten Versorgung ermächtigen lassen wollen oder die bereits zur ambulanten Versorgung ermächtigt sind. Eine Ermächtigung muss also jederzeit zurückgenommen werden können, soweit die Versorgung durch niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sichergestellt werden kann. Darüber hinaus muss gesetzlich gewährleistet werden, dass ermächtigte Einrichtungen nicht die finanzielle Deckung der vertragsärztlichen Versorgungsstrukturen schwächen. Daher kann eine Leistungsfinanzierung nicht aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgen. Zudem sollte nach Auffassung des SpiFa für ermächtigte Krankenhäuser, die zugleich über die Investitionsfinanzierung der Länder finanziert werden, ein Abschlag auf die Leistungsvergütung erfolgen, um eine doppelte Finanzierung zu verhindern.

Nummer 7 (Änderung § 121)

Die beabsichtigte Regelung sieht Änderungen der Regelung zum Belegarztwesen nach § 121 vor, die zukünftig als „Belegärztliche Leistungen und sonstige ärztliche Leistungen im Krankenhaus“ überschrieben werden soll. Es sollen die Regelungen nach § 121 Absatz 6 Sätze 2 und 3 aufgehoben werden. Durch die Ergänzung um einen Absatz 7 soll, soweit das Tagesentgelt nach § 6c Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes keine Vergütungen ärztlicher Leistungen durch die sektorenübergreifende Versorgungseinrichtung nach § 115g Absatz 1 umfasst und ein zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Arzt Leistungen für diese Krankenhäuser aufgrund einer Kooperation zu erbringen hat, diese Leistungen nach Maßgabe des sich aus der Übersicht nach Satz 2 ergebenden jeweiligen in Punkten bewerteten ärztlichen Anteils der Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs mit dem nach § 87a Absatz 2 vereinbarten Punktwert vergütet werden, soweit der Bewertungsausschuss nichts abweichendes beschließt. Das Institut des Bewertungsausschusses soll im Internet erstmals mit Wirkung zum 1. April 2024 und danach jährlich jeweils zum 31. Dezember mit Wirkung für das Folgejahr eine Übersicht über die abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungsanteile und ihre Bewertung in Punkten, soweit der Bewertungsausschuss nichts Abweichendes beschließt, veröffentlichen. Die erfassten Leistungen sollen dem Arzt unmittelbar von der Krankenkasse

vergütet werden, soweit der Arzt nicht die Kassenärztliche Vereinigung, in der er Mitglied ist, gegen Aufwendungsersatz mit der Abrechnung beauftragt hat.

SpiFa:

Aus Sicht des SpiFa bedarf es im Zuge der grundlegenden Reform der Krankenhausstrukturen und Krankenhausvergütung flankierend eine Stärkung und Flexibilisierung des Belegarztwesens und der Kooperationsmöglichkeiten zwischen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten im Allgemeinen und Krankenhäusern.

Hierzu sollte aus Sicht des SpiFa die belegärztliche Zulassung vereinfacht werden und eine einheitliche Vergütung für die Erbringung stationärer oder sonstiger von der sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V nicht umfasster Leistungen, die im Krankenhaus in Kooperation mit einer Belegärztin bzw. einem Belegarzt erbracht werden, unmittelbar vergütet durch die Krankenkassen geregelt werden. Diese Vergütung für stationär erbrachte Leistungen sollte insgesamt entweder von der Belegärztin/dem Belegarzt oder von dem Krankenhaus gegenüber den Krankenkassen abgerechnet und dann unter den kooperierenden Beteiligten aufgeteilt werden können. Aus Sicht des SpiFa ist gesetzlich unbedingt sicherzustellen, dass Belegärzte sowie auch andere mit dem Krankenhaus kooperierende Vertragsärztinnen und Vertragsärzte auch dann, wenn diese nicht eigene, sondern im Rahmen ihrer Tätigkeit daneben Patientinnen und Patienten des Krankenhauses behandeln, nicht als sozialversicherungsrechtliche Beschäftigte des Krankenhauses eingestuft werden.

Zudem schlagen wir vor, den § 108 dahingehend zu ergänzen, dass Krankenkassen Krankenhausbehandlung durch Krankenhäuser gemäß § 108 Satz 1 auch in Kooperation mit zugelassenen Ärzten und zugelassenen medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigten Ärzten und ermächtigten Einrichtungen gemäß § 95 Absatz 1 SGB V erbringen lassen dürfen und eine solche Kooperation als vertragsärztliche Tätigkeit gilt, sofern sie nicht den Umfang von 13 Wochenstunden überschreitet.

Durch diese Ergänzung soll abschließend geklärt werden, dass Teilnehmer der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 95 Absatz 1 SGB V, die in Kooperation mit zugelassenen Krankenhäusern gemäß § 108 SGB V im Status der vertragsärztlichen Versorgung tätig werden können. Damit wird in Bezug auf die Zulassungsverordnung Ärzte (Ärzte-ZV) und der nachfolgenden Regelungen des Bundesmantelvertrages Ärzte (BMV-Ärzte) auch Klarheit geschaffen, wie und in welchem Umfang eine Tätigkeit in Kooperation mit zugelassenen Krankenhäusern gemäß § 108 SGB V im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erfolgen kann.

Nummer 9 (§§ 135e und 135f – neu)

Nach der beabsichtigten Regelung des § 135e SGB sollen zukünftig für Leistungen der Krankenhausbehandlung bundeseinheitliche Qualitätskriterien gelten, die insbesondere Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität beinhalten. Zur Festlegung der Qualitätskriterien sollen die Krankenhausbehandlungsleistungen in Leistungsgruppen eingeteilt werden. Krankenhäuser haben die Qualitätskriterien der Leistungsgruppen, deren Leistungen sie erbringen, zu erfüllen. Für jede Leistungsgruppe sind Qualitätskriterien in den Anforderungsbereichen (1.) Erbringung verwandter Leistungsgruppen, (2.) sachliche Ausstattung, (3.) personelle Ausstattung und (4.) sonstige Struktur- und Prozesskriterien festzulegen. Nach § 135e Absatz 1 Satz 5 SGB V-RefE sollen die Qualitätskriterien den aktuellen Stand der medizinisch wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigen und zu einer leitliniengerechten, qualitativ hochwertigen und für Patienten sicheren medizinischen Versorgung beitragen.

§ 135e Absatz 2 SGB V enthält eine Ermächtigung für das BMG mit Zustimmung des Bundesrates im Wege einer Rechtsverordnung bis zum 31. März 2025 mit Wirkung zum 1. Januar 2027 (1.) Leistungsgruppen und Qualitätskriterien, (2.) die Regelungen zur Zulässigkeit der Einhaltung der Qualitätskriterien in Kooperationen und Verbänden, (3.) die Regelungen, für welche Leistungsgruppen in Einzelfällen zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung von den Qualitätskriterien abgewichen werden kann und für welche Leistungsgruppen dies ausgeschlossen ist sowie (4.) das Nähere zum Verfahren festzulegen und weiterzuentwickeln.

Absatz 3 regelt die Einrichtung eines Ausschusses durch das BMG, der Empfehlungen zu den Inhalten der Rechtsverordnung erarbeiten soll.

Absatz 4 regelt, dass bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung des BMG die mit dem Gesetz zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz (Krankenhaustransparenzgesetz) vom 22. März 2024 eingeführten Leistungsgruppen, die im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2022 festgelegte Qualitätskriterien ohne die auf Landesebene festgelegten sonstigen Struktur- und Prozesskriterien sowie gesondert die in der Anlage 2-RefE festgelegten Qualitätskriterien für die Leistungsgruppen Infektiologie (Nummer 3), Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie (Nummer 16), Spezielle Traumatologie (Nummer 27), Spezielle Kinder- und Jugendmedizin (Nummer 47) und Notfallmedizin (Nummer 65) gelten sollen.

Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung des BMG können die Qualitätskriterien einer Leistungsgruppe in Kooperationen und Verbänden mit anderen Krankenhäusern unter den Voraussetzungen des § 6a Absatz 2 Satz 1 bis 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes erfüllt werden. Für Fachkrankenhäuser soll dies in Bezug auf die Erfüllung der Qualitätskriterien in den Anforderungsbereichen der Erbringung verwandter Leistungsgruppen mit der Maßgabe gelten, dass nach § 6a Absatz 2 Satz 2 und 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes festgelegten PKW-Fahrtzeitminuten nicht anzuwenden sind. Am Krankenhausstandort beschäftigte Fachärzte können, außen in Bezug auf die Leistungsgruppen allgemeine innere Medizin sowie

allgemeine Chirurgie, für die Erfüllung der Qualitätskriterien im Anforderungsbereich der personellen Ausstattung für bis zu drei Leistungsgruppen, die an diesem Krankenhausstandort erbracht werden, angerechnet werden.

Die beabsichtigte Regelung des § 135f regelt Mindestvorhaltezahlen mit Blick auf die in § 135e geregelten Leistungsgruppen. Vorgesehen ist, dass die Krankenhausstandorte die Mindestvorhaltezahl der ihnen nach § 6a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes jeweils zugewiesenen Leistungsgruppe zu erfüllen haben, um für diese Leistungsgruppe eine Vorhaltevergütung zu erhalten. Die Mindestvorhaltezahl für eine Leistungsgruppe soll für das jeweils nächste Kalenderjahr als erfüllt gelten, wenn die Anzahl der erbrachten Behandlungsfälle eines Krankenhausstandorts im vorausgegangenen Kalenderjahr mindestens der Mindestvorhaltezahl entspricht. Mindestvorhaltezahl für die Leistungsgruppe eines Krankenhausstandort soll auch dann als erfüllt gelten, wenn zwei oder mehr Krankenhausträger im Einvernehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde vereinbaren, dass die Leistungen dieser Leistungsgruppe künftig nur von diesem Krankenhausstandort erbracht werden (Leistungsverlagerung) und die Anzahl der erbrachten Behandlungsfälle der betroffenen Krankenhausstandorte gemeinsam im vorausgegangenen Kalenderjahr mindestens der Mindestvorhaltezahl entspricht. Sie soll auch in Bezug auf einen Krankenhausträger mit mehreren Krankenhausstandorten entsprechend gelten.

Die Bedingung der Erfüllung der Mindestvorhaltezahl in der jeweiligen Leistungsgruppe für die Vorhaltevergütung soll nicht gelten, wenn die Vorhaltung der Leistungsgruppe durch ein Krankenhaus nach Einschätzung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist.

Das BMG wird ermächtigt im Wege einer Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Mindestvorhaltezahlen auf Grundlage der Empfehlungen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen sowie der Auswertungen und der Empfehlung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstmalig mit Wirkung ab dem Kalenderjahr 2027 festzulegen.

SpiFa:

Der SpiFa sieht in der beabsichtigten Festlegung leistungsbezogener Qualitätskriterien für Krankenhausbehandlungen auf Grundlage von Leistungsgruppen auch ohne Versorgungsstufen einen grundsätzlich unterstützenswerten Ansatz. Jedoch ist die vorgenommene Einteilung der Leistungsgruppen zu wenig ausdifferenziert und holzschnittartig und wird der Versorgungsrealität nicht gerecht.

So ist die beispielsweise die Radiologie als therapeutisches Fach mit Kernleistungskompetenzen in den Leistungsgruppen nicht vertreten. Dies widerspricht der faktischen Bedeutung der interventionellen Radiologie für die Patientenversorgung. Jenseits der bildgebenden

Diagnostik leistet die interventionelle Radiologie in großem Umfang versorgungsrelevante minimal-invasive therapeutische Eingriffe in nahezu allen Organbereichen. Diese umfassen neben bildgestützten Verfahren (Ultraschall, CT oder MRT) – wie beispielsweise Organpunktionen, Drainagetherapien, Tumor- und Schmerzbehandlungen – insbesondere auch kathetergestützte Gefäßeingriffe in der Angiographie. Die Reduktion der Radiologie auf ein Querschnittsfach mit gerätebezogenen Mindestvoraussetzungen gefährdet die stationäre Versorgung. Die beabsichtigte zukünftige Krankenhausvergütung muss aus Sicht des SpiFa die Absicherung der Vorhaltevergütung in der Radiologie adressieren.

Auch ist die Angiologie als eigenständige Leistungsgruppe in der vorgenommenen Einteilung der Leistungsgruppen nicht enthalten. Die Angiologie ist essentiell für die stationäre Patientenversorgung und eine von drei Säulen in zertifizierten Gefäßzentren. Operative und nicht-operative Disziplinen in den Kliniken profitieren von angiologischen Leistungen. Die Angiologie steht für die sonographische und funktionelle Gefäßdiagnostik sowie für die konservative und interventionelle Therapie der vielfältigen Erkrankungen von Arterien, Venen und Lymphgefäßen. Die Angiologie agiert als internistische Teildisziplin vorausschauend und nachhaltig durch ein umfangreiches Risikofaktorenmanagement und verhindert so das Auftreten bzw. das Fortschreiten von Volkskrankheiten wie „Schaufensterkrankheit“, „Raucherbein“ und diabetisches Fußsyndrom. Im stationären Versorgungsbereich steht heutzutage eine Vielzahl an endovaskulären und medikamentösen Therapieverfahren zur Verfügung, um Gefäße wiederzueröffnen. Der differenzierte Einsatz dieser Verfahren ermöglicht die Behandlung von Arterien von der Aorta bis hin in die kleinsten Dimensionen, so dass Extremitäten- und Organfunktionen erhalten und Amputationen verhindert werden können.

Obschon die Fachgruppe der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie in den eingeteilten Leistungsgruppen (als weitere Leistungsgruppe Nummer 37) enthalten ist, werden die festgelegten Qualitätskriterien für die Leistungsgruppen der besonderen Expertise dieser Gruppe nicht gerecht und bilden die Versorgungsrealität sind hinreichend ab.

Die MKG-Chirurgie durch doppelapprobierte Fachärzte zeichnet sich durch ihre hohe Verzahnung mit anderen Fachgebieten der Humanmedizin sowie der interprofessionellen Zusammenarbeit mit der Zahnmedizin aus. Die Beteiligung von MKG-Chirurgen ist insbesondere obligat für die Zertifizierung von „Kopf-Hals-Tumorzentren“, „Traumazentren“ (hier gibt es verschiedene Stufen), von „Schädelbasiszentren“ sowie zukünftigen „B-Zentren“ - Lippen-Kiefer Gaumenspalten & kraniofaziale Chirurgie - i.R. von „Zentren für seltene Erkrankungen“.

Hinsichtlich der im Leistungsgruppe 28 „Spezielle Traumatologie“, sehen wir in Bezug auf die in Anlage 2-Entwurfassung unmittelbaren Änderungsbedarf zur Sicherstellung einer qualitätsgesicherten, flächendeckenden, fachgebietsübergreifenden, interdisziplinären (Notfall-)Versorgung bei Traumata im Gesichtsbereich. Bislang wird für die Zuweisung des Versorgungsauftrages zur Leistungsgruppe 28 die Leistungsgruppe MKG-Chirurgie lediglich als weiteres Auswahlkriterium und dort als nicht am Standort, sondern lediglich als Kooperationsmodell - vorzuhaltende verwandte Leistungsgruppe geführt. Dies ist auch aus Sicht des SpiFa

unzureichend. Auf Grund der Häufigkeit von Traumata im Gesichtsbereich, sollte die MKG-Chirurgie unter den „Mindestvoraussetzungen“, als verwandte Leistungsgruppe die als Kooperation nicht notwendiger Weise am Standort erbracht werden muss (wie derzeit für die Leistungsgruppe „Neurochirurgie“ vorgesehen) festgelegt werden. Bestenfalls wird die Leistungsgruppe MKG-Chirurgie am Standort vorgehalten.

Der SpiFa fordert in Anlehnung an das „Zürcher Modell“, das sich in der Schweiz seit über 12 Jahren für die Krankenhausplanung über Leistungsgruppen in der Praxis bewährt hat, die Festlegung der Leistungsgruppen und Qualitätskriterien im Rahmen des laufenden Gesetzgebungsverfahrens und nicht erst im Wege einer Rechtsverordnung des BMG weiter auszudifferenzieren und qualitätsorientiert an die Versorgungsrealität anzupassen.

Artikel 4 – Krankenhausentgeltgesetz

Nummer 9 Buchstabe c (Änderung § 9 Absatz 1b Satz 1)

Durch den beabsichtigten ergänzten Regelungsteil werden die Selbstverwaltungspartner auf Bundes ebene verpflichtet, den zum 31. Oktober 2024 vereinbarten Veränderungswert bis zwei Wochen nach Inkrafttretens des Gesetzes neu zu vereinbaren, sofern der Orientierungswert für das Jahr 2025 oberhalb der Grundlohnrate für das Jahr 2025 liegt. Dabei haben sie nunmehr den vollen Orientierungswert für das Jahr 2025 und für die Folgejahre zu berücksichtigen. Durch diese Regelung wird gewährleistet, dass der volle Orientierungswert bereits für das Jahr 2025 Finanzwirksamkeit entfaltet. Auch bei der Neuvereinbarung des Veränderungswerts für das Jahr 2025 und für die Folgejahre haben die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene bereits anderweitig finanzierte Kostensteigerungen (insbesondere durch die Tarifkostenrefinanzierung) zu berücksichtigen, um eine Doppelvergütung zu vermeiden.

SpiFa:

Der SpiFa begrüßt die Regelung mit Blick auf die Sicherstellung der Wirksamkeit für das Jahr 2025. Für die Krankenhäuser ist es nach Auffassung des SpiFa jedoch von enormer Bedeutung, dass die stattgefundenen Betriebskostensteigerungen aufgrund der Kostenentwicklung bereits unterjährig im Jahr 2024 Berücksichtigung finden. Insoweit wird die beabsichtigte Regelung mit der beabsichtigten Regelung in Nummer 10 zusammen betrachtet. Der SpiFa setzt sich nachdrücklich dafür ein, dass eine Kompensation der erfolgten Betriebskostensteigerungen in jedem Fall noch für das Jahr 2024 im Jahr 2024 erfolgt.

Nummer 10 Buchstabe b (Änderung § 10 Absätze 4 bis 6 und 10)

Mit der beabsichtigten Regelung wird die Möglichkeit einer frühzeitigen und vollständigen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen durch eine unterjährige Neuvereinbarung des Landesbasisfallwerts geschaffen. Hierdurch sollen die wirtschaftliche Lage und die Liquidität der Krankenhäuser verbessert werden.

Damit die Verbesserung der wirtschaftlichen Lage und der Liquidität der Krankenhäuser schnellst möglich wirksam werden kann, wird vorgesehen, dass Tarifierhöhungen für Löhne und Gehälter von Krankenhausbeschäftigten erstmals beim Landesbasisfallwert für das Jahr 2024 unterjährig und vollständig zu berücksichtigen sind.

Zudem wird an Stelle der bislang hälftigen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen eine vollständige Tariflohnrefinanzierung, die bislang nur für den Pflegedienst galt, für alle Beschäftigtengruppen eingeführt.

Zu den zu refinanzierenden Tariflohnsteigerungen zählen dabei, wie bislang schon für das Pflegepersonal, die tarifvertraglich vereinbarten linearen und strukturellen Steigerungen sowie Einmalzahlungen.

Als Voraussetzung für eine frühzeitige Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen werden die Vertragsparteien auf Bundesebene verpflichtet, die Erhöhungsraten innerhalb von vier Wochen nach Wirksamwerden der tarifvertraglichen Vereinbarungen zu vereinbaren, die in dem jeweiligen Personalbereich für die meisten Beschäftigten maßgeblich sind. Um sicherzustellen, dass die Liquidität der Krankenhäuser auch in dem Fall verbessert werden kann, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene keine zügige Einigung über die Erhöhungsraten erzielen, wird zudem vorgesehen, dass die Schiedsstelle auf Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen eine Entscheidung fällt.

Um eine frühzeitige Verbesserung der Liquidität der Krankenhäuser zu ermöglichen, wird geregelt, dass die Erhöhungsraten auf Verlangen einer Vertragspartei bereits unterjährig im Landesbasisfallwert für das laufende Kalenderjahr berücksichtigt werden. Auch bei der unterjährigen Neuvereinbarung des Landesbasisfallwerts ist der Zeitpunkt seiner erstmaligen Abrechnung zu berücksichtigen. Je später im Jahr der neu vereinbarte Landesbasisfallwert zur Abrechnung kommt, desto höher muss der Anstieg gegenüber dem ursprünglich für das Jahr vereinbarten Landesbasisfallwert sein, um die angestrebte unverzügliche Tariflohnrefinanzierung zu realisieren. Eine Erhöhung des Landesbasisfallwerts, der sowohl Personal- als auch Sachkosten umfasst, um die dann dementsprechend anteilige Erhöhungsraten entspricht einer vollständigen Tarifrefinanzierung für alle Beschäftigtengruppen. Die Vertragsparteien können die Tarifrefinanzierung aber auch wie bislang bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts für das Folgejahr berücksichtigen und so den Aufwand für eine zusätzliche, unterjährige Vereinbarung vermeiden.

SpiFa:

Der SpiFa begrüßt die Regelung als sachgerecht, um unterjährig erstmals im Jahr 2024 eine Abbildung der Kostensteigerungen im Landesbasisfallwert abzubilden und so die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser zu verbessern.

Der Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) setzt sich zusammen aus:

Ordentliche Mitglieder: Akkreditierte Labore in der Medizin e.V. (ALM), Bundesverband Ambulantes Operieren e.V. (BAO), Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e.V. (BDA), Bundesverband der Belegärzte und Belegkrankenhäuser e.V. (BdB), Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI), Berufsverband Deutscher Neurochirurgen e.V. (BDNC), Berufsverband Deutscher Neuroradiologen e.V. (BDNR), Berufsverband Deutscher Nuklearmediziner e.V. (BDNukl), Bundesverband der Pneumologen, Schlaf- und Beatmungsmediziner e.V. (BdP), Bundesverband für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (BDPM), Berufsverband Deutscher Radiologen e.V. (BDR), Berufsverband Niedergelassener Chirurgen e.V. (BNC), Bundesverband Niedergelassener Kardiologen e.V. (BNK), Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e.V. (bng), Berufsverband Niedergelassener und ambulant tätiger Gynäkologischer Onkologen in Deutschland e.V. (BNGO), Berufsverband der Niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Hämatologie und Medizinische Onkologie in Deutschland e.V. (BNHO), Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e.V. (BRZ), Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e.V. (BVA), Berufsverband der AngiologInnen Deutschlands e.V. (BVAD), Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V. (BVDD), Berufsverband Deutscher Humangenetiker e.V. (BVDH), Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BvDU), Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V. (BVND), Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF), Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e.V. (BVHNO), Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU), Berufsverband für Physikalische und Rehabilitative Medizin e.V. (BVPRM), Deutscher Berufsverband der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DBVPP), Deutscher Facharztverband e.V. (DFV), Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V. (DGMKG), Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie e. V. (DGPRÄC), Verband Deutsche Nierenzentren e.V. (DN).

Assoziierte Mitglieder: Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie e.V. (DGH), MEDI GENO Deutschland e.V. (MEDI) Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V. (PVS Verband), Virchowbund – Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V. (VIR).